Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen.

Definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering

KCE reports 73A

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
2008

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Voorstelling : Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

Effectieve leden : Gillet Pierre (Voorzitter), Cuypers Dirk (Ondervoorzitter), Avontroodt Yolande, De Cock Jo (Ondervoorzitter), De Meyere Frank, De Ridder Henri, Gillet Jean-Bernard, Godin Jean-Noël, Goyens Floris, Kesteloot Katrien, Maes Jef, Mertens Pascal, Mertens Raf, Moens Marc, Perl François, Smiets Pierre, Van Massenhove Frank, Vandermeeren Philippe, Verertbruggen Patrick, Vermeyen Karel.

Plaatsvervangers : Annemans Lieven, Boonen Carine, Collin Benoît, Cuypers Rita, Dercq Jean-Paul, Désir Daniel, Lemye Roland, Palsterman Paul, Ponce Annick, Pirlot Viviane, Praet Jean-Claude, Remacle Anne, Schoonjans Chris, Schrooten Renaat, Vanderstappen Anne.

Regeringscommissaris : Roger Yves

Directie

Algemeen Directeur : Dirk Ramaekers

Adjunct-Algemeen Directeur : Jean-Pierre Closon

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Wetstraat 62
B-1040 Brussel
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88
Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kce.fgov.be
Web : http://www.kce.fgov.be

Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen.

Definitie en evaluatie van de geriatrische patiënt, de interne liaisonfunctie en evaluatie van een instrument voor meer gepaste financiering

KCE reports 73A

MARIE-CHRISTINE CLOSON, MICHELINE GOBERT, THIERRY PEPERSACK,
FREDDY FALEZ, JEAN-PIERRE BAEYENS, LAURENCE KOHN,
NATHALIE SWAERTENBROEKX, CHRISTIAN LÉONARD

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
2008

KCE Reports 73A

Titel :	Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen. Definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering
Auteurs :	Marie-Christine Closon (UCL), Micheline Gobert (UCL), Thierry Pepersack (ULB), Freddy Falez (UNMS), Jean-Pierre Baeyens (AZ Damiaanziekenhuis), Laurence Kohn, Nathalie Swaertenbroekx, Christian Léonard
Externe Experten	Caudron Jean-Michel (Perspective), Cornette Pascale (UCL), D'Alleine Bert (FOD Volksgezondheid), De Lepeleire Jan (KUL), Flamaing Johan (KUL), Gillain Daniel (ULg), Kennes Bernard (CHU Charleroi), Knockaert Daniel (KUL), Lambert Margareta (VUB) Lienard David (MC), Mets Tony (VUB), Peltier Alex (Fédération d'aide et soins à domicile), Quinet Muriel (FOD Volksgezondheid), Sermeus Walter (KUL), Swine Christian (KUL), Timo Thibo (FOD Volksgezondheid), Vandewoude Maurice (UA), Van Pee Dominique (KUL)
Externe Validatoren:	Kaltenbach Georges (CHU Strasbourg), Buntinx Frank (KUL), Gemmel Paul (UGent)
Belangenconflicten :	M-C Closon deed verschillende studies met behulp van Aggir-Socios-Pathos; J-P Baeyens en Th. Pepersack zijn lid van verschillende wetenschappelijke- en beroepsverenigingen in verband met geriatrie ; F. Falez is co-auteur van het Interface rapport; J. De Lepeleire en F. Buntinx zijn de eerste auteurs van de Interfacerapporten; F. Buntinx is ook auteur van het Qualidem rapport; J. Flamaing is betrokken in een contract met de FOD Volksgezondheid over de implementatie van de interne liaison en is lid van het Overlegplatform voor het zorgprogramma geriatrische patiënten; D. Gillain is werknemer in het CHU van Luik en heeft aan een studie deelgenomen rond financiering van de verpleegkundige zorg in ziekenhuizen; D. Lienard is lid van verschillende raden van bestuur van ziekenhuisstructuren en van thuiszorg; A. Peltier werkt in de sector van de thuiszorg. Hij is directeur van een federatie; C. Swine is co-auteur van het Interface rapport.
Disclaimer:	De externe experten hebben aan het wetenschappelijke rapport meegewerkt dat daarna aan de validatoren werd voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.
Layout:	Wim Van Moer, Ine Verhulst

Brussel, vrijdag18 januari 2008

Studie nr 2006-18
Domain : Health Services Research(HSR)

MeSH : Financing, Organized; Frail Elderly; Geriatric Assessment

NLM classification : WT 27

Taal: Nederlands, Frans,
Format : Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot : D/2008/10.273/11

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.
Dit document is beschikbaar van op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Hoe refereren naar dit document ?
Closon M-C, Gobert M, Pepersack T, Falez F, Baeyens J-P, Kohn L, et al. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen. Definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE Reports 73A (D/2008/10.273/11).



VOORWOORD

De voorbije decennia is de levensverwachting voortdurend gestegen. Het aantal ouderen in onze maatschappij is hiermee sterk toegenomen. Hoe kan de zorg en levenskwaliteit van deze groeiende groep ondersteund worden en welke middelen zijn hiervoor nodig? Deze prangende vragen hebben de overheid ertoe gebracht om, begin 2007, een koninklijk besluit uit te vaardigen dat de contouren van een zorgprogramma voor de geriatrische patiënt vastlegt.

Dit rapport beoogt een bijdrage te leveren aan de concretisering van een aantal punten van dit zorgprogramma. Eerst en vooral wordt de term « geriatrische patiënt » preciezer gedefinieerd. Vervolgens worden concrete manieren aangeduid om deze patiënten te identificeren, hun gezondheidstoestand te evalueren en ze door te verwijzen naar de meest gepaste (gezondheids)zorgstructuren. Het rapport omschrijft tenslotte onder welke voorwaarden een doeltreffende en efficiënte organisatie én financiering van de geriatrische zorg kan tot stand komen.

Om inhoudelijk zorgprocessen te optimaliseren, dienen in een eerste fase gegevens te worden gemeten. Hiervoor wordt voornamelijk beroep gedaan op medisch en verpleegkundig personeel, dat vaak al zwaar belast is. Of de zorg dan wel het administratieve werk voorrang dient te krijgen, is een zeer gevoelige vraag. De zoektocht naar meetinstrumenten die met een minimum van administratief werk, een maximum aan nuttige inlichtingen verschaffen om zo gepast mogelijk de noodzakelijke zorg en aangepaste financiering te bepalen is dan ook fundamenteel. Er is in deze studie niet alleen gezocht in beschikbare gegevens- en informatiebronnen, maar ook de mening van experten op het terrein werd verzameld, waarvoor we hen via deze weg van harte wensen te bedanken. Hopelijk wordt hiermee een nuttige bijdrage geleverd in het zo billijk mogelijk inzetten van de beperkte middelen van de ziekteverzekering.

Ouder worden is een zekerheid. Geriatrische patiënt worden, behoort tot de mogelijkheden. Ermee rekening houden is een plicht.

Jean-Pierre Closon
Adjunct Algemeen Directeur

Dirk Ramaekers
Algemeen Directeur

Samenvatting

INLEIDING

In het kader van de invoering van het zorgprogramma voor geriatrische patiënten, vroeg de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid aan het KCE om een studie te doen over de acute geriatrische diensten en de interne liaison geriatrie. De resultaten van de studie moeten het mogelijk maken het Koninklijk Besluit en het voorbereide zorgprogramma te verfijnen en een financieringssysteem voor deze diensten en deze liaison voor te stellen.

EERSTE DEEL: DEFINITIE VAN EEN GERIATRISCHE PATIËNT, SCREENINGSINSTRUMENTEN EN VAN DE INTERNE LIAISONGERIATRIE

Een heldere definitie van de geriatrische patiënt maakt het mogelijk die patiënten te identificeren die het meeste nut hebben bij een specifieke geriatrische aanpak. Hoewel het risico op een functionele achteruitgang reëel is tijdens de ziekenhuisopname, geldt dit risico niet voor alle ouderen. Een vroegtijdige identificatie van de geriatrische patiënt maakt het mogelijk dit risico te voorkomen dankzij een gepaste geriatrische behandeling.

DEFINITIE VAN EEN GERIATRISCHE PATIËNT

Een geriatrische patiënt definiëren is een complexe zaak: het gaat over een complexe en individuele klinische werkelijkheid en in de literatuur werd tot nog toe geen enkele duidelijke definitie geformuleerd, alhoewel dit onderwerp er ruimschoots aan bod komt. Om deze klinische realiteit beter te begrijpen, hebben we de definities overgenomen die worden voorgesteld door verschillende internationale wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen in de geriatrie, om daaruit de terugkerende kenmerken bij dergelijke patiënten te identificeren. Sommige wetenschappelijke verenigingen preciseren het klinische beeld van de geriatrische patiënt, andere het profiel van de patiënt die behandeld wordt door de geriater of datgene waarop de geriatrie zich toespitst. Uiteindelijk werd de definitie van de SBGG-BVGG (2005) weerhouden.

We stellen voor deze definitie over te nemen om drie redenen:

- Ze bevat de belangrijkste kenmerken van de geriatrische patiënt, die worden overgenomen door de internationale wetenschappelijke en beroepsverenigingen;
- Ze werd goedgekeurd door Belgische geriaters;
- Ze houdt rekening met de « lokale » klinische realiteit terwijl ze de internationaal erkende kenmerken integreert.

We nemen geen leeftijdscriterium in acht: zowel de literatuur als de geriaters zijn het erover eens dat een leeftijdscriterium te discriminerend is op het niveau van het individu; de geriatrische patiënt is een oudere patiënt, maar er kan geen leeftijdsdrempel worden bepaald.

In deze studie wordt de geriatrische patiënt gedefinieerd als deze patiënt die dient te worden behandeld door een « specialist die de geriatrische geneeskunde beoefent. Dit is een gespecialiseerde tak van de interne geneeskunde die zich toelegt op de preventieve, klinische, curatieve aspecten, op de revalidatie en de sociale aspecten van de ziektes bij ouderen en van hun gezondheid. Deze populatie heeft behoefte aan een specifieke competentie omwille van haar kwetsbaarheid, haar polypathologie, de bijzondere manier waarop haar aandoeningen tot uiting komen en een grotere latentie voor de effecten van de behandelingen en de nood aan sociale hulp.

Het hoofddoel van de geriatrie is om via een multidisciplinaire aanpak een optimale functionaliteit en een zo groot mogelijke autonomie en levenskwaliteit van de oudere terug te winnen. » (Algemene Vergadering van de SBGG-BVGG, 2005).

IDENTIFICATIE VAN DE GERIATRISCHE PATIËNT

Onderzoek van de kenmerken van de geriatrische patiënt maakt het mogelijk om die oudere patiënten te identificeren die een stuk autonomie verloren hebben en die baat kunnen hebben bij een geriatrische behandeling.

Het is erg belangrijk om vanuit geriatrisch oogpunt « kwetsbare » patiënten onmiddellijk te kunnen identificeren bij de opname op de spoedgevallendienst of op een niet-geriatrische afdeling, om een gepaste oriëntatie en een aangepaste opname van deze patiënten mogelijk te maken.

Op basis van de literatuur identificeren we verschillende valabele en betrouwbare screeninginstrumenten. Onder voorbehoud van de inherente beperkingen aan elke schaal en met als operationeel doel de « kwetsbare » patiënt op te sporen, hebben we de volgende instrumenten weerhouden: ISAR (Identification of Senior At Risk - Identificatie van risicosenioren) en SHERPA (Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie - Ziekenhuisscore van de evaluatie van het risico op autonomieverlies) vanwege hun performantie en wetenschappelijke waarde. SHERPA is een Belgische tool die specifiek is aangepast aan onze ziekenhuiscontext, maar vereist meer tijd voor het personeel dan ISAR omdat hij een MMS (Mini Mental State) bevat, ook al is die beperkt. De tijd nodig om de gegevens te verzamelen is een criterium waarmee men rekening dient te houden bij de keuze van de te gebruiken tool, gezien het beperkt beschikbare personeel op de spoeddiensten en op de verpleegeenheden.

De andere instrumenten schijnen tot op de dag van vandaag niet van toepassing voor geïnstitutionaliseerde patiënten of zijn gebonden aan een geografische context (USA, Canada). Een andere Belgische tool, de VIP, is niet weerhouden ondanks de verschillende voordelen omdat zijn specificiteit en zijn positieve predictieve waarde niet voldoende zijn.

Er bestaan vijf gevalideerde instrumenten voor multidisciplinaire evaluatie.

- BGMST, Belgian Geriatric Medical Screening Tool
- CGA, Comprehensive Geriatric Assessment,
- RAI, Resident Assessment Instrument,
- SMAF, Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle - Meetsysteem van de functionele autonomie;
- EGS, Evaluation Gérontologique Standardisée.

De EGS en de CGA (EGS is een 'Franstalige' versie van de laatste) zijn te categoriseren als benaderingswijze meer dan als instrument. De RAI die erkende voordelen biedt heeft geen prognostische waarde en wordt gekarakteriseerd door een hele lange implementatieperiode. Hierdoor wordt dit instrument minder voordelig dan de BGMST, dat bovendien een goedgekend instrument is in de Belgische geriatrie. De SMAF die in Québec wordt gebruikt, heeft een registratietijd die ongeveer drie kwartier bedraagt. Hij is in België niet echt gekend doch is mogelijk interessant in functie van financiering.

Uit de verschillende onderzoeken naar de implementatie van BGMST is gebleken dat meerdere geriatriediensten evaluatieinstrumenten gebruiken, hetzij BGMST zelf, hetzij een van de onderdelen ervan, hetzij andere 'home made' instrumenten (peiling bij 78 van de 111 Belgische geriatrische instellingen in 2006). BGMST kan alle geriatrische problemen identificeren, behalve valproblemen. Het gebruik van BGMST betekent zeker een meerwaarde, maar deze meerwaarde varieert van centrum tot centrum. Het gebruik van BGMST is eenvoudig, haalbaar, zichtbaar en helpt tal van geriatrische problemen te identificeren. Dit instrument heeft eveneens een educatieve waarde voor de teams (op basis van 334 registraties in 33 Belgische geriatrische diensten).

DE INTERNE LIAISONGERIATRIE

De programmering van G-bedden dekt niet de volledige vraag: volgens de norm van 5‰ (5 bedden voor 1000 inwoners van 65 jaar en ouder) die bij Koninklijk Besluit werd vastgelegd in 1984, zijn er in België momenteel 2.221 bedden van index G te weinig. Een bepaald aantal geriatrische patiënten of patiënten met risico op functionele achteruitgang is dus elders gehospitaliseerd dan in de geriatrische diensten, maar zou toch moeten kunnen gebruik maken van een geriatrische behandeling. Daarom dient de interne liaisonfunctie te worden overwogen.

Om een operationele definitie van deze functie te bepalen, hebben we in de literatuur de hoofdkenmerken van de verschillende liaisonmodellen teruggevonden, die hebben geleid tot afdoende resultaten. Deze kenmerken kunnen als volgt worden samengevat:

- Systematische screening van de courante geriatrische problemen met behulp van eenvoudige, valabele instrumenten, door de leden van het niet-geriatrische zorgteam;
- Opleiding van zorgverleners inzake het gebruik van evaluatieinstrumenten en inzake de belangrijkste geriatrische syndromen;
- Multidisciplinaire geriatrische evaluatie door het geriatrische liaisonteam;
- Het ter beschikking stellen van een operationeel informaticasysteem is een onmisbare voorafgaande vereiste voor de goede implementatie van de liaisongeriatrie;
- Aanwezigheid in de niet-geriatrische verpleegeenheden, van verplegend personeel dat gespecialiseerd is in geriatrie;
- Continue opleiding van 'referentiepersoneel' in de verpleegeenheden;
- Regelmatige opvolging, benchmarking en feedback bij niet-geriatrische verpleegeenheden;
- Voorrang aan het dagelijkse klinische gebruik van de verzamelde gegevens, rechtstreeks aan het bed van de patiënt, hoewel deze gegevens ook nuttig kunnen zijn voor andere doeleinden;
- Leadership van een geriater die specifiek betrokken is bij dit project.

Het slagen van een de liaisonfunctie geriatrie hangt niet alleen af van een goede evaluatie op iedere verpleegeenheid maar ook van een efficiënte uitwisseling van informatie tussen de verpleegeenheden.

TWEEDE DEEL: FINANCIERING VAN ACUTE GERIATRIE

INTERNATIONALE BENADERING

De analyse van de literatuur en van de enquêtes hebben aangetoond dat er in de westerse landen over het algemeen geen specifieke financiering is voor de multidisciplinaire behandeling van geriatrische patiënten op acute geriatrische diensten. Vaak wordt echter wel indirect en gedeeltelijk rekening gehouden met bepaalde kenmerken van de geriatrische patiënt in de classificatie van de patiënten, via de leeftijd en de co-morbiditeit. In enkele landen vinden we bijkomende financiering terug voor specifiek geriatrische activiteiten (vb. : geriatrische evaluatie en revalidatie in Duitsland) of voor de geriatrische functie (geriatrische liaison of geïntegreerde zorgnetwerken in Frankrijk, België, Catalonië…). Deze analyse maakte het tevens mogelijk de voorwaarden te bepalen voor een efficiënte geriatrische praktijk, met name het belang van multidisciplinariteit, interdisciplinariteit en van een zo globaal mogelijke behandeling van de geriatrische patiënt, met evaluatie. Uit de studie blijkt tevens het belang van de behandeling en de opvolging, die de hele zorgepisode en zo mogelijk de continuïteit van de zorg moet omvatten. Eveneens blijkt het belang van een onmiddellijke specifieke geriatrische behandeling, bij de opname en gedurende het hele acute verblijf in het ziekenhuis, om het verlies van autonomie en de plaatsing in een instelling te voorkomen.

Uiteindelijk is ook de aanwezigheid van een stabiel kader belangrijk voor de patiënt om verlies van houvast te voorkomen ten gevolge van desoriëntatie.

Het ontwerp en de werking van de acute geriatrische diensten in België passen binnen deze aanbevelingen omdat ze een globale en multidisciplinaire aanpak van de geriatrische patiënt bevorderen.

EVALUATIE VAN BESCHIKBARE INSTRUMENTEN VOOR DE FINANCERING VAN ACUTE GERIATRISCHE DIENSTEN

Er werd een analyse gemaakt van de gebruikte of beschikbare instrumenten voor de financiering van de acute geriatrische diensten. Vroeger werd reeds aangetoond dat de APR-DRG's op basis van de informatie in de Minimale Klinische Gegevens het niet mogelijk maakten om op gepaste wijze rekening te houden met de specifieke aard van de geriatrische diensten. Niets toont echter aan dat deze vaststelling specifiek zou zijn voor de geriatrische diensten alleen. De APR-DRG-groepen worden immers verondersteld de patiënten te groeperen in medisch coherente en homogene groepen op basis van een registratie van de hoofddiagnose, van de secundaire diagnoses (om de graad van ernst te bepalen) en van de aanwezigheid van een chirurgische ingreep. Deze benadering is gerechtvaardigd als het behandelingstype in functie van de hoofddiagnose relatief gestandaardiseerd is, wat niet altijd het geval is in de geriatrie. De analyse van de nodige middelen in de geriatrie vereist dat rekening wordt gehouden met de multi- en interdisciplinaire benadering, met de afhankelijkheid van de patiënten, met hun multipathologie en met het behandelingstype van de pathologische toestand en de aanzienlijke impact van de sociale factoren. Er werd voorheen al onderzoek gedaan naar gegevens die bijkomend kunnen toegevoegd worden aan de MKG's, maar de gegevens die moeten worden verzameld om de werklast verbonden aan een bepaald verblijf te evalueren, rekening houdend met deze bijzonderheden, waren talrijk en vormden een te grote administratieve last voor de geriatriediensten

In de loop van deze studie werden vier specifieke instrumenten voor de evaluatie van de nodige middelen in de geriatrie geanalyseerd, in functie van verschillende criteria: het type zorg, hun noodzaak zoals bepaald door de geriater of uitgevoerd, de zorgepisode de coherentie en validiteit van de classificatie van de patiënten.

Het « Plaisir »-systeem evalueert de zorgzwaarte van de vereiste verpleegkundige zorg in instellingen voor langdurig verblijf. Het evaluatiealgoritme van dit hulpmiddel is niet publiek beschikbaar.

RIMII beschrijft de gepresteerde verpleegkundige zorg in acute geriatrische afdelingen. Er loopt nog onderzoek om een instrument uit te werken voor de financiering van de verpleegkundige zorg op basis van deze gegevens. RIMII en het financieringssysteem dat eruit zou voortvloeien, werden echter nog niet gevalideerd.

De RUGS zijn opgebouwd op basis van de gegevens van de RAI, die werden verzameld in bejaardenhuizen voor middellang en lang verblijf. Ze evalueren de gepresteerde verpleegkundige en revalidatiezorg. Ze klasseren de patiënten in 44 groepen die hiërarchisch worden opgebouwd in functie van verschillende criteria: afhankelijkheidsgraad, revalidatietijd (5 niveaus in functie van het aantal minuten in de 7 laatste dagen), aanwezigheid van extensieve diensten, klinische complexiteit van de casus, aanwezigheid van cognitieve stoornissen, complex gedrag en afname van de functies. Als de patiënt niet tot één revalidatieklasse behoort, kijkt men of hij beantwoordt aan de criteria van andere klassen. Nargelang hij behoort tot een of meerdere klassen, worden aan de patiënt punten toegekend. Momenteel bestaat er geen enkel algoritme dat toelaat de gegevens van de RAI om te zetten in RUG specifiek voor de diensten G.

Het instrument AGGIR SOCIOS PATHOS (APS) bekijkt de patiënt vanuit 3 aspecten: zijn afhankelijkheid, het sociale aspect en de pathologische toestanden met het type van behandeling (er bestaan 12 zorgprofielen). Door middel van een dwarsdoorsnede gemaakt door op een bepaalde dag de APS-gegevens te verzamelen voor elke patiënt op een geriatrische dienst (3 uur per afdeling), kan men met dit instrument de werklast voor de afdeling evalueren voor de verschillende zorgverleners in het multidisciplinaire team, met name de arts, de psycholoog, het verplegend personeel, ander paramedisch personeel en de sociale assistent.

Aan de hand van een analyse van de validiteit van het instrument kon de aandacht worden gevestigd op de volgende punten:

- Het AGGIR-rooster werd gevalideerd. Het PATHOS-instrument heeft een goede validiteit door zijn multidisciplinaire benadering van de behandeling en het voorschrijven door geriatrische experts van de tijd die nodig is voor elke pathologische toestand/elk zorgprofiel van de diverse zorgverleners van het multidisciplinaire team. Het SOCIOS-instrument vereist een diepgaandere validatie.
- Wat betreft de externe bruikbaarheid: het instrument werd in België al getest in 77 acute afdelingen voor geriatrie. Alle acute geriatrische afdelingen die toen deelnamen aan de gegevensinzameling (19 geriaters), waren van mening dat het instrument toelaat rekening te houden met het specifieke karakter van de geriatrische benadering en met de multidisciplinaire aard ervan. Een grote meerderheid van de afdelingen (zowel aan Franstalige als Nederlandstalige zijde) die de nominale bruikbaarheid moesten evalueren tijdens de valideringsstudie van APS, was van mening dat het model het profiel van de eenheid goed weerspiegelt (afhankelijkheidsgraad, pathologische toestanden, zorgprofiel, sociale druk) op de dag van de registratie, maar ook de positie ten opzichte van de andere afdelingen.

De implementatie zou snel kunnen plaatsvinden tegen een lage kost, zowel voor de geriatrische diensten als voor de FOD Volksgezondheid. De instrumenten voor opleiding, codering en feedback zijn beschikbaar en gratis en werden reeds aangepast aan de Belgische situatie. Ze bestaan in het Frans en in het Nederlands. Het instrument bestaat echter nog niet zo lang en de validiteit ervan moet nog worden bevestigd.

Tijdens de validiteitsstudie die in België plaatsvond in 2003, werd na een periode van een jaar een tweede registratie van AGGIR SOCIOS PATHOS doorgevoerd door zeventien vrijwillige geriatrische afdelingen. De vergelijking tussen de resultaten van 2003 en 2004 van de 17 afdelingen wees over het algemeen op een erg goede stabiliteit van de last- en basiszorgindicatoren (gemiddelde gewogen AGGIR), van de medisch-technische zorglast (gewogen gemiddelde Pathos) en de differentiële verspreiding van deze lasten in de verschillende zorgsectoren. Het zou dus moeten volstaan om 2 tot 3 dagen per jaar gegevens te verzamelen.

Samengevat vervangt de APS-instrument niet de MKG-gegevens (epidemiologie), noch de MVG-gegevens (uitgevoerde verpleegkundige activiteiten), maar maakt aan de hand van een beperkte gegevensinzameling het mogelijk om de relatieve vereiste werklast per afdeling te evalueren, op basis van een multidisciplinaire benadering, rekening houdend met de bijzonderheden van de patiënten en de diensten.

De vergelijking van de financieringsinstrumenten voor de geriatrische zorg die we in deze studie gedaan hebben, is gebaseerd op bestaande literatuur. Zij bestaat hoofdzakelijk uit een onderzoek naar respectievelijk intrinsieke karakteristieken en validatieniveaus. Onze studie is dus geen vergelijkende studie van de implementatie van deze instrumenten. Deze laatste kan alleen maar na een validatie en vergelijkende registratie van de gegevens in de diverse instrumenten.

BELEIDSAANBEVELINGEN

DEFINITIE VAN EEN GERIATRISCHE PATIËNT

We stellen voor de definitie van geriatrische patiënt van de SBGG-BVGG over te nemen.

IDENTIFICATIE VAN DE GERIATRISCHE PATIËNT

ISAR (versie BGMST) is het beste instrument voor screening; SHERPA (die een Mini-Mental State vereist) wordt ook aanbevolen, maar vereist extra personeel.

Van de instrumenten die de aard van geriatrische problemen identificeren, weerhouden we BGMST omdat de toepassing ervan haalbaar is en de geriaters op het terrein dit instrument al kennen. Het werd gedurende 3 jaar in een studie gebruikt binnen het College voor Geriatrie, uitgevoerd met de steun van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie.

DE INTERNE LIAISONGERIATRIE

Ingevolge het advies van de Belgische geriatrische experts die werden geraadpleegd in het kader van de opvolging van het project, blijkt dat voor de ontwikkeling van de liaisongeriatrie:

- Elke patiënt van 75 jaar en ouder die wordt opgenomen op spoedgevallen of via een geplande opname, dient te worden gescreend met behulp van een uniek instrument in alle ziekenhuizen;
- De demente patiënt die in een RVT of een ROB verblijft en de patiënt die wordt opgenomen met een heupfractuur kan meteen worden beschouwd als geriatrisch
- Elke patiënt die wordt geïdentificeerd als geriatrisch, in eerste instantie moet worden gezien door de geriatrische verpleegkundige van het liaisonteam
- De liaisonverpleegkundige brengt dagelijks verslag uit aan de geriater, en het liaisonteam vergadert elke week om de gevallen te bespreken;
- De liaisonverpleegkundige speelt een actieve rol in de verschillende multidisciplinaire zorgteams in het ziekenhuis;
- Er dient gepleit te worden voor een meer gedecentraliseerd model van de geriatrie;
- Het liaisonteam moet naast de geriater bestaan uit minstens 1 tot 2 VTE verpleegkundigen; de samenstelling van het multidisciplinaire team (kinesist, logopedist, ergotherapeut, psycholoog, sociaal assistent) komt best toe aan de instelling;
- De sensibilisering voor de geriatrische cultuur bij zorgverleners die niet gespecialiseerd zijn in geriatrie is wenselijk, bijvoorbeeld via een refentieverpleegkundige

FINANCIERINGSINSTRUMENTEN

Als financieringsinstrument van de acute geriatrische diensten lijkt het APS-instrument momenteel het meest geschikt om de volgende redenen:

- Het instrument waarvoor de validatie het meest compleet is ;
- Multidisciplinaire evaluatie van de diverse zorgverleners van de zwaarte van de nodig geachte zorg;
- Aangepast voor G-diensten, omvat de acute en postacute fase;
- Inachtneming van de specificiteit van elke patiënt door de evaluatie van de zorglast op basis van het profiel van de patiënt en van zijn behandelingstype;

- Goede kosten-effectiviteitsverhouding van de gegevensinzameling ten opzichte van de nodige indicatoren voor het nagestreefde doel: de evaluatie van de werklast van het multidisciplinaire team;
- Gemakkelijkere controle van de gegevens, snelle implementatie, waardoor men reeds na een jaar behoefte-indicatoren zou hebben om de financiering te spreiden tussen de geriatrische diensten, door beter rekening te houden met de spreiding van de lasten voor de nodig geachte zorg;

VOORGESTELDE HERVORMING VOOR DE FINANCIERING VAN DE ACUTE GERIATRISCHE DIENSTEN

Een verbetering aan het huidige financieringssysteem kan mogelijks worden doorgevoerd, waardoor een betere spreiding van de human ressources (zodat ze beter de werklast zou weerspiegelen) tussen de geriatrische diensten optreedt en waardoor de verantwoorde dagen meer rekening houden met de specificiteit van de geriatrische patiënt en met de behandeling die plaatsvindt in de geriatrische diensten.

Vooraleer een nieuw systeem te implementeren, zijn er echter een aantal vereisten, zoals een bijkomende validatie, een aanvullende vergelijkende studie en een systematische evaluatie van oudere patiënten.

Voorwaarden

BIJKOMENDE ONDERZOEK EN VALIDATIE

APS zou samen met MKG kunnen worden gebruikt (bepalingen van het aantal gerechtvaardigde dagen) en met MVG II (combinatie van vereiste activiteiten en uitgevoerde verpleegkundige activiteiten) om de financiering van de acute geriatrische diensten te verbeteren. Een bijkomende validatie zou echter wenselijk zijn voor de definitieve implementatie van APS. De uitvoering ervan zou kunnen beginnen vanaf 2008, wat zou overeenstemmen met de startdatum van de routineuze registratie van de MVG II-gegevens. Dit laatste instrument zou bij diezelfde gelegenheid ook het onderwerp kunnen uitmaken van een validatie, die tot op heden nog niet plaatsvond. In dit perspectief zou er een vergelijkende studie moeten komen op basis van een precies coderings- en validatieprotocol van de twee instrumenten (APS en MVG II) door een onafhankelijke onderzoeksequipe. Na een testperiode zouden de respectieve voordelen en de eventuele complementariteiten van de twee instrumenten als financieringsmiddel van de acute geriatrische functie kunnen worden gedocumenteerd. Zo kan de vergelijking worden gemaakt tussen de twee instrumenten en tussen deze instrumenten en het huidige systeem (MKG).

HERVORMINGEN

De implementatie van het nieuwe financieringssysteem zou de volgende voorafgaande hervormingen vereisen:

Verzameling van bijkomende gegevens

- screening van patiënten ouder dan 75 jaar die worden opgenomen in het ziekenhuis;
- evaluatie van de fragiliteit van patiënten met een geriatrisch profiel;
- tweemaal per jaar APS-gegevens verzamelen op de acute geriatrische diensten (mits de toegevoegde waarde hiervan wordt aangetoond door de vergelijkende studie).

Verbetering van de verdeling van verantwoorde dagen tussen de geriatrische afdelingen

Op basis van de voorgestelde aanbevelingen zou de definitie van de categorie Gfin die wordt gebruikt voor de bepaling van de gerechtvaardigde dagen in de huidige financiering, kunnen worden verfijnd op basis van de volgende criteria met betrekking tot het verblijf, de patiënt of de geriatrische dienst:

- 75 jaar
- ≥ 10 dagen in acute geriatrie;
- graad van ernst > 1;
- patiënt met geriatrisch profiel;
- patiënt die een geriatrische evaluatie onderging;
- patiënten die niet binnen de 20 dagen naar een andere dienst (SP, AKT…) getransfereerd worden;
- patiënt gehospitaliseerd op een acute geriatrische dienst, die deelneemt aan een kwaliteitsprogramma van het College voor Geriatrie.

Dit laatste criterium spruit voort uit de bezorgdheid om een efficiënter gebruik van middelen te koppelen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Het zou vervolgens mogelijk zijn de verantwoorde dagen van patiënten die worden gehospitaliseerd op geriatrische diensten te herverdelen over de geriatrische diensten op basis van andere criteria die nu niet werden opgenomen in de bepaling van de verantwoorde dagen, maar die een impact hebben op de verblijfsduur (afhankelijkheidsgraad, overlijden, sociale complexiteit, type behandeling…). We stellen voor om de voorwaarde af te schaffen die oplegt dat de ligduur in het ziekenhuis minstens 30% langer moet zijn dan de gemiddelde standaardligduur van de patiënten met een zelfde pathologie en een zelfde klinische ernst.

Meer billijke verdeling van de financiering voor het personeel van de acute geriatrische diensten, rekening houdend met de specificiteit van de patiënten, met de behandeling en met de behoeften

Aan de hand van de APS-gegevens kan voor elke afdeling de relatieve waarde worden bepaald in punten van intensiteit van de behandeling voor elke type zorgverlener (verpleegkundige, paramedici, referentieverpleegkundige). De gegevens die werden verzameld in 77 geriatrische afdelingen in België hebben aangetoond dat er een grote variabiliteit bestond in de nodige zorg per afdeling voor elk type zorgverlener.

Vanuit dit onderzoek kan voorgesteld worden om deze indicatoren voor de relatieve werklast te gebruiken om het geplande personeelsbudget voor de geriatrische diensten te verdelen. Er werden simulaties gemaakt om de impact van het gebruik van deze indicatoren op de beschikbare middelen in de verschillende afdelingen - op budgetneutrale wijze of met verhoging van het budget - te tonen. De verantwoording van een eventuele verhoging van de huidige budgetten moet worden beoordeeld rekening houdende met de kost van aanpassingen in de normering voor verpleegkundige en paramedische bestaffing in België en de potentiële toename van de doelmatigheid door een intensievere behandeling van de geriatrische patiënten en een substantiëlere coördinatie tussen het ziekenhuis en de ambulante zorg. Als dit succesvol zou blijken, dan kan het risico op functionele achteruitgang en plaatsing in een instelling mogelijks verminderd worden.

Scientific Summary

Table des matières

ABREVIATIONS **4**

1 INTRODUCTION **10**

2 ETAT DES LIEUX DE LA GERIATRIE EN BELGIQUE **12**

2.1 INTRODUCTION HISTORIQUE 12

2.2 LA GERIATRIE EN BELGIQUE 12

2.2.1 Historique 12

2.2.2 Le nouveau programme de soins du patient gériatrique 13

2.2.3 Situation actuelle en Belgique 13

2.3 FORMATION 17

2.3.1 Formation des médecins 17

2.3.2 Formation des infirmières 17

3 DEFINITION EVALUATION DU PATIENT GERIATRIQUE : REVUE NARRATIVE **19**

3.1 INTRODUCTION 19

3.2 OBJECTIFS 19

3.3 METHODOLOGIE 19

3.4 PROBLEMATIQUE 21

3.4.1 Clarification des concepts 21

3.4.2 Conclusions 28

3.5 EVALUATION DES ECHELLES UTILISEES EN GERIATRIE 30

3.5.1 Remarques préliminaires 30

3.5.2 Typologie des outils d'évaluation utilisés en gériatrie 31

3.6 OUTILS DE DEPISTAGE OU SCREENING DU PATIENT GERIATRIQUE 38

3.6.1 HARP – Hospital Admission Risk Profile 38

3.6.2 SHERPA : Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie 38

3.6.3 ISAR – Identification of Senior At Risk 39

3.6.4 SEGA – Short Emergency Geriatric Assessment 39

3.6.5 VIP – Valeur Indicative du Placement – Voorlopige Indicator voor Plaatsing 40

3.6.6 Indice pronostique de mortalité à 4 ans 41

3.6.7 Edmonton Frail scale 41

3.6.8 Triage Risk Screening Tool 42

3.7 OUTILS D'ASSESSMENT MULTIDISCIPLINAIRE 43

3.7.1 BGMST – Belgian Geriatric Minimal Screening Tools 43

3.7.2 CGA – Comprehensive Geriatric Assessment 44

3.7.3 EGS - Evaluation Gérontologique Standardisée 46

3.7.4 RAI 47
3.7.5 SMAF – Système de mesure d'autonomie fonctionnelle 48
3.8 OUTILS EVALUES EN BELGIQUE 49
3.8.1 BGMST : implémentation en Belgique 49
3.8.2 RAI : analyse de validité pour les services G 53
3.9 CONCLUSIONS 54

4 GERIATRIE DE LIAISON INTERNE 55
4.1 INTRODUCTION 55
4.2 OBJECTIFS 55
4.3 EQUIPE DE CONSULTATION GERIATRIQUE : PREUVE A L'APPUI DU PROCESSUS 55
4.3.1 Méthodologie 55
4.3.2 Résultats 56
4.3.3 Commentaire 71
4.3.4 Conclusions 73
4.4 LA GERIATRIE DE LIAISON, UNE APPROCHE BELGE 75
4.4.1 Introduction 75
4.4.2 Objectif 75
4.4.3 Méthode 75
4.4.4 Synthèses des résultats et des discussions 75
4.4.5 Organisation pratique de la gériatrie de liaison dans les hôpitaux belges 76

5 FINANCEMENT DE LA GERIATRIE AIGUË 80
5.1 DESCRIPTION DES APPROCHES INTERNATIONALES 80
5.1.1 Introduction 80
5.1.2 Description plus détaillée des systèmes de financement de l'Allemagne, des Pays-Bas, des Etats-Unis et de la Belgique 89
5.2 OUTILS POUR LE FINANCEMENT DES SERVICES GÉRIATRIQUES 99
5.2.1 Etudes précédemment réalisées 99
5.2.2 Les autres outils disponibles 101
5.2.3 Conclusion générale sur les outils de financement des services gériatriques 125
5.3 PROPOSITION D'UN MODELE DE FINANCEMENT POUR LA BELGIQUE 131
5.3.1 Expérimentation de l'outil AGGIR PATHOS SOCIOS dans les services gériatriques aigus en Belgique 131
5.3.2 Système de contrôle 141
5.3.3 PROPOSITIONS DE FINANCEMENT DU PROGRAMME HOSPITALIER DE SOINS GERIATRIQUES EN BELGIQUE 149

6 CONCLUSIONS 167
6.1 INTRODUCTION 167
6.2 DÉFINITION DU PATIENT GÉRIATRIQUE – IDENTIFICATION DES OUTILS DE DÉPISTAGE - DÉFINITION DE LA GÉRIATRIE DE LIAISON 167
6.2.1 Définition du patient gériatrique 167

6.2.2 Identification du patient gériatrique....167
6.2.3 La gériatrie de liaison....168
6.3 VALIDATION DES INSTRUMENTS POUR LE FINANCEMENT....169
6.3.1 L'instrument APS....169
6.3.2 Le RIM II....169
6.3.3 Le système PLAISIR....170
6.3.4 Les RUGs....170
6.3.5 Conclusion quant à la validité des instruments....170
6.4 APPORTS INTRINSEQUE DES INSTRUMENTS....170
6.4.1 Mesure de l'autonomie de la personne : les instruments ne sont pas départagés définitivement....170
6.4.2 Les pathologies qui affectent les patients gériatriques : la complémentarité des instruments....170
6.4.3 Soins donnés versus soins requis : l'importance du contrôle....171
6.4.4 Approche multidisciplinaire du patient gériatrique : avantage potentiel à l'APS....171
6.4.5 Les coûts liés à l'enregistrement : tenir compte de l'existant et de la capacité des unités à enregistrer de nouvelles données....171
6.5 CONCLUSION : LA DÉTERMINATION DES AVANTAGES COMPARATIFS NECESSITE UNE EXPLORATION MIEUX DOCUMENTÉE ET FONDÉE SUR DES FAITS....171
6.6 LIMITATIONS....172
7 REFERENCES....173
8 APPENDIXES....184
Annexe au chapitre 3 : Définition et évaluation du patient gériatrique....184
Annexe au chapitre 4 : GERIAtrie de liaison INTERNE....204
Annexes au chapitre 5 : financement des soins geriatriques....221

ABREVIATIONS

ACE :	Acute Care for Elders
ADL :	Activities of Daily Living
AGGIR :	nom d'un système de collecte de données
AGS :	American Geriatrics Society
AKT :	Services d'hospitalisation psychiatrique
APRDRG :	All Patients Refined Diagnosis Related Group
APS :	AGGIR-PATHOS-SOCIOS
ASGM :	Australian Society for Geriatric Medicine
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
AVJ :	Activités de la Vie Journalière (=ADL)
AVQ :	Activités de la Vie Quotidienne
BGMST :	Belgian Geriatric Minimal Screening Tools
BGS :	British Geriatrics Society
BMJ :	British Medical Journal
BNI :	British Nursing Index
BVGG :	Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie
CAM :	Confusion Assessment Method
CCI :	Complications et Comorbidités
CEBAM :	Centre belge Evidence Based Medecine
CGA :	Comprehensive Geriatric Assessment
CHSLD :	Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée
CI :	Confidence Interval
CIES :	Centre Interdisciplinaire en Economie de la santé
CIF :	Classification Internationale du Fonctionnement
CINAHL :	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CIPM :	Centre d'Information sur les Professions Médicales
CMS :	Center for Medicare and Medicaid Services
CNAM :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNMC :	Collège National des Médecins Conseils
COPD :	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CSHA :	Canadian Study of Health and Aging
CTI :	Centre de Traitement de l'information (ancien système de classement des hôpitaux - aboli en 1997)
DARE :	Database of Abstracts of Review of Effects
DBC :	Diagnose Behandeling Combinatie
DES:	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DGG-DGG:	Deutscher Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie

DJP-DJN :	Différentiel de Journées Positif – Différentiel de journées Negatif
DRG :	Diagnosis Related Group
ECTS :	European Credit Transfer System
ED :	Emergency Department
EFS :	Edmonton Frail Scale
EFTA:	European Free Trade Association
EGS :	Evaluation Gérontologique Standardisée
EMBASE :	Base de données
EMS :	Etablissements Médico-Sociaux
EP/ES :	Etat Patologique / Profile de Soins
ETODA :	Equipes de Thérapie d'Observation Ambulatoire Directe
ETP :	Equivalent Temps-Plein
EUGMS :	European Union Geriatric Medicine Society
EVA :	Echelle Visuelle Analogique
FA :	Association allemeande fédérale des départements gériatriques cliniques
GBA :	Geriatric Base Assessment
GCT :	Geriatric Consultation Team
GDS :	Geriatric Depression Scale
GEM :	Geriatric Evaluation and Management
GEMIDAS :	résumé gériatrique Minimum en Allemagne
GFIN :	Classe de patients âgés hospitalisés dans le calcul du financement des hôpitaux
GHM :	Groupe Homogène de malades
GIR :	Groupes Iso-Ressources
GMP :	GIR Moyen Pondéré
GPM :	GIR Pondéré Moyen
HARP :	Hospital Admission Risk Profile
HCFA :	Health Care Financing Administration
HDJG :	Hôpital de Jour Gériatrique
HMO :	Health Maintenance Organization
HR :	Hazards Ratio
HRG :	Health Related Groups
IADL :	Instrumental Activity of Daily Living
ISAR :	Identification of Senior At Risk
KUL :	Katholieke Universiteit van Leuven
Lits G :	Lits Gériatrie
Lits R :	Lits Gériatrie et Réhabilitation
Lits V :	Lits de soins de longue durée
LQAS :	Lot Quality Assurance Sample

LTC:	Long Term Care
MDS PAC :	Post Acute Care
MDS/RAI :	Minimum Data Set/Resident Assessment Instrument
MDS:	Minimum Data Set
Medline :	Base de données
MedPAC :	The Medicare Payment Advisory Commission
MMS :	Mini-Mental State
MMSE :	Mini-Mental State Examination
MNA :	Mini Nutritionnal Assessment
MRPA /MRS :	Maisons de Repos pour Personnes Agés/Maisons de Repos et de Soins
MRS :	Maisons de Repos et de Soins
MUST :	Malnutrition Universal Screening Tool
NCG :	Non-equivalent Control Group
NVKG :	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
OBRA:	Omnibus Budget Reconciliation Act
OR :	Odds Ratio
OVID :	Base de données
PACE :	Program for All Inclusive Care of the Elderly
PADES :	Programmes de Soins à Domicile – Equipes Support
PATHOS :	Nom d'un système de collecte de données
PLAISIR :	Planification informatisée des soins infirmiers requis
PMP :	PATHOS Moyen Pondéré
PPM :	PATHOS Pondéré Moyen
PPS :	Prospective Payment System
PRN :	Projet Recherche Nursing
RAI :	Resident Assessment Instrument
RAPs :	Resident's Assessment Protocol
RCM :	Résumé Clinique Minimum
RCT :	Randomized Clinical Trial
RGM :	Résumé Gériatrique Minimum
RIM :	Résumé Infirmier Minimum
RUG :	Resources Utilization Groups
RUG-III :	Resources Utilization Groups version III
RVT-MRS :	Rust en Verzorging Thuis-Maisons de Repos et de Soins
SBGG :	Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie
SEGA :	Short Emergency Geriatric Assessment
SEGG :	Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
SFGG :	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SHERPA :	Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie

SI :	Soins Infirmiers
SIAR :	Soins Infirmiers et d'Assistance Requis
SMAF :	Système de Mesure d'Autonomie Fonctionnelle
SMTI :	Soins Médicaux Techniques Importants
SNF :	Skilled Nursing Facilities
SNH :	Skilled Nursing Homes
SOCIOS :	Nom d'un système de collecte de données
SOURCE :	Service Option Using Resources in Community Environments
Sp :	Lits specializes
SPF:	Service Publique Fédéral
SSTC:	Ancien nom de la Politique Scientifique Fédérale
TRST :	Triage Risk Screening Tool
UFISS :	Unités Fonctionnelles Socio-sanitaires Interdisciplinaires
UCL :	Université Catholique de Louvain
ULB :	Université Libre de Bruxelles
ULg :	Université de Liège
UEMS :	Union Européenne des Médecins-spécialiste
VIP :	Valeur Indicative du Placement – Voorlopige Indicator voor Plaatsing

TABLE DES FIGURES ET ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Lits G agréés, en fonction des normes et par région ou province 15
Tableau 2 : Nombre d'hôpitaux généraux disposant d'au moins un service G 16
Tableau 3 : Formation en gériatrie 18
Tableau 4 : Liste des mots-clefs 20
Tableau 5 : Caractéristiques du patient « gériatrique » 24
Tableau 6 : Critères qualifiant le patient gériatrique selon différentes sociétés scientifiques 29
Tableau 7 : Outils de screening du patient gériatrique 33
Tableau 8 : Outils d'évaluation multidisciplinaire 37
Tableau 9 : Outils utilisés et proposés par les services de gériatrie 50
Tableau 10 : Pourcentage des problèmes gériatriques identifiés 51
Tableau 11 : Outils du BGMST utilisés par les gériatres en 2006 (N= 71) 52
Tableau 12: Résumé des versions du RAI 53
Tableau 13: Standardisation de la durée de séjour compte tenu des APDRGs par rapport à la moyenne générale de l'ensemble des patients hospitalisés en Belgique 83
Tableau 14 : Proportion de patients avec profil gériatrique selon les catégories d'âge dans différents hôpitaux 85
Tableau 15 : Différence entre DRGs et DBCs 92
Tableau 16: Scénarios de nombre de personnel infirmier 97
Tableau 17. Evaluation des ressources 102
Tableau 18: catégories des RUG's 107
Tableau 19 : Valeurs financières des 44 RUGs-III d'après HILL et Wei 2004[191] 110
Tableau 20: Catégorisation de la dépendance selon AGGIR 112
Tableau 21 : Les groupes iso-ressources (GIR) 113
Tableau 22: Niveaux GIR et proportionnalité des besoins en soins 113
Tableau 23: Validité des différents outils disponibles pour mesurer la charge de travail dans les services G 129
Tableau 24: Evaluation de différents outils en vue du financement des services de gériatrie aiguë en Belgique 130
Tableau 25 : Pourcentage de patients présentant au moins une fois les profils de soins, par état pathologique (G-aigus) et répartition des types de prise en charge dans l'échantillon global 133
Tableau 26: Analyse multivariée de l'impact conjoint des variables du RCM non repris dans le financement et des indicateurs APS sur la durée de séjour en G, totale et sur le DJP/DJN, après prise en compte des APRDRG et du niveau de sévérité 140
Tableau 27 : Liste des « clignotants » potentiels 148
Tableau 28: Encadrement en personnel et impact budgétaire 163

Figure 1 : Nombre de gériatres / 1000 personnes âgées de 65 ans et plus dans différents pays 14
Figure 2 : Taille des unités gériatriques dans les hôpitaux 16

Figure 3: distribution cumulée des temps totaux moyens de soins infirmiers (techniques + soins de base) par patient dans les unités G-aigu (N=77) 135
Figure 4 : Distribution cumulée des points moyens par patient pour les 5 postes de soins dans les unités G-aiguës (N=77) 136
Figure 5 : Distribution cumulée de la charge sociale dans les unités G-aiguës (N=77) 137
Figure 6 : distribution cumulée des temps totaux moyens de soins infirmiers (techniques+ soins de base) par patient dans les unites G-aigu (N=77) 155
Figure 7 : Variabilité de la complexité de la prise en Charge sociale dans les unités G-aiguës (N=77) 162

1 INTRODUCTION

En Belgique, les normes d'encadrement en personnels infirmier et paramédical (kinésithérapeute, logopéde, psychologue, ergothérapeute…) pour 24 lits sont les mêmes dans tous les services de gériatrie aiguë indépendamment de la lourdeur relative des soins qui y sont prodigués.

En 1994, le financement selon les APDRGs a été introduit pour le financement de la durée de séjour. Les hôpitaux sont financés en fonction du nombre de journées justifiées selon les pathologies, la sévérité et l'âge (plus ou moins 75 ans). De nombreuses recherches réalisées en Belgique ont montré que ce système de paiement n'était pas adapté à la situation des patients avec un profil gériatrique fragilisé et ne prenait pas en compte la spécificité des processus de soins multidisciplinaires dans les unités gériatriques aiguës. Ces recherches ont alors tenté de trouver un autre système mieux adapté[1-3].

L'année suivante un facteur de correction en gériatrie a été introduit (GFIN). Les conditions pour être un patient gériatrique étaient : plus de 10 jours dans un département gériatrique, au moins deux systèmes atteints, la durée de séjour 30% plus élevée que la moyenne des durées de séjours des patients âgés de plus de 75 ans pour un même groupe de sévérité-pathologies.

Les spécificités des services gériatriques généralement retenues sont la dépendance, la fragilité gériatrique, le travail inter et multidisciplinaire, la multipathologie et le type de prise charge et la complexité sociale : autant d'informations nécessaires pour tenir compte de la spécificité des patients et des services gériatriques et pour permettre l'évaluation de la durée de séjour et de charge de travail et dont les variables présentes dans le RCM ne peuvent rendre compte.

Pour pallier le manque du RCM, une première approche a consisté à élaborer et à récolter dans un échantillon de services gériatriques hospitaliers d'hôpitaux volontaires un Résumé Gériatrique Minimum (RGM) visant à mieux appréhender cette spécificité. Ce RGM permettait de relever des données concernant le niveau de dépendance à l'entrée et à la sortie, la complexité sociale mais aussi des relevés d'actes posés tant gériatriques qu'infirmiers qui permettaient de rendre compte du type de prise en charge effectuée. Cette étude a mis en exergue l'effet de l'âge, de la dépendance, de la fragilité gériatrique, de la complexité sociale, du type de prise en charge sur la durée de séjour. Toutefois cette recherche a montré que les données à ajouter à chaque RCM pour pouvoir appréhender la spécificité des patients gériatriques par séjour et pour chaque séjour étaient lourdes (dépendance, complexité sociale, type de prise en charge….) et allaient demander un temps considérable à l'équipe multidisciplinaire pour chaque séjour[2].

C'est pourquoi il a été nécessaire de définir un moyen efficace pour obtenir les informations sur les spécificités des patients gériatriques et les procédures de soins pour permettre de mieux rendre compte de la durée de séjour et de la charge en soins pour améliorer le financement des services gériatriques aigus.

Le présent projet s'inscrit dans l'élaboration du programme de soins pour le patient gériatrique du SPF Santé Publique.

Plusieurs objectifs ont été assignés à cette recherche subdivisée en deux grandes parties. La première partie porte sur la définition du patient gériatrique, de la fonction de liaison et l'identification des outils de screening et d'évaluation des patients gériatriques.
La deuxième partie porte sur l'amélioration du système de financement des services de gériatrie aiguë.

La première partie tente de répondre à trois objectifs.

Le premier objectif consiste à définir les caractéristiques des patients gériatriques, de faire un inventaire et une analyse de la validité et de la fiabilité des outils de screening permettant de détecter les patients à profil gériatrique aux urgences et dans les services d'hospitalisation gériatriques et non gériatriques pour permettre une orientation appropriée et une prise en charge adéquate de ce type de patients.

De nombreux patients à profil gériatrique ne sont pas hospitalisés dans les services gériatriques. C'est pourquoi la gériatrie de liaison a été créée pour assurer une prise en charge gériatrique à ce type de patients.

Le deuxième objectif de la recherche est de tenter de définir de manière opérationnelle les conditions d'un fonctionnement efficace de la fonction de liaison gériatrique sur base des expériences menées dans différents pays et d'analyses scientifiques de l'efficacité d'une telle approche.

Une prise en charge adéquate des patients gériatriques suppose l'utilisation d'outils permettant de faire une évaluation globale et multidisicplinaire des fragilités du patient gériatrique.
Un troisième objectif de la recherche est de faire un inventaire et une analyse de la validité et de la fiabilité des outils d'évaluation multidisciplinaire des patients à profil gériatrique à utiliser tant au sein des services gériatriques que par la fonction de liaison.

Dans la deuxième partie, 4 objectifs ont été poursuivis.

Le premier objectif est une analyse de la littérature scientifique et des expériences internationales concernant le financement des services de gériatrie aiguë et les conditions d'une prise en charge efficace des patients gériatriques.

Le deuxième objectif est l'inventaire et l'évaluation de la validité et de la fiabilité des outils utilisés ou disponibles pour le financement des services de gériatrie aiguë.

Le troisième objectif porte sur des propositions d'amélioration du financement des services gériatriques aigus sur base des éléments mis en évidence dans la première et la deuxième partie pour une meilleure répartition des journées justifiées et des ressources en personnel (infirmier, paramédical et référent hospitalier) entre les unités de gériatrie aiguë.

Le quatrième objectif vise à réaliser une simulation de l'impact des propositions faites.

La recherche a donc porté à la fois sur la définition du public (les patients gériatriques), les outils nécessaires à leur screening et à leur évaluation, les conditions à remplir pour assurer une prise en charge efficace des patients gériatriques et les améliorations à apporter au système de financement pour tenir compte de ces divers éléments.

2 ETAT DES LIEUX DE LA GERIATRIE EN BELGIQUE

2.1 INTRODUCTION HISTORIQUE

En 1935, au Royaume-Uni, intervient une modification de la législation sur les soins aux personnes âgées malades; suite à cela, la doctoresse Marjorie Warren se trouvant à la tête de 714 personnes âgées souffrantes dans une unité de soins d'un home pour personnes âgées, eut une idée novatrice : rendre visite avec une petite équipe multidisciplinaire à toutes ces personnes; cette équipe comprenait une infirmière et une assistante sociale. Le constat suite à cette intervention fut que la moitié des personnes pouvait retourner à leur domicile ou dans leur maison de repos. Elles avaient souffert d'une malade aiguë mais avaient déjà récupéré et ne nécessitaient plus de soins infirmiers spécialisés. L'autre moitié souffrait d'un handicap sévère, consécutif entre autres, à un accident vasculaire ou une hémiplégie. Elle fit lever ces personnes, les stimula à participer aux activités de la vie quotidienne habillées en civil et à prendre leur repas au restaurant du département. Au lieu d'un groupe de personnes alitées, incontinentes, désorientées et présentant des escarres, elle côtoyait un groupe de personnes actives, contentes et à qui la famille rendait à nouveau visite.

Le mouvement gériatrique était né. Un premier article traitant de la prise en charge multidisciplinaire des personnes âgées était publié dans le BMJ en 1943[4].

En 1947, une nouvelle question se pose : Pourquoi attendre que les personnes âgées soient en maison de repos pour réaliser une évaluation multidisciplinaire ? C'est la mission de l'hôpital général. L'Association médicale britannique (British Medical Association) publia en 1947 "*The Care of the elderly",* pierre angulaire du développement de la médecine gériatrique au Royaume-Uni. L'introduction d'un département de médecine gériatrique dans tous les hôpitaux généraux connut un franc succès. En 1958, Lionel Cosin de Oxford créa le premier hôpital gériatrique de jour.

2.2 LA GERIATRIE EN BELGIQUE

2.2.1 Historique

Dès les années soixantes, au niveau du Ministère de la santé, le concept que le patient gériatrique présente un profil spécifique fait déjà son chemin. Il en résulte la programmation de 5.000 lits "R" (Gériatrie et Réhabilitation) et de 10.000 lits "V" (Soins de longue durée). L'objectif était de renvoyer plus de patients gériatriques chez eux et de réduire la durée de séjour à l'hôpital. A l'époque, nombre de patients restaient hospitalisés tout un hiver à moindre frais. La médecine gériatrique n'intéressait pas grand monde en Faculté de médecine ou parmi le corps médical.

Progressivement, ces lits 'R' furent déviés de leur but initial et dirigés vers des unités de réhabilitation ou de long séjour.

En 1979, le Ministre D'hoore confirma par circulaire à tous les hôpitaux les « missions » initiales et le caractère gériatrique de ces lits 'R'.

En réalité, beaucoup de lits 'V' étaient des 'lits de maisons de repos et soins'.

Cependant, à des fins statistiques, nombre d'institutions transféraient ses patients d'un service V à un autre service V, et ce tous les six mois.

Depuis lors, un plan coordonné de soins de qualité aux patients gériatriques a été progressivement introduit conformément aux recommandations de la société belge de gériatrie et gérontologie (SBGG) présentées au Ministre J.L. Dehaene en 1982 (cf. Annexe).

En décembre 1982, les lits 'maison de repos et de soins' —RVT-MRS— sont créés. En fait, jusqu'à cette époque, ces résidences n'acceptaient que les personnes âgées valides et seuls les hôpitaux accueillaient les personnes âgées dépendantes.

Ensuite, les lits G ont été créés (AR de 1984), et par la même occasion, les lits 'R' et 'V' furent abolis. La programmation prévoyait 5 lits G pour mille habitants de 65 ans et plus (soit 7500 lits à l'époque). Cette programmation fut accomplie en peu de temps, un peu plus rapidement en pays flamand que dans les autres régions de la Belgique ; en effet, à cette époque la Flandre bénéficiait de plus de gériatres (en ce temps-là, spécialistes en médecine avec une formation spéciale en gériatrie).

Certains lits 'V' ont été convertis en lits G, d'autres en lits maisons de repos, et d'autres encore en lits Sp (lits spécialisés), et ce surtout à Bruxelles et en Wallonie.

Depuis 1978, la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (SBGG) organise des réunions scientifiques bisannuelles de deux jours (une session en Flandre et une session en Wallonie) ; ces sessions sont multidisiciplinaires et présentent plusieurs programmes en paralèlle. Ces journées connaissent un franc succès (> 1000 personnes). L'assemblée générale de la société se tient à Bruxelles fin mai et des prix d'excellence sont décernés à de jeunes gériatres.

La SBGG a visité en 1999 les différents départements de gériatrie —sur base volontaire. La visite était conduite par un gériatre (choisi parmi les pairs) et une même infirmière. Le taux de participation était élevé : 102 départements sur 160 à l'époque. Les résultats bien qu'excellents soulignaient une importante différence d'activité entre les services ; une pénurie de personnel était constatée à différents endroits à défaut de possibilités financières de certains hôpitaux. Certains départements gériatriques fonctionnaient sans gériatre.

Cette visite constituait la première activité du Collège de gériatrie, réalisée conjointement avec la SBGG.

Depuis lors, le Collège est très actif et présente une variété de programmes pour améliorer la qualité des soins gériatriques en Belgique (par exemple, élaboration du Belgian Geriatric Minimal Screening Tools (BGMST) ; voir plus loin).

2.2.2 Le nouveau programme de soins du patient gériatrique

L'AR du 29/01/2007 précise le programme de soins pour le patient gériatrique décrivant le programme de façon détaillée:

1. l'unité de gériatrie classique,
2. la gériatrie ambulatoire,
3. l'hôpital de jour gériatrique,
4. la gériatrie de liaison interne,
5. la gériatrie de liaison externe.

Y sont également prévues, les mesures de contrôle de qualité dont le dossier gériatrique pluridisciplinaire, le plan de soins pluridisciplinaires, les réunions d'équipe et la continuité des soins.

2.2.3 Situation actuelle en Belgique

2.2.3.1 Nombre de gériatres

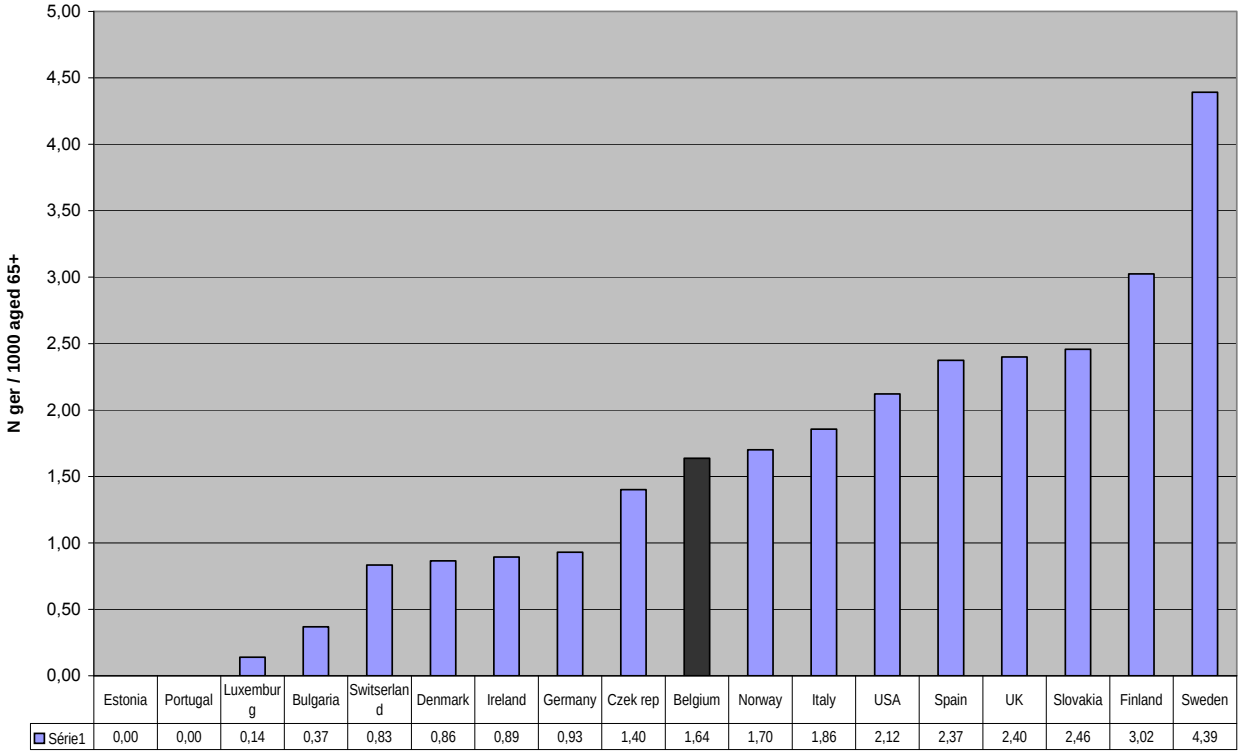
Actuellement (2007), 300 gériatres sont reconnus comme tels, ou spécialistes en médecine interne avec une compétence spéciale en médecine gériatrique dont environ 140 d'expression francophone et 160 néerlandophone. En outre, il y a environ 10 assistants spécialistes en voie de formation en Belgique. Ce n'est pas assez pour assurer les nouveaux besoins (programme du patient gériatrique) ainsi que le remplacement des gériatres qui quitteront prochainement la profession (c'est-à-dire le premier groupe de gériatres pionniers). D'ailleurs, nombreux sont les hôpitaux qui disposent d'un département gériatrique et qui recherchent sans succès un gériatre.

Il y a toutefois plus de candidats pour la gériatrie que ce que n'autorisent les quotas imposés par les universités.

C'est pourquoi, la SBGG a fait parvenir au Président de la Commission de planification médicale un mémorandum demandant la reconnaissance gériatrique en tant que nouvelle spécialité (créée par l'AR du 19/08/2005) écartant ainsi toute limitation en nombre d'assistants spécialistes.

Néanmoins, comparativement aux autres pays d'Europe, la Belgique se situe dans la moyenne avec 1,64 gériatres pour 1000 personnes âgées de 65 ans et plus (Figure 1).

Figure 1 : Nombre de gériatres / 1000 personnes âgées de 65 ans et plus dans différents pays



Sources : Bayens, - Calcul : CIES-SESA- UCL

2.2.3.2 Nombre d'hôpitaux généraux avec un ou plusieurs départements de gériatrie

En Belgique, la norme de programmation de lits G est fixée par l'AR du 2/2/1985 (MB 09-08-1985) à 5 lits pour 1.000 personnes âgées de 65 ans et plus, soit à environ 7500 lits pour l'ensemble de la Belgique selon le profil de la population à l'époque.

Tableau 1 : Lits G agréés, en fonction des normes et par région ou province

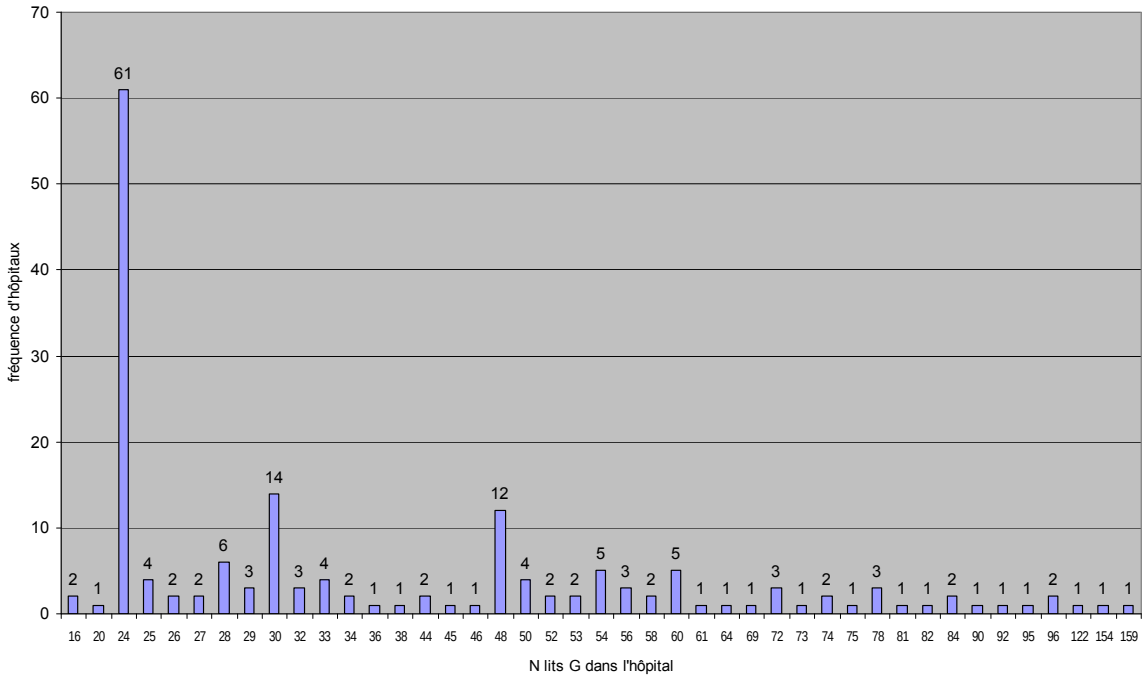
Province	Lits G	N PA 65 ans+	Lits G ‰ PA 65 ans +	N lits G norme 5‰ PA 65+	Norme 5 lits ‰ PA 65+	N lits G projet 6 lits ‰ PA 65+	Norme 6 lits ‰ PA 65+
Anvers	1 147	298 490	3,84	1 492	-345	1 791	-644
Brabant flamand	404	182 179	2,22	910	-507	1 093	-689
Flandre orientale	948	249 516	3,80	1 247	-300	1 497	-549
Limbourg	502	128 461	3,91	642	-140	771	-269
Flandre occidentale	988	225 600	4,38	1 128	-140	1 354	-366
Brabant Wallon	96	56 417	1,70	282	-186	339	-243
Hainaut	753	217 246	3,47	1 086	-333	1 303	-550
Liège	621	180 189	3,45	901	-280	1 081	-460
Luxembourg	126	41 360	3,05	207	-81	248	-122
Namur	184	75 014	2,45	375	-191	450	-266
Total Flandre	3 989	1 084 246	3,68	5 421	-1 432	6 505	-2 516
Total Wallonie	1 780	570 226	3,12	2 851	-1 071	3 421	-1 641
Total Bruxelles °	1 055	154 545	6,83	773	282	927	128
Total Belgique	6.824	1.809.017	3,77	9.045	-2.221	10.854	-4.030

Sources : données relatives aux lits G : SPF santé publique – Données actualisées au 24/04/2007 - Données relatives à la population : SPF Économie - Direction générale Statistique et Information économique, Service Démographie

Selon cette norme de 5‰, il serait nécessaire d'avoir 9 045 lits aujourd'hui. Le déficit entre ce que la norme prévoit et ce qui est actuellement agréé s'élève au total à 2 221 lits, avec des variations selon les régions (Tableau 1).

Actuellement, il n'y a que quelques départements de gériatrie qui ne sont pas inclus dans un hôpital général. Près de la moitié des hôpitaux généraux ont actuellement un département de gériatrie, au moins sur un de leur site (Tableau 2). Le nombre de lits G agréés varie d'un hôpital à l'autre, mais la majorité des hôpitaux a une unité de 24 lits, ou un multiple de 24 (Figure 2 : Taille des unités gériatriques dans les hôpitaux).

Figure 2 : Taille des unités gériatriques dans les hôpitaux



Sources : SPF Santé publique – données au 15/01/2006 – Calculs : CIPM – CIES-SESA-UCL.

Tableau 2 : Nombre d'hôpitaux généraux disposant d'au moins un service G

	Avec service G	%	Sans service G	%
Flandre	61	79	16	21
Wallonie	33	75	11	25
Bruxelles	17	77	5	23
Belgique	111	78	32	22

Sources : Visitations des Services G, par le Collège de Gériatrie et la SBGG au printemps 2007 (SPF Santé Publique)

2.2.3.3 Nombre d'hôpitaux gériatriques de jour

Certaines activités gériatriques de jour se sont développées en Belgique depuis une vingtaine d'années (par ex. Ostende ou Bruxelles) tout en gardant un profil d'activité limité à défaut de financement pour ce type d'activité.

Depuis le 1/07/2006, une expérience est lancée par le Ministère de la Santé et 46 départements gériatriques ont obtenu une convention pour développer un hôpital gériatrique de jour (Le financement d'un ETP infirmier et un ETP paramédical). Le 1/07/2007, 15 autres départements gériatriques ont obtenu cette licence.

2.3 FORMATION

2.3.1 Formation des médecins

En Belgique, la formation des médecins à la gériatrie a pendant longtemps été délaissée, les hôpitaux académiques privilégiant la création de services techniques.

Pourtant depuis une dizaine d'années, chaque hôpital académique a développé une structure gériatrique en son sein et ouvert une chaire de gériatrie pour l'enseignement de la gériatrie aux étudiants en médecine. Cette formation reste toutefois limitée (de 10 à 30 heures d'enseignement pour tout le cursus médical).

En fait, la « compétence spéciale en médecine gériatrique » pour les internistes a été créée en 1985 par arrêté royal. Pour ce, les médecins internistes devaient suivre une formation supplémentaire d'un an, dans un service reconnu de formation gériatrique et avoir présenté ou publié une contribution scientifique dans cette spécialité.

Sur le plan de la reconnaissance ministérielle, la gériatrie en tant que « spécialité » à part entière n'a été reconnue qu'en 2005 par un arrêté royal (MB : 19/08/2005) qui déterminait les modalités de la formation du médecin spécialiste en gériatrie (3 ans de médecine interne suivis de 3 ans de gériatrie) (conformément à la recommandation européenne de l'UEMS). Auparavant seul le « certificat de compétence particulière en gériatrie » était acquis au terme de 5 années de médecine interne suivies de 1 année de gériatrie passée au sein d'un service de stage reconnu.

Sur le plan académique, l'enseignement théorique des candidats gériatres est assuré par chaque université (en région francophone les universités ont mis sur pieds des « diplômes d'enseignement universitaire, DES »).

De plus, depuis le 1 octobre 2005, la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie a organisé un « cours d'enseignement interuniversitaire » national (actuellement 18 cours de 4 heures en deux ans) qui a été avalisé par les doyens respectifs des universités belges. Tout jeune gériatre est tenu de suivre ce cours afin d'être reconnu en médecine gériatrique.

La formation de médecins gériatres restent toutefois limitée par la présence de quotas qui ne permettent pas d'assurer le remplacement des gériatres formés partant à la retraite.

2.3.2 Formation des infirmières

Le cursus infirmier varie d'une Communauté à l'autre. Nous présentons rapidement leurs spécificités.

2.3.2.1 En Communauté française

En Communauté française, il existe deux filières de formation[a]. Comme le mentionne le tableau ci-après, on constate que la part de formation en gériatrie est mineure. Par ailleurs, les matières traitant les aspects gérontologiques-gériatriques constituent un chapitre dans un cours plus général, surtout dans la formation 'Bachelier en soins infirmiers'. Dans la formation d'infirmière hospitalière, il existe des intitulés de cours spécifiant précisément la gériatrie.

a La formation d'infirmière hospitalière, organisée en 3 ans, dépend de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire de 4° degré ; l'accent est principalement mis sur les aspects pratiques. La formation des bacheliers en soins infirmiers (appelée avant la réforme de Bologne, infirmière graduée) dépend de l'enseignement supérieur, est organisée en 3 ans (180 ECTS) dont la moitié est réservée à l'apprentissage clinique.

Tableau 3 : Formation en gériatrie

	Inf. hospitalière	Bachelier en Soins infirmiers
Heures théoriques : pathologie médicale	112 h patho dont une petite partie en G	10 heures patho
Heures théoriques en SI	128 h	23 h
Stage pratiques	1 à 2 stage(s) de 10 jours	1 stage de 15 jours

Sources : http://www.prov-liege.be/epl/sec/ipp_3.php?a=ipp; institut supérieur d'enseignement infirmier (cahier de charge)

Depuis 2000, il existe une quatrième année de formation interdisciplinaire en 'Gériatrie-Psychogériatrie' accessible à tout titulaire d'un baccalauréat professionnalisant (graduat en soins infirmiers, logopédie, psychologie, ergothérapie, diététique, …). Cette formation, organisée en un an comprend 60 ECTS (985 h) dont 32 ECTS réservée à la formation théorique. Elle aborde tous les aspects de la gérontologie et de la gériatrie, appréhende la personne âgée dans ses composantes physiques, psychiques et sociales. Cette formation ouvrant le droit à la fonction de directeur de MRPA/MRS, aborde aussi des aspects de gestion et management des ressources humaines. Cette formation accueille en moyenne une quinzaine d'étudiants par an.

A notre connaissance, il n'existe pas de formation de promotion sociale spécifique à la gériatrie.

2.3.2.2 En Communauté flamande

Les infirmières graduées choisissent, en cours de formation (3 ans), leur spécialité. La gériatrie en est une mais cette formation d'infirmière spécialisée en gériatrie ne sera bientôt plus organisée pour des raisons économiques.

Messages Clés

L'état des lieux permet de conclure que :

- **Le nombre de lits G n'atteint pas la norme légale**
- **Le nombre de gériatres et d'infirmières spécialisées en gériatrie ne permet pas de couvrir les besoins**
- **Une spécialité en médecine gériatrique est reconnue depuis 2005 pour les médecins**
- **La formation des infirmières en gériatrie est très limitée**

3 DEFINITION EVALUATION DU PATIENT GERIATRIQUE : REVUE NARRATIVE

3.1 INTRODUCTION

La recherche des caractéristiques du « patient gériatrique » s'impose au vu des ressources limitées afin de réserver la prise en charge gériatrique aux patients les plus susceptibles d'en bénéficier [5-9]. Elle constitue une demande explicite de l'autorité publique dans le cadre du programme de soins pour le patient gériatrique.

Une question importante consiste à savoir s'il est possible d'identifier ces patients, et dans l'affirmative, est-il possible de les identifier précocement, dès leur admission. Le concept de « patient gériatrique » est peu développé dans la littérature scientifique et même parfois mal accepté en raison du risque de catégorisation négative. Par contre, le concept du patient « fragile » est de plus en plus étudié. Pourtant ce concept reste encore assez flou dans la littérature médicale. La tendance actuelle serait d'associer ce concept de fragilité à une situation qui précèderait l'apparition de déclin fonctionnel et du profil gériatrique à proprement parler.

En Belgique, plusieurs initiatives ont été menées dans le but de dépister et de mieux caractériser les spécificités du « patient gériatrique ».

Si le risque de déclin fonctionnel est réel lors d'une hospitalisation, ce risque ne concerne pas toutes les personnes âgées. Néanmoins, une prise en charge gériatrique adéquate permet de prévenir ce risque et donc il y a lieu d'identifier ces patients à risque le plus précocement possible.

3.2 OBJECTIFS

Les objectifs de ce chapitre sont de type exploratoire afin

- De définir les critères cliniques définissant le patient gériatrique ;
- D'identifier les différents outils d'évaluation du patient gériatrique.

3.3 METHODOLOGIE

Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons choisi de recourir à une revue de la littérature exploratoire.

La démarche méthodologique s'apparente à une démarche « snowball».

Tant la littérature scientifique que professionnelle ainsi que la littérature grise ont été investiguées.

Cette revue de la littérature est de type narratif. Il ne s'agit pas de rédiger une systematic review au sens strict du terme.

3.3.1.1 Investigation de la littérature scientifique

STRATEGIES DE RECHERCHE

Trois moteurs de recherche ont été utilisés donnant accès à des bases de données complémentaires : d'une part OVID , via la bibliothèque virtuelle du CEBAM, Pubmed (pour Medline) et d'autre part, Embase.

Les bases de données explorées étaient : COCHRANE, DARE, Medline, CINAHL, BNI, et EMBASE.

1. Les mots clefs utilisés (et les descripteurs correspondants lorsqu'ils étaient disponibles) sont repris dans le tableau 4. Nous distinguons les mots clefs pour la définition du patient gériatrique de ceux pour l'identification d'outils d'évaluation.

Tableau 4 : Liste des mots-clefs

Patient gériatrique	Outils d'évaluation
geriatric patient	Patient
geriatric profile	Elderly
geriatric medicine	Aged
geriatric syndrome	Tools
clinical profile	scale
Elderly	geriatric assessment
Frail elderly	clinical assessment
Patient	Screening
aged	RAI
hospital	SMAF
geriatric unit	APS AGGIR SOCIOS PATHOS
Frailty	ISAR
definition	VIP
	BGMST
	SHERPA
	TCRT
	Edmonton scale
	RUG
	Geriatric scale

La recherche par mot-clef a été appliquée uniquement sur les titres et abstracts.

La littérature des 10 dernières années a été explorée. Néanmoins, certaines publications antérieures ont été reprises soit à partir des bibliographies des articles relevés, soit de façon manuelle, soit recommandées par des experts, ces publications faisant autorité dans le domaine.

CRITERES DE SELECTION DES ETUDES RECENSEES

Pour retenir une étude, nous nous appuyons essentiellement sur les critères suivants:

- Qualité de la revue de publication
- Renommée des auteurs (autres publications scientifiques)
- Applicabilité de l'étude au contexte occidental
- Langue de rédaction : anglais, français, néerlandais
- Caractère récent (<10 ans sauf si étude notoire)
- Description pertinente de la méthode
- Clarté des résultats

3.3.1.2 Investigation de la littérature grise

Par littérature grise, nous entendons rapport de recherche, thèse, … Notre méthode de recherche de cette littérature est différente. Deux moteurs de recherche ont été utilisés :

1. Site des sociétés scientifiques de gériatrie : Concernant la définition du patient gériatrique pour les différents pays, les sites des associations scientifiques de gériatrie ont été consultés (le site de la SBGG donne le lien vers les autres associations scientifiques). Les sites ont été consultés soit en version anglaise soit dans leur langue véhiculaire (français, néerlandais, allemand, espagnol).
2. Google : En utilisant 'google' comme moteur de recherche, seuls les textes issus de sites des universités, des gouvernements ou les textes légaux ont été pris en considération.

Les mêmes mots-clefs (en français ou en anglais) ont été utilisés pour explorer la littérature grise.

Des références supplémentaires ont été identifiées

1. Dans une bibliographie thématique développée par les deux rédacteurs qui disposent d'une longue expérience clinique et scientifique (recherche doctorale) dans le domaine.
2. Sur base de recommandations de lecture émanant de différents experts contactés (Professeurs de Gériatrie).

Que ce soit pour la littérature scientifique ou la littérature grise, la bibliographique des articles, rapports ou thèses a systématiquement été consultée et certaines études ainsi prises en compte.

Toutes les citations se fondent sur l'analyse des articles originaux lorsqu'ils étaient disponibles.

La littérature a été investiguée en mai et juin 2006. Cette synthèse de la démarche méthodologique a été rédigée a posteriori et donc donne les grands principes systématiquement appliqués par les deux chercheurs. Par contre, les détails ne peuvent être rapportés.

Un contrôle (nouvelle investigation dans la littérature) a été réalisé a posteriori (janvier 2007) avec succès pour s'assurer que les principaux articles ont été relevés. Lors de la validation interne du présent chapitre, certains articles ou outils nous ont été recommandés par les experts gériatres et ont été insérés dans le texte.

3.4 PROBLEMATIQUE

On ne peut parler du patient gériatrique sans évoquer le concept de fragilité. Le paragraphe relatif à la description de la fragilité se veut bref sachant que l'objectif du présent rapport se focalise sur le 'patient gériatrique'. Néanmoins, il est important de définir brièvement la fragilité pour bien cerner qu'il s'agit d'un état prémorbide, précédant le plus souvent l'état de 'patient gériatrique'. L'objet de ce paragraphe n'est donc pas de rédiger une revue de la littérature sur la fragilité.

3.4.1 Clarification des concepts

3.4.1.1 Fragilité

ESSAI DE DEFINITION DE LA FRAGILITE

Si le nombre de publications évoquant la fragilité croît, ce concept reste difficile à définir. La plupart des cliniciens savent reconnaître une personne âgée fragile. En revanche, lorsqu'on leur demande quelles sont les caractéristiques qui leur font dire qu'un tel patient est fragile, ils sont souvent perdus. Le terme "Frailty" est largement utilisé et rend compte d'un syndrome multidimensionnel caractérisé par une perte de réserves (énergétiques, physiques fonctionnelles, cognitives, santé) responsable d'une vulnérabilité accrue.

Fried et al. ont tenté de formuler une définition de la fragilité. Ils suggèrent que si une personne présente 3 ou plus des 5 facteurs cités ci-dessous, elle peut être considérée comme « fragile »[10].

Ces facteurs sont :

- Une perte de poids involontaire (10 pounds=4,536 kg ou plus en un an)
- Un épuisement "Self-reported"
- Une faiblesse objectivée par une mesure de la force musculaire du poignet (grip strength)
- une marche ralentie
- une activité physique diminuée

Sur base de cette définition, ils trouvent 6.9% de personnes fragiles au sein de la population américaine vivant hors institution[10]. Le phénotype de fragilité selon Fried est un élément prédictif des chutes, d'une perte de mobilité, d'une incapacité, d'hospitalisation et de mortalité. Cette fragilité est associée aux maladies cardiovasculaires, à un niveau bas d'éducation et à un niveau économique précaire.

PATHOPHYSIOLOGIE DE LA FRAGILITE

Grâce au cadre conceptuel défini par Fried, il est possible de déterminer la pathophysiologie de la fragilité et de reconnaître les facteurs physiologiques dont la détérioration secondaire au stress environnemental ou au vieillissement préprogrammé vont jouer un rôle central dans le développement de la fragilité.

Il est important de noter que la définition de la fragilité selon Fried place ce concept en position intermédiaire – entre le devenir fonctionnel et le développement d'incapacité fonctionnelle et/ou la comorbidité directement associée au processus de la maladie. Cela peut être troublant pour certains gériatres comme l'explique Muriel Gillick[11] de Harvard qui pense que de nombreux facteurs jouent un rôle dans le développement de la fragilité[10, 12]. Ces facteur sont :

- Anorexie
- Sarcopénie
- Immobilité (ou activité physique réduite)
- Athérosclérose
- Trouble de l'équilibre
- Dépression
- Troubles cognitifs

La pathogenèse de la fragilité est une intrication complexe de facteurs qui conduisent à des cercles vicieux entraînant éventuellement une incapacité fonctionnelle, une comorbidité ou la mort.

MESURE DE LA FRAGILITE

Si le concept semble bien construit, sa définition précise reste peu claire ce qui rend sa mesure difficile [13-16, 10, 17-20]. Les différentes méthodes de mesure peuvent être classées en 3 groupes.

1. De nombreuses définitions opérationnelles basées sur des règles ("rules-based")[14, 21, 15, 10, 18]: par exemple, une personne peut être définie comme « fragile » si au moins 3 symptômes sont présents (perte de poids involontaire, sensation subjective d'épuisement, faible force musculaire au poignet, vitesse de la marche ralentie et faible activité physique)[13]. De telles définitions sont souvent dérivées de modélisations mathématiques très rigoureuses à partir de grands échantillons ; ces approches —indispensables en termes de santé publique— ne permettent pas toujours de cerner le cas clinique spécifique rencontré au quotidien.
2. Le calcul de la somme des incapacités[22]. Malgré sa valeur prédictive puissante du risque de déclin[23-25], cette approche prend beaucoup de temps et n'est pas utilisée en clinique routinière.
3. Une classification opérationnelle basée sur le jugement clinique pour interpréter les résultats de l'anamnèse et de l'examen clinique[26, 27].

La création d'un nombre aussi considérable d'échelles reflète toute la difficulté de mesurer la fragilité et ses composants. La capacité de mesurer la fragilité est cependant importante sur le plan clinique et en termes de politique de soins de santé. Les informations recueillies à propos de la fragilité aident les planificateurs de programmes de soins de santé à identifier les types de services requis et à anticiper les besoins.

Cliniquement, la stratification de la fragilité pourrait aider à l'établissement d'un plan d'interventions ou prédire le risque du patient par rapport à son devenir (décès, déclin fonctionnel) ou au besoin de soins en institution.

Dans une étude canadienne, Rockwood et son équipe ont travaillé selon les trois approches[28]:

1. Définition de la fragilité basée sur des règles [15] ;
2. Développement d'une méthode mesurant les déficits présentés
3. Par les patients (identifiant des signes, symptômes et résultats de tests anormaux). Ce type d'approche est reproductible et est corrélé avec la mortalité[23, 22] mais en routine clinique, les auteurs reconnaissent que la mesure des incapacités est rarement appliquée en raison de sa faisabilité aléatoire ;
4. Elaboration d'une forme dérivée et validée d'une échelle appelée « Clinical Frailty Scale" qui est une mesure de la fragilité basée sur le jugement clinique[27, 29].

Cette dernière échelle "The Clinical Frailty Scale" rassemble des items comme la comorbidité, les troubles cognitifs et physiques. D'autres auteurs séparent les items physiques en développant un score de « fragilité physique »[30]. Si cette distinction est défendue par certains[31], il n'existe pas de consensus pour séparer ces deux formes de fragilité [23] et il y a des raisons d'être sceptique. L'approche de la fragilité « physique » est basée sur une estimation difficilement quantifiable de la « réserve physiologique » : sa validité prédictive n'est pas meilleure qu'une approche globale. Empiriquement, la plupart des patients âgés qui sont physiquement fragiles présente à des degrés divers des incapacités ; le débat découle alors souvent de problèmes sémantiques liés aux définitions employées[32-35] qui pourraient toutes rendre compte de situations où le patient est « apparemment vulnérable ».

En fonction de leur spécialité, les divers cliniciens peuvent hypertrophier certains aspects des maladies de manière fort différente sans que le diagnostic final ne soit modifié – par exemple un psychiatre et un neurologue peuvent tous deux conclure fort justement, tout en utilisant des processus différents, qu'un patient présente une « démence fronto-temporale ». Cette souplesse du jugement clinique est largement validée dans les différentes structures d'accueil de la personne âgée fragile[36-39].

Message Clé

La fragilité reflète un syndrome multidimensionnel caractérisé par une perte de réserves (énergétiques, physiques fonctionnelles, cognitives, santé) responsable d'une vulnérabilité accrue. Si tout doit être mis en place pour rendre réversible cet état de fragilité préliminaire, l'identification du patient gériatrique dans les structures hospitalières est cruciale afin d'identifier les patients gériatriques à risque de déclin et de leur proposer une prise en charge optimale mais spécifique afin de ralentir voire prévenir ce déclin.

3.4.1.2 Essai de définition du patient gériatrique

Définir le patient gériatrique est un exercice laborieux tant il s'agit d'un concept tentant de cerner une réalité clinique complexe et individuelle. Les gériatres du terrain, grâce à leur expertise clinique, repèrent aisément un patient gériatrique parmi les autres. Néanmoins, tout professionnel de la santé, et en particulier les médecins non-gériatres, doit pouvoir également les identifier précocement afin de les orienter vers des unités spécialisées.

Pour tenter d'appréhender cette réalité clinique, nous reprendrons donc les différentes définitions proposées par différentes sociétés savantes en gériatrie afin d'identifier les caractéristiques récurrentes chez de tels patients. Certaines sociétés savantes définissent ou du moins donnent un tableau clinique du patient gériatrique, d'autres précisent le profil de patientèle prise en charge par le gériatre ou encore sur quoi se focalise la gériatrie.

Nous observons deux types de définitions : l'un qui précise directement les caractéristiques du patient, l'autre, plus indirect, qui se focalise plus sur la description de l'approche requise pour répondre aux problèmes gériatriques.

Le Tableau 6 en fait la synthèse.

COLLEGE DES GERIATRES BELGES

La question des caractéristiques du patient gériatrique est souvent posée par le patient ou sa famille au médecin gériatre (Tableau 5).

Tableau 5 : Caractéristiques du patient « gériatrique »

1. Homéostasie diminuée
2. Présentation atypique des maladies
3. Pathologies multiples
4. Enchevêtrement de facteurs somatiques, psychologiques et sociaux
5. Pharmacocinétique différente des sujets jeunes

L'homéostasie diminuée rend compte du fait que les marges de sécurité du fonctionnement des organes sont plus précaires ou ténues.

La présentation atypique des maladies confère également un risque accru. Aux côtés des mécanismes physiopathologiques altérés par l'âge, il faut insister sur une attitude dangereuse de l'entourage, du patient et du monde médical et paramédical. Bien souvent les symptômes sont attribués à l'âge. Ce phénomène est complexe et parfois dû en partie à une perception différente de la maladie par le sujet âgé, à sa crainte légitime d'être hospitalisé (les symptômes sont alors minimisés, dissimulés).

La « polypathologie» du patient gériatrique est une dimension importante à prendre en compte lors de l'abord de ce type de patient. Elle permet de hiérarchiser les stratégies diagnostiques, thérapeutiques et de prévention. En moyenne, le patient gériatrique hospitalisé présente de 6 à 8 maladies, les maladies cardio-vasculaires sont les plus fréquentes mais ces patients présentent bien souvent de manière concomitante des maladies dégénératives ostéo-articulaires (arthrose, ostéoporose), neurologiques (Parkinson, démences), des dépressions, des troubles sensoriels, etc. L'évaluation de cette comorbidité s'impose pour identifier les « ressources » fonctionnelles, cognitives, la motivation, et les capacités du patient à se prendre en charge.

Le patient « gériatrique » est aussi confronté à des moments pénibles majeurs de sa vie (deuil, perte de son habitat, placement). L'évaluation du contexte psychosocial est une des pierres angulaires de l'évaluation du patient gériatrique. Paradoxalement, si une famille est présente, elle pourra être parfois inadéquate par un comportement surprotecteur, transformant le patient âgé en «assisté».

La reconnaissance d'une dépression et de l'anxiété du patient doit faire partie de la démarche « gériatrique », le premier signe d'une dépression chez une personne âgée est bien souvent l'arrêt et/ou le refus de l'alimentation[40].

La polypathologie conduit naturellement à une prescription médicamenteuse abondante —« polymédication ». Si cette dernière repose dans le meilleur des cas sur des données probantes issues de la littérature (« evidence based medicine »), il faut remarquer que dans ces études, les caractéristiques gériatriques font bien souvent partie des critères d'exclusion d'éligibilité des sujets pour être enrôlés dans ces études. On ne dispose encore que de très peu d'études gériatriques validées qui renseignent le médecin sur la manière de traiter un patient de 85 ans présentant un diabète, une ostéoporose, une hypertension, une insuffisance rénale, des troubles visuels, une œsophagite de reflux, une incontinence et des troubles dépressifs associés à un isolement social. Or cette situation est loin d'être exceptionnelle à l'hôpital, elle se rapproche du «profil» gériatrique. En tout état de cause, la prescription de médicaments devra tenir compte des caractéristiques suivantes : polymédication, répartition corporelle différente (masse maigre diminuée, sarcopénie), liaison aux protéines plasmatiques, défaut de métabolisation (hépatique, rénale), troubles de l'élimination (hépatique, rénale), interférence médicamenteuse.

Le problème de la polymédication (iatrogène et automédication) est complexe et fait intervenir de multiples acteurs (entourage, famille, pharmacien, etc.)[41].

Quelques programmes d'intervention visant à diminuer la polymédication en gériatrie existent ; citons l'étude OBRA[42] qui met en évidence l'utilité d'une revue mensuelle et systématique des thérapeutiques auprès de patients âgés séjournant dans des institutions de long séjour. Cette polymédication est à l'origine d'une boutade qui dit que « la gériatrie est facile, il suffit d'arrêter les médicaments et le patient va mieux… ». S'il s'agit bien d'une boutade, il faut reconnaître que les pathologies iatrogènes sont responsables d'une part importante des motifs d'admission rencontrés chez les sujets âgés … Cette polymédication représente en soi un facteur de risque de dénutrition.

A ces caractéristiques du patient gériatrique, il faut ajouter encore que ce patient est bien souvent en perte d'autonomie[43]. L'évaluation des capacités fonctionnelles s'imposera donc lors de l'établissement d'un plan de soin gériatrique. A titre d'exemple, dans une salle de gériatrie d'un hôpital universitaire belge, un tiers des patients est incapable de se nourrir seul. Ces données sont confirmées par les enquêtes menées par le Collège de gériatrie.

Enfin, le patient gériatrique est bien souvent à risque de dénutrition ou alors franchement dénutri[44-51]. Cette dénutrition constitue une part importante de sa fragilité. La reconnaissance et la correction de cette dénutrition sont fondamentales pour permettre aux patients de recouvrer la santé.

SOCIETE BELGE DE GERONTOLOGIE ET DE GERIATRIE (SBGG)

L'Assemblée Générale de la SBGG-BVGG du 27 mai 2005 a approuvé la définition du Gériatre Belge proposée par le Conseil d'Administration de la Société. C'est une manière indirecte de définir le « patient gériatrique ».

« Le gériatre est le spécialiste qui pratique la médecine gériatrique, une branche spécialisée de la médecine interne qui se consacre aux aspects préventifs, cliniques, curatifs, de réadaptation et sociaux des maladies des personnes âgées et de leur santé. Cette population requiert une compétence spécifique en raison de sa fragilité, de sa polypathologie, de la présentation particulière de ses affections, d'une plus grande latence aux effets des traitements et du besoin en aide sociale. L'objectif principal de la gériatrie est d'obtenir, à travers une approche multidisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée. »[b].

---

b Assemblée Générale de la SBGG-BVGG, 2005

BRITISH GERIATRICS SOCIETY (BGS)

Selon la British Geriatric Society, l'apparition d'une ou plusieurs maladies chroniques devient inévitable avec l'âge ; la fragilité s'installe quand plusieurs conditions s'additionnent, en particulier, le grand âge où les réserves physiologiques sont limitées et où les contrariétés socio-économiques sont fréquentes[52].

SOCIETE FRANÇAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE (SFGG)

Le professeur Gonthier —CHU de St Etienne— dresse le profil du patient gériatrique en ces termes : "En situation aiguë, le patient âgé se plaint souvent de symptômes polymorphes et fluctuants non attribuables à une pathologie précise. Cela est dû à une interaction complexe entre la maladie aiguë, l'état polypathologique chronique et une perte des réserves physiologiques et fonctionnelles, liée à l'âge. De plus, les altérations des mécanismes régulateurs de l'homéostasie, de la réponse hormonale au stress ou la latence dans la mise en jeu du système immunitaire lors d'un état infectieux, émoussent la sémiologie des maladies aiguës (exemple : pneumopathie aiguë sans ou avec hyperthermie discrète). Le patient âgé en phase aiguë souffre d'une dégradation rapide de son état fonctionnel avec risque accru de complications de décubitus (désadaptation cardiocirculatoire, escarre,

incontinence, démotivation, …). Le patient âgé est parfois victime de pathologies non revendiquées par la médecine de spécialité (véritables pathologies orphelines) comme la cachexie, l'état grabataire, les escarres, les chutes à répétition, la désorientation.

Ces pathologies sont volontiers aggravées par d'autres éléments médico-sociaux comme le grand âge, le mode de vie seul, l'altération des fonctions intellectuelles, le sexe féminin. D'autres pathologies sont très prévalentes comme les bronchopneumopathies (notamment hivernales post-virales, par trouble de la déglutition), les déshydratations avec insuffisance rénale, les poussées d'insuffisance cardiaque à répétition, les chutes compliquées. Le patient âgé enrichit la sémiologie observée par la vulnérabilité des grandes fonctions de l'organisme. Un épisode aigu même de « faible intensité » expose aux phénomènes de cascade. La situation sociale précaire (isolement, manque de ressources) et le retentissement psychique de tous les événements aigus organiques favorisent des « crises de la vieillesse » (démotivation, réaction dépressive, troubles du comportement à type de refus de soins)[53].

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KLINISCHE GERIATRIE (NVKG)

Selon la société scientifique hollandaise[54], la gériatrie est une spécialité médicale s'occupant de personnes âgées souffrant de plusieurs affections conjointement. Il s'agit d'une combinaison de facteurs physiques, psychiques et sociaux. Le gériatre prendra en considération l'ensemble de ces éléments y compris les aspects des soins à domicile. Les principaux problèmes fonctionnels rencontrés en gériatrie sont :

- Troubles de la mémoire et confusion,
- Troubles de la mobilité et chutes,
- Troubles de la continence,
- Problèmes nutritionnels,
- Polypharmacie,
- Troubles de l'humeur,
- Déclin non déclaré dans les tâches au quotidien.

DEUTSCHER GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE UND DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE ZUR DEFINITION DES FACHES GERIATRIE (DGG-DGG)

Selon la Société allemande des gériatres et gérontologues, ces derniers s'occupent de personnes présentant les caractéristiques suivantes : patient âgé, multimorbidité, chronicité et complexité des facteurs de risques, déclin caractéristique (Verlaufsmerkmale). Une prise en charge par un gériatre d'un patient gériatrique permet de ralentir ce déclin. La société précise encore les spécificités de la médecine gériatrique permettant ainsi de mieux appréhender la définition du patient gériatrique[55].

Ces caractéristiques sont :

- La gériatrie est une discipline en soi,
- La modification de la physiologie des organes,
- La modification des normes des paramètres physiologiques,
- Les modifications physiologiques et organiques entraînent un tableau clinique et un déroulement physiopathologiques ainsi qu'un pronostic particulier, se différenciant de ceux rencontrés classiquement chez l'adulte,
- Les capacités d'adaptation du patient gériatrique sont modifiées voire ralenties.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG)

La société espagnole insiste sur la nécessité de distinguer le patient âgé du patient gériatrique. Pour elle, le patient gériatrique est un concept qui n'est pas délimité par l'âge. Néanmoins, en plus de l'âge avancé, s'ajoutent des troubles fonctionnels physiques ou/et psychiques, une polypathologie, un polytraitement médicamenteux ainsi qu'une fragilité (vulnérabilité) sociale. Plus la personne avance en âge, plus elle a de risques de présenter ces caractéristiques. Parmi les patients de plus de 65 ans hospitalisés, seulement 15% réunissent ces caractéristiques. Cette proportion augmente logiquement avec l'âge[56].

EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICINE SOCIETY (EUGMS)

Selon cette société européenne, un gériatre réalisera une anamnèse médicale et sociale dans une perspective d'évaluation compréhensive et portera une attention particulière aux éléments suivants :

- Présentation atypique,
- Co-morbidité,
- Evaluation fonctionnelle,
- Polypharmacie[57].

AUSTRALIAN SOCIETY FOR GERIATRIC MEDICINE (ASGM)

Selon the Australian Society for Geriatric Medicine, la littérature ne fournit aucune définition précise du profil de patient devant bénéficier d'une évaluation gériatrique intégrative. Néanmoins, selon cette société, plusieurs caractéristiques permettent de cerner le patient à risque plus élevé d'institutionnalisation ou de déclin fonctionnel. Ces caractéristiques sont :

- Grand âge : > 85 ans,
- Isolement (vivre seul),
- Epuisement de l'aidant informel,
- Troubles fonctionnels (ea. Incontinence),
- Troubles de la mobilité,
- Troubles de l'équilibre,
- Troubles cognitifs[58].

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS)

Selon l'American Geriatrics Society, les caractéristiques du patient gériatrique ne sont pas clairement définies. Néanmoins les recommandations en termes d'évaluation nécessitent de focaliser son attention sur les critères suivants :

- Troubles somatiques (trouble du rythme, état grippaux, dépression, …),
- Malnutrition,
- Troubles cognitifs,
- Troubles de la mobilité,
- Troubles sensoriels,
- Incapacités fonctionnelles (ADL, IADL),
- Traitement pharmacologique sub-optimal,
- Support social et maltraitance[59].

3.4.2 Conclusions

Nous suggérons de reprendre la définition de la Société belge de gériatrie ou celle du collège de Gériatrie pour deux raisons :

Leurs définitions reprennent les principales caractéristiques du patient gériatrique reprises par les sociétés savantes internationales.

Ces définitions sont approuvées par les gériatres belges, elles tiennent compte d'une réalité clinique « locale » tout en intégrant les caractéristiques reconnues internationalement.

Les caractéristiques du patient gériatrique rendent compte de problèmes multiples non seulement médicaux (homéostasie et pharmacocinétique perturbées, tableau clinique atypique, polypathologie) mais aussi fonctionnels, psychologiques, mentaux et sociaux. Elles imposent un dépistage rapide et une prise en charge spécifique. Cette situation constitue la base rationnelle de l'évaluation gériatrique globale (« comprehensive geriatric global ») qui représente la spécificité de la gériatrie.

Messages Clés

Le patient gériatrique présente certaines caractéristiques spécifiques – le caractère gériatrique du profil du patient augmente avec le cumul des caractéristiques suivantes :

- **homéostasie diminuée**
- **tableau clinique pathologique atypique**
- **polypathologie**
- **enchevêtrement de facteurs somatiques, psychologiques et sociaux**
- **pharmacocinétique atypique.**

La particularité de ce syndrome gériatrique réside dans la synergie entre ces différentes caractéristiques.

Tableau 6 : Critères qualifiant le patient gériatrique selon différentes sociétés scientifiques

Critères	Collège	SBGG	SFGG	NVKG	BGS	DGG-DGG	SEGG	EUGMS	ASGM	AGS
Pays	B	B	F	Ndl	RU/UK	Allemagne	Espagne	UE	Australie	USA
Age			X	X	X	X	X		X	
Support social	X	X	X		X		X		X	X
Tableau clinique atypique	X	X	X	X		X	X	X		
Complexité biopsychosociale	X	X	X	X		X				
Pharmacocinétique perturbée	X	X		X		X	X	X		X
Homéostasie perturbée	X	X	X		X	X				
Polypathologie	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Trouble fonctionnel	X	X	X	X			X	X	X	X
Trouble mobilité	X	X	X	X					X	X
Malnutrition	X	X		X						X
Troubles de l'humeur	X		X	X			X			X
Trouble cognitif	X	X	X				X		X	X
Capacité d'adaptation moindre			X	X						
Réserves réduites	X		X	X	X					

3.5 EVALUATION DES ECHELLES UTILISEES EN GERIATRIE

3.5.1 Remarques préliminaires

Pour identifier ces patients « gériatriques », de nombreuses échelles ou outils de mesure existent.

Les uns couvrent un aspect particulier des fonctions humaines (exemple : l'échelle de Katz évalue la capacité d'une personne à assumer les activités de la vie quotidienne, l'échelle de Lawton apprécie les IADL (Instrumental Activity of Daily Living) et le MMSE (Mini-mental scale examination) évalue la fonction cognitive, …. D'autres combinent différentes fonctions : parmi d'autres, le SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) intègre les ADL (Activity Daily Living), les IADL, la fonction cognitive, etc.

Certains outils poursuivent un objectif diagnostique probabiliste (ex : le risque de chute par le Stratify) ou évaluatif (ex : MMSE) sur base de normes préétablies. D'autres ont pour objectif d'estimer la probabilité de la survenue d'un évènement pour un terme fixe : le SHARP prédit, en salle d'urgence, le risque de déclin fonctionnel à 3 mois après l'hospitalisation.

Certaines échelles ont une vision strictement clinique pour aider le professionnel au chevet du patient dans son diagnostic (MMSE par ex) ou planifier des soins voire les deux (ex : RAI – AGGIR SOCIOS PATHOS) ; d'autres ont une vision en termes de santé publique pour la planification des soins au niveau collectif (ex : système PLAISIR, RIM II) ; d'autres encore couvrent ces deux visions (le SMAF).

Certaines échelles permettent un screening ou dépistage dans le sens où elles attirent l'attention de l'évaluateur sur la présence d'un risque précis (ex : l'échelle ISAR).

Un examen plus approfondi et l'utilisation d'autres outils permettent alors d'identifier précisément la nature et l'ampleur de ce risque (ex : le BGMST)[60].

Ces différentes échelles peuvent être utilisées pour poser un état des lieux de la situation ou pour monitoriser une évolution de la situation dans le temps ; dans ce cas, leur sensibilité doit être objectivée afin de savoir l'ampleur de l'évolution que l'échelle est capable de détecter.

Certaines échelles fondent leurs résultats sur un jugement clinique de l'évaluateur alors que d'autres se fondent sur des mesures cliniques ou de performance objectives (taux d'albumine par exemple ou test go-up). Le jugement clinique conduit —par du personnel hautement qualifié— facilite l'application de l'outil alors que les mesures objectives sont plus contraignantes en termes de temps, ressources et budget. Certains outils concilient les deux méthodes.

Pour être utile, une échelle doit répondre à différents critères[61]:

1. Fiabilité : fiabilité interjuge (deux évaluateurs obtiennent-ils le même résultat pour la même situation évaluée ?) mais aussi fiabilité intrajuge (toute chose étant égale par ailleurs, deux évaluations à intervalles mais réalisées par le même évaluateur fournissent-elles les mêmes résultats ?). Répondre à de telles questions assure à l'utilisateur la fiabilité de l'outil c'est-à-dire qu'il objective rigoureusement le phénomène recherché indépendamment de l'évaluateur.
2. Validité : l'échelle fournit-elle les mêmes résultats qu'un autre instrument poursuivant le même objectif ? Répondre à cette question permet de s'assurer que l'échelle rencontre bien l'objectif pour lequel elle a été construite.
3. Setting : pour quel public, patientèle, groupe de patient, l'outil est-il élaboré ? Un outil élaboré auprès de patients âgés vivant à domicile ne peut être appliqué dans d'autres circonstances de vie (ex : hôpital).
4. Limites : chaque échelle présente des biais ou des limites comme tout système visant à objectiver un phénomène ; ils doivent être connus.

5. Outcomes : Chaque échelle poursuit un objectif précis et fournit un résultat déterminé. L'évaluateur doit être bien au clair à ce propos. 'Que veut-on mesurer ? Avec quel outil ? L'outil est-il adéquat aux conditions de mesure ?[62]

Chacun de ces critères est discuté pour chaque échelle présentée ci-après.

Plusieurs paradigmes concernant le vieillissement conditionnent les approches cliniques mais aussi les évaluations. Dans la perspective du paradigme fonctionnaliste —selon la définition de la capacité/incapacité reprise dans l'échelle— l'outil peut mettre l'accent sur la notion de dépendance dans la mesure où elle perçoit l'incapacité comme un besoin d'aide ou de support. A l'inverse, —dans une perspective positiviste— si l'incapacité est perçue comme une difficulté à réaliser un acte, la notion de « capacité » est privilégiée[62].

Soulignons aussi qu'en médecine gériatrique, en termes de capacité, il est primordial de distinguer deux aspects dans les soins : ce que fait la personne âgée versus ce que font les aidants ou soignants. Ce que font les soignants dépend aussi du nombre de soignants dont on dispose et de leur formation.

Il en résulte, que parmi la multitude d'échelles disponibles en géronto-gériatrie, certaines sont à privilégier et une chronologie dans l'utilisation peut être proposée. En effet, si les instruments de dépistage des grands problèmes gériatriques sont essentiels, certains d'entre eux ne constituent pas réellement une évaluation. Pourtant l'évaluation à l'aide d'outils est nécessaire pour objectiver les ressources et le potentiel de revalidation du patient. Cette évaluation permettra également de définir un plan de soins individualisé. Ces outils d'évaluation permettent d'analyser les « grands problèmes gériatriques » tels la dépendance fonctionnelle, la dépression, la dénutrition, les états confusionnels aigus, etc.

Le travail en gériatrie ne se limite toutefois pas à l'utilisation de ces outils, il procède aussi de compétences médicales complexes permettant de hiérarchiser les problèmes médicaux afin de cibler ceux dont les diagnostics apporteront des traitements ayant un impact fonctionnel et sur la qualité de vie des patients. Cet aspect essentiel du travail gériatrique n'est pas codifiable dans des échelles d'évaluation et n'est pas repris dans ce rapport.

La combinaison d'outils de screening et de follow-up du patient fournit une évaluation plus fine du patient[63].

3.5.2 Typologie des outils d'évaluation utilisés en gériatrie

Compte tenu des remarques préliminaires, nous recensons les différents outils utilisés en gériatrie pour identifier les patients 'gériatriques' pouvant bénéficier utilement des effets d'une prise en charge gériatrique. Les différents outils présentés sont d'une part utilisés en pratique et d'autre part répondent aux critères scientifiques attendus pour toute échelle de mesure.

3.5.2.1 Evaluation clinique : screening

L'évaluation clinique peut être à visée pronostique (screening) ou diagnostique.

Le but des outils de screening est de prédire —de manière discriminante— le risque d'être « un patient gériatrique » afin de pouvoir identifier les patients pour lesquels une prise en charge de type gériatrique est utile.

En effet, si le patient gériatrique est « réduit » uniquement à la dépendance, on commet probablement une erreur dans la mesure où il est établi que ce sont les patients les plus atteints sur le plan fonctionnel qui récupéreront le moins bien. C'est pourtant la tendance à laquelle les gériatres sont confrontés au sein de leurs hôpitaux : les services non gériatriques assimilent un patient grabataire à un patient gériatrique. Ce patient grabataire a besoin de soins et d'une prise en charge holistique qui peuvent être assurés dans n'importe quel service hospitalier, et non d'une prise en charge gériatrique.

Un patient 'grabataire' ne doit pas prendre dans l'unité de gériatrie spécialisée la place d'un patient fragile qui lui pourra largement bénéficier d'une prise en charge gériatrique interdisciplinaire.

Car, tous les patients âgés ne requièrent pas nécessairement une prise en charge gériatrique. Winograd définit 3 groupes de patients de 65 + ans hospitalisés [9] :

1. Indépendants
2. Fragiles pouvant bénéficier d'une intervention
3. Dépendants présentant trop d'incapacités

Selon cette classification, le patient 'fragile' présente au moins une de ces caractéristiques :

- Dépendance pour les AVJ (toilette et /ou alimentation)
- Troubles de la continence
- Confusion
- Pathologie chronique entraînant des incapacités
- Difficultés de mobilisation
- Malnutrition
- Chutes dans les trois mois précédents
- Dépression
- Problèmes familiaux
- Problèmes socio-économiques
- Déficits visuels ou auditifs
- Accident vasculaire cérébral
- Alitement prolongé endéans les 2 semaines de l'hospitalisation
- Application de contention dès l'admission
- Escarres de décubitus
- Polymédication (> 7 médicaments différents).

Les uns sont assez indépendants, les autres sont trop dépendants et une réadaptation, même intensive, restera sans suite ; néanmoins, pour les patients entre ces extrêmes, la prise en charge gériatrique est indispensable 'to prevent the preventable, reverse the reversible and support palliate the patient during their hospital stay'[64, 63].

Comme le précise Hébert[65], le syndrome de déclin fonctionnel peut se présenter de façon aiguë, et cette urgence médicale requiert l'hospitalisation dans un service adapté. Le tableau clinique est assez explicite. La forme subaiguë est plus 'insidieuse' et nécessite une évaluation plus détaillée pour proposer un programme de réadaptation le plus adéquat. Une stratégie de dépistage suivie d'un programme de réadaptation permettrait sans doute de prévenir ou retarder l'apparition du déclin fonctionnel ou tout du moins en atténuer les conséquences.

Plusieurs outils ont été élaborés et nous les présentons synthétiquement ci-après (Tableau 7)

- HARP: Hospital admission risk profile
- SHERPA : Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie
- ISAR : Identification of seniors at risk
- VIP : Valeur indicative du placement - Voorlopige indicator voor plaatsing
- SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment
- Edmonton frail scale
- Triage Risk screening tool.

Deux autres outils méritent encore notre attention : celui développé par Wu en 2000[62] et celui de Inouye et collaborateurs publié en 199 [66].

Tableau 7 : Outils de screening du patient gériatrique

Outils de screening		Auteurs	Pays d'origine	Outcomes	Setting	Items	utilisateurs	Validité	faisabilité	Temps requisc	Expérience belge	Rem
		Inouye, Wagner, 1993[66]		Risque de déclin à la sortie	Hôpital	escarres MMS AVJ activités sociales		Oui	oui			
SHERPA	Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie	Cornette et al., 2006[67, 68]	B	Déclin fonctionnel à 3 mois	Hôpital (salle urgence suivi d'hospitalisation	Chutes dans l'année MMS Mauvaise santé subjective Age AVJi	Médecin RN	Oui	oui	10	Oui 3 centres	Admission via urgences
HARP	Hospital admission risk profile	Sager et al, 1996[69]	USA	Risque de Déclin fonctionnel à 3 mois	Hôpital (salle urgence suivi d'hospitalisation	Age MMS AVJi	médecin			10	Non	Critères exclusion : PA institution Admissions chirurgicales traumatiques Admission via urgences

c Temps requis : temps nécessaire pour compléter l'échelle. L'absence de données résulte de l'absence d'études scientifiques mesurant de manière objective ce temps requis.

Outils de screening		Auteurs	Pays d'origine	Outcomes	Setting	Items	Utilisateurs	Validité	faisabilité	Temps requisd	Expérience belge	Rem
ISAR	Identification of seniors at risk	McCusker et al, 1999[70]	Ca	Évènement avec une perte d'autonomie fonctionnelle dans les 6 mois	Hôpital (salle urgence suivi ou non d'hospitalisation)	6 questions		Oui	oui	I	Oui 33 centres	Consultation aux urgences Utilisé dans le BGMST PA en institution exclues
		Wu, 2000[62]		Incapacité fonctionnelle à 2 mois		Etat fonctionnel Présence coma Albuminémie Démence-dépression-incontinence Etat grabataire placement Age	Médecin			20		
VIP	Valeur indicative du placement Voorlopige indicator voor plaatsing	Vandenwoude M, Geerts C., 2005[71]	B	Aide dépendance Revalidation Préparation sortie Prévention institutionnalisation	Hôpital (hors gériatrie) Liaison	3 questions isolement utilisation tel aide pour se laver & s'habiller	RN, médecin	Oui	oui	I	Oui I centre	

d Temps requis : temps nécessaire pour compléter l'échelle. L'absence de données résulte de l'absence d'études scientifiques mesurant de manière objective ce temps requis.

Outils de screening		Auteurs	Pays d'origine	Outcomes	Setting	Items	Utilisateurs	Validité	faisabilité	Temps requisd	Expérience belge	Rem
EFS	Edmonton Frail Scale	Rolfson et al 2006[72]	Ca	Identification des patients fragiles	hôpital	Cognition Santé générale Indépendance fonctionnelle Support social Médication Nutrition Humeur Continence Performance fonctionnelle	Médecin ou RN	oui	oui	20	non	Très récent
TRST	Triage risk screening tool	Meldon et al, 2003[73]	USA	Risque de readmission en sale d'urgence, d'hospitalisation ou de placement en-déans les 30 à 120 jours	Salle d'urgence	Troubles cognitifs Troubles mobilité Médication Antécédant de visite aux urgences ou hospitalisation Avis infirmier Isolement	Médecin, RN	oui	oui	2	Oui	
SEGA	Short Emergency Geriatric Assessment	Schoevaerdts et al 2004[74].	B	Dépistage du profil gériatrique aux urgences	Hôpital Service des Urgences	19 items scorés en 3 niveaux	Médecin RN	?	En cours ([e])	10	Oui, Urgentistes	Orientation du patient à partir des urgences

[e] Collège des Urgentistes 2005

3.5.2.2 Evaluation multidisciplinaire

Tous les gériatres s'accordent : une prise en charge de qualité d'un patient gériatrique est obligatoirement multidisciplinaire. Pour faciliter, voire forcer cette multidisciplinarité, certains outils intègrent cette dimension. Ces outils se distinguent des précédents en diagnostiquant les problèmes gériatriques et en en extrayant des profils 'types' afin d'aider à la planification des soins. Les plus fréquents sont (Tableau 8):

- Le BGMST, Belgian Geriatric Medical Screening Tools
- le CGA, Comprehensive Geriatric Assessment,
- le RAI, Resident Assessment Instrument,
- le SMAF, Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle.

Messages Clés

Le choix d'un outil d'évaluation repose sur :

- **Objectif de mesure poursuivi,**
- **Validité de l'outil,**
- **Fiabilité des mesures,**
- **Adéquation de l'outil aux conditions de mesure.**

Sur base de la littérature nous identifions les outils de screening valides et fiables à savoir :

- **HARP: Hospital Admission Risk Profile,**
- **SHERPA : Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie,**
- **ISAR : Identification of Seniors At Risk,**
- **BGMST : Belgian Geriatric Medical Screening Tools,**
- **VIP : Valeur Indicative du Placement - Voorlopige Indicator voor Plaatsing,**
- **SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment,**
- **Les outils de Inouye et de Wu.**

Quatre outils validés existent pour l'évaluation multidisciplinaire :

- **le BGMST : Belgian geriatric medical screening tools,**
- **le CGA : Comprehensive geriatric assessment,**
- **le RAI : Resident Assessment Instrument,**
- **le SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle.**

Tableau 8 : Outils d'évaluation multidisciplinaire

Outils Assessment multidisciplinaire		Auteurs	Pays d'origine	Outcomes	Setting	Items	Utilisateurs	Validité	Faisabilité	Temps (en minutes)	Expérience belge	Rem
BGMST	Belgian geriatric medical screening tools	Pepersack, 2007[60]	B	Taux de détection de 8 problèmes gériatriques	Hôpital	ADL - Katz IADL Stratify score Clock drawing test GDS ou CSDD SOCIOS Must EAD ou non verbal pain indicators ISAR	multidisciplinaire	oui	oui	Non étudié	Oui 33 centres	Expérimenté en Belgique Consensus des gériatres SBGG
CGA	Comprehensive geriatric assessment	Stuk et al. 1993[75]	USA		Hôpital, consultation, HDJG	Variable	Médecin	oui	Selon les équipes	20	oui	
RAI	Resident Assessment Instrument		USA	MSD Risque Recommendation	Selon l'outil		médecin	oui	oui	90	Oui à SàD, en MR-MRS	
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle	Hebert et al, 1988[76]	Ca	Score de handicaps	Domicile Institution	29 items répartis en 5 dimensions	Médecin	oui	oui	20	non	Domicile Institution Service revalidation Planification facilitée

3.6 OUTILS DE DEPISTAGE OU SCREENING DU PATIENT GERIATRIQUE

3.6.1 HARP – Hospital Admission Risk Profile

3.6.1.1 Description

Le HARP —Hospital Admission Risk Profile— de Sager et ses collaborateurs a pour objectif de stratifier, dans les 48h de l'admission, le risque de déclin fonctionnel dans les trois mois suivant l'hospitalisation[77, 69, 78]. Le déclin est défini comme la perte d'au moins un point entre le score d'admission (évaluation rétrospective, 2 semaines avant l'admission) et le score obtenu 3 mois après la sortie. Les patients sont répartis en 3 catégories de risque selon le score obtenu au HARP. Celui-ci comprend 3 facteurs de risque, le score pour les AVJ instrumentales (2 semaines avant l'admission), l'âge, le score au MMS (/21 points). Ces facteurs sont obtenus par analyse multivariée (annexe).

3.6.1.2 Commentaires

Cet outil évalue le risque de déclin fonctionnel associé à l'hospitalisation et persistant dans les semaines suivant la sortie. Cette démarche d'évaluation du patient âgé s'inscrit dans une perspective gériatrique[68]. Ensuite, les facteurs utiles à l'identification du risque sont facilement accessibles par l'anamnèse réalisée par le médecin urgentiste. Il n'y a pas de recours à l'examen clinique.

De même, évaluer le niveau d'activité sociale nous semble difficile dans notre culture ; par contre, évaluer les AVJ instrumentales revêt un caractère plus universel et ces activités sont indispensables à une vie indépendante dans la société.

Néanmoins, nous postulons que le HARP n'est pas directement applicable à la situation des patients âgés belges ; l'offre de soins, le système de santé et l'hinterland des hôpitaux varient sensiblement entre la Belgique et les Etats-Unis. . De plus, il ne tient pas compte des patients institutionnalisés. Selon Cornette[68], et sur base d'une expérience clinique, la plupart des patients âgés belges se présentant aux urgences se situent dans des catégories de risque (telles que définies par le HARP), intermédiaires à élevées et que des critères simples pourraient être ajoutés à cet outil afin d'en affiner les capacités prédictives.

Le HARP est destiné à évaluer le risque de déclin fonctionnel en salle d'urgence.

3.6.2 SHERPA : Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie

3.6.2.1 Description

Le SHERPA —en tant qu'adaptation du HARP— est un outil d'évaluation prédicteur du risque de déclin fonctionnel à 3 mois après la sortie de l'hôpital pour les personnes âgées se présentant aux urgences. Cet outil a été développé et validé en Belgique par le Dr Cornette[79].

Le déclin fonctionnel est défini comme la perte d'au moins un point sur l'échelle des ADL entre l'évaluation à l'admission et celle trois mois après la sortie.

Méthodologiquement, l'outil se fonde sur une étude de cohorte auprès de 625 personnes âgées de 70 ans et plus —éligibles— se présentant aux urgences et hospitalisées minimum 48 heures et suivies par téléphone à 1 et 3 mois.

Le SHERPA comprend 5 items (Annexes)

La sensibilité et la spécificité de l'outil sont respectivement 67,9% et 70,8%[79].

3.6.2.2 Commentaires

Cet outil est simple et facilement applicable en salle d'urgences par un médecin ou une infirmière formée. Le SHERPA mis au point en Belgique est adapté à la population âgée rencontrée dans les hôpitaux belges ;

le SHERPA est une adaptation belge de l'outil américain HARP avec une fiabilité et une validité plus élevées et adaptées aux caractéristiques de la population âgée consultant les salles d'urgences belges.

Le SHERPA a été validé en salle d'urgences et la fiabilité de l'outil démontrée [68]. Le score SHERPA est corrélé à la durée de séjour du patient [80].

3.6.3 ISAR – Identification of Senior At Risk

3.6.3.1 Description

ISAR est un outil canadien développé fin des années nonante par McCuster et ses collaborateurs[81, 70, 82]. Il prédit le risque d'événements adverses consécutifs à une perte d'autonomie fonctionnelle.

Le risque d'événement adverse est défini comme une perte d'autonomie fonctionnelle (au moins 3 points sur l'échelle des ADL entre l'entrée à l'hôpital et 6 mois plus tard), l'entrée en institution, l'hospitalisation de longue durée, le décès.

Le score se base sur six questions (annexe).

3.6.3.2 Commentaires

Le score ISAR permet de prédire le risque de déclin cognitif, de dépression, de mortalité et d'institutionnalisation. Sa validité de construction et sa valeur prédictive pour différents problèmes gériatriques et l'utilisation de services de santé sont considérées comme acceptables à excellentes[83, 84]. ISAR a été recommandé en France[85].

Cette échelle a déjà été utilisée par les équipes gériatriques belges qui ont participé au projet 2005 du Collège de gériatrie.

Cet outil simple composé de 6 questions ne requiert pas de compétence professionnelle particulière, il est basé sur l'interrogatoire du patient et/ou de son entourage et prend moins de 5 minutes.

L'enquête du Collège de gériatrie en 2005 rend compte du fait que les patients hospitalisés en gériatrie sont bien des patients à risque de déclin fonctionnel puisque plus de 90% d'entre eux présentent un score ISAR qui confirme leur fragilité.

L'échelle ISAR peut aussi est prédictive de taux d'hospitalisation élevé, de consultation répétée en salle d'urgence et de l'utilisation de services communautaire[83, 63, 84].

Une revue systématique conduite par Aminzadeh et al.[86, 87] identifie l'échelle ISAR comme un outil de screening valide et note que les facteurs de risque de consultations réitérées en salle d'urgences sont solides[63].

3.6.4 SEGA – Short Emergency Geriatric Assessment

3.6.4.1 Description

Ce score a été développé par l'équipe du Pr C Swine (UCL)[88] dans le but de détecter les patients à profil gériatrique dans les services d'urgence. Il a fait l'objet d'une étude qualité menée par le Collège des Urgentistes en 2005f (voir en annexe) .

L'outil comprend deux volets.

1. Le volet A porte sur le signalement et les caractéristiques relatives au profil gériatrique (âge, lieu de vie, médicaments, fonctions cognitives et fonctionnelles, humeur, comorbidité).

f http://www.emerqual.be/

2. Le volet B regroupe les facteurs susceptibles d'influencer le plan de sortie et/ou de prolonger le séjour en raison des difficultés de réaliser le projet de sortie. Les facteurs médicaux, l'utilisation de l'hôpital et la comorbidité y figurent. Y sont pointés également des facteurs propres aux aides existantes et à l'aidant principal (perception de la charge de soins) et propres aux attentes du patient et de ses proches. L'intérêt ici est de les pointer dès l'entrée du patient, ce qui permet d'anticiper et de gérer les difficultés éventuelles à cet égard.

Le score SEGA est un des éléments qui influence le séjour puisque le score obtenu reflète l'intensité du profil et est corrélé avec la durée médiane de séjour.

3.6.4.2 Commentaires

Cet outil destiné à l'évaluation rapide du profil gériatrique des patients âgés de plus de 70 ans admis à la salle d'urgences de l'hôpital, ou au service de porte, ou admis de manière non programmée. L'évaluation est réalisée sur base de la situation du malade 15 jours avant son admission. L'évaluation est faite de préférence par le médecin, ou par une infirmière formée à cette saisie de données. Les questions sont posées au patient et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.

La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque, elle donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel et le séjour à l'hôpital. La limite d'âge « > de 70 ans » a été définie considérant qu'en dessous de cet âge, la probabilité de trouver un profil gériatrique est faible. Toutefois, le clinicien qui suspecte un tel profil peut —même chez des patients moins âgés— trouver dans la grille une validation et une quantification de son impression clinique. Cet outil a déjà été utilisé lors d'un projet commun entre le Collège des urgentistes et celui des gériatres ce qui pourrait être un atout dans la mesure où de nombreux infirmiers de services d'urgences le connaissent en Belgique. Malheureusement cet outil n'a pas fait l'objet de validation.

3.6.5 VIP – Valeur Indicative du Placement – Voorlopige Indicator voor Plaatsing

3.6.5.1 Description

Cet outil a été proposé par l'équipe du Professeur Vandewoude à Anvers à la demande de la direction générale de l'organisation des établissements de soins dans le cadre de la fonction de gériatrie de liaison comme instrument utilisable pour dépister les patients hospitalisés en dehors des unités de gériatrie. Néanmoins, notons que le VIP, comme son nom l'indique, est un outil initialement réservé à la prédiction du risque de placement et non pour identifier le patient gériatrique.

Lors de sa validation, cette 'échelle–VIP' (Valeur Indicative du Placement) est caractérisée par une bonne sensibilité (81%) et spécificité (86%) et une haute valeur prédictive négative (97%)[71]. L'échelle est donc parfaitement adaptée pour la détection des patients ne présentant pas de risques.

D'autre part, ceux qui obtiennent un score positif devraient être évalués pour des caractéristiques gériatriques posant un risque d'institutionnalisation ou un problème de sortie augmentant la durée du séjour à l'hôpital.

L'échelle est facilement applicable par un professionnel paramédical et n'est utile que chez les patients âgés de plus de 75 ans (voir en annexe). Son emploi est toutefois limité par le fait qu'elle ne s'adresse qu'au patient non institutionalisé et que sa valeur de dépistage se limite essentiellement à la mise en évidence de la nécessité précoce d'une intervention sociale pendant l'hospitalisation.

3.6.5.2 Commentaires

Cet outil très simple peut facilement être utilisé par le personnel soignant à l'hôpital. Néanmoins, son utilisation doit tenir compte de plusieurs limites. En effet, pour les patients hospitalisés provenant du domicile, la valeur prédictive d'un risque de placement est sujette à discussion :

- la sensibilité et la valeur prédictive positive du score sont moins bonnes,
- la spécificité et la valeur prédictive négative restent correctes,
- la corrélation avec la durée de séjour dans l'hôpital est plus significative.

Tenant compte de ces remarques, cet outil devrait être utilisé avec prudence. La validation de cet outil n'est pas concluante[71].

3.6.6 Indice pronostique de mortalité à 4 ans

3.6.6.1 Description

Récemment Lee et al.[89] ont développé un nouvel indice pronostique de mortalité à 4 ans de sujets âgés combinant ces facteurs dans l'espoir d'apporter un nouveau modèle prédictif utile aux cliniciens et aux décideurs de politique de soins de santé. En effet, bien que la co-morbidité et les mesures fonctionnelles soient des facteurs prédictifs de la mortalité des sujets âgés, peu d'indices combinent les deux types de facteurs pronostiques.

Douze facteurs prédictifs indépendants ont été identifiés et investiguent trois domaines principaux : les caractéristiques démographiques, les conditions morbides et les activités de la vie quotidienne.

Les sores de cet indice de risque sont corrélés à la mortalité à 4 ans.

3.6.6.2 Commentaires

Cet indice est un outil utile pour apprécier le risque de mortalité de sujets âgés non institutionnalisés. Les variables utilisées sont facilement disponibles dans une variété de situations. Il a un pouvoir discriminant significatif, validé dans la population âgée d'Amérique du Nord. A notre connaissance, il n'a pas encore été utilisé en Belgique.

3.6.7 Edmonton Frail scale

3.6.7.1 Description

L'Edmonton frail scale est une nouvelle échelle développée par Rolfson[72] au Canada permettant d'identifier les patients âgés fragiles. Le but de la construction de cette nouvelle échelle est d'offrir un outil identifiant le patient fragile, facile d'utilisation et utilisable par un médecin ou une infirmière. Il couvre neuf domaines :

- Etat cognitif
- Etat de santé général
- Indépendance fonctionnelle
- Support social
- Utilisation de médicaments
- Nutrition
- Humeur
- Continence
- Performance fonctionnelle

Sa validité et sa fiabilité ont été démontrées[72].

3.6.7.2 Commentaires

Il s'agit d'un outil très récent dont la première publication date de mai 2006. Son utilisation semble simple et couvre plusieurs dimensions de la fragilité. Néanmoins, il détecte plus le patient fragile que le patient gériatrique mais est applicable tant en milieu hospitalier que non-hospitalier.

3.6.8 Triage Risk Screening Tool

3.6.8.1 Description

Le Triage Risk Screnning Tool est un outil prédicteur du risque de réadmission en salle d'urgence ou d'hospitalisation endéans le mois ou de placement endéans les 3 mois chez les patients âgés admis en salle d'urgences[90].

Cet outil balaie 5 dimensions :

- Troubles cognitifs
- Troubles de la mobilité (marche et transfert)
- Médication
- Antécédent d'hospitalisation (endéans les 3 mois) ou de consultation en salle d'urgences endéans le mois
- Evaluation par une infirmière gériatrique (à propos ADL, IADL, maltraitance, compliance au médicament, …).

3.6.8.2 Commentaires

Cet outil poursuit un outcome spécifique : la prédiction d'une réadmission en salle d'urgences, une hospitalisation ou un placement, qui peut être assimilé comme un proxy à un état de fragilité voire un fututr profil gériatrique. Selon Fan et collaborateurs[91], cet outil permet de différencier les patients entre eux mais ne semble pas un bon prédicteur de l'outcome lui-même.

Cet outil est d'application dans au moins un service d'urgences en Belgique.

Messages Clés

- **Le HARP et l'indice pronostique sont des outils américains et ne tiennent pas compte des patients institutionnalisés**
- **L'Edmonton Frail Scale est un outil canadien**
- **Le TRST n'indique pas l'outcome**
- **Le VIP est utilisé en maison de repos et présente une VPP et une spécificité insuffisantes.**

Comme outils de screening valides, nous retiendrons donc :

- **ISAR (version du BGMST) pour sa facilité d'utilisation, le fait qu'il soit connu des gériatres belges et son utilisation ne requiert aucune formation ni ressources supplémentaires ; L'ISAR est donc l'instrument idéal pour le but à atteindre.**
- **SHERPA car cet outil belge est spécifiquement adapté à notre contexte hospitalier et facile d'utilisation sans formation ni ressources supplémentaires. Cependant, il ne semble pas faisable en pratique à grande échelle : le MMSE qu'il contient demande trop de temps.**

3.7 OUTILS D'ASSESSMENT MULTIDISCIPLINAIRE

3.7.1 BGMST – Belgian Geriatric Minimal Screening Tools

3.7.1.1 Description

Il est utilisé lorsqu'un patient a déjà été identifié comme fragile pour détecter de manière standardisée les problèmes gériatriques des patients. Il constitue le premier pas d'une démarche d'évaluation gériatrique et, à ce titre, il se situe entre l'outil de screening et d'évaluation. Le BGMST est un 'kit' d'outils spécialement mis au point par le Collège de gériatrie belge. Il est utile de rappeler la genèse de cet instrument. Le BGMST n'est pas un outil de dépistage du patient « fragile ».

En 2003, une enquête issue d'un programme qualité du Collège de Gériatrie montrait que, en dépit de l'intérêt des équipes de gériatrie pour l'évaluation gériatrique globale, cette approche n'était pas suffisamment utilisée[g].

C'est pourquoi, le Collège a élaboré un 'kit' d'outils — préexistants et répondant à tous les critères de scientificité (voir en annexe) — pour diagnostiquer de manière standardisée les problèmes gériatriques des patients admis en gériatrie[92]. L'évaluation des activités de la vie quotidiennes – échelle de Katz[93]

- L'évaluation des activités Instrumentales de la vie quotidienne – échelle de Lawton[94]
- Le risque de chute – échelle 'stratify'[95]
- Les problèmes cognitifs – test de l'horloge[96]
- La présence d'une dépression – geriatric depression scale[97]
- La présence de complexité sociale – échelle SOCIOS[98]
- La Malnutrition – Malnutrition universal screening tool – MUST[99, 100]
- La présence de douleur – Echelle visuelle analogique (EVA) pour les patients communicants et 'non verbal indicator scale' pour les patients non communicants
- L'état de fragilité – ISAR[101]
- Evaluation de la comorbidité et de la sévérité des maladies – échelle adaptée selon Greenfield et al.[102]
- Polypharmacie

3.7.1.2 Commentaires

L'accroissement du taux de détection des grands problèmes de la fragilité gériatrique induit par l'usage systématique d'une batterie simple d'outils gériatriques est considérable. Cette approche apporte aussi une valeur éducative et de qualité au sein des équipes gériatriques. Cet ensemble d'outils est actuellement bien connu par les équipes gériatriques belges puisqu'il est le fruit de 3 années de projets au sein de la SBGG et du Collège.

A l'exception de l'évaluation du risque de chute, le BMGST permet un meilleur dépistage des sept autres domaines de fragilité gériatrique (fonctionnel, continence, cognition, dépression, nutrition, douleur, complexité sociale). La somme des problèmes détectés par le BGMST est corrélée négativement avec la durée de séjour et positivement avec le score ISAR.

---

g Par exemple, moins de 60% des équipes utilisaient systématiquement des outils pour détecter la présence de "problèmes gériatriques" courants comme la malnutrition, le risque de chute, la douleur, etc.)(Lambert et al. 2004).

3.7.2 CGA – Comprehensive Geriatric Assessment

3.7.2.1 Description

Face aux multiples dimensions du patient gériatrique, une approche holistique semble s'imposer ; c'est ainsi que s'est développé le concept de "l'évaluation gériatrique globale" (« comprehensive geriatric assessment »).

Pour des patients fragiles, une hospitalisation se révèle souvent être un risque[103-105]. Dans 15 à 65% des cas, cette hospitalisation est compliquée par l'apparition d'état confusionnel ("delirium")[106-111], de dépression[40], d'effets secondaires médicamenteux[41, 112-114], de dénutrition[47, 48, 50, 51], et d'une perte de force musculaire[115, 116]. Bien souvent par exemple, leurs pneumonies ou leurs fractures de hanche sont guéries, mais les patients ne recouvrent jamais l'état fonctionnel qui prévalait avant l'hospitalisation. Depuis 15 ans, des programmes gériatriques ont été développés dans la plupart des centres américains avec comme mission principale d'améliorer la prise en charge des patients âgés fragiles. Il existe principalement deux stratégies.

L'une consiste à admettre les patients âgés dans des unités spécialisées aiguës ou de revalidation[61, 8]. L'autre est d'apporter aux patients ambulants une évaluation gériatrique, généralement effectuée par une équipe interdisciplinaire. Les évaluations gériatriques ont fait l'objet d'études cliniques contrôlées. Landefeld et al.[117] démontrent le bénéfice de ce type d'approche au sein d'une unité spécialisée alors que Reuben et al.[118]ne retrouvent qu'un bénéfice modéré de consultations gériatriques globales. L'interprétation de ces deux études est complexe et quelque peu contradictoire.

Il y a plus de 20 ans, Rubenstein rapportait l'effet favorable considérable de l'évaluation gériatrique et d'unités gériatriques spécialisées[119]. Dans cette étude 'randomisée' effectuée au sein du « Sepulveda Veterans Administration Medical Centre », les patients assignés à l'unité gériatrique (N=63) présentaient un meilleur état fonctionnel à la sortie, requéraient moins de transfert en institution, une mortalité plus faible à un an (24% par rapport à 48% pour le groupe contrôle (N=60)). Ces résultats ont suscité beaucoup d'espoirs et ont influencé les programmes de soins gériatriques ultérieurs. Il faut toutefois remarquer que dans cette étude il n'y avait qu'un patient sur 12 qui était sélectionné, que les patients du groupe « intervention gériatrique » présentaient une durée moyenne de séjour plus longue (36 jours de plus en moyenne) et qu'ils étaient plus souvent référés en consultation par la suite. L'interprétation de la différence de mortalité considérable est complexe ; il reste possible que cette différence soit en partie due au hasard ou à des erreurs de prise en charge dans le groupe contrôle qui était relativement petit (seulement 60 patients). Quoi qu'il en soit, il reste des données probantes permettant de penser que toute intervention gériatrique visant à améliorer la force musculaire et l'indépendance fonctionnelle est capable de réduire la mortalité[61, 120].

Comme dans d'autres interventions gériatriques, l'emploi d'unité gériatrique spécialisée dans l'étude de Landefeld et al.[117] met l'accent sur la réhabilitation, l'indépendance fonctionnelle, la proposition d'un plan de soins détaillé à la sortie et le dépistage des pathologies iatrogènes.

Peu de patients ont été exclus de cette étude, ce qui permet d'extrapoler ces résultats plus largement. Même si la prise en charge gériatrique dans l'unité spécialisée commence dès l'admission, la mortalité dans les deux groupes n'était pas différente que ce soit pendant l'hospitalisation ou trois mois plus tard. La prise en charge gériatrique apporte une amélioration en termes de capacité fonctionnelle. A la sortie, 34% (104/303) des patients du groupe ayant bénéficié de l'intervention se sont améliorés et seulement 16% (48/303) se sont dégradés sur le plan fonctionnel contre respectivement 24 % (73/300) et 21% (64/300) dans le groupe contrôle (p=0,009). Dans le groupe « intervention », 14% (43/303) ont été transférés dans des maisons de repos comparés à 22 % (67/300) des patients du groupe contrôle (p=0.001).

Bien que la prise en charge gériatrique n'apporte pas de gains considérables, ils méritent d'être pris en considération, particulièrement en ce qui concerne la diminution de transfert en institution.

Certains auteurs suggèrent qu'il faut prioritairement dépister les patients les plus fragiles afin de pouvoir leur faire bénéficier d'une évaluation gériatrique globale associée à une intervention gériatrique. Dans la littérature anglo-saxonne, le terme « comprehensive geriatric assessment » intègre à la fois l'évaluation et l'intervention. En Belgique, les études menées par le Collège de gériatrie en 2001[46] et en 2005[51] mettent en évidence que plus de 90% des patients hospitalisés dans les services belges de gériatrie présentent un profil de fragilité gériatrique sur base du score ISAR. Il semble donc que l'orientation des patients se fait déjà de manière adéquate. Néanmoins, la capacité d'accueil des services G étant limitée et la durée de séjour plus longue, tout porte à croire que des patients gériatriques —diagnostiqués ou non en tant que tels— séjournent ailleurs dans l'hôpital.

3.7.2.2 Commentaires

La dépendance fonctionnelle (pour les ADL) et la présence de troubles cognitifs sont d'importants prédicteurs de complications, et ce d'autant que —pour les cas chirurgicaux— le temps opératoire est long. Un CGA est indispensable en complément de l'évaluation de la fonction cardio-pulmonaire chez les patients âgés[121]. Par contre, dans une revue systématique,

De Gomez Barragan et collaborateurs[122] concluent qu'il n'y a actuellement pas de preuves probantes quant à l'efficacité d'un CGA pour les personnes âgées vivant à domicile. Néanmoins, les auteurs préconisent de poursuivre de telles évaluations tant qu'aucune étude ne clarifie le rôle d'un tel programme. Quant à Kuo et collaborateurs, leur méta-analyse confirme l'absence d'influence du CGA sur la mortalité pour des patients venant en consultation (outpatient)[123]. Par contre l'effet d'un CGA est bénéfique pour des patients hospitalisés ou encore pour ceux soignés à domicile. Dans leur discussion, les auteurs précisent aussi que les effets de CGA sur l'amélioration de la qualité de vie, les coûts, le taux d'entrée en institution ne sont pas non plus clairement démontrés dans les différentes études conduites auprès de 'outpatients'.

Des études précédentes n'avaient également pas mis en évidence d'amélioration majeure associée aux consultations gériatrique[124-127].

Cela pourrait faire penser que les consultations gériatriques seraient inefficaces et ne devraient pas être encouragées et payées. Dans l'étude de Reuben et al.[118], suite au grand nombre de consultations effectuées, les médecins ont sans doute été sensibilisés aux avis gériatriques et ont sans doute appliqué ces recommandations gériatriques également aux patients du groupe contrôle après quelques semaines d'étude (effet éducatif). En méthodologie de recherche ce phénomène est défini comme une 'contamination'. De plus, certains bénéfices de la consultation gériatrique sont difficiles à mesurer, particulièrement sur une population hétérogène et importante. De plus, il est irréaliste de s'attendre à un effet marqué d'une simple consultation, surtout si les équipes gériatriques n'ont pas les moyens de suivre les implémentations de leurs recommandations[128].

L'évaluation gériatrique est avant tout une démarche diagnostique et non une démarche thérapeutique, une intervention en soi ne peut pas guérir une affection chronique ou faire disparaître une incapacité[129]. Les données de la littérature montrent que l'on ne peut pas demander à une simple consultation des améliorations spectaculaires.

Ces consultations au lit du malade ne représentent pas une nouvelle technologie et nous ne pouvons pas les juger de manière sévère comme nous pourrions le faire en évaluant une procédure chirurgicale ou l'emploi d'un anticorps monoclonal.

La mesure appropriée de la valeur d'une consultation est l'opinion de ceux qui l'ont requise et de ceux qui l'ont reçue.

Les études de la littérature rapportent des interventions gériatriques de faibles coûts, non dangereuses, et validées qui apportent une aide aux patients fragiles. C'est dans ce contexte que le Collège de gériatrie a conduit depuis 2000 plusieurs programmes de sensibilisation des équipes hospitalières aux grands syndromes gériatriques — incontinence, malnutrition, fragilité dans les services d'urgence, outils de dépistage etc[51,

[60h]. Ces initiatives apportent une dimension éducative pour les équipes, le patient et son entourage, ainsi qu'un contrôle de la qualité des soins gériatriques. Elles apprennent également aux médecins à regarder au-delà des résultats de laboratoires et à mieux faire face aux aléas des maladies en intégrant des perspectives fonctionnelles et psycho-sociales.

3.7.3 EGS - Evaluation Gérontologique Standardisée

3.7.3.1 Description

L'Evaluation gérontologique standardisée —EGS— est la traduction à la française de la « Comprehensive Geriatric Assessment », à partir des premiers travaux de Rubenstein en 1984[5]. Comme le CGA, c'est une démarche d'évaluation du patient âgé gériatrique combinant un ensemble d'outils standardisés et internationalement validés. L'EGS permet ainsi d'apprécier —avec fiabilité— l'autonomie, la marche, l'état nutritionnel, les fonctions cognitives ou encore la thymie. Cette évaluation permet d'envisager l'instauration de mesures préventives face à la survenue d'éventuels incidents compromettant le pronostic fonctionnel ou vital des personnes âgées vulnérables.

Elle doit faire partie de l'examen initial de toute personne âgée (spécialement après l'âge de 75 ans et tout particulièrement chez les personnes hospitalisées et celles entrant en institution). Elle permet de détecter les déficiences et les insuffisances avant qu'elles ne soient flagrantes (population fragile) et donc de mettre en place une prise en charge adéquate.

Les objectifs de l'Évaluation Gérontologique Standardisée sont nombreux :

- améliorer la performance diagnostique,
- optimiser la prise en charge thérapeutique,
- améliorer la capacité fonctionnelle,
- améliorer la qualité de vie,
- optimiser les orientations de lieu de vie,
- réduire le recours inutile aux services de soins,
- structurer la prise en charge à long terme,
- dépister les personnes âgées fragiles,
- prévenir et devancer les complications.

Différentes dimensions sont investiguées lors de l'EGS.

1. Statut fonctionnel. Le statut fonctionnel est objectivé à l'aide des échelles (1) ADL (Activities of Daily Living) ——qui évaluent les capacités du patient pour l'habillage, l'hygiène personnelle, la continence, les transferts ou encore la prise alimentaire[93]— et (2) IADL (Instrumental Activities of Daily Living) : capacité d'utiliser le téléphone, de préparer un repas, de faire le ménage, de faire les courses, d'utiliser les moyens de transport, de prendre les traitements médicamenteux et de gérer un budget personnel [94].
2. Évaluation cognitive. L'altération cognitive est objectivée par le Mini Mental Status ou MMS qui évalue en une dizaine de minutes les différents aspects des fonctions cognitives (orientation dans le temps et dans l'espace, apprentissage, attention et calcul, mémoire à court terme, langage, praxie). Une anomalie au MMS nécessite des examens plus approfondis.
3. Evaluation de l'humeur. L'outil de dépistage des troubles de l'humeur ou dépressifs proposé est l'échelle gériatrique de dépression (Geriatric Depression Scale ou GDS)[97]. En cas de résultat positif, des examens complémentaires s'imposent.
4. Évaluation visuelle et auditive.

---

h les résultats de ces enquêtes sont disponibles sur le site www.geriatrie.be

5. Statut nutritionnel. Le Mini Nutritionnal Assessment ou MNA est un outil validé et standardisé d'appréciation de l'état nutritionnel[45]. Un score > ou = à 24 (sur 30) est le reflet d'un bon statut nutritionnel. En revanche, un score < à 17 est le témoin d'une malnutrition protéino-énergétique. Enfin, un patient avec un score entre 17 et 23,5 est un sujet à très haut risque de malnutrition. Les différentes techniques de mesures anthropométriques permettent également d'évaluer l'état nutritionnel d'une personne âgée.
6. Troubles de l'équilibre et risque de chute. L'épreuve de Tinetti permet une évaluation clinique de l'équilibre et de la marche. L'anomalie de la station unipodale est un bon marqueur de risque de chute grave. Il suffit de demander au sujet de rester au moins 5 secondes sur une seule jambe (Dr F. Nourashemi – CHU, Service de Gériatrie, Hôpital La grave – Toulouse).

3.7.3.2 Commentaires

L'EGS permet simplement une démarche systématique d'évaluation d'un ensemble de fonctions chez les personnes âgées à l'aide d'outils préexistants fiables et validés. Elle permet ainsi d'objectiver une situation à risque de se dégrader et d'intervenir en conséquence. Si la littérature fait largement état de la plus value —en termes de qualité des soins, de vie et de coûts— d'une évaluation standardisée, à notre connaissance, aucune étude ne décrit une pertinence particulière de l'EGS. Néanmoins, les échelles utilisées sont tout à fait pertinentes.

3.7.4 RAI

3.7.4.1 Description

Le RAI est un outil américain, rendu obligatoire pour l'accréditation des 'Nursing homes' dans certains Etats américains[130]. Une première version est apparue début des années nonante, une seconde en 2002. Il est utilisé dans d'autres régions dont l'Europe (Suisse alémanique, Hollande, pays scandinaves, Espagne, Italie, …). En avril 2005, un projet d'outils transversaux voit le jour afin d'assurer l'évaluation sur base des mêmes concepts, mêmes critères, mêmes échelles à travers les différents lieux de prise en charge du patient. Dans cette perspective, le premier outil mis au point à ce jour est le RAI Screener (en version anglaise).

La démarche d'évaluation basée sur le RAI est centrée sur la personne et en particulier, ses déficits, ses « atouts », choix et désirs. Le RAI intègre l'approche multidisciplinaire privilégiée en gériatrie offrant ainsi une vue d'ensemble à partir de différents angles.

Le RAI se décline en neuf versions.

Le tableau en annexe détaille, pour chaque instrument, le profil de la patientèle, les items évalués, les outputs, le nombre de versions disponibles en langue étrangère, etc.

Comme bien d'autres instruments, le RAI s'appuie sur des instruments et des procédures systématiques et standardisées. La démarche RAI se décline en trois étapes :

1. L'évaluation de chaque patient par l'équipe multidisciplinaire en utilisant un outil de saisie des données standardisé;
2. La synthèse identifiant des domaines d'intervention « Signaux d'alarme » ou identification de facteurs de risque justifiant une intervention préventive voire curative ;
3. Les recommandations de bonnes pratiques sont édictées pour chaque domaine d'intervention.

Au total, il existe 18 domaines d'interventions[131].

Cet outil a fait l'objet d'une application expérimentale en Belgique dans le projet « Interface »[132].

3.7.4.2 Commentaires

Par ses avantages, ce système permet une approche globale interdisciplinaire des problèmes gériatriques ; il a également une vertu éducative des équipes dans les institutions de long séjour[133, 134].

C'est essentiellement dans les institutions de long séjour que ce système a été étudié et où il offre une amélioration de la qualité des soins[135, 136].

Plusieurs inconvénients sont à pointer :

- La réalisation du RAI demande du temps : de 90 à 120 minutes par patient ;
- La réalisation du RAI implique la réunion de différents professionnels à un moment donné ce qui entraîne une coordination importante ;
- Le RAI n'a aucune visée pronostique.

Les limites de ce système concernent sa faisabilité et le fait que nous ne disposons actuellement pas de forme validée ou complète de ces échelles au niveau de toutes les structures de soins, et en particulier pour la gériatrie aiguë, ni de programmes informatiques permettant l'élaboration des plans de soins. Le rapport Interface le positionnait essentiellement dans les longs séjours gériatriques[137, 132] moyennant un investissement important dans l'éducation et la formation des équipes soignantes et en attirant l'attention sur sa faisabilité actuelle qui reste aléatoire dans la situation belge. La faisabilité de l'implémentation de cette échelle dépend de la formation et du temps disponible qui limitent son usage[138].

L'utilisation de la version 'Interrai screener' au sein des hôpitaux gériatriques aigus n'a également pas rencontré l'intérêt des utilisateurs (cf. étude Interface[132]) en partie parce que, dans sa forme actuelle et en l'absence de logiciel informatique traduit, son utilisation n'a pas permis de mettre en évidence les alarmes de reconnaissance des problèmes gériatriques. Il n'existe pas de version du RAI adaptée et validée pour les hôpitaux de jour gériatriques.

3.7.5 SMAF – Système de mesure d'autonomie fonctionnelle

3.7.5.1 Description

Le SMAF a été mis au point par Hébert et collaborateurs fin des années '80 au Canada[76]. Initialement, il avait pour objectif de fournir un instrument de diagnostic pour les cliniciens. Le SMAF évalue l'autonomie fonctionnelle pour les personnes âgées vivant à domicile, en institution ou en centre de revalidation, et identifie les ressources disponibles pour compenser les incapacités ainsi diagnostiquées. Sur base de la conception fonctionnelle de la maladie et de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS, 29 fonctions sont évaluées regroupées en 5 dimensions : activités de la vie quotidienne, mobilité, fonction mentale, communication, activités instrumentales. En annexe, le lecteur trouvera le détail des items mesurés pour chacune de ces dimensions.

Pour chaque item, une échelle permet d'évaluer les ressources physiques et sociales permettant de compenser l'incapacité observée. Les ressources nécessaires pour compenser les incapacités sont évaluées et un score de handicaps déduit.

Les sources d'information sont variées : anamnèse (auto ou hétéro anamnèse), examen clinique et épreuves fonctionnelles.

Les fiabilités interjuge et intrajuge ont été démontrées[139] ainsi que la validité[76, 65]. L'application de l'outil requiert 42 minutes ; elle peut être réalisée par une infirmière ou un travailleur social[76].

Son utilité est démontrée tant sur le plan clinique pour le patient âgé que sur le plan santé publique pour objectiver le niveau d'autonomie de la patientèle âgée; actuellement, il est utilisé de façon routinière au Québec pour élaborer les programmes d'aide à domicile et pour les admissions en institution (afin le cas échéant de sélectionner l'institution la plus adéquate au profil du patient).

Une version abrégée existe pour les personnes résidant en institution. Après l'admission de la personne, le SMAF permet de faciliter la planification des soins au quotidien. Le SMAF, dans ses différentes versions, permet d'élaborer une photographie des incapacités et handicaps de la personne âgée ce qui facilite la planification de la prise en charge interdisciplinaire en institution[76, 65, 140-142]ou à domicile[143].

Récemment le SMAF a été utilisé pour évaluer la dépendance fonctionnelle et comme facteur pronostic de la pneumonie des sujets âgés[144].

Une version électronique est actuellement disponible (et testée dans une région au Québec) permettant une réactualisation des profils et étant accessible aux professionnels de la santé (services à domicile, institution, médecin traitant). Ceci permet d'évaluer ainsi le profil d'une patientèle de toute une région et permet ainsi la planification de l'offre de soins et services dans une communauté.

Pour faciliter l'utilisation du SMAF, un système de classification case-mix (profils iso-SMAF) a été élaboré. Ces profils déterminent des besoins homogènes correspondant à des plans de soins spécifiques. Une nouvelle version incluant le volet 'social' est à l'étude[65].

3.7.5.2 Commentaires

Le SMAF est un outil qui synthétise et systématise le profil d'autonomie d'une personne. Sa standardisation et son caractère holistique d'évaluation de la personne permettent différentes applications tant au niveau clinique (dans différents types de services depuis le domicile jusqu'au service de revalidation) que de santé publique (planification, évaluation de profil, financement).

Le SMAF permet un suivi dynamique du profil d'une personne ou d'une population[65]. L'utilisation du SMAF pour l'évaluation des ressources sera discutée dans le chapitre consacré au financement.

Messages Clés

- **Comme outils d'identification de la nature des problèmes gériatriques, nous retiendrons le BGMST pour son application faisable.**
- **Le BGMST et le RAI ont fait l'objet de projets–pilotes en Belgique.**

3.8 OUTILS EVALUES EN BELGIQUE

Deux outils d'évaluation du patient gériatrique ont été évalués en Belgique. Il s'agit du BGMST et du RAI. Le BMGST a fait l'objet d'un projet étalé sur trois ans en Belgique et a été utilisé par 33 services sur 104 en 2005, le RAI a été évalué de manière expérimentale dans seulement deux services de gériatrie (MontGodinne et Erasme) dans l'étude Interface.

Nous développons ici les modalités de ces projets pilotes.

3.8.1 BGMST : implémentation en Belgique

Les gériatres belges par le biais du Collège de Gériatrie et de la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie ont conduit une réflexion approfondie quant à la nécessité d'une évaluation systématique de screening et diagnostique du patient gériatrique. On peut identifier 4 moments clefs :

1. Identification des outils utilisés et des besoins en 2003
2. Elaboration de l'outil BGMST en 2004
3. Evalution de l'utilité du BGMST en 2005
4. Sondage auprès des médecins en 2006

3.8.1.1 *Identification des outils utilisés et des besoins*

En 2003, le Collège de Gériatrie a conduit une première enquête auprès des gériatres belges.

OBJECTIFS

Cette enquête visait deux objectifs : dresser un état des lieux des outils utilisés dans leur service et identifier les besoins d'outils.

MÉTHODE

Un questionnaire demandant de préciser quels étaient les outils déjà utilisés et ceux que les équipes accepteraient d'utiliser de manière systématique a été envoyé en 2003 à l'ensemble des services de gériatrie belges. Cinquante neuf services sur 104 (56.7%) ont répondu.

RESULTATS

Parmi les répondants, moins de 60% des équipes utilisaient systématiquement des outils pour détecter la présence de "problèmes gériatriques" courants comme la malnutrition, le risque de chute, la douleur, etc.

Tableau 9 : Outils utilisés et proposés par les services de gériatrie

Domaines	% services utilisant un outil	N d'outils utilisés	% services souhaitant utiliser un outil	N d'outils proposés
ADL	92	4	92	4
IADL	56	3	58	3
Risque de chute	59	3	68	2
Cognition	52	1	51	5
Depression	39	4	45	3
Evaluation Sociale	51	4	56	3
Nutrition	36	3	40	4
Douleur	49	3	54	2
Qualité de vie	2	1	27	6
TOTAL		26		32

Source : www.geriatrie.be

Les services de gériatrie n'utilisaient pas en routine d'outils mais étaient désireux d'avoir accès à de tels outils, valides, fiables, discriminants.

Les résultats de cette recherche ont été présentés et discutés à l'occasion d'une Conférence de Consensus le 7 mai 2004 en collaboration avec la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie.

CONCLUSIONS

En regard des résultats, le Collège a decidé d'élaborer un 'kit' d'outils —préexistants et répondant à tous les critères de scientificité— pour diagnostiquer de manière standardisée les problèmes gériatriques des patients admis en gériatrie.

3.8.1.2 *Elaboration du BGMST*

Au sein du Collège, différents groupes de travail —en fonction des différents domaines à investiguer—, ont étudié la littérature pour identifier les outils les plus adéquats pour évaluer le patient gériatrique.

Les instruments proposés constituent la base du BMGST pouvant servir de base à un algorithme d'intervention. Ils ont déjà été présentés dans le chapitre précédent.

3.8.1.3 *Validation du BGMST*

En 2005, suite aux travaux du Collège quant à l'élaboration du BGMST, une seconde étude a été conduite[60].

OBJECTIFS

Les objectifs poursuivis dans cette seconde enquête étaient :

1. évaluer la faisabilité du BMGST au sein des équipes belges de gériatrie;
2. évaluer l'efficacité du BMGST sur le taux de détection des problèmes gériatriques à l'admission;
3. analyser des variables de qualité au sein des données collectées.

METHODE

Il s'agit d'une enquête prospective observationnelle suivie par un retour d'information (feed back) et d'un étalonnage des résultats entre les services de gériatrie (bench marking).

Les données du BGMST ont été collectées par 33 unités belges de gériatrie pour 10 admissions consécutives entre mars et mai 2005.

Dans une première phase et endéans les 48 premières heures après l'admission et avant l'utilisation des outils du BMGST, les équipes ont encodé les *motifs d'admission* et les *problèmes gériatriques actifs* pour lesquels elles proposaient une intervention.

Puis, dans un second temps et endéans la semaine, une collecte complète du BMGST a été effectuée.

Au total, 336 enregistrements ont été analysés.

RESULTATS

La majorité (90%) des patients était à risque de fragilité.

Le nombre moyen (± un écart type) de problèmes gériatriques dépistés sans l'utilisation du BGMST était de 1.5±1.2 et de 4.7±1.7 ($p<0.0001$) après l'utilisation du BMGST. A l'exception de l'évaluation du risque de chute, le BMGST permet un meilleur dépistage des sept autres domaines de fragilité gériatrique (fonctionnel, continence, cognition, dépression, nutrition, douleur, complexité sociale).

Tableau 10 : Pourcentage des problèmes gériatriques identifiés

	Avant (%)	Après (%)	Gain (%)
ADL – IADL	26	89	63*
Incontinence	4	60	56*
Chutes	35	46	11
Cognition	34	68	34*
Dépression	3	49	46*
Social	7	45	38*
Nutrition	17	65	48*
Douleur	8	43	35*
* $p < 0.0001$			

Sources : Pepersack, 2007[60]

La somme des problèmes détectés par le BGMST est corrélée négativement avec la durée de séjour et positivement avec le score ISAR.

CONCLUSIONS

Cette seconde étude a permis de conclure que :

1. Sauf pour l'évaluation du risque de chute, le BGMST peut identifier les autres problèmes gériatriques.
2. La plus-value apportée par l'utilisation du BGMST varie d'un centre à l'autre.
3. L'outil permet de sensibiliser les équipes gériatriques à l'évaluation globale du patient.
4. La plus-value de l'utilisation systématique de ces outils est impressionante.

5. Ce dépistage est jugé simple, faisable, sensible, et aide à identifier de nombreux problèmes gériatriques.
6. Cette approche a également une valeur éducative auprès des équipes soignantes et est de nature à améliorer la qualité de la prise en charge de patients gériatriques.

3.8.1.4 Sondage

En décembre 2006, un second enregistrement a été effectué. L'objectif était de cerner l'opinion des gériatres quant au BGMST (annexe)[145].

Pour cette troisième étude, 111 services de gériatrie ont été sollicités et 78 ont participé (70,2%).

Les principaux résultats de cette investigation peuvent se résumer comme suit :

1. Parmi 78 participants, 80% connaissaient le BGMST et 34% avaient participé à l'étude de 2004.
2. L'impact du BGMST est:
   - L'introduction pour la première fois d'un outil de screening (13)
   - Le changement d'outil de screening (23)
   - La poursuite de l'utilisation de leur propre outil de screening (25)
3. Néanmoins, les participants sont en accord avec le BGMST :
   - 8 l'utilisent pour tous leurs patients
   - 12 l'utilisent mais pas pour tous leurs patients
   - 13 l'utilisent en partie pour tous leurs patients
   - 21 l'utilisent en partie mais pas pour tous leurs patients.
4. Les outils du BGMST les plus utilisés sont repris dans la table ci-après.

Tableau 11 : Outils du BGMST utilisés par les gériatres en 2006 (N= 71)

Outils	
Katz	55
IADL Lawton	46
Clock Drawing Test	44
GDS	42
Visual analogue scale	29
Stratify	23
SOCIOS	22
Checklist for non-verbal pain indicators	17
ISAR	12
Cornell scale	5

Source : Lambert, 2007[145]

5. Les raisons pour lesquelles le BGMST n'est pas utilisé ou uniquement partiellement sont :
   - Problèmes de logiciel (8)
   - Manque de temps (22)
   - Utilisation de son propre outil de screening (35)
   - Autres raisons (non précisées) (17).

On peut tirer comme conclusion de cette investigation que les gériatres utilisent des outils de screening pour évaluer leur patient. Ils utilisent soit leur propre outil, le BGMST ou encore certains outils constitutifs de ce dernier[145].

3.8.2 RAI : analyse de validité pour les services G

La démarche du RAI date d'une vingtaine d'années. Il existe actuellement 7 versions suivant les différents types d'institutions. Actuellement également, les équipes du RAI travaillent sur une nouvelle version du MDS qui sera la version 3, relativement différente de la version actuelle.

Comme l'indique le tableau suivant, cet instrument est en permanente évolution. De nombreux travaux de validation sont encore nécessaires.

Tableau 12: Résumé des versions du RAI

Version	Objectif	Validation internationale disponible
Inter Rai screener	Version simplifiée de détection des cas à évaluer plus complètement	non
Assisted living	Évaluation dans logement spécifique aux E-U	non
Long Term care facilities	Évaluation des personnes dans les longs séjours	oui
Palliative care	Soins palliatifs	oui
Acute care	Soins aigus	En cours
Post acute care	Réadaptation brève après épisode aigu	non
Mental Health	Patients souffrant de troubles psychiatriques	oui
Integrated suite	Partie commune de l'évaluation pour toutes les configurations de soins	non

En 2005, l'étude INTERFACE commanditée par le Service Public Fédéral a testé 3 outils permettant une continuité dans les soins réservés aux personnes âgées. L'utilisation du RAI/MDS a alors été préconisée pour les Services Intégrés de Soins à domicile, des maison de repos et soins.

La recherche-action BELRAI 2006 a été mise en place ensuite afin de mettre en évidence les freins et les leviers en vue d'une utilisation optimale de l'outil RAI/MDS au sein des Services Intégrés de Soins à domicile, des maison de repos et soins et des hôpitaux de jour gériatriques

L'étude INTERFACE ne recommandait pas l'utilisation du RAI/MDS pour les séjours gériatriques aigus. L'outil n'avait été testé que dans deux services de gériatrie hospitaliers académiques (UCL, ULB).

Messages Clés

- **Le BGMST a fait l'objet d'une implémentation en Belgique dont 70% des services de gériatrie.**
- **Le RAI n'est pas encore validé pour les services de gériatrie aiguë.**

3.9 CONCLUSIONS

La recherche des caractéristiques du patient gériatrique permet d'identifier les patients âgés en perte d'autonomie et pouvant bénéficier utilement d'une prise en charge gériatrique.

Il est très important de pouvoir identifier dès l'admission aux urgences ou dans un service non gériatrique un patient « fragilisé » d'un point de vue gériatrique pour permettre une orientation appropriée et une prise en charge adéquate de ce type de patients.

Sous réserve des limites inhérentes à chaque échelle et dans un but opérationnel de dépistage du patient « fragile », nous avons retenu les scores suivants : ISAR et SHERPA pour leur perfomance et leur validité scientifique. Toutefois le SHERPA nécessite beaucoup plus de temps en personnel que l'ISAR parce qu'il comprend un MMSE (même si celui-ci est restreint). Ceci est un critère dont il faudra tenir compte dans le choix de l'outil à utiliser étant donné le peu de personnel disponible aux urgences et dans les unités de soins.

Pour les outils d'évaluation globale multidisicplinaire, il semble que très peu d'unités de gériatrie jouissent du personnel suffisant pour réaliser une évaluation gériatrique globale approfondie de chaque patient à partir des outils décrits dans ce chapitre. C'est pourquoi il nous semble important de proposer un premier pas dans cette direction et d'utiliser un outil standardisé qui permette au moins dans un premier temps la détection des différents problèmes gériatriques pour les patients « fragiles ».

C'est pourquoi, pour les admissions directes au sein des services de gériatrie et pour les patients ayant été identifiés comme fragiles dans les autres services de l'hôpital, nous proposons le BGMST qui a déjà fait l'objet d'un travail de 3 années au sein du Collège de gériatrie réalisé avec le soutien de la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie. Les centres de gériatrie belges qui ont déjà été sensibilisés à cette approche risquent de ne pas bien comprendre le fait de se voir imposer de nouvelles directives.

4 GERIATRIE DE LIAISON INTERNE

4.1 INTRODUCTION

La fonction de liaison interne est une composante du programme de soins pour le patient gériatrique. Le SPF Santé Publique a dès lors demandé d'en préciser la définition, les missions, l'utilité et de formuler une proposition d'organisation pragmatique de cette fonction.

Si l'unité de gériatrie est un département spécialisé, une entité architecturale dotée d'un staff qui lui est entièrement consacré, l'unité de liaison gériatrique s'apparente plutôt à un concept et possède une dimension virtuelle.

Au lieu de rassembler et d'amener les patients à profil gériatrique dans une section particulière de l'hôpital, l'unité de liaison gériatrique examine les patients à profil gériatrique à l'endroit où ils se trouvent.

Ce système implique deux défis majeurs à relever : tout d'abord, trouver les patients gériatriques dans l'hôpital et ensuite, parvenir à améliorer l'autonomie chez ce type de patients de manière significative et définitive.

Bien que de nombreuses études décrivent largement les avantages liés à l'évaluation gérontologique standardisée (*Comprehensive Geriatric Assessment* - CGA) des patients âgés établie par une équipe pluridisciplinaire, la preuve la plus probante à l'appui du processus est venue de programmes qui se basent sur des unités d'hospitalisation spécialisées et sur des hospitalisations de longue durée.

Le nombre croissant de sujets âgés hospitalisés soulève la question de savoir comment il convient de gérer ceux qui sont fragiles mais ne sont pas hospitalisés dans des unités gériatriques. Dans ce contexte, le programme belge de soins au patient gériatrique comporte le développement de structures permettant de gérer les patients hospitalisés fragiles et gériatriques qui ne se trouvent pas dans une unité gériatrique.

4.2 OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est tout d'abord de compulser les publications portant sur des programmes qui recourent à une équipe de consultation gériatrique pour gérer les personnes âgées fragiles et hospitalisées. Dans un deuxième temps, rassembler les considérations et les opinions d'experts aux fins de proposer une définition opérationnelle d'une équipe de consultation gériatrique en Belgique.

4.3 EQUIPE DE CONSULTATION GERIATRIQUE : PREUVE A L'APPUI DU PROCESSUS

4.3.1 Méthodologie

Nous commençons par présenter les publications relatives à des résultats non spécifiques, ensuite des publications portant tout particulièrement sur des départements spécifiques (urgences, service d'orthopédie) ou sur des résultats spécifiques (prévention de l'état confusionnel aigu, rapport coût/efficacité) (Tableaux 1 et 2). Les études prises en considération dans le cadre de cette analyse ont été identifiées à partir d'une recherche électronique d'articles publiés depuis 1981 et portant sur les bases de données suivantes : medline (pubmed), embase, Cochrane Library, Psycinfo, econlit (ovid). Nous donnons les références contenues dans les bibliographies des articles identifiés dans la recherche et nous avons contacté d'autres auteurs d'ouvrages pertinents dans le domaine de la liaison - consultation. Nous avons utilisé d'autres sites web pour rechercher des données concernant le rapport coût-efficacité (Google, Scirus, OAlster.org, Cismef.org, hon.ch).

Les informations relatives aux détails de la stratégie de recherche et les tables d'évidence se trouvent en annexe de ce chapitre.

4.3.2 Résultats

4.3.2.1 Historique

En 1981, Rubenstein et al. ont présenté une analyse d'une unité d'évaluation gérontologique (*geriatric evaluation unit* – GEU) établie au Sepulveda VA Medical Center en 1979 aux fins de permettre une évaluation et un traitement interdisciplinaires complets des patients gériatriques hospitalisés[146]. Les données recueillies sur 74 patients admis au cours de la première année d'activité démontrent qu'il est possible d'améliorer considérablement les résultats dans plusieurs domaines. Chez 48,4 pour cent des patients, on a enregistré, par rapport aux attentes une amélioration du lieu de placement, un élément qui a permis un degré d'autonomie plus élevé avec un niveau plus faible des demandes de soins. L'état fonctionnel (échelle ADL ou AVJ de Katz) s'est amélioré chez les deux tiers des patients chez lesquels une amélioration était possible. En moyenne, on a diagnostiqué, chez chaque patient, près de quatre nouveaux troubles traitables non encore mis en évidence par les médecins qui avaient suivi ces patients auparavant. On a observé une réduction de 32 pour cent par patient du nombre moyen de médicaments prescrits par jour et une diminution de 43 pour cent du nombre total de doses de médicaments. Bien que limitées par les aspects particuliers de la situation du VA et par l'absence d'un groupe témoin, les conclusions viennent souligner l'efficacité et la valeur du concept d'une UEG.

L'utilité d'une évaluation gérontologique standardisée en tant que méthode d'amélioration des soins de santé aux personnes âgées fragilisées reste à prouver. Bien que plusieurs études[75] aient démontré les avantages liés à cette approche – état de santé amélioré, préservation des moyens de soins de santé, amélioration de la longévité et plus grande probabilité de vie au domicile – ces avantages n'ont pas été démontrés de manière récurrente dans toutes les études et situations. La preuve la plus convaincante à ce jour provient de programmes portant sur *des unités d'hospitalisation spécifiquement consacrées à l'évaluation et à la revalidation*. Dans ces unités, l'équipe de gériatrie soignait généralement en première ligne les patients qu'elle évaluait et ces patients séjournaient habituellement plus longtemps à l'hôpital que les patients du groupe témoin. A une époque soucieuse des coûts des soins de santé, les recherches les plus récentes ont porté sur la question de savoir si les avantages de l'évaluation gérontologique standardisée des patients âgés peuvent être obtenus sans prolonger les hospitalisations. Une des manières d'y parvenir est de recourir aux services d'une *consultation gériatrique des personnes hospitalisées*. Théoriquement, les équipes de consultation gériatrique peuvent élaborer des plans de traitement qui peuvent être appliqués après la sortie d'hôpital, et qui offrent donc les avantages d'une évaluation globale sans prolonger les hospitalisations. Toutefois, les résultats des essais d'évaluation par un service de consultation de patients hospitalisés ne sont contradictoires[75]. Le peu de succès relevé dans certaines études a été partiellement attribué à la mauvaise mise en œuvre des recommandations formulées par l'équipe d'évaluation, soit parce que les médecins de première ligne n'acceptent pas les recommandations[147], soit par manque des moyens appropriés pour les appliquer[127]. Reuben et al. ont procédé à un essai clinique randomisé afin de déterminer les avantages liés à l'évaluation gérontologique standardisée réalisée par un service de consultation de patients hospitalisés, sur l'état de santé et la survie des patients âgés hospitalisés dans quatre centres médicaux de la *Southern California Kaiser Permanente Health Maintenance Organization* (HMO)[118]. Ces auteurs estiment qu'un HMO est un lieu approprié où étudier cette approche, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les HMO qui sont prépayés par Medicare par capitation, ne sont pas affectés par les directives de remboursement de Medicare. Ils peuvent délivrer tous les services que les membres de l'équipe estiment bénéfiques aux patients. Deuxièmement, tous les médecins qui soignent des patients dans ce type d'HMO appartiennent au même groupe ou partenariat de pratiques, ce qui peut accroître leur coopération face aux recommandations d'une équipe de consultation. Troisièmement, puisque les HMO sont fiscalement responsables des soins continus apportés aux patients, ils peuvent se montrer plus enclins à investir dans des services qui ne débouchent pas sur un avantage immédiat mais qui peuvent améliorer la santé de leurs patients à long terme.

4.3.2.2 Résultats non spécifiques

Hogan et al. ont procédé, en 1987, à un essai clinique randomisé de l'impact d'un service de consultation gériatrique sur la gestion des patients âgés dans un hôpital de soins aigus[148]. Le test portait sur un total de 113 patients âgés de 75 ans ou plus et répondant à certains critères; une partie d'entre eux (57 patients) bénéficiait de soins prodigués par le service contrairement à l'autre partie (56 patients). Au terme de leur hospitalisation, les patients faisaient l'objet d'une évaluation sur la base de résultats prédéfinis. Les patients étaient suivis pendant 1 année après leur sortie afin de déterminer le taux de mortalité ainsi que les dépenses de soins de santé directement liées. Le groupe d'expérimentation a enregistré une amélioration significativement plus importante au niveau de l'état de santé mentale (p inférieur à 0,01), avait moins de médicaments à prendre lors de la sortie (p inférieur à 0,05) et révélait un taux de mortalité à court terme inférieur (p inférieur à 0,05) par rapport au groupe témoin. Un service de consultation gériatrique est donc susceptible d'améliorer les soins hospitaliers et la santé des personnes âgées.

Gayton et al. ont conduit un essai contrôlé afin d'examiner les effets que provoque la superposition d'une équipe de consultation gériatrique aux modèles de soins conventionnels prodigués dans les unités médicales d'un hôpital de soins aigus[149]. Ils ont suivi deux cent vingt-deux patients, âgés de 69 ans ou plus, redirigés d'une salle d'urgence à deux unités-tests de soins médicaux et 182 patients de même type admis dans deux unités témoins où ne travaillait pas l'équipe. Les évaluations réalisées par des examinateurs indépendants lors de l'admission, à deux et quatre semaines, trois et six mois et après l'admission ont permis d'établir des comparaisons entre les groupes soignés en termes de survie, de durée d'hospitalisation, d'humeur, de niveau fonctionnel physique, mental et social, ainsi que de recours aux services après la sortie d'hôpital. Les données provenant de graphiques et de registres de traitement ont permis la comparaison entre les processus de soins. Les patients des deux groupes présentaient les mêmes caractéristiques socio-démographiques et cliniques lors de l'admission. Les résultats ont révélé que les patients appartenant au groupe test et au groupe témoin obtenaient des résultats semblables à chaque point d'évaluation, bien que l'on note une tendance à une meilleure survie chez les patients soignés par l'équipe de consultation gériatrique. Les auteurs ont conclu que le fait d'ajouter une équipe de consultation gériatrique à des salles de soins médicaux ne semblait pas exercer un impact significatif.

McVey et al. ont évalué l'impact qu'exerce une équipe de consultation gériatrique sur l'état fonctionnel des patients âgés hospitalisés, par une étude clinique randomisée et contrôlée[125]. L'étude portait sur cent septante-huit personnes hospitalisées âgées de 75 ans ou plus et admises dans des services médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, à l'exclusion des patients admis dans des unités de soins intensifs. Les quatre-vingt-huit patients du groupe d'expérimentation ont été soumis à une évaluation multidimensionnelle par une équipe de consultation gériatrique interdisciplinaire composée d'un gérontologue universitaire, de médecins en formation en gériatrie, d'une infirmière hospitalière spécialisée en gériatrie et d'un(e) assistant(e) social(e) ayant reçu une formation spéciale en gériatrie. Les résultats de l'évaluation, y compris l'identification des problèmes gériatriques et les recommandations, ont été remis aux médecins traitants des patients. Les nonante patients du groupe témoin n'ont bénéficié que des soins habituels. Les groupes d'expérimentation et témoin étaient comparables au départ. La principale variable de résultat portait sur l'indice d'autonomie dans les Activités de la Vie Journalière (AVJ) (Katz). Trente-neuf pour cent du total de la population étudiée jouissaient d'une autonomie fonctionnelle à l'admission, 27% nécessitaient une assistance dans une à trois AVJ, 22% avaient besoin d'aide dans quatre à six AVJ et 12% étaient entièrement dépendants. De nombreux patients n'ont présenté aucun changement entre leur admission et leur sortie : 38% des patients dans le groupe d'expérimentation, 39% dans le groupe témoin. Dans le groupe d'expérimentation, 34% des patients se sont améliorés et 28% d'entre eux ont régressé; dans le groupe témoin, 26% des patients se sont améliorés alors que 36% ont décliné. Bien que ces changements révèlent une tendance à une amélioration plus affirmée dans le groupe d'expérimentation, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

Les auteurs ont conclu que parmi les patients âgés entrant dans un hôpital aigu, 60% environ présentaient une certaine incapacité fonctionnelle et un tiers d'entre eux souffraient d'une incapacité fonctionnelle grave.

Ces derniers ont un risque de voir leur niveau d'incapacité s'aggraver pendant leur hospitalisation. Une équipe de consultation gériatrique se révélait incapable de modifier le niveau de baisse des capacités fonctionnelles. Les unités gériatriques ou les équipes de consultation devraient peut-être proposer des services directs de prévention ou de revalidation en plus de leurs recommandations si l'on veut aboutir à des améliorations.

En 1990, Hogan et al. ont effectué un essai prospectif et contrôlé afin d'évaluer l'impact des interventions d'une équipe de consultation gériatrique (*geriatric consultation team* – GCT) dans une situation d'hospitalisation de courte durée, où l'équipe cible ses interventions sur un sous-groupe spécifique de patients âgés[150]. Sur les 352 patients considérés, cent trente-deux (soit 37,5%) répondaient aux critères d'inclusion; 66 d'entre eux appartenaient au groupe d'expérimentation et 66, au groupe témoin. Endéans les 48 heures suivant leur admission, les patients participant au groupe d'expérimentation ont été interrogés par un évaluateur qualifié qui avait également consulté leurs dossiers médicaux. L'évaluateur, un membre du personnel infirmier, ne participait pas aux soins apportés aux patients pendant la durée de l'étude. En plus des données démographiques et de laboratoire qu'il devait rassembler, l'évaluateur complétait également un bref questionnaire sur l'état mental (coté sur 10) et utilisait l'indice Barthel (coté sur 100) pour mesurer la mobilité, les capacités d'autonomie et les capacités de la vie quotidienne. Les patients faisaient l'objet d'un examen spécifique pour dépister un état confusionnel aigu (delirium), des troubles fonctionnels, un risque de chute, une incontinence urinaire et la prise de médicaments multiples (« poly-médications »). Il n'existait pas de différences importantes entre les deux groupes en ce qui concerne les caractéristiques de départ. Les patients du groupe d'expérimentation ont bénéficié d'un suivi par le service gériatrique après leur sortie d'hôpital. Le groupe qui avait reçu une intervention gériatrique présentait une survie supérieure de 6 mois ($p<0,01$), d'un statut fonctionnel évalué par l'indice Barthel meilleur à 1 an ($p < 0,01$) et d'une tendance à moins dépendre d'institutions de soins (hôpital ou maison de soin) au cours de l'année du suivi comparé au groupe contrôle. Les avantages apparaissaient principalement chez les patients qui partaient en maison de soins à leur sortie de l'hôpital. Les conclusions de ces chercheurs ont montré l'utilité d'une GCT et souligné l'importance de cibler l'intervention et d'assurer le suivi après la sortie de l'hôpital.

Cohen et al. ont défini des indicateurs prévisionnels de mortalité dans les 2 ans suivant l'hospitalisation pour une cohorte de patients âgés hospitalisés constituée au départ pour évaluer l'impact d'une équipe de consultation gériatrique (GCT) au cours du suivi assuré pendant deux ans d'une cohorte de départ[151]. L'étude porte sur cent soixante-sept personnes âgées de 75 ans et plus, sorties d'hôpital après hospitalisation dans des services médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques (les patients ayant séjourné au sein d'unités de soins intensifs étaient exclus). Le taux de mortalité au cours des deux années suivant l'hospitalisation était de 28 pour cent et ne révélait aucune différence entre les groupes GCT et témoin. Pour l'ensemble de l'échantillon, les éléments suivants constituaient des indicateurs prévisionnels significatifs dans l'analyse univariée : l'âge, l'état mental, les AVJ lors de l'admission et de la sortie (il n'u avait pas le changement de situation en termes d'AVJ), le nombre de problèmes lors de l'admission, le nombre de diagnostics à la sortie et la destination après la sortie d'hôpital. Seuls les critères portant sur les AVJ à la sortie et la destination après la sortie restaient des facteurs significatifs dans le cadre d'une analyse multivariée. Les auteurs ont conclu que la mesure des AVJ en cours d'hospitalisation donne des indications prévisionnelles de mortalité supérieures aux diagnostics de maladie. Des AVJ détériorées et le placement ailleurs qu'au domicile sont de puissants indicateurs prévisionnels de mortalité, ce qui suggère que la décision de placer le patient en maison de soins porte en elle d'autres informations prévisionnelles indépendantes et/ou que le séjour ultérieur en maison de soins entraîne une mortalité plus importante. Comme le suivi à court terme l'avait indiqué, le groupe ayant bénéficié de la consultation gériatrique n'affichait pas une meilleure situation en termes de survie.

Inouye et al. ont testé l'efficacité d'une intervention centrée sur les soins infirmiers pour éviter la détérioration fonctionnelle chez les patients âgés hospitalisés en conduisant une étude prospective avec analyses de cohortes stratifiées et appariées dans des unités de médecine générale d'un hôpital universitaire[152].

Deux cent seize patients âgés de 70 ans ou plus (85 patients dans le groupe d'expérimentation et 131 dans le groupe témoin) ont fait l'objet de l'étude. L'expérimentation comprenait l'identification et la surveillance de patients âgés fragilisés, les visites de l'équipe de soins gériatriques deux fois par semaine, et un programme éducatif axé sur les soins infirmiers. L'étude analysait la détérioration fonctionnelle, définie comme une détérioration nette de cinq activités de la vie quotidienne (AVJ). Dans les analyses stratifiées, l'expérimentation a révélé un impact bénéfique assorti d'un risque relatif de 0,82 (intervalle de confiance [IC] de 95% 0,54 -1,24) chez les patients (n = 106) présentant une à quatre conditions gériatriques cibles au départ (ex. état confusionnel aigu (delirium), handicap fonctionnel, incontinence et escarres). L'expérimentation n'a eu aucun effet chez les patients qui ne présentaient pas les conditions cibles au départ (n = 110); en conclusion, ce sous-groupe fut exclu des analyses suivantes. En appariant les patients en fonction du nombre de conditions cibles et du risque de détérioration fonctionnelle au départ (n = 66), l'expérimentation s'est traduite par un effet bénéfique considérable, avec une réduction de la détérioration fonctionnelle de 64% dans le groupe témoin à 41% dans le groupe d'expérimentation, pour un risque relatif de 0,64 (IC de 95%, 0,43-0,96). Le groupe d'expérimentation présentait une détérioration considérablement moindre des résultats dans les AVJ et dans les AVJ individuelles que les sujets du groupe témoin. Les patients du groupe d'expérimentation bénéficiaient plus fréquemment d'interventions spécifiques visant à maximaliser les fonctions, comme la physiothérapie; toutefois, les effets bénéfiques de l'expérimentation ont été obtenus sans accroître les coûts journaliers d'hospitalisation. Les auteurs ont conclu que l'intervention semble efficace dans la réduction de la détérioration fonctionnelle chez les patients âgés hospitalisés ciblés.

Dans le cadre d'un essai clinique contrôlé d'une équipe de consultation gériatrique (GCT), Becker et al. ont étudié l'effet d'une GCT sur l'incidence des complications nosocomiales de patients âgés[103]. Cent quatre-vingt-cinq patients, âgés de 75 ans et plus ont été répartis aléatoirement dans un groupe d'expérimentation (n = 92) et un groupe témoin (n = 93). Les membres du groupe d'expérimentation ont reçu une consultation de la GCT et bénéficiaient d'un suivi de routine pendant toute leur hospitalisation. L'incidence des complications nosocomiales était de 38% pour tout l'échantillon de l'étude. Il n'y avait pas de différences significatives quant au type et au taux de complications nosocomiales dans le groupe d'expérimentation et le groupe témoin. Le statut fonctionnel lors de l'admission et l'admission dans un service psychiatrique constituait des indicateurs prévisionnels d'apparition d'une complication nosocomiale. Dans une population sélectionnée de manière générale comme celle-ci, l'intensité des soins prodigués grâce à la GCT n'a pas permis de réduire l'apparition de complications nosocomiales. Cependant, étant donné qu'il s'agissait d'un seul aspect de la fonction d'une GCT et que d'autres fonctions peuvent revêtir une grande importance, des populations plus ciblées bénéficiant d'une prise en charge plus globale devraient encore être évalués avant de parvenir à des conclusions finales sur l'efficacité d'une GCT.

Thomas et al. ont évalué l'effet exercé par une équipe de consultation gériatrique pour patients hospitalisés sur les résultats des patients dans le cadre d'un essai clinique randomisé et contrôlé[153]. Tous les patients hospitalisés de plus de 70 ans furent examinés. Soixante-deux patients ont fait l'objet d'une évaluation gérontologique multidimensionnelle, et 58 patients n'ont bénéficié d'aucune intervention. L'expérimentation comportait une évaluation d'équipe menant à des recommandations formelles au médecin en charge du patient. On a recueilli des données sur la durée de l'hospitalisation, les orientations vers des services d'aide au domicile, la destination après la sortie d'hôpital, les ré-hospitalisations endéans les 6 mois, le nombre de visites de médecin après la sortie d'hôpital, et les changements dans les capacités fonctionnelles. Pour tous les patients, on a recensé la mortalité à 6 mois et à 1 an. 6 mois après leur sortie, 12/58 patients (21%) étaient décédés dans le groupe témoin contre 3/62 (6%) dans le groupe d'expérimentation (p=0,01).

En ce qui concerne l'hospitalisation, la durée était de 10,1 jours pour les patients du groupe témoin contre 9,0 jours pour les patients du groupe d'expérimentation (P = 0,20). Le groupe témoin a enregistré considérablement plus de ré-admissions (0,6 par patient contre 0,3 par patient, p=0,02).

Un nombre plus important de patients du groupe d'expérimentation, soit 22% (13/59), présentaient une amélioration des scores d'AVJ en comparaison avec les 7% (4/46) de patients du groupe témoin, p = 0,07. Pour l'ensemble des patients randomisés, 7/68 (10%) des patients du groupe d'expérimentation et 13/64 (20%) des patients du groupe témoin étaient décédés un an plus tard. Les auteurs ont conclu que le taux de mortalité à court terme pouvait être réduit chez les patients hospitalisés pour une courte durée grâce à des équipes de consultation gériatrique complètes. Les différences importantes dans le taux de mortalité restent observables après un an de suivi. Les tendances relevées d'une amélioration des capacités fonctionnelles et d'un nombre inférieur de ré-admissions sont en faveur du groupe d'expérimentation.

Reuben et al. ont étudié l'effet d'un service de consultation gériatrique pour patients hospitalisés en conduisant une recherche impliquant quatre centres médicaux d'une organisation de soins intégrés (Health Maintenance Organisation – HMO) en pratique de groupe des Etats-Unis d'Amérique[118]. Ils ont procédé à un essai clinique randomisé sur 2353 patients hospitalisés et âgés de 65 ans et plus, chez qui l'on observait au moins un des 13 critères de sélection : accident cérébrovasculaire, immobilité, handicap dans n'importe quelle activité de base de la vie quotidienne, malnutrition, incontinence, confusion ou démence, alitement prolongé, chutes récentes, dépression, problèmes sociaux ou familiaux, une réadmission non prévue à l'hôpital endéans les trois mois après une hospitalisation antérieure, une nouvelle fracture, et un âge de 80 ans ou plus. Sur les 1337 patients sélectionnés dans le groupe d'expérimentation, 1261 (soit 94 pour cent) ont fait l'objet d'une évaluation gérontologique standardisée sous la forme d'une consultation avec suivi limité; les 1016 patients du groupe témoin ont bénéficié des soins habituels. L'étude a mesuré les capacités fonctionnelles et l'état de santé des patients au départ et ensuite 3 et 12 mois plus tard; l'évaluation de la survie s'est faite après 12 mois. L'étude a également procédé à l'examen de certains sous-groupes de patients dont on escomptait qu'ils pourraient retirer un bénéfice d'une évaluation globale. Le taux de survie à 12 mois était de 74 pour cent dans le groupe d'expérimentation et de 75 pour cent dans le groupe témoin. Au départ, à 3 mois et à 12 mois, les deux groupes présentaient des caractéristiques similaires en termes de capacités fonctionnelles et d'état de santé. L'analyse des 16 sous-groupes n'a pas permis d'en identifier l'un ou l'autre présentant soit des capacités fonctionnelles nettement meilleures ou bien un taux de survie accru. Les auteurs ont conclu que dans cette HMO, l'évaluation gérontologique standardisée réalisée par une équipe de consultation et assortie d'un suivi limité, n'améliorait pas l'état de santé ou la survie des patients hospitalisés sélectionnés sur la base des critères choisis.

En 2000, Inouye et al. ont décrit le Hospital Elder Life Program (programme spécifique concernant les personnes âgées hospitalisées – HELP), un nouveau protocole de soins ayant pour objectif de prévenir la détérioration des capacités fonctionnelles et cognitives des personnes âgées pendant leur hospitalisation[154]. Tous les patients âgés de 70 ans ou plus et hospitalisés dans certaines unités spécifiques sont examinés à leur admission aux fins de vérifier l'existence de six facteurs de risque (troubles cognitifs, insomnie, immobilité, déshydratation, troubles de la vue et de l'audition). Les interventions ciblées dans le cadre de ces facteurs de risque sont mises en œuvre par une équipe interdisciplinaire comprenant une infirmière spécialisée en gériatrie, des spécialistes du vieillissement, des volontaires qualifiés et des gériatres – qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières de première ligne. D'autres experts assurent des consultations lors de visites interdisciplinaires deux fois par semaine. L'adhésion au programme a été contrôlée. Des procédures relatives à l'assurance qualité et des évaluations de rendement faisaient partie intégrante du programme. Au cours de l'année 2000, 1507 patients avaient été inclus dans le programme sur 1716 hospitalisations. Le taux général d'adhésion au programme d'expérimentation était de 89% pour une adhésion au moins partielle à toutes les expérimentations pendant 37131 jours-patients.

Les résultats indiquent que seules 8% des admissions concernaient des patients qui avaient perdu 2 points ou plus au MMSE (Mini Mental State Examination – mini examen de l'état mental) et 14% seulement des patients qui avaient perdu 2 points ou plus dans les scores AVJ.

Les résultats comparatifs du groupe témoin de l'essai clinique étaient de 26% et 33% et de 14 à 56% et 34 à 50% respectivement dans les études antérieures, pour la détérioration des capacités cognitives et fonctionnelles. L'efficacité du programme en matière de prévention de la confusion mentale et du protocole d'endormissement sans médication a été prouvée antérieurement. Ces résultats suggèrent que le Hospital Elder Life Program parvient à prévenir la détérioration des capacités cognitives et fonctionnelles chez les patients âgés à risque. Le programme est unique car il cible l'hôpital tout entier; parce qu'il procure du personnel et des bénévoles qualifiés pour mettre en œuvre les expérimentations; et parce qu'il concentre ses expérimentations pratiques sur des facteurs de risque en s'appuyant sur des preuves. D'autres études sont encore nécessaire pour évaluer le rapport coût-efficacité et les résultats à long terme du programme ainsi que son efficacité hors du cadre des hôpitaux.

Des exemples réussis d'évaluation gériatrique de personnes hospitalisées concernaient souvent de longues hospitalisations, des soins interdisciplinaires spécialisés et un suivi prolongé, autant de caractéristiques difficiles à réunir dans le cadre d'un système de paiement prospectif. Fretwell et al. ont conduit un essai clinique randomisé pour évaluer l'efficacité (maintien ou amélioration des fonctions mentales, émotionnelles et physiques) de l'utilisation d'un processus d'évaluation gériatrique dans des soins hospitaliers de courte durée sans accroître les frais d'hôpitaux ni les durées d'hospitalisation[126]. Quatre cent trente-six patients âgés de 75 ans ou plus ont été répartis de manière aléatoire soit pour recevoir le traitement (n = 221) soit pour servir de groupe témoin (n = 215). Les patients bénéficiant de l'intervention avaient été admis dans une unité spéciale et évalués par une équipe interdisciplinaire dès leur admission afin de recevoir un plan de soins spécifique. Bien que les soins fondamentaux étaient assurés par le médecin particulier des patients, l'équipe suivait les patients en qualité de conseillers dans l'unité de l'hôpital, et par téléphone pendant deux mois après leur sortie. Le groupe témoin fut placé dans d'autres unités et bénéficia des soins hospitaliers habituels. Les groupes (traitement et témoin) présentaient les mêmes caractéristiques au début de l'étude. Au moment du suivi, il n'existait pas de différences significatives entre les groupes en termes de durée d'hospitalisation, de frais d'hôpitaux, de mortalité, de changement dans les fonctions physiques ou mentales. Le groupe ayant bénéficié du traitement présentait des changements plus fréquents des fonctions émotionnelles enregistrées (Chi 2 = 6,213, p = ,045). Cette étude indique qu'il est possible de mettre en place des soins par une équipe de consultation interdisciplinaire dans le cadre de soins hospitaliers de courte durée, mais que leur efficacité risque d'être limitée si on les applique à un groupe non ciblé de patients âgés.

Schmader et al. ont étudié l'effet d'une équipe gériatrique sur la gestion des problèmes gériatriques de patients hospitalisés ou bénéficiant de soins externes, en se focalisant sur les effets médicamenteux indésirables et le problème de la prescription suboptimale chez les patients âgés fragilisés[155]. Les patients étudiés provenaient de 11 hôpitaux VA (Veterans Affairs), âgés de 65 ans ou plus et répondant au critère de fragilité (n = 834). L'unité gériatrique de patients hospitalisés et les équipes cliniques gériatriques de patients en soins externes évaluaient et géraient les patients en respectant les directives et les normes publiées de l'administration de vétérans aux Etats-Unis (VA). Les patients étaient suivis pendant une période de 12 mois. Des couples de médecin-pharmacien recensaient indépendamment le nombre d'effets indésirables liés aux médicaments et en déterminaient les causes et leur gravité. Les mesures de prescription suboptimales incluaient l'utilisation inutile et inadéquate de médicaments (Indice d'adéquation de la médication), l'utilisation inappropriée de médicaments (Critères de Beers) et leur sous-utilisation. Pour ce qui concerne une diminution éventuelle de la survenue d'effets indésirables sévères, l'impact de l'unité gériatrique n'était pas significatif pour les patients hospitalisés et les patients externes. En revanche, l'intervention gériatrique prodiguée aux patients externe permettait une diminution de 35% des risques d'effets médicamenteux indésirables par rapport aux contrôles (risque relatif ajusté = 0,65; intervalle de confiance de 95% : 0,45 à 0,93).

Les soins en unité gériatrique pour patients hospitalisés ont permis de réduire considérablement l'utilisation inutile ou inadéquate de médicaments ainsi que leur sous-utilisation au cours de la période d'hospitalisation (p<0,05).

L'intervention gériatrique auprès des patients externes a réduit significativement le nombre de situations d'oubli de médicaments pendant la période de non-hospitalisation (p <0,05). Les auteurs concluent que, par comparaison aux soins habituels, l'évaluation et la gestion gériatriques de patients non hospitalisés réduisent l'incidence des réactions médicamenteuses indésirables et que cette intervention permet aussi de diminuer le risque de prescriptions suboptimales chez les patients âgés fragilisés hospitalisés ou en consultation.

Kircher et al. ont cherché à savoir si un service de consultation gériatrique pour patients hospitalisés pourrait présenter un avantage dans un pays doté d'un système d'assistance sociale. Ils ont réalisé un essai randomisé portant sur 345 patients venant de cinq centres. Nonante patients supplémentaires issus de quatre autres centres sans équipes GEM ont servi de comparaison externe. Tous les patients étaient hospitalisés, présentaient plus de 65 ans et étaient considérés comme fragiles. Les patients furent désignés aléatoirement soit pour qu'ils bénéficient d'une évaluation gérontologique standardisée et d'une gestion sous forme de consultations et de suivi ou bien pour qu'ils reçoivent les soins habituels. Les critères d'évaluation primaires recherchés étaient le taux de réhospitalisation et le placement en maison de soins endéans l'année suivant la randomisation. Les critères secondaires portaient sur le taux de survie, l'état fonctionnel, émotionnel et cognitif, la situation sociale et la qualité de vie. A 12 mois, les groupes ne présentaient pas de différence quant aux taux de réhospitalisation (groupe d'expérimentation 67%, groupe témoin 60%, p = 0,30), au placement en maison de soins (expérimentation 19%, témoin 14%, P = 0,27), taux de survie (expérimentation 81%, témoin 85%, P = 0,56) ni pour aucun autre des critères secondaires. Les groupes de comparaison externe avaient également enregistré des résultats similaires pour le placement en maison de soins (16%, p = 0,40), le taux de survie (80%, p= 0,88) et toutes les variables secondaires, mais le taux de réhospitalisation était inférieur (48%, P = 0,04). Aucun sous-groupe n'avait bénéficié de l'expérimentation. Les chercheurs ont conclu que les soins prodigués par des équipes de consultation n'amélioraient pas les taux de réhospitalisation ou de placement en maison de soins. Cela ne s'explique pas par les effets de transfert des connaissances gériatriques dans le groupe témoin[156].

4.3.2.3 Départements spécifiques

URGENCES

Miller et al. ont évalué les effets d'un programme de dépistage de cas et de l'intervention d'un service de liaison destiné aux patients âgés admis dans le service des urgences, au moyen d'un essai non randomisé et contrôlé, mené dans un hôpital d'enseignement urbain et comprenant un groupe d'expérimentation formé systématiquement et un groupe témoin apparié[157]. Il y avait 385 sujets pour l'expérimentation, âgés de 65 ans et plus et 385 sujets témoins, appariés par jour de visite, sexe et dans une fourchette d'âge de cinq ans. Une infirmière clinicienne gériatrique identifia les problèmes gériatriques médicaux, dentaires et sociaux chez les sujets participant à l'expérimentation, au cours d'un examen de 30 minutes réalisé au moyen d'instruments d'évaluation validés. Des recommandations au patient, à la famille, et au médecin en charge du département des urgences ont été adressées et des services de suivi adéquats ont été mis en place. La fréquence des problèmes gériatriques chez les patients dans le groupe d'expérimentation; le respect des recommandations dans le chef du médecin, du patient et de la famille ont été identifiés; ainsi que le taux de mortalité, l'institutionnalisation, l'état de santé, l'utilisation des services médicaux et sociaux, la présence d'une directive supérieure et la qualité de vie à 3 mois au cours du suivi. Soixante-sept pour cent des patients manquaient d'autonomie dans au moins une activité de la vie quotidienne, 82% souffraient au moins d'un problème gériatrique identifié, et 77% déclaraient au moins un besoin d'aide pour au moins un problème dentaire ou social non encore rencontré. Le coût de l'identification des problèmes gériatriques et dentaires/sociaux fut de 5$ et de 1$ respectivement, pour chacun des problèmes. Les médecins ont tenu compte de 61,6% des suggestions, tandis que les patients et les familles ont suivi 36,6% des recommandations.

Les taux de mortalité et de placement en maison de soins à 3 mois ne différaient pas considérablement (9,3% contre 9,7% et 5,0% contre 2,5% respectivement dans les groupes d'expérimentation et témoin).

Les sujets exposés à l'expérimentation ont déclaré éprouver plus de difficultés à communiquer (21% de capacité moyenne ou mauvaise contre 13%, p = 0,2) que ne l'ont fait ceux du groupe témoin. Des tendances à une diminution des visites ultérieures aux services d'urgence (0,26 pour le groupe d'expérimentation contre 0,39 dans le groupe témoin, P = ,06) ont été observées ainsi que des directives plus poussées dans le groupe d'expérimentation (6,7% dans le groupe d'expérimentation contre 2,9% dans le groupe témoin, P = ,07). Aucune différence statistiquement ou cliniquement pertinente dans les autres domaines de la santé n'a été relevée. Le nombre de nouveaux services dentaires ou sociaux prestés par patient au cours des 3 mois de la période de suivi était pratiquement identique (1,7 dans le groupe d'expérimentation contre 1,5 dans le groupe témoin). Les résultats obtenus chez les sujets âgés de 75 ans et plus et chez ceux sortis du service des urgences pour rentrer chez eux étaient semblables, pour l'essentiel, à ceux du groupe principal. Les auteurs ont conclu que l'on pouvait rencontrer chez des personnes âgées hospitalisées dans un service d'urgences de nombreux problèmes gériatriques d'ordre médical et social non encore reconnus jusque là. Malgré ce fait, un programme d'évaluation et de gestion gériatriques lié à un service d'urgences n'a pas réussi à améliorer les résultats. Cela tend à prouver soit, que le caractère aigul' de la maladie constitue un facteur qui l'emporte sur tout le reste et sur l'issue ultérieure, soit, alors, qu'avant de pouvoir engranger des succès il faudra exercer un plus grand contrôle que celui qui est apparu dans ce programme sur les services médicaux et sociaux pendant le séjour en service d'urgences et après,.

Mc Cusker et al. ont déterminé l'efficacité d'une expérimentation à deux étapes (dépistage et évaluation des soins infirmiers) destinée aux patients plus âgés admis dans le service d'urgences et qui présentent des risques accrus de détérioration des capacités fonctionnelles et autres troubles, à l'aide d'un essai contrôlé, randomisé par jour de visite au service d'urgences, avec un suivi de 1 à 4 mois, réalisé dans quatre hôpitaux affiliés à l'université à Montréal[101]. L'essai portait sur des patients âgés de 65 ans et plus dont on supposait qu'ils sortiraient du service des urgences pour retourner en communauté avec un score de 2 ou plus sur l'outil de dépistage de la fragilité (screening tool) ISAR (Identification of Seniors At Risk – identification des personnes âgées à risque) et chez les personnes qui leur prodiguent les soins de base dans la famille. Cent septante-huit d'entre eux furent sélectionnés aléatoirement pour former le groupe d'expérimentation, et 210 continuèrent à recevoir les soins habituels. L'expérimentation consistait à dépister la fragilité en fonction des résultats obtenus sur l'échelle ISAR, à procéder à une brève évaluation standardisée des soins infirmiers dans le services des urgences, à notifier le médecin chargé des soins de base et les personnes chargées des soins au domicile du patient, et d'autres personnes de référence si nécessaire. Le groupe témoin bénéficiait des soins habituels, sans divulgation des résultats du dépistage. Les résultats des patients évalués à 4 mois après leur recrutement pour l'essai portaient notamment sur la détérioration des capacités fonctionnelles (dépendance accrue sur l'échelle des activités de la vie journalière de l'*Older American Resources and Services* ou décès) et les symptômes dépressifs (tels que définis par l'échelle de dépression gériatrique brève). Les résultats obtenus par les prestataires de soins, également évalués au départ et à 4 mois, comprenaient les échelles récapitulatives de santé physique et mentale du Formulaire court 36 de Medical Outcomes Study. Le degré de satisfaction du patient et du prestataire de soins ont été évalués un mois après le début de leur participation. L'intervention a augmenté le taux d'orientation vers le médecin prodiguant les soins de base et vers les services de soins à domicile. L'intervention était associée à un taux considérablement inférieur de détérioration des capacités fonctionnelles à 4 mois, tant pour les analyses non ajustées (Rapport Odds (RO) = 0,60, intervalle de confiance de 95% = 0,36-0,99) que pour les ajustées (RO = 0,53 IC = 0,31-0,91). On n'a pas relevé d'effet de l'expérimentation sur les symptômes dépressifs chez les patients, sur les résultats des prestataires de soins ni sur le degré de satisfaction par rapport aux soins.

Les auteurs ont conclu qu'une intervention à deux étapes en services d'urgence, consistant à dépister au moyen de l'outil ISAR à faire suivre d'une évaluation brève, standardisée des soins infirmiers et d'une orientation vers les services de base et de soins à domicile, réduisait significativement le taux de détérioration ultérieure des capacités fonctionnelles.

Caplan et al. ont étudié les effets de l'évaluation gérontologique standardisée (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA) et d'une intervention pluridisciplinaire sur des patients âgés renvoyés chez eux en sortant du service des urgences (U)[158] au moyen d'une étude prospective, randomisée et contrôlée, assortie d'un suivi d'une durée de 18 mois. Un total de 739 patients âgés de 75 ans et plus, sortis du service des urgences et rentrés chez eux, furent classés aléatoirement dans deux groupes. Les patients affectés aléatoirement au groupe d'expérimentation ont fait l'objet d'une évaluation gériatrique globale (comprehensive geriatric assessment, CGA) initiale et d'un suivi à domicile pendant 28 jours au plus, assuré par une antenne pluridisciplinaire mobile rattachée à l'hôpital. L'équipe appliquait et coordonnait des recommandations. Le groupe témoin bénéficiait des soins habituels. La mesure principale de résultat portait sur toutes les admissions, à l'hôpital dans les 30 jours après une visite initiale au service des urgences. Les mesures secondaires de résultat étaient les admissions électives et d'urgence, les admissions en maison de soins et le taux de mortalité. Parmi les autres résultats recherchés, citons le statut fonctionnel (indice Barthel (score total possible = 20) et le niveau des activités instrumentales de la vie quotidienne (/12) et des fonctions cognitives (questionnaire sur la santé mentale (/10)). Les patients du groupe d'expérimentation présentaient le taux le plus bas d'admission à l'hôpital au cours des 30 premiers jours suivant une visite initiale au service des urgences (16,5% contre 22,2%; p = ,048), un taux inférieur d'admissions en urgence au cours des 18 mois de suivi (44,4 % contre 54,3%; p = ,007), et avaient un délai plus long avant d'être admis en urgence pour la première fois (382 jours contre 348 jours; p = ,011). Il n'y avait pas de différence dans les admissions dans les maisons de soins ou dans les taux de mortalité. Les patients randomisés dans le groupe d'expérimentation conservaient un niveau plus élevé de fonctions physiques et mentales (Indice Barthel changement du début à 6 mois : -0,25 contre -0,75; p < ,001; questionnaire sur l'état mental changement du début à 6 mois : -0,21 contre -0,64; p < ,001). Les auteurs ont conclu que l'évaluation gériatrique globale (CGA) et l'intervention pluridisciplinaire pouvaient améliorer les résultats de santé chez les personnes âgées risquant de voir leur santé se détériorer et d'être admis à l'hôpital. Les patients âgés de 75 ans et plus devraient faire l'objet d'un CGA après une visite en service d'urgence.

ORTHOGERIATRIE

Vidan et al. ont examiné si une intervention gériatrique pluridisciplinaire précoce sur des patients âgés souffrant de fracture de la hanche pouvait réduire la durée d'hospitalisation, la morbidité et le taux de mortalité, et améliorer l'évolution fonctionnelle en recourant à un essai expérimental randomisé et contrôlé, mené dans une unité d'orthopédie d'un hôpital universitaire[159]. Les participants furent affectés aléatoirement à une expérimentation gériatrique pluridisciplinaire journalière (n = 155) ou à des soins habituels (n = 164) durant leur hospitalisation au cours de la phase aiguë de la fracture de la hanche. Les critères d'évaluation primaires étaient la durée de l'hospitalisation et la fréquence du décès ou des complications médicales importantes. Les critères d'évaluation secondaires étaient le taux de récupération des activités de vie quotidienne antérieures et les capacités ambulatoires à 3, 6 et 12 mois. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16 jours dans le groupe d'expérimentation gériatrique et de 18 jours dans le groupe bénéficiant des soins habituels (p = ,06). Les patients dans le groupe d'expérimentation gériatrique affichaient un taux de mortalité inférieur à l'hôpital (0,6% contre 5,8%; p = ,03) et un taux plus faible de complications médicales majeures (45,2% contre 61,7%; p = ,003). Après ajustement pour variables confondantes, on attribua au groupe d'expérimentation gériatrique une probabilité de mortalité ou de développement de complications majeures de 45% inférieure (intervalle de confiance de 95% = 7-68%).

Dans le groupe d'expérimentation, on a trouvé plus de patients qui sont parvenus à un rétablissement partiel à 3 mois (57% contre 44%, p = 0,03), mais on n'a relevé aucune différence entre les groupes à 6 et à 12 mois. Les auteurs ont conclu que des soins gériatriques pluridisciplinaires quotidiens et précoces réduisaient la mortalité à l'hôpital et les complications médicales chez les patients âgés souffrant de fracture de la hanche, mais qu'il n'y avait pas d'effet important sur la durée d'hospitalisation ou sur la récupération fonctionnelle à long terme.

4.3.2.4 Résultats spécifiques

L'ETAT CONFUSIONNEL AIGU (DELIRIUM)

Le "delirium" (état confusionnel aigu) est un trouble de la conscience, de la cognition et de la perception qui affecte fréquemment des patients médicalement atteints. Bien qu'il soit associé à un taux plus élevé de morbidité et de mortalité, il n'est pas souvent reconnu. On croit que les facteurs qui y prédisposent ont des effets multiplicateurs et comprennent la démence, l'âge avancé et le sexe masculin. Des modèles élaborés récemment permettent d'estimer le risque de souffrir de confusion mentale pendant une hospitalisation, en se fondant sur des facteurs prédisposants et d'autres facteurs aigus de stress. Bien que l'on ait prouvé son efficacité, la prévention de l'état confisionnel aigu mentale n'est pas suffisamment utilisée. La prévention consiste en une gestion proactive des facteurs de risque connus et un diagnostic précoce. L'intervention n'exerçait pas toujours un effet significatif sur la gravité de la confusion ni sur les taux de récurrence; cette observation suggère que la prévention de l'état confusionnel aigu en première ligne est probablement la stratégie de traitement la plus efficace. Pepersack et al. ont récemment examiné les éléments probants des stratégies préventives[111].

Marcantonio et al. ont réalisé un essai randomisé dans un service de chirurgie orthopédique d'un hôpital académique aux fins de déterminer si une consultation de gériatrie proactive peut réduire l'apparition de delirium après une fracture de la hanche[160]. Cent vingt six patients consentants de 65 ans et plus (âge moyen 79 +/- 8 ans, 79% de femmes) qui avaient été admis en urgence pour une chirurgie réparatrice après une fracture de la hanche ont fait l'objet de l'étude. Pour connaître l'état du patient avant la fracture, une évaluation détaillée par le biais d'entretiens avec les patients et les représentants désignés et d'un examen du dossier médical avait été effectuée. Les sujets furent ensuite répartis aléatoirement dans un groupe bénéficiant d'une consultation de gériatrie proactive, commençant avant l'opération ou endéans les 24 heures suivant l'intervention chirurgicale, ou dans un groupe "soins habituels". Un gériatre rendait une visite quotidienne pendant toute la durée de l'hospitalisation et émettait des recommandations ciblées en se basant sur un protocole structuré. Pour vérifier les résultats de l'étude, tous les sujets étaient interrogés chaque jour, en aveugle, pendant la durée de leur hospitalisation, avec notamment le MMSE (Mini mental state examination), le DSI (Delirium Symptom Interview – Entretien pour le dépistage des symptômes de l'état confusionnel aigu) et le MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale – échelle d'évaluation du delirium). Le delirium a été reconnu sur base de l'algorithme CAM (Confusion Assessment Method – Méthode de dépistage du delirium). Les 62 patients bénéficiant de la consultation de gériatrie ne se distinguaient pas significativement (p >,1) des 64 patients bénéficiant des soins habituels, et ce en termes d'âge, de sexe, de démence avant la fracture, de comorbidité, de type de fracture de hanche ou de type de chirurgie réparatrice. Soixante et un pour cent des patients bénéficiant de la consultation de gériatrie ont été vus avant l'opération et ils ont tous été vus endéans les 24 heures qui ont suivi l'opération. On leur adressa une moyenne de 10 recommandations pendant toute la durée de leur hospitalisation, dont 77% ont recueilli l'adhésion de l'équipe orthopédique. Des troubles de confusion mentale ont été constatés dans 20 cas/62 (32%) dans le groupe d'expérimentation contre 32 / 64 (50%) chez les patients recevant les soins habituels (p = ,04), soit un risque relatif de 0,64 (intervalle de confiance de 95% = 0,37-0,98) pour le groupe bénéficiant des consultations. On a évité un cas de confusion mentale pour 5,6 patients dans le groupe de consultation gériatrique.

Une diminution plus grande encore des cas de confusion mentale sévère a été relevée, constatée chez 7 patients sur 60 dans le groupe expérimentation (12%) et chez 18/62 (29%) patients recevant les soins habituels, soit un risque relatif de 0,40 (IC 95% = 0,18-0,89). Malgré cette réduction de la confusion mentale, la durée d'hospitalisation ne différait pas significativement entre les patients de l'expérimentation et ceux recevant les soins habituels (écart interquantile +/- moyen = 5 +/- 2 jours dans les deux groupes), probablement parce que les protocoles et les modèles prédéterminent la durée du séjour. Dans les analyses de sous-groupes, la consultation de gériatrie s'est révélée être la manière la plus efficace de réduire la confusion mentale chez les patients qui ne souffraient pas de démence ou de troubles fonctionnels pour les activités de la vie quotidienne avant leur fracture. Les auteurs ont conclu que la consultation de gériatrie proactive avait été mise en place avec succès et avait été bien accueillie après la chirurgie réparatrice d'une fracture de hanche. La consultation de gériatrie a réduit l'incidence de delirium de plus d'un tiers et a abaissé les cas de confusion très grave de plus de la moitié. Cet essai apporte de solides preuves préliminaires que la consultation gériatrique proactive peut jouer un rôle important dans la gestion de l'hospitalisation de courte durée des patients souffrant de fracture de la hanche.

Milisen et al. ont élaboré un programme d'expérimentation interdisciplinaire dirigé par des infirmières, et en ont testé les effets, sur la fréquence et la nature (gravité et durée) du delirium, du fonctionnement cognitif, de la revalidation fonctionnelle, taux de mortalité et durée de l'hospitalisation chez les patients âgés souffrant d'une fracture de la hanche[108]. Cette étude était basée sur un modèle prospectif longitudinal de type avant/après (modèle séquentiel) en salle d'urgences et dans deux unités de traumatologie d'un centre médical académique. Soixante patients dans une cohorte d'expérimentation (81,7% de femmes, âge moyen = 82 ans, écart interquantile = 13) et soixante autres patients dans un groupe non expérimental recevant les soins habituels (80% de femmes, âge moyen = 80, écart interquantile = 12). L'expérimentation avait pour but : (1) l'éducation du personnel infirmier, (2) le dépistage systématique des fonctions cognitives, (3) les services consultatifs par une infirmière ressource pour le delirium, une infirmière gériatrique spécialisée ou bien par un psycho-gériatre, et (4) l'utilisation d'un protocole de gestion de la douleur. Tous les patients étaient placés sous surveillance pour repérer les signes de delirium, tels que mesurés par la Méthode d'évaluation de la confusion (Confusion Assessment Method, CAM). Pour évaluer la gravité du delirium une variante du CAM était utilisée. L'état des capacités cognitives était évalué par le MMSE (mini examen de la santé mentale) (y compris des sous-échelles pour la mémoire, les capacités linguistiques, la concentration et les habiletés psychomotrices) et et les capacités fonctionnelles par l'Indice Katz des activités de la vie quotidienne (AVJ). Bien qu'il n'y ait pas d'effet significatif sur l'incidence du delirium (23,3% dans le groupe témoin contre 20,0% dans le groupe d'expérimentation; p = ,82), la durée de la période de confusion mentale était plus courte (p = ,03) et sa gravité moindre (p = ,0049) dans le groupe d'expérimentation. Une tendance à une hospitalisation post opératoire plus courte était observée chez les patients atteints de delirium et appartenant au groupe d'expérimentation. Malgré ces effets positifs de l'expérimentation, on n'a constaté aucun effet sur la revalidation en termes d'AVJ. Les résultats en ce qui concerne le risque de mortalité ne sont pas concluants. Cette étude a démontré les effets bénéfiques d'un programme d'intervention concentrant ses efforts sur l'identification et le traitement précoces de l'état confusionnel aigu (delirium) chez les personnes âgées souffrant d'une fracture de hanche et confirme le caractère réversible du syndrome en fonction de la durée et de la gravité de la confusion mentale.

Le delirium est un syndrome gériatrique fréquent et pourtant sous-estimé au sein des patients âgés admis dans des services médicaux. On l'associe à des résultats médiocres des interventions médicales. Cole et al. ont réalisé un essai clinique randomisé aux fins de déterminer si la détection systématique et le traitement pluridisciplinaire du delirium chez les personnes âgées admises dans un service médical général pourraient réduire le temps de récupération de l'état des fonctions cognitives[161].

Ils ont examiné des patients âgés de 65 ans et plus au fur et à mesure de leur admission dans 5 unités de médecine générale entre le 15 mars 1996 et le 31 janvier 1999 en utilisant la méthode d'évaluation de la confusion (Confusion Assessment Method – CAM) endéans les 24 heures suivant l'admission pour détecter la présence de delirium et ont ensuite réexaminé les patients dans la semaine qui suivait pour repérer des cas incidents. Les patients atteints de delirium furent sélectionnés aléatoirement soit pour participer à l'expérimentation soit pour recevoir les soins habituels. Les sujets du groupe d'expérimentation ont été examinés par un conseiller spécialisé en gériatrie et ont été suivis à l'hôpital pendant une période allant jusqu'à 8 semaines par une infirmière de l'expérimentation en liaison avec le conseiller, avec les médecins en charge, la famille et les infirmières de soins de première ligne. Les sujets du groupe recevant les soins habituels bénéficiaient des services hospitaliers standards mais pouvaient consulter des spécialistes en gériatrie si nécessaire. Un assistant de recherche, travaillant à l'aveugle en ce qui concerne l'attribution du traitement, procédait à l'examen des patients endéans les 24 heures après leur inclusion dans l'étude, au moyen du MMSE (mini examen de l'état mental), l'indice de confusion mentale (Delirium Index – mesurant la gravité de la confusion) et l'Indice Barthel (mesurant l'indépendance des soins personnels). On entendait par amélioration, toute augmentation de 2 points ou plus dans le résultat obtenu au MMSE, sans descendre en deçà du niveau de départ de plus 2 points, ou sans descendre sous le seuil de 27 points dans le MMSE. Une version abrégée du questionnaire informant sur le déclin cognitif des personnes âgées (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) pour identifier les patients souffrant éventuellement de démence a été complétée. Les sujets ont été évalués 3 fois au cours de la première semaine et chaque semaine ensuite jusqu'à 8 semaines à l'hôpital ou jusqu'à leur sortie d'hôpital. Des données relatives à la gravité de la maladie, à la durée d'hospitalisation et aux dispositions et conditions de logement après la sortie ont été collectées. La première mesure de résultat concernait le temps nécessaire à une amélioration des scores obtenus au MMSE. Sur les 1925 patients répondant aux critères d'inclusion et ayant été examinés, 227 souffraient de delirium prévalent ou incident et ont consenti à participer (113 dans le groupe d'expérimentation et 114 dans le groupe témoin recevant les soins habituels). Il n'y avait pas de différences cliniquement significatives entre le groupe d'expérimentation et celui des soins habituels sauf en ce qui concerne le sexe (femmes 58,4% contre 50,0%) et l'état civil (marié 34,8% contre 41,2%). Globalement, 48% des patients dans le groupe d'expérimentation et 45% de l'autre groupe répondaient aux critères prédéfinis pour une amélioration. Après ajustement pour l'âge, le sexe et l'état civil, le rapport de risque relatif (hazard ratio – HR) proportionnel de Cox était de 1,10 (intervalle de confiance 95% [IC] 0,74-1,63) pour une durée inférieure avant amélioration dans le groupe d'expérimentation par rapport au groupe recevant les soins habituels. Aucune différence importante n'a émergé entre les deux groupes dans les 8 semaines suivant la participation à l'étude quant au délai et au taux d'amélioration par rapport à l'Indice de delirium, l'indice Barthel, à la durée d'hospitalisation, au taux de retour vers la communauté, aux dispositions et conditions de logement après la sortie ou en matière de survie. Les résultats obtenus par les 2 groupes ne différaient pas d'une manière statistiquement significative pour les patients ne souffrant pas de démence (HR 1,54, IC 95% 0,80-2,97), pour ceux qui présentaient moins de comorbidité (HR 1,36, IC 95% 0,75-2,46) ou pour ceux avec delirium prévalent (HR 1,15, IC 95% 0,48-2,79). Les auteurs ont conclu que la détection systématique de l'état confusionnel aigu (delirium) et les soins pluridisciplinaires qu'on apporte ne semblent pas présenter plus d'avantages que les soins habituels prodigués aux patients âgés admis dans des services médicaux.

COÛT-EFFICACITE

Pour vérifier l'impact d'un modèle d'évaluation et de gestion gériatriques sur les coûts de gestion d'hospitalisation de courte durée de patients âgés admis en urgence, Naughton et al. ont réalisé un essai randomisé contrôlé[162]. On a suivi les patients dans l'hôpital depuis leur admission jusqu'à leur sortie. Les résultats ont été basés sur des analyses univariées et de régression multiple. Il s'agissait d'un centre médical académique, privé et sans but lucratif dans une zone urbaine à forte densité de population.

On a recruté les adultes âgés de 70 ans ou plus venant d'un service d'urgence et admis dans un service médical (pas une admission en unité de soins intensifs) qui ne disposait pas d'un interniste dans son staff.

Sur les 141 patients randomisés, 111 (78,7%) répondaient aux critères d'éligibilité. L'expérimentation consistait à affecter un gériatre et un assistant social, en tant qu'équipe de gestion de première ligne, pendant l'hospitalisation.

Les principales mesures de résultats étaient les suivantes : la durée de l'hospitalisation, le coût total des soins hospitaliers de courte durée, les frais de laboratoire, la pharmacie et les services de revalidation. Les patients du groupe d'expérimentation sont restés hospitalisés 2,1 jours en moins mais cette diminution de la durée du séjour n'a pas de signification statistique (p = 0,108). On n'a pas relevé de différences en termes de mortalité ou de dispositions à la sortie. Dans le cadre d'une analyse de régression multiple, avec ajustement lié aux risques, le groupe d'expérimentation enregistrait des coûts totaux prévus par patient considérablement inférieurs d'un point de vue statistique que le groupe bénéficiant des soins habituels (- 2.544$, p = 0,029); l'affectation au groupe d'expérimentation s'accompagnait d'un coût prévu inférieur par patient pour les services de laboratoire (y compris les graphiques de cardiologie) (p = 0,007) et les frais pharmaceutiques (p = 0,047). Les auteurs ont conclu que, lorsque l'on envisageait d'importants indicateurs prévisionnels de l'utilisation escomptée de moyens, les soins prodigués par une équipe de gestion gériatrique entraînaient une réduction significative des coûts d'hospitalisation. Une diminution des coûts des services de laboratoire, d'examens cardiologiques et de pharmacie s'inscrit logiquement dans la philosophie de l'équipe qui détermine les services requis en se basant sur des objectifs portant sur des résultats fonctionnels.

Phibbs et al. ont récemment cherché à évaluer les coûts et l'impact clinique des unités de patients hospitalisés et de cliniques de soins externes en ce qui concerne l'évaluation et la gestion gériatriques[163]. Ils ont entrepris un essai prospectif, randomisé utilisant un modèle factoriel 2x2, avec groupe de contrôle assorti d'un suivi d'un an. Un total de 1388 participants hospitalisés soit dans un service médical ou chirurgical dans 11 centres médicaux Veterans Affairs participants fut réparti aléatoirement pour recevoir soit des soins hospitaliers dans une unité gériatrique (GEMU - *inpatient geriatric unit*) ou des soins hospitaliers habituels (UCIP - *usual inpatient care*), suivi soit par des soins externes d'une clinique gériatrique (GEMC) ou des soins externes habituels (UCOP - *usual outpatient care*). Ils ont mesuré l'utilisation et les coûts des soins de santé. Les patients appartenant au groupe GEMU présentaient un taux de placement en maison de soins significativement inférieur (rapport odds = 0,65; p = 0,001). Ni le GEMU ni le GEMC n'ont enregistré d'amélioration statistiquement significative en termes de survie et ces groupes n'ont révélé que des effets mineurs sur l'état de santé. Les économies moyennes de 1.027 $ (p = 0,29) par patient pour le GEMU et de 1,665 $ (p = 0,69) par patient pour GEMC sont restées sans réelle signification statistique. Les auteurs ont conclu que les unités d'évaluation et de gestion gériatriques en hôpital ou en soins externes n'accroissaient pas les coûts de soins. Bien que l'on n'ait pas recensé d'effet sur le taux de survie et que l'on n'ait noté que des effets modestes sur les résultats SF-36 (échelle de qualité de vie) à 1 an de suivi, on relève une diminution statistiquement significative d'admissions en maison de soins chez les patients traités dans GEMU.

PLANIFICATION DES SORTIES

L'accumulation de patients âgés hospitalisés en attente d'un placement à long terme est devenue un problème majeur dans certaines régions des Etats-Unis et ailleurs également. En 1982, des équipes de consultation gériatrique (médecin, infirmière et assistant social) ont été introduites dans six hôpitaux pour séjours de courte durée dans le comté de Monroe, état de New York, pour aider à alléger le problème en accordant plus d'attention à la restauration des capacités fonctionnelles des patients et en élaborant une planification intégrale des sorties[164]. Sur une période de 6 mois, ces unités ont examiné 4328 patients récemment hospitalisés et âgés de 70 ans et plus et 366 d'entre eux (8,5 pour cent), dont on a estimé qu'ils risquaient de nécessiter une hospitalisation prolongée, ont bénéficié de consultations gériatriques.

Au cours de cette période, le nombre mensuel moyen de patients âgés restant à l'hôpital a diminué de 21 pour cent, un renversement par rapport aux augmentations précédentes qui ne pouvait s'expliquer par aucun autre facteur identifiable.

L'impact portait plutôt sur la durée de l'hospitalisation des patients en attente que sur le taux d'acquisition de ce statut.

Ce résultat s'explique par diverses interventions médicales, de revalidation et sociales. L'étude a permis d'identifier plusieurs barrières du système de soins de santé empêchant une revalidation rapide et une sortie des patients âgés hospitalisés.

On a jugé utile de mettre en place une consultation gériatrique dans les hôpitaux pour hospitalisations de courte durée, dans d'autres environnements.

Borok et al. ont décrit l'évaluation d'un programme de consultation pour évaluation gérontologique interdisciplinaire standardisée (CGA - *comprehensive geriatric assessment*) spécifiquement destiné à des patients hospitalisés dans un essai clinique randomisé (RCT - *randomized clinical trial*) dans quatre hôpitaux où des patients furent aléatoirement affectés dans un groupe bénéficiant d'une consultation CGA ou dans un groupe recevant les soins habituels par le médecin en charge, et un groupe témoin non équivalent (NCG - *non-equivalent control group*) dans deux hôpitaux[165]. Ils ont étudié 3593 patients âgés de 65 ans ou plus, répondant au moins à un des critères de participation à leur admission. C'est le personnel hospitalier qui se chargeait du dépistage initial tandis que la consultation du CGA standardisé était réalisée par un infirmier praticien, un assistant social et un gériatre dans les quatre hôpitaux de l'essai randomisé contrôlé (RCT). Les principales mesures des résultats étaient : l'état des capacités fonctionnelles et de la santé, le taux de mortalité, de réhospitalisation, et le rapport coût-efficacité du programme CGA à 1 an post-randomisation; la validation des critères de ciblage (d'inclusion) qui identifient les sous-groupes de patients bénéficiant d'avantages liés au CGA; et l'adhésion du médecin (apprentissage grâce au CGA et changement du traitement prodigué aux patients témoins). Ils ont conclu qu'il convient de prendre en considération diverses questions méthodologiques lorsque l'on effectue des essais pour évaluer l'efficacité du CGA. La conception concomitante d'un RCT multi-centrique, associée avec le NCG pour déterminer la contamination des médecins, est une approche novatrice destinée à définir avec plus de précision le rapport coût-efficacité du CGA pour les personnes âgées hospitalisées et fragilisées. La population des patients à la fois vaste et hétérogène ainsi que le large éventail des critères d'inclusion permettront d'évaluer les avantages liés au CGA pour les sous-groupes. Toutes ces caractéristiques ont pour objectif de renforcer le potentiel de généralisation des résultats de l'étude.

INTERVENTION COMBINEE AVEC SUIVI À DOMICILE

Un des objectifs des équipes de consultation gériatrique pour patients hospitalisés est de les préparer à leur sortie d'hôpital. Ainsi que le suggère la littérature citée ci-dessus, on pourrait améliorer les résultats positifs si les interventions continuaient après la sortie d'hôpital, et certaines études abordent cette question. Il est prouvé qu'une planification globale des sorties établie par des infirmières et infirmiers qualifiés entraîne des baisses à court terme des réadmissions des patients âgés, mais on n'a pas étudié les avantages d'un suivi plus intensif des aînés hospitalisés et qui risquent de connaître des résultats médiocres après leur sortie.

Naylor et al. ont examiné l'efficacité, pour les personnes âgées risquant une réadmission à l'hôpital, d'une planification des sorties réalisée par du personnel infirmier hautement qualifié et *d'une action de suivi à domicile*, dans un essai clinique randomisé avec suivi à 2, 6, 12 et 14 semaines après la sortie d'hôpital[166]. Les patients susceptibles de participer à l'étude étaient âgés de 65 ans ou plus, hospitalisés entre août 1992 et mars 1996, et avaient été admis pour une ou plusieurs raisons médicales ou chirurgicales. Les patients du groupe d'expérimentation bénéficiaient d'une planification globale de sortie et d'un protocole de suivi à domicile spécifiquement destiné aux personnes âgées risquant de connaître des résultats médiocres après leur sortie et élaboré par un personnel infirmier hautement qualifié. On a étudié les réadmissions, le délai avant la première réadmission, les visites pour soins de courte durée après la sortie, les frais, l'état au niveau fonctionnel, la dépression et le degré de satisfaction du patient.

Trois cents soixante trois patients ont été inclus (186 dans le groupe témoin et 177 dans le groupe d'expérimentation) 70% du groupe d'expérimentation et 74% des sujets du groupe témoin ont participé à l'essai jusqu'à son terme.

L'âge moyen de l'échantillon était de 75 ans; l'échantillon comptait 50% d'hommes et 45% de noirs américains. A la 24ème semaine après la sortie d'hôpital, les patients du groupe témoin avaient plus de risques que les patients du groupe d'expérimentation d'être réadmis au moins une fois (37,1% contre 20,3%; p = ,001). On a observé moins de réadmissions multiples chez les patients du groupe d'expérimentation (6,2% contre 14,5%; p = ,01) et les patients du groupe d'expérimentation comptaient moins de jours d'hospitalisation par patient

(1,53 contre 4,09 jours; p <,001). Le délai avant la première réadmission était plus long dans le groupe d'expérimentation (p<,001). A la 24ème semaine après la sortie, l'ensemble des remboursements Medicare pour services de santé s'élevait à environ 1,2 millions de $ dans le groupe témoin contre environ 0,6 million de $ dans le groupe d'expérimentation (p<,001). Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes pour ce qui concerne le nombre de visites de courte durée après la sortie, l'état fonctionnel, la dépression, ou le niveau de satisfaction des patients. Une planification des sorties réalisée par du personnel infirmier hautement qualifié et des soins à domicile pour les personnes âgées à risque ayant été hospitalisées réduisent le nombre de réadmissions, prolongent le délai entre la sortie et la réadmission, et abaissent les coûts des soins de santé. Par conséquent, l'expérimentation a montré que le concept peut largement produire des résultats positifs chez les personnes âgées hospitalisées, exposées au risque d'une nouvelle hospitalisation, tout en réduisant les coûts.

Dans le cadre d'une étude prospective randomisée et contrôlée sur l'efficacité d'une équipe de consultation gériatrique, Allen et al. ont examiné si le personnel hospitalier suivait les recommandations émises par l'équipe[147]. Une équipe avait formulé des recommandations concernant 185 patients, âgés de 75 ans ou plus, répartis aléatoirement entre un groupe d'expérimentation (n = 92) et un groupe témoin (n = 93). Dans le groupe témoin, 27,1% seulement des actions qui auraient été recommandées par l'équipe furent appliquées indépendamment par le personnel de la maison. Les problèmes les plus régulièrement négligés portaient sur la polymédication, les troubles sensoriels, la confusion et la dépression. Dans le groupe d'expérimentation, l'observance globale était de 71,7%. Le plus haut niveau d'observance concerne les recommandations relatives à l'instabilité et aux chutes (95,0%) et la planification des sorties (94,3%). Ces auteurs ont conclu qu'une équipe de consultation gériatrique apporte une contribution substantielle dans les soins aux patients âgés. En plus, on peut parvenir à un niveau d'observance assez élevé des recommandations émises par une équipe de consultation gériatrique et lever ainsi le premier obstacle à l'établissement d'un tel service.

Nikolaus et al. ont évalué l'efficacité de l'évaluation et la gestion gériatriques pour les patients âgés hospitalisés, associées avec une *intervention à domicile* post-sortie assurée par une équipe interdisciplinaire[167], dans un essai randomisé contrôlé dont les résultats et les coûts sont évalués pendant 12 mois après la date d'admission. Ils ont étudié 545 patients souffrant de maladies aiguës et admis du domicile dans un hôpital gériatrique. Les patients bénéficiaient aléatoirement, soit d'une évaluation gérontologique standardisée et d'une intervention à domicile après leur sortie (expérimentation), d'une évaluation gérontologique standardisée uniquement (évaluation) ou encore des soins habituels. Les principales mesures des résultats étaient: la survie, l'état fonctionnel, le taux de réhospitalisation, le placement en maison de soins et les coûts directs sur 12 mois. Le groupe d'expérimentation a enregistré une baisse significative de la durée de l'hospitalisation (33,5 jours contre 40,7 jours dans le groupe d'évaluation et 42,7 jours dans le groupe témoin; p < 0,05) et du taux de placement immédiat en maison de soins (4,4% contre 7,3% et 8,1%; p < 0,05). Les auteurs n'ont pas relevé de différence statistiquement significative pour ce qui concerne la survie, le taux de réadmissions hospitalières de courte durée ou de nouvelles admissions en maison de soins mais le groupe d'expérimentation avait enregistré des réadmissions en hôpital considérablement plus courtes (22,2 jours contre 34,2 jours et 35,7 jours; p < 0,05) et ainsi que des durée de placements en maison de soins plus courtes

(114,7 jours contre 161,6 jours et 170,0 jours; p < 0,05). Les frais directs étaient inférieurs dans le groupe d'expérimentation [environ 7000 DM (4000 $US) par personne et par an].

Les capacités fonctionnelles se révélaient considérablement meilleures dans le groupe d'expérimentation. Ils ont conclu qu'une évaluation gérontologique standardisée combinée à une intervention à domicile post-sortie n'améliore pas la survie mais améliore l'état fonctionnel et peut réduire la durée de l'hospitalisation initiale et celle des réadmissions ultérieures.

Ce modèle peut réduire le taux d'admission immédiate en maison de soins et retarder le placement permanent en maison de soins. Il peut également diminuer substantiellement les coûts directs des patients hospitalisés.

4.3.3 Commentaire

Nous avons essayé dans ce compte-rendu portant sur vingt essais cliniques randomisés, de déterminer si une évaluation gérontologique standardisée réalisée par une équipe de consultation pluridisciplinaire pouvait exercer des effets bénéfiques sur l'état fonctionnel et de santé et sur la survie. Nous avons analysé un large éventail de sous-groupes afin d'y repérer d'éventuels effets sur ces résultats de première ligne. Pour sélectionner les patients auxquels appliquer l'évaluation standardisée, nous nous sommes basés sur des critères qui ont prédit avec succès le risque de voir s'installer des durées d'hospitalisation plus longues, de placement en maison de soins et la mortalité. Etant donné que des études précédentes avaient attribué des résultats négatifs à une adhésion imparfaite des équipes de premières lignes, Reuben et al. ont cherché à améliorer l'efficacité de la gériatrie de liaison dotant l'équipe de consultation de la capacité d'instaurer des traitements et des tests directement, en plus de son autorité à émettre des recommandations écrites, et parfois orales, aux prestataires de soins de première ligne. Ils ont alors testé leur approche dans un HMO avec accès ouvert aux services et un niveau de coopération vraisemblablement élevé chez les médecins.

En général, ils n'ont pas relevé de différences importantes entre les groupes d'expérimentation et témoin en ce qui concerne l'état fonctionnel à 3 et à 12 mois ou la survie à 1 an. Même quand ils ont examiné les données des sous-groupes qui pourraient tirer avantage d'une évaluation, ils n'ont pas pu dégager de schéma d'amélioration évident. Ces observations s'inscrivent dans la logique des résultats de certaines études des équipes d'évaluation standardisée dans des institutions de soins de courte durée[149, 126, 127] mais pas d'autres études[148, 150, 153]. Les constatations de Reuben et al. sont en accord avec les résultats de la méta-analyse de l'évaluation standardisée[75] et sont cohérentes avec les constatations des études sur la consultation de patients hospitalisés concernant des patients présentant des conditions spécifiques (par ex. delirium)[161, 168].

Au vu de ces observations et des avantages avérés d'autres types d'évaluation gérontologique standardisée dans d'autres environnements[75], quelles sont les explications possibles?

Tout d'abord, les critères d'inclusion dans une étude n'ont peut-être pas identifié avec précision les personnes les plus susceptibles de bénéficier d'une évaluation standardisée par une équipe de consultation pour patients hospitalisés. Comme Winograd l'a indiqué: *"Il se peut que les critères annonciateurs de résultats négatifs, tels que la morbidité, la mortalité, la détérioration des capacités fonctionnelles et une utilisation élevée des soins de santé, ne sélectionnent pas nécessairement les patients les plus susceptibles de tirer avantage de l'intervention."*[127]. Certains de ces patients peuvent être engagés sur une voie de détérioration inexorable qui ne relève pas des interventions recommandées dans l'évaluation standardisée.

Deuxièmement, les patients du groupe témoin de l'étude de Reuben et al., par exemple, peuvent déjà avoir bénéficié d'un niveau de soins élevé. Le recours à des services de soins de santé à domicile, à des unités de revalidation dans les hôpitaux et aux services de revalidation dans les maisons de soins s'est considérablement accru au cours des dix dernières années[169]. Beaucoup de ces services proposent des éléments du traitement recommandé dans l'évaluation gérontologique standardisée.

Le plan HMO utilisé par Reuben et al. assurent déjà des soins coordonnés; les médecins sont familiarisés avec les pratiques de soins gériatriques dans le cadre de programmes de formation continue[118].

Les médecins en charge des premiers soins et les médecins traitants peuvent également avoir appris les principes de l'évaluation gériatrique parce que les mêmes médecins s'occupaient des patients des deux groupes d'étude. Toute amélioration des soins apportés aux patients du groupe témoin peut donc avoir faussé les données de l'étude. Le taux de mortalité à un an pour les patients du groupe témoin dans l'étude de Reuben était de 25,4 pour cent, un taux situé dans la fourchette de 20 à 44 pour cent du taux de mortalité à un an des patients témoins dans les études précédentes sur les équipes de consultation gériatrique pour patients hospitalisés[170, 148, 171, 151, 153, 127].

Cependant, il est difficile de comparer les taux de mortalité de différentes études à cause des différences dans les critères de sélection.

Ainsi, dans l'étude de Reuben, les critères étaient assez semblables à ceux utilisés par Winograd et al. dans une étude d'un hôpital des Veterans Affairs, dans laquelle 36 pour cent des patients du groupe témoin sont morts dans les 12 mois suivant leur inclusion dans l'étude. Mais les conditions différentes peuvent expliquer une partie de la différence de taux de mortalité à un an parmi les patients des groupes témoins.

Une troisième explication possible de l'efficacité limitée de l'évaluation est que les recommandations des équipes n'ont pas été bien suivies. En général, les taux de mise en œuvre relevés dans cette étude étaient comparables, ou supérieurs, à ceux observés dans d'autres études sur l'évaluation gérontologique standardisée[147, 172, 173]. Toutefois, ils ne s'approchent pas des taux de mise en oeuvre qui pourraient être atteints si les équipes elles-mêmes assumaient la responsabilité des soins de première ligne prodigués aux patients et de toutes les décisions concernant le traitement. Il conviendrait de relever plusieurs limites à ces études. Dans l'étude de Reuben et al. par exemple, malgré la grande taille de l'échantillon, les chercheurs n'ont pas atteint leurs objectifs de recrutement dans chaque site. Ajoutons cependant que le fait de rassembler des données de tous les sites a donné à l'étude le potentiel suffisant pour détecter les différences cliniquement importantes dans les résultats essentiels.

Il y avait moins de puissance dans leurs analyses des sous-groupes. Etant donné la similarité des résultats obtenus dans les groupes d'expérimentation et témoin, il est toutefois peu probable que l'on ait pu parvenir à une portée statistique avec des échantillons plus importants.

Quoiqu'il en soit, l'évaluation gérontologique standardisée peut avoir présenté certains avantages (un niveau accru de satisfaction des patients, par exemple) qu'ils n'ont pas mesurés. Leurs méthodes de recrutement des patients peuvent également avoir influencé leurs constatations. L'éligibilité pour l'évaluation était basée sur des critères de sélection plutôt que sur des demandes émanant soit de médecins ou de patients, une décision prise dans la conception de l'étude pour éliminer les risques de partialité dans l'orientation des patients. Certains médecins ou patients – qui n'avaient pas demandé l'évaluation – peuvent ne pas avoir été convaincus de la valeur du processus et par conséquent ne pas avoir respecté les recommandations de l'équipe avec diligence.

Une recherche précédente a montré que les patients âgés qui ne se percevaient pas comme risquant d'être exposés à des résultats médiocres ou qui ne croyaient pas qu'ils tireraient avantage de l'évaluation standardisée, sont plus susceptibles de refuser de participer au processus[118]. Les patients qui avaient demandé la consultation dans cette étude ou qui avaient été dirigés pour y participer en auraient peut-être retiré un plus grand bénéfice.

Finalement, l'environnement HMO de l'étude de Reuben peut limiter le potentiel de généralisation de ses résultats. Le recrutement de personnes âgées dans les HMO augmente (Palsbo et al. 1993), cependant, et de nombreux schémas de soins utilisés par les HMO sont en passe d'être adoptés ailleurs.

Sur la base de ces observations, certains auteurs hésitent à recommander l'adoption généralisée de l'approche de la consultation pour patients hospitalisés pour l'évaluation gérontologique standardisée.

Une étude suggère que les patients hospitalisés, fragilisés et âgés retirent un avantage de l'évaluation et de l'intervention gérontologiques standardisées qui leur procurent des soins continus plutôt que dans le cadre d'une consultation (Burns et al. 1993).

Etant donné que les programmes recourant à l'évaluation gérontologique standardisée contrôlent de plus en plus les soins prodigués aux patients, en ce compris le suivi longitudinal, ils commencent à ressembler aux schémas plus typiques des soins de première ligne et des soins concomitants (c'est-à-dire les soins continus assurés par deux médecins ou plus). Ce niveau de contrôle sur les soins aux patients peut ne pas s'avérer nécessaire pour en assurer l'efficacité.

Alternativement, il se peut que des mesures visant à améliorer l'application par les médecins des recommandations des équipes d'évaluation et l'adhésion des patients à ces recommandations augmentent l'efficacité de l'évaluation gérontologique standardisée[118].

4.3.4 Conclusions

Une consultation gériatrique pour patients hospitalisés peut exercer un impact sur les soins aux patients âgés hospitalisés, mais l'amélioration potentielle des résultats en termes de sécurité du patient n'est pas claire. Les différences relevées dans le taux de mortalité de toutes causes peuvent être dues aux différences dans la sélection des patients et les données relatives aux améliorations dans les résultats des capacités fonctionnelles suggèrent que certains patients peuvent retirer un plus grand bénéfice que d'autres. Un dépistage approprié des patients à haut risque d'évolution défavorable à l'hôpital (tels que les chutes et le delirium) semble être bénéfique. Par conséquent, une consultation gériatrique pluridisciplinaire et d'autres efforts visant à prévenir la détérioration fonctionnelle iatrogénique, la complication la plus courante chez les patients âgés hospitalisés, méritent une attention particulière.

Parmi les problèmes identifiés dans les études examinées, nous citerons un ciblage inapproprié des individus qui retireraient le plus grand bénéfice de l'intervention, les interférences potentielles entre les groupes, et les différences existant en matière de capacité locale à exécuter les interventions recommandées. Le manque d'efficacité dans certaines études peut refléter une mauvaise application des suggestions données par les équipes ou un personnel inadéquat pour la mise en œuvre des recommandations émises par un consultant, que le personnel soit ou non désireux de les respecter. Le manque de contrôle sur la gestion directe du patient pourrait également constituer un sérieux défaut qui limite l'efficacité de cette pratique.

Contrairement aux unités spécialisées d'évaluation et de gestion gériatriques (GEM), les équipes pluridisciplinaires de consultation gériatrique communiquent un savoir-faire en soins gériatriques dans tout l'hôpital, dans un rôle consultatif. Si l'on compare cette stratégie avec les units GEM ou les unités de soins de courte durée pour personnes âgées (Acute Care for Elders – ACE), on pourra relever plusieurs différences. Les équipes pluridisciplinaires sont moins chères à organiser et peuvent être mises en place dans un délai plus bref. Etant donné que les patients âgés résident dans divers endroits de l'institution, il y a également plus de chances d'atteindre un nombre plus important de patients si l'équipe de consultation n'est pas localisée dans une unité. Il n'existe pas de limite quant au nombre de lits et la capacité de l'équipe à effectuer des interventions est par conséquent limitée par le temps disponible plutôt que par le nombre de lits dans une unité en particulier. Les ressources nécessaires pour mettre sur pied une équipe gériatrique expérimentée dans un hôpital ne disposant pas de compétence préalable en gériatrie restent une préoccupation importante. Il conviendrait en outre d'inclure les coûts liés au renforcement et au contrôle du suivi des recommandations dans la conception d'un programme efficace. Le réaménagement physique des lieux pour répondre à certains besoins spécifiques (par ex. revêtement spécial des sols, disposition des lits, dispositifs de réorientation) ne fait pas non plus partie de cet exercice. Ajoutons que les infirmières gériatriques spécialement formées ne sont pas disponibles dans tout l'hôpital contrairement à des unités d'hospitalisation dédiées à la gériatrie, qui disposent d'infirmières qui se consacrent exclusivement aux soins des patients âgés.

Malgré ces considérations, la mise en pratique de services pluridisciplinaires de consultation gériatrique possède une *validité apparente élevée*. Il faut encore mener plus de recherches pour évaluer quels patients pourraient retirer le bénéfice maximal de l'engagement de ressources que ce service implique.

Parmi les autres domaines qui requièrent une recherche plus approfondie, nous citerons l'examen des problèmes les plus adéquats pour l'évaluation et la consultation gériatriques dans l'hôpital, le développement de stratégies visant à améliorer l'adhésion aux recommandations et leur application, et l'identification des éléments constitutifs d'une équipe de consultation performante et rentable.

L'ensemble hétérogène de modèles que nous avons trouvé dans la littérature ne nous permet pas de proposer une définition unitaire de la fonction d'une équipe de consultation gériatrique. Cependant, une définition opérationnelle de ce type est nécessaire pour évaluer les ressources que l'on devrait affecter à cette fonction.

En Belgique, ce type d'approche n'a pas encore été développé, probablement à cause du manque de gériatres et de l'absence de ressources pour financer ce projet.

Sauf pour les publications internationales que nous avons mentionnées ci-dessus, même dans d'autres pays, ce type d'approche globale des patients qui ne sont pas hospitalisés dans des unités gériatriques n'a pas été mis en œuvre.

Par conséquent, dans le but de proposer une *définition opérationnelle* de cette fonction, nous envisageons les caractéristiques des modèles publiés qui donnent des résultats positifs. Ces caractéristiques peuvent se résumer comme suit :

- un dépistage systématique des problèmes gériatriques courants au moyen d'outils validés courts destinés aux membres des unités non gériatriques;
- la formation des prestataires de soins (utilisation de protocoles systématiques, reconnaissance de l'état confusionnel aigu, de la dépression, d'un syndrome douloureux, etc.);
- évaluation pluridisciplinaire gérontologique standardisée réalisée par l'équipe de liaison gériatrique;
- la disponibilité de systèmes d'information informatisés est un prérequis à une mise en oeuvre couronnée de succès;
- un suivi régulier (l'évaluation gérontologique standardisée est également une intervention qui doit faire l'objet d'un suivi);
- la présence d'une infirmière gériatrique qualifiée dans les unités non gériatriques;
- la formation continue;
- conduite de tests de performance et feed-back vers les unités non gériatriques.
- bien que les données puissent être utilisées à des fins diverses, il convient d'insister clairement sur leurs applications cliniques pour prolonger leur utilisation dans la prestation des soins quotidiens.
- le leadership d'un gériatre spécifiquement impliqué dans le projet.

Les promesses d'un tel système ne trouvent pas seulement leur origine dans de bonnes pratiques d'évaluation dans des secteurs particuliers des soins de santé mais dans l'échange effectif et l'utilisation des informations entre les secteurs qui collaborent pour prodiguer des soins aux personnes âgées et fragilisées au fur et à mesure que leurs forces, leurs préférences et leurs besoins se modifient dans le temps.

4.4 LA GERIATRIE DE LIAISON, UNE APPROCHE BELGE

4.4.1 Introduction

Le but de ce paragraphe est de formuler une proposition relative à l'organisation pragmatique de la gériatrie de liaison en Belgique selon les définitions opérationnelles présentées ci-avant et en tenant compte des spécificités du système de santé belge.

La prise en charge gériatrique implique dans un premier temps le screening des patients fragiles et gériatriques à l'hôpital et dans un second temps, une évaluation globale et multidisciplinaire des problèmes gériatriques courants.

4.4.2 Objectif

L'objectif de cette section est de déterminer la faisabilité de la gériatrie de liaison en Belgique et ses modalités pratiques.

4.4.3 Méthode

Comme déjà mentionné, la gériatrie de liaison ne fait encore l'objet que de quelques initiatives ponctuelles à l'étranger bien que ses bénéfices soient démontrés. Afin de formuler une proposition adaptée au contexte belge, une réunion d'experts s'est tenue à ce sujet en mars 2007[i]. Elle a été préparée lors d'une première réunion informelle de travail avec quelques gériatres (n=4) en janvier 2007.

Lors de la réunion scientifique organisée par la SBGG en mars 2007, deux workshops ont été organisés à propos de la gériatrie de liaison après une séance plénière conduite par le Dr Cornette, discutant les outils d'identification du patient gériatrique aux urgences. Au cours des 2 workshops réunissant 58 gériatres –sur base volontaire–, un questionnaire a été distribué dont 37 ont pu être traités. Les débats ont été enregistrés. Une synthèse de ces workshops est présentée ci-après.

4.4.4 Synthèses des résultats et des discussions

Les outils préconisés par les experts pour l'identification du patient gériatrique aux urgences et dans les unités d'hospitalisation sont :

1. ISAR : les arguments avancés sont sa validité scientifique, sa facilité et sa rapidité d'utilisation sans nécessiter de formation spécifique en gériatrie.
2. VIP : cet outil est reconnu pour identifier le risque d'institutionnalisation. Le principal argument pour retenir cet outil est sa rapidité d'utilisation bien que sa validation soit discutée et que l'outcome n'est pas centré sur l'identification du patient gériatrique.

Les gériatres s'accordent sur le fait que le patient résidant en MRS, admis pour une fracture du col ou dément est d'emblée qualifié de patient gériatrique et ne doit pas faire l'objet d'un screening.

Le screening des patients gériatriques doit se faire par les infirmières des urgences ou des unités d'hospitalisation et non par la gériatrie de liaison.

Lorsque le patient est identifié comme un profil gériatrique, différentes propositions sont formulées par les gériatres concernant le professionnel à appeler. Le gériatre semble la personne de choix car son avis sera précis et adapté mais la charge de travail qu'engendre cette activité supplémentaire est incompatible avec une activité déjà très chargée. L'infirmière spécialisée en gériatrie de l'équipe de liaison est identifiée comme la personne de référence et ce sous la supervision du gériatre.

---

[i] Winter Meeting de la SBGG – Ostende - 2-3 mars 2007

Selon les gériatres, les patients devant bénéficier d'une prise en charge gériatrique sont les patients pour lesquels une telle prise en charge ainsi qu'une revalidation leur permettront de recouvrer une certaine indépendance. Les patients grabataires et les patients autonomes et indépendants ne doivent pas entrer dans ce type de programme.

Pour identifier la nature des problèmes gériatriques, l'outil retenu par les gériatres est le BGMST car il rencontre un réel succès auprès des unités de gériatrie et comprend nombre d'outils qui sont déjà utilisés de façon routinière dans les services.

Selon les gériatres, le rôle d'une infirmière de référence dans les unités n'est pas clair : identifier les patients gériatriques, contact avec l'infirmière de l'équipe de liaison, identifier les syndromes gériatriques. L'infirmière de référence semble ne pas être un modèle probant dans le sens où l'expérience montre que le développement d'une expertise pour une infirmière de référence est très long. L'idée de répartir les infirmières de gériatrie dans l'ensemble de l'hôpital comme infirmière de référence n'est pas partagée par les gériatres car cela risquerait de déforcer sensiblement les unités de gériatrie en termes de qualité des prises en charge. La formation d'infirmière spécialisée en gériatrie pour l'ensemble des hôpitaux est par contre une idée soutenue par les gériatres. Cela nécessiterait une importante collaboration de la part des directions hospitalières.

La gériatrie de liaison peut se développer selon deux modèles : le modèle centralisé implique une prise en charge complète du patient par l'équipe de liaison (et donc nécessite énormément de ressources humaines) alors que dans le modèle décentralisé, un avis est formulé par l'équipe de liaison à l'attention de l'équipe des soins qui garde la prise en charge du patient. Si aucun consensus franc ne se dégage à ce sujet, le modèle décentralisé semble privilégié. Notons que la moitié des gériatres ne peut se prononcer à ce propos.

En termes de follow up, les gériatres n'ont pas encore d'idée précise bien que le suivi soit la pierre angulaire d'une prise en charge gériatrique. Mais les rapports écrits et circonstanciés aux médecins traitants ainsi que les réunions bihebdomadaires de l'équipe de liaison semblent primordiaux ; la présence des infirmières de liaison aux staffs des unités d'hospitalisation se dégage aux yeux des gériatres comme un modèle intéressant.

Finalement, un consensus se dégage autour des professionnels devant occuper les 4 ETP de l'équipe de liaison : la fonction infirmière semble primordiale mais ne doit pas être la seule fonction. Le gériatre et son équipe devraient proposer quels profils de fonction seraient le plus adapté à sa situation : les gériatres envisagent néanmoins, au moins 1 à 2 ETP infirmiers et les autres ETP répartis entre un kinésiste, logopède, psycholoque, assistant social et ergothérapeute.

Les gériatres s'accordent à dire que la culture de la gériatrie de liaison est peu développée dans le monde hospitalier belge.

4.4.5 Organisation pratique de la gériatrie de liaison dans les hôpitaux belges

Sur base des données scientifiques et empiriques développées ci-avant, il est possible d'élaborer un modèle de la gériatrie de liaison spécifique au monde hospitalier belge.

Dans cette perspective, la liaison gériatrique pourrait se définir comme le processus diagnostic —spécifique à une discipline— des syndromes gériatriques courants et des risques encourus par des individus ciblés ainsi que le processus thérapeutique (incluant prévention et traitement pointus).

4.4.5.1 Missions

La liaison gériatrique poursuit 3 missions:

1. Réaliser l'évaluation gériatrique globale
2. Proposer des recommandations de prévention et de traitement pour les problèmes gériatriques courants
3. Guider l'unité de 'première ligne' pour l'organisation de la sortie du patient afin de promouvoir sa réinsertion sociale et prévenir les réadmissions.

4.4.5.2 Processus

SCREENING DES PATIENTS

La fonction de liaison gériatrique fait suite à la sélection opérée par un infirmier de référence spécialisé en gériatrie mais non rattaché à l'unité gériatrique. Ce professionnel devra être compétent dans l'utilisation systématique d'algorithme pour détecter le patient gériatrique. La formation de ces infirmiers de référence devra être intensifiée pour qu'ils développent une expertise dans l'utilisation des outils de screening, et ce prioritairement dans les services d'urgences et ensuite à l'ensemble des services.

Nous suggérons l'algorithme suivant selon les caractéristiques du patient.

1. Lorsque les caractéristiques du patient gériatrique sont manifestes —patient résidant en MRS, troubles cognitifs, et/ou fracture du col du fémur—, le screening ne s'impose pas[67].
2. Pour les autres patients, nous proposons un screening du patient, réalisé par l'infirmier de référence de l'unité non gériatrique. Ce screening peut être réalisé au moyen de l'échelle ISAR ou du SHERPA.
3. Le profil gériatrique étant établi, l'équipe de consultation gériatrique devrait intervenir pour réaliser une évaluation gériatrique globale par une équipe interdisciplinaire, à l'aide du BGMST.

EVALUATION GERIATRIQUE

Il importe que l'infirmière du service de liaison gériatrique puisse rencontrer le patient rapidement afin de dresser précisément le tableau clinique gériatrique à l'aide des outils d'évaluation. Ce professionnel présente un rapport journalier au gériatre. Si nécessaire, le gériatre examine le patient. Deux fois par semaine, l'équipe multidisciplinaire discute les cas en staff. Chacun en réfère ensuite aux différentes unités, donne des avis et propose des outils. Toute décision sera justifiée par écrit. L'équipe de liaison rencontre 2 fois par semaine les unités de soins.

4.4.5.3 Modalités concrètes de l'évaluation du patient

1. Chaque patient de plus de 75 ans admis aux urgences, bénéficie d'un test de screening de profil gériatrique; ce test est réalisé par l'infirmière de la salle d'urgence qui doit être apte à utiliser les outils adéquats. Si le test est positif, le patient est orienté vers une unité gériatrique. Si aucune place n'y est disponible, le patient est hospitalisé dans un autre département mais l'équipe multidisciplinaire gériatrique en est informée, de même, lorsque le patient, suite à une pathologie spécifique, doit être admis dans une unité spécialisée mais non-gériatrique.
2. En cas d'hospitalisation programmée, tous les autres patients de 75 ans et plus bénéficient du même test de screening réalisé par une infirmière de l'unité d'hospitalisation endéans les deux jours. Pour l'évaluation de la nature des problèmes gériatriques, le médecin du département dans lequel le patient est admis fait appel à l'équipe multidisciplinaire gériatrique. Une totale coopération du médecin en charge du patient est indispensable.
3. Le patient présentant un profil gériatrique manifeste sera de préférence transféré dans l'unité gériatrique. En cas d'impossibilité, une évaluation ultérieure, les directives, les traitements et le suivi seront organisés par l'équipe de liaison gériatrique interdisciplinaire tout le temps du séjour du patient dans l'unité d'admission. Se pose ensuite la question : dans quelle unité —gériatrie versus unité d'admission— la prise en charge sera-t-elle optimale pour le patient ?

4.4.5.4 Outils d'évaluation

Le même outil de screening —ISAR ou SHERPA— doit être utilisé partout dans l'hôpital mais aussi dans l'ensemble des hôpitaux et ce, à des fins de comparaison statistique ultérieure.

Après l'identification du profil gériatrique, il s'agit de diagnostiquer plus précisément quels sont les problèmes qui se présentent, et ce à l'aide du BGMST connu des gériatres belges. Pour rappel, le BGMST et le RAI ont fait l'objet de projet pilote en Belgique et la faisabilité d'application du BGMST est sensiblement plus importante comparativement au RAI

4.4.5.5 Effets attendus de cette approche

Cette approche permet de sensibiliser les prestataires de soins des unités non gériatriques à la mentalité de la prise en charge gériatrique. Elle permet aussi d'instaurer un système concret et efficient de suivi des patients.

Il serait utile dans un premier temps de démarrer ce type d'approche dans les unités spécifiques où des patients gériatriques sont régulièrement admis : par exemple, cardiologie, orthopédie, médecine interne générale, urgences.

4.4.5.6 Composition

L'équipe de liaison gériatrique devrait être assurée par une équipe multidisciplinaire spécialisée comprenant entre autres du personnel ayant la qualification de gériatre, infirmier gériatrique, ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute, assistant social, diététicien, logopède.

Pour réaliser une évaluation multidisciplinaire, nous proposons une équipe paramédicale comprenant au moins 4 ETP, et ce dans le cadre d'une expérience pilote. Le nombre de ces professionnels devrait être adapté selon le nombre d'admissions de patient présentant un profil gériatrique et ne pouvant être hospitalisé en gériatrie. Nous estimons le besoin d'au moins 4 ETP de professionnels paramédicaux pour 400 admissions/an de patients gériatriques n'étant pas hospitalisés en gériatrie.

4.4.5.7 Activités des prestataires de soins de l'équipe de liaison

L'infirmière mettra tout en œuvre pour favoriser l'autonomie du patient dans les activités de la vie quotidienne (ADL) et ce, de manière organisée. C'est toute une stratégie afin de prévenir le déclin fonctionnel et cognitif.

Le kinésithérapeute prend en charge tous les aspects relatifs à la mobilisation du patient y compris l'évaluation de ses capacités à se mouvoir et de sa force musculaire.

L'ergothérapeute évalue de façon plus nuancée les potentialités du patient en termes d'activité de la vie quotidienne (ADL) mais aussi des activités instrumentales (IADL) de manière à pouvoir anticiper un éventuel retour à domicile. Le cas échéant une visite du domicile s'impose.

Le psychologue évaluera la présence d'une éventuelle démence ou/et dépression. Il prendra aussi en charge la gestion des problèmes familiaux le cas échéant.

Le logopède interviendra en cas d'aphasie et/ou de dysphagie.

La présence de l'assistant social s'impose en toutes circonstances et doit intervenir le plus rapidement possible dans la prise en charge ; organiser la 'sortie du patient' prend du temps et il y a lieu d'anticiper. Le retour à domicile devra toujours être privilégié, dans la mesure du possible.

4.4.5.8 Le nombre de patients à évaluer

Il y a lieu de réaliser une estimation objective du nombre de patients gériatriques potentiels pour le financement des lits justifiés. Après un an, on dispose ainsi d'une estimation précise du nombre des patients gériatriques dans les différents hôpitaux.

Pour le développement de la gériatrie de liaison selon le modèle décentralisé, pour 340 patients —nombre moyen de patients traités par an dans une unité de soins gériatriques de 24 lits— il faut prévoir 2 ETP infirmiers (mais au moins un) et 2 autres ETP (voire 3 si un seul infirmier) pour couvrir les fonctions de kiné, ergothérapie, logopédie, service social, psychologie, logopédie

Ces projections sont calculées pour une activité normale d'un service gériatrique de 24 lits, avec une durée moyenne de séjour de 21 jours et un taux d'occupation de 80%.

Le nombre d'infirmières est réduit à deux ETP dans un modèle décentralisé où l'équipe de soins de l'unité d'hospitalisation du patient assume l'entièreté de la prise en charge, et en particulier les soins infirmiers.

Messages clés

D'après les experts, pour le développement de la gériatrie de liaison, il importe que :

- **Tout patient de 75 ans et plus admis aux urgences ou en admission programmée soit dépisté à l'aide d'un instrument unique à l'hôpital et à l'ensemble des hôpitaux.**
- **Le patient dément, résidant en MRS, admis pour fracture du col est d'emblée considéré comme un profil gériatrique**
- **L'ISAR est l'outil de choix pour le screening ; Le SHERPA (nécessitant un MMSE) est aussi recommandé mais nécessitera des ressources humaines supplémentaires**
- **Le BGMST est l'outil recommandé pour l'identification de la nature des problèmes gériatriques**
- **Tout patient identifié comme gériatrique est vu par l'infirmière gériatrique de l'équipe de liaison en premier lieu**
- **L'infirmière de liaison fait rapport quotidiennement au gériatre et l'équipe de liaison se réunit chaque semaine pour discuter des cas**
- **L'infirmière de liaison a un rôle actif au sein des différentes équipes de soins multidisciplinaires dans l'hôpital**
- **Le modèle décentralisé de la gériatrie de liaison est à préconiser**
- **L'équipe de liaison (4 ETP) sera composée par au moins 1 à 2 ETP infirmiers**
- **Une sensibilisation des professionnels non spécialisés en gériatrie à la culture gériatrique est indispensable.**

5 FINANCEMENT DE LA GERIATRIE AIGUË

5.1 DESCRIPTION DES APPROCHES INTERNATIONALES

5.1.1 Introduction

Afin de vérifier si les experiences étrangères en matière de financement de la gériatrie aiguë peuvent apporter des éléments intégrables dans notre pays, nous avons procédé à une comparaison internationale.

5.1.1.1 Méthodologie

La recherche d'information sur ce sujet s'est faite via une revue de la littérature, l'analyse d'un rapport de recherche Néo-Zélandais[174] sur les recommandations concernant l'efficacité de la prise en charge gériatrique, un questionnaire envoyé à de nombreux gériatres étrangers suivi d'un séminaire sur la question organisé à Genève.

La recherche de la littérature scientifique sur le financement de la gériatrique hospitalière aiguë sur EMBASE, MEDLINE, CINAHL, BNI n'a pas permis d'obtenir des informations sur le financement de la gériatrie aiguë. Un questionnaire a alors été élaboré et envoyé à des gériatres des différents pays occidentaux membres de la Société Européenne de Médecine Gériatrique (voir annexe). Peu de réponses nous sont parvenues et la plupart d'entre elles soulignaient qu'il n'y avait dans leur pays pas de système de financement spécifique pour la gériatrie hospitalière aiguë. C'est pourquoi, à l'initiative du Prof. J.P. Baeyens, un séminaire sur la question a été organisé à l'occasion du 3ème Congrès de la Société Européenne de Médecine Gériatrique (EUGMs). Un représentant de chaque membre de la Communauté européenne, de 3 pays de l'EFTA, de l'Australie et des Etats-Unis y ont été invités (voir annexe 2 : liste et expertise des invités). Le rapport de ce séminaire est repris en annexe (voir annexe).

Les principales informations issues de ce séminaire portent sur les critères favorables à une prise en charge efficace des patients gériatriques aigus, sur l'organisation des soins et les systèmes de financement apportés à ces patients dans les différents pays. La plupart des critères mis en évidence lors de ce séminaire se retrouvent dans les recommandations issues d'une étude réalisée en Nouvelle Zélande sur les évidences concernant l'efficacité dans les services gériatriques aigus, post-aigus et sub-aigus[174].

a. Critères favorables à une prise en charge efficace du patient gériatrique en phase aiguë

1. Importance de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité dans la prise en charge des patients gériatriques. «Les soins gériatriques requièrent un haut degré de collaboration multi et interdisciplinaire à cause de la multipathologie, de la dépendance et de l'impact des facteurs sociaux et de la poly-médication »[174]j «les soins gériatriques efficaces nécessaires sont ceux fournis par une équipe»[k174].

2. La prise en charge du patient doit être la plus globale possible avec une évaluation, un traitement et une gestion du cas qui doit recouvrir le plus possible au minimum l'épisode de soins et de manière plus globale la continuité des soins. «Le besoin d'une prise en charge globale qui couvre les différentes phases de soins que celles-ci soient intégrées ou séparées. Un continuum des soins est nécessaire. Seule une équipe multidisciplinaire peut rencontrer les besoins en termes de prévention et de dépistage. »[l174]

---

j Day, 2006, p iv[174]
k Day, 2006, p vi[174]
l Day, 2006, p v[174]

3. Tout doit être mis en œuvre dans la phase aiguë pour permettre le retour du patient à son domicile antérieur et éviter l'institutionnalisation des patients gériatriques. Ceci demande une coordination des soins et de la prise en charge des niveaux ambulatoires, hospitaliers, des centres de moyens et de longs séjours[117, 175].

   «Se concentrer sur la désinstitutionnalisation et les soins communautaires et informels et éviter les admissions en soins aigus et les institutionnalisations dans les structures résidentielles »[m 174].

4. La perte d'autonomie étant le risque principal lié à l'hospitalisation aiguë des patients gériatriques, il est très important que cette prise en charge spécifiquement gériatrique visant à maintenir le patient indépendant soit mise en place immédiatement et poursuivie tout au long du séjour [105,176 ,177,178,179 , 34].

5. Il est préférable d'assurer un cadre stable au patient pour éviter une perte de repères due aux problèmes de désorientation fréquents pour ce genre de patients[180].

Pour ce faire, il est souhaitable d'éviter l'hospitalisation, le transfert des patients gériatriques d'un service à l'autre au sein de l'hôpital ou son transfert vers un service d'un autre l'hôpital ou vers une autre institution [181].

6. Assurer un financement adéquat pour ce type de patients en fonction de ces critères pour favoriser une prise en charge efficiente des patients[182,167,5].

C'est à l'aune de ces critères qu'il est intéressant d'évaluer l'organisation et le financement de la prise en charge du patient gériatrique en phase aiguë dans les différents pays.

b. Organisation des soins aigus et de réadaptation aux patients gériatriques

La manière d'organiser les soins aigus et de réadaptation pour les patients gériatriques varie très fortement selon les pays. Les épisodes de soins pour les patients gériatriques incluent la plupart du temps des soins médicaux aigus et des soins de réadaptation. Certains patients sont ensuite institutionnalisés dans des institutions de longs séjours. Toutefois, la manière dont se répartissent les soins entre les unités aiguës, de moyens séjours et de longs séjours, est spécifique à chaque pays.

Dans certains pays, comme aux Etats-Unis, les patients gériatriques ne sont hospitalisés dans les unités aiguës à l'hôpital que quelques jours (2 à 4 jours) pour les soins médicaux et sont ensuite immédiatement envoyés dans des centres de réadaptation où la durée moyenne de séjour est de 30 à 40 jours (voir annexe texte outslanders).

A l'autre extrême, comme en Belgique et en Australie, des unités aiguës de gériatrie ont été créées dans les hôpitaux généraux. Dans ces unités, les patients reçoivent une prise en charge multidisciplinaire et des soins de réadaptation dans la phase aiguë et post aiguë.

L'objectif de ces unités est le retour du patient à domicile ou dans son lieu d'habitation antérieure. En Belgique, seul un très faible pourcentage de patients est envoyé dans des unités spécialisées de réadaptation (Sp, gériatrie subaiguë).

Une analyse réalisée sur 4 729 patients hospitalisés dans 17 services gériatriques en Belgique en 1996, a montré qu'en moyenne 39,86% des patients réintégraient leur domicile, seuls 6,48% étaient transférés dans un autre service de hôpital et 2,14% étaient transférés vers un autre hôpital[n1]

---

m Day, 2006, p v[174]

n Swartenbroeckx, 1997, pp 82 [1]

Une analyse réalisée sur 22 888 patients ayant séjourné dans les services gériatriques en 2003[3] ne permet pas d'identifier les transferts internes dans l'hôpital vers d'autres unités (SP, AKT) mais montre qu'en moyenne 52,9% des séjours retournaient à domicile ; seuls 2,2% des patients ayant séjourné dans un service gériatrique aigu ont passé plus de la moitié de leur séjour dans une unité AKT ou SP[3] au sein du même hôpital et seuls 2,6% des patients ont été transférés vers un autre hôpital[o3]

Entre ces deux types d'organisation de soins, la répartition de l'épisode de soins entre les trois types d'unités ou d'institutions est différente dans chaque pays. Le système de financement est lié au type d'organisation et vice-versa. Plus il existe un type de financement séparé des différentes phases de l'épisode de soins, plus la prise en charge globale efficace du patient est difficile à réaliser.

Dans certains pays, les soins aigus et de réadaptation sont donnés dans le même hôpital mais dans des services différents, dans d'autres ils sont donnés dans des institutions différentes et nécessitent le transfert du patient. En Suisse, les patients âgés et gériatriques sont envoyés dans des hôpitaux réservés aux patients âgés.

C'est pourquoi il est difficile de comparer le processus de soins et le financement dans différents pays. Soins aigus, de moyens et de longs séjours, n'y recouvrent pas le même type de prise en charge.

c. Financement de la gériatrie aiguë dans les pays occidentaux

La conclusion principale du séminaire a été qu'il n'y avait presqu'aucun pays où un financement spécifique des services gériatriques aigus était organisé au niveau national. Cela s'explique sans doute par le fait que peu de pays ont un système de services de gériatrie aiguë aussi développé qu'en Belgique. Dans de nombreux pays, un budget est alloué à l'hôpital et l'hôpital alloue les ressources en son sein en fonction de ses priorités. Les pays nordiques ont des services de gériatrie aiguë mais dont le financement est intégré dans le budget attribué à chaque hôpital et les critères de financement sont définis au sein de chacun de ces hôpitaux.

Le financement des services de gériatrie aiguë s'insère dans le cadre des réformes affectant le financement des hôpitaux. En effet, de plus en plus de pays financent leurs hôpitaux non plus sur base d'un budget global ou d'un financement à la journée et aux prestations réalisées mais en fonction de l'activité réalisée mesurée en fonction de pathologies des patients et de leur sévérité (DRG - Diagnosis Related Group, APRDRG – All Patients Refined Diagnosis Related Group (en Belgique), Groupes Homogènes de Maladies en France, Health Resource Groups en Angleterre, German DRGs en Allemagne, Australian DRGs en Australie,…).

C'est dans ce cadre qu'il est intéressant d'analyser de quelle manière la spécificité des patients gériatriques et leur prise en charge est ou n'est pas appréhendée dans les systèmes de mesure de l'activité mis en place dans les différents pays.

Dans le financement à l'activité, l'unité de financement est généralement le séjour hospitalier. La prise en charge des patients gériatriques entraîne souvent une prise en charge plus lourde au niveau infirmier et paramédical et une durée de séjour plus longue liée à leur problème de dépendance, de multi pathologie et aux problèmes liés à leur sortie. Cela a été mis en évidence dans une étude belge réalisée sur des données hospitalières de 1996[2].

° Closon,2006, pp192 [3]

Tableau 13: Standardisation de la durée de séjour compte tenu des APDRGs par rapport à la moyenne générale de l'ensemble des patients hospitalisés en Belgique

Catégories de séjour	Moyenne observée	Moyenne standardisée	Ecart en %
G > 75 ans	34,72	16,43	111,28
> 75 ans pas en G	11,87	11,53	2,97
Autres	6,35	7,49	-15,22
G fin	54,82	18,58	194,95

G > 75 ans : les patient de 75 ans et plus résidant en G (sans autre conditions)
> 75 ans pas en G : les patients de 75 ans et plus qui séjournent ailleurs qu'en G dans le reste de l'hôpital
G-fin : 75 ans et plus + plus de 10 jours en G + séjour hospitalier de 30% plus élevé que la norme des patients séjournants ailleurs qu'en G pour la même pathologie + min. deux systèmes atteints
Autres : patients qui ont moins de 75 ans, qu'ils aient séjourné dans un service G ou non.

Ce tableau montre clairement qu'à structure de pathologies données (APDRG), les patients ayant séjourné en services gériatriques mais ayant plus de 75 ans n'appartenant pas à la catégorie « G fin », ont une durée de séjour de 111% supérieure à la moyenne sur l'ensemble de l'échantillon et les patients appartenant à la catégorie « G fin » une durée de séjour de 194% supérieure à cette moyenne.

Les durées de séjour s'expliquent en partie par le fait qu'en Belgique, les services gériatriques aigus réalisent la phase aiguë et post aiguë (réadaptation) de l'épisode de soins. Ce type de prise en charge allonge la durée de séjour mais permet d'assurer une meilleure continuité dans la prise en charge.

Pour éviter la perte d'autonomie et l'institutionnalisation une prise en charge multidisciplinaire est recommandée»[p174]. Ces particularités des patients gériatriques et de leur prise en charge entraînent souvent un surcoût à pathologies égales.

Si on souhaite que l'hôpital réalise cette prise en charge, il est important de tenir compte de ce surcoût dans le financement pour éviter que les hôpitaux ne rejettent ce type de patients, ne leur fournissent pas la prise en charge adéquate ou les transfèrent trop tôt vers d'autres structures ou à domicile.

Comment ce surcoût et cette spécificité sont-ils pris en charge actuellement dans le financement des hôpitaux en Belgique et dans d'autres pays?

En France, la Mission opérationnelle sur la tarification à l'activité (créée par l'Arrêté du 20 novembre 2002) chargée d'accompagner la réforme du financement des hôpitaux en fonction de l'activité produite a réalisé une enquête dans différents pays (France, Autriche, Allemagne, …) sur la manière dont la prise en charge des personnes âgées était prise en compte dans le cadre d'un financement des hôpitaux en fonction du case mix[183]. Celle-ci a mis en évidence la manière dont différents pays ont tenté d'approcher cette question. Toutefois, il est important de souligner que la question posée dans cette enquête est la prise en charge des personnes âgées et non pas des personnes âgées gériatriques et ce quel que soit le service où elles sont traitées dans l'hôpital.

Nous reprenons ici les principaux résultats de cette enquête. Nous y avons ajouté les informations pour la Belgique.

Le rapport souligne que l'éventuel surcoût lié à la prise en charge des personnes âgées a été approché de plusieurs manières[183]

- En introduisant le critère de l'âge et/ou de la fragilité gériatrique dans la classification des patients et des pathologies.
- En accordant un financement complémentaire pour les patients gériatriques et/ou leur prise en charge.
- En finançant des réseaux ou filières de soins.

P Day, 2004 pp4. [174]

Le rapport passe en revue la manière dont les systèmes de classification et de financement prennent en compte la spécificité de la prise en charge des patients âgés ou gériatriques et les financements complémentaires octroyés en fonction du caractère gériatrique dans les pays ayant participé à l'enquête de la mission T2A.

CLASSIFICATION DES PATIENTS ET PRISE EN CHARGE GÉRIATRIQUE

La plupart des pays utilisent dans leur classification en fonction de l'activité, outre le diagnostic principal et l'intervention, le critère d'âge, de comorbidités, de complications ou de sévérité. Les groupes de pathologies sont ainsi parfois subdivisés en groupes de pathologies en fonction de l'âge : par exemple, « pneumonies pour les patients âgés de moins de 70 ans » et « pneumonies pour les patients âgés de 70 ans ou plus ».

Le critère d'âge

Dans de nombreux pays, certains groupes de pathologies sont scindés en fonction de l'âge. Toutefois, l'âge en fonction duquel le groupe est scindé n'est pas toujours identique et les groupes de pathologies qui sont scindés ne sont pas toujours les mêmes.

- « En France : le critère d'âge est le plus souvent 69 ou 70 ans, 5 groupes couvrant environ 10% des séjours des patients âgés ont une limite d'âge au-delà de 80 ans et il existe des limites d'âge propre à certains Groupes Homogènes de Maladies (36 ans pour le diabète par exemple).
- En Allemagne : 29 DRGs scindés, dont 16 selon un critère d'âge (55 ans et plus / moins de 55 ans) et 13 selon la classification allemande officielle des actes médicaux (traitement complexe de la réhabilitation précoce gériatrique par exemple).
- En Autriche : 70 groupes scindés (sur un total de 883) à 70 ans. Un paiement journalier pour les soins gériatriques, palliatifs et de suivi neurologique est octroyé.
- Aux Etats-Unis : subdivision de certains APRDRGs à 69 ou 70 ans.
- Au Royaume-Uni : 75 Health Resources Groups ont été divisés sur le seul critère de l'âge du patient (sur un total de 587) à 69 ans. »[183].
- En Belgique : subdivision des APRDRGs sur le critère d'âge de 75 ans et le caractère « gériatrique du séjour ».

Comorbidités

La plupart des pays étudiés utilisent des classifications qui subdivisent le groupe de pathologies en un, deux, trois ou quatre groupes de sévérité en fonction du nombre et de la gravité des complications et comorbidités associées.

Les pays étudiés combinent de façon différenciée les divers modes d'adaptation de leurs classifications à la problématique des personnes âgées. Certains utilisent seulement le critère d'âge, d'autres seulement le critère de comorbidité, d'autres les deux, d'autres croisent les deux (comme en Belgique).

EVALUATION DES CRITERES DE CLASSIFICATION UTILISES POUR APPREHENDER LE SURCOUT LIE A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS GERIATRIQUES

La plupart des indicateurs utilisés pour approcher le caractère gériatrique du séjour ne sont généralement pas suffisamment spécifiques[2]. La plupart des classifications utilisent le critère d'âge mais celui-ci ne permet généralement pas de différencier les patients âgés non gériatriques des patients gériatriques.

En effet, dans la plupart des classifications le critère d'âge est de 70 ans ou même moins élevé (55 ans en Allemagne). La limite d'âge à partir de laquelle la probabilité d'avoir un profil gériatrique est élevée a longtemps été fixée à 75 ans et tourne actuellement plus autour des 80 ans. Seule la France définit 5 groupes au-delà de 80 ans couvrant environ 10% des séjours des patients âgés.

Il était dès lors important d'évaluer dans quelle mesure l'âge pouvait être un proxi satisfaisant pour prédire le nombre de patients gériatriques hospitalisés dans un hôpital.

Méthodologie

Une lettre a été envoyée à 11 experts gériatres (en annexe) travaillant dans 11 hôpitaux leur demandant de faire un jour déterminé le tour de tous les services de l'hôpital (excepté pédiatrie et maternité) et de réaliser avec l'infirmière en chef, pour les patients âgés de 70-74 ans, 75-79 ans, 80-84 ans et 85 ans et plus, un screening rapide permettant d'évaluer les patients qui avaient un profil gériatrique et de calculer pour l'ensemble de l'hôpital le pourcentage de patients à profil gériatrique par catégorie d'âge.

L'échantillon regroupait 6 hôpitaux de Flandre, 3 de Bruxelles et 2 de Wallonie.

Cette enquête a été réalisée en 2006 au cours de cette recherche par les gériatres suivants:

Baeyens J. P.	AZ Damiaan Oostende
Praet J. Ph.	St Pieters Brussel
Van Hoeyweghen R.	St Jan Brugge
Kennes B.	Vesale Montigny-le-Tilleul
Lambert G.	VUB Brussel
Pepersack Th.	Erasme Anderlecht
Pieters R.	St Blasius Dendermonde
Swine C.	Mont-Godinne UCL
De Smet J.	Klina Antwerpen
De Meyere	Yperman Leper
Miguel J.	M. Middelares St Niklaas

Résultats

Le tableau suivant reprend les résultats de cette étude pour chacun des hôpitaux

Tableau 14 : Proportion de patients avec profil gériatrique selon les catégories d'âge dans différents hôpitaux

Hôpitaux	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	≥ 85 ans
1	0,42	0,78	0,83	1,00
2	0,46	0,55	0,73	0,84
3	0,38	0,63	0,76	0,92
4	0,70	0,82	0,92	0,94
5	0,32	0,59	0,76	0,87
6	0,16	0,46	0,66	0,68
7	0,66	0,75	0,92	0,83
8	0,43	0,46	0,83	0,83
9	0,36	0,37	0,71	0,85
10	0,53	0,74	0,65	0,94
11	0,59	0,75	0,85	0,91
Moyenne	0,45	0,63	0,78	0,87
Médiane	0,43	0,63	0,76	0,87

Comment lire ce tableau : Pour la première ligne (hôpital 1), par exemple 42 % des patients âgés de 70 à 74 ans et, par exemple, 83 % des patients âgés de 80 à 84 ans étaient considérés comme présentant un profil gériatrique. Il s'agissait d'une appréciation ponctuelle des gériatres de l'hôpital considéré. Les lignes correspondant aux autres hôpitaux se lisent de la même manière.

Le tableau ci-dessus montre que le pourcentage de patients gériatriques par tranche d'âge (70-74, 75-79, 80-84, >=85) est très variable selon les hôpitaux et l'écart autour de la moyenne et la médiane important.

Ce tableau montre que si le pourcentage de patients gériatriques pour la catégorie d'âge 75-79 ans est de 63%, ce pourcentage peut varier de 37 à 78 % selon les hôpitaux. L'âge n'est donc pas un critère suffisamment discriminant pour évaluer le nombre de patients gériatriques.

L'enquête menée au cours de cette étude dans les hôpitaux belges a montré qu'il n'était pas possible d'évaluer le pourcentage de patients gériatriques dans l'hôpital sur base du seul critère d'âge des patients hospitalisés

Les patients gériatriques ont souvent une multipathologie mais les comorbidités dont ils souffrent ne sont pas toujours reprises comme comorbidités significatives pour permettre d'être classées dans un groupe avec complications ou comorbidités (problème urinaire, grabataire, désorientation…)[q2]. Par ailleurs, une même comorbidité reconnue comme significative n'a pas le même impact sur la durée de séjour ou les coûts pour un patient jeune, un patient âgé, un patient âgé et gériatrique.

Le profil gériatrique se définit essentiellement par l'évaluation de la dépendance et la prise en charge gériatrique par une approche multidisciplinaire d'évaluation et de traitement et réadaptation. Or, l'évaluation de la dépendance et de sa prise en charge n'est reprise dans aucune des classifications utilisées dans les pays repris dans l'enquête menée par la Mission T2A[183]. A notre connaissance, aucun pays n'utilise en routine un outil de screening du profil gériatrique des patients. Seule l'Allemagne accorde des financements supplémentaires en fonction des activités spécifiquement gériatriques.

Des études[1-3] menées en Belgique dans les services gériatriques ont montré que seule une prise en compte combinée de la dépendance, de la multipathologie, du type de prise en charge et de la complexité sociale permettait d'expliquer l'allongement de la durée occasionné par la prise en charge des patients gériatriques.

Il y a donc un risque qu'une sélection de patients (patients âgés non gériatriques versus patients âgés gériatriques) ou qu'une prise en charge inadéquate des patients gériatriques ne résultent des classifications utilisées. Les hôpitaux auront intérêt à faire passer le plus rapidement possible leur patient gériatrique vers des unités ou institutions de réhabilitation non reprises dans le financement forfaitaire.

FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE OCTROYÉ EN FONCTION DU CARACTÈRE GÉRIATRIQUE

« Divers financements supplémentaires sont octroyés pour la prise en charge des personnes âgées dans certains pays :

- Financement plus important dans les groupes de pathologies avec complications et comorbidités pour les patients plus âgés où se retrouvent souvent les personnes gériatriques (dans tous les pays).
- Financement supplémentaire pour les très longs séjours et les outliers en termes de durée de séjour (souvent financement partiel à la journée) dont une partie sont les personnes âgées.
- Tarifs spécifiques ou suppléments par rapport aux tarifs prévus dans certains pays

Tarifs :

- Autriche : paiement supplémentaire par journée pour les soins gériatriques, palliatifs et de suivi neurologique.
- Suède : paiement additionnel pour la réhabilitation (avec deux niveaux de tarifs), l'exploration de démence (avec trois niveaux de tarifs).
- France : soins palliatifs (tarif majoré). »[183]

---

q Swartenbroeckx, 1998, pp 98[2]

- Belgique : nombre de journées financées spécifique pour les patients hospitalisés en gériatrie au moins 10 jours, de sévérité >= à 2 et ayant une durée de séjour 30% plus élevée que les patients de 75 ans pour le même groupe de pathologies.

Index de complexité appliqué à l'ensemble de l'échelle de tarifs de l'établissement

Des mécanismes à caractère plus forfaitaire, plus global sont également utilisés par certains pays pour compenser les surcoûts liés à des facteurs non repris dans les classifications notamment pour certains d'entre eux la proportion de patients très âgés).

Ces index sont généralement une combinaison de facteurs pouvant avoir un impact sur les coûts et non repris dans les classifications (ex. : proportion de patients âgés, degré de spécialisation, caractère universitaire, proportion de patients socialement défavorisés,…).

Dotation forfaitaire

Les dotations forfaitaires sont la part du financement qui n'est pas octroyé sur base de l'activité (DRG, GHM…). Ces dotations forfaitaires peuvent compenser certains coûts non correctement appréhendés par le système de classification.

- France : Le budget des hôpitaux en France est composé de deux parties : la première financée sur base de l'activité (GHM) et la seconde sur base de missions d'intérêt général (services d'urgence, recherche, facteurs sociaux…) en fonction des missions particulières que l'hôpital remplit. Ce budget des missions d'Intérêt Général finance, dans certains hôpitaux, des équipes mobiles de gériatrie, des équipes pluridisciplinaires de soins gériatriques aigus.
- Suède : 60% du financement des hôpitaux est fixé à la commission et par tête pour les habitants de plus de 65 ans (poids relatif de w=1,0 pour les patients âgés de 65 à 74 ans, w=4,0 pour les patients âgés de 75 à 84 ans et w=9,0 à partir de 85 ans), contre 36% fondés sur un paiement par cas (tarifs DRG).
- Belgique : financement d'un programme de soins gériatriques qui recouvrent une fonction de liaison pour les patients à profil gériatrique non hospitalisés dans les services gériatriques, une mission de coordination avec le secteur ambulatoire et un service d'hospitalisation de jour gériatrique.

Evaluation des compléments de financement accordés pour la prise en charge de patients gériatriques

L'évaluation tant du profil gériatrique que du type de prise en charge n'étant généralement pas réalisée, les compensations financières accordées pour la prise en charge des patients gériatriques ne peuvent être que très imparfaites.

Le financement de manière forfaitaire de « missions gériatriques » financées en fonction d'objectifs et de tâches précises est une approche intéressante.

Toutefois, celles-ci nécessiteront également à terme des indicateurs d'évaluation du profil gériatrique des patients pris en charge et de leur type de prise en charge.

RESEAUX ET FILIERES DE SOINS

L'articulation entre les divers niveaux de soins n'est que rarement envisagée par les systèmes de classification qui se concentrent généralement sur les soins aigus.

Tout le problème réside dans la définition de la part de réhabilitation qui doit être réalisée en gériatrie aiguë, de son financement, du contrôle possible sur sa réalisation et sur le risque de voir les hôpitaux se décharger le plus rapidement possible des soins de réhabilitation sur des services en aval.

Royaume-Uni :

La nouvelle version de la classification HRG (version 4) est supposée raffiner le HRG de réhabilitation (S23) en créant des HRG de réhabilitation plus spécialisés.

Pour le moment, la prise en charge de la phase non aiguë de la réhabilitation ou les admissions ayant pour seul objet la réhabilitation, sont en dehors du champ du système de la tarification à l'activité.

Suède :

Il n'y a pas de lien entre les soins aigus d'hospitalisation complète et le secteur de la réhabilitation dans le système de classification NordDRG. Il existe cependant un groupe de travail nordique chargé de mettre au point des propositions de classification pour la réhabilitation en 2007.

Quelques mécanismes de financement encouragent la coordination entre les divers niveaux de soins, mais demeurent l'exception.

Allemagne :

Les soins gériatriques sont soumis à une réglementation différente d'un Land à l'autre, étant parfois considérés comme part du secteur d'hospitalisation complète en soins aigus (et par conséquent soumis au nouveau système de tarification à l'activité), parfois comme part du secteur de la réhabilitation (dans lequel les fonds d'assurance santé et les autorités publiques négocient un niveau de financement sans facturation de DRG).

Italie :

Choix de rémunérer les soins de longue durée fournis par les hôpitaux à un tarif journalier soumis à forte réduction (-40%) lorsque la durée de séjour dépasse 60 jours.

Espagne :

Seule la Catalogne en Espagne semble disposer d'un système plus élaboré en matière de financement intégré de la filière de soins aux personnes âgées.

Dans certains établissements de soins aigus ou psychiatriques, il existe jusqu'à trois services complémentaires qui reçoivent chacun un type de financement propre :

- UFISS (Unités Fonctionnelles Socio-sanitaires Interdisciplinaires), qui se spécialisent dans les consultations inter-hospitalières en soins gériatriques et palliatifs, maladies respiratoires chroniques et/ou détérioration cognitive.
- PADES (Programmes de Soins à Domicile – Equipes Support), qui fournissent une assistance continue en relation avec les réseaux de soins primaires et les services sociaux.
- ETODA (Equipes de Thérapie d'Observation Ambulatoire Directe), qui sont en charge des cas de tuberculose devant être supervisés directement. »

La coordination des différents réseaux devrait se trouver améliorée via le nouveau système de paiement par capitation en cours d'introduction en Catalogne.

Evaluation de la prise en compte des réseaux et des filières de soins

Pour éviter qu'un financement indépendant des parties aiguës, sub aiguës, de long terme et à domicile ne provoque le transfert du patient d'un endroit à l'autre lié à des incitants financiers, il semble que seul un financement plus intégré de la prise en charge des personnes gériatriques permettent une coordination plus optimale[r174].

r Day, 2004, pp. V174

C'est la voie qui est suivie par certains programmes privés ou publics aux Etats-Unis (annexe) et qui est en train de se développer dans certaines régions d'Espagne comme la Catalogne par exemple.

5.1.2 Description plus détaillée des systèmes de financement de l'Allemagne, des Pays-Bas, des Etats-Unis et de la Belgique

Dans cette section, nous allons décrire de manière plus détaillée le financement de la gériatrie aiguë dans quatre pays pour différentes raisons :

- USA : non prise en compte de la gériatrie aiguë dans les hôpitaux généraux.
- Allemagne : amélioration progressive de la classification des groupes de pathologies en collaboration avec les gériatres pour prendre en compte les activités spécifiquement gériatriques et la qualité des soins gériatriques.
- Pays-Bas : financement des hôpitaux permettant de prendre en compte l'épisode de soins.
- Belgique : objet de notre étude.

5.1.2.1 Allemagne

Au séminaire organisé à Genève sur le financement des services gériatriques aigus (voir annexe), les gériatres allemands ont expliqué que les départements gériatriques hospitaliers étaient bien financés étant donné qu'ils pouvaient démontrer leur performance au niveau de la qualité.

Afin d'avoir une idée objective sur le système allemand, M.C. Closon et J.P. Baeyens ont rencontré à Berlin le 13 février 2007 le Prof. S Steinhagen-Thiessen, gériatre au Ev. Geriatriezentrum. Cette personne a été recommandée par le German Official Health Authorities. Des documents ont été envoyés par le Prof. Dr. D. Lüttje de Osnabrück, Président du "Gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.". Nous allons en faire ci-dessous une synthèse.

Depuis 2005, le financement des hôpitaux en fonction des pathologies basé sur le système allemand des DRGs a été instauré en Allemagne. Les gériatres allemands qui participaient au programme de garantie de la qualité ont estimé que ce système ne prenait pas en compte les spécificités des patients gériatriques et les processus de soins dans les départements gériatriques. Les autorités nationales ont alors demandé aux gériatres de fournir les données leur permettant d'adapter le système. Il y a actuellement une amélioration progressive du système allemand des DRGs selon les informations transmises par des gériatres allemands.

DÉFINITION DU "PATIENT GÉRIATRIQUE" EN ALLEMAGNE

Deux définitions coexistent :

Ou: multipathologies typiques en gériatrie ET patient âgé de plus de 70 ans.

Ou : patient âgé de plus de 80 ans avec un état de faiblesse comme par exemple : complications multiples, risque de devenir chronique, haut risque de perte d'autonomie.

OUTIL POUR GARANTIR LA QUALITÉ : GEMIDAS

Au début des années '90, l'Association Allemande Fédérale des Départements gériatriques cliniques (FA) a créé un groupe de travail pour améliorer la gestion de qualité en gériatrie par le développement de critères de standards de qualité.

En 1996, le groupe de travail FA a établi un consensus sur la définition du GEMIDAS (Résumé gériatrique Minimum) qui comportait des informations sur l'âge, le sexe, le mode de vie du patient et les caractéristiques de base autour du séjour hospitalier comme : d'où vient le patient avant son admission et où va-t-il à la sortie, les diagnostics principal et secondaires, les nouvelles aides techniques, l'état fonctionnel objectif à

l'admission et à la sortie (par exemple Index Barthel, Timed Up and Go), ainsi que l'intensité des soins et l'évaluation subjective de l'efficacité des traitements.

Cet outil existait avant l'introduction des DRGs dans le financement.

GEMIDAS est un instrument d'évaluation de la qualité en gériatrie, qui permet de stocker ces données dans une banque de données centrale qui peut être utilisée pour des analyses inter et intra-hospitalières.

GEMIDAS est un logiciel facile à utiliser. Les données de base de chaque patient sont enregistrées : diagnostics, interventions, Index Barthel, conscience, etc.

Chaque hôpital reçoit ses résultats par rapport à ceux des autres hôpitaux (benchmarking). C'est également un outil pour montrer aux Autorités allemandes de la Santé ce que la prise en charge gériatrique réalise. Il permet également une vision de l'évolution dans le temps. La durée de séjour diminue, l'écart entre l'index Barthel à l'admission et à la sortie s'améliore chaque année.

En Allemagne 72 hôpitaux sont impliqués activement dans ce projet GEMIDAS (surtout Nordrhein-Wetsfalen, Niedersachsen, Berlin, Baden-Württemberg, Hessen, Bayern et Hamburg).

FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Le Système allemand sur base des DRGs a été introduit en 2005. Le code ICD-10 et le système DRG australien furent combinés pour créer un système G-DRG allemand. Il y a 14 DRGs gériatriques (voir annexe 3).

L'approche gériatrique est constituée par la combinaison de réadaptation et d'interventions aiguës et de leurs durées. Les activités spécifiquement gériatriques ont été définies avec précision.

Le code « 8.550 » « réadaptation précoce » inclut :

- Réadaptation sous surveillance de spécialistes.
  - Dans les 3 premiers jours, évaluation de 5 champs d'application : mobilité, autonomie, conscience et situation sociale. Evaluation et enregistrement hebdomadaires du programme de soins avec l'équipe.
  - Soins infirmiers avec du personnel infirmier spécialisé.
  - Mise en place de deux des groupes thérapeutiques suivants : physiothérapie, thérapie occupationnelle, logopédie, neuropsychologie, thérapie physique).
  - Diagnostic médical et traitement continus ou intermittents (doivent être codés séparément).

Il y a une différenciation en fonction de la durée de réadaptation :

- -8.550.0 : thérapie à court terme: de 7 à 13 jours
- -8.550.1 : thérapie à moyen terme: de 14 à 20 jours
- -8.550.2 : thérapie à long terme : > 20 jours

Autres activités que la "réadaptation précoce"

1.77 : Evaluation fonctionnelle gériatrique

1.770 : Screening gériatrique multidisciplinaire et évaluation minimale

Incl. évaluation gériatrique standard avec 3 aspects: mobilité, autonomie, fonction cognitive (échelles standardisées)

1.771 : Evaluation gériatrique standard de base GBA (excl. Réadaptation précoce) avec minimum 5 aspects : mobilité, autonomie, conscience et situation sociale (échelles standardisées)

D'autres actes techniques peuvent être ajoutés à ces activités comme :

1.901 : Diagnostic (neuro)psychologique ou psychiatrique (simple >60 minutes ou complexe >180 minutes)

1.902 : Tests de diagnostic psychologique (simple 60 minutes, complexe 180 minutes)

8.390 : Thérapies spéciales au chevet du patient par ex. patients tétraplégiques ou hémiplégiques (1 fois par admission) :

8.390.0 : Traitements dans les lits spéciaux "antipression"

8.390.1 : Thérapie avec techniques spéciales comme par ex. technique Bobath, plusieurs fois par jour.

8.561 : Physiothérapie fonctionnelle

8.561.0 : Mobilisation précoce

8.561.1 : Stimulation sensorymotrice

9.401: Interventions psychosociales

9.401.0 : Consultations sociales et légales (>120 minutes).

Etc.

Des financements supplémentaires spécifiques à l'acte ou à une combinaison de prestations ont été ajoutés pour les interventions gériatriques complémentairement aux DRGs. Ces interventions gériatriques sont décrites très précisément pour éviter une surproduction de ces interventions.

Quand l'enregistrement GEMIDAS montre que certains éléments se sont améliorés, par exemple quand l'index Barthel est supérieur à la sortie par rapport à l'admission, un supplément en points dans le financement est donné.

Le système DRG allemand et le système de mesure de la qualité GEMIDAS sont en ce sens intégrés.

Conclusion

Pour pallier les faiblesses du sytème DRGs et prendre en compte les spécificités des patients et services gériatriques, deux orientations ont été choisies en Allemagne :

- financement complémentaire aux DRGs, payé à la prestation ou à un ensemble de prestations spécifiquement gériatriques définies de manière précise en termes de contenu et de temps de prise en charge
- valorisation de la qualité et des résultats des soins par un financement complémentaire octroyé s'il y a amélioration dans les problèmes de dépendance des patients.

5.1.2.2 Pays-Bas

Avant l'introduction du nouveau système de financement des hôpitaux, la gériatrie, en Hollande, était très bien financée : l'hôpital recevait pour le financement d'un gériatre 1,5 fois le financement qu'il recevait pour un autre interniste. Ce système avait été instauré pour inciter à développer la gériatrie dans les hôpitaux généraux.

Au 1er janvier 2005, le système DBC a été progressivement implémenté aux Pays-Bas. DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) signifie « combinaison du diagnostic et de la thérapie ».

C'est la réponse en termes de diagnostic et de traitement face à la demande de soins d'un patient. C'est la description des services fournis par l'hôpital à cette demande. A ces services fournis correspond une somme d'argent, déterminée par les autorités : une somme fixe ou maximum ou déterminée par le marché.

Tableau 15 : Différence entre DRGs et DBCs

Diagnoses Related Groups	Diagnose Behandeling Combinatie
Point de départ : collecte de données à la sortie, avec diagnostic à la sortie (ICD-9-CM) et thérapie.	Point de départ : soins requis par le patient.
Seulement pour la période d'admission à l'hôpital. Un seul DRG est enregistré par séjour.	Tout le cheminement du patient est enregistré, ou une partie seulement dans les cas de soins à long terme. Il est possible d'enregistrer plusieurs DBCs pour un même séjour.
Enregistrement du code de diagnostic après la sortie de l'hôpital par un administrateur médical, basé sur les dossiers médicaux et la lettre de sortie.	L'enregistrement des diagnostics et traitements est fait par un spécialiste médical tout au long du séjour. A la sortie le DBC est définitivement défini.
Développé par quelques recherches, avec un grand nombre d'équipes cliniques.	Développé avec une implication maximale des travailleurs du terrain. Toujours en développement. Il est possible de décrire les soins en dehors de l'hôpital. Le résultat des soins peut être décrit indépendamment de toute institution. Via un « numéro » tout le trajet du patient peut être décrit (par ex. pour les patients diabétiques).
Prix du DRG généralement indépendant des honoraires du spécialiste.	Le prix par DBC inclut les coûts hospitaliers et les spécialistes (85-15%).
But : avoir un paiement « standardisé » des soins cliniques.	But : financement des soins selon la demande de soins par le patient, afin de rendre possible la discussion de contrats de soins entre « soigneurs » et assureurs. Rendre également possible l'introduction des innovations en matière de soins de santé

Ce système a été instauré pour tous les hôpitaux généraux et universitaires, tous les hôpitaux spécialisés et tous les centres de soins autonomes. Egalement pour tous les spécialistes médicaux travaillant dans ces institutions qu'ils soient employés ou indépendants.

Au 1er janvier 2003 une première expérience a été tentée avec seulement 100 DBC (17 interventions).

Depuis le 1er janvier 2005, 90% du budget des soins hospitaliers (partie A) sont déterminés par un montant fixe pour chaque DBC (paiement des spécialistes inclus avec une somme forfaitaire de 15%). Le paiement en pratique cependant se fait toujours de façon habituelle (lits, services, etc). Les autres 10% (partie B) sont discutés librement entre les hôpitaux et les organismes assureurs.

En février 2006 des améliorations majeures ont été introduites. Toutefois, il est très difficile de contrôler les déclarations faites par les hôpitaux.

Il est prévu d'augmenter la partie B négociée entre les hôpitaux et les assureurs jusqu'à 65% dans le futur.

Actuellement le responsable des développements du DBC aux Pays-Bas nous a dit qu'il n'a pas encore été possible de développer des DBC spécifiques pour les patients gériatriques et les procédures de soins. Dans le futur, le financement du DBC gériatrique sera en principe seulement utilisé dans les départements gériatriques.

Dans les autres départements, il serait possible d'obtenir un financement supplémentaire si le patient a plus de 2 diagnostics somatiques et des problèmes psycho-psychiatriques.

CONCLUSION

Ce système DBC est peut-être une méthode prometteuse pour le financement des soins en général et spécialement pour les situations complexes de soins comme par exemple les soins gériatriques qui nécessitent une prise en charge globale du patient et une coordination entre les phases aiguës, post aiguës, sub aiguës et ambulatoires.

Un problème reste jusqu'à aujourd'hui sans solution : il n'y a pas de contrôle possible sur les déclarations et des fraudes sont manifestement possibles.

5.1.2.3 USA

CONTEXTE

Le financement des soins de santé aux USA est supervisé par le Center for Medicare and Medicaid Services (CMS; www.cms.gov).

Beaucoup de soins pour les personnes âgées sont financés par Medicare, un programme d'assurance fédérale pour les personnes âgées de plus de 64 ans.

Les informations reprises ci-dessous sont extraites de la note rédigée par Outslander pour le séminiare de Genève (en annexe).

HÔPITAUX DE SOINS AIGUS

La moyenne de la durée de séjour pour les personnes âgées dans les hôpitaux de soins aigus aux USA est variable mais est en moyenne comprise entre 4 et 6 jours.

Les hôpitaux de soins aigus sont financés par Medicare Partie A pour toutes les personnes âgées bénéficiaires de Medicare.

Il n'y a pas de services de gériatrie aiguë dans les hôpitaux généraux aux USA. La spécificité des patients gériatriques et le surcoût souvent induit par leur prise en charge n'étant pas pris en compte, les hôpitaux transfèrent le plus rapidement possible (après 2 à 4 jours) les patients âgés et gériatriques vers les centres de soins infirmiers spécialisés.

- "Tous les hôpitaux de soins aigus, y compris les soins médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, de réadaptation, et les soins aigus à long terme, sont maintenant remboursés par un système de paiement prospectif par lequel l'hôpital reçoit un montant fixe par jour ou un montant fixe par séjour hospitalier.
- Pour les unités de soins médicaux et chirurgicaux, le paiement est déterminé par APDRG. Il y a plus de 400 APDRGs, et plusieurs d'entre eux requièrent des paiements additionnels pour complications. Medicare est à présent proposé pour limiter les paiements additionnels pour certaines complications.
- 75% des patients admis en unités de réadaptation dans les hôpitaux aigus sont concentrés dans dix groupes de pathologies (par ex. fracture de la hanche, attaque).
- Les unités de soins aigus à long terme sont accessibles dans quelques Etats. La moyenne de la durée de séjour dans ces unités peut être d'au moins 25 jours, mais le paiement total pour ces séjours est plafonné. Les patients dans ces unités sont généralement maintenus sous respirateurs, ou présentent des blessures complexes ou souffrent d'ostéomyélites."

SOINS INFIRMIERS SPECIALISES DE RÉADAPTATION APRÈS LA PHASE AIGUË À L'HÔPITAL AIGU

- « Les personnes âgées qui sont bénéficiaires de Medicare Partie A ont droit au remboursement pour un séjour dans un service de soins infirmiers spécialisé (SNF) après une hospitalisation aiguë d'au moins 3 jours.
- Pour y avoir droit, le patient doit avoir besoin d'une surveillance infirmière 24 heures sur 24, de visites fréquentes du médecin, et/ou de techniques de réadaptation.

- Tous les soins pendant un séjour SNF (y compris les médicaments) sont couverts par Medicare Partie A à l'exception des honoraires médicaux (qui sont couverts par Medicare Partie B, les assurances privées, les suppléments, ou Medicaid). Le séjour SNF est remboursé selon un tarif journalier sur base des RUGs calculés à partir du MDS (Minimum Data Set) : résumé de données obtenu à partir du RAI.
- Le remboursement par Medicare Partie A d'un séjour SNF est limité à la durée durant laquelle le patient a droit aux soins spécialisés. Une fois qu'il est constaté que le patient n'a plus besoin de ces soins spécialisés ou/et que sa réadaptation ne progresse plus (le paiement des soins est converti en paiement privé ou en Medicaid), le patient doit quitter le service ou payer lui-même les soins.
- La moyenne de la durée de séjour en soins spécialisés infirmiers Medicare se situe entre 30 et 40 jours, mais Medicare peut être amené à payer jusqu'à maximum 100 jours par maladie. »

EVALUATION

Pour avoir droit à des soins de réadaptation, les patients sont obligés d'avoir séjourné au moins trois jours dans un hôpital général. Pour remplir cette condition, des hospitalisations non nécessaires sont parfois « organisées ».

Le système américain scinde de manière drastique la phase aiguë où il n'y a pas de prise en charge multidisciplinaire et la phase de réadaptation où le suivi médical est relativement faible. Toutefois vu les difficultés rencontrées par ce type de prise en charge, des modèles innovants sont en train de se développer pour une meilleure intégration des soins via un financement plus global.

MODELES INNOVANTS

- « Le programme PACE pour les personnes âgées couvrant tous les soins (Program for All Inclusive Care of the Elderly) combine les aides de Medicare et de Medicaid afin de garder les personnes âgées fragilisées en dehors des maisons de soins et des hôpitaux (http:l/www.npaonline.org).
- Medicare a créé 9 sites (Medicare Health Support Programs) pour proposer des types de prise en charge pour maladies chroniques des personnes âgées avec Cardiac Heart Failure, diabètes et COPD (http://www.cms.hhs.gov/CCIP).
- Evercare est un programme de soins organisé pour les résidents à long terme dans les maisons de soins, conçu afin de minimiser le recours aux hôpitaux aigus et autres soins onéreux (https://evercarehealthplans.com).
- Plusieurs états ont des projets de prise en charge conçus pour garder les personnes âgées fragilisées en dehors des maisons de soins et des hôpitaux. Un exemple est le programme de Géorgie appelé « SOURCE » (Service Options Using Resources in Community Environments) (http://www.legacylink.org/source.htm). »

Conclusion

Le sytème d'assurance publique Medicare pour les personnes âgées aux USA ne finance pas une prise en charge gériatrique dans les hôpitaux aigus. Les prises en charge médicale et de réadaptation sont scindées et peu coordonnées. Toutefois vu la multiplicité des assurances privées et leur concurrence, c'est sans doute aux Etats-Unis qu'émergent les modèles de prise en charge les plus globaux en termes de financement visant à assurer la prise en charge du patient à l'endroit le plus efficient par une coordination maximale des soins et des incitants financiers à des politiques visant à maintenir les patients âgés à domicile.

5.1.2.4 Belgique

Les services de gériatrie aiguë en Belgique couvrent à la fois les soins médicaux aigus et les soins de réadaptation. Ceux-ci sont fournis au patient dès le début de l'hospitalisation. La conception et le fonctionnement recommandés dans les services de gériatrie aiguë en Belgique répondent aux recommandations pour une prise en charge efficace du patient gériatrique à savoir : prise en charge globale et interdisciplinaire dès le début de l'hospitalisation.

Les normes de personnel infirmier et paramédical (kinésithérapeute, logopéde, psychologue, …) sont les mêmes dans tous les départements gériatriques aigus pour 24 lits justifés. Il n'y a pas d'adaptation orientée vers les besoins spécifiques des patients et selon l'intensité des soins et du traitement.

En 1994, le financement selon les APDRGs a été introduit pour le financement de la durée de séjour. Les hôpitaux sont financés en fonction du nombre de journées justifiées selon les pathologies, la sévérité et l'âge (plus ou moins 75 ans). De nombreuses recherches réalisées en Belgique ont montré que ce sytème de paiement n'était pas adapté à la situation des patients avec un profil gériatrique fragilisé et ne prenait pas en compte la spécificité des processus de soins multidisciplinaires dans les unités gériatriques aiguës. Ces recherches ont alors tenté de trouver un autre système mieux adapté[1-3].

L'année suivante un facteur de correction en gériatrie a été introduit (GFIN). Les conditions pour être un patient gériatrique étaient : plus de 10 jours dans un département gériatrique, au moins deux systèmes atteints, la durée de séjour 30% plus élevée que la moyenne des durées de séjours des patients âgés de plus de 75 ans pour un même groupe de sévérité/pathologies.

Une collecte des données gériatriques minimum pour chaque séjour a été réalisée dans un échantillon d'unités gériatriques aiguës en plus du Résumé Clinique Minimum[2]. Cette recherche a montré que la durée de séjour pour les patients gériatriques qui n'étaient pas reconnus comme GFIN était plus élevée que pour les patients âgés de plus de 75 ans et que certaines spécificités des patients gériatriques (nombre de systèmes atteints, fragilité, dépendance, facteurs sociaux, réadaptation…) ont un impact significatif sur la durée de séjour. Les départements gériatriques étaient donc pénalisés[s 2]. Cette étude a également montré que les diagnostics spécifiques pour la fragilité gériatrique (incontinence, déshydratation…) n'étaient pas encodés de manière exhaustive dans le résumé clinique minimum parce qu'il n'avait souvent pas d'impact sur le niveau de sévérité du DRG.

LE PAIEMENT DE L'ACTIVITE HOSPITALIÈRE DES DÉPARTEMENTS GÉRIATRIQUES

Les gériatres

Le gériatre est payé par honoraires. Jusqu'en 2006, les gériatres ne pratiquaient pas d'acte technique qui pouvait être remboursé par la sécurité sociale à l'inverse des autres spécialistes (ex. endoscopie, échocardiographie, tests de la fonction pulmonaire, etc).

Le seul remboursement était le montant perçu par jour pour la supervision du patient gériatrique, plus élevé du 1er au 5ème jour, plus bas du 6ème au 12ème jour et très bas ensuite.

Etant donné que la moyenne de séjour des patients gériatriques dans le département de gériatrie est de 21 jours, il est clair que les montants des honoraires de surveillance par journée étaient en moyenne faibles. D'autre part, de nombreux patients gériatriques étaient d'abord admis dans d'autres services et ensuite transférés en gériatrie à un moment où les honoraires de surveillance sont plus faibles.

C'est pourquoi, des changements ont été jugés nécessaires par les autorités et ont été apportés en 2006.

---

s Swartenbroeckx, 1998, pp 13 2

Depuis le 1er février 2006 de nouveaux « actes » techniques ont été créés :

- Des honoraires spéciaux pour le rapport final multidisciplinaire à la fin du séjour de patient (plus de 75 ans) dans le service gériatrique;
- Un montant spécial pour le contrôle multidisciplinaire du patient gériatrique ambulant (plus de 75 ans), envoyé par son médecin généraliste, maximum une fois par an ;
- Un montant spécial pour la liaison interne (y compris un rapport complet) maximum deux fois pendant l'hospitalisation à la demande d'un spécialiste (autre que le gériatre) ;
- Une augmentation substantielle du montant pour la surveillance du patient du 1er au 5ème jour.

Depuis le 1er juin 2007, une augmentation de 19% a été appliquée pour tous les montants perçus pour la supervision du gériatre dans les services gériatriques.

Les infirmières

Dans les normes actuelles concernant le personnel dans les services gériatriques, 12,8 ETP sont payés pour 24 lits; avec un ratio d'occupation de 90%. En réalité le règlement n'a pas changé depuis 1985, alors que la complexité des cas et des activités des services gériatriques s'est considérablement accrue. La durée de séjour diminue également rendant les soins infirmiers plus intensifs. La SBGG a proposé en 2005 d'augmenter le nombre d' ETP de 12,8 à 16,8 (pour 24 patients).

JUSTIFICATIONS DU NOMBRE DE PERSONNEL INFIRMIER PAR 24 LITS DE GÉRIATRIE HOSPITALIÈRE.

Introduction

Actuellement le nombre du personnel infirmier par 24 lits G hospitalier date des circulaires ministérielles de 1985 avec une norme de 12 (incluant l'infirmière en chef) , augmentée de 0,8 dans une circulaire ministérielle datant du début des années 90. Ces normes étaient alors basées sur le fait que pour 30 lits de médecine interne (D) ou de chirurgie (C) la norme ministérielle était également 12 pour 30 lits (plus tard +0,8). Le service G de 24 lits avait été mis au même niveau que les services C ou D de 30 lits, aussi bien du point de vue architectural (m^2) que du point de vue du personnel. La seule différence était que cette norme était valable pour un taux d'occupation de 90% pour le service G et de seulement 80% pour le service C ou D.

Par « personnel infirmier » il est considéré les infirmières qualifiées et les aides infirmières. Un équilibre sain est naturellement nécessaire entre « qualifiées et aides ». Il est toutefois indispensable d'assurer une présence continue d'au moins une infirmière qualifiée 24 heures sur 24.

Commentaire

Les normes fixées par circulaire ministérielle datent de plus de 20 ans. Ces normes n'ont jamais fait l'objet d'aucune étude scientifique de charge de travail, d'évaluation des patients, etc. La lourdeur (tant au niveau de l'âge, que de de la dépendance et de la lourdeur des pathologies) s'est beaucoup intenisifiée dans les services gériatriques depuis cette époque. Les méthodes de travail et le contenu de la charge de travail ont également profondément changé pendant cette période.

Proposition de nouvelles normes

Principes de base :

- la complexité accrue exige plus de moyens en personnel ;
- la charge de travail dans les services gériatriques est pratiquement égale les jours ouvrables et les week-ends ;

- une part importante du travail infirmier réside dans la prise en charge de la famille, l'accompagnement durant toute la journée du malade est nécessaire et demande une présence active : les repas au restaurant et l'aide à l'alimentation (les problèmes de malnutrition chez les patients gériatriques sont très fréquents), l'accompagnement vers la kinésithérapie et l'ergothérapie ;
- soins d'hygiène intensifs ;
- la nécessité d'avoir 24 heures sur 24 deux aidants infirmiers au strict minimum dans un service gériatrique.

Scénarios possibles :

Tableau 16: Scénarios de nombre de personnel infirmier

		A	B	C	D
nombres de jours	365				
heures de travail par jour	7,6				
jours de récupération	104				
Conventions patronales	4				
Jours extra	1				
congés payés	20				
Congé de ciconstance	2				
Congé de maladie	8,88				
congé de formation	2				
Jours de fête	10				
travail 1 ETP par an	213,12				
travail 1 ETP par an en heures	1619,712				
équipe matinale		**4**	4	4	4
équipe matinale: heures		**212,8**	212,8	212,8	212,8
équipe apres-midi		**3**	4	4	3
équipe apres-midi: heures		**159,6**	212,8	212,8	159,6
équipe nuit		**2**	2	1,5	1,5
équipe nuit: heures		**133**	133	99,75	99,75
total heures par semaine		**505,4**	558,6	525,35	472,15
heures par an		**26280,8**	29047,2	27318,2	24551,8
ETP par an		**16,2256**	17,93356	16,86608	15,15813

Conclusion

Les scénarios où 2 infirmières sont présentes toute la nuit est en tout cas préférable. Tourner un malade dans son lit demande deux personnes ; aider quelqu'un avec mauvais équilibre demande également deux personnes ; etc. . Il reste donc les scénarios A et B.

Dans un service où l'activité est très intensive, 4 infirmières sonr nécessaires pour le shift de l'après-midi (Scénario B). Dans les autres cas le scénario A peut suffire.

Comme la proportion d'unités très intensives et moins intensives n'est pas connue le nombre moyen d'ETP par unité devrait se situer entre 16,22 ETP et 17,93 ETP.

La proposition faite par la SBGG 16,8 en 2005 se situe dans cette fourchette.

Le kinésithérapeute

Le kinésithérapeute est payé à l'acte : selon la nomenclature "M" (du kinésithérapeute) ou selon la nomenclature "K" (du spécialiste en réadaptation).

En fait, cette méthode de remboursement n'est pas appropriée en gériatrie. En effet, la thérapie de groupe y est privilégiée. Elle permet de donner chaque jour à chacun un temps en réadaptation plus long que lorsque des thérapies individuelles sont prescrites. La thérapie de groupe présente aussi une possibilité d'augmenter la motivation des patients. En 1993, la SBGG a proposé aux autorités dans un mémorandum d'inclure la physiothérapie dans le prix de journée octroyé à l'hôpital (comme pour les infirmières).

Autre personnel paramédical (ergothérapie, logopédie, psychothérapie)

Toutes ces personnes sont rémunérées par le prix de journée de l'hôpital, à raison de 1,33 ETP pour 24 lits.

Dans le mémorandum de la SBGG de 1993 il a été demandé d'inclure dans le prix de journée octroyé à l'hôpital 4 ETP pour 5 catégories de professionnels (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, psychologie et travail social).

La détermination du nombre de journées (et de lits) justifiées

Jusqu'il y a peu de temps l'hôpital était financé sur base des « lits officiellement reconnus ». A présent il est financé sur base des « lits justifiés » (sur base des APRDRGs).

Pour permettre un remboursement plus équitable de la durée de séjour plus longue du patient gériatrique, les DRGs ont été subdivisés en fonction de trois critères :

- Patients âgés de moins de 75 ans
- Patients de 75 ans et plus
- Patients gériatriques (G-Fin) :
  - âgés de plus de 75 ans
  - séjours d'au moins 10 jours dans un service gériatrique
  - la durée de séjour dans le service gériatrique est 30% plus longue que la valeur moyenne normale pour chaque DRG.

Messages Clés

- **Il n'y a généralement pas, dans les pays occidentaux, de financement spécifique pour la prise en charge multidisciplinaire des patients gériatriques dans les services gériatriques aigus.**
- **Il y a souvent une prise en compte indirecte et très partielle de certaines caractéristiques des patients gériatriques dans la classification des patients via l'âge et les comorbidités.**
- **Il y a dans quelques pays des financements complémentaires pour des activités spécifiquement gériatriques (ex. : évaluation gériatrique et réadaptation en Allemagne) ou pour la fonction gériatrique (liaison gériatrique ou réseaux intégrés de soins (France, Belgique, Catalogne)).**
- **Modèles innovants :**
  USA : programmes finançant l'ensemble des soins hospitaliers et ambulatoires

5.2 OUTILS POUR LE FINANCEMENT DES SERVICES GÉRIATRIQUES

En Belgique, comme dans la plupart des pays occidentaux, un financement prospectif des journées d'hospitalisation en fonction de la structure des pathologies a été introduit en 1995. Dès l'introduction du système, les groupes de pathologies ont été scindés en fonction de l'âge des patients (plus ou moins de 75) ans pour tenir compte de l'impact de l'âge sur la durée de séjour.

L'analyse des durées de séjour à pathologie, niveau de sévérité donnés et âge (plus ou moins de 75 ans) a montré que les durées de séjour étaient en moyenne beaucoup plus longues dans les services de gériatrie aiguë[2].

En effet, les données disponibles (RCM) et le système de classification (APRDRG) ne tiennent pas suffisamment compte de la spécificité des patients et de la prise en charge gériatrique.

5.2.1 Etudes précédemment réalisées

Nous présentons ici les résultats de deux précédentes recherches menées dans le domaine du financement des services de gériatrie en hôpital classique.

5.2.1.1 RCM et APRDRGs, indicateurs insuffisants de la durée de séjour et de la charge de travail en gériatrie

Les spécificités des services gériatriques généralement retenues sont la multi-pathologie, la « fragilité » gériatrique, le type et la multidisciplinarité de la prise en charge, la dépendance et la complexité sociale. L'analyse des données de RCM des services de gériatrie a montré que le RCM et les APRDRGs ne permettaient qu'une analyse limitée quant à la spécificité de la gériatrie[1, 2, 184].

En effet, les APRDRGs sont hiérarchisés sur base du diagnostic principal et de l'intervention principale. Les diagnostics secondaires définissent le niveau de sévérité.

La prise en charge gériatrique ne se fait pas sur base d'un diagnostic principal. Le patient gériatrique a souvent de nombreux systèmes atteints, antérieurement à son hospitalisation. La problématique principale est, lors de l'hospitalisation, souvent la dépendance et la perte d'autonomie.

La prise en charge multi et interdisciplinaire consiste à prendre le patient dans sa globalité, à veiller à maintenir son autonomie en agissant sur la pathologie sous-jacente qui le déstabilise, en mobilisant l'ensemble de ses ressources.

Les recherches sur la spécificité de la gériatrie ont montré que les données RCM ne permettaient pas d'appréhender de manière précise la spécificité des patients et de la prise en charge gériatrique[1, 2,184].

Le RCM ne donne pas d'information sur le niveau et le type de dépendance du patient. L'âge est correlé positivement avec le niveau de dépendance surtout au-delà de 82 ans. Toutefois, le critère d'âge est relativement insatisfaisant comme prédicteur de la dépendance.

Une analyse réalisée sur échantillon de 1 856 patients hospitalisés dans 77 unités de gériatrie aiguës en Belgique a montré que plus de 30% des patients âgés de plus de 82 ans avaient un niveau de dépendance relativement faible[t].

Cette étude a également montré que le niveau de dépendance augmentait avec le nombre de pathologies à partir de 8 pathologies et qu'il y avait augmentation du risque de dépendance pour les patients en état terminal, grabataires, ayant des affections urologiques et psychiatriques. Le nombre moyen de diagnostics n'a toutefois qu'une influence partielle sur la charge en soins infirmiers de base[3].

Aucune information n'existe dans le RCM sur le type et la gravité de la dépendance et la manière dont elle est prise en charge.

Ainsi, un patient grabataire peut être stabilisé et demander relativement peu de soins. Un patient relativement moins dépendant mais ayant subi un AVC récent peut nécessiter une prise en charge très lourde pour l'aider à récupérer certaines fonctions.

Le patient gériatrique a de multiples pathologies. La charge de travail et la durée de séjour dépendent du type de prise en charge des différentes pathologies existantes lors du séjour hospitalier. Se baser exclusivement sur le ou les diagnostics pour les personnes âgées ne mène pas à une évaluation valable de la charge en soins.

Les charges en soins varient en fonction du profil de soins qui est associé à chaque état pathologique et de l'ensemble des profils déterminés pour un patient multipathologique.

Un AVC peut nécessiter une prise en charge médicale intensive, une rééducation légère ou intensive, une simple surveillance médicale[3].

Le RCM ne contient aucune information sur le type de prise en charge des états pathologiques. Or, la charge en soins est fortement dépendante du profil de soins[u].

La problématique sociale est également très importante dans la prise en charge gériatrique et fait partie intégrante du travail de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire. 27,1% des patients hospitalisés en gériatrie doivent déménager après leur hospitalisation, 16% nécessitent un aménagement de leur vie antérieure (adaptation de la maison, soins à domicile…)[v].

Type de dépendance, fragilité gériatrique, travail inter et multidisciplinaire, multipathologie et type de prise charge, complexité sociale : autant d'informations nécessaires pour tenir compte de la spécificité des patients et des services gériatriques et pour permettre l'évaluation de la charge de travail et dont les variables présentes dans le RCM ne peuvent rendre compte.

5.2.1.2 Le RGM : récolte de données spécifiques supplémentaires pour chaque séjour

Pour pallier le manque du RCM, une première approche a consisté à élaborer et à récolter dans un échantillon de services gériatriques hospitaliers d'hôpitaux volontaires un résumé gériatrique minimum visant à mieux appréhender cette spécificité. Ce RGM permettait de relever des données concernant le niveau de dépendance à l'entrée et à la sortie, la complexité sociale mais aussi des relevés d'actes posés tant gériatriques qu'infirmiers qui permettaient de rendre compte du type de prise en charge effectuée. Cette étude a mis en exergue l'effet de l'âge, de la dépendance, de la fragilité gériatrique, de la complexité sociale, du type de prise en charge sur la durée de séjour. Toutefois, si cette recherche a montré la nécessité de la prise en compte de la spécificité des services gériatriques pour expliquer tant la durée de séjour que la lourdeur de la prise en charge, elle avait également fait apparaître que les données à ajouter à chaque RCM pour pouvoir appréhender la spécificité des patients gériatriques

---

t Closon, 2006, pp167[3]
u Closon, 2006, pp 174-176[3]
v Closon, 2006, pp 116[3]

par séjour et pour chaque séjour étaient lourdes (dépendance, complexité sociale, type de prise en charge….) et allaient demander un temps considérable à l'équipe multidisciplinaire pour chaque séjour[2].

Ces données ont permis de mettre en évidence que ces facteurs avaient une influence sur la durée de séjour mais il aurait sans doute été nécessaire de collecter de nouvelles informations pour évaluer la charge de travail (et pas seulement la durée de séjour) pour l'ensemble du séjour de chaque patient.

Une approche qui vise à tenter d'évaluer la lourdeur et l'intensité de la prise en charge de l'ensemble du séjour en gériatrie en juxtaposant des informations sur les diagnostics, la dépendance, les activités médicales, infirmières, de réadaptation sans tenir compte de leur évolution tout au long du séjour et de l'interaction des différents éléments est difficile à réaliser. En effet, elle constitue une prolongation de la philosophie RCM et APRDRG basée sur le fait qu'en soins aigus, la prise en charge et la lourdeur de celle-ci sont relativement standardisées pour les différents professionnels dès lors que les diagnostics principal et secondaires et les interventions médicales sont connues. Pour les patients gériatriques, la prise en charge est basée sur une approche plus globale visant à maintenir l'autonomie. La lourdeur de la prise en charge est liée à une prise en charge multi et interdisciplinaire des états pathologiques et de la dépendance et à l'évolution de l'état de dépendance et de l'état de santé du patient tout au long du séjour en réaction aux diverses interventions interactives des professionnels de la santé. Récolter pour chaque séjour les informations permettant d'appréhender ce processus tout au long du séjour serait extrêmement lourd. C'est pourquoi une nouvelle recherche a été financée afin de définir un moyen efficace pour obtenir les informations sur les spécificités des patients gériatriques et les procédures de soins. Les résultats de cette recherche sont décrits plus loin. [3]

Messages Clés

APRDRGs groupent les patients en fonction :

- **diagnostic principal**
- **diagnostics secondaires (pour niveau de sévérité)**
- **présence d'une intervention chirurgicale**
- **=>groupes cohérents d'un point de vue médical et homogènes au niveau de l'utilisation des ressources**
  applicables si prise en charge relativement standardisée
- **analyse des services gériatriques par APRDRG inadéquate car prise en compte insuffisante ou inadéquate des spécificités gériatriques**
  - **prise en charge multi et interdisciplinaire**
  - **dépendance des patients**
  - **multipathologie et type de prise en charge par pathologie**
  - **lourdeur des facteurs sociaux**

5.2.2 Les autres outils disponibles

La méthodologie d'évaluation des ressources suivie pour rechercher les outils disponibles est identique à celle suivie pour les outils de screening et d'évaluation. Elle a permis d'identifier les divers outils utilisés pour le financement des soins gériatriques et leurs caractéristiques repris dans le tableau ci-dessous. Chacun des outils sera ensuite décrit de manière plus détaillée.

Tableau 17. Evaluation des ressources

Evaluation des ressources		Auteurs	Pays d'origine	Soins requis/ prestés	Setting	Items	Utilisateurs	faisabilité	Temps (en minutes)	Expérience Belge
AGGIR SOCIOS PATHOS		Vetel et al., 1997[185, 186]	F	Soins requis divers professionnels	Hôpital MR MRS		Médecin Inf Para-méd AS	oui	5	Oui dans les services de revalidation et de gériatrie aiguë et subaiguë
RIM II	Résumé infirmier minimun		B	Soins infirmiers prestés	hôpital	79	Inf	oui		Oui services hospitaliers Implémentation en cours
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis	Tilquin, 1994[187]	Qc CH	Soins infirmiers requis	MR-MRS		Inf formées	oui	60	non
RUG	Resources Utilization Groups		USA	Soins infirmiers requis	MRS SNF	44 à 53 case-mix	INF	oui	120	non

5.2.2.1 RIM II : Résumé infirmier minimum

DESCRIPTION

Le Résumé Infirmier Minimum a été élaboré en Belgique et est une adaptation du PRN[w]. L'objectif principal du RIM est de donner un aperçu des activités réalisées par le personnel infirmier à l'hôpital. Diverses applications peuvent en découler : allocation des ressources humaines, financements des soins infirmiers, évaluation de la qualité .

Le RIM II collecte quatre types de données :

- Données générales sur l'institution de soins
- Données générales sur le service concerné par l'enregistrement
- Données signalétiques des patients
- Données sur les soins infirmiers prestés.

La liste des soins infirmiers permet de fournir une image des activités infirmières réalisées, sur base de la classification NIC (Nursing Interventions Classification). Le RIM II s'organise en 4 niveaux hiérarchiques : 6 domaines reprenant au total 23 classes de soins et 78 items, le dernier niveau est constitué de différentes possibilités de codage.

Les six domaines sont :

1. Fonction physiologique de base,
2. Fonctions physiologiques complexes,
3. Comportement,
4. Sécurité,
5. Famille,
6. Système de santé.

Le RIM II collecte l'ensemble des activités infirmières prestées par les infirmières, accoucheuses, aides soignantes ou logistiques. Les activités prestées par les autres professionnels (médecins, kiné, logopède, ergothérapeute, …) ne sont pas prises en compte. Le RIM II fournit une photographie de l'activité infirmière à l'hôpital grâce une collecte des données 4 fois par an pendant 2 semaines (activités de chaque journée de 24 heures). Néanmoins, le RIM II n'est pas appliqué dans toutes les unités de soins :

Sont concernées, les unités d'urgences, unités chirurgie C, médecine interne D, gériatrie G, unités SP, pédiatrie E, unités médico-chirurgicales H, soins intensifs I et plateau mère enfant (M, MIC, N*, NI, OB) hôpital de jour (Z).

Ne sont pas concernées, les unités suivantes : salles d'opération, réveil, services médico-techniques, consultations, dialyse, psychiatrie (A, T, K et urgences ambulatoires)[188].

VALIDATION

L'analyse de la littérature scientifique et de la littérature grise n'a pas permis de trouver un article sur la validation de cet outil

COMMENTAIRES

Le RIM II est un outil spécifique aux soins infirmiers et non à la gériatrie ; néanmoins, la version RIM II permet de bien rendre compte des soins infirmiers prestés dans les services de gériatrie.

Lorsque le RIM II sera récolté dans l'ensemble des services de gériatrie et que la recherche sur le financement des services gériatriques sur base du RIM II sera terminée, celui-ci pourra alors être utilisé comme indicateur des soins infirmiers prestés dans le système de financement des soins infirmiers dans les unités de gériatrie aiguë.

---

w PRN : projet recherche nursing. Le PRN est un outil d'évaluation de la charge de travail en soins infirmiers mis au point par le Prof Tilquin dès 1969.

5.2.2.2 PLAISIR : PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis

DESCRIPTION

Le système PLAISIR —"PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis"[189] est utilisé à des fins d'évaluation de la clientèle en institution de long séjour pour personnes âgées et de gestion des ressources et du financement au Québec (Centre d'hébergement et de soins de longue durée) et en Suisse (Etablissement médico-sociaux).

Les objectifs du système PLAISIR sont de (1) mesurer la charge en soins infirmiers et d'assistance requis pour (2) calculer la dotation en personnel pour (3) l'allocation des ressources humaines et financières entre institutions ou entre unités de soins. Les données recueillies sur le profil bio-psychosocial du résidant portent sur :

- Des données démographiques (lieu de résidence, date et nombre de jours d'observation (maximum 7), identification de l'évaluateur, date de naissance et sexe du résidant, date d'admission) ;
- Les diagnostics médicaux enregistrés et codés en 4 chiffres selon la 9ième révision de la Classification Internationale des Maladies ;
- Le niveau de handicap évalué sur une échelle à neuf paliers relative à cinq dimensions du code des handicaps de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps : mobilité physique, indépendance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), vécu occupationnel, intégration sociale, orientation ;
- Le niveau de déficiences psychosensorielles —mémoire à court terme, mémoire à long terme, pensée, perception, conscience, orientation, prise de décision, pulsions, volonté, émotion, comportement, langage, vue, ouïe, se faire comprendre, comprendre les autres ;
- Les problèmes psychologiques —agressivité physique, agressivité verbale, dérangement des autres, agitation, errance, anxiété, tristesse, manifestations de chagrin, retrait, idées suicidaires, fait de penser souvent à la mort, éveil prématuré de mauvaise humeur, hypersomnie.

Parallèlement, le système collecte des données concernant les services requis en soins infirmiers et d'assistance.

Une nomenclature complète des actions de soins et d'assistance a été créée pour définir le profil des services en soins infirmiers et d'assistance requis (SIAR). Elle est structurée par catégorie de besoins :

- soins de base: alimentation, élimination, hygiène, mobilisation ;
- soins relationnels et éducatifs y compris la communication ;
- actes techniques : respiration, méthodes diagnostiques, médications, thérapies intraveineuses, traitements infirmiers (actes techniques).

Pour chaque action requise, on spécifie le mode de compensation (guide, aide partielle, aide complète, avec présence constante ou non), le nombre de jours par semaine (fréquence et horaire), le nombre d'intervenants et l'horaire. A partir de ces données, des normes de temps unitaires et des normes de fréquence, on peut calculer les heures-soins nettes requises en moyenne par jour pour chaque résidant.

La détermination des SIAR est réalisée de façon rétrospective et porte sur les sept jours précédant la date de l'évaluation. On obtient donc un profil du résident à un moment donné dans le temps, en fonction de ses besoins individuels et non le recueil des soins donnés.

Ainsi, le système PLAISIR permet d'obtenir une représentation tridimensionnelle du résidant :

- bio-psychosociale;
- en termes de services requis — soins infirmiers et d'assistance— pour répondre aux besoins bio-psychosociaux;
- en termes de ressources requises (mesurées en temps) pour donner les services requis.

Chaque résidant doit être évalué en principe une fois par an, ou à chaque modification de son état le cas échéant. Pratiquement, vu la lourdeur de l'évaluation, la plupart des institutions ont réalisé ce type d'évaluation à l'admission et rares sont les réactualisations des données.

Le système PLAISIR assure la validité et la fiabilité des données recueillies en appliquant un protocole très strict. Plusieurs dispositions sont prévues :

- Le manuel de référence —adapté en fonction des régions (Québec – Suisse)— définit précisément chacune des variables ;
- Les évaluateurs appliquent les standards de fréquence de soins requis du manuel de référence ;
- Une formation est dispensée aux infirmières-évaluatrices : chaque évaluatrice est formée pendant deux à trois jours en groupe, suivis de deux jours de formation individuelle au cours desquels elle est soumise à des tests de fiabilité interjuges ;
- Les formulaires remplis sont centralisés dans le même centre de traitement que ce soit pour le Québec ou la Suisse garantissant la validité et la fiabilité des données et autorisant des comparaisons interrégionales ;
- La validation informatisée de ces formulaires suivie d'une vérification, est effectuée par une infirmière relectrice et des corrections sont apportées. Lorsque les données concernant un résidant sont incomplètes ou contradictoires, l'infirmière relectrice contacte, par téléphone, l'institution d'hébergement. Cette vérification systématique (réalisée par deux infirmières-relectrices différentes) permet d'éviter des profils incomplets et/ou incohérents et assure une grande validité aux données.

Le système PLAISIR est d'application dans les Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD) reconnus par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux au Québec, et dans les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) dans quatre cantons suisses (Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud)[190].

VALIDATION

L'analyse de la littérature scientifique n'a pas permis de trouver un article sur la validation de cet outil. L'outil est commercial et le concepteur considère que son contenu est « propriété privée ».

COMMENTAIRES

Les principaux intérêts de cet outil sont d'une part le fait qu'il fournit une représentation tri-dimensionnelle du résidant et d'autre part, qu'il s'appuie sur les soins infirmiers requis et non prestés. La validation des données par un seul centre permet des comparaisons internationales.

Il n'existe aucune version validée pour les services de gériatrie aiguë.

5.2.2.3 Resources utilization groups (RUGs)

DESCRIPTION

Les RUGs sont calculés à partir des données du RAI. Ils classent le patient dans un resources utilization group (RUG) sur lequel peut se baser le financement des soins.

Il existe deux versions de calcul. La version déclinant 44 groupes est décrite comme plus adaptée pour des programmes de réhabilitation qui nécessitent à la fois des soins de nursing et de rééducation car elle comprend 14 modèles de réadaptation représentant cinq niveaux de service de réadaptation. Dans le second modèle, à 34 groupes, les 14 groupes de réhabilitation ont été ramenés à 5. Ce modèle ne distingue pas les niveaux de réadaptation. Il est décrit comme mieux adapté aux programmes de soins de longue durée.

« Le système Rug-III comprend sept principaux groupes cliniques divisés en hiérarchie, classés par coût. Ces groupes sont réadaptation, services étendus, soin spécial, médicalement complexe, connaissance altérée, problèmes comportementaux et fonction physique réduite. Excepté le groupe de réadaptation, les patients sont affectés aux groupes sur la base des caractéristiques cliniques. Afin de qualifier pour les groupes de réadaptation, les patients doivent avoir reçu de la réadaptation. Chacun de ces groupes principaux est encore divisé en sous-groupes sur la base de l'AVQ, la réception de certains aspects de soin (y compris le besoin de réadaptation par des infirmières), et la présence ou l'absence de la dépression. L'AVQ mesure les résultats « self performance » et « assistance recommandée » séparément pour donner des points combinés calculés. Les patients peuvent être qualifiés pour plus qu'un groupe mais sont placés dans le plus intensif. Ainsi, si un patient ne remplit pas les critères pour le groupe le plus intensif, une recherche sera faite pour le groupe intensif suivant et ainsi jusqu'à ce qu'un groupe soit désigné. Par conséquent le groupe final, fonction physique réduite, contient ces patients qui n'arrivent pas à atteindre les critères pour tous les autres groupes »[x].

CALCUL DES RUGS

La méthode de calcul se trouve sur le site http://www.in.gov/isdh/regsvcs/ltc/mds/mds44ws.pdf. Nous résumons ici la méthode de calcul en 44 groupes.

Première étape

Elle consiste à calculer un indice AVJ en n'utilisant que quatre des items consacrés à l'évaluation des AVJ. L'évaluateur reporte les cotes obtenues aux items « mobilité au lit », « transferts » et « utilisation de la toilette ». Puis il calcule la cote pour l'alimentation en se reportant d'abord aux items d'alimentation entérale ou parentérale. S'il s'agit d'une aide aux repas, l'examinateur indique la cote observée aux items des AVJ.

Le score AVJ est obtenu par sommation et est compris entre 0 et 18.

Deuxième étape

Elle consiste à chercher dans quel groupe le patient se situe. Deux méthodes sont proposées par Medicaid. La première est une méthode hiérarchique qui consiste à chercher dans quel groupe se classe le patient. Les groupes sont hiérachisés selon l'ordre suivant : Réhabilitation (classe des R), Service Extensif (classe des SE), Soins Spéciaux (classe des SS), Cliniquement complexe (classe des CC), Troubles cognitifs (classe des IB) Troubles du comportement (classe des BB) et Réduction des Fonctions (classe des PE). La seconde ne concerne que les dossiers où l'on trouve des valeurs invalides pour un item. Dans ce cas, le logiciel calcule un RUG par défaut, intitulé BC1. Le calcul des RUG's se fait suivant l'organigramme suivant et les différentes étapes sont explicitées dans le texte qui suit. On regarde d'abord si le patient est en classe R, puis en classe des services extensifs, etc.

x http://www.in.gov/isdh/regsvcs/ltc/mds/mds44ws.pdf

Tableau 18: catégories des RUG's

	Catégorie des RUG's	**Echelle**	**Classification dans le groupe des RUG's suivant le score obtenu à l'ADL**		
Réhabilitation	Ultrahigh	ADL	16-18	9-15	4-8
			RUC	RUB	RUA
	Very High	ADL	16-18	9-15	4-8
			RVC	RVB	RVA
	High	ADL	13-18	8-12	4-7
			RHC	RHB	RHA
	Medium	ADL	15-18	8-14	4-7
			RMC	RMB	RMA
	Low	ADL		14-18	4-13
				RLB	RLA
Extensives services		ADL>6	4-5	1-3	0-1
			SE3	SE2	SE1
Special care			17-18	15-16	7-14
			SSC	SSB	SSA
Clinically complex	check conditions	ADL	17-18	12-16	4-11
			CC2-CC1	CB2-CB1	CA2-CA1
Impaired cognition		ADL		6-10	4-5
				IB2-IB1	IA2 IA1
Behavior problems		ADL		6-10	4-5
				BB2-BB1	BA2-BA1
Reduced Physical Functions	Check conditions	ADL	16-18	11-15	9-10
			PE1-2	PD1-2	PC1-2
				6-8	4-5
				PB1-2	PA1-2

Classe des R

Il existe cinq sous-classes suivant le temps de soins spéciaux relevés aux items du cadre soins spéciaux et procédure, à savoir :

Les critères d'ultra haute intensité au moins 720 minutes de soins dans les 7 derniers jours et au moins deux disciplines dont une au moins durant les 5 derniers jours et l'autre durant les 3 derniers jours. Ce sont les sous-classes RU, elles-même déclinées en trois niveaux suivant le score AVJ :

Score AVJ 15-18 Classe RUC

Score AVJ 9-15 Classe RUB

Score AVJ 4-8 Classe RUA

Le même raisonnement continue à s'appliquer, le temps de soins spéciaux diminuant à chaque fois et les différentes fourchettes des scores AVJ variant suivant les circonstances, pour obtenir les sous-classes suivantes :

Critères de très haute intensité (V) : classes RVC, RVB et RVA.

Critères de haute intensité (H) : classes RHC, RHB et RHA.

Critères d'intensité moyenne (M) : classes RMC, RMB et RMA.

Critères de faible intensité (L) : classes RLB et RLA.

Classe des services extensifs

La première étape est de vérifier que le patient reçoit une alimentation parentérale ou IV ou une injection de médicament IV, ou des soins d'inspiration ou de trachéotomie ou de ventilation ou de respirateur **et** si le score AVJ est > 6. Si le score est <7, le patient fait partie de la classe « soins spéciaux ».

Si le patient appartient à la classe « services extensifs », l'évaluateur additionne des scores concernant l'injection de médicaments en IV, et/ou d'alimentation parentérale et/ou des scores obtenus à « soins spéciaux », « Cliniquement Complexe » et Troubles cognitifs ». Suivant le total obtenu, le patient est classé dans les classes RSE3, RSE2, RSE1.

Classe des soins spéciaux

L'évaluateur cherche d'abord si le patient répond à au moins une des conditions reprises dans une liste de 15 conditions et précisées par une liste de 11 situations spéciales.

Si en outre, le patient entre en ligne de compte pour les services extensifs, un score de 1 point est ajouté dans le calcul repris au § précédent.

Si le patient a un score AVJ > 6, il entre dans la classe des soins spéciaux. Suivant le score AVJ on a les classes SS suivantes :

17 à 18	SSC
15 à 16	SSB
7 à 14	SSA

Si le score ADL est <7, le patient entre dans la classe des « cliniquement complexes ». On reporte 1 point vers le calcul du § suivant.

Classe des cliniquement complexes

L'évaluateur vérifie que le patient se trouve dans une des 15 situations décrites dans une liste explicitée par 2 précisions supplémentaires.

Si en outre le patient répond aux critères pour la classe « services extensifs », 1 point est ajouté dans le calcul de cette classe.

Dans les autres cas, on recherche en outre la présence d'au moins trois indicateurs de signe de dépression dans une liste de 16 indicateurs du formulaire MDS. Suivant le score AVJ, on regroupe ensuite les patients dans les classes C suivantes, le chiffre 2 signant la présence de trois indicateurs de dépression au moins et le chiffre 1 l'absence d'au moins trois facteurs de dépression.

17 à 18 :	CC2 ou CC1
12 à 16 :	CB2 ou CB1
4 à 11 :	CA2 ou CA1

Classe des troubles de la cognition

L'évaluateur repère si le patient se trouve dans une des trois conditions décrites dans une liste.

Si en outre, il répond aux conditions de « services extensifs », 1 point est ajouté pour la cotation de cette dernière classe.

Dans les autres cas, si le score AVJ est < 11, l'évaluateur compte le nombre de types de soins d'au moins 15 minutes que le patient a reçus dans les 6 à 7 derniers jours dans une liste de 9 actions. Suivant le score AVJ et le nombre de services reçus on obtient les classes suivantes :

Score AVJ	actions de soins	Classe
6 à 10	2 ou plus	IB2
6 à 10	0 ou 1	IB1
4 à 5	2 ou plus	IA2
4 à 5	0 ou 1	IA1

Classe des troubles du comportement

L'évaluateur vérifie que le score AVJ du patient est <11. Ensuite il vérifie que le patient est dans une des 7 situations de troubles de comportement repris dans une liste. Puis, le nombre de types d'interventions de nursing repris dans une liste de 10 interventions. Suivant le score aux AVJ, on obtient les classes B suivantes :

Score AVJ	interventions	Classe
6 à 10	2 ou plus	BB2
6 à 10	0 ou 1	BB1
4 à 5	2 ou plus	BA2
4 à 5	0 ou 1	BA1

Classe des fonctions physiques réduites

Sont classés ici tous les autres patients et ceux qui répondent aux classes « troubles cognitifs » et « troubles du comportement » avec un score AVJ supérieur à 10.

L'évaluateur compte le nombre d'interventions différentes d'au moins 15 minutes par jour dans une liste de 10 interventions.

Suivant le score AVJ on obtient les classes P suivantes :

Score AVJ	interventions	Classe
16-18	2 ou plus	PE2
16-18	0 ou 1	PE1
11-15	2 ou plus	PD2
11-15	0 ou 1	PD1
9-10	2 ou plus	PC2
9-10	0 ou 1	PC1
6-8	2 ou plus	PB2
6-8	0 ou 1	PB1
4-5	2 ou plus	PA2
4-5	0 ou 1	PA1

MECANISME DE FINANCEMENT À PARTIR DES RUGS

Chaque RUG donne droit à un per diem de la manière suivante (valeur en US$: 2002).(Ces taux sont fixés par le Medical Skilled Nursing Facility Prospective Payment System).

Tableau 19 : Valeurs financières des 44 RUGs-III d'après HILL et Wei 2004[191]

RUG III category		Per diem rate
Ultra high rehabilitation	RUC	441.18
	RUB	392.78
	RUA	369.27
Very High rehabilitation	RVC	342.67
	RVB	330.22
	RVA	298.41
High rehabilitation	RHC	318.61
	RHB	291.02
	RHA	264.74
Medium rehabilitation	RMC	315.94
	RMB	279.99
	RMA	262.01
Low rehabilitation	RLB	252.39
	RLA	209.52
Extensive services	SE3	307.35
	SE2	264.48
	SE1	234.06
Special care	SSC	228.53
	SSB	217.46
	SSA	211.93
Clinicaly complex	CC2	227.14
	CC1	209.17
	CB2	198.10
	CB1	188.42
	CA2	187.04
	CA1	175.98
Impaired cognition	IB2	167.68
	IB1	164.91
Impaired cognition	IA2	151.09
	IA1	145.55
Behavior problems only	BB2	166.30
	BB1	162.15
	BA2	149.70
	BA1	138.64
Physical functioning reduced	PE2	181.51
	PE1	178.74
	PD2	171.83
	PD1	169.06
	PC2	162.15
	PC1	160.77
	PB2	142.79
	PB1	141.41
	PA2	140.02
	PA1	135.87

A partir de ce ces tarifs, les Nursing Skilled Facilities aux USA reçoivent un paiement selon le case mix de leurs patients.

Commentaire

Cette description s'imposait afin de rencontrer des exigences de complétude de l'analyse. Toutefois, comme nous l'avons précisé précédemment, il n'existe pas de version validée d'un RAI spécifique aux soins de gériatrie aiguë, et en outre, il n'existe actuellement aucun algorithme de conversion vers une version de RUG adaptée à ce secteur de soins.

5.2.2.4 AGGIR-PATHOS-SOCIOS (APS)

DESCRIPTION DES OUTILS AGGIR PATHOS SOCIOS

AGGIR-PATHOS-SOCIOS a été élaboré en France au cours des années '90 à la demande de la caisse nationale d'assurance maladie par l'équipe du Professeur Vetel à Grenoble. La description de cet outil a été réalisée de manière détaillée dans la recherche « Résumé Gériatrique Minimum »[y] sur base de documents produits par les concepteurs de l'outil[192]. Nous n'en reprenons ici que les axes principaux.

Comme son nom l'indique, APS est une combinaison de trois outils permettant de cerner le patient gériatrique et de planifier les soins requis. Il est axé sur les trois composantes qui caractérisent la prise en charge gériatrique :

- AGGIR : la perte d'autonomie corporelle et mentale,
- PATHOS : la polypathologie et les types de prise en charge,
- SOCIOS : les difficultés liées tant au devenir de la personne âgée qu'à la capacité de celle-ci ou de son groupe familial d'assurer les conséquences des deux premières caractéristiques au plan économique et social.

La philosophie de l'outil est basée sur une approche multidisciplinaire et interdisciplinaire incontournable dans l'appréciation des patients gériatriques.

A.G.G.I.R - Autonomie Gérontologique Groupes Iso- Ressources

AGGIR est un modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seules par la personne âgée et de définir en fonction de la perte d'autonomie un groupe iso-ressources indiquant le niveau des moyens à mobiliser pour les soins de base[193]. Cet outil ne détermine pas la nature des besoins médico-psycho-sociaux qui seront estimés en aval par l'équipe médicale et soignante après avoir fait le constat de ce que fait ou ne fait pas la personne.

AGGIR comporte 10 variables discriminantes de la perte d'autonomie

- manger,
- cohérence,
- orientation,
- habillage,
- toilette,
- élimination,
- transfert,
- déplacement intérieur.

ET pour les personnes en faible perte d'autonomie mais qui sont en risque d'isolement et de confinement :

- déplacement extérieur,
- alerter son environnement.

La perte d'autonomie est évaluée à partir d'une échelle à 3 variables.

---

y Closon, 2006, pp.12-39 3

Tableau 20: Catégorisation de la dépendance selon AGGIR

A= indépendance totale	fait seul, et totalement et habituellement et correctement	***Seul*** correspond à « fait spontanément seul » et suppose qu'il n'existe pas d'incitation et donc aucune stimulation.
B= assistance partielle	fait non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement	***Habituellement*** est la référence au temps.
C= assistance totale	ne fait pas. Il faut faire à la place ou « faire faire »	***Correctement*** est la référence à l'environnement conforme aux usages et aux moeurs.

Source : Closon, 2006, pp16[3]

Seules les 8 premières variables sont utilisées pour déterminer le groupe iso-ressource

Pour la définition du groupe iso-ressources, la méthode d'addition de scores obtenus pour chaque variable est éliminée d'emblée car les auteurs insistent « *sur le caractère non scientifique et abusif de cette méthode qui consiste à utiliser des numéros de modalités additionnés pour déterminer des profils* »[194].

Une tentative par l'algèbre booléenne permettait une hiérarchisation d'un certain nombre de profils : grabataires végétatifs, déments déambulants, perte des activités corporelles et personnes confinées. Cette méthode n'a pas été retenue car elle débouchait sur des groupes « autres cas ».

Une nouvelle méthode a été élaborée qui fait appel au « marquage » de chaque profil par un artifice algébrique de sorte qu'un nombre représente un profil et un seul. Les profils les plus fréquents sont ensuite classifiés. Les profils non encore classifiés sont intégrés dans des classes déjà existantes (profils proches) ou dans de nouvelles classes et ce, jusqu'à épuisement de la méthode de sorte que tous les profils soient classés et que n'existe pas une classe « autres » qui regroupe trop de patients.

Chaque rapprochement a été validé par des équipes soignantes pendant l'élaboration de la construction et trois années ont été nécessaires pour la classification.

Elle aboutit à 13 rangs, le rang 1 correspondant à la perte totale d'autonomie et le rang 13 à l'autonomie totale maintenue[194].

Les groupes iso-ressources (GIR)

La charge en soins pour les treize rangs a été mesurée par trois méthodes : l'une est française (SIIPS= Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) et mesure le temps de soins. La seconde est canadienne, (le PRN= Projet de Recherche en Nursing), élaborée par Tilquin[195, 187] et donne des valeurs standardisées pour les soins requis, qu'ils soient ou non donnés. La troisième est une échelle analogique qui mesure la charge en soins ressentie par le soignant, grâce à l'échelle de la douleur (expression en cm). « *Les rangs ayant des valeurs moyennes de charge de soins équivalents ou très proches ont été regroupés en six groupes iso-ressources* ».

Le modèle définit 6 niveaux de dépendance, de l'indépendance totale à la dépendance totale. Il est essentiel de comprendre que ces niveaux regroupent les patients dont le niveau de perte d'autonomie impose une mobilisation des ressources significativement proche, même si leurs dépendances sont de natures différentes.

L'algorithme de définition de ces niveaux, appelés « groupes iso-ressources (GIR) » prend en compte les huit premières activités des variables discriminantes (les 2 dernières activités qui sont les déplacements à l'extérieur et la communication à distance sont pertinents pour des patients vivant à domicile) et définit sur base de la

combinaison pondérée de l'ensemble des scores (A,B,C) à chacune de ces activités 6 groupes homogènes en termes de charge en soins (soins de base et relationnels) mais dont la dépendance est plus ou moins grande :

La description plus détaillée de ces six groupes précise:

Tableau 21 : Les groupes iso-ressources (GIR) [z]

GIR 1	correspond essentiellement aux personnes âgées ayant totalement perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent essentiellement les personnes en fin de vie.
GIR 2	inclut deux catégories de personne âgées : - celles, confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes de la vie courante ; - celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (personnes souvent dénommées les « déments ambulants »).
GIR 3	correspond aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus la majorité d'entre elles n'assurent plus l'hygiène de l'élimination.
GIR 4	comprend deux groupes de personnes : celles qui n'assument plus seules leur transfert mais qui une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimentent seules ; celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.
GIR 5	regroupe les personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules mais qui nécessitent néanmoins une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	constitue le groupe des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminant de la vie courante.

Une fois les groupes GIR définis, les concepteurs du modèle ont calculé un coefficient de pondération (Gi) permettant d'évaluer, en termes relatifs, le niveau de besoins en soins de base pour chaque groupe, comme le spécifie le tableau ci-dessous :

Tableau 22: Niveaux GIR et proportionnalité des besoins en soins

Niveau GIR	*Coefficient Gi*	*Estimation en minutes pour les soins de base*	*Adaptation pour le contexte belge*
1	*100*	*210*	*225 (3h45)*
2	*84*	*176*	*189*
3	*66*	*139*	*148.5*
4	*42*	*88*	*94.5*
5	*25*	*53*	*56.25*
6	*7*	*15*	*15.75*

Source : données françaises reprises par Falez[196]

[z] Closon, 2006, pp17-18[3]

Cette correspondance se lit comme suit :
Une personne affectée au GIR 2 requiert 84% de la charge en soins d'un individu GIR 1.
Une personne affectée au GIR 5 requiert 25% de la charge en soins d'un individu GIR 1.
Chaque patient est affecté à un des 6 groupes iso-ressources et reçoit le coefficient de ce groupe.

Le GIR Moyen Pondéré (GMP)

A partir des coefficients de pondération décrits ci-dessus, il est possible de déterminer un indicateur global de charge en soins de base par individu pour une population à domicile ou en établissement :

$$GMP = \frac{\sum_1^6 n_i * G_i}{N}$$

n_i : effectif dans le groupe iso- ressource i (1 à 6)
G_i : coefficient de pondération (100 à 7)
N : effectif total

Le modèle PATHOS

DESCRIPTION

PATHOS a été commandité par la Caisse Nationale Assurance Maladie française afin d'évaluer les niveaux de soins médicaux et médico-techniques requis dans des services hospitaliers gériatriques et les établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, et ce en vue aussi de permettre des comparaisons entre établissements et d'en assurer un financement plus adéquat. C'est un outil de coupe transversale.

Ce système permet d'identifier sur une liste préétablie de 50 « états pathologiques », représentant 98% des situations cliniques rencontrées en gériatrie, celui ou ceux qui résument le mieux l'ensemble de la pathologie actuellement présentée par le patient, le jour de l'enquête.

Comme l'état pathologique seul ne suffit pas pour indiquer les moyens à mobiliser pour la prise en charge thérapeutique, la description de cet état clinique est complétée par un « profil de soins nécessaires », choisi parmi 12 profils possibles.

Type de profils de soins définis dans le modèle PATHOS

T1	Pronostic vital en jeu au quotidien
T2	Surveillance médicale rapprochée
P1	Prise en charge psychiatrique de crise
P2	Prise en charge psychothérapique de soutien
R1	Rééducation fonctionnelle intensive
R2	Rééducation fonctionnelle de soutien ou allégée.
CH	Soins locaux complexes et longs
DG	Pathologie « froide » non encore diagnostiquée
M1	Mourants lucides : soins palliatifs
M2	Etat crépusculaire : soins de confort
S1	surveillance épisodique programmée
S0	Absence de soins

250 couples « états pathologiques –profils » sont effectivement plausibles.

Le logiciel intégrant la polypathologie du sujet âgé à l'aide d'un algorithme opérant des pondérations permet de déterminer pour un malade donné, un indicateur de niveau de soins à mobiliser pour les 8 types de soins identifiés.

Les postes de soins

« A partir des couples « état pathologique – profil de soins » que présente un patient, la charge en soins peut être définie. Le modèle mesure, à l'aide d'un algorithme, pour l'ensemble des états pathologiques présentés par une personne, les niveaux de soins nécessaires à sa prise en charge dans 8 postes de ressources représentant les huit postes des soins :

1. Médecin gériatre
2. Médecin psychiatre
3. Soins infirmiers
4. Rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, logopédie …)
5. Psychothérapie ordonnancée
6. Biologie
7. Imagerie (actes en K et Z)
8. Pharmacie et petit matériel

LES NIVEAUX DE SOINS

Les temps requis ont été prescrits pour chaque poste de ressources (1 à 5) par des groupes multidisciplinaires d'experts en gériatrie. Les prescriptions réalisées par les différents groupes d'experts ont ensuite été comparées et confrontées dans une réunion de consensus pour en dégager, après analyse, des soins requis pour chaque couple état pathologique / profil de soins. Ces temps de prise en charge ont été définis pour un patient fictif « moyen » présentant un état pathologique et un profil de soins. Pour chaque poste de ressources, des niveaux de lourdeur de soins (en minutes) ont été définis en fonction de la distribution des temps prescrits. Il est ressorti qu'il y avait moyen de définir 4 niveaux de soins dans chacun des 8 postes de consommation de ressources: modalités 0, A, B et C ; 0 = pas de ressource nécessaire, et C = niveau maximum de consommation de ressources.

Le niveau de soins le plus élevé a été mis à 100. Les autres niveaux ont été fixés relativement à cette valeur.

CONSTRUCTION DE L'ALGORITHME DE DEFINITION DES NIVEAUX DE SOINS EN PRESENCE DE PLUSIEURS COUPLES EP/PS PAR PATIENT

Les patients présents dans les services de gériatrie ont souvent de nombreux états pathologiques, chacun de ceux-ci étant accompagné de profils de soins très variables. Les temps de soins requis par patient ne correspondent pas à la somme arithmétique des temps de soins requis définis pour la prise en charge de chaque couple EP/PS. En effet, les temps de prise en charge ont été définis pour un patient fictif ne présentant qu'un couple EP/PS donné. C'est ainsi qu'il a fallu élaborer un algorithme qui calcule la charge de travail liée à la prise en charge conjointe de plusieurs états pathologiques avec des profils de soins différents.

Le principe de l'algorithme est que, dans un premier temps, il prend automatiquement le niveau de soins prescrits le plus lourd par poste de ressources. Il procède ensuite à certaines sommations : soit addition simple (exemple : A+A, A+B…), soit addition partielle (exemple : B+B/2, …).

Ce principe de sommation a été défini en collaboration avec des experts gériatres qui ont déterminé dans quelle mesure les associations de combinaisons de couples EP/PS ne représentaient pas de surcroît de travail, s'additionnaient ou ne s'additionnaient que partiellement.

Par exemple, les niveaux de soins s'additionnent plus fréquemment quand les états pathologiques relèvent de systèmes différents (temps de rééducation d'une insuffisance cardiaque et d'une amputation au niveau du membre inférieur, à titre illustratif).

Les niveaux de soins sont donc exprimés en points correspondant à des unités différentes selon les postes de soins et rapportés à une valeur maximale de 100 :

Messages clés

- **Il existe 240 couples état pathologique - profil**
- **A chaque couple correspond un niveau de soins dans les 8 postes**
- **Exprimé dans des unités différentes selon les postes**

L'algorithme analyse l'association des différents couples état pathologique - profil de chaque patient et tient compte :

- d'un maximum logique et raisonnable,
- de l'existence d'actes dits « spécifiques »
- et de situations particulières

pour réaliser une « somme pondérée » des points liés aux différents couples présentés dans les 8 postes de ressources et constituer 8 indicateurs distincts de niveaux de soins nécessaires.

Les niveaux de soins sont donc exprimés en points correspondant à des unités différentes selon les postes de soins et rapportés à une valeur maximale de 100 :

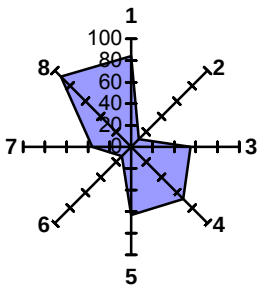
Nombre total de points ..... ⇨ Pi

Nombre moyen de points par patient ..... ⇨ Pi/N

Couverture de besoins ..... ⇨Pi / ETP

Pour les huit postes de soins :

Les résultats peuvent être alors présentés sous la forme par exemple d'un graphique polaire où chaque axe représente un poste de soins; comme dans la configuration suivante :



Légende :

1 Gériatre

2 Psychiatre

3 Infirmiers

4 Rééducation

5 Psychothérapie

6 Biologie

7 Imagerie

8 Pharmacie

Le PATHOS d'un individu est la lourdeur des soins médico-techniques à mobiliser. Elle s'obtient par une somme pondérée des points liés au niveau de soins reçus par le patient pour chaque poste de soins pondéré par un coefficient variable selon les postes de soins. Ces pondérations sont fonction du niveau de rémunération moyen des différents types de professionnels.

INDICATEUR SYNTHETIQUE PATHOS MOYEN PONDERE (PMP)

Le PATHOS moyen pondéré de l'ensemble des patients d'un service ou d'une institution est la moyenne des points PATHOS des patients. Il permet de calculer un indicateur unique de charge en soins pour une population de patients[197]. Cet indicateur ainsi calculé permet de comparer des services entre eux ou des institutions entre elles.

Le PMP se calcule selon la formule suivante :

$$PMP = \frac{\sum_{1}^{8} P_i * C_i}{N}$$

P_i : nombre total de points/poste

C_i : coefficient de pondération

N : effectif total

L'algorithme de traitement des données est complexe et nécessite impérativement l'utilisation de l'informatique. »[aa]

[aa] Closon, 2006, pp 28-30[3]

Le modèle SOCIOS

DESCRIPTION

La troisième composante est le champ de SOCIOS, indicateur appréhendant la complexité sociale. C'est une classification opérationnelle, simple de lisibilité, tant en saisie d'information qu'en compréhension des résultats tout en étant correctement descriptive et de type transversal. Il comprend deux axes : la situation de devenir du patient et le contexte groupal. Quatre situations de devenir sont envisagées :

1. Rien ne change
2. Des aménagements doivent être apportés
3. Le patient doit déménager
4. Le patient va probablement mourir à l'hôpital

En termes de contexte groupal, il s'agit d'évaluer la capacité du groupe familial à résoudre les problèmes posés par le devenir du patient à sa sortie : le groupe étant constitué de la personne elle-même, la famille voire des amis, des voisins, des tuteurs éventuellement. Quatre types différents de contexte groupal ont été répertoriés.

Une matrice croisant ces deux dimensions permet d'identifier 16 modalités différentes de complexité sociale au niveau individuel.

L'indicateur SOCIOS permet à une structure de quantifier l'importance du travail social nécessaire à mettre en œuvre pour faire évoluer les patients dans la filière de soins.

Dans le secteur sanitaire SOCIOS apporte des éléments de compréhension (à côté des éléments médicaux liés à la polypathologie) des durées de séjour, tout particulièrement ce qui revient aux inadéquations quantitatives dans l'offre de places d'aval intra ou extra hospitalière.

Le modèle SOCIOS comprend également trois facteurs qui peuvent alourdir la complexité :

- # (dièse) permettant de signaler pour les patient médicalement sortables l'absence de disponibilité de place et/ou d'aide
- ♭ (bémol) pour les personnes en isolement social
- ♮ (bécarre) pour les situations comportant des problèmes financiers

Logiciels AGGIR PATHOS SOCIOS

Le système AGGIR PATHOS SOCIOS délivre deux types de logiciels.

Le premier logiciel (nommé ARGOSS®) est utilisé par les institutions. Il permet de suivre le patient dans le temps (suivi longitudinal individuel).

Outre les données concernant AGGIR, PATHOS et SOCIOS, le logiciel permet l'utilisation de variables libres pour compléter l'évaluation du patient dans les domaines qui ne sont pas pris en compte pour le calcul des indicateurs. Il est ainsi possible d'évaluer les problèmes sensoriels, nutritionnels, les problèmes de l'équilibre etc. « ad libitum » de l'institution[198]. Il serait ainsi possible d'y introduire les outils d'évaluation du BGMST.

Le second logiciel (nommé GALAAD ®) réalise des coupes transversales permettant de comparer les situations entre elles : comparaison entre institutions, comparaison géographiques entre régions etc. Il nécessite l'encodage un jour donné de l'ensemble des données APS pour chaque patient hospitalisé (ou institutionnalisé). Il est utilisé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en France. La description de son mode de fonctionnement et des feed backs qu'il fournit de manière automatique peut être trouvée dans la recherche sur le Résumé Gériatrique Minimum[bb 3].

---

bb Closon, 2006, pp. 40 - 79[3]

EVALUATION DE LA VALIDITÉ DES OUTILS AGGIR-PATHOS-SOCIOS

Méthode

Nous avons recherché des informations quant à la validité d'AGGIR, PATHOS et SOCIOS pour la gériatrie aiguë séparément dans les bases de données Medline, Embase, Cinhal et BNI, sans aucun critère de date ou de langue.

Par ailleurs, nous avons consulté le supplément de la Revue de Gériatrie, revue française 'revue par les pairs' et indexée dans Embase, excepté pour les suppléments.

Les travaux réalisés par F.Falez dans le cadre de sa thèse de doctorat en Sciences Médicales relative à la validation d'instruments de mesure de la dépendance des personnes âgées[196] ont également été consultés.

Enfin, nous avons consulté trois rapports officiels belges :

- L'étude relative à la mise en œuvre de mécanismes d'aide aux personnes en perte d'autonomie – partie 'Etude de validation de différents instruments de mesure de la dépendance[199] - étude commanditée par la Région wallonne, la Communauté française, et la Communauté germanophone de Belgique.
- le Rapport Interface 2005 commandité par le gouvernement et le groupe de travail intercabinets « politique de soins au 3ème âge », sous groupe de travail « échelles de dépendance »[132].
- L'étude du Centre Interdisciplinaire en Economie de la Santé (CIES)[200] réalisée dans le cadre d'un contrat SSTC en 2005

La recherche de littérature a été complétée par une recherche manuelle.

Remarques préliminaires sur les documents consultés

TYPE DE LITTERATURE

La littérature scientifique identifiée par nos recherches est publiée principalement dans la Revue de Gériatrie, périodique avec revue par les pairs. Plusieurs articles relatifs à la validation de l'Outil APS ont cependant été publiés dans un numéro spécial qui n'est pas indexé.

L'outil étant principalement utilisé en France, les travaux sont publiés en langue française et peu de références scientifiques sont disponibles.

AUTEURS

Il s'agit d'une littérature surtout rédigée par les concepteurs de la grille et les personnes impliquées dans son implémentation en Belgique. Les résultats présentent donc un biais potentiel. Par ailleurs, les personnes impliquées dans l'implémentation de l'outil, en raison de leur expertise spécifique en financement des soins hospitaliers et/ou relative aux personnes âgées font également partie de l'équipe de recherche du présent projet.[cc]

PRINCIPALES ETUDES CONSULTEES : CONTEXTE, OBJECTIFS ET LIMITES

L'étude de validation de Falez et al[196, 201] : Cette étude avait pour objectif de valider un certain nombre d'instruments de mesure de la dépendance des personnes âgées. Elle n'a pas été effectuée dans des services G.

L'étude de validation de Neirynck et al[202] est issue du rapport du CIES [200]. Ce dernier visait à analyser la spécificité des services G et valider l'outil APS dans ces unités en Belgique. Dans l'expérimentation, l'ensemble des unités de gériatrie ont été invitées à participer à l'expérience sur base volontaire sans aucun financement complémentaire. Les services ont dû participer à plusieurs journées d'information et de formation. Le taux de participation des unités de gériatrie, sur de telles bases a été très élevé : 77 unités ont en effet accepté de suivre les formations et d'encoder les données APS

[cc] Une validation a été réalisée par les experts du KCE.

(plus de la moitié des unités de gériatrie). L'encodage s'est fait dans des conditions proches de celles que l'on pourrait trouver en pratique courante

Pour la validité inter-juges, cette étude a porté sur seulement 2 études de cas cliniques imaginés par un gériatre et envoyés 'sur papier' à tous les gériatres participants à l'étude (dans 77 unités). Dix-neuf gériatres (wallons, flamands et bruxellois) ont accepté de participer à la codification de ces deux cas.[dd]

L'étude de stabilité a été réalisée sur une période de près d'un an et donc sur une patientèle différente.

Il n'y a pas eu d'épreuve de 'test-retest' des instruments. Cependant, étant donné l'objet de l'outil, à savoir qu' il mesure l'état du patient un jour donné dans un service aigu et que cet état évolue rapidement, le test-retest de PATHOS sur les mêmes patients n'aurait pas de sens. Une mesure de stabilité après plusieurs mois permet de rendre compte de la constance éventuelle dans la lourdeur relative de la charge de travail moyenne par unité et ce, afin de permettre de ne coder les patients que deux trois fois par an.

Dans l'étude de validité faciale, les questionnaires de validation, ainsi que des feedback des résultats de la première partie de l'étude ont été envoyés à l'ensemble des services qui avaient participé à l'étude. Le questionnaire portait sur leur évaluation de l'outil, les problèmes rencontrés dans son utilisation, la qualité et la pertinence des informations fournies, la pertinence de la position de leur unité par rapport aux autres unités dans différents domaines. Plus de 30% des unités ont répondu à ce questionnaire (28/77). Ce taux peut être considéré comme très élevé étant donné la lourdeur du travail demandé et le fait que ce travail était non rémunéré. Même si on ne peut exclure un biais de désirabilité, le fait que les questionnaires aient été renvoyés de manière anonyme devrait limiter ce biais. De plus, le biais de non réponse dans les recherches « health system research » peut être sans effet[203].

L'étude Interface 2005 avait pour objectif primaire le développement d'instruments et de procédures politiques pour :

- tracer la problématique d'une personne âgée nécessitant des soins permanents,
- formuler des objectifs individuels,
- déterminer et suivre les besoins en soins informels, de soins professionnels et éventuellement d'hospitalisation,
- estimer les frais y afférents et comparer les résultats avec la situation actuelle.

Afin d'atteindre cet objectif, un instrument de base commun pour les soins à domicile et services de soins résidentiels basés sur la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) avait été recherché. Un premier groupe de travail avait alors identifié 3 outils : Katz, APS et MDS/RAI[198].

Le rapport précise toutefois qu'aucun outil ne rencontre les 4 objectifs précités et que chacun à sa spécificité. Nous reprenons ici plusieurs constats du rapport Interface illustrant cet aspect :

- On remarque que les objectifs du RAI et de l'APS ne sont pas les mêmes (et leur application non plus : le RAI n'a pas comme objectif d'aboutir à un financement mais bien d'évaluer le patient pour établir un plan de soins individualisé) – élaboré spécifiquement pour les personnes âgées en institutions. Le RAI acute n'est pas encore validé et ne comprend pas actuellement d'évaluation des groupes iso-ressources dans les services aigus.
- Contrairement au RAI, l'APS a pour but premier d'analyser et comparer les données au niveau du groupe. Il permet au niveau de l'institution de déterminer des groupes iso-ressources et des

dd Comme le souligne Groves203, le taux de non réponses dans les recherches « health system research » n'implique pas nécessairement un biais de non réponses.

indicateurs de charge en soins pour les différents professionnels et permet d'élaborer des statistiques utiles à la gestion des ressources humaines.

- De manière générale, PATHOS est plus étendu que les autres outils pour évaluer les diagnostics médicaux[132].
- AGGIR et PATHOS sont utilisables en institution et à l'hôpital – SOCIOS est seulement valable pour l'hôpital
- Le rapport conclut enfin que « Le PAS (APS) présente un meilleur rapport qualité prix et une visibilité claire du point de vue économique »[ee]

L'objectif de l'étude Interface 2005 était plus de chercher un outil qui permettait de définir un plan de soins individuels et ne portait pas spécifiquement sur les patients hospitalisés en service G aigu, ni sur la recherche d'instruments utilisables pour le financement.

Dans l'étude Interface, toujours, les méthodologies d'administration des outils à tester sur le terrain et la collecte de données qualitatives sur lesquelles est basée la validité faciale étaient différentes en Flandre et en Wallonie. D'autre part, concernant la gériatrie, un entretien collectif regroupant 6 prestataires de 3 services G différents a été effectué côté néerlandophone et 1 focus groupe où 4 institutions (service G aigu, subaigu et hôpital de jour) étaient réprésentées s'est déroulé côté francophone. Les conclusions relatives à la comparaison des outils sont donc à interpréter avec précaution. Toutefois, ces comparaisons ne nous sont pas utiles dans la présente analyse. Nous avons utilisé pour cette partie de notre étude seulement les éléments relatifs à l'outil APS en tant que tel.

Le rapport de Falez et al de l'étude relative à la mise en œuvre de mécanismes d'aides au personnes en perte d'autonomie[199] avait pour objectif la validation comparée d'échelles utilisées en Belgique et d'évaluer la fidélité inter juges de celles-ci. Parmi les échelles étudiées on retrouve notamment AGGIR et SOCIOS. Pour ce faire, une revue de la littérature scientifique quant aux différentes échelles a été menée. Cependant, la méthodologie de cette dernière n'est pas explicitée dans le rapport.

D'autre part une enquête à domicile visant à évaluer les outils de mesure a été réalisée. Elle ne concernait donc pas les patients hospitalisés et n'a été menée qu'en Communautés française et germanophone.

Validation de la grille AGGIR

VALIDITE DE CONTENU

Validité de contenu

La grille est construite sur le modèle des performances et répond ainsi aux critères de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) où on évalue le fonctionnement de la personne en observant ce qu'elle fait effectivement (performances) pour les gestes (activités) dans la vie réelle [199, 196]. Elle mesure donc l'autonomie du patient et pas l'activité du soignant[199]. AGGIR présente également une meilleure validité de contenu que l'outil utilisé par l'INAMI quand on les compare item par item[196].

L'étude Interface[132] conclut après analyse quantitative que le « PAS (APS) apparaît comme un outil valide pour la redistribution des ressources disponibles et donc pour le financement. Il en va de même pour l'évaluation des besoins, et il est ainsi un outil intéressant d'aide à la décision politique permettant de définir la masse financière idéale pour rencontrer les besoins en personnel pour atteindre les objectifs de soins »[ff].

---

ee Etude Interface 2005[132], p 335.

ff Etude Interface 2005[132], p 242.

Validité faciale

La validité faciale est abordée dans l'étude INTERFACE. Du côté des soignants néerlandophones, la grille AGGIR est considérée comme étant équivalente à l'échelle de l'INAMI en usage en Belgique. Les soignants francophones l'estiment quant à eux mieux adaptée et décrivant mieux la dépendance de la personne[132]. Dans l'étude de Closon[200] la validité faciale d'AGGIR est également vérifiée (voir annexe) tant dans les services de gériatrie aiguë néérlandophones que francophones.

Il est important d'assurer une bonne formation des codificateurs à l'utilisation de l'outil. Sans une formation adéquate, particulièrement pour la dépendance liée à la cohérence et à l'orientation, ces items ont tendance à être sous-codés.

VALIDITE DE CONSTRUIT

Validité factorielle

L'article princeps qui explicite la méthodologie utilisée pour l'élaboration de la grille AGGIR est publié en 1993[194]. La validité de construit du modèle GERONTE sur lequel sont définis les groupes iso-ressources a été évaluée par analyse factorielle et est établie.

Validité concurrentielle

La grille présente une bonne validité de construit évaluée par validation concurrentielle avec l'échelle de l'INAMI en Belgique[196, 201].

L'étude Interface aborde également la validité de construit à travers la validité concurrentielle. Les 3 échelles comparées (Katz-INAMI, RAI/MDS et APS) lors de la phase quantitative de l'étude indiquent que les 3 systèmes sont comparables pour évaluer les ADL. La validité de construit est donc bonne.

Il existe une relation entre les performances cognitives et la dépendance évaluée par AGGIR[204]. Il existe également une relation entre l'état nutritionnel des patients évalué par le Mini Nutritional Assessment (MNA) et le degré d'autonomie défini par la grille AGGIR.

Par contre, la grille AGGIR tient plus compte de la dépendance physique que de la dépendance psychique et comportementale[205].

Validité concomitante

La grille est bien corrélée à des standards de temps de soins pour prise en charge de la dépendance avec des R^2 compris entre 0,6 et 0,9[196]. Elle présente ainsi une bonne validité concomitante.

Validation discriminante

La grille distingue des catégories de patients nécessitant des charges de soins distinctes[196]. Elle présente ainsi un bon pouvoir de discrimination et dès lors une bonne validité de construit. Cela est confirmé par les 2 études réalisées en Belgique pour le gouvernement[199, 132].

FIDELITE

Consistance interne

La consistance interne de la grille est élevée : les tests de fidélité montrent des coefficients kappa supérieurs à 0,6[201]et un coefficient alpha de Cronbach supérieur à 0,9[196].

Fidélité inter juges

Les tests inter-juges montrent une fidélité élevée item par item et pour la classification des groupes iso-ressources, avec coefficient kappa de Cohen supérieurs à 0,6 et coefficient alpha supérieurs à 0,9[201], CCI >0.86.

Test-retest

Une évaluation test-retest de la grille AGGIR est décrite[196]. Les coefficients kappa sont tous supérieurs à 0,7, témoignant de la bonne fidélité intrajuges.

Validitation du modèle PATHOS

VALIDITE DE CONTENU :

Validité de contenu

Les différentes études de l'équipe de Closon et al[1, 2, 200, 3, 202] ont montré qu'il n'y avait pas moyen de rendre compte de la charge de travail dans les services de gériatrie aiguë sans prendre en compte la multipathologie associée aux différents profils de soins.

Comme nous l'avons vu, l'analyse en termes d'Evidence Based Medecine en ce qui concerne l'efficience dans les prises en charge gériatrique a également montré la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. Cette approche est conforme à la philosophie de PATHOS qui à chaque état pathologique fait correspondre un profil de soins qui comprend l'évaluation de la charge de travail de l'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire (médecin, psychiatre, infirmières, rééducateurs….)
La validité de *contenu* est aussi évaluée indirectement par une étude concernant la fragilité des patients[206] et dans la recherche Interface[132]. Elle repose sur les résultats recueillis en Wallonie et à Bruxelles, aucun encodage dans les logiciels n'ayant été réalisé en Communauté Flamande.
Le thésaurus des états pathologiques répond aux attentes. Moins de 2% « d'états pathologiques autres » sont répertoriés dans la première phase de l'étude, moins de 3% pour les services G aigus et subaigus et pour les MRS dans la seconde phase de l'étude.

Validité faciale

L'ensemble des unités estime que l'outil permet de rendre compte de la spécificité de l'approche gériatrique et de son caractère multidisciplinaire. Une large majorité des unités amenées à évaluer la validité faciale au cours de l'étude de validation d'APS estime que le modèle reflète bien le profil de l'unité le jour de l'enregistrement ainsi que son positionnement par rapport aux autres unités[202]. Cela vaut également si on regarde plus spécifiquement tout ce qui a trait à PATHOS et concerne donc les pathologies, le type de prise en charge par état pathologique et le caractère multidisciplinaire de cette prise en charge.

Dans le type de prise en charge de chaque pathologie sont compris les soins médicaux, les soins techniques infirmiers et les soins de réadaptation (qui peuvent éventuellement être réalisés par des infirmiers). AGGIR ne mesure que les soins infirmiers liés à la dépendance[3]. Des analyses complémentaires effectuées par régime linguistique sur base des données de cette étude [200] indiquent que la validité faciale est vérifiée tant du côté francophone que néerlandophone (voir tableaux en annexe). La validité faciale de PATHOS a été admise également suite à l'étude qualitative du projet Interface[132], bien que l'étude ait été réalisée en collaboration avec un nombre restreint de personnes impliquées dans des services G. En Wallonie les participants à l'étude ont rapporté que PATHOS avait l'avantage d'être le seul outil à vocation gériatrique et à attirer l'attention sur la principale préoccupation médicale du moment.

VALIDITE DE CONSTRUIT

PATHOS a été jugé comme adapté à la philosophie gériatrique[132]. En effet, L'outil APS a été élaboré sur base d'un consensus d'experts qui a défini pour chaque couple état pathologique / profil de soins les temps moyens nécessaires par semaine pour les différents types de professionnels[202].

Validité concurrentielle

PATHOS et le MDS Rai concordent pour les diagnostics de démence en service G et à domicile[132]. De manière générale, PATHOS est plus étendu que les autres outils pour évaluer les diagnostics médicaux[132].

La recherche « Résumé Gériatrique Minimum »[3] a montré que PATHOS permettait de mieux appréhender la lourdeur de la charge de travail liée à la prise en charge médico-technique que les APR-DRGs en prenant en compte l'ensemble des pathologies (non hiérarchisation en fonction du diagnostic principal) et en leur associant un profil de prise en charge.

Validité concomitante

De même, on observe une concordance entre les patients pour évaluation du risque de chute dans les services G par le MDS-RAI[132].

Validation discriminante

PATHOS se révèle discriminant, adapté à l'analyse de l'ensemble des services de soins participant à la prise en charge des personnes âgées[207].

Dans l'étude Interface, les profils de soins se distribuent de manière différente entre les services aigus (majorité de profils T, R et P1) que dans les autres configurations de soins[132]. Les résultats répondent à l'attente. La distribution des états pathologiques diffère également suivant les configurations de soins (services aigus, subaigus, domicile, institutions) et de la manière attendue. Il en va de même du PATHOS Pondéré Moyen (PPM) qui représente la lourdeur moyenne de la charge en soins médico-techniques. Ce type de résultats a été également rapporté en France [207]. Par ailleurs, Closon a montré qu'en service aigu et subaigu, l'outil permet de discriminer nettement les profils de dépendance, diagnostics et de prise en charge de ces différentes institutions[200].

FIDELITE

Consistance interne

La grille PATHOS n'étant pas une échelle, ce type de validation est sans objet.

Test-retest

La grille PATHOS n'étant pas une échelle, ce type de validation est sans objet.

Fidélité inter juges

La fidélité inter-juges telle qu'étudiée en Belgique n'est pas exprimée en mesure directe (coefficient)[202].

L'étude rapporte plusieurs types d'erreurs d'encodage, liées à une mauvaise interprétation des cas, et des comparaisons de PMP (PATHOS moyen pondéré) pour les 19 juges inclus dans l'étude.

Cependant, même s'il y avait des variations dans l'encodage des patients en termes de pathologie et de prise en charge, ces différences dans la codification avaient très peu d'impact sur l'évaluation de la charge de travail globale (PMP).

Validation du modèle SOCIOS

Aucun article scientifique relatif à la validité ou à la fidélité du système SOCIOS n'a été identifié.

VALIDITE FACIALE

Certains participants néerlandophones à l'étude qualitative Interface ne comprennent pas l'utilité de l'outil SOCIOS[132]. Rappelons à cet égard que les représentants de services G étaient peu nombreux. Or, SOCIOS est initialement uniquement valable pour l'hôpital. D'ailleurs, SOCIOS a été largement plébiscité par les participants francophones, sauf dans les MRPA-MRS. L'instrument est perçu comme donnant une indication sur les conditions sociales de la personne[132].

VALIDITE DE CONTENU

La validité de contenu a été examinée dans l'étude réalisée en Communauté française et germanophone[199]. Il en ressort que l'instrument permet d'analyser le fonctionnement du groupe aidants-aidé et les attitudes des personnes, cumulant ainsi des informations conformes au domaine de la participation et au domaine des facteurs environnementaux de la Classification Internationale du Fonctionnement.

VALIDITE DE CONSTRUIT

Nous n'avons pas trouvé d'information quant à la validité de construit de SOCIOS.

FIDELITE

La fidélité externe de l'instrument a été évaluée dans l'étude précitée[199] et a été trouvée excellente.

Validité externe de l'APS

La validation en termes de fiabilité présente un haut niveau de validité « externe ». On pourrait comparer ce qui a été réalisé à une étude d'effectiveness. Une étude d'efficacité se fait en « monde clos » en surveillant toutes les conditions de manière précise mais ne correspond généralement pas à ce qu'on retrouve en pratique courante.

Dans les recherches « Health System Research » la validité externe est souvent plus importante que la validité interne[208]. Cette recherche a montré qu'une collecte des données APS dans les unités de gériatrie était faisable, donnait rapidement des résultats en termes de profil d'unité et d'évaluation de la charge de travail et que ceux–ci semblaient pertinents pour la majorité des unités.

Faisabilité de l'encodage des données APS

COLLECTE DES DONNEES

L'expérimentation des données dans 77 unités[3] a montré que l'outil APS permettait, à partir d'une coupe transversale réalisée un jour donné sur l'ensemble des patients hospitalisés dans ces services de gériatrie, de donner une photographie, un profil des services gériatriques en fonction de leurs spécificités et une évaluation de la charge relative de travail des divers intervenants (et donc de leur financement).

Son implémentation pourrait être réalisée rapidement et à un faible coût tant pour les services de gériatrie que pour le Ministère de la santé Publique. Les outils de formation, d'encodage et de feedback sont disponibles et gratuits et ont déjà été adaptés à la situation belge. Ils existent en français et en néerlandais. Les programmes de constructions d'indicateurs utiles pour le SPF sur base des données APS ont été élaborés au CIES et peuvent être transmis tels quels au Ministère de la Santé.

RYTHME DE COLLECTE DES DONNEES :TEST DE STABILITE

Au cours de l'étude de validation belge[202], un deuxième enregistrement de AGGIR SOCIOS PATHOS- a été effectué par dix-sept unités gériatriques volontaires (10 G-aigus et 7 G-subaigus). L'enregistrement s'est effectué exactement un an après le premier enregistrement le même jour de la semaine, garantissant ainsi de neutraliser les éventuels effets de période climatique et de jour de test. Le nombre de patients ne varie que peu d'une année à l'autre, et la comparaison entre les résultats 2003 et 2004 des 17 unités prises globalement montre une très bonne stabilité des indicateurs de charge en soins de base (GIR pondéré moyen), de charge en soins médico-techniques (PATHOS pondéré moyen) et de distribution différentielle de ces charges dans les différents secteurs de soins.

Vetel et al[186] rapporte que la reproductibilité et de stabilité de PATHOS sont vérifiées. Cependant ils ne fournissent aucun résultat chiffré dans leur publication.

Une récolte des données APS 2 à 3 jours par an serait suffisante pour permettre de rendre compte des variations saisonnières.

Conclusion

Très peu de publications quant aux propriétés du modèle APS sont disponibles, surtout dans la littérature scientifique. Le modèle AGGIR a fait l'objet de plusieurs études publiées, le modèle PATHOS de quelques unes et le modèle SOCIOS d'aucune. De manière générale, la grille AGGIR est bien validée. Les 2 autres éléments de l'outil amènent à des conclusions moins définitives. Par ailleurs les précautions habituelles sont à prendre dans l'interprétation des résultats en raison du nombre limité d'études disponibles. L'expérimentation a montré la faisabilité de la collecte de données et un bon rapport coût efficacité.

5.2.3 Conclusion générale sur les outils de financement des services gériatriques

Nous avons montré dans cette recherche que les données du RCM et l'outil de classification APRDRG ne permettaient pas de prendre en compte la spécificité des patients et services gériatriques et donc d'évaluer la charge de travail et la durée de séjour dans les services gériatriques aigus. Avant de se lancer dans une collecte de données supplémentaires, une recherche a tenté de voir si certaines variables déjà disponibles (RCM) n'étaient pas fortement corrélées à des indicateurs de dépendance et de lourdeur de charge de travail requise pour les infirmiers, les médecins et le personnel para médical (kiné, ergo, logo, assistant social, …). En effet, si certaines variables étaient fortement corrélées à ces indicateurs, il aurait été possible de les utiliser comme proxi de lourdeur de la charge de travail.

Nous avons pu mettre en évidence que ni le type de pathologie, ni le nombre de pathologies, ni l'âge ne permettaient de prendre en compte la spécificité et la lourdeur de la charge de travail en gériatrie[gg].

C'est pourquoi, les RCM et les APRDRGs ne peuvent être utilisés comme seuls outils de financement de ces services.

L'ajout aux RCM de quelques variables supplémentaires (dépendance, soins infirmiers, réadaptation…) ne permet pas d'appréhender de manière suffisante la charge de travail de l'équipe multidisicplinaire en fonction du profil pathologique et de dépendance du patient.

Dans cette conclusion, nous allons comparer les avantages et les inconvénients des différents outils de financement que nous avons analysés sur base d'une série de critères :

- Prise en compte de la charge multidisciplinaire et interdisciplinaire indispensable dans les services de gériatrie aiguë pour assurer l'efficacité des soins
- Choix méthodologiques dans l'élaboration des outils (outils, temps de formation, d'analyse, de collecte).
- Rapport coût/efficacité de la récolte des données nécessaires par rapport aux indicateurs fournis.
- Possibilité de contrôle.
- Validité des outils

5.2.3.1 Prise en charge multi et interdisciplinaire

La spécificité de la prise en charge dans un service gériatrique aigu est son caractère multidisciplinaire et surtout interdisciplinaire. Les professionnels de la santé et sociaux interviennent simultanément et leurs actions doivent être interdépendantes et interactives pour aboutir à une prise en charge efficiente du patient.

Les deux premiers outils analysés, le **RIM** et **PLAISIR**, sont clairement deux outils qui ne prennent en compte que le travail infirmier. Ils ne sont donc pas multidisciplinaires et ne permettent pas d'évaluer la charge de travail globale et interdépendante des différents intervenants.

Les **RUGs** prennent essentiellement en compte les soins infirmiers et de réadaptation. La situation médicale plus ou moins complexe du patient est utilisée comme un critère de classement dans les RUGs mais est essentiellement approchée par des actes techniques et la charge médicale de travail qui y est associée est insuffisament prise en compte. C'est un outil qui a été construit pour évaluer les soins infirmiers et de réadaptation dans les institutions de long séjour pour les personnes âgées. Son application pour le financement de la gériatrie aiguë pose problèmes dans l'appréhension de la prise en charge multidisciplinaire dans la phase aiguë (et particulièrement de la prise en charge médicale) de l'épisode de soins.

---

gg Closon, 2006, pp.165-177[3]

Les RUGs ne basent pas l'évaluation de la lourdeur de la charge de travail de chaque type de personnel par rapport à un profil de patient et de prise en charge multidisciplinaire. Ils ne tiennent pas compte de l'interdépendance et de l'interaction des divers types d'intervention.

L'**APS** est avant tout un outil multidisciplinaire. L'encodage des données doit se faire en équipe multidisciplinaire pour évaluer le patient et les profils de prise en charge conjointement. La charge de travail de chaque professionnel a été évaluée pour le niveau de dépendance et chaque état pathologique du patient et en fonction du type de prise en charge décidée par l'équipe multidisciplinaire pour chaque état pathologique.

Ainsi, un AVC dont le type de prise en charge serait médicale, aura dans ce type de prise en charge une évaluation du temps de médecin, du temps technique infirmier, du temps de rééducation pour la mobilisation du patient, du temps de psychologue pour le soutien psychologique et du temps de l'assistant social. Pour chaque couple état pathologique/profil du patient, c'est le travail interactif et complémentaire de l'équipe multidisciplinaire qui est pris en compte.

5.2.3.2 Choix méthodologiques dans l'élaboration de l'outil

CHOIX DE BASE POUR L'EVALUATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL SUR LES SOINS REQUIS OU DONNES

Le **RIM II** est basé sur les soins donnés aux patients.

Le système **PLAISIR** est basé sur les soins requis.

Le classement des **RUGs** est clairement basé sur les soins donnés ou les techniques prestées. Les RUGs de réadaptation sont hiérarchisés en fonction du nombre de minutes prestées et les situations cliniques sont souvent évaluées sur base des actes techniques réalisés. Il n'est dès lors pas étonnant que les RUGs expliquent un pourcentage important de la charge de travail prestée.

Baser un système de financement sur les soins donnés revient à financer ce qui est fait, même si cela ne correspond pas à ce qui devrait être fait. Il incite à réaliser le plus possible d'actes qui permettent d'accéder à des RUGs mieux remboursés.

Dans l'outil **APS**, les charges de travail sont évaluées en termes de soins requis et standardisés en fonction de la dépendance, des pathologies du patient et du profil de prise en charge requis pour chaque pathologie.

Le type de profil de prise en charge requis tient compte de la réponse du patient en termes d'adhésion au traitement et de ses capacités d'adhésion au traitement. Le soin requis peut être défini comme un soin répondant aux besoins de la personne de manière raisonnable et conforme aux standards de bonne pratique. Ce soin doit être défini par consensus d'experts, le temps nécessaire à sa réalisation doit être évalué.

L'évaluation de la charge de travail requise pour chaque couple état pathologique/profil de soins est basée sur des temps de soins prescrits par différentes équipes d'experts gériatriques pour chaque intervenant et validé par une réunion de consensus. La mesure de l'activité présente dans l'APS est une mesure standardisée en fonction du niveau de dépendance ou du couple « état pathologique/profil de soins ».

L'algorithme de regroupement pour les patients ayant plusieurs couples 'états pathologiques/profils de soins' a été élaboré par des experts en gériatrie et des acteurs du terrain lors de l'élaboration de l'outil en France.

Il est conceptuellement préférable de financer les services de gériatrie en fonction des soins requis plutôt qu'en fonction des soins donnés. Toutefois, il est indispensable dans l'un et l'autre système de contrôler que les données récoltées correspondent bien à la réalité.

CHOIX DE LA MESURE DE L'EVALUATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL

RIM II : la méthodologie permettant d'évaluer la charge de travail à partir des données du RIM II n'est pas encore disponible. D'autre part, il faudra sans doute encore attendre quelques années avant que le RIM II ne soit disponible en routine dans tous les hôpitaux

et que la méthodologie d'évaluation de la charge de travail soit validée. Dans le système **PLAISIR**, l'algorithme de mesure de l'évaluation de la charge de travail n'est pas décrit.

La classification des patients dans les **RUGs** est basée sur l'algèbre booléenne (le patient appartient à une classe ou n'y appartient pas) et sur une hiérarchisation de ces différentes classes. La classification est dans un premier temps basée sur la classe 'temps de réadaptation (4 classes)' et des points sont ajoutés aux points attribués à ces 4 classes en fonction de la présence ou non d'autres critères (ex. : soins spéciaux et procédures, services extensifs, trouble de la cognition, trouble du comportement,…). Cette méthode pose différentes questions non résolues dans la littérature :

- En fonction de quel critère s'est effectué le choix des classes ?
- En fonction de quel critère a été réalisée la hiérarchisation des classes ?
- Sur quelle base les points ont-ils été attribués aux classes ?
- La méthode d'addition des scores obtenus pour chaque classe est-elle scientifique ?
- Les techniques de hiérarchisation aboutissent souvent à la constitution d'un groupe 'autres' qui peut comprendre de nombreux patients dont le profil ne coïncide pas à l'arbre et aux critères de classement. On peut penser que dans la classification en RUGs, le dernier groupe, à savoir la classe des fonctions physiques réduites, se comporte comme un groupe 'autres'.

Nous n'avons trouvé nulle part de validation de construction de l'attribution des points et de leur sommation dans le système RUG.

Pour éviter les pièges de l'algèbre booléenne (le patient a ou n'a pas) et le problème de la hiérarchisation des critères (soit diagnostic, soit temps de soins, soit actes techniques), l'outil **APS** évalue la situation globale du patient et définit pour chacun d'eux, en fonction de sa dépendance, des états pathologiques et du type de prise en charge, un profil unique par patient en termes de dépendance et de charge en soins médico-techniques.

Au niveau de la charge liée à la dépendance, l'attribution à un groupe iso-ressources a été réalisée en associant les profils « proches » au niveau de la charge de travail en concertation constante avec les acteurs de terrain.

Le niveau de charge en soins médico-techniques se fait sur base des temps de soins prescrits pour chaque couple état pathologique / profil de soins. L'algorithme de sommation des temps de soins pour les patients qui ont plusieurs états pathologiques a été élaboré par des experts en gériatrie en collaboration avec les acteurs du terrain.

Messages Clés

- **RIM II et PLAISIR ne disposent pas de données permettant d'évaluer la charge de travail multidisicplinaire et n'ont pas de méthodologie décrite permettant d'évaluer cette charge de travail à partir des données récoltées.**
- **Le RAI et les RUG ne sont pas encore disponibles pour la gériatrie aiguë**

=> ne peuvent être retenus dans le cadre de cette étude

RAPPORT COUT-EFFICACITE DE LA COLLECTE DES DONNEES

Le rapport coût-efficacité mesure le rapport entre le coût de la collecte de données et la pertinence des indicateurs fournis par rapport à l'objectif poursuivi (mesure de la charge de travail requise pour financer les services de gériatrie aiguë).

La collecte des données du RAI, utilisées pour le calcul des **RUGs**, demande environ 2 heures par patient. L'outil en tant que tel (les RUGs) mesure essentiellement la charge de travail de réadaptation et de soins infirmiers après la phase aiguë. Une version simplifiée existe pour l'évaluation de la phase soins aigus. Elle est en cours d'expérimentation en Australie comme outil d'évaluation.

Toutefois, le lien avec la charge de travail n'a pas encore été étudié et l'outil pour ce faire ne serait, d'après l'équipe RAI, pas disponible avant une dizaine d'années.

L'outil **APS** est un logiciel qui, sur base de la collecte des données un jour donné pour chaque patient du service, permet d'obtenir des indicateurs de la lourdeur moyenne de la charge en soins pour chaque type de professionnels. Le temps de collecte est d'environ 5 minutes par patient ou d'une matinée par service (24 patients).

La stabilité de la lourdeur de la charge moyenne journalière est bonne[hh 3 420] si des modifications importantes ne sont pas intervenues dans le service telles que changement du corps médical, changement d'orientation dans le type de patientèle prise en charge… Cette manière de faire permet d'éviter d'évaluer la lourdeur de la charge de travail liée à un patient qui doit tenir compte de l'évolution de cette charge tout au long du séjour. La précision de l'évaluation de la charge journalière moyenne de l'unité est beaucoup plus grande que la précision de l'évaluation de la charge de travail pour un patient individuel.

L'outil APS présente l'avantage d'avoir été fourni gratuitement par la CNAM. Les logiciels d'encodage, d'analyse des données et de présentation des feedback aux unités sont disponibles et ont été traduits en néerlandais.

Lors de la première collecte des données APS en Belgique, deux journées de formation ont été réalisées. Des manuels de définition des variables, des règles d'encodage ont été élaborées en français et et traduits en néerlandais. La formation est assez simple parce que les données à encoder sont peu nombreuses, sont liées à l'état du patient et à son profil de prise en charge le jour même.

Le nombre d'items à encoder pour le RAI est beaucoup plus important et nécessite dès lors un temps de formation à la maîtrise de l'outil beaucoup plus longue.

En termes d'outcomes, l'APS fournit les indicateurs nécessaires pour assurer le financement des services gériatriques aigus en fonction de la charge de travail requise à laquelle ils sont confrontés (indicateur de lourdeur de charge de travail pour chacun des intervenants). Il permet de répartir le budget disponible en fonction de la lourdeur relative de la charge de travail des différentes unités.

L'évaluation en fonction des données du RAI de la charge de travail des différentes unités de gériatrie aiguë n'a pas encore été réalisée et ne semble pas pouvoir l'être avant plusieurs années.

POSSIBILITÉ DE CONTRÔLE

Le contrôle de la qualité d'enregistrement des données APS est simple. En effet, les données récoltées sont peu nombreuses et le logiciel d'encodage fournit immédiatement pour chaque unité une série d'indicateurs sur le profil de l'unité. La comparaison inter unités de ces indicateurs permet d'élaborer des clignotants pour détecter des profils anormaux d'unités pour les contrôles.

Un nouvel encodage des données d'un service un jour donné pour contrôle d'un service ne prend au contrôleur qu'une matinée.

VALIDITÉ DES OUTILS

Le tableau suivant reprend les éléments de validité des différents outils envisagés

---

[hh] Closon, 2006, pp161 [3]

Tableau 23: Validité des différents outils disponibles pour mesurer la charge de travail dans les services G

	RIM II	AGGIR	PATHOS	SOCIOS
Fidélité				
Consistance interne :	n.r.	++	sans objet	n.r.
Test-retest:	n.r.	++	sans objet	n.r.
Fiabilité inter-juges :	n.r.	++	++	++
Validité				
Validité de contenu	n.r.	+++	++	++
Validité faciale	n.r.	++	++	+
Validité de construit	n.r.	++		
Validité concurrentielle	n.r.	++	n.r.	n.r.
Validité concomitante	n.r.	++	++	n.r.
Validité discriminante	n.r.	++	++	n.r.
Validité factorielle :	n.r.	+++	n.r.	n.r.

n.r. non rapporté - +++ : aucune remarque - ++ : une remarque - + plus d'une remarque - - : non validé

Les analyses de validité de l'outil APS sont plutôt positives mais peu nombreuses.

Le système APS est un système nouveau qui n'a encore été utilisé qu'en France, en Belgique et en Suisse. La première expérimentation étendue dans les services de gériatrie aiguë a été faite en Belgique. Différents tests de validation ont été réalisés avec succès. Toutefois des travaux complémentaires devront encore être réalisés au fur et à mesure de son utilisation et des données que celle-ci permettra d'obtenir[ii].

L'ensemble des éléments mis en évidence ci-dessus plaiderait en faveur de l'outil APS comme outil de financement de la gériatrie aiguë en Belgique. Le RIM II n'est pas un indicateur de besoins mais de soins prestés. Quand il sera disponible en routine dans les hôpitaux et quand une méthodologie d'évaluation de la charge de travail infirmière à partir de cet outil aura été mise au point, il pourra être utilisé complémentairement pour confronter les soins donnés (RIM II) et les soins requis infirmiers. Toutefois le RIM II ne pourra jamais rendre compte de la charge de travail de l'équipe multi et interdisciplinaire.

Des quatre outils présentés, le système APS offre une avancée conceptuelle importante qui est d'être fondé sur les soins estimés comme requis par l'équipe multidisciplinaire et d'être orienté vers une prise en charge pragmatique des patients sans négliger la nécessité d'appliquer les règles de bonne pratique. Il est cependant insuffisant pour garantir une qualité optimale des soins et doit être accompagné d'une démarche de qualité comme cela est recommandé dans le programme de soins gériatriques.

[ii] Closon, 2006, pp.159 3

Tableau 24: Evaluation de différents outils en vue du financement des services de gériatrie aiguë en Belgique

	APS	RIM II
Soins évalués	Ensemble des soins de l'équipe multi-disciplinaire et interdisciplinaire	Soins infirmiers
Phase de l'épisode de soins	Phase aiguë et post-aiguë	Soins aigus
Type de soins	Soins requis	Soins prestés
Classification pour évaluer l'utilisation des ressources	Evaluation un jour donné de tous les patients sur base d'un profil unique par patient	Non disponible
Rapport coût efficacité dans la collecte de données	-Temps de collecte courts -Logiciel d'encodage et de feed back disponible dans les deux langues nationales - Indicateurs relatifs de charge en soins requise pour les différents professionnels par unité pour la répartition du financement des services gériatriques aigus fournis rapidement	4 X 15 jours par an pour chaque patient Logiciel d'encodage et de feed back ? Indicateurs de lourdeur de la charge de travail infirmier non disponibles
Contrôle des données	Nombre d'items limités collectés sur un seul jour. Plus facile à contrôler	Via le dossier infirmier Contôle assez lourd
Validité	Applicabilité, stabilité, reproductibilité, validité faciale, validité de construit mais évaluations partielles réalisées sur base de peu d'études vu le caractère récent de l'outil	Etudes en cours ?

Messages Clés

Nous avons choisi de proposer l'outil APS pour le financement des services gériatriques parce qu'il présentait les avantages suivants par rapport aux autres outils :

- **Evaluation multidisciplinaire de l'évaluation de la charge en soins des divers professionnels**
- **Couverture de la phase aiguë et post aiguë des soins**
- **Prise en compte de la spécificité de chaque patient par l'évaluation de la charge de soins sur base du profil du patient**
- **Rapport coût efficacité de la collecte des données par rapport aux indicateurs nécessaires pour l'objectif poursuivi : l'évaluation de la charge de travail**
- **Contrôle des données plus aisé**

5.3 PROPOSITION D'UN MODELE DE FINANCEMENT POUR LA BELGIQUE

5.3.1 Expérimentation de l'outil AGGIR PATHOS SOCIOS dans les services gériatriques aigus en Belgique

Sur base de l'analyse des outils permettant de fournir des indicateurs utiles au financement des services gériatriques aigus, nous allons présenter les résultats de l'expérimentation de l'outil APS dans un échantillon de services gériatriques volontaires en Belgique. Cette expérimentation a été réalisée dans le cadre d'une recherche qui avait été financée par le SPF [3].

Les informations reprises ci-dessous sont un résumé des informations pertinentes issues de cette recherche.

5.3.1.1 Adaptation de l'outil au contexte belge, formations et encodage des données AGGIR-PATHOS-SOCIOS

Une adaptation de cet outil au contexte belge a été réalisée ainsi qu'une formation à la conception de l'outil et à l'encodage[3]. L'adaptation a porté essentiellement sur le masque de saisie du patient et de l'hôpital (numéro de CTI de l'hôpital, numéro de séjour anonymisé du patient, provenance du patient, libellé des structures de soins, …).

Préalablement à l'encodage des données, des formations ont été organisées pour les différents acteurs de l'équipe multidisciplinaire en gériatrie (médecins, assistants sociaux, infirmières, paramédicaux…). Des manuels de formation ont été élaborés.

Pendant la période d'encodage, les participants ont également bénéficié d'un soutien logistique et technique : un guide pratique pour l'encodage a été fourni, des documents pour un encodage manuel (certains n'ayant pas d'ordinateur) et une aide en ligne téléphonique ("hot line").

La durée de l'encodage peut varier fortement en fonction de la familiarité de l'encodeur avec les modèles théoriques et l'utilisation de l'outil informatique : de 5 à 15 minutes généralement par patient, ce qui constitue en moyenne 2 à 3 heures par unité de 24 lits. Une bonne maîtrise des outils permet de réduire considérablement le temps d'encodage.

Les sources ont gracieusement été fournies par la CNAM (France). L'outil a été traduit en néerlandais et mis à la disposition d'un grand nombre de services de gériatrie ; le logiciel est facile d'utilisation[3] et un feed back est fourni aux services immédiatement après l'encodage. L'encodage peut être réalisé lors de la réunion multidisciplinaire hebdomadaire. Le logiciel crée un fichier de données qui peut être envoyé au SPF immédiatement après l'encodage.

Une récolte de données par service à intervalle régulier (2 à 3 fois par an) est suffisante, car le profil des pathologies et des modes de prises en charge d'un service sont relativement stables[3]. La plupart des unités de gériatrie qui ont participé à l'encodage ont pu envoyer le fichier avec les données encodées le jour même de l'encodage à l'équipe de recherche.

« Un certain nombre d'aspects bénéfiques de l'encodage Galaad (logiciel d'encodage et de production de feedback) peuvent être soulignés:

- L'encodage constitue une sorte d'audit interne du service, fournissant des résultats immédiatement disponibles sous forme de bilans standardisés.
- L'encodage des données APS requiert (du moins idéalement) une concertation multidisciplinaire pour apprécier les trois axes d'analyses (médical, dépendance et complexité sociale). Cela entraîne une démarche d'évaluation plus exhaustive que la pratique habituelle ou spontanée pour l'appréciation de la situation du patient ; en effet, tous les domaines devront être passés en revue et non seulement les symptômes d'appel.

Cela permet aussi un « contrôle » réciproque sur la qualité du codage. La manipulation des données devrait requérir l'accord de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire »[jj].

5.3.1.2 Description succincte des caractéristiques de l'échantillon ayant participé à l'expérimentation AGGIR-PATHOS-SOCIOS

Cette description représente un résumé des résultats produits lors de l'expérimentation[kk]. Les informations plus détaillées peuvent être retrouvées dans le rapport de recherche[ll].

ECHANTILLON

Septante-huit unités de gériatrie aiguë ont participé à la collecte des données APS un jour donné pour l'ensemble des patients présents dans leur unité. L'échantillon comprend 1856 patients en lit G-aigu dont 68,9% de femmes. L'âge moyen est de 82 ans.

DÉPENDANCE EN SOINS DE BASE

Deux tiers des patients ont une dépendance lourde (GIR1 à GIR 3), un tiers présente des troubles de l'orientation et/ou de cohérence, un quart sont incapables de communiquer. La charge moyenne en soins infirmiers liés à la dépendance est de 148 minutes par jour et par patient. Le risque de fugue est faible mais 50% des patients sont susceptibles d'avoir des troubles démentiels et 40% sont confinés au lit.

ETATS PATHOLOGIQUES

Les patients ont en moyenne 8,7 états pathologiques.

PROFILS DE SOINS

79% des patients présentent des profils de surveillance médicale rapprochée (T2) et/ou programmée (S1) pour 80% des patients. Les profils de soins aigus (T1, P1, R1, CH) se retrouvent chez 20 à 30% des patients. Le profil T1 (pronostic en jeu au quotidien) est plus fréquent chez les hommes.

COMBINAISON PATHOLOGIES – PROFILS DE SOINS

La collecte des données APS a permit de réaliser une photographie des états pathologiques et des types de prise en charge dans les services gériatriques en Belgique.

Les données APS permettent d'établir un tel tableau pour chaque unité et de comparer pour chaque unité, le profil en termes de case-mix et de types de prise en charge par rapport aux autres unités.

---

jj Closon, 2006, pp.53-54[3]
kk Closon, 2006, pp.230[3]
ll Closon, 2006, pp.56[3]

Tableau 25 : Pourcentage de patients présentant au moins une fois les profils de soins, par état pathologique (G-aigus) et répartition des types de prise en charge dans l'échantillon global

G-aigus (N=1856) % de patients présentant au moins une fois le profil	Tot.	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
Affections cardio-vasculaires													
01 Insuffisance cardiaque	29.0	4.0	12.8	-	-	-	-	-	0.8	-	-	11.4	-
02 Coronaropathie	25.8	1.1	6.7	-	-	-	-	-	0.9	-	-	16.3	0.7
03 Hypertension artérielle	39.6	0.5	13.2	-	-	-	-	-	0.5	-	-	24.1	1.2
04 Troubles du rythme	32.3	1.5	11.2	-	-	-	-	-	0.5	-	-	17.5	1.6
05 Phlébites	15.7	0.3	1.9	-	-	0.1		-	0.2	-	-	13.2	-
06 Embol., thromb art, amp.	4.3	0.5	1.3	-	-	0.4	0.2	0.05	0.3	-	-	1.5	0.2
07 Artériopathies chron.	11.3	-	2.9	-	-	-	-	-	0.5	-	-	7.1	0.8
08 Hypotension orthostatique	5.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.9	0.5
Affections neuro-psychiatriques													
09 Malaises…	26.1	1.0	-	-	-	8.1	3.8	-	7.0	-	-	5.8	0.5
10 AVC	24.6	2.0	4.9	-	-	4.3	3.6	-	1.9	-	-	5.9	2.1
11 Comitialité	5.0	0.4	1.9	-	-	-	-	-	0.4	-	-	2.0	0.3
12 Syndrome parkinson	9.2	-	2.5	-	-	1.5	1.5	-	0.7	-	-	2.9	0.3
13 Syndrome conf. aigu	13.6	1.6	8.9	1.7	-	-	-	-	1.4	-	-	-	-
14 Tr chron cpt	19.1	-	-	2.9	7.4	-	-	-	-	-	-	8.7	-
15 Etats dépressifs	30.6	-	4.2	3.0	10.8	-	-	-	-	-		12.6	
16 Etats anxieux	14.4		1.5	1.6	5.7				0.5			5.1	
17 Psychose…	7.3	0.5	2.0	1.4	1.6							1.8	
18 Syndrome démentiel	38.0		9.2	2.1	5.5				6.3			12.8	2.2
Affections broncho-pulmon.													
19 Broncho-pleuro-pneumopathie	28.9	5.9	12.7			1.6			1.1			6.7	0.9
20 Insuffisance respiratoire	12.2	1.7	5.2			1.1			0.1			3.8	0.3
21 Embolies pulmonaires	2.4	0.4	0.9						0.4			0.8	
Pathologies infectieuses													
22 Syndromes infect. Génér.	15.7	5.0	7.4						1.2			2.2	
23 Syndromes infect. locaux	11.4	1.3	6.7					1.0				2.4	
24 Infect. urinaires basses	19.0								2.6			15.5	0.9
Affections dermatologiques													
25 Escarres	14.2							8.8				5.4	
26 Autres lésions cutanées	13.5							5.7	0.8			7.1	
Affections ostéo-articulaires													
27 Pathologie de la hanche	16.7		2.1			5.8	2.9		0.6			3.1	2.3
28 Pathologie de l'épaule	6.2		1.1			1.9	0.8		0.2			1.2	1.0
29 Pathologie vertébro-discale	16.7		3.6			3.3	2.4		1.4			3.7	2.2
30 Autres patho. osseuses	19.6		4.1			3.2	2.4		1.2			6.5	2.2
31 Polyarthrite, path-articulaire	17.0		3.3			3.1	3.6		0.5			5.0	1.4
Affections gastro-entérologiques													
32 Syndromes digestifs hauts	27.6	1.7	9.4					0.1	3.5			12.0	1.0
33 Syndromes abdominaux	25.3	1.6	8.5					0.4	2.8			11.5	0.6
34 Affection hépatique, biliaire pancr	8.7	0.7	2.3						1.6			2.8	1.4
35 Dénutrition	32.7		17.9						2.4			12.0	0.3
Affections endocriniennes													
36 Diabète	21.1	1.3	13.9									6.0	
37 Dysthyroïdie	12.3		3.7						0.7			7.9	
38 Troubles de l'hydratation	21.7		12.2						0.2			9.3	
Affections uro-néphrologiques													
39 Rétention urinaire	11.9		5.9						1.0			5.0	
40 Insuffisance rénale	19.8	1.8	8.0						0.7			8.4	1.0
41 Incontinence	37.5					4.5			1.8			22.5	8.6

Source : Closon, 2006 pp112[3]

COMPLEXITE SOCIALE

« Il n'y a pas de changement dans l'organisation de la vie du patient (déménagement, organisation de soins à domicile) pour 45 % des patients. Trente pour cent des patients changent de lieu d'habitation après leur hospitalisation.

40% des patients ou de leur famille gèrent entièrement les changements, 25% demandent au service de gériatrie une aide partielle. Huit pour cent des situations sont conflictuelles (désaccord entre l'avis du service de gériatrie et la famille ou le patient).

La charge sociale à gérer par l'hôpital est supérieure à la normale dans 35% des situations; les difficultés d'isolement (29% - 3/4 de femmes), de problèmes financiers (8%) et de manque de place (11%) se surajoutent majoritairement dans les situations déjà lourdes »[mm].

5.3.1.3 Variabilité inter-services gériatriques aigus

L'analyse des données des différents services de gériatrie ayant participé à l'encodage des données APS, lors de l'expérimentation, a montré la grande variabilité inter-services tant des indicateurs du type de patientèle que des indicateurs de lourdeur de la charge de travail des différents professionnels. Un financement équitable de services de gériatrie doit pouvoir tenir compte de cette variabilité.

Une des questions cruciales pour le financement reste la répartition des budgets, toujours limités, entre les différents prestataires. Le modèle APS permet de s'appuyer sur une comparaison des caractéristiques et du fonctionnement des différentes unités et de la charge de travail requise dans chaque unité pour permettre un financement plus équitable en fonction de leur diversité et des besoins qui y sont liés. Il a ainsi été possible de mettre en évidence la variabilité entre les services au niveau de l'âge moyen, du niveau de dépendance des patients globalement et pour chacun des items (toilette, cohérence…), de la lourdeur moyenne de la charge de travail infirmier en soins de base et en soins techniques et de la charge de travail moyenne de chacun des intervenants. On peut ainsi avoir la distribution de ces indicateurs dans la population de services G et situer un service relativement à ses pairs[nn].

5.3.1.4 Utilisation des informations données par le logiciel APS dans le cadre du financement des services gériatriques

Les données fournies par APS pourraient être utilisées dans le système de financement des services gériatriques à deux niveaux :

- meilleure prise en compte de la variabilité inter-unités de l'intensité de la charge de travail en soins requis pour financer le personnel infirmier, paramédical et les assistants sociaux
- meilleure définition du nombre de journées justifiées en tenant compte de la spécificité des services gériatriques et de leur patientèle

MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA VARIABILITÉ DE L'INTENSITÉ DE LA CHARGE EN SOINS REQUIS

Les différents indicateurs disponibles dans les bilans AGGIR-PATHOS-SOCIOS pour évaluer les besoins relatifs en personnel dans les unités de gériatrie sont :

- le GIR = indicateur moyen dans une unité qui permet d'évaluer le niveau relatif de ressources en soins infirmiers requis pour prendre en charge les soins de base et la dépendance corporelle et mentale des patients
- le PRI = indicateur moyen du niveau de soins requis pour le médecin responsable

---

[mm] Closon, 2006, pp.231[3]
[nn] Closon, 2006, pp.127-143[3]

- le PR2 = indicateur moyen du niveau de soins requis pour les médecins consultants
- le PR3 = indicateur moyen du niveau de soins requis pour les soins techniques infirmiers
- le PR4 = indicateur moyen du niveau de soins requis pour les soins de rééducation
- le PR5 = indicateur moyen du niveau de soins requis pour les soins de psychothérapie
- l'indicateur de la complexité sociale de la prise en charge du patient essentiellement dans la recherche d'une solution à sa sortie de l'hôpital

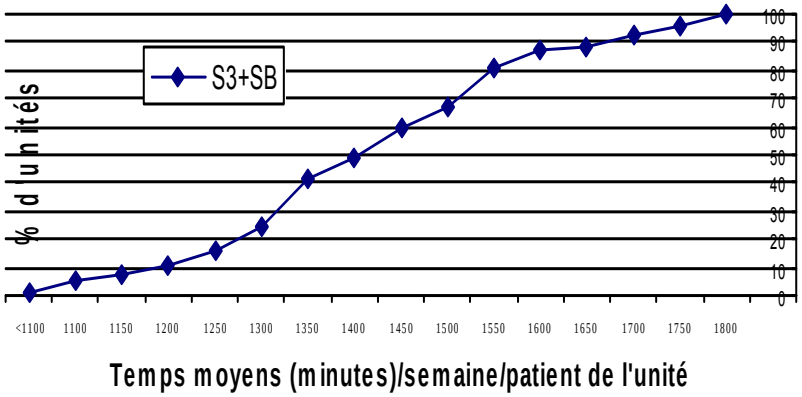
Les gériatres et les psychiatres sont financés à l'acte et en fonction des honoraires de surveillance. Seuls les indicateurs GIR, PR3 (pour les soins infirmiers de base techniques), PR4 et PR5 (pour les soins de réadaptation) et l'indicateur de complexité sociale pourront être utilement utilisés pour améliorer le financement des services gériatriques.

VARIABILITÉ INTER-UNITES DES INDICATEURS DE LA LOURDEUR DE LA CHARGE DE TRAVAIL EN SOINS REQUIS

Les graphiques ci-dessous reprennent la variabilité observée dans la lourdeur relative moyenne par unité des soins infirmiers et des soins des autres intervenants

Variabilité des soins infirmiers : INF

Figure 3: distribution cumulée des temps totaux moyens de soins infirmiers (techniques + soins de base) par patient dans les unités G-aigu (N=77)



Source : Closon, 2006[184]

Le graphique ci-dessus reprend par unité gériatrique la charge totale moyenne en minutes en soins infirmiers par patient et par semaine.

Ce graphique met en évidence la variablitié dans l'intensité des soins requis par unité et la nécessité d'adapter le financement en fonction de cette réalité.

Cette charge comprend les soins infirmiers de base mesurés par AGGIR et les soins infirmiers techniques mesurés par PATHOS (PR_3).

Le montant des journées d'entretien étant défini par journée, nous avons divisé les minutes par 7. Pour travailler en valeur relative, nous avons attribué la valeur 100 points à l'unité qui avait la charge de travail moyenne journalière la plus haute et mis la valeur des autres unités relativement par rapport à cette valeur.

En temps moyens par patient par jour, cela représente une moyenne de 200 minutes par jour (3h20) ; les fréquences vont d'un minimum de 130 minutes (2h10) à un maximum de 257 minutes (4h17). Seulement 10% des patients ont besoin de 4 heures ou plus et également 10% de 3 heures ou moins. Donc, 80% des patients requièrent entre 3 heures et 3 heures 45 minutes de soins infirmiers techniques et/ou de base par jour.

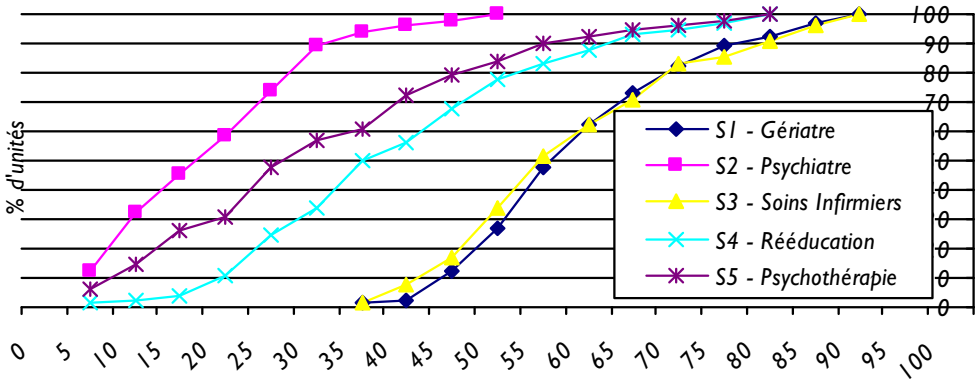
Ceci nous donne une distribution de la charge relative de travail moyenne entre les différents services gériatriques qui correspond aux valeurs ci-dessous.

Min	Q1	MD	Q3	Max
60 pt	71 pt	77 pt	84 pt	100 ptt

La charge moyenne en soins infirmiers de l'unité qui a la charge la plus basse représente 60% de la charge de travail de l'unité qui a la charge la plus élevée.

Variabilité de la lourdeur de la prise en charge médico-technique pour les différents intervenants

Figure 4 : Distribution cumulée des points moyens par patient pour les 5 postes de soins dans les unités G-aiguës (N=77)



source : Closon,2006 pp139[3]

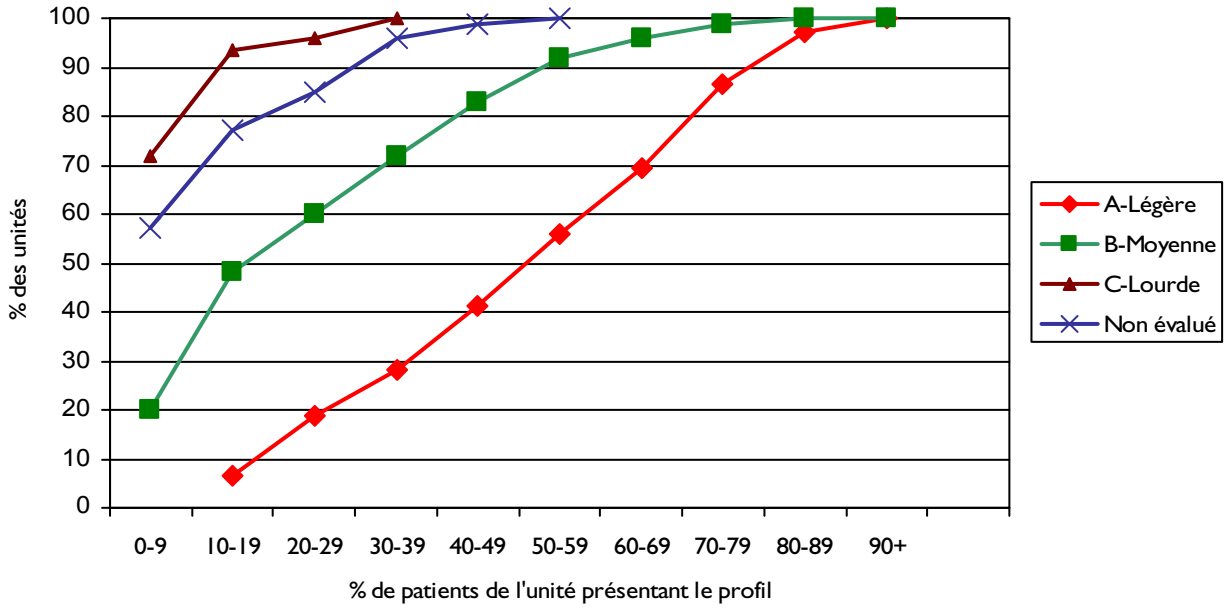
Le graphique ci-dessus montre, en moyenne pour chaque unité, les besoins relatifs moyens requis par patient dans les différents postes de soins.

La variabilité inter-unités est observable quel que soit le poste de soins considéré et son ampleur est importante : par exemple, de 5 points en moyenne à 75 points en moyenne par patient pour les soins de rééducation.

Ces indicateurs sont des indicateurs relatifs : ils permettent de mettre en évidence, par exemple, que telle unité a un besoin en personnel infirmier deux fois supérieur à une autre unité. Les ressources étant limitées, il n'est malheureusement souvent pas possible de financer le personnel nécessaire pour assurer les soins requis idéaux. Les contraintes budgétaires obligent souvent à fonctionner à budget fermé ou dans une faible augmentation du budget. Dans ce cadre, cet outil pourrait permettre de répartir de manière plus équitable les ressources en personnel entre les unités.

Variabilité de la complexité de la prise en charge sociale

Figure 5 : Distribution cumulée de la charge sociale dans les unités G-aiguës (N=77)



Source : Closon, 2006, pp136[3]

Pratiquement 80% des unités ont moins de 10% de patients présentant une lourde charge sur le plan social. Pour 10% d'entre elles, on note un pourcentage non négligeable de situations sociales lourdes, jusqu'à 40%.

5.3.1.5 Conclusion

La collecte des données APS, un jour donné, dans 77 unités de gériatrie a permis de faire une photographie du secteur et de mettre en évidence la variabilité des profils de dépendance, des pathologies, de la prise en charge et de la complexité sociale.

Ces données ont permis de fournir par unité des indicateurs de la lourdeur moyenne relative de la charge de travail liée à la dépendance des patients et des indicateurs de la lourdeur moyenne relative de la charge de travail de chacun des intervenants qui pourraient être utilisés dans le financement pour répartir de manière plus équitable les budgets.

5.3.1.6 Amélioration de la détermination du nombre de journées justifiées dans les services de gériatrie sur base de la spécificité des patients gériatriques et de leur prise en charge

L'analyse a été réalisée sur une banque de données de 22 228 séjours[oo] dans 57 unités gériatriques pour laquelle nous possédions, pour chaque séjour, les données du RCM et, pour l'unité où a séjourné le patient, les indicateurs fournis par les données APS récoltées un jour donné dans ces 57 unités à savoir :

oo Closon, 2006, pp.178-220[3]

- le niveau moyen de dépendance,
- le % de patients dans chaque niveau de dépendance,
- le pourcentage de patients pour chaque état pathologique et chaque profil de soins,
- la répartition des patients par niveau de lourdeur de la prise en charge sociale pour les problèmes liés à la sortie du patient.

A partir de cette banque de données, nous avons analysé l'impact de plusieurs facteurs sur la durée de séjour en gériatrie, sur la durée de séjour globale et sur les différences entre durée de séjour observée et nombre de journées justifiées.

Facteurs étudiés :

- catégories de séjours reprises ou non dans le financement
- variables comprises dans le RCM mais non prises en compte dans le financement actuel
- indicateurs APS disponibles pour chaque unité de gériatrie

IMPACT DES CATEGORIES DE SEJOURS REPRISES OU NON DANS LE FINANCEMENT[pp]

L'affinement progressif du financement des journées en fonction des journées justifiées a amené à exclure de ce système de financement 20 % des séjours dans des services de gériatrie aiguë (longs séjours, patients ayant séjourné plus de la moitié de la durée de séjour en services SP ou AKT, outliers de type I).

Pour l'ensemble des séjours retenus dans le financement (séjours normaux et outliers de type II), nous constatons une durée de séjour moyenne observée inférieure de 0,9 journée par rapport au nombre de journées justifiées. Cette moyenne est le résultat d'une durée de séjour observée plus courte de 1,6 journées pour les cas normaux et d'une durée de séjour plus longue de 36 journées pour les séjours outliers maintenus dans le financement (outliers de type II)[qq].

Toutefois le pourcentage de séjours exclus du financement est extrêmement variable d'une unité gériatrique à l'autre. Ces grandes variations pourraient être le reflet de stratégies mises en place dans certains hôpitaux visant à « échapper » au calcul des journées justifiées (transfert vers les services SP ou AKT….) et demanderaient à être analysées de manière plus approfondies[rr].

IMPACT DES VARIABLES COMPRISES DANS LE RCM MAIS NON UTILISÉES DANS LE FINANCEMENT ACTUEL ET IMPACT DES INDICATEURS PAR UNITÉ FOURNIS PAR LA COLLECTE DES DONNÉES APS[ss]

Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées pour évaluer l'impact des différentes variables prises individuellement et conjointement. Cette analyse a permis de mettre en évidence que certaines variables présentes dans le RCM et les indicateurs fournis par APS pouvaient avoir un impact important sur la durée de séjour compte tenu des APRDRGs et de la sévérité.
Le Tableau 26 reprend la synthèse des résultats de l'analyse multivariée (General linear Model) réalisée sur la durée de séjour en gériatrie, la durée de séjour totale et sur l'écart entre durée de séjour observée et justifiée.

---

pp Closon, 2006, pp.181-184[3]
qq Closon, 2006, pp.181[3]
rr Closon, 2006, pp.180[3]
ss Closon, 2006, pp.185-217[3]

Le **Error! Reference source not found.** montre l'impact des variables RCM et APS sur la durée de séjour en G, totale et sur la différence entre durées de séjour observée et justifiée.

La recherche menée en 2006 a fait apparaître :

- « L'importance de l'impact du décès et du moment du décès sur la durée de séjour et l'écart entre durée de séjour observée et durée de séjour justifiée.
- L'impact négatif sur la durée de séjour du fait de séjourner avant l'hospitalisation dans une institution pour personnes âgées (maison de repos et de soins ou maison de repos). En effet, les problèmes liés à la sortie du patient et à la poursuite de la prise en charge trouve une solution beaucoup plus rapide s'il retourne dans son institution qui dispose généralement du personnel et de l'organisation nécessaire à sa prise en charge que s'il doit retourner à son domicile ou trouver une place dans une institution.
- L'impact positif sur la durée de séjour du passage par plusieurs unités s'explique par le fait que les patients qui viennent d'un autre service (cancérologie…) ou sont transférés vers un autre service de l'hôpital (service de réadaptation, de psychiatrie…) sont souvent des patients nécessitant une prise en charge plus longue.
- L'impact négatif sur la durée de séjour du pourcentage de patients présentant une charge sociale légère pour les problèmes liés à leur sortie met en évidence l'importance de ces problèmes sur la durée de séjour dans les services gériatriques. Plus de 30% des patients doivent déménager après leur sortie de l'hôpital. La recherche de solutions est souvent une charge complexe qui mobilise l'ensemble du personnel et provoque souvent un allongement de la durée de séjour.
- L'impact négatif du pourcentage de patients ayant un niveau de dépendance extrêmement élevé. Ce résultat doit être interprété avec prudence. L'impact sur la durée de séjour est négatif pour le pourcentage de patients repris dans les groupes de dépendance GIR 1 et 2 et dans les groupes de dépendance GIR 5 et 6 (patients relativement autonomes) et positif pour le pourcentage de patients repris dans les groupes GIR 3 et GIR 4.

Tableau 26: Analyse multivariée de l'impact conjoint des variables du RCM non repris dans le financement et des indicateurs APS sur la durée de séjour en G, totale et sur le DJP/DJN, après prise en compte des APRDRG et du niveau de sévérité

	durée de séjour en	durée de séjour	DJP-
Variable	Coeff.	Coeff.	Coeff.
Constante	0.18	-4.10**	0.75
VARIABLES RCM			
Catégorie d'âge			
>= 75ans	0.9*	0.94*	-0.7*
< 75 ans			
Nombre de systèmes atteints	0.67**	0.62**	0.2**
Décès			
décès endéans les 5 jours	-17.57**	-18.25**	-4.0**
décès entre le 6è et le 15è jour	-12.12**	-12.86**	-2.08**
décès entre le 16è et le 25è jour	-5**	-4.33**	-3.7**
décès au-delà du 25è jour	16.96**	16.18**	10.1**
non décédé			
Urgence	1.2**	NS	0.6*
Déménagement	4.95**	6.24**	2.3**
venant d'institution	-0.99*	-2.71**	-1.3**
nombre d'unités			
3 ou plus	1.11**	11.64**	5.4**
1 ou 2			
VARIABLES APS			
DEPENDANCE			
% de patients en GIR1 et GIR2	-2.85**	-3.94**	-4.04**
PATHOLOGIES AVEC PROFILS **ACTIFS**			
% Incontinence + R1 DG	NS	NS	3.23*
% Artériopathies chroniques + T2	NS	NS	NS
% Broncho- pneumopathies + T1 T2 R1	-4.51**	NS	NS
% Etats cancéreux + T1 T2 CH DG	11.80**	18.33**	NS
% Etats dépressifs + T2 P1 P2	NS	NS	-1.79*
% Syndrome démentiel + T2 P1 P2 DG	NS	-2.12*	NS
% Etat grabataire + R1 R2	-3.48**	-3.95**	-2.17**
PROFILS DE SOINS			
% profilP1 Prise en charge psychiatrique de	3.18**	NS	3.48**
% profilR1 Rééducation fonctionnelle	4.78**	4.06**	1.81**
SOCIOS			
% Ni place ni aide disponible	NS	8.85**	4.60**
% patients vivant seul(e)s	-3.10**	4.57**	NS
% mobilisation normale de ressources	-6.03**	-3.47**	-3.52**
R^2	14.9% **	14.6% **	7.2% **

** : p<0.001 ; * : p<0.05

Source : Closon, 2006 ,pp 215[3]

L'impact négatif du pourcentage de patients très dépendants sur la durée de séjour peut s'expliquer de plusieurs manières :

- Par un effet plafond : certains patients ont un niveau de dépendance très élevé antérieur non lié à la cause de leur hospitalisation (ex AVC ancien) pour lequel une amélioration importante n'est plus possible et dont la prise en charge est déjà assurée dans une institution de long séjour où ils retourneront rapidement après les traitements requis.
- Les patients très lourdement dépendants sont souvent réhospitalisés plusieurs fois dans la même année et leur durée de séjour est généralement plus courte parce que leur problème de dépendance est connu et le programme de réadaptation déjà mis au point.

Il est donc important de pouvoir faire la différence entre les patients devenus extrêmement dépendants (AVC …) et pour lesquels tant la mise au point que le programme de réadaptation doivent être faits et réalisés durant le séjour et les autres. Ceci est corroboré par l'influence sur la durée de séjour des deux variables suivantes indicatrices du type de prise en charge : l'impact positif sur la durée de séjour d'une prise en charge intensive tant au niveau de la réadaptation (R1) que de l'accompagnement psychologique (P1).

Ces variables permettent d'expliquer que ce n'est pas tant le niveau de dépendance qui joue sur la durée de séjour que la manière dont il est pris en charge dans les services gériatriques. L'impact positif sur la durée de séjour d'une prise en charge de rééducation ou de soutien psychologique importante montre l'importance de tenir compte du type de prise en charge dans le système de financement pour éviter que les services de gériatrie ne soient incités à ne plus entreprendre ce genre de prise en charge de peur d'être pénalisés en termes de journées financées. La qualité des soins en pâtirait.

Les APRDRGs seuls ne permettent pas de prendre suffisamment en compte la spécificité des services gériatriques. Cette recherche a mis en évidence que certaines informations présentes dans le RCM devraient être reprises de manière complémentaire : le décès, le lieu avant l'hospitalisation, le changement de domicile. Toutefois ces informations sont insuffisantes pour rendre compte de la spécificité des patients gériatriques et de leur prise en charge : la dépendance, les états pathologiques combinés à leur type de prise en charge, la lourdeur de la charge sociale due aux problèmes liés à la sortie sont indispensables pour rendre compte tant de la durée de séjour que de la lourdeur de la prise en charge. Dans un système de financement basé sur l'activité (APRDRG ou GHM), il est donc indispensable, si on souhaite ne pas pénaliser les services qui ont à prendre en charge des patients âgés et particulièrement parmi eux ceux qui ont un profil gériatrique, de tenir compte de la spécificité de ces patients et de leur prise en charge. Les données fournies par APS pourraient être utilisées à cette fin » [tt]. [3]

5.3.2 Système de contrôle

Compte tenu de l'usage des éléments obtenus par l'application des instruments d'évaluation de la charge de travail nécessaire pour l'encadrement des patients gériatriques, c'est-à-dire leur prise en compte dans le financement des services G, il est essentiel d'envisager de contrôler qu'ils constituent un reflet exact de la réalité.

5.3.2.1 Considérations méthodologiques

Le mécanisme de contrôle décrit ci-dessous est celui utilisé pour le contrôle actuel des maisons de repos et des maisons de repos et de soins en Belgique.

Ce mécanisme pourrait être transposé pour le contrôle des services gériatriques.

[tt] Closon, 2006, pp.218-220[3]

Il cherche en outre, une économie de contrôle par l'utilisation du Lot Quality Assurance Sample qui permet la détection de situation anormale. Ce n'est qu'en cas de situation anormale que le contrôle devient exhaustif.

CONTROLE DES MRS ET MRPA EN BELGIQUE

Celui-ci a été élaboré en suivant les principes suivants :

Égalité devant le contrôle :

Toutes les institutions sont susceptibles d'être contrôlées à n'importe quel moment. L'échantillonnage des institutions contrôlées est aléatoire ce qui donne à chaque institution la même chance d'être contrôlée.

Fiabilité du contrôle et contrôle contradictoire en collaboration avec les personnels soignants

L'organisation du contrôle nécessite une expertise dans l'évaluation des personnes âgées.

Dans le cadre du contrôle des MRS et MRPA, l'organisation du contrôle a été confiée au Collège National des Médecins Conseils (CNMC), structure de l'INAMI possédant une expérience et une expertise dans l'évaluation des personnes âgées. C'est à ce niveau qu'est organisé le contrôle des MRS et MRPA.

La fiabilité (fidélité) du contrôle est assurée par une organisation intermutuelliste permettant une évaluation commune entre plusieurs observateurs. Elle est améliorée par son organisation contradictoire avec les personnels soignants.

Objectif de prévention du contrôle destiné à évaluer le bon usage des instruments d'évaluation et à apporter les informations pour ce bon usage si nécessaire

Le contrôle vise à valider les données transmises et non à sanctionner. Il garantit une confiance réciproque entre les institutions dans l'utilisation des instruments de mesure et donc dans la répartition des ressources. Dans ce cadre, le contrôle est formatif quand des anomalies d'évaluation ou d'encodage de données sont constatées.

Définition claire des abus

Une définition claire des abus a, dans le cadre du contrôle des MRS MRPA, été négociée conventionnellement entre l'organisateur du contrôle et les représentants des institutions. Toute erreur d'encodage n'est pas en soi un abus. Un désaccord dans l'évaluation entre les contrôleurs et les contrôlés n'est pas en soi un abus : la fidélité des instruments n'est jamais parfaite. Dans le contrôle des MRS-MRPA, la définition des abus utilise des méthodes statistiques laissant place à l'erreur involontaire.

Mécanisme de sanction proportionnelle et applicable à la faute

Les mécanismes de sanction doivent être progressifs. Le niveau des sanctions doit être proportionnel à la gravité de la faute. Le niveau de sanctions doit être applicable et ne doit pas mettre en danger la pérennité du service sanctionné.

LE LOT QUALITY ASSURANCE SAMPLE

Cette méthode[uu] est issue de l'industrie et a pour objectif de vérifier la qualité de produits manufacturés, ou plus exactement, la probabilité de trouver dans un lot de produits donnés, un nombre inacceptable de pièces « fautives. » La détection se fait sur base du plus petit échantillon possible de pièces en fonction du risque d'erreur que l'on accepte.

La méthode du LQAS est entachée d'un double risque d'erreur.

[uu] Consulter à ce sujet le site http://www.imsp.unige.ch/bamako2000/lqas.htm

1. La probabilité d'erreur liée au « fournisseur » (provider risk) : c'est le risque que l'enquête identifie un lot comme étant à « haut risque » alors qu'il est en risque faible. L'erreur peut amener les instances de contrôle à « fournir » un contrôle exhaustif inutile.
2. La probabilité d'erreur liée au « consommateur » (consumer risk) : c'est le risque que l'enquête identifie un lot à « faible risque » alors qu'il est à haut risque. L'erreur peut amener le « consommateur » à être privé d'un contrôle exhaustif nécessaire.

Cependant, l'avantage de la méthode est de bien détecter les situations à contrôler. La détermination de la taille de l'échantillon dépend de la précision que l'on souhaite obtenir lors du contrôle.

5.3.2.2 Introduction

Le contrôle est nécessaire pour garantir un financement équitable des services aigus de gériatrie. Il permet de vérifier que les ressources disponibles sont adéquatement distribuées entre les différents services. Un dernier objectif du contrôle s'inscrit dans le cadre des démarches de qualité en validant les données fournies par les services.

Le GPM et les différents indicateurs liés à PATHOS (PPM, profils de soins et de patients SMTI) permettent d'identifier les patientèles hébergées dans les services de gériatrie aigus et de contrôler ainsi que ces services répondent à leur mission de prise en charge de patients nécessitant une surveillance intensive et des explorations diagnostiques pour des pathologies en phase aiguë. Ces indicateurs peuvent ainsi cibler pour le contrôle, des services hébergeant une patientèle qui ne correspondrait pas aux profils attendus (ex : patientèle de maison de repos).

Comme pour toute démarche basée sur des indicateurs, la prudence est nécessaire à l'interprétation des résultats. Toute anomalie détectée demande un contrôle *in situ* de manière à trouver une explication éventuelle à l'anomalie (erreur d'encodage des données, etc.)

La validation des données enregistrées par le contrôle permet grâce aux indicateurs APS de recueillir l'information nécessaire à l'élaboration d'une politique de détermination des besoins en ressources financières au niveau fédéral et garantit que la distribution des ces ressources est aussi équitable que possible.

En outre, la stabilité des indicateurs dans le temps a été établie dans l'étude « Résumé Gériatrique Minimum »[vv].

Toute variation d'amplitude importante dans le temps des indicateurs pour un service donné constitue un clignotant pour une évaluation sur place par le contrôle.

5.3.2.3 Méthodes et populations

INTRODUCTION

La méthode du contrôle s'inspire de la méthodologie utilisée pour l'organisation du contrôle des maisons de repos et de soins (MRS) et des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA).

Niveau « macro » : toute la population admise à un moment donné

Le contrôle au niveau macro consiste à récolter deux fois par an, une coupe de tous les services aigus avec le système APS. Cette fréquence est suffisante au regard de la stabilité attendue des indicateurs.

Ce contrôle permet de vérifier la conformité des différents indicateurs recueillis dans les services avec les valeurs attendues de ces indicateurs pour des services aigus de gériatrie. En cas d'écart d'amplitude important, l'indicateur fournit un clignotant pour un contrôle ciblé.

[vv] Closon, 2006, pp.161[3]

Le contrôle vérifie également la stabilité des indicateurs. En cas d'instabilité des indicateurs dans un service, un contrôle ciblé est organisé.

Les niveaux des indicateurs sont recueillis pour l'analyse des besoins et sa confrontation avec les possibilités concrètes d'attribution des ressources. Ils aident à la décision en matière de priorités à établir pour l'amélioration d'affectation des ressources à la gériatrie aiguë au niveau fédéral.

Niveau « micro » : contrôle d'un échantillon aléatoire d'institutions

SELECTION DES SERVICES

La sélection des services pour lesquels une visite sur place des instances de contrôle sera programmée, est réalisée par échantillonnage aléatoire organisé par le CNMC. Les visites sur place ont lieu dans le mois qui suit la récolte semestrielle des données au niveau « macro ».

SELECTION DES DOSSIERS A CONTROLER

Pour une économie de contrôle, une première étape consiste à détecter la nécessité d'un contrôle exhaustif. Cette étape se fonde sur la technique du « Lot Quality Assurance Sampling » (LQAS)[ww].

Le contrôle a pour objet de détecter la probabilité de trouver un nombre inacceptable de données incorrectes. Ce taux d'erreur est défini par convention. Par exemple, lorsque que l'on souhaite que la fréquence des désaccords n'excède pas 10% des dossiers, les données du service sont considérées comme valides. Le service est alors « accrédité ». Lorsqu'elle est supérieure à 50%, l'ensemble des dossiers est évalué, le service n'est pas accrédité et un mécanisme de sanction est éventuellement déclenché. Un échantillon de 14 dossiers est suffisant pour détecter cette situation : si 3 ou moins de 3 fautes sont constatées, le service présente 90% de dossiers corrects avec un risque d'erreur de « consommateur » de 3% (ou autrement formulé, il y a 97% de chances que 90% des dossiers sont corrects). Si plus de 3 dossiers erronés sont présents, le service présente moins de 50% de dossiers corrects avec un risque « fournisseur » de 4% (ou autrement formulé, il y a 96% de chances de trouver moins de 50% de dossiers corrects). L'erreur totale est de 7% et parfaitement acceptable, puisqu'un contrôle exhaustif est déclenché dans la deuxième situation.

La méthode peut aussi utiliser de très petits échantillons. Un échantillon de 5 dossiers permet de détecter la probabilité que 75% au moins des données sont correctes lorsqu'il y a deux ou moins de deux dossiers « fautifs», avec un risque d'erreur de 10%. Un deuxième échantillon de cinq dossiers permet de ramener le risque d'erreur à 0,1x0,1= 1%.

Si le nombre de dossiers fautifs est supérieur à 2, il y a une probabilité de 90% que moins de 25% des dossiers sont corrects. Un deuxième échantillon de 5 dossiers permet de ramener cette probabilité à 99%.

Ainsi, un groupe de quatre évaluateurs (comme c'est le cas en MRS-MRPA) peut aisément évaluer deux fois cinq dossiers, choisis de manière aléatoire. Dans le cas ou les deux échantillons n'amènent aucun plus de deux erreurs, le contrôle s'arrête à ce niveau. Si l'un des deux échantillons amène plus de deux fautes, le risque est élevé de se trouver devant un service qui a moins de 75% de données valides et le contrôle doit être complété par un plus grand échantillon de manière à détecter si 50% ou plus des données sont valides avec un risque d'erreur acceptable. Enfin, si les deux échantillons amènent plus de deux fautes, le contrôle doit devenir exhaustif car le risque de trouver moins de 25% de dossiers corrects est de 99%. Dans ce cas, un mécanisme de sanction doit être appliqué.

---

ww Consulter à ce sujet le site http://www.imsp.unige.ch/bamako2000/lqas.htm

5.3.2.4 Résultats attendus par la méthode

CONTROLE « MACRO »

L'hétérogénéité des unités est très importante. Elle peut s'expliquer par des particularités normales de fonctionnement comme par des anomalies de codage des données. Il s'agit donc de déterminer les outils pour cibler cette hétérogénéité, trouver les « clignotants » utiles pour cibler les comportements hors norme, que ces derniers soient ou non justifiables.

Par exemple, un service gériatrique comprenant 90% d'insuffisance cardiaque ou un service sans patients incontinents est-il bien décrit ? Correspondent-ils à la réalité du service ? Un nombre moyen de pathologies très inférieur à la moyenne signe-t-il un problème de codage ? ou une unité particulièrement « légère » ?

Détermination des indicateurs pertinents

Dans le cadre de la recherche sur le Résumé Gériatrique Minimum[3] un groupe de travail constitué de gériatres (SBGG) et de chercheurs (CIES) s'est attelé à cette tâche en déterminant une série d'indicateurs jugés par les gériatres comme spécifiques du fonctionnement des services gériatriques et pertinents en regard de leur impact sur la charge de travail. « Les indicateurs retenus ont été les suivants

- âge moyen
- pourcentage de femmes
- GMP moyen
- PMP moyen
- pourcentage SMTI
- moyennes S1, S2, S3, S4, S5
- nombre moyen de pathologies
- pourcentage GIR1
- pourcentage GIR 2
- pourcentage GIR 3
- pourcentage niveaux C pour l'item alimentation
- pourcentage niveaux C pour l'item toilette
- pourcentage de déments possibles via le calcul AGGIR
- pourcentage de patients avec profil de soins R1 ou R2
- pourcentage de patients avec profil P1 ou P2
- pourcentage de patients présentant un des 18 états pathologiques suivants, avec les profils de soins « actifs »:

01 Insuffisance cardiaque avec profil T1 ou T2

07 Artériopathies chroniques avec profil T2

09 Malaises, vertiges, chutes + T2 P1 R1 R2 DG

10 AVC +T1 T2 R1 R2

13 Syndrome confusionnel aigu +T1 T2 P1

15 Etats dépressifs + T2 P1 P2

18 Syndrome démentiel + T2 P1 P2 DG

19 Broncho-pleuro-pneumopathies + T1 T2 R1

25 Escarres + CH

27 Pathologie de la hanche + T2 R1 R2

29 Pathologie vertébro-discale +T2 R1 R2

35 Dénutrition + T2 DG S1

38 Troubles de l'hydratation tous profils

41 Incontinence + R1 DG

42 Anémies + T1 T2 DG

43 Etats cancéreux + T1 T2 CH DG

47 Etats grabataires + R1 R2

48 Etat terminal + M1 M2

A partir de ces indicateurs, calculés pour chacune des unités, l'idée était d'établir une série de « clignotants », témoignant d'une situation hors norme pour le service considéré, à charge ensuite de découvrir les bonnes ou les mauvaises raisons de ce fonctionnement particulier.

Détermination des clignotants

Pour la définition des clignotants, deux pistes ont été envisagées :

- les contradictions entre indicateurs : par exemple 46% de patients GIR1 (niveau de dépendance le plus lourd) et 83% de patients bénéficiant de rééducation intensive sont-ils des résultats compatibles ? 52% patients présentant des risques de chutes sans que le service n'annonce la moindre pathologie vertébro-discale est-il réaliste ?
- des valeurs ou pourcentages élevés ou faibles pour les syndromes gériatriques : par exemple, aucun patient avec risque de chutes ou aucun patient incontinent, aucune dénutrition … sont-elles des situations possibles en service gériatrique ?

CLIGNOTANTS SUR BASE DES CONTRADICTIONS : UNE MAUVAISE PISTE

La piste de clignotants déterminés à partir de combinaisons de données « suspectes »ou en contradiction a mené à une impasse.

En effet, à l'analyse des différents indicateurs de fonctionnement, le tableau se révèle très complexe et aucune tendance particulière n'a pu se dégager en termes de profils de fonctionnement des services gériatriques[xx]. Cette même analyse a montré que des combinaisons inattendues ou bizarres existent mais peuvent être tout à fait cohérentes sur le plan clinique.

En reprenant l'exemple cité supra, il est possible d'obtenir un score de 83% patients en revalidation en même temps que 45% d'entre eux sont déclarés GIR 1 : une unité avec beaucoup d'AVC pourrait présenter ce profil. Enfin, croiser certains indicateurs mènent à des non-sens : ainsi par exemple en est-il des GMP et PMP qui mesurent des aspects très différents et complémentaires de la santé (ce qui manque précisément dans le RCM). De surcroît, la pathologie ne corrèle que peu avec les PMP et GMP; ici aussi, on mesure quelque chose de différent.

CLIGNOTANTS SUR BASE DES LIMITES : UNE PROPOSITION

L'hypothèse avancée ici consiste à se baser sur les caractéristiques des syndromes gériatriques et sur leur fonctionnement pour déterminer des clignotants qui, toujours dans la même philosophie, ne constituent pas une base pour édicter des normes ni des bornes de sanctions.

Ces clignotants n'ont aucune valeur symptomatique d'un mauvais fonctionnement du service; ils signalent simplement une particularité de fonctionnement qui mérite d'y porter attention ou un questionnement de la part des gestionnaires.

[xx] Soulignons qu'il s'agit ici de l'évaluation des soins requis et non des attitudes actuelles des services hospitaliers; il n'est donc pas étonnant que les gériatres n'y retrouvent pas les tendances induites dans la pratique par l'(in)disponibilité des ressources du terrain, qui conditionnent les soins donnés et donnent alors une coloration au fonctionnement (services très « cardio », ou davantage « revalidation »….).

Les raisons peuvent en être des anomalies de codage de données comme des particularités de l'unité justifiées par une réalité clinique, géographique, d'expertise spécifique des soignants et de particularité des patients.

Par exemple, tel service présente un PMP très élevé justifié par un pourcentage particulièrement marqué de patients à pathologies cardio-vasculaires graves : le gériatre est « spécialisé » dans ce secteur et draine donc une clientèle particulière.

La détermination de ces clignotants s'effectue sur base des indicateurs pertinents en regard des aspects fonctionnels des unités gériatriques (cf la liste reprise au § ci-dessus) et les bornes choisies l'ont été sur base de la règle suivante : deviennent des « clignotants », les scores de l'unité de « plus du double »ou « moins que le tiers »de la moyenne des unités. Les scores obtenus ont parfois été pondérés, voire même établis, sur base du bon sens ou de connaissances plus théoriques.

Prenons pour exemple le pourcentage de patients avec un profil de soins psychiatriques (P1 ou P2). En moyenne, on trouve environ 30% de patients avec ce profil dans l'ensemble des services gériatriques. Les limites sont calculées en fonction de la règle énoncée ci-dessus : limite inférieure à moins de 10% (le tiers de 30%), limite supérieure au double de la moyenne, soit 60%.

Pour des indicateurs comme l'âge moyen, la détermination des clignotants s'est établie sur base des connaissances de terrain. Cela n'a en effet pas de sens d'établir une norme supérieure. Ainsi, l'âge moyen dans les unités gériatriques est de 82 ans. Une unité où l'âge moyen est inférieur à 75 ans comportera probablement un nombre anormalement élevé de personnes jeunes dont l'hospitalisation en gériatrie est à expliquer.

Certains indicateurs n'ont pas été retenus dans la mesure où, même s'ils reflètent une situation fréquente en gériatrie, la moyenne des situations déterminées par les profils de soins actifs est trop faible pour en faire un critère sensible : ainsi par exemple l'incontinence, état pathologique présenté par 37,5% des patients mais dont seulement 6% font l'objet d'un traitement actif.

Tableau 27 : Liste des « clignotants » potentiels

Indicateur	***Moyenne***	***Borne inférieure***	***Borne supérieure***
% de femmes		*< 55 %*	
Age moyen		*< 75 ans*	
% de femmes <u>et</u> âge moyen		*< 65% femmes* **et** *âge moyen < 80 ans*	
GPM	*Indicateur trop synthétique*		
PMP	*Indicateur trop synthétique*		
% niveaux C pour l'item alimentation	*40%*	*< 13%*	*> 80%*
% niveaux C pour l'item toilette	*55%*	*< 18%*	*> 80%*
% GIR 1 + GIR 2		*< 30%*	
% de patients avec R1 ou R2	*58%*	*< 19%*	*> 80%*
% de patients avec P1 P2	*30%*	*< 10%*	*> 60%*
*Insuffisance cardiaque avec profil T1 ou T2 **		*< 5%*	*> 50%*
Artériopathies chroniques + T2	*Non retenu*		
Malaises, vertiges, chutes + T2 P1 R1 R2 DG	*20%*	*< 7%*	*> 40%*
AVC +T1 T2 R1 R2	*15%*	*< 5%*	*> 30%*
Syndrome confusionnel aigu +T1 T2 P1	*12 %*	*< 4%*	*> 24%*
Etats dépressifs + T2 P1 P2	*18%*	*< 6%*	*> 0%*
Syndrome démentiel + T2 P1 P2 DG	*23%*	*< 7%*	*> 50%*
Broncho-pleuro-pneumopathies + T1 T2 R1	*20%*	*< 6%*	*> 40%*
Escarres + CH	*9%*	*< 3%*	*> 20%*
Pathologie de la hanche + T2 R1 R2	*11%*	*< 4%*	*> 20%*
Pathologie vertébro-discale +T2 R1 R2	*9%*	*< 3%*	*> 20%*
Dénutrition + T2 DG S1	*32%*	*< 11%*	*> 60%*
Troubles de l'hydratation tous profils			
Incontinence + R1 DG	*Non retenu : moyenne trop faible*		
Anémies + T1 T2 DG	*Non retenu : moyenne trop faible*		
Etats cancéreux + T1 T2 CH DG			
Etats grabataires + R1 R2	*30%*	*<10%*	*> 60%*
Etat terminal + M1 M2	*Non retenu : moyenne trop faible*		

* critère difficile; peut-être à tester ultérieurement et éventuellement à ne plus retenir

Un tableau reprenant les valeurs observées pour chaque indicateur dans l'unité pourrait être transmis à chaque unité gériatrique et pourrait être le premier pas d'une démarche d'évaluation qualitative de l'unité. »[yy]

CONTRÔLE « MICRO »

Le contrôle « micro » valide les données recueillies au niveau « macro » tout en économisant les ressources du contrôle. L'échantillon aléatoire des institutions visitées est représentatif de l'ensemble des services et permet de confirmer la bonne distribution des ressources auprès de l'assurance.

La technique du LQAS permet de détecter les services à risque avec une grande économie de moyens, y compris pour les services, car ce contrôle est contradictoire et mobilise aussi les personnels soignants.

Les principes du contrôle micro garantissent un maximum d'égalité de traitement des services. Ils permettent la confiance réciproque des institutions dans l'utilisation de l'instrument d'évaluation.

[yy] Closon, 2006, pp.122-124[3]

Ils permettent de distinguer différents profils de résultats : accréditation des services au-delà de seuils de qualité d'utilisation, prévention auprès des services situés dans une catégorie intermédiaire de résultats, sanction de ceux dont les résultats sont trop insuffisants.

5.3.2.5 Discussion

Le système de contrôle proposé s'inspire d'une méthode qui a déjà fait ses preuves. L'objectif global est double. D'une part, le contrôle vise à évaluer les besoins de la population soignée et est une aide au pilotage de l'assurance maladie. D'autre part, il veille à la bonne distribution des ressources existantes.

CONTRÔLE « MACRO »

Le logiciel GALAAD est disponible en Belgique. La récolte des données au niveau « macro » peut être implémentée sans trop de difficultés. La formation des services à l'évaluation par le système PAS est évidemment un préalable incontournable.

CONTRÔLE « MICRO »

Les propositions faites dans le cadre de ce rapport sont des hypothèses de travail. Pour reprendre la comparaison avec le secteur des MRS-MRPA, une discussion est nécessaire entre les prestataires et l'organisme qui sera désigné pour le contrôle pour déterminer les seuils d'accréditation ou de sanction, les mécanismes de sanction, les critères pour l'échantillonnage LQAS etc. Les chiffres cités ne le sont ici qu'à titre indicatif.

Une proposition possible serait de confier l'organisation du contrôle au Collège National des Médecins Conseils, les médecins conseils ont une expérience certaine dans le domaine de la gériatrie vue sous l'angle de la dépendance via leur rôle dans le contrôle des MRS/MRPA.. La formation des médecins conseils à l'utilisation de l'outil d'évaluation APS ne pose en principe aucun problème. Le développement du contrôle intermutuelliste des MRS-MRPA crée la culture de l'évaluation commune entre plusieurs contrôleurs et contradictoire avec le personnel de soins. Les règles éthiques édictées en commun par le CNMC et les représentants des MRS-MRPA pour la pratique du contrôle peuvent aisément être adaptées à un contrôle des services aigus de gériatrie.

Messages clés

Contrôle de la qualité des données

- **Au niveau macro : définition de clignotants sur base des indicateurs fournis par APS**
- **Au niveau micro : contrôle approfondi d'un échantillon aléatoire selon la méthode « lot quality assurance sampling (LQAS)**

5.3.2.6 Conclusions

Contrairement au Resident Assessment Instrument qui ne permet pas le contrôle[132] le système de mesure APS révèle des potentialités multiples dans le cadre d'un contrôle et donc de garantie de la bonne répartition des ressources.

Il permet d'enclencher un processus d'accréditation des services. Il faut cependant souligner que la bonne utilisation de l'instrument de mesure n'est pas un critère de qualité des soins. Le processus d'accréditation par le contrôle doit être complété d'un processus d'accréditation par des démarches de qualité, les seules qui garantissent un bon usage des ressources.

5.3.3 PROPOSITIONS DE FINANCEMENT DU PROGRAMME HOSPITALIER DE SOINS GERIATRIQUES EN BELGIQUE

Le programme de soins pour le patient gériatrique a plusieurs composantes : le service de gériatrie aiguë, les liaisons gériatriques interne et externe, l'hospitalisation de jour.

Le système de financement actuel de la gériatrie aiguë est basé sur un nombre identique, par lit justifié, d'équivalents temps plein infirmiers et paramédicaux dans tous les services de gériatries, indépendamment des caractéristiques gériatriques de leurs

patients, des types de prise en charge et de la complexité sociale de la gestion des sorties. Il n'existe pas de données précises permettant d'évaluer quels sont les patients qui ont réellement un profil gériatrique que ce soit dans le service gériatrique ou dans un autre service.

Le système de financement devrait inciter à une prise en charge adéquate de l'équipe multidisciplinaire en terme d'efficience et de qualité des soins des patients gériatriques et répartir les moyens entre les services gériatriques de manière plus équitable, c'est-à-dire en fonction des besoins auxquels ils sont confrontés

Pour ce faire il doit être basé sur un système d'information fiable qui permet d'identifier

- les patients à profil gériatrique dans l'hôpital (screening)
- l'évaluation des besoins de ces patients gériatriques
- les ressources nécessaires à la prise en charge requise

Il doit être accompagné d'un programme d'évaluation de la qualité des soins et d'incitation à son amélioration.

C'est pourquoi les propositions faites ici se baseront sur les recommandations préalables qui ont été faites dans cette recherche à savoir

- un screening des patients âgés de plus de 75 ans pour détecter un éventuel profil gériatrique aux urgences ou dans les services non gériatriques
- une évaluation des fragilités de ces patients soit par la fonction de liaison dans les services non gériatriques, soit par l'équipe multidisciplinaire au sein du service de gériatrie
- un recueil deux ou trois fois par an des données APS dans les services de gériatrie pour disposer de données permettant d'évaluer la lourdeur moyenne relative des soins requis et l'impact sur la durée de séjour de la spécificité des patients gériatriques et de leur prise en charge
- l'obligation faite aux services de gériatrie de participer aux programmes d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins des services de gériatrie mis en œuvre par le Collège de Gériatrie comme cela est prévu dans la définition du programme de soins gériatriques.

Dans cette section, nous nous limiterons à faire des propositions pour le financement du service de gériatrie aiguë, de la fonction de liaison et du référent hospitalier.

Le financement de l'hospitalisation de jour fait l'objet d'une autre recherche.

Remarque préliminaire

Cette recherche se limite au financement de la gériatrie hospitalière. Toutefois, de nombreuses hospitalisations et ré-hospitalisations sont dues à une prise en charge inadéquate en ambulatoire, à un mauvais suivi des traitements, à une mauvaise coordination des soins et transmission des informations entre la première et la deuxième ligne, entre institutions, à un manque de réseaux de soins intégrés. C'est pourquoi même si cette recherche se limite à la gériatrie hospitalière, on ne peut perdre de vue qu'une meilleure efficacité dans la prise en charge des patients gériatriques et une diminution importante des hospitalisations ne pourront être obtenues sans une amélioration globale de la prise en charge en ambulatoire et de la coordination des soins.

Certaines initiatives ont déjà été prises en ce sens : le dossier médical global, le référent hospitalier, le développement de l'hospitaliation de jour ...

Des avancées pourraient encore être réalisées dans la formation au diagnostic et à la prise en charge des patients gériatriques des médecins généralistes, des services d'aide et de soins à domicile, des aidants à domicile, une meilleure coordination de l'ensemble des intervenants, …

Toutefois, à terme, il faudra probablement envisager un système de financement plus coordonné et intégré de la prise en charge et des soins à apporter à la personne gériatrique. Faut-il centrer la coordination à l'hôpital, chez le médecin ou dans une structure intermédiaire ? Il est à souhaiter qu'une solution puisse être trouvée progressivement dans l'intérêt de la meilleure et la plus efficace prise en charge du patient gériatrique.

5.3.3.1 Le financement des services de gériatrie aiguë

Nous avons vu dans l'expérimentation APS réalisée dans les services gériatriques en Belgique que l'outil APS fournissait des indicateurs de la lourdeur moyenne relative de la charge de travail des divers intervenants de l'équipe multidiciplinaire, de la complexité sociale et des indicateurs de la spécificité des patients ou de la prise en charge dans les services gériatriques qui avaient un impact sur la durée de séjour.

Nous allons examiner dans cette section, la manière dont les informations fournies pourraient être utilisées pour améliorer le financement des services de gériatrie aiguë en Belgique.

Le financement de la gériatrie aiguë comprend divers aspects :

- le nombre de services et de lits de gériatrie aiguë. Nous avons vu dans les sections précédentes que le nombre de lits de gériatrie aiguë est inférieur aux normes de programmation. Celles-ci viennent encore d'être augmentées. Ce manque de lits provoque de nombreuses hospitalisations de patients gériatriques en dehors des services de gériatrie.
- Le financement des journées justifiées en fonction des APRDRGs, de la sévérité, du caractère gériatrique du séjour tel qu'apprécié par les données présentes dans le RCM
- Le financement du B1
- Le financement du personnel médical, infirmier, paramédical (logopèdes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychothérapeutes.) et des assistants sociaux.

Nous allons nous concentrer sur l'amélioration à apporter dans la détermination des journées justifiées et le financement du personnel des services gériatriques aigus.

AMÉLIORATION DE LA RÉPARTITION DES JOURNÉES JUSTIFIÉES ENTRE LES UNITÉS DE GÉRIATRIE

Dans l'expérimentation de l'outil APS dans les unités de gériatrie aiguë en Belgique, nous avons pu mettre en évidence l'impact de variables RCM non reprises dans le financement et l'impact des variables fournies par APS sur la durée de séjour dans les unités gériatriques. L'impact positif d'une prise en charge intensive du patient (de revalidation, psychiatrique), du décès, de la complexité sociale, de l'origine des patients… a ainsi été mis en évidence.

Dans le système de financement actuel, la définition d'une catégorie GFIN visant à regrouper les patients à profil et type de prise en charge gériatrique est basée sur les données actuellement disponibles dans le RCM à savoir :

- un âge > 75 ans
- une durée de séjour d'au moins 10 jours dans un service de gériatrie aiguë
- une multipathologie prise en compte par un niveau de sévérité supérieur à 1
- une durée de séjour de 30% supérieure à celle observée pour les patients de plus de 75 ans à pathologies et degré de sévérité identiques

Toutefois, ces caractéristiques ne permettent pas de recouvrir de manière adéquate le profil gériatrique du patient et surtout le caractère gériatrique de sa prise en charge.

Une nouvelle catégorie Gfin pourrait regrouper les patients ayant les caractéristiques suivantes :

- patients ayant un profil gériatrique (screening)
- niveau de sévérité >1
- âge > 75 ans
- patients ayant séjourné au moins 10 jours dans un service de gériatrie aiguë.
  Le choix de 10 jours a été fixé sur base des critères suivants :
  - critère actuel
  - les durées de séjour plus longues en gériatrie sont souvent dues à la nécessité d'évaluer les fragilités gériatriques, de maintenir l'autonomie par la réadaptation ou de trouver une solution pour la sortie. Il est peu probable que si une ou plusieurs de ces activités doivent être réalisées, la durée de séjour puisse être plus courte qu'une dizaine de jours. Il faut ici mettre en évidence un écueil possible de la prise en compte de la durée de séjour dans un système de financement. En effet, elle peut inciter le gestionnaire à prolonger de manière non justifiée la durée de séjour du patient. D'autre part, exiger une durée minimale de 10 jours permet également d'éviter une majoration de financement pour des patients dont le court séjour en gériatrie ne serait pas justifié.
- patients pour lesquels une évaluation des fragilités gériatriques a été réalisée (sur base du BGMST ou d'un autre outil recommandé)
- patients n'ayant pas été transférés dans un autre service (SP, AKT…) avant 20 jours
- patients appartenant à un service de gériatrie participant au programme d'évaluation de la qualité des soins du Collège de gériatrie comme cela a été prévu dans le programme de soins gériatriques

Ces critères limitent la catégorie Gfin aux patients ayant séjourné en service gériatrique pendant au moins 10 jours.

La question est de savoir s'il serait utile d'étendre le Gfin aux patients gériatriques hospitalisés dans d'autres services. Il a semblé préférable de ne pas les inclure pour inciter à l'hosptialisation ou au transfert des patients à profil gériatrique dans les services gériatriques. En effet, c'est dans les services gériatriques que les patients gériatriques peuvent recevoir une prise en charge gériatrique globale.

Cette nouvelle catégorie GFIN remplacerait l'ancienne catégorie GFIN utilisée dans le système de financement actuel.

Il serait alors possible de calculer pour chaque patient hospitalisé dans un service de gériatrie le nombre de journées justifiées en fonction de son appartenance à la catégorie GFIN ou non. Il serait alors possible de définir le nombre total de journées justifiées accordées à l'ensemble des services gériatriques.

Dès que ces données seront disponibles et que les données APS auront été récoltées dans tous les services gériatriques, il sera alors possible de faire, comme cela a été fait dans l'expérimentation, une analyse multivariée de l'impact des différentes variables RCM et APS (% de patients en fonction du niveau de dépendance, % d'états pathologiques et de profil de soins) sur l'écart entre journées justifiées et observées pour l'ensemble des patients ayant séjourné en service gériatrique, % de complexité sociale, % de transferts vers d'autres unités, moment du décès …).

Les coefficients obtenus permettraient de corriger la répartition des journées justifiées entre les unités de gériatrie aiguë pour tenir compte de ces facteurs.

La formule de correction suivante (utilisée dans la responsabilisation financière des mutuelles et la correction des journées justifiées pour les facteurs sociaux) pourrait être appliquée :

$$N_h = n_h \sum_j \beta_j (\bar{x}_h - \bar{x}_j)$$ [209]

N_h = nombre de journées justifiées en plus ou en moins attribuées au service gériatrique h

n_h= nombre d'admissions dans le service de gériatrie h

β_j= coefficient d'impact de la variable sur la durée de séjour pour l'ensemble des séjours gériatriques

$\bar{x}_h$ = moyenne (% de la variable) dans le service

$\bar{x}_j$ = moyenne (% de la variable) au niveau national

L'ampleur de la correction sera forte pour une variable j (par exemple % de patients ayant besoin de soins de réadaptation intensive) si le coefficient β_j de cette variable est important, ou si l'écart entre la moyenne $\bar{x}_{h,j}$ de cette variable pour le service gériatrique dans l'hôpital h et la moyenne de cette variable pour l'ensemble des unités gériatriques $\bar{x}_j$ est important.

Un exemple permettra de mieux visualiser l'impact de la formule sur l'attribution de journées supplémentaires.

Un service gériatrique « h » a 750 admissions par an. Ce service gériatrique a 50% de ses séjours qui reçoivent une réadaptation intensive. Ce pourcentage est de 5 % au niveau de l'ensemble des services gériatriques

L'impact du pourcentage de patients recevant une réadaptation intensive sur la durée de séjour est de 0,90 (le β est le coefficient (β) lié à l'impact du pourcentage de patients ayant une réadaptation intensive dans le service dans la régression multivariée sur la durée de séjour compte tenu des facteurs inclus dans le financement).

L'hôpital recevra alors un nombre de journées justifiées supplémentaires de

X= 750*0,90 (0,50-0,05)= 303,75 Journées

Les journées justifiées sur base de ces facteurs, calculées à l'aide de cette formule doivent être ajoutées ou soustraites aux journées justifiées initiales (calculées sur base de APRDRG, âge, G fin).

L'impact budgétaire de cette mesure serait nul. Celle-ci permettrait seulement une meilleure répartition des journées justifiées entre les unités de gériatrie aiguë en fonction de facteurs ayant un impact sur la durée de séjour dans ces unités.

RÉPARTITION PLUS ÉQUITABLE DU FINANCEMENT POUR LE PERSONNEL DES SERVICES DE GÉRIATRIE AIGUË COMPTE TENU DES SPÉCIFICITÉS DES PATIENTS ET DE LA PRISE EN CHARGE

Les soins infirmiers

FINANCEMENT ACTUEL

Pour les personnes présentant un profil gériatrique, les soins en personnels se substituent en partie aux soins plus techniques, il est donc essentiel de déterminer de la manière la plus adéquate l'encadrement nécessaire en personnel infirmiers, aides-soignantes et paramédicaux.

Même si notre analyse de la situation internationale a montré l'hétérogénéité de la prise en charge à caractère gériatrique, il nous a semblé pertinent de réaliser une enquête visant à connaître l'encadrement prévu ou réalisé dans d'autres pays (voir annexe). Un questionnaire a donc été envoyé par e-mail (voir en annexe) à tous les membres désignés par les différents pays européens (deux par pays) comme représentant de la gériatrie à la section de Gériatrie de l'Union Européenne des Médecins-spécialiste (GUEMS).

Si en Belgique, une norme légale fixe cet encadrement, les résultats de l'enquête menée montrent qu'il n'en va pas de même pour l'ensemble des pays. Nous pouvons dégager les enseignements suivants :

1. La Belgique se distingue par une norme légale 'relativement' précise. L'AR du 24 janvier 2007 paru au Moniteur belge le 17 mars 2007 stipule dans son article 36 que le service de gériatrie dispose de 14,13 ETP membres du personnel infirmier, paramédical et/ou soignant pour 24 lits agréés dont au moins
    a. Un infirmier en chef par unité, porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ;
    b. 5 ETP praticiens de l'art infirmier pour 24 lits G agréés ;
    c. 4 ETP infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie pour 24 lits G ;
    d. 1,33 ETP membres de personnel ayant comme qualification gradué/bachelier en ergothérapie, gradué/bachelier en logopédie, licence/master en logopédie ou licence : master en psychologie.

Globalement, un ensemble de 24 lits G doit être encadré par au moins 10 ETP infirmiers[zz] et 1.33 ETP paramédicaux. Cela signifie qu'il reste au maximum 2,8 ETP aides-soignantes. La relative précision réside donc dans ces deux normes minimales et maximales qui permettent une certaine souplesse. C'est ainsi que l'on pourrait avoir un service G de 24 lits encadré par 12,8 ETP infirmiers et aucun ETP aides-soignantes.

2. L'Autriche est le seul autre pays pour lequel une norme officielle a été rapportée. Cette norme ne distingue toutefois pas le nombre ETP infirmiers et aides-soignantes.
3. Pour les autres pays, les informations ne correspondent pas à des normes légales mais à des recommandations ou des pratiques de terrain.
4. La comparaison est rendue difficile en raison de trois facteurs :
    a. Les données comprennent les ETP à la fois infirmiers et aides-soignantes
    b. La définition des 'services de gériatrie' n'est pas totalement homogène et parfois cette homogénéité n'a pas pu être contrôlée. Ils revêtent en effet différentes fonctions telles que soins spécifiquement aigus ou soins de suite ou de réhabilitation
    c. Les systèmes d'organisation et de financement des différents pays considérés peuvent être totalement incomparables. En Suède par exemple, les services disposent d'une plus grande liberté d'affectation des moyens obtenus.
5. Une comparaison complète exigerait de tenir compte du nombre d'heures prestées par ETP dans chacun des pays, de la définition du service de gériatrie et de la répartition exacte entre infirmiers et aides- soignantes

A titre informatif, la SBGG a proposé en 2005 d'accroître ce nombre jusqu'à 16,8 ETP en raison de la lourdeur et de l'intensité croissantes des soins en gériatrie aiguë. Cette association a visité 66% des services gériatriques en 2000 et 2006 et a constaté une utilisation effective de 13,68 ETP sur le terrain.

---

zz On peut émettre l'hypothèse que, de manière moyenne, une unité recouvre 24 lits et ainsi considérer que l'on prend en considération 1 infirmier chef pour 24 lits.

Egalement à titre indicatif, nous présentons en annexe un tableau récapitulatif des informations collectées grâce au questionnaire dont il est question ci-dessus.

Dans les comparaisons avec les pays étrangers, il est important de tenir compte du fait que les services gériatriques dans les hôpitaux généraux ne recouvrent pas toujours le même type de prise en charge. Toutefois, le type de prise en charge (soins médicaux aigus et soins de réadaptation) réalisé en Belgique accroit l'intensité des soins dans la prise en charge. On pourrait se poser la question de la qualité des soins octroyés en Belgique vu le faible taux d'encadrement.

Le risque pour la qualité des soins est en partie contrebalancé par l'approche globale et interdisciplinaire préconisée en Belgique, qui correspond aux guidelines internationaux et par le fait que de nombreux hôpitaux octroient aux services de gériatrie plus d'infirmières que celles prévues par les normes.

Toutefois la faiblesse des normes par rapport à la charge de travail provoque un burn out important dans ce type de services et une difficulté de recrutement de personnel.

UTILISATION DES DONNEES FOURNIES PAR APS POUR AMELIORER LE FINANCEMENT DES INFIRMIERES (EN CE COMPRIS LES AIDES SOIGANT(E)S) DANS LES SERVICES DE GERIATRIE

Nous partons de la situation actuelle où le nombre d'infirmiers financé par 24 lits justifiés est de 12,8 ETP

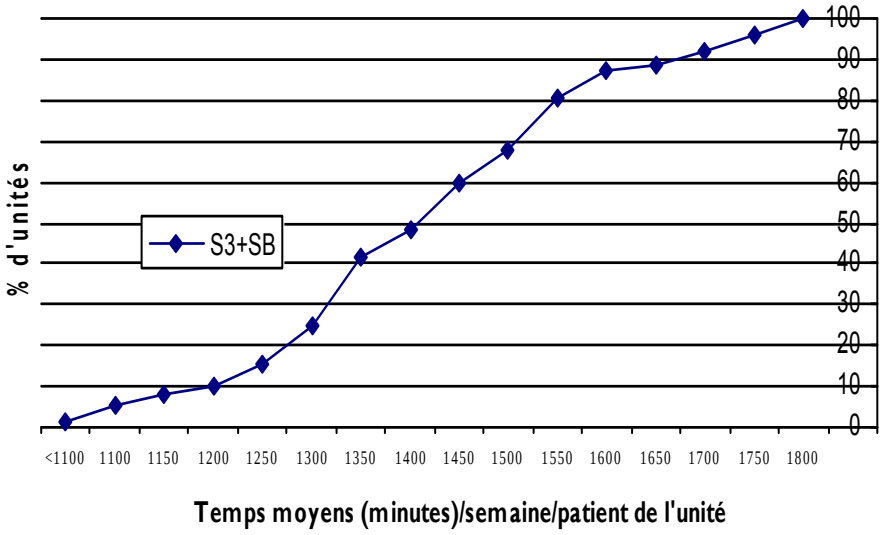
Proposition de modèles de répartition des ETP infirmiers à l'aide des données APS (GIR +PR3=INF)

Les soins infirmiers dans APS sont représentés par des soins de base (GIR) et des soins techniques (PR3). La somme de ces deux types de soins donne l'indicateur de charge moyenne en soins infirmiers INF.

Pour rendre la lecture plus facile nous allons reprendre ci-dessous le graphique de la distribution de la lourdeur de la charge en soins infirmiers requis par unité.

Variabilité des soins infirmiers par unité: INF

Figure 6 : distribution cumulée des temps totaux moyens de soins infirmiers (techniques+ soins de base) par patient dans les unités G-aigu (N=77)



source : Closon, 2006[210]

Nous allons proposer différents modèles d'utilisation de cette donnée pour une répartition plus équitable des ressources entre unités de gériatrie en fonction de la distribution de la charge de travail requise exprimée par le nombre moyen de points en soins infirmiers de chaque unité.

Distribution des points infirmiers dans les unités gériatriques de l'échantillon

min	Q1	MD	Q3	Max
60pt	71pt	77 pt	84pt	100pt

1er modèle : répartition de l'ensemble des ETP infirmiers financés actuellement dans les services gériatriques en fonction de la valeur relative en points de la charge moyenne en soins infirmiers (INF) par unité.

Pour pouvoir répartir les effectifs infirmiers en fonction de la valeur relative de leur charge moyenne en soins infirmiers, il est nécessaire de connaître la valeur en ETP infirmier du point infirmier. Celle-ci est égale à la somme des effectifs infirmiers des unités gériatriques divisée par la somme des points infirmiers de toutes les unités.

Valeur du point infirmier en ETP infirmier dans le premier modèle : VPtINF1

VPtINF1= TOTETP/ TOTINF

où

TOTETP =somme de l'ensemble des ETP infirmiers financés dans les unités de gériatrie

(TOTINF)= somme de l'ensemble des points infirmiers de toutes les unités gériatriques

Le nombre d'ETP infirmiers attribué par unité sera le résultat du produit de son nombre de points infirmiers multiplié par la valeur de ce point

Nombre d'ETP infirmiers attribués dans une unité de gériatrie Ui : NETPUi

NETPUi = NINFUi * VPtINF1

Où NETPUi = le nombre de points infirmiers de l'unité Ui (NINFUi) multiplié par la valeur du point infirmier dans le modèle 1 (VPtINF1)

2ème modèle : introduction d'une norme minimum en ETP par unité et distribution en fonction des valeurs relatives de la charge moyenne en soins infirmiers de chaque unité au delà de ce nombre minimum.

Soit ETPfixe = le nombre minimum d'ETP par unité gériatrique

Si chaque unité doit au moins avoir ETPfixe comme nombre d'ETP minimum, le nombre d'ETP à répartir en fonction des valeurs relatives de la charge moyenne en soins infirmiers par unité sera beaucoup plus faible que dans le modèle précédent. En effet, il faudra d'abord soustraire à l'ensemble des ETP infirmiers actuellement financés (TOTETP) le nombre d'ETP nécessaire pour assurer la norme minimum à chaque unité.

Nombre d'ETP à répartir en fonction des valeurs relative de la charge moyenne en soins infirmiers (INF) : ETPvar2

ETPVAR2 = TOTETP – (ETPfixe * le nombre d'unités de gériatrie)

Valeur du point infirmier dans le deuxième modèle = VPtINF2

VPtINF2= ETPVAR2/ INFTOT

Nombre d'ETP infirmiers de l'unité U i = NETPUi

NETPUi = ETPfixe+ (NINFUi*VPtINF2)

3ème modèle : distribution de l'ensemble des ETP en fonction des valeurs relatives des points infirmiers de telle sorte que l'unité gériatrique qui a le nombre le plus bas de points infirmiers ait la norme minimum soit « A » ETP.

Toutes les unités ayant au moins la norme minimum A (ETPfixe), le nombre d'ETP à répartir dans le troisième modèle (ETPVAR3) est équivalent à celui à répartir dans le deuxième.

La différence avec le deuxième modèle est que dans celui-ci l'unité qui a le nombre de points le plus faible ne participe plus à la répartition des ETP restant en fonction de son nombre relatif de points.

ETPVAR3 = TOTETP – (ETPfixe* le nombre d'unités de gériatrie)

Pour que l'unité qui a le minimum de points infirmiers n'ait que le nombre d'ETP minimum (ETPfixe) et ne profite plus de la répartition en fonction du nombre de points infirmiers, il faut que son nombre de points infirmiers soit mis à 0.

Soit X, le nombre de points de l'unité qui a la valeur la plus basse. Pour obtenir le nombre de points infirmiers par unité qui interviendra dans la répartition de ETPVAR3 dans le modèle 3, il faut soustraire au nombre de points infirmiers de chaque unité, le nombre de points de l'unité qui a la valeur la plus basse soit X. Ceci revient à faire une translation des points de diverses unités pour faire correspondre le nombre de points de l'unité la plus basse à 0.

Le nombre de points d'une unité Ui : NINF3

NINF3Ui= NINFUi-X

Le nombre total de points infirmiers à prendre en compte pour la répartition : TOTINF3

TOTINF3 = TOTINF – (X * le nombre d'unités gériatriques)

Valeur du point INF dans le modèle 3= VPtINF3

VPtINF3 = ETPVAR3 / TOTINF3

Nombre d'ETP infirmiers pour l'unité Ui = X + (NINF3Ui * VPtINF3)

Impact de ces 3 modèles sur la répartition des ETP entre les services de gériatrie

A) A budget constant (soit 12,8 ETP par unité)

Pour permettre de visualiser l'impact des trois modèles dans la répartition des ETP entre les unités de gériatrie aiguë, nous allons simplifier la distribution des valeurs relatives de la charge moyenne en soins infirmiers des diverses unités en imaginant qu'il n'y aurait que 4 unités de gériatrie, chacune ayant un nombre de points infirmiers équivalent à la moyenne des points infirmiers des unités de chaque quartile et représentant 25% des unités. Le nombre total d'ETP financés actuellement sera donc égal à 12,8 ETP x 4 = 51,2 ETP

Soit la distribution des points infirmiers dans les unités gériatriques

min	**Q1**	**MD**	**Q3**	**Max**
60pt	71pt	77pt	84pt	100pt

Valeurs moyennes (arrondies) en points infirmiers observées dans chaque quartile

Q1	**Q2**	**Q3**	**Q4**
(60+71)/2=**66**	(71+77)/2=**4**	(77+84/2)=**81**	(100+84)/2= **92**

Modèle 1 : Répartition des infirmières à **Budget constant** en fonction de la valeur moyenne du nombre de points infirmiers du quartile dans lequel se situe l'unité

Somme de l'ensemble des ETP financés actuellement = 4*12,8 ETP= 51,2 ETP

Somme des points infirmiers de ces quatre unités 'représentatives' est égale à 313 points (**66+74+81+92**)

Valeur du point infirmier en ETP : 51,2 ETP /313 = 0,16 ETP

Répartition des ETP financés actuellement entre les « 4 » unités de gériatrie représentatives de la distribution selon la méthode 1

Pour les unités appartenant au premier quartile le nombre moyen d'ETP sera égal à Q1= 66*0,16= 10,56 ETP

Pour Q2= 74*0,16= 11,84 ETP

Pour Q3=81*0,16= 12,96 ETP

Pour Q4= 94*0,16= 15 ETP

Les unités du premier quartile soit Q1 reçoivent 10,56 ETP pour 24 lits de gériatrie aiguë justifés. Or il représente la valeur moyenne du premier quartile. Il est clair que l'unité qui a le nombre le plus bas de points recevrait dans une répartition linéaire un nombre d'ETP encore inférieur à 10,5 ETP.

Cet exemple fait apparaître qu'à budget constant une répartition linéaire des ETP en fonction des valeurs relatives entraîne un nombre d'ETP par unité très faible pour une partie importante des unités, nombre qui ne permettrait pas d'offrir une qualité des soins minimum! C'est pourquoi pour éviter ce risque, un nombre minimum ETP a été imposé dans les modèles 2 et 3.

Modèle 2 : introduction d'un nombre minimum en ETP par unité et distribution en fonction des valeurs relatives de la charge moyenne en soins infirmiers au delà de ce nombre minimum

Soit 12 ETP le nombre minimum d'ETP pour assurer la qualité des soins

La somme des ETP à répartir en fonction des valeurs relatives est égale à

TOTETP- TOTfixe*nb d'unités

(4*12,8) –(4*12)= 51,2-48= 3,2 ETP

Il ne reste que 3,2 ETP sur les 51,2 financés actuellement à répartir en fonction de la valeur relative de la charge de travail en soins infirmers

La somme des points infirmiers reste égale à 268,4

La valeur du point INF2 est égale à 3,2 ETP/313= 0,01

Le Nombre moyen d'ETP infirmiers attribué dans le modèle 2 aux unités de chaque quartile sera :

Pour les unités du premier quartile :

Q1 = 12 + (0,01*66) = 12,66 ETP

Pour les unités de Q2 = 12 + (0,01*74)= 12,74 ETP

Pour les unités de Q3 = 12 + (0,01*81)= 12,81 ETP

Pour les unités de Q4 = 12 + (0,01*94)= 12,94 ETP

Cet exemple montre que si on souhaite maintenir un budget constant et avoir un nombre d'ETP minimum par unité, le nombre d'ETP à répartir en fonction des valeurs relatives des INF est si faible que la différence en ETP attribués entre les unités qui ont l'intensité en charge de travail requise la plus faible et la plus forte est quasiment inexistante.

Modèle 3 : distribution de l'ensemble des ETP en fonction des valeurs relatives des points infirmiers de telle sorte que l'unité gériatrique qui a le nombre le plus bas de points infirmiers n'ait que le nombre minimum d'ETP.

Pour que l'unité qui a le INF le plus bas ne puisse disposer que de la norme minimum, il faut mettre à 0 le nombre de points INF de l'unité qui a le nombre de points le plus faible et soustraire ce nombre de points des points de chaque unité.

Nombre de points INF pour les quatres unités 'représentatives'

Q1 = 66 –66 = 0 point

Q2 = 74-66 = 8 points

Q3 = 81-66 = 15 points

Q4 = 92-66 = 21 points

Somme des points INF3=TOTINF3= 46 points

Somme des ETP à répartir en fonction des valeurs relatives de la charge de travail requise= 51,2 ETP – 48 ETP =3,2 ETP

Valeur du point INF3= 3,2 ETP / 46 = 0,07 ETP

Nombre d'ETP infirmiers attribué à chaque unité représentative de son quartile

Q1= 12 ETP + (0 * 0,07 ETP) = 12 ETP

Q2= 12 ETP + (8 *0.07 ETP) = 12,56 ETP

Q3=12 ETP + (15 *0,07 ETP) = 13,05 ETP

Q3= 12 ETP + (21 *0,07 ETP) = 13,47 ETP

Cette méthode permet de légèrement accroître les différences en ETP entre les unités à faible intensité et les unités à forte intensité en charge de travail en soins infirmiers requis mais les différences restent toutefois très faibles et ne prennent pas suffisamment en compte la grande variabilité des intensités.

Il est également à noter qu'à budget constant, les unités les plus intensives reçoivent un nombre d'ETP largement inférieur au nombre moyen demandé pour l'ensemble des unités de gériatrie par la SBGG soit 16,8 ETP.

Il semble donc impossible de tenir compte de la grande variabilité de l'intensité des soins requis et du souci de maintenir une qualité des soins suffisante dans les unités en maintenant le budget attribué pour les soins infirmiers constant.

C'est pourquoi pour répondre à ces deux soucis et permettre un encadrement infirmier suffisant des unités les plus intensives, il sera indispensable d'accroître le budget alloué aux soins infirmiers dans les unités de gériatrie aiguë.

B) Répartition des ETP infirmiers nécessitant une augmentation du budget attribué actuellement au financement des soins infirmiers dans les unités de gériatrie.

A partir du moment où on estime que les budgets actuels sont insuffisants, l'accroissement du budget est une décision politique qui dépend des budgets disponibles et des choix dans la répartition de ceux-ci.

C'est pourquoi, nous allons faire trois hypothèses et mesurer leurs impacts à la fois sur l'encadrement infirmier des unités et sur le budget supplémentaire nécessaire.

a) Hypothèse basse : la moyenne en ETP par unité devrait être de 14,5 pour 24 lits pour permettre aux unités relativement plus intensives en soins infirmiers (Q4) requis d'obtenir au moins la norme demandée par la SBGG soit 16,8 ETP pour 24 lits.

b) Hypothèse moyenne : la moyenne en ETP par unité devrait être celle proposée par la SBGG soit 16,8 ETP pour 24 lits.

c) Hypothèse haute : le nombre moyen d' ETP par unité devrait approcher la borne inférieure de l'encadrement appliqué dans certains pays européens soit 20 ETP pour 24 lits.

Hypothèse basse : 14,5 ETP en moyenne par unité

Pour atteindre l'objectif, le nombre moyen d'ETP par unité doit être de 14,5 à la place de 12,8.

Nous avons choisi le modèle 3 pour répartir les ETP. En effet, puisque ce nombre reste relativement « modeste » par rapport à ce qui est pratiqué dans certains pays étrangers, il est important à la fois d'imposer une norme minimum (12) et de permettre une différentiation entre les unités très intensives et les moins intensives.

Somme des ETP = 4*14,5= 58

Somme des ETPvar= 58-48= 10

Valeur du point= 10/46= 0,21

Nombre d'ETP attribué aux unités « représentatives » de chaque quartile

Q1= 12 ETP

Q2= 12+(0,21*8)=13,68 ETP

Q3= 12+(0,21*15)=15,15 ETP

Q4= 12+(0,21*21)= 16,41 ETP

Hypothèse moyenne : 16,8 ETP en moyenne par unité

Comme le nombre est plus élevé, nous avons choisi le modèle 1 pour répartir les ETP en fonction des valeurs relatives, les unités les moins intensives ayant un nombre d'ETP supérieur à celui obtenu actuellement.

Q1	Q2	Q3	Q4
66	74	81	92

nb pt : 315

Somme des ETP à répartir :=16,8*4 = 67,2

Valeur du pt : 0,21 (67,2/313)

Q1 = 66*0,21= 13,86 ETP

Q2= 74*0,21 =15,54 ETP

Q3= 81*0,21= 17 ETP

Q4= 92*0,21= 19,32 ETP

Hypothèse haute : 20 ETP en moyenne par unité

Comme le nombre est plus élevé, nous avons choisi le modèle 1 pour répartir les ETP en fonction des valeurs relatives, les unités les moins intensives ayant un nombre d'ETP supérieur à celui obtenu actuellement

Q1	Q2	Q3	Q4
66	74	81	92

nb pt : 315

Somme des ETP à répartir :=20 ETP *4= 80 ETP

Valeur du pt : 0,25 (80 /313)

Q1 = 66*0,25 = 16,5 ETP

Q2= 74*0,25 =18,5 ETP

Q3= 81*0,25= 20,25 ETP

Q4= 92*0,25= 23 ETP

Simulation du budget nécessaire pour atteindre ces objectifs

Situation actuelle

Il y a en Belgique environ 7500 lits de gériatrie équivalent à 312 unités de gériatrie.

Norme d'ETP pour 24 lits= 12,8 ETP

Soit le coût moyen d'un ETP = 45000 euros

Le coût a été estimé sur base du coût moyen par infirmière. Toutefois, ce coût risque d'être surestimé vu qu'une partie des ETP sont des aides soignantes.

Hypothèse 1

ETP moyen par unité passe de 12,8 à 14,1 soit une augmentation moyenne de 1,7 ETP par unité

Le budget supplémentaire nécessaire pour l'hypothèse 1 sera donc

1,7 ETP * 45000 euros * 312 unités **= 23.868.000 €**

Hypothèse 2

ETP moyen par unité passe de 12,8 à 16,8 soit une augmentation moyenne de 4 ETP par unité

Le budget supplémentaire nécessaire sera donc 4 * 45000 euros * 312 unités=

56.160.000 €

Hypothèse 3

ETP moyen par unité passe de 12,8 à 20 soit une augmentation moyenne de 7.2 ETP par unité

Le budget supplémentaire nécessaire sera donc 7.2 * 45000 euros * 312 unités=

101.088.000 €

Un passage **progressif** à des normes d'encadrement plus élevées permettrait d'étaler l'accroissement du budget dans le temps.

b) Le financement des paramédicaux (kiné, ergo, psych…) et assistants sociaux

FINANCEMENT ACTUEL

Sont actuellement financés dans chaque unité 1,33 ETP (ergo, logo, psycho…)

Les kynésithérapeutes sont actuellement financés à l'acte mais avec des plafonds qui font que finalement le volume d'actes tourne autour de 0,5 ETP kinésithérapeute (nomenclature M ou K).

0,5 ETP référent hospitalier est également financé pour la coordination avec l'ambulatoire

soit

1,83 ETP + 0,5 ETP = 2,33 ETP pour chaque unité de gériatrie

La proposition de la SBGG serait de financer en moyenne 4 ETP pour l'ensemble de ces professionnels par unité.

L'utilisation des données fournies par APS pourrait permettre une répartition de ces 4 ETP plus conforme à la variabilité de l'intensité des soins requis.

Les points obtenus pour Pr3 et Pr4 pourraient être utilisés pour répartir les budgets alloués pour les ergo, logo, kiné, psycho selon les mêmes modèles que pour la répartition des ETP infirmiers.

L'indice de complexité sociale pourrait être utilisé pour répartir de manière plus adaptée aux besoins réels le budget affecté au financement du référent hospitalier.

PROPOSITIONS POUR LES PARAMEDICAUX

Si on souhaite répartir les ETP paramédicaux à budget constant, la norme moyenne ne peut dépasser 1,83.

La norme de 1,83 ETP est très faible de telle sorte qu'il paraît difficile d'attribuer une norme plus faible aux unités moins intensives en soins de réadaptation requis si on leur reconnaît le statut d'unité de gériatrie aiguë.

La SBGG propose 4 ETP. On pourrait répartir ces 4 ETP en 3,25 ETP pour les para-médicaux et 0,75 ETP pour le référent hospitalier.

Il semble préférable d'appliquer le modèle de répartition des ETP paramédicaux en fonction des points relatifs des postes 4 et 5 selon le modèle 3 qui impose une norme minimum qui pourrait être mise à 2.

Au-delà de cette norme la répartition pourrait se faire selon la valeur du nombre de points (PR4+PR5) de chaque unité.

Impact budgétaire

ETP moyen par unité passe de 1,83 à 3,25 soit une augmentation moyenne de 1,42 ETP par unité.

Le budget supplémentaire nécessaire sera donc 1.42*45000€*312 unités =

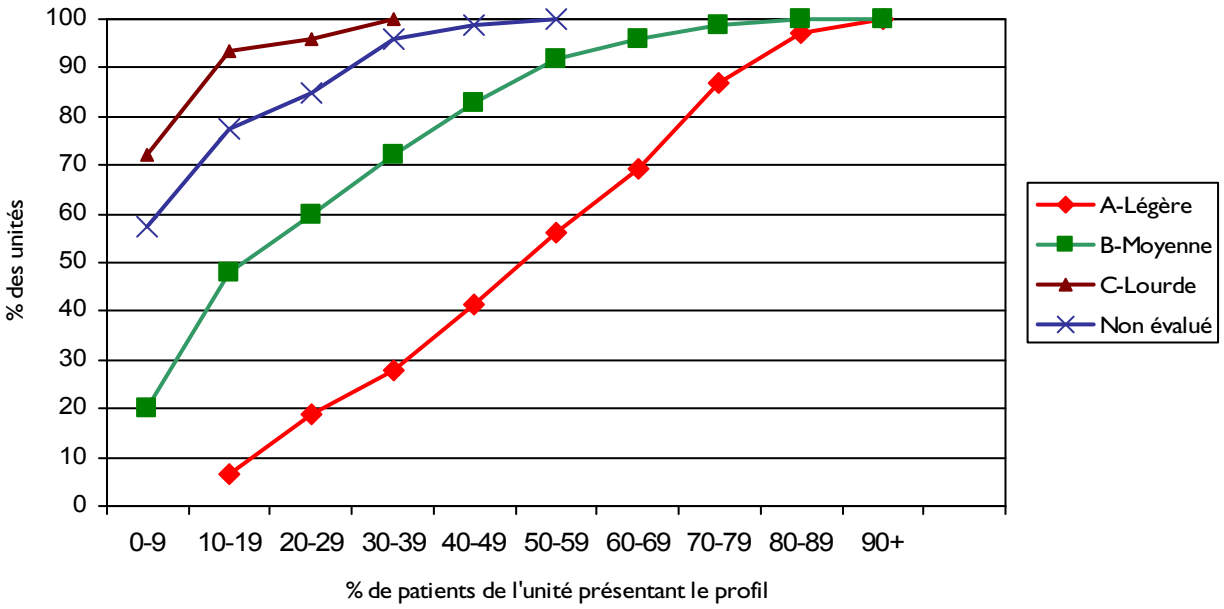
19.936.800 €

PROPOSITIONS POUR LES REFERENTS HOSPITALIERS

Le modèle SOCIOS décrit la complexité sociale de la prise en charge de la situation du patient à sa sortie mais ne l'évalue pas en termes de charge de travail. Il répartit les patients entre socialement légers, moyens ou lourds à prendre en charge.

Le modèle SOCIOS ne permet pas d'évaluer la charge de travail relative pour résoudre les problèmes sociaux. Il ne fait que décrire la complexité relative des cas dans les différentes unités.

Figure 7 : Variabilité de la complexité de la prise en Charge sociale dans les unités G-aiguës (N=77)



La qualité de la solution mise en place à la sortie du patient est très importante tant pour éviter une ré-hospitalisation que pour permettre une bonne coordination des soins et une bonne transmission de l'information.

Le tableau ci-dessous fait apparaître que certaines unités ont 90% de leurs patients qui sont légers socialement et d'autres 30 % de leurs cas qui se révèlent lourds socialement.

Il serait éventuellement possible de répartir les ETP de référents hospitaliers en fonction de la distribution du pourcentage obtenu par l'addition du pourcentage des cas lourds et de la moitié du pourcentage des cas moyens.

Les unités dont ce pourcentage est inférieur à la valeur Q1 de la distribution recevraient 0,25 ETP ; celles dont le pourcentage serait compris entre la valeur Q1 et la médiane recevraient 0,50 ETP ; les unités dont le pourcentage serait compris entre le pourcentage médian et la valeur Q3 recevraient 1 ETP et les unités du dernier quartile 1,25 ETP.

<u>Impact budgétaire pour le financement des référents hospitaliers</u>

ETP moyen par unité passe de 0,5 à 0,75 ETP soit une augmentation moyenne de

0,25 ETP

Le budget supplémentaire nécessaire sera donc 0,25* 45000€ * 312 unités =

3.510.000€

CONCLUSION

Le tableau ci-dessous synthétise les différentes propositions et simulations.

Il permet de voir, pour chaque unité, les variations dans le financement obtenu pour chaque type de personnel par rapport à la situation actuelle en fonction

- du positionnement de l'unité dans la distribution des soins requis (dans le premier , le second, le troisième ou le quatrième quartile) pour chaque type de personnel (infirmiers, paramédicaux, référents hospitaliers
- en fonction des budgets octroyés (soit à budget constant, soit avec une augmentation du budget)
- en fonction de la méthode d'utilisation (modèle) de la distribution des soins requis pour la répartition entre les unités

A, B, C, sont respectivement les budgets alloués actuellement pour le financement des infirmières, des paramédicaux et des référents hospitaliers

Tableau 28: Encadrement en personnel et impact budgétaire

Nbre moyen ETP pour 24 lits par catég : - Infirmiers - Kyné, ergo, logo - Référents hospital.	Q1 **en ETP**	Q2	Q3	Q4	Budgets actuels (A,B,C) + suppl. budget	↑. budget par catég.
Infirmières ***A= Budget cst = 12,8***					**A= 179 712 000**	
Modèle 1 = 12,8	10,5	12,1	13,4	14,9	A+0	
Modèle 2 = 12,8	12,6	12,7	12,8	12,9	A+0	
Modèle 3 = 12,8	12	12,6	13,1	13,6	A+0	
A+ = ↑ budget						
Hypothèse 1 = **14,5**	12	13,7	15,1	16,7	A+ **23.668.000**€	+13%
Hypothèse 2 = **16,8**	13,8	15,9	17,6	19,6	A+ **56.160.000**€	+31%
Hypothèse 3 = **20**	16,5	19,1	21,2	23,5	A+ **101.088.000**€	+56%
Kiné – ergo – logo ***B=budget cst =1,83***	1,83	1,83	1,83	1,83	**B=25 693 200**	
B+=↑budget =3,25	2	2,5	3,5	4	B+ **16 426 000**€	+77%
Référents hospital. ***C= Budget cst= 0,50***	0,50	0,50	0,50		**C= 7 020 000**	
C+= ↑budget = 0,75	0,25	0,50	1	1,25	C+ **3 510 000**€	+50%

Pour expliciter la lecture de ce tableau, nous allons prendre deux exemples.

Exemple 1

Supposons que le gouvernement accorde un accroissement du budget de 31 % pour le personnel infirmier dans les services gériatriques, refuse d'augmenter le budget des paramédicaux et accepte d'augmenter celui des référents hospitaliers de 50%.

Supposons une unité A qui a une charge de travail infirmier requise très lourde (elle se situe dans le quartile 4 de la distribution des soins infirmiers requis), une charge de réadaptation relativement faible (quartile 2), un pourcentage de patients socialement défavorisés important (quartile 3)

Quel sera les modifications apportées dans la situation de cette unité en termes de personnel ?

	Situation actuelle	Nouvelle situation
ETP infirmier	12,8	17,6
Paramédicaux	1,83	1,83
Référent hospit.	0,5	1

Exemple 2

Supposons que le gouvernement n'accepte pas l'accroissement du budget pour le personnel infirmier dans les services gériatriques, accepte d'augmenter le budget des paramédicaux de 77 % et accepte d'augmenter celui des référents hospitaliers de 50%. Le modèle de répartition des ETP infirmiers est le modèle 1.

Supposons que l'unité B a une charge de travail infirmier requise très légère (elle se situe dans le quartile 1 de la distribution des soins infirmiers requis), une charge de réadaptation très faible (quartile 1), un pourcentage de patients socialement défavorisés extrèmement élevé (quartile 4).

Quel sera les modifications apportées dans la situation de cette unité en terme de personnel ?

	Situation actuelle	Nouvelle situation
ETP infirmier	12,8	10,5
Paramédicaux	1,83	2
Référents hospit.	0,5	1,25

Nous voyons que les variations dans le personnel financé par unité sont fortement liées aux besoins de l'unité en termes de charge relative en soins requis, aux budgets accordés et à la modèle de répartition choisie.

Les budgets supplémentaires à accorder pour le financement des soins infirmiers, paramédicaux et sociaux peuvent paraître élevés.

Toutefois, il faut mettre en évidence face à cette augmentation les éléments suivants :

- Ces budgets sont sans doute partiellement surestimés vu que le coût moyen par ETP a été basé sur le coût d'une infirmière alors qu'une partie du personnel infirmier est composée d'aides soignantes dont le coût est moins élevé. Les données du RIM quant à elles décrivent les activités réalisées. Le financement devrait idéalement prendre en compte de manière complémentaire les soins requis et les soins donnés. Ces deux types de données permettent en outre de réaliser un contrôle mutuel sur la validité de la codification.
- Les faibles normes actuelles d'encadrement en soins infirmiers et paramédicaux en Belgique par rapport à ce qui se pratique à l'étranger dans les services de gériatrie aiguë.
- Le fait qu'un meilleur encadrement infirmier, para-médical et une meilleure liaison à la charge en soins requise par chaque unité

devraient permettre une meilleure prise en charge des patients gériatriques et diminuer ainsi le risque de déclin fonctionnel dû à l'hospitalisation. Cet élément pourrait emmener à la fois une diminution de la durée de séjour et une diminution du placement en institutions après hospitalisation.

Il est, en effet, à souligner que près de 30% des patients gériatriques hospitalisés changent de domicile après leur hospitalisation. Le fait d'intégrer les kinésithérapeutes dans la norme permettrait d'éviter d'utiliser la nomenclature K tout comme cela a été fait dans les institutions psychiatriques et de réaliser de substantielles économies.

- L'accroissement de la norme en référent hospitalier et sa meilleure répartition en fonction de la complexité sociale des patients à prendre en charge pourrait également avoir un impact important sur la durée de séjour et la meilleure coordination entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière, élément central pour une amélioration de l'efficacité dans la prise en charge des patients gériatriques.

Les deux derniers éléments pourraient, du moins en partie, contrebalancer l'augmentation du budget. Toutefois, il serait important d'évaluer si ces éléments se réalisent effectivement. C'est pourquoi, il serait utile d'accompagner ces mesures d'un programme d'évaluation de la qualité de la prise en charge, de la réduction de la durée de séjour et de la diminution de réhospitalisation ou d'hospitalisations non nécessaires.

Les données APS ne remplacent ni les données RCM, ni les données RIM mais pourraient être utilisées conjointement à celles-ci. En effet, les données RCM seront toujours nécessaires pour calculer les journées justifiées et les répartir plus équitablement entre les unités de gériatrie en fonction de facteurs présents dans le RCM mais non pris en compte dans le calcul actuel (décès, …)

Messages clés

Réforme proposée pour le financement des services de gériatrie aiguë

1/ Réformes préalables

- **Screening patient âgés de moins de 75 ans**
- **Evaluation de la fragilité des patients à profil gériatrique**
- **Collecte de données APS deux fois par an dans les services gériatriques aigus**

2/ Financement

<u>Première étape</u> :

- **Financement des ETP infirmiers, paramédicaux et assistants sociaux sur base des indicateurs APS de lourdeur de la charge de travail**

<u>Deuxième étape</u> :

- **Nouvelle définition de la catégorie Gfin**
- **≥ 10 jours en gériatrie aiguë**
- **Niveau de sévérité > 1**
- **Profil gériatrique**
- **Évaluation gériatrique**
- **Service G participant à un programme de qualité du Collège de Gériatrie**
- **Redistribution des journées justifiées des patients hospitalisés dans le service sur base des critères RCM et APS non repris dans la détermination des journées justifiées**

5.3.3.2 Le financement de la fonction de liaison

Actuellement, le Ministre de la Santé Publique a prévu d'accorder 4 ETP (infirmiers, para-médicaux, assistants sociaux), aux services de gériatrie qui implémenteraient une fonction de liaison interne. Il s'agit dans un premier temps d'une norme forfaitaire.

Toutefois, il serait utile à terme de faire varier cette norme en fonction :

- du nombre de patients gériatriques hospitalisés dans les services non gériatriques de l'hôpital. A court terme, la meilleure définition possible est celle utilisée pour définir les G 'potentiels' dans la détermination des journées justifiées. Toutefois à moyen terme, lorsque le screening des patients gériatriques sera réalisé aux urgences et dans les services non gériatriques, le nombre de patients réellement gériatriques hors services de gériatrie pourra être défini de manière plus objective.
- du nombre et du type de prise en charge par la fonction de liaison gériatrique. L'expérimentation, menée dans les hôpitaux à la fin de cette année, permettra de récolter des informations utiles à cet égard.

6 CONCLUSIONS

6.1 INTRODUCTION

La présente étude portait sur la fonction gériatrique aiguë. Il s'agissait de présenter des instruments susceptibles d'améliorer le mode de financement de ces services. C'est-à-dire, déterminer un mode de répartition des moyens budgétaires qui soit plus proche des besoins réels de ces services. Au préalable, nous avons réalisé une analyse des différents instruments de dépistage du patient gériatrique, point de départ indispensable. Il s'agissait également de faire le point sur les instruments d'évaluation de ces patients et de définir ce que l'on entend par 'fonction de liaison'.

6.2 DÉFINITION DU PATIENT GÉRIATRIQUE – IDENTIFICATION DES OUTILS DE DÉPISTAGE - DÉFINITION DE LA GÉRIATRIE DE LIAISON

La programmation en lits G ne couvre pas l'entièreté de la demande : selon la norme 5 lits pour 1000 habitants de 65 ans +, il manque en Belgique actuellement 2 221 lits index G. C'est pourquoi, il est indispensable d'identifier le profil du patient gériatrique à risque de déclin et susceptible de profiter d'une prise en charge spécialisée, de sélectionner les outils de screening et d'élaborer un modèle de gériatrie de liaison.

6.2.1 Définition du patient gériatrique

Pour définir le patient gériatrique il était nécessaire de cerner une réalité clinique complexe et individuelle. Bien qu'une littérature abondante existe sur le sujet, on ne retrouve aucune définition explicite. Pour tenter d'appréhender cette réalité clinique, nous avons repris les définitions proposées par différentes sociétés savantes en gériatrie au niveau international afin d'identifier les caractéristiques récurrentes chez de tels patients. Certaines sociétés savantes précisent le tableau clinique du patient gériatrique, d'autres le profil de patientèle prise en charge par le gériatre ou encore sur quoi se focalise la gériatrie.

Nous avons retenus la définition de la SBGG-BVGG pour trois raisons:

- Reprise des principales caractéristiques du patient gériatrique admises par les sociétés savantes internationales ;
- Approbation par les gériatres belges ;
- Prise en compte d'une réalité clinique « locale » tout en intégrant les caractéristiques reconnues internationalement.

Nous ne reprenons pas de critère d'âge : tant la littérature que les gériatres de terrain convergent vers l'idée qu'au niveau individuel, un critère d'âge est trop discriminant ; le patient gériatrique est un patient âgé mais aucun seuil d'âge ne peut être défini.

6.2.2 Identification du patient gériatrique

La recherche des caractéristiques du patient gériatrique permet d'identifier les patients âgés en perte d'autonomie et pouvant bénéficier utilement d'une prise en charge gériatrique.

Il est très important de pouvoir identifier dès l'admission aux urgences ou dans un service non gériatrique un patient « fragilisé » d'un point de vue gériatrique afin de permettre une orientation appropriée et une prise en charge adéquate de ce type de patients.

Sur base de la littérature nous avons identifié plusieurs outils de screening valides et fiables. Sous réserve des limites inhérentes à chaque échelle et dans un but opérationnel de dépistage du patient « fragile », nous avons retenu les scores suivants : ISAR et SHERPA pour leur performance et leur validité scientifique.

Si le SHERPA est un outil belge spécifiquement adapté à notre contexte hospitalier, il nécessite plus de temps en personnel que l'ISAR car il comprend un MMS (même si celui-ci est restreint).

Ceci est un critère dont il faudra tenir compte dans le choix de l'outil à utiliser étant donné le peu de personnel disponible aux urgences et dans les unités de soins.

Parmi les divers outils d'évaluation multidisciplinaire, nous retiendrons que le BGMST et le RAI ont fait l'objet de projets–pilotes en Belgique.

Des différentes études d'implémentation du BGMST, il ressort que: les services de gériatrie utilisent des outils d'évaluation, soit le BGMST, soit une de ces composantes, soit d'autres outils 'home made' (auprès de 78 unités de gériatrie belge sur 111 en 2006). Le BGMST peut identifier les problèmes gériatriques (sauf les chutes), la plus-value apportée par l'emploi du BGMST est certaine mais varie d'un centre à l'autre, l'emploi du BGMST est jugé simple, faisable, sensible, il aide à identifier de nombreux problèmes gériatriques et a une valeur éducative auprès des équipes (sur base de 334 enregistrements dans 33 unités de gériatrie).

Quant au RAI, il existe en huit versions anglaises dont seules deux sont validées et une est en cours de validation. Le MDS, noyau central du RAI, est d'une grande complexité. De surcroît, l'utilisation du RAI demande une formation spécifique et des ressources techniques et humaines importantes. Notons encore que l'instrument est en permanente évolution ne signant aucune stabilité de l'outil. Des études de validation sont indispensables. C'est pourquoi, comme outil d'identification de la nature des problèmes gériatriques, nous avons retenu le BGMST pour sa faisabilité en termes d'application et sa connaissance par les gériatres de terrain, ayant fait l'objet d'un travail de 3 années au sein du Collège de gériatrie réalisé avec le soutien de la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie.

6.2.3 La gériatrie de liaison

Afin de proposer une définition opérationnelle de cette fonction, nous avons identifié les principales caractéristiques des différents modèles de liaison à l'étranger, qui ont conduit à des résultats probants. Ces caractéristiques issues de la littérature scientifique ont été discutées avec quelques experts belges (N=4) afin de proposer un modèle pour la Belgique.

- Tout patient de 75 ans et plus admis aux urgences ou en admission programmée est dépisté à l'aide d'un instrument unique à l'hôpital et à l'ensemble des hôpitaux.
- Le patient dément, résidant en MRS, admis pour fracture du col est d'emblée considéré comme un profil gériatrique
- L'ISAR est l'outil de choix pour le screening ; Le SHERPA (nécessitant un MMSE) est aussi recommandé mais nécessitera des ressources humaines supplémentaires
- Le BGMST est l'outil recommandé pour l'identification de la nature des problèmes gériatriques
- Tout patient identifié comme gériatrique est vu par l'infirmière gériatrique de l'équipe de liaison en premier lieu
- L'infirmière de liaison fait rapport quotidiennement au gériatre et l'équipe de liaison se réunit chaque semaine pour discuter des cas
- L'infirmière de liaison a un rôle actif au sein des différentes équipes de soins multidisciplinaires dans l'hôpital ; Le modèle décentralisé de la gériatrie de liaison est à préconiser
- L'équipe de liaison (4 ETP) sera composée par au moins 1 à 2 ETP Elle sera constituée en fonction des profils nécessaires de kiné, logopède, ergothérapeute, psychologue, assistant social.

Une sensibilisation à la culture gériatrique des professionnels non spécialisés en gériatrie est indispensable.

La deuxième partie de l'étude portait sur les aspects relatifs au financement de la fonction gériatrique et plus particulièrement les services G.

Après avoir brièvement étudié la manière dont la gériatrie est financée dans plusieurs pays, nous avons effectué une analyse critique des outils existants qui pourraient être utilisés à des fins de financement en Belgique, analyse en termes de contenu et de validité. Une fois l'outil sélectionné, reste alors à évaluer l'apport de cet outil par rapport à la situation existante ou à venir : qu'apporte-t-il comme élément supplémentaire par rapport à des éléments qui font (ou feront) l'objet d'un enregistrement régulier tels que le RIM II, le RCM ou l'échelle Katz ? Cette section vise à faire le point sur ces questions et à baliser les développements futurs éventuels.

6.3 VALIDATION DES INSTRUMENTS POUR LE FINANCEMENT

Avant de considérer les avantages et inconvénients des instruments disponibles, il est essentiel de vérifier dans quelle mesure ils sont validés, à l'égard des différentes acceptions de ce terme. Une analyse détaillée de la validation a été réalisée et fait l'objet d'une section de ce rapport, nous ne mentionnons ici que les grandes lignes de cette analyse.

6.3.1 L'instrument APS

Dans le cadre d'une étude commanditée par les Régions wallonne et bruxelloise et les communautés française et germanophone, 76 coordinations de soins à domiciles ont été contactées afin d'étudier la validité de l'échelle sur des patients de plus de 65 ans bénéficiant d'au moins une toilette par semaine[199]. AGGIR et SOCIOS étaient comparés à l'APA et à l'échelle Katz. L'étude concluait que l'échelle APA devait être abandonnée en raison de sa faible validité. L'échelle Katz se révélait insuffisamment adaptée à l'évaluation de la dépendance dans le but d'établir une allocation permettant de compenser la perte d'autonomie. La grille AGGIR présentait en revanche une très bonne validité de contenu, une bonne à très bonne fidélité interjuges, une bonne à très bonne fidélité à l'évaluation de la dépendance aux AIVJ et une excellente validité de construit.

Bien que les résultats de cette validation soient favorables à l'APS, il faut noter que la partie PATHOS n'a pas été exploitée et que les deux autres parties n'ont pas été appliquées au domaine qui nous intéresse dans le cadre de cette étude.

En 2006, une thèse de doctorat fut consacrée à la validation d'instruments de mesure de la dépendance des personnes âgées[196]. Globalement, l'auteur conclut que la grille AGGIR est plus performante que l'échelle APA, utilisée par la Prévoyance sociale et l'échelle de Katz utilisée par l'INAMI. Tous les tests effectués confirment sa validité de contenu et de construit ainsi que sa fidélité. Il faut toutefois souligner que cette analyse ne porte pas spécifiquement sur la gériatrie aiguë, ce qui n'enlève pas toute pertinence aux résultats de validité obtenus.

L'étude du CIES[3] apporte d'autres éléments permettant d'évaluer l'APS, la validité qui peut en être dégagée est analysée de manière détaillée dans la section relative à la validation. Globalement, les résultats issus des études menées[3, 202] nous permettent de conclure à un niveau de validation intéressant même si il est possible de le compléter par une démarche complémentaire.

6.3.2 Le RIM II

A notre connaissance, aucune validation de cet instrument n'a été effectuée à ce jour. Malgré cette absence de validation, le RIM II fait l'objet d'une période d'essai d'enregistrement au cours des trois derniers mois de 2007. Au 1er janvier 2008, il est prévu de rendre son enregistrement obligatoire dans tous les hôpitaux. L'enregistrement des données qui le constitue devra être réalisé quatre fois par an et durera 15 jours. Ce qui signifie, qu'au cours de cette période, chaque patient sera enregistré quotidiennement. Notons toutefois qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de méthodologie validée qui permette d'établir le lien entre le RIM II et la charge de travail.

6.3.3 Le système PLAISIR

Comme il a été mentionné dans le présent rapport, l'analyse de la littérature scientifique ne permet pas de s'exprimer sur l'éventuelle validité de ce système. En outre, cet outil est commercial et son concepteur le considère comme une propriété privée. Il n'est donc pas pertinent de le prendre en considération pour le cas de la Belgique, objet de notre étude.

6.3.4 Les RUGs

Cet instrument fondé sur le RAI n'est pas encore utilisable pour les services G.

6.3.5 Conclusion quant à la validité des instruments

En conclusion, il n'existe pas de validation pour des instruments permettant d'évaluer la charge de travail, et subséquemment pour le financement pour la fonction gériatrique aiguë à l'exception de l'APS. Cet instrument, composé de trois éléments complémentaires, a été l'objet de plusieurs tests de validation dont les aspects méthodologiques et les résultats nous permettent de conclure à une validation intéressante même si elle pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire. Si dans l'avenir, de telles procédures sont envisagées, que ce soit pour l'APS ou tout autre échelle ou instrument, elles devront répondre à des critères issus d'un protocole complet et rigoureux.

6.4 APPORTS INTRINSEQUE DES INSTRUMENTS

Nous nous intéressons ici à la spécificité des instruments comparés. Cela signifie que nous nous attachons à montrer en quoi il se différencient les uns des autres. De manière opérationnelle, les divers instruments sont-ils réellement adéquats pour le financement des services gériatriques et leur dotation budgétaire seraient-elle substantiellement différente en recourant à un instrument plutôt qu'à un autre ?

La situation en Belgique nous amène à prendre en considération les instruments existants et celui qui ressort comme une alternative possible : il s'agit donc de l'échelle Katz, des RCM, du RIM II et de l'APS. A ce stade nous n'excluons aucune combinaison possible, d'autant plus que Katz, RCM ou RIM II présente une spécificité qui rend toute comparaison isolée peu pertinente.

6.4.1 Mesure de l'autonomie de la personne : les instruments ne sont pas départagés définitivement

Sans revenir sur les détails du rapport consacrés à la comparaison des instruments, nous avons pu constater que AGGIR se fonde sur 10 variables discriminantes, que Katz tient compte de 6 items discriminants et que le RIM II permet de distinguer 23 classes dont une partie relève directement des problèmes liés à la dépendance.

Si le travail réalisé sur la partie AGGIR permet de mettre en évidence une bonne capacité à distinguer des groupes Iso-Ressources et au calcul d'un indicateur de charge en soins bien corrélé aux soins requis pour la dépendance, l'absence de données directement comparables ne permet pas de déterminer l'apport absolu et relatif de son utilisation par rapport à l'échelle de Katz et au RIM II, qui, à ce stade, ne fait pas l'objet d'une méthodologie qui permet une telle distinction.

6.4.2 Les pathologies qui affectent les patients gériatriques : la complémentarité des instruments

La partie PATHOS de l'APS permet de distinguer 240 couples 'états pathologiques – profils' qui constituent la base du calcul de la charge de soins requise. Une étude précédente[3] avait permis de mettre en évidence l'importance de certaines informations reprises dans le RCM et non utilisées dans le financement.

Il avait également été constaté que cet apport ne suffirait pas à rendre compte de la situation spécifique des patients gériatriques et de leur prise en charge en raison de l'absence de profils de soins par états pathologiques.

6.4.3 Soins donnés versus soins requis : l'importance du contrôle

D'un point de vue intuitif et théorique, l'enregistrement de soins requis ou donnés ne donne pas lieu aux mêmes avantages et inconvénients. Il s'agit ici d'une ligne de démarcation claire entre l'APS, basé sur les soins estimés comme requis et le RIM II, basé sur les soins donnés. Toutefois, il apparaît clairement que les avantages ou inconvénients respectifs sont directement liés à l'existence, au mode et au suivi d'un contrôle des enregistrements.

6.4.4 Approche multidisciplinaire du patient gériatrique : avantage potentiel à l'APS

Le caractère multidisciplinaire de la problématique gériatrique a été largement démontré par la présente étude, elle confirme en cela d'autres travaux qui ont porté sur la même thématique. L'intérêt de l'instrument APS comme outil multidisciplinaire répondant aux besoins d'évaluation des patients gériatriques et de la charge de travail que leur hospitalisation induit a également été montré. La partie SOCIOS apporte, certainement de manière conceptuelle un avantage par rapport au RIM II complété ou non du RCM. SOCIOS permet d'appréhender la complexité sociale et de distinguer quatre situations de devenir possible pour un patient gériatrique. Il présente l'avantage de cerner la capacité du groupe familial à résoudre les problèmes que pourrait rencontrer le patient à sa sortie de l'hôpital. Objectivement, si l'on peut légitimement se poser des questions sur l'apport relatif des parties AGGIR et PATHOS, il est clairement établi dans l'étude du CIES que la partie SOCIOS constitue un apport original. Il s'agit toutefois de la partie pour laquelle la validation est la moins aboutie et demande donc une démarche complémentaire.

6.4.5 Les coûts liés à l'enregistrement : tenir compte de l'existant et de la capacité des unités à enregistrer de nouvelles données

L'enregistrement sous forme d'essai du RIM II devrait fournir des indications intéressantes sur son contenu mais également sur la charge administrative qu'il constitue. En routine, il exigera quatre moments de 15 jours au cours de l'année. Dans le rapport du CIES relatif à l'instrument APS, il est question de trois, voire deux, moments d'enregistrement (environ une demi journée…).

6.5 CONCLUSION : LA DÉTERMINATION DES AVANTAGES COMPARATIFS NECESSITE UNE EXPLORATION MIEUX DOCUMENTÉE ET FONDÉE SUR DES FAITS

La simulation budgétaire réalisée sur base de l'APS permet de montrer clairement les modifications d'affectation d'une enveloppe budgétaire qu'elle soit constante ou croissante.

La question de la nécessaire multidisciplinarité de la fonction gériatrique, parfaitement congruente avec le profil complexe des patients gériatriques, nous invite à prendre en considération les parties SOCIOS et PATHOS de l'instrument APS. Potentiellement, ces aspects peuvent se révéler d'une grande utilité. Toutefois, nous l'avons souligné, un complément de procédure de validation constituerait un réel apport. Toutefois, la variabilité de la charge de travail nous invite à utiliser, dans un délai le plus bref possible, un outil permettant de mieux répartir les ressources dans les services de gériatrie.

Si nous ne pouvons conclure sur base des éléments fondés sur l'évidence existante, il est d'autant plus utile de tirer partie des expérimentations en cours. L'enregistrement en routine du RIM II (et de Katz) constitue un réel atout pour une possible validation.

Il s'agit également d'un moment opportun pour commencer un exercice similaire pour l'instrument APS. Il nous paraît donc possible d'envisager un double exercice de validation de ces outils.

En outre, l'opportunité de comparer l'apport de chacun de ces outils est réelle. Toutefois, il faut garder à l'esprit que le RIM II ne couvre qu'une partie des informations reprises dans l'APS et qu'il ne peut dès lors sans doute pas constituer à lui seul une alternative suffisante.

Un protocole de recherche complet établi par une équipe totalement indépendante constituerait une première particulièrement riche d'enseignements. Il serait ainsi possible de prendre en considération tous les coûts nécessaires à l'exécution en routine des instruments respectifs (formation, enregistrement, contrôle, rapport ...).

Seule une telle démarche permettra de faire la lumière sur les avantages respectifs des instruments à coûts donnés et d'établir l'apport éventuellement complémentaire des deux instruments. Il pourrait en résulter également la mise en évidence d'une solution mixte combinant deux ou plusieurs instruments.

En outre, cette opportunité devrait être saisie afin de réaliser une étude comparative des différents systèmes de financement issus de l'utilisation des différents instruments disponibles actuellement en Belgique dans le système hospitalier (tels que RCM, RIM, Katz …). Les données obtenues par les enregistements inhérents aux différents outils pourraient être utilisés afin de vérifier l'impact sur le financement de chaque hôpital. Une telle comparaison n'a pu être effectuée jusqu'à ce jour.

6.6 LIMITATIONS

La comparaison des instruments pour le financement des soins gériatriques aigus effectuée dans cette étude est fondée sur la littérature existante. Elle consiste principalement en une vérification des caractéristiques intrinsèques respectives et des niveaux de validation. Notre étude ne porte donc pas sur une comparaison de l'implémentation de ces instruments. Cette dernière ne pourra avoir lieu qu'à la suite d'un enregistrement validé des données auxquelles ils réfèrent. C'est pourquoi cette étape est proposée en guise de recommandation.

7 REFERENCES

1. Swartenbroeckx N, Closon MC. Analyse de la spécificité des services geriatrique en milieu hospitalier. CIES-UCL; 1997.
2. Swartenbroeckx N, Wauthy I, Closon MC. Analyse de la spécificité de la durée de séjour en service Gériatrique. CIES-UCL; 1998.
3. Closon MC, Neirynck I, Habimana L, Bayens JP, Swine C. Résumé gériatrique minimum. Prise en compte des spécificités en services gériatriques. CIES-UCL; 2006. (33)
4. Warren M. The Care of the elderly. BMJ. 1943:822-3.
5. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med. 1984;311(26):1664-70.
6. Winograd CH, Gerety MB, Brown E, Kolodny V. Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. J Am Geriatr Soc. 1988;36(12):1113-9.
7. Rubenstein LZ, Applegate WB, Burton JR, Hyer K, Pawlson LG, Winograd CH. Medicare reimbursement for geriatric assessment: report of the American Geriatrics Society Ad Hoc Committee on Geriatrics Assessment. J Am Geriatr Soc. 1991;39(9):926-31.
8. Rubenstein LZ, Goodwin M, Hadley E, Patten SK, Rempusheski VF, Reuben D, et al. Working group recommendations: targeting criteria for geriatric evaluation and management research. J Am Geriatr Soc. 1991;39(9 Pt 2):37S-41S.
9. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Jr., Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. J Am Geriatr Soc. 1991;39(8):778-84.
10. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.
11. Gillick M. Pinning down frailty. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M134-5.
12. Kressig RW, Wolf SL, Sattin RW, O'Grady M, Greenspan A, Curns A, et al. Associations of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among older adults transitioning to frailty. J Am Geriatr Soc. 2001;49(11):1456-62.
13. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ. 1994;150(4):489-95.
14. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1998;53(1):S9-16.
15. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. Lancet. 1999;353(9148):205-6.
16. Rockwood K, Hogan DB, MacKnight C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. Drugs Aging. 2000;17(4):295-302.
17. Morley JE, Perry HM, 3rd, Miller DK. Editorial: Something about frailty. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002;57(11):M698-704.
18. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. Aging Clin Exp Res. 2003;15(3 Suppl):1-29.
19. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(6):890-7.
20. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: clinical challenges. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(6):898-903.
21. Chin APMJ, Dekker JM, Feskens EJ, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. J Clin Epidemiol. 1999;52(11):1015-21.
22. Mitnitski AB, Mogilner AJ, MacKnight C, Rockwood K. The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty index. Mech Ageing Dev. 2002;123(11):1457-60.

23. Mitnitski AB, Graham JE, Mogilner AJ, Rockwood K. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. BMC Geriatr. 2002;2:1.

24. Mitnitski AB, Song X, Rockwood K. The estimation of relative fitness and frailty in community-dwelling older adults using self-report data. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(6):M627-32.

25. Song X, Mitnitski A, MacKnight C, Rockwood K. Assessment of individual risk of death using self-report data: an artificial neural network compared with a frailty index. J Am Geriatr Soc. 2004;52(7):1180-4.

26. Jones D, Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Evaluation of a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment in a population based study of elderly Canadians. Aging Clin Exp Res. 2005;17(6):465-71.

27. Rockwood K. What would make a definition of frailty successful? Age Ageing. 2005;34(5):432-4.

28. Rockwood K, Wolfson C, McDowell I. The Canadian Study of Health and Aging: organizational lessons from a national, multicenter, epidemiologic study. Int Psychogeriatr. 2001;13 Supp 1:233-7.

29. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. J Am Geriatr Soc. 2005;53(6):1069-70.

30. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(3):255-63.

31. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB, Jr., Walston JD. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. J Am Geriatr Soc. 2004;52(4):625-34.

32. Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, Vellas B, Albarede JL, Grandjean H. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(7):M448-53.

33. Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, Steger-May K, Brown M, Sinacore DR, et al. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: results of a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2002;50(12):1921-8.

34. Gill TM, Allore H, Holford TR, Guo Z. The development of insidious disability in activities of daily living among community-living older persons. Am J Med. 2004;117(7):484-91.

35. Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JP. Old or frail: what tells us more? J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(9):M962-5.

36. Charlson ME, Sax FL, MacKenzie CR, Fields SD, Braham RL, Douglas RG, Jr. Assessing illness severity: does clinical judgment work? J Chronic Dis. 1986;39(6):439-52.

37. Charlson ME, Hollenberg JP, Hou J, Cooper M, Pochapin M, Pecker M. Realizing the potential of clinical judgment: a real-time strategy for predicting outcomes and cost for medical inpatients. Am J Med. 2000;109(3):189-95.

38. Studenski S, Hayes RP, Leibowitz RQ, Bode R, Lavery L, Walston J, et al. Clinical Global Impression of Change in Physical Frailty: development of a measure based on clinical judgment. J Am Geriatr Soc. 2004;52(9):1560-6.

39. Torres OH, Munoz J, Ruiz D, Ris J, Gich I, Coma E, et al. Outcome predictors of pneumonia in elderly patients: importance of functional assessment. J Am Geriatr Soc. 2004;52(10):1603-9.

40. Pepersack T, De Breucker S, Mekongo YP, Rogiers A, Beyer I. Correlates of unrecognized depression among hospitalized geriatric patients. J Psychiatr Pract. 2006;12(3):160-7.

41. Petrovic M, Mariman A, Warie H, Afschrift M, Pevernagie D. Is there a rationale for prescription of benzodiazepines in the elderly? Review of the literature. Acta Clin Belg. 2003;58(1):27-36.

42. Kelly M. The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987. A policy analysis. Nurs Clin North Am. 1989;24(3):791-4.

43. Jette AM. How measurement techniques influence estimates of disability in older populations. Soc Sci Med. 1994;38(7):937-42.

44. Pepersack T, Garbusinski J, Robberecht J, Beyer I, Willems D, Fuss M. Clinical relevance of thiamine status amongst hospitalized elderly patients. Gerontology. 1999;45(2):96-101.

45. Gazzotti C, Albert A, Pepinster A, Petermans J. Clinical usefulness of the mini nutritional assessment (MNA) scale in geriatric medicine. J Nutr Health Aging. 2000;4(3):176-81.

46. Pepersack T. Recommandations pour une approche nutritionnelle en institution geriatrique. Rev Med Brux. 2001;22(4):A320-9.

47. Pepersack T, Rotsaert P, Benoit F, Willems D, Fuss M, Bourdoux P, et al. Prevalence of zinc deficiency and its clinical relevance among hospitalised elderly. Arch Gerontol Geriatr. 2001;33(3):243-53.

48. Pepersack T, Corretge M, Beyer I, Namias B, Andr S, Benoit F, et al. Examining the effect of intervention to nutritional problems of hospitalised elderly: a pilot project. J Nutr Health Aging. 2002;6(5):306-10.

49. Gazzotti C, Arnaud-Battandier F, Parello M, Farine S, Seidel L, Albert A, et al. Prevention of malnutrition in older people during and after hospitalisation: results from a randomised controlled clinical trial. Age Ageing. 2003;32(3):321-5.

50. Pepersack T. Ethique et nutrition artificielle. Rev Med Brux. 2003;24(6):A491-3.

51. Pepersack T. Outcomes of continuous process improvement of nutritional care program among geriatric units. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60(6):787-92.

52. Primary and Continuing Care Special Interest Group. Geriatricians and the management of long term conditions. London: British Geriatrics Society; 2005. Reference Material Available from: http://www.bgs.org.uk/Publications/Reference%20Material/ref_management_of_ltc.htm

53. Gonthier R [Homepage on the Internet]. gerosante.fr;c 2005 [cited 2007]. Les spécificités du soin gériatrique : approche globale, interdisciplinarité. Available from: http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/soin-geriatrique.pdf

54. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie [Homepage on the Internet]. Utrecht;c 2006 [cited 01-07]. Wat is Geriatrie - Algemene informatie. Available from: http://www.nvkg.nl/

55. Bruder J, Lucke C, Schramm A, Tews H, Werner H, Expertenkommission der deutschen Gesellschaft für Geriatrie und deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie. Was ist Geriatrie? Bayreuth: Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern; 2002. Available from: http://www.afgib.de/Was_ist_Geriatrie.pdf

56. Unidad de gestión de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos [Home Page on the Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología;c 2006 [updated 2006-02-14; cited 2007-01-10]. Decálogo de preguntas mas frecuentes sobre la especialidad de geriatría. Available from: http://www.segg.es/segg/html/socios/seccion_estudiantes/decalogo_preguntas.htm

57. Duursma S, Castleden M, Cherubini A, Cruz Jentoft A, Pitkala K, Rainfray M, et al. European Union Geriatric Medicine Society. Position statement on geriatric medicine and the provision of health care services to older people. J Nutr Health Aging. 2004;8(3):190-5.

58. Australian Society for Geriatric Medicine. Geriatric Assessment and Community Practice. Sydney: Australian & New Zealand Society for Geriatric Medicine (ANZSGM); 2002. Position Statement (8) Available from: http://www.asgm.org.au/pdfdocs/position_statements/PositionStatementNo08.pdf

59. Landefeld CS [Home Page on the Internet]. New York: American Geriatrics Society [cited 2007-02-10]. Chapter 12 - Hospital Care. Available from: http://www.americangeriatrics.org/directory/ABIM/GRS/Hosp5_m.htm

60. Pepersack T. Minimum Geriatric Screening Tools to Detect Common Geriatric Problems. J Nutr Health Ageing. 2007:In press.

61. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. N Engl J Med. 1990;322(22):1572-8.

62. Wu AW, Yasui Y, Alzola C, Galanos AN, Tsevat J, Phillips RS, et al. Predicting functional status outcomes in hospitalized patients aged 80 years and older. J Am Geriatr Soc. 2000;48(5 Suppl):S6-15.

63. Warburton RN, Parke B, Church W, McCusker J. Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged > or =75 in a community hospital emergency department. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2004;17(6):339-48.

64. Parke B, Brand P. An Elder-Friendly Hospital: translating a dream into reality. Can J Nurs Leadersh. 2004;17(1):62-76.

65. Hebert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L, Cohen C. Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(11):M693-9.

66. Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horwitz RI, Cooney LM, Jr., Hurst LD, et al. A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. J Gen Intern Med. 1993;8(12):645-52.

67. Cornette P, Swine C, de Saint Hubert M, D'Hoore W. Evaluation rapide des patients à risque de déclin fonctionnel (DF): un algorithme pour la salle d'urgences. In: Journées d'Automne de la SBGG. Liège; 2006.

68. Cornette P, Swine C, Malhomme B, Gillet JB, Meert P, D'Hoore W. Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool. Eur J Public Health. 2006;16(2):203-8.

69. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. J Am Geriatr Soc. 1996;44(3):251-7.

70. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. J Am Geriatr Soc. 1999;47(10):1229-37.

71. Vandewoude MF, Geerts CA, d'Hooghe AH, Paridaens KM. [A screening tool to identify older people at risk of adverse health outcomes at the time of hospital admission]. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2006;37(5):203-9.

72. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age Ageing. 2006;35(5):526-9.

73. Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, Drew BL, Connor JT, Lewicki LJ, et al. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. Acad Emerg Med. 2003;10(3):224-32.

74. Schoevaerdts D, Biettlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D, et al. Early identification of the geriatric profile in the emergency department: Presentation of the Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA). Revue de Geriatrie. 2004;29(3):169-78.

75. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993;342(8878):1032-6.

76. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. Age Ageing. 1988;17(5):293-302.

77. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156(6):645-52.

78. Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin Geriatr Med. 1998;14(4):669-79.

79. Decorte L, De Bels D, Beyer I, Cornette P, Karmali R. Correlation entre le score SHERPA et le score ISAR pour l'orientation des personnes âgées hospitalisées via les urgences. Communication Journées d'Automne de la SBGG à Liège. 2006.

80. Beyer, Decorte L, De Bels D, Robberechts J, Cytryn E, Pepersack T, et al. SHERPA scores not only predict functional decline after hospitalization but also length of stay. J Nutr Health Aging. 2006;10:305.

81. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S. Screening for geriatric problems in the emergency department: reliability and validity. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Steering Committee. Acad Emerg Med. 1998;5(9):883-93.

82. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. Ann Emerg Med. 2000;36(5):438-45.

83. Dendukuri N, McCusker J, Belzile E. The identification of seniors at risk screening tool: further evidence of concurrent and predictive validity. J Am Geriatr Soc. 2004;52(2):290-6.

84. Dendukuri N, McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Verdon J, Karp I, et al. Comparing the validity of different sources of information on emergency department visits: a latent class analysis. Med Care. 2005;43(3):266-75.

85. Société Francophone de médecine d'Urgence. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. In: Proceedings of 10ème Conférence de Consensus; 2003; Strasbourg: SFMU. Available from: http://www.sfmu.org/documents/consensus/pa_urgs_long.pdf

86. Aminzadeh F, Amos S, Byszewski A, Dalziel WB. Comprehensive geriatric assessment: exploring clients' and caregivers' perceptions of the assessment process and outcomes. J Gerontol Nurs. 2002;28(6):6-13.

87. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med. 2002;39(3):238-47.

88. VanPee D, Gillet JB, Schoevaerdts D. Cognitive impairment in elderly ED patients. Am J Emerg Med. 2004;22(2):123.

89. Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. Jama. 2006;295(7):801-8.

90. Meldon SW, Emerman CL, Schubert DS, Moffa DA, Etheart RG. Depression in geriatric ED patients: prevalence and recognition. Ann Emerg Med. 1997;30(2):141-5.

91. Fan J, Worster A, Fernandes CM. Predictive validity of the triage risk screening tool for elderly patients in a Canadian emergency department. Am J Emerg Med. 2006;24(5):540-4.

92. College for Geriatrics. Consensus Conference. In: Proceedings of Academic Meeting of the Belgian Society of Gerontology and Geriatrics; 2004 May 7th; Brussels. Available from: http://www.geriatrie.be/fr/college.asp

93. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. Jama. 1963;185:914-9.

94. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

95. Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. Bmj. 1997;315(7115):1049-53.

96. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15(6):548-61.

97. Goring H, Baldwin R, Marriott A, Pratt H, Roberts C. Validation of short screening tests for depression and cognitive impairment in older medically ill inpatients. Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19(5):465-71.

98. Vetel JM, Leroux R, Ducoudray JM. AGGIR. Conseils pratiques d'utilisation. Autonomie Gerontologie Groupe Iso Ressources. Soins Gerontol. 1998(13):23-7.

99. Elia M, Stratton R. On the ESPEN guidelines for nutritional screening 2002. Clin Nutr. 2004;23(1):131-2.

100. Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not to screen for adult malnutrition? Clin Nutr. 2005;24(6):867-84.

101. McCusker J, Verdon J, Tousignant P, de Courval LP, Dendukuri N, Belzile E. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. J Am Geriatr Soc. 2001;49(10):1272-81.

102. Greenfield S, Blanco DM, Elashoff RM, Ganz PA. Patterns of care related to age of breast cancer patients. Jama. 1987;257(20):2766-70.

103. Becker PM, McVey LJ, Saltz CC, Feussner JR, Cohen HJ. Hospital-acquired complications in a randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team. Jama. 1987;257(17):2313-7.

104. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc. 1990;38(12):1296-303.

105. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med. 1993;118(3):219-23.

106. Milisen K, Foreman MD, Godderis J, Abraham IL, Broos PL. Delirium in the hospitalized elderly: nursing assessment and management. Nurs Clin North Am. 1998;33(3):417-39.

107. Foreman MD, Wakefield B, Culp K, Milisen K. Delirium in elderly patients: an overview of the state of the science. J Gerontol Nurs. 2001;27(4):12-20.

108. Milisen K, Foreman MD, Abraham IL, De Geest S, Godderis J, Vandermeulen E, et al. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. J Am Geriatr Soc. 2001;49(5):523-32.

109. Milisen K, Cremers S, Foreman MD, Vandevelde E, Haspeslagh M, Geest SD, et al. The Strain of Care for Delirium Index: a new instrument to assess nurses' strain in caring for patients with delirium. Int J Nurs Stud. 2004;41(7):775-83.

110. Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman MD. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. J Adv Nurs. 2005;52(1):79-90.

111. Pepersack T. La prevention du delirium (etat confusionnel aigu). Rev Med Brux. 2005;26(4):S301-5.

112. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild JM, Debellis K, Seger AC, et al. Strategies for detecting adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. J Am Med Inform Assoc. 2004;11(6):492-8.

113. Spinewine A, Dumont C, Mallet L, Swine C. Medication appropriateness index: reliability and recommendations for future use. J Am Geriatr Soc. 2006;54(4):720-2.

114. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. J Am Geriatr Soc. 2006;54(10):1516-23.

115. Morley JE, Baumgartner RN, Roubenoff R, Mayer J, Nair KS. Sarcopenia. J Lab Clin Med. 2001;137(4):231-43.

116. Kinney JM. Nutritional frailty, sarcopenia and falls in the elderly. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2004;7(1):15-20.

117. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med. 1995;332(20):1338-44.

118. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. N Engl J Med. 1995;332(20):1345-50.

119. Rubenstein LZ, Schairer C, Wieland GD, Kane R. Systematic biases in functional status assessment of elderly adults: effects of different data sources. J Gerontol. 1984;39(6):686-91.

120. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. N Engl J Med. 1995;332(9):556-61.

121. Fukuse T, Satoda N, Hijiya K, Fujinaga T. Importance of a comprehensive geriatric assessment in prediction of complications following thoracic surgery in elderly patients. Chest. 2005;127(3):886-91.

122. Gil de Gomez Barragan MJ, Ramalle-Gomara E. Efectividad de la valoracion geriatrica comprensiva en atencion primaria. Aten Primaria. 2003;32(2):92-100.

123. Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2004;39(3):245-54.

124. Campion EW, Jette A, Berkman B. An interdisciplinary geriatric consultation service: a controlled trial. J Am Geriatr Soc. 1983;31(12):792-6.

125. McVey LJ, Becker PM, Saltz CC, Feussner JR, Cohen HJ. Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. A randomized, controlled clinical trial. Ann Intern Med. 1989;110(1):79-84.

126. Fretwell MD, Raymond PM, McGarvey ST, Owens N, Traines M, Silliman RA, et al. The Senior Care Study. A controlled trial of a consultative/unit-based geriatric assessment program in acute care. J Am Geriatr Soc. 1990;38(10):1073-81.

127. Winograd CH, Gerety MB, Lai NA. A negative trial of inpatient geriatric consultation. Lessons learned and recommendations for future research. Arch Intern Med. 1993;153(17):2017-23.

128. Cohen HJ, Feussner JR. Comprehensive geriatric assessment: mission not yet accomplished. J Gerontol. 1989;44(6):M175-7.

129. Solomon DH. Geriatric assessment: methods for clinical decision making. Jama. 1988;259(16):2450-2.

130. Blair A, Brunton B, Rook M. Quality control (Part 2). Communication: implementation of the Resident Assessment Instrument (RAI): the benefits of a structured communication plan. Healthc Manage Forum. 1999;12(2):54-6.

131. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age Ageing. 1997;26 Suppl 2:19-25.

132. De Lepeleire J, Falez F, Swine C, Ylieff M, Pepersack T, Buntinx F. Organisation et financement offre de soins transinstitutionelle secteur soins aux personnes agées / De organisatie en de financiering van een grensoverschrijdend zorgaanbod in de ouderenzorg. Leuven, Bruxelles: KULeuven & UCLouvain; 2005. Rapport Interface

133. Achterberg W, Pot AM, van Campen C, Ribbe M. Het Resident Assessment Instrument (RAI): een overzicht van internationaal onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten en effecten van implementatie in verpleeghuizen. Tijdschr Gerontol Geriatr. 1999;30(6):264-70.

134. Achterberg WP, Holtkamp CC, Kerkstra A, Pot AM, Ooms ME, Ribbe MW. Improvements in the quality of co-ordination of nursing care following implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch nursing homes. J Adv Nurs. 2001;35(2):268-75.

135. Holtkamp CC, Kerkstra A, Ribbe MW, Van Campen C, Ooms ME. The relation between quality of co-ordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing homes. J Adv Nurs. 2000;32(6):1364-73.

136. Holtkamp CC, Kerkstra A, Ooms ME, van Campen C, Ribbe MW. Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on gaps between perceived needs

and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. Int J Nurs Stud. 2001;38(6):619-28.

137. Nichols CL, Willis LA. The paired RAI/MDS specialist model. Improving outcomes in Veterans Affairs nursing home care units. J Gerontol Nurs. 2004;30(10):6-11.

138. Jogerst G, Daly J, Zimmerman MB. Physician use of and attitudes regarding the minimum data set. J Am Med Dir Assoc. 2001;2(1):4-9.

139. Desrosiers J, Bravo G, Hebert R, Dubuc N. Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. Age Ageing. 1995;24(5):402-6.

140. Tousignant M, Hebert R, Desrosiers J, Hollander MJ. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. Age Ageing. 2003;32(1):53-9.

141. Tousignant M, Hebert R, Dubuc N, Simoneau F, Dieleman L. Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. Age Ageing. 2003;32(1):60-6.

142. Dubuc N, Hebert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. Arch Gerontol Geriatr. 2006;42(2):191-206.

143. Tousignant M, Desrosiers J, Tourigny A, Robichaud L. Costs of a home-based rehabilitation program for older adults after lower limb orthopedic surgery: a pilot study. Arch Gerontol Geriatr. 2005;41(1):51-60.

144. Mody L, Sun R, Bradley SF. Assessment of pneumonia in older adults: effect of functional status. J Am Geriatr Soc. 2006;54(7):1062-7.

145. Lambert M, Pepersack T, Baeyens J. The introduction in Belgium of a "Belgian Minimum Geriatric Screening Tools": a success story. In: Proceedings of European Congress Gerontology; 2007; St Petersburg, Russia. July 5-8.

146. Rubenstein LZ, Abrass IB, Kane RL. Improved care for patients on a new geriatric evaluation unit. J Am Geriatr Soc. 1981;29(11):531-6.

147. Allen CM, Becker PM, McVey LJ, Saltz C, Feussner JR, Cohen HJ. A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team. Compliance with recommendations. Jama. 1986;255(19):2617-21.

148. Hogan DB, Fox RA, Badley BW, Mann OE. Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital. Cmaj. 1987;136(7):713-7.

149. Gayton D, Wood-Dauphinee S, de Lorimer M, Tousignant P, Hanley J. Trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital. J Am Geriatr Soc. 1987;35(8):726-36.

150. Hogan DB, Fox RA. A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. Age Ageing. 1990;19(2):107-13.

151. Cohen HJ, Saltz CC, Samsa G, McVey L, Davis D, Feussner JR. Predictors of two-year post-hospitalization mortality among elderly veterans in a study evaluating a geriatric consultation team. J Am Geriatr Soc. 1992;40(12):1231-5.

152. Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horwitz RI, Cooney LM, Jr., Tinetii ME. A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients: the Yale Geriatric Care Program. J Am Geriatr Soc. 1993;41(12):1353-60.

153. Thomas DR, Brahan R, Haywood BP. Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality. J Am Geriatr Soc. 1993;41(2):101-4.

154. Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM, Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc. 2000;48(12):1697-706.

155. Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J, et al. Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. Am J Med. 2004;116(6):394-401.

156. Kircher TT, Wormstall H, Muller PH, Schwarzler F, Buchkremer G, Wild K, et al. A randomised trial of a geriatric evaluation and management consultation services in frail hospitalised patients. Age Ageing. 2007;36(1):36-42.

157. Miller DK, Lewis LM, Nork MJ, Morley JE. Controlled trial of a geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. J Am Geriatr Soc. 1996;44(5):513-20.

158. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. J Am Geriatr Soc. 2004;52(9):1417-23.

159. Vidan M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2005;53(9):1476-82.

160. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. J Am Geriatr Soc. 2001;49(5):516-22.

161. Cole MG, McCusker J, Bellavance F, Primeau FJ, Bailey RF, Bonnycastle MJ, et al. Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. Cmaj. 2002;167(7):753-9.

162. Naughton BJ, Moran MB, Feinglass J, Falconer J, Williams ME. Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: a randomized trial. J Am Geriatr Soc. 1994;42(10):1045-9.

163. Phibbs CS, Holty JE, Goldstein MK, Garber AM, Wang Y, Feussner JR, et al. The effect of geriatrics evaluation and management on nursing home use and health care costs: results from a randomized trial. Med Care. 2006;44(1):91-5.

164. Barker WH, Williams TF, Zimmer JG, Van Buren C, Vincent SJ, Pickrel SG. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1985;33(6):422-8.

165. Borok GM, Reuben DB, Zendle LJ, Ershoff DH, Wolde-Tsadik G, Rubenstein LZ, et al. Rationale and design of a multi-center randomized trial of comprehensive geriatric assessment consultation for hospitalized patients in an HMO. J Am Geriatr Soc. 1994;42(5):536-44.

166. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. Jama. 1999;281(7):613-20.

167. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schlierf G. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. Age Ageing. 1999;28(6):543-50.

168. Cole MG, McCusker J, Dendukuri N, Han L. Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2002;14(2):167-75.

169. Silverman HA. Use of Medicare-covered home health agency services, 1988. Health Care Financ Rev. 1990;12(2):113-26.

170. Hogan AJ, Smith DW. Patient classification and resource allocation in Veterans Administration nursing homes. ANS Adv Nurs Sci. 1987;9(3):56-71.

171. Saltz CC, McVey LJ, Becker PM, Feussner JR, Cohen HJ. Impact of a geriatric consultation team on discharge placement and repeat hospitalization. Gerontologist. 1988;28(3):344-50.

172. Winograd CH. Inpatient geriatric consultation. Clin Geriatr Med. 1987;3(1):193-202.

173. Reed RL, Kligman EW, Weiss BD. Comprehensive geriatric assessment recommendations: adherence of family practice residents. J Fam Pract. 1990;31(4):389-92.

174. Day P, Rasmussen P. What is the evidence for the effectiveness of specialist geriatric services in acute, post-acute and sud-acute settings ? A critical appraisal of the literature. NZHTA; 2004 Feb. NZHTA report 73

175. Amador L, Reed D, Lehman C. The acute care for elders unit : taking rehabilitation model into the hospital setting. Rehabil Nurs. 2007;32(3)():126-32.

176. Hoenig H, Rubenstein L. Hospital-associated deconditioning and dysfunction (5editorial). Jags. 1991;39:220-2.

177. Lamont C, Sampson S, Matthias R, Kane R. The outcome of hospitalization for acute illness in the elderly. Jags. 1983;31:282-8.

178. Covinsky K, Palmer R, Fortinsky R, Counsell S, Stewart A, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily in older adults hospitalized with medical illnesses : increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003:451-8.

179. Gill T, Allore H, Holford T, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. Jama. 2004;392(17)():2115-24.

180. Prunchno R, Resch N. The context of change : disorientation following intra-institutional relocation. J Applied gerontology. 1989;8,4:465-80.

181. Anthony K, Procter A, Silverman A, Murphy E. Mood and behaviour problems following the relocation of elderly patients with mental illness. Age Ageing. 1987;16,6:355-65.

182. White S, Powers J, Knight J, Harrel D, Varnell L, Vaughn C, et al. Effectiveness of an inpatient geriatric service in a university hospital. J Tenn Med Assoc. 1994;87(10)():425-8.

183. Mission Tarification à l'activité. Conférence on European Case-mix-based hospital prospective payment systems. In: Proceedings of; 2005; Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)

et la Mission Tarification à l'activité. Available from: http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/international/colloque_2005/actes_fr.pdf

184. Closon MC, Habimana L, Laokri S, Swine C, Bayens JP, Neirynck I. Apport du modèle AGGIR-PATHOS-SOCIOS en complément aux APR-DRGs pour expliquer la durée moyenne de séjour en gériatrie aiguë. Revue Gériatrie. 2006;31:21-9.

185. Vetel JM. L'évaluation de la perte d'autonomie. L'année gérontologique. 1997:193-214.

186. Vetel JM, Leroux R, Ducoudray JM, Prevost P. Le système Pathos. Revue Gériatrie. 1999;24(6)():431-52.

187. Tilquin C, Roussel B. Manuel de référence du Système Plaisir 93. Eros Montréal. 1994.

188. Sermeus W, Delesie L, Michiels D, Van den Heede K, Van herck P, Gillet P, et al. Manuel de codage RIM-II. 2005.

189. Tilquin C, Roussel B, Leonard G, Chevalier S. ["Plaisir". A system of continuous evaluation]. Rev Enferm. 1988;11(119-120):36-8.

190. Gobert M. Utilisation des protections physiques et psychotropes chez les personnes âgées institutionnalisées au Québec et en Suisse romande : étude épidémiologique [Thèse de doctorat en Santé publique]. Bruxelles: UCL. ; 2003.

191. Hill A, Yu W. Evaluation of the VA Nursing Home Resident Assessment Instrument Minimum Data Set : Resource Utilization Group III in FY 2001 and FY 2002. Health Economic Resources Center. 2004.

192. Ducoudray JM, Vuillemin. Le modèle AGGIR : Utilisation. 2000.

193. Vetel JM. AGGIR : précisions sur sa genèse, conseils pratiques d'utilisation. La revue du généraliste et de la gérontologie. 1998.

194. Arnaud C, Ducoudray JM, Leroux R, Martin J, Vetel JM. Les groupes iso-ressources de la charge en soins gérontologiques. Gérontologie et Société. 1993;64(mars):94-108.

195. Tilquin C, Coupal M. La détermination des services requis et la mesure de ressources requises. 1987.

196. Falez F. Contribution à la validation d'instruments de mesure de la dépendance des personnes âgées. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles; 2006.

197. Ducoudray JM. The PATHOS indicator board: Definition and interpretation. Revue de Geriatrie. 1999;24(6):453-4,6.

198. Buntinx F, Falez F, Swine C, Ylieff M, Closon M-C, De Lepeleire J. Organisation et financement d'une offre de soins transinstitutionelle aux personnes âgées. Bruxelles-Leuven: 2003. Rapport Interface 2003

199. Falez F, Swine C, Lucas P, Gillet P, Gillain D. Etude relative à la mise en oeuvre de mécanismes d'aides aux personnes en perte d'autonomie. Namur: Région Wallonne, Collège de la Communauté Française, Communauté Française de Belgique, Communauté Germanophone de Belgique; 2003.

200. Closon M, Neirinck I, Bayens J, Swine C. Analyse des spécificités des services hospitaliers gériatriques. Bruxelles: CIES - UCL; 2005.

201. Falez F, Swine C, Pepersack T, Lucas P. Etude comparée de trois échelles d'évaluation de la dépendance des personnes âgées en Belgique. Revue Gériatrie. 2007;32(1)():13-24.

202. Neirynck I, Closon M, Swine C, Laokri S, Bayens J. Epreuves de validation du modèle AGGIR-PATHOS-SOCIOS dans les services de gériatrie et d'adaptation. Revue Geriatr. 2007 31(numéro spécial):13-20.

203. Groves RM. Nonresponse Rates and Nonresponse Bias in Household Surveys. Public Opinion Quarterly Vol 70(5,SpecIssue) 2006, 646-675. 2006.

204. Lafont S, Barberger-Gateau P, Sourgen C, Dartigues JF. Relation between cognitive performances and dependency state according to the AGGIR model. Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique. 1999;47(1):7-17.

205. Roudier M, Al-Aloucy MJ. A principal component analysis of the AGGIR scale in demented elderly patients. Revue Neurologique. 2004;160(5 1):555-8.

206. Prévost P, Le Provost C. Le concept de fragilité au travers d'AGGIR et Pathos. Revue Geriatr. 2007 31 (numéro spécial):61-5.

207. Prevost P, Vuillemin C. Comparaison des structures hospitalières et médico-sociales au moyen de Pathos. Revue Gériatrie. 1999;24(6)():457-68.

208. McKee M, Britton A, Black N, McPherson K, Sanderson C, Bain C. Methods in health services research. Interpreting the evidence: choosing between randomised and non-randomised studies. Bmj. 1999;319(7205):312-5.

209. Schokkaert E, Dhaene G, Lustig H, Van de Voorde C, Kestens P, Laasman J-M, et al. Dépenses normatives des organismes assureurs dans le cadre de l'introduction de la responsabilité financière (1995-1996). Cahiers économiques de Bruxelles. 1996;149: 3-30.

210. Closon MC, Habimana L, Laokri S, Bayens JP, Swine C, Neirynck I. Le modèle AGGIR-PATHOS-SOCIOS : un instrument potentiel pour le financement, la programmation et la gestion interne des services de gériatrie et de réadaptation. Revue Gériatrie. 2006;31:31-9.

8 ANNEXES

ANNEXE AU CHAPITRE 3 : DEFINITION ET EVALUATION DU PATIENT GERIATRIQUE

SHERPA

Le risque de déclin fonctionnel à 3 mois après l'admission se ventile comme suit selon le score du SHERPA :

- Léger si SHERPA entre 0 et 3
- Moyen : 3,5-4,5
- Modéré : 5-6
- Elevé : > 6.

Table 1. Score hospitalier d'évaluation du risque de perte d'autonomie (SHERPA)

Items	Score	
Episode de chutes l'année endéans l'année	Non Oui	0 2
MMS < 15/21	Non Oui	0 2
Mauvais état de santé perçu	Non Oui	0 1.5
Age (en années)	< 75 75-84 > 84	0 1.5 3
Score iADL avant l'admission	6-7 5 3-4 0-2	0 1 2 3
Total		0-11,5

Sources : Cornette, 2005, chapitre 7, p. 14 {Cornette, 2006 #138}

HARP

Table 2. HARP ou Hospital Admission Risk Profile

AGE	
≤ 75 ans	0
75- 84 ans	1
≥ 85 ans	2
MMS	
15-21	0
0- 14	1
IADL deux semaines avant l'admission	
6- 7	0
0- 5	1
Total	

Interprétation : 0 - 1 : Faible risque ; 2 - 3 : Risque intermédiaire ; 4 - 5 : Haut risque

ISAR

Table 3. Echelle ISAR

Avez-vous été hospitalisé ces 6 derniers mois (urgences ces 2 derniers mois) ?	Oui	Non
Généralement, avez-vous des problèmes pour bien voir?	Oui	Non
Généralement, avez-vous de sérieux problèmes de mémoire ?	Oui	Non
Aviez-vous besoin régulièrement d'aide pour vos soins avant votre hospitalisation actuelle ?	Oui	Non
Avez-vous besoin de plus d'aide que d'habitude suite au problème actuel ?	Oui	Non
Prenez-vous plus de 3 médicaments ?	Oui	Non

Table 4. Interprétation

Score (N réponses positives)	**Risque d'évolution défavorable ou incapacité actuelle**	**Risque d'évolution défavorable (décès, déclin cognitif, institutionnalisation)**
≥2	2.0	1.7
≥3	3.0	2.2
≥4	4.7	2.8

SEGA

Table 5. Score SEGA Volet A Signalement du profil gériatrique et des facteurs de risque

	0	1	2
Age	74 ans ou moins	entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide	MR ou MRS
Médicaments	3 ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Fonctions cognitives	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigue , démence)
Humeur	Normale	Parfois anxieux	Souvent triste et déprimé
Perception de santé (en général)	Meilleure	Bonne	Moins bonne
Chute les 6 derniers mois	Aucune	Une et sans gravité	Chute(s) compliquée(s) ou comme motif d'hospitalisation
Nutrition	Normal, poids stable, apparence normale	Perte d'appétit, de poids (3kg/3mois)	Franchement dénutri (BMI <21)
Maladies associées comorbidité)	Pas en dehors de l'AA	De 1 à 3	Plus de 3, ou AVC, ou cancer ou BPCO, ou Ins. Card. Cong.
AVJ se lever, marcher (mobilité)	Autonome	Soutien	Incapacité
AVJ continence (urinaire et/ou fécale)	Autonome	incontinence accidentelle	Incontinence
AVJ manger (prendre les repas)	Autonome	Préparation	Assistance
Volet B Données complémentaires			
Accompagnant	P de référence, ou pas utilisé	P de référence absente	P de référence épuisée
Hospitalisation récente (délai))	Pas ces 6 derniers mois	Oui il y a moins de 6 mois	Dans le mois qui précède
Vision et/ou audition	Normale	Diminuée et appareillée	Très diminuée
Habitat	Couple (famille)	Seul avec aide	Seul sans aide
Aide existante à domicile	Aucune Proches		Professionnelle (nom, tél)
Projet pour la sortie (proches)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Projet pour la sortie (patient)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Perception de la charge (proches)	Normale	Importante	Trop importante

Personne de référence : La personne qui accompagne et se définit comme référente pour le patient (proche, soignant du domicile, référent de la MR) ou que le patient désigne.

Motif d'admission : Raison principale qui conduit le patient à l'hôpital par le service de porte ou par la salle d'urgences. Raison mentionnée sur la lettre du médecin, ou à défaut par le patient ou la personne de référence.

Destination du patient au sortir des urgences ou du service de porte : Lieu vers lequel est orienté le patient à sa sortie du service des urgences : retour à domicile, placement, transfert, hospitalisation. En cas d'hospitalisation, préciser le service spécialisé de destination initiale (gériatrie, soins intensifs, cardiologie….). Si patient décédé aux urgences, préciser ici.

Volet A: Signalement et cotation du profil gériatrique et des facteurs de risque

Prendre en compte la situation « stable » du patient avant l'affection qui le conduit à être admis en salle d'urgences. Demander : « Il y a 15 jours comment… ?». Le formulaire peut être rempli avec l'aide d'un proche présent en salle d'urgences ou consulté par téléphone.

Age : Ces catégories d'âge sont reprises de la grille HARP (hospital admission risk profile, Sager et al.)

Provenance : Résidence (lieu de vie) habituelle du patient. Si changement récent (admission en MR < 15 j) considérer le dernier lieu de résidence. MR : maison de repos. MRS : maison de repos et de soins.

Médicaments : Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine. A l'exclusion des complexes vitaminiques.

Fonctions cognitives : Mémoire, attention, concentration, praxies constructives, gnosies, langage. Il ne s'agit pas de faire un MMSE, mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit le patient n'a pas d'évidence de problèmes de mémoire (0), soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives (1), ou elles sont connues pour être peu altérées (2). Cette même catégorie est considérée pour le patient qui a une démence déjà diagnostiquée, ou est en syndrome confusionnel aigu, ou présente à l'évidence des troubles majeurs d'ordre cognitif ou comportemental. Les troubles majeurs de la conscience sont à classer dans cette catégorie.

Humeur : La question posée est celle du « moral », vous sentez-vous bien, êtes-vous anxieux ou avez-vous besoin d'anxiolytiques, êtes-vous souvent triste ou déprimé ou prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de deux mois ?

Perception de santé : « Comment percevez-vous votre santé en général ? », c'est à dire de manière habituelle, et pas nécessairement en rapport avec les événements actuels. On peut ajouter pour préciser la question « …par rapport aux autres personnes de votre âge… ».

Chute les six derniers mois : « Etes vous tombé à terre, avez-vous glissé plus bas, a-t-on du vous relever… ? » Si le patient entre pour chute ou pour fracture sur chute, coter dans la troisième colonne.

Nutrition : Apprécier l'état nutritionnel demande une évaluation très complète. Il s'agit ici de signaler les problèmes importants à cet égard. Soit le patient n'a pas de problème de nutrition, d'appétit ou de poids, soit il a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15j, soit il est franchement dénutri (appréciation clinique ou information connue par ailleurs) et/ou il a un BMI <21 Kg/m2 pour un homme ou <20 Kg/m2 pour une femme.

Co-morbidités : Cette zone explore la comorbidité.

AVJ : Activités de la Vie Journalière

Se lever et marcher : Cette zone explore l'autonomie dans les activités journalières concernant les transferts de la position assise à la position debout et la marche.

Continence : Cette zone permet de signaler les problèmes en rapport avec la continence. Soit la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale (colonne 0), soit elle a des pertes accidentelles ou une incontinence seulement la nuit (protections) (colonne 1), soit la personne est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence (colonne 2).

Manger :Cette zone permet de signaler les problèmes en rapport avec l'absorption des aliments au moment des repas. Soit la personne est tout à fait indépendante (colonne 0), soit la personne nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas (colonne 1), soit elle nécessite une assistance tout au long du repas (colonne2).

AVJi : Activités Intrumentales de la Vie Journalière

Cette zone reprend les principaux items de l'échelle d'indépendance dans les activités de la vie journalière selon Lawton. On cote la préparation des repas, l'usage du téléphone et la gestion des médicaments. La nécessité d'une aide ou une incapacité dans une de ces activités détermine la colonne.

Cotation sur 26 : La cote sur 26 indique l'intensité du profil gériatrique en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés.

Il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative même s'il y a une bonne corrélation entre les quartiles <7 ; 8-9 ;10-11 ; >12 et des évolutions de fragilité (durée de séjour, mortalité). On peut considérer que le profil est peu gériatrique <8, moyen entre 9 et 11, et franc >12.

Volet B : Données Complémentaires

Cette partie du formulaire regroupe des facteurs susceptibles d'influencer le plan de sortie et/ou de prolonger le séjour en raison des difficultés de réaliser le projet de sortie. Les facteurs médicaux, l'utilisation de l'hôpital et la comorbidité y figurent. Y sont pointés également des facteurs propres aux aides existantes et à l'aidant principal (perception de la charge de soins) et propres aux attentes du patient et de ses proches. L'intérêt ici est de les pointer dès l'entrée du patient, ce qui permet d'anticiper et de gérer les difficultés éventuelles à cet égard. Le score SEGA est un des éléments qui influence le séjour puisque le score obtenu reflète l'intensité du profil et est corrélé avec la durée médiane de séjour.

Accompagnant: La personne de référence est généralement une personne de la famille ou un voisin ou un proche à qui la personne hospitalisée se réfère, ou à laquelle l'entourage délègue cette fonction. Il peut s'agir d'un(e) professionnel(le) voire de responsable de coordination de soins.

Hospitalisation récente (délai) : Antécédents récents d'hospitalisation. Cette zone permet de repérer un des principaux indicateurs de risque de réhospitalisation et de problèmes de plan de sortie. Une hospitalisation dans le mois qui précède ou une dernière hospitalisation qui a duré plus de 3 mois sont des facteurs importants à cet égard.

Vision et /ou audition : Sont repris ici les troubles sensoriels visuels et auditifs, généralement préexistants, mais éventuellement récents ou associés à l'affection actuelle.

Habitat : Cette zone explore l'influence des conditions d'habitat sur la préparation de la sortie et la durée de séjour. Il est clair que l'hébergement en maison de repos ou maison de repos et de soins permet une sortie facile de l'hôpital, de même que le fait de vivre en couple ou en famille. L'isolement et l'absence d'aide vont généralement signifier la mise en place d'une organisation d'aide au moins provisoire lors du retour. Si l'aide existe déjà elle pourra être renforcée en cas de besoin. On peut discuter la position « seul avec aide » et « seul sans aide » qui peut avoir une signification différente selon les cas. Si le patient est en institution la question d'aide ne se pose pas (sinon une adaptation). Pour les patients à domicile, la pondération des items dans les trois colonnes dépend principalement de l'intensité de l'aide et de sa congruence avec l'évolution récente des besoins.

Aide existante à domicile : Aide professionnelle ou par les proches. Considérer si l'aide est au moins quotidienne. Résidence-service à considérer dans cette catégorie.

Projet pour la sortie : Cette zone permet de poser la question des perspectives éventuellement déjà réfléchies pour la prise en charge prévue au moment de la sortie. Si la personne elle-même et les proches ont déjà décidé une institutionnalisation, le processus est déjà entamé et est poursuivi durant le séjour. Si et la personne et les proches prévoient un retour à domicile, un investissement plus important sera probablement nécessaire pour préparer ce retour. La question permet aussi d'acter l'éventuelle incertitude à cet égard, ou la discordance entre l'avis de la personne et celui des proches sur ce point.

VIP

Table 6. Score VIP, Valeur Indicative du Placement

Seul	Etes–vous seul à la maison?
Téléphoner	Eprouvez–vous parfois des difficultés à téléphoner?
Se laver et s'habiller	Avez–vous besoin d'assistance (même un peu) pour vous laver ou pour vous habiller?

Interprétation :

- les patients âgés de plus de 75 ans qui répondent zéro ou une fois "Oui" sont considérés comme "Indépendants" (score négatif) et ne sont pas inclus dans la liaison interne gériatrique. La valeur prédictive négative élevée permet d'identifier des patients qui n'ont pas besoin d'une évaluation gériatrique spécifique ;
- les patients âgés de plus de 75 ans qui répondent deux ou trois fois "Oui" (score positif) sont considérés comme "Dépendants" ;
- ils sont admis préférablement dans un service G ;
- lors d'une admission dans un autre service il est recommandé d'initier la liaison gériatrique interne.

BGMST

Les instruments proposés constituent la base du "Belgian Minimum Geriatric Screening Tools" for Comprehensive Geriatric Assessment (BMGST).

Les objectifs de ce projet étaient : 1) évaluer la faisabilité du BMGST au sein des équipes belges de gériatrie; 2) évaluer l'efficacité du BMGST sur le taux de détection des problèmes gériatriques à l'admission; et 3) analyser des variables de qualité au sein des données collectées.

Study design: Enquête prospective observationnelle suivie par un retour d'information (feed back).

Trente-trois unités belges de gériatrie ont collecté les données du BGMST pour 10 admissions consécutives entre mars et mai 2005.

Dans une première phase et endéans les 48 premières heures après l'admission et avant l'utilisation des outils du BMGST, les équipes ont encodé les motifs d'admission et les problèmes gériatriques actifs pour lesquels elles proposaient une intervention. Puis, dans un second temps et endéans la semaine, une collecte complète du BMGST a été effectuée.

Les résultats de cette recherche ont été présentés et discutés à l'occasion d'une Conférence de Consensus le 7 mai 2004 en collaboration avec la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (College for Geriatrics : Consensus Conference. Academic Meeting of the Belgian Society of Gerontology and Geriatrics, Brussels, May 7th, 2004. www.geriatrie.be Access online 2006).

Les résultats sont soumis actuellement pour publication dans « age & ageing ». Trois cents trente-six enregistrements ont été analysés.

Le nombre moyen (un écart type) de problèmes gériatriques dépistés sans l'utilisation du BGMST était de 1.5 1.2 et de 4.7 1.7 (p<0.0001) après l'utilisation du BMGST.

INDICE PRONOSTIQUE DE MORTALITÉ À 4 ANS

Douze facteurs prédictifs indépendants ont été identifiés :

- 2 variables démographiques (âge: 60-64 years, 1 point; 65-69 years, 2 points; 70-74 years, 3 points; 75-79 years, 4 points; 80-84 years, 5 points, 85_ years, 7 points and male sex, 2 points),
- 6 conditions morbides (diabètes, 1 point; cancer, 2 points; maladie pulmonaire, 2 points; défaillance cardiaque, 2 points; tabagisme, 2 points; et indice de masse corporelle < 25, 1 point),
- et difficulté à accomplir 4 activités quotidiennes (se laver, 2 points; se promener, 2 points; utiliser son argent, 2 points, et déplacer des objets encombrants, 1 point).

Les sores de cet indice de risque étaient corrélés à la mortalité à 4 ans : 0 à 5 points associés à moins de 4% de risque, 6 à 9 points à 15%, 10 à 13 points à 42% , et 14 et plus à 64% de risque.

Table 7. Indice pronostique de mortalité à 4 ans

1. Age	
60-64:	1 point
65-69:	2 points
70-74: 3 points	3 points
75-79: 4 points	4 points
80-84: 5 points	4 points
>85: 7 points	7 points
2. Sexe masculin:	2 points
3. BMI < 25:	1 point
4. Diabète ?	2 points
5. Cancer? (cutanés exceptés)	2 points
6. Maladie pulmonaire chronique invalidante ou oxygéno-dépendante?	2 points
7. Défaillance cardiaque?	2 points
8. Tabac?	2 points
9. Difficultés pour la toilette, douche?	2 points
10. Gestion des finances?	2 points
11. Difficulté de promenade?	2 points
12. Difficulté de déplacer meubles, fauteuil?	1 point
Total	

Traduction française (Pepersack T) d'après ©2006 American Medical Association. All rights reserved. (Reprinted) JAMA, February 15, 2006—Vol 295, No. 7 807

Edmonton frailty scale{Rolfson, 2006 #422}

The Edmonton Frail Scale:				Score: ___/17
Frailty domain	Item	0 point	1 point	2 points
Cognition	Please imagine that this pre-drawn circle is a clock. I would like you to place the numbers in the correct positions then place the hands to indicate a time of 'ten after eleven'	No errors	Minor spacing errors	Other errors
General health status	In the past year, how many times have you been admitted to a hospital?	0	1–2	≥2
	In general, how would you describe your health?	'Excellent', 'Very good', 'Good'	'Fair'	'Poor'
Functional independence	With how many of the following activities do you require help? (meal preparation, shopping, transportation, telephone, housekeeping, laundry, managing money, taking medications)	0–1	2–4	5–8
Social support	When you need help, can you count on someone who is willing and able to meet your needs?	Always	Sometimes	Never
Medication use	Do you use five or more different prescription medications on a regular basis?	No	Yes	
	At times, do you forget to take your prescription medications?	No	Yes	
Nutrition	Have you recently lost weight such that your clothing has become looser?	No	Yes	
Mood	Do you often feel sad or depressed?	No	Yes	
Continence	Do you have a problem with losing control of urine when you don't want to?	No	Yes	
Functional performance	I would like you to sit in this chair with your back and arms resting. Then, when I say 'GO', please stand up and walk at a safe and comfortable pace to the mark on the floor (approximately 3 m away), return to the chair and sit down'	0–10 s	11–20 s	One of >20 s patient unwilling, or requires assistance
Totals	Final score is the sum of column totals			

RAI

Le RAI se décline en différentes versions selon son domaine d'application. Les différents outils sont consultables sur le site http://www.interrai.org où nous renvoyons le lecteur. Plus loin, le tableau reprend les principales publications sur le RAI en fonction des critères de jugement utilisés.

Les différentes versions du RAI.

InterRai screener

Son objectif est de fournir un instrument simplifié pour détecter les personnes nécessitant une évaluation plus complète, en vue de prévenir ou de stabiliser de manière précoce, tout déclin fonctionnel ou de santé.

Pour l'instant, aucune étude concernant la validité de cette version n'est disponible.

Assisted living

Cette version est destinée à une forme nouvelle et croissante d'hébergement aux Etats-Unis. Ce type de résidence semble s'approcher des résidences service en Belgique. Cette version n'est pas en relation avec notre synthèse. Elle n'est pas validée. On trouve uniquement 3 études de validation aux USA montrant une bonne fiabilité pour 36% des items et modérée pour 47% des items

Long term care facility

Cette version est destinée aux personnes séjournant dans ce qui équivaut à nos maisons de repos et nos maisons de repos et de soins. C'est également cette version qui est utilisée dans les « skilled nursing home facilities », là où séjournent les patients en suite immédiate d'un épisode de soins aigus. C'est cette version qui nous intéresse. Elle est disponible en français, en néerlandais et en allemand. La littérature scientifique reprenant des tests de validité concernant le RAI est relativement pauvre. Il existe une

abondante littérature concernant le RAI mais peu de littérature purement consacrée à sa validité.

De plus, cette littérature est souvent rédigée par des auteurs étant impliqués dans la présentation de l'instrument ou dans son développement. Il existe donc une possibilité de biais de publication, la littérature indépendante semblant difficile d'accès?

Palliative care

Cette version s'adresse aux personnes en soins palliatifs. Elle est validée mais n'intéresse pas cette synthèse.

Acute care (AC)

C'est la version qui serait la plus intéressante. Elle est en phase expérimentale et a pour objectif d'identifier les patients âgés ou les patients handicapés admis en soins aigus avec des conditions susceptibles de nécessiter une mise au point spécialisée. L'évaluation se fait en deux temps. Le premier se situe dans les 48 heures de l'admission. On obtient ainsi l'état de santé avant l'admission et l'état précoce durant le séjour. Le deuxième se situe dans les 24 à 48 heures avant la sortie de manière à identifier les besoins pour le suivi post hospitalisation et aider à l'évaluation de sortie.

Le temps nécessaire à la complétion du formulaire est de 20 à 90 minutes. La version AC est réputée diminuer le temps nécessaire à l'utilisation d'autres instruments d'évaluation.

La validation de l'instrument est en cours. Les premiers tests sont réputés[a] montrer une bonne fidélité interjuges. Une publication devrait être disponible sous peu.

Les bénéfices attendus sont : aide à la décision d'admission dans un service gériatrique ; aide au planning pour la sortie et aide au planning de soins durant le séjour. Le formulaire peut également être utilisé pour transmettre des informations aux autres configurations de soins (maisons de repos, soins à domicile)

L'instrument contient les rubriques suivantes :

1. Démence.
2. Delirium.
3. Dépression.
4. Malnutrition.
5. Échelles d'évaluation de la dépendance dans les domaines de la cognition, des actes de la vie journalière (AVJ), des Actes instrumentaux de la vie journalière (AIVJ).
6. Évaluation des risques de chute, de delirium, de déclin fonctionnel et d'escarres.

La validation de l'instrument est toujours en cours. Un « screener » plus réduit sera développé pour les services d'urgence et d'admission.

Post acute care

Cette version est destinée aux patients nécessitant une réadaptation de courte durée après un séjour en soins aigus et qui peuvent être potentiellement améliorés sur le plan fonctionnel et/ou cognitif.

Cette version n'est pas encore validée mais des études préliminaires montrent une fidélité interjuges réputée acceptable ou bonne.

---

[a] Les résultats sont "réputés" lorsque aucune référence bibliographique n'est fournie par le site InterRAI

Mental health

Cette version est destinée aux patients hospitalisés et souffrant de troubles psychiatriques. Cette version n'est pas spécifique aux patients gériatriques mais peut être utilisée dans ce cadre.

La fidélité interjuges est réputée bonne à excellente.

Integrated suite of instruments.

Cette version est en cours de développement et se constitue d'une partie commune à toutes les configurations de soins (domicile, hôpital, résidences services, nursing homes etc.) et de parties spécifiques à chacune de ces configurations

Les avantages attendus sont :

- Transfert des données d'un instrument à l'autre ;
- Simplification des tâches pour les staffs ;
- Développement d'un langage commun pour l'évaluation.

Le tableau suivant résume les différentes versions du RAI.

Table 8. Récapitulatif des outils RAI disponibles

	Date dernière révision	Lieu d'application	Profil patient	module	Items évalués	Version disponible				Jours observation nécessaire
						fr	ndls	all	Nb tot	
InterRAI screener	?	Domicile ou hôpital	PA ou personne à risque de déclin		Dépendance & aide requise Amélioration fonctionnelle potentielle Risque d'institutionnalisation Tr communication, Tr humeur et cognition Fonction sociale AVQ et probl G	?	?	?	?	
Home Care	1999	domicile	18 ans + PA fragile Personnes avec des incapacités fontionnelle	MDS-HC Client assessment protocols	Cognition Communication Humeur et comportement Fonction sociale Aide informel AVQ Diagnostics Utilisation des services Ttt Sécurité logement	oui	oui	oui	13	3
Long Term Care Facility	1996 2001 pour RAP	Nursing home	PA fragile Personne avec incapacité	MDS et 18 assessment protocol	Cognition Communication Humeur et comportement Fonction psycho-sociale AVQ Diagnostics Traitement Transfert éventuel	oui	oui	oui	16	
Assisted Living	Version en cours de validation aux USA	Personne vivant seule dans structure supervisée		AL PAL (protocole d'évaluation requis)	Dépendance fonctionnelle Dépendance cognitive Qualité de vie Bien-être psycho-social	non	non	non	1 (anglais)	

Table 9. Récapitulatif des outils RAI disponibles (suite)

	Date dernière révision	Lieu d'application	Profil patient	module	Items évalués	Version disponible				Jours observation nécessaire
						fr	ndls	all	Nb tot	
Post-Acute Care	InterRAI post acute	A la sortie de l'hôpital	Patient Patient en revalidation avec un déclin fonctionnel réversible			non	non	non	3	3 j
Mental Health	Version 2 en cours	Hôpital psy	18 ans + profil psy hospitalisé	MDS MH 30 Mental health assessment protocols		Non	non	oui	4	
Community Mental Health	V 1 en cours de validation	Domicile	18 ans + Profil psy non hospitalisé			non	non	non	1 (draft anglais)	
Palliative Care	1° version en 2003 Validation multisite en cours	Personne en fin de vie	18 ans +	MDS PC CAP non encore disponible	Douleur Symptômes liés au confort (nausées, …)	non	non	non	1 (anglais)	
Acute care	InterRAI AC depuis 2006	Personne âgée ou dépendante admise à l'hôpital	MSD AC InterRAI AC			non	non	non	6	

Sources : http://www.interrai.org ; Compilation des données : SESA-UCL

Minimum Data Set (MDS)

Le MDS est le noyau central du RAI. Nous décrivons ici le MDS utilisé dans les services post soins aigus aux Etats-Unis, appelés « skilled nursing homes » (SNH). Ces services se situent très tôt en aval de l'épisode aigu de sorte qu'ils se superposent avec la deuxième partie de ce qu'est une hospitalisation gériatrique en Belgique, soit après le troisième jour.

Le MSD est construit sous forme de sections distribuées en deux grandes parties. Dans la première partie se trouvent des renseignements généraux. Dans la seconde on retrouve l'évaluation du patient.

Section AA

Elle reprend l'identité du résident et ses caractéristiques (sexe, âge, ethnie, références de sécurité sociale), des données concernant l'institution et les raisons de l'évaluation.

Section AB : informations démographiques

Cette section est constituée de plusieurs items :

a) Date d'entrée.
b) Type de résidence avant l'admission.
c) Identification de la résidence avant admission.
d) Historique des lieux de résidence dans les 5 ans précédant l'admission.
e) Profession(s) exercée(s).
f) Niveau d'études.
g) Langue usuelle.
h) Historique de santé mentale.
i) Conditions liées à un retard mental ou au développement d'un handicap ;
j) Date de complétion du questionnaire

Section AC : habitudes du patient.

Cette section est composée de la description des habitudes de vie : habitudes journalières, alimentaires, dans les actes de la vie journalière et dans la vie relationnelle.

La seconde partie concerna l'évaluation proprement dite.

Section A : identification et fondements de l'évaluation.

Cette section comprend 10 items. Les sept premiers reprennent les informations administratives concernant le patient. Le huitième donne les raisons de l'évaluation. Le neuvième identifie le représentant légal du patient et le dixième les volontés du patient.

Section B : fonctionnement cognitif

Cette section est composée de 6 items :

a) État comateux .
b) Mémoire.
c) Mémoire immédiate.
d) Aptitudes cognitives pour prendre des décisions dans la vie journalière.
e) Indicateurs d'un délirium potentiel, troubles périodiques de la pensée et de la vigilance.
f) Modifications du statut cognitif.

Section C : comportement de communication et d'audition

Cette section est composée de 7 items concernant l'audition, les appareillages pour la communication et la communication elle-même.

Section d : vision

Cette section est composée de 2 items : qualité de la vision diminution ou altération de la vision.

Section e : humeur et comportements.

Cette section est composée de 5 items

a) Indicateurs de dépression d'anxiété et tristesse.
b) Persistance de l'humeur.
c) Modifications de l'humeur.
d) Symptômes comportementaux.
e) Changements de comportements.

Section f : bien être psychosocial ;

Cette section est composée de 3 items : sens de l'initiative et participation, perte des contacts sociaux, vécu des rôles passés.

Section g : fonctionnement personnel

Cette section est plus complexe et composée de 9 items.

a) Set de 10 variables habituelles utilisées dans la mesure des AVJ.
b) aide pour le bain.
c) test d'équilibre.
d) limitations articulaires.
e) modalités de déplacement.
f) modes de transfert.
g) segmentations éventuelles des tâches.
h) potentiel de rééducation pour les AVJ.
i) changements récents dans les fonctions des AVJ.

Section h : continence

Cette section est composée de 4 items concernant l'incontinence anale et urinaire et la constipation.

Section i : diagnostics médicaux

Cette section est construite en 3 items.

a) Liste de maladies à cocher : 43.
b) Liste de maladies infectieuses à cocher : 12.
c) Liste ouverte de pathologies à compléter en codes CIM-9.

Section j : conditions de santé

Cette section comprend 5 items.

a) Listes de problèmes généraux (14 problèmes).
b) Douleur : intensité et fréquence.
c) Douleur : localisation.
d) Accidents.
e) Stabilité des conditions de santé.

Section k : état buccal et nutrition.

Cette section comprend 6 items :

a) Problèmes buccaux.
b) Données biométriques.
c) Modification du poids.
d) Problèmes nutritionnels.
e) Mode nutritionnel.
f) Nutrition entérale ou parentérale.

Section l : santé bucco-dentaire.

Cette section est composée d'un seul item.

Section m : peau.

Cette section est composée de 6 items.

a) Ulcères
b) Type d'ulcères
c) Historique des ulcères anciens et guéris
d) Traitements cutanés et préventifs de la peau
e) Problème des pieds et soins

Section n : comportement dans les activités

Cette section se compose de 5 items :

a) Durée de l'éveil.
b) Temps moyen d'activités
c) Lieu préféré pour les activités
d) Activités préférées
e) Modifications de comportement dans les activités.

Section o : Médicaments.

Cette section comprend 4 items : nombre de médicaments, nouveaux médicaments, injections et nombre de jours de traitement de certains médicaments

Section p : traitements spéciaux, procédures de soins

Cette section comprend 9 items.

a) Traitements spéciaux, durée et programme.
b) Programmes d'interventions sur l'humeur, le comportement et les troubles cognitifs.
c) Soins de nursing et de réhabilitation.
d) Appareillages et contentions.
e) Séjours hospitaliers.
f) Admissions en urgences.
g) Visites du médecin.
h) Ordonnances médicales.
i) Valeurs anormales d'examens de laboratoire.

Section q : potentialités de sortie de l'établissement et statut général

Cette section comprend 2 items : possibilité de sortie de l'établissement vers un autre mode de séjour et changements dans les besoins de soins.

Section r : information sur l'évaluation

Cette section est administrative et identifie la personne qui a fait l'évaluation.

Section t : supplément thérapie

Cette section comprend 3 items concernant la thérapie récréative, la marche et le groupe de case mix

Section w : items supplémentaires

Deux items concernant la vaccination grippale et contre le pneumocoque.

REFERENCES MDS/RAI (see next page)

Table 10. International references for the Minimum Data Set / Resident Assessment Instrument for institution

Criteria	References
Content (socio-demographic and clinical data)	
Contribution to individual care plan	Achterberg WP (b), van Campen C, Margriet AP, Kerkstra A, Ribbe MW. Effects of the resident assessment instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine 31{Rubenstein, 1984 #107}, 131-137. 1999. Carpenter GI, Sturdy D. Assessment against the criteria for continuing care - importance of the care plan. Age and Ageing 26, 34. 2000. Frijters D, Achterberg W, Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Steel K. Geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem op basis van Resident Assessment Instrumenten. Tijdschr Gerontol Geriatr, 2001; 32: 8-16. Holtkamp CCM. Effects of the Resident Assessment Instrument on Quality of Care and Quality of Life in Nursing Homes. Doctoraatsproefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, 2003.
Contribution to interdisciplinarity	Blair A, Brunton B, Rook M. Communication: implementation of the Resident Assessment Instrument (RAI): the benefits of a structured communication plan. Healthcare Management Forum 12{Rubenstein, 1991 #96}, 54-56. 1999.
Contribution to institutional management	Carpenter I, Perry M, Challis D, Hope K. Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III). Age and Ageing 2002; 32: 279-285.
Contribution to quality of care	Fries BE, Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Park PS. Effect of the national Resident Assessment Instrument on selected health conditions and problems. Journal of the American Geriatrics Society 45{Gillick, 2001 #109}, 994-1001. 1997 Berg K, Fries BE, Jones R, Mattke S, Moore T, Mor V, Morris JN, Murphy KM, Nonemaker S. Identification and Evaluation of Existing Quality Indicators that are Appropriate for Use in Long-Term Care Settings. 2001. http://www.interrai.org/applications/quality.php Zimmerman DR. Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18: 250-257. Henrard J-C, Cerase-Feurra V, Garreau H, De Stampa M, Gardent H. Les applications de la démarche RAI en France. L'Année Gérontologique, 2000, Vol 14, T1. The US government has implemented a number of the Mega QI indicators to give consumers information about how well nursing homes are caring for their residents' physical and clinical needs. These quality measures show ways in which nursing homes are different from one another. See website: http://www.medicare.gov/NHCompare/
Contribution to data transferability	Fries BE, Shugarman LR, Morris JN, Simon SE, James M. (2002). A Screenings System for Michigan's Home- and Community-Based Long-Term Care Programs. The Gerontologist, Vol. 42, No. 4, 462-474.
Local data management	
Federal data management	
Implementation (training, central data-base)	Bernabei R, Murphy K, Frijters D, DuPaquier JN, Gardent H. Variation in training programmes for Resident Assessment Instrument implementation. Age and Ageing 26[suppl. 2], 31-35. 1997.
Contribution to resource allocation	Brisioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Cangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. Aging Clin Exp Res. 2003 Jun; 15(3): 243-53.
Data control	for examples, see: http://www.cms.hhs.gov/medicaid/mds20/mdssoftw.asp
Potential for international comparisons	Fries BE, Schroll M, Hawes C, Gilgen R, Jonsson PV, Park PS. Approaching cross-national comparisons of nursing home residents. Age and Ageing 26[suppl. 2], 13-18. 1997. Carpenter GI, Ikegami N, Ljunggren G, Carrillow E, Fries BE. RUG-III and resource allocation: comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries. Age and Ageing 26[suppl. 2], 61-65. 1997.
Potential for developments	www.interrai.org : 'As an organization, interRAI maintains high standards for the quality of measures used in our instruments. Each version of a tool represents the results of rigorous research and testing to establish the reliability and validity of items, outcome measures, assessment protocols, case-mix algorithms and quality indicators. We also encourage and financially support ongoing research efforts by members of the corporation, called Fellows, to improve the usefulness of our tools in a systematic fashion. InterRAI has an ongoing commitment to update our products as scientific knowledge changes, as the needs of health care consumers change, and as the health care system itself changes. Each version of a system has a unique number, for example, HC v.2.0, and will contain changes in item structure, measurement definitions, CAP triggers, etc., identified from previous research and practice'.

Table 11. International references for the Minimum Data Set / Resident Assessment Instrument for home care

Criteria	References
Content (socio-demographic and clinical data)	
Contribution to individual care plan	Bartelt G, Gilgen R, DuPasquier JN, Staudenmaier B. Projet pilote RAI-domicile. 2002. (Switserland) www.qsys.ch
Contribution to interdisciplinarity	Landi F, Lattanzio F, Gambassi G, Zuccala G, Sgadari A, Panfilo M et al. A model for integrated home care of frail older patients: the Silver Network Project. Aging (Milano) 11{Rubenstein, 1991 #89}, 262-272. 1999.
Contribution to organisational management	
Contribution to quality of care	Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami, Zimmerman D, Dalby DM, Aliaga P, Hammer M, Jones R. Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC. The Gerontologist; Oct 2004; 44, 5.
Contribution to data transferability	Shugarman LR., Fries BE, James M. A comparison of home care clients and nursing home residents: can community based care keep the elderly and disabled at home? Home Health Care Services Quarterly 18{Rubenstein, 1991 #95}, 25-45. 1999. Topinkova E, Garms-Homolova V. Resident Assessment Instrument - results of the evaluation of health status in institutional facilities and home care agencies. Zeitschrift Fur Gerontologie und Geriatrie 32[suppl. 2]. 1999.
Local data management	
Federal data management	
Implementation (traning, central data-base)	Bartelt G, Gilgen R, DuPasquier JN, Staudenmaier B. Projet pilote RAI-domicile. 2002. www.qsys.ch
Contribution to resource allocation	Bjorkgren MA, Fries BE, Shugarman LR. A RUG-III Case-Mix System for Home Care. La Revue Canadienne du vieillissement. 2000, 19(2): 106-125.
Data control	
Potential for international comparisons	
Potential for developments	www.interrai.org : 'As an organization, interRAI maintains high standards for the quality of measures used in our instruments. Each version of a tool represents the results of rigorous research and testing to establish the reliability and validity of items, outcome measures, assessment protocols, case-mix algorithms and quality indicators. We also encourage and financially support ongoing research efforts by members of the corporation, called Fellows, to improve the usefulness of our tools in a systematic fashion. InterRAI has an ongoing commitment to update our products as scientific knowledge changes, as the needs of health care consumers change, and as the health care system itself changes. Each version of a system has a unique number, for example, HC v.2.0, and will contain changes in item structure, measurement definitions, CAP triggers, etc., identified from previous research and practice'.

SMAF

Table 12. Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

Activité de la vie quotidienne	Manger se laver s'habiller soigner sa présentation continence urinaire, continence fécale, prendre un bain
Mobilité	Transfert, marcher à l'intérieur, marcher à l'extérieur, mettre ses prothèses, se déplacer en fauteuil roulant, utiliser les escaliers
Communication	Voir, entendre, parler
Fonction mentale	Mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement
Activités instrumentales	Ménage, préparer les repas, faire ses courses, lessive, utiliser le téléphone, utiliser les transports publics, prendre ses médicaments, gérer son budget

Chaque fonction est évaluée à partir d'une échelle à 5 paliers :

- autonome,
- autonome mais réalisation avec difficulté,
- besoin de supervision,
- besoin d'aide,
- Dépendant.

BRÈVE DESCRIPTION DES TYPES DE VALIDATION ÉVALUÉS

Validité

VALIDITÉ DE CONTENU :

L'échelle mesure ce qu'elle doit mesurer

- Validité faciale : le contenu du test semble mesurer ce qu'il affirme mesurer.
- Validité logique de contenu : Se réfère à la manière dont le développeur de l'échelle a construit l'échelle (couvre tout le domaine, couvre ce qui doit être couvert dans le domaine)

VALIDITÉ DE CONSTRUIT

L'échelle rentre dans un construit théorique – ne vaut que si elle a une validité convergente et discriminante

- Validité prédictive: Les résultats de l'échelle sont-ils corrélée à un événement qui se passera dans le futur ?
- Validité concurrentielle : Corrélation avec un événement qui est évalué au même moment par d'autres instruments destinés à mesurer la même chose
- Validité convergente/concommitante : L'échelle est corrélée avec des variables théoriquement pertinentes
- Validité discriminante : Les scores de l'échelle diffèrent entre le groupe qui a un problème et celui qui n'en a pas
- Validité factorielle : mesure la validité de construit par le biais des validités discriminante et convergente en utilisant l'analyse de facteurs (factor analysis)

Fiabilité :

Tous les items d'une échelle mesurent la même chose et l'échelle totale mesure la même chose de la même manière chaque fois

- Consistance interne : Consistance entre les items d'une même échelle : alpha de Cronbach >0.80 ou split half reliability coeff >0.80
- Test-retest: Stabilité de l'échelle au cours du temps des juges par rapport à eu-mêmes (intra-juge) : corrélation >0.80 si 1-2 semaines d'intervalle; corrélation >0.70 si 1 moins d'intervalle ; kappa de Cohen
- Fidélité inter-juges : Concordance entre différents informateurs : corrélation > 0.80 ; coefficient kappa de Cohen ;

ANNEXE AU CHAPITRE 4 : GERIATRIE DE LIAISON INTERNE

SEARCH STRATEGY

MEDLINE (pubmed)

#8	Search #4 and #7 Field: Title/Abstract, Limits: Entrez Date from 1984/01/01 to 2006/12/31	10:56:40	827
#7	Search #5 or #6 Field: Title/Abstract, Limits: Entrez Date from 1984/01/01 to 2006/12/31	10:56:09	9668
#6	Search consultants Field: Title/Abstract, Limits: Entrez Date from 1984/01/01 to 2006/12/31	10:55:43	4259
#5	Search patient care team Field: Title/Abstract, Limits: Entrez Date from 1984/01/01 to 2006/12/31	10:55:26	5458
#4	Search #1 or #2 or #3 Field: Title/Abstract, Limits: Entrez Date from 1984/01/01 to 2006/12/31	10:54:51	760365
#3	Search AGE Field: Title/Abstract, Limits: Entrez Date from 1984/01/01 to 2006/12/31	10:54:18	756563
#2	Search GERIATRICS Field: Title/Abstract, Limits: Entrez Date from 1984/01/01 to 2006/12/31	10:54:06	2057
#1	Search HEALTH SERVICES FOR THE AGED Field: Title/Abstract, Limits: Entrez Date from 1984/01/01 to 2006/12/31	10:53:34	3558

EMBASE.com

#1.	geriatric care'/exp AND [embase]/lim AND [1981-2007]	7,558
#2.	'geriatrics'/exp AND [embase]/lim AND [1981-2007]	7,799
#4.	'health care facilities and services'/exp AND [emb ase]/lim AND [1981-2007]	1,130,804
#5.	'consultation'/exp AND [embase]/lim AND [1981-2007]	19,022
#6.	#1 AND #5	138
#7	#2 AND #5	126

Database: Econlit <1969 to January 2007>

1	geriatric$.mp. [mp=heading words, abstract, title, country as subject] (20)
2	from 1 keep 1,6,9,11,13-14,17,19-20 (9)

REVIEW OF PUBLICATIONS USING GERIATRIC CONSULTATION FOR INPATIENTS

Table 13. Review of publications using geriatric consultation for inpatients

authors	design	team	setting	intervention	outcomes	results
Rubenstein et al. 1981	Not controlled	Geriatric consultation team	General hospital		Function, morbidity, polypharmacy	Improve function, decrease polypharmacy
Barker et al. 1985	Not controlled	Geriatric consultation team	General hospital	discharge planning	Back up of patients	trend
Becker et al. 1987	RCT	geriatric consultation team (GCT)	psychiatry service	CGA and routinely followed up throughout their hospitalization	incidence of hospital-acquired complications in elderly patients (only Functional status)	No effect
Hogan et al. 1987	RT	geriatric consultartion service	acute care hospital	medical consultation performed by the geriatrician, who made specific recommendations to the attending staff. After this the other service members became involved, and recommendations and care came from any of them. Patients were seen daily on weekdays by at least one of the service members; full-team rounds were held once per week.	Mental status, medications, short term survival	Better mental status, fewer medications at discharge, lower mortality
Gayton et al. 1987	RCT	Addition of an interdisciplinary geriatric consultation team to the medical wards	medical wards of an acute care hospital	Not mentionned	survival, LOS, disposition, physical, mental, and social functional levels, and use of services after discharge.	No significant impact on patient outcomes.
McVey et al. 1989	RCT	faculty geriatrician, geriatrics fellow, geriatric clinical nurse specialist, and a social worker trained in geriatrics.	medical, surgical, and psychiatry services	Geriatric problems identification and recommendations, were given to the patients' physicians.	functional status	direct preventive or restorative services
Hogan et al. 1990	RCT	geriatric consultation teams (GCT)	acute-care	medical consultation performed by the geriatrician, who made specific recommendations to the attending staff. After this the other service members became involved, and recommendations and care came from any of them. Patients were seen daily on weekdays by at least one of the service members; full-team rounds were held once per week.	Function (Barthel), Survival, institutionalization	Improve function, survival, institutionalization risk
Fretwell et al. 1990	RCT	consultative interdisciplinary team care	acute hospital	geriatric assessment process	maintenance or improvement in mental, emotional, and physical function	No impact except for emotion
Cohen et al. 1992	Two-year follow-up of an inception	Geriatric Consultation Team (GCT)	medical, surgical, or psychiatry services	CGA	mortality	No survival advantage

authors	design	team	setting	intervention	outcomes	results
	cohort					
Inouye et al. 1993	Prospective cohort study with stratified and matched cohort analyses	nursing-centered intervention	general medicine wards of a university teaching hospital	identification and surveillance of frail older patients, twice-weekly rounds of the Geriatric Care Team, and a nursing-centered educational program	functional decline among hospitalized elderly medical patients	Effective to decrease functional decline
Thomas et al. 1993	RCT	Inpatient Geriatric Consultation Team	community hospital	assessment leading to formal recommendations to the attending physician.	LOS, referrals to community service, discharge destination, hospital readmissions in 6 months, number of post-discharge physician visits, change in functional status, survival.	Reduced short-term mortality, trends towards improved functional status and fewer hospital readmissions
Naughton et al. 1994	RCT	geriatrician and a social worker	Emergency Department to the medicine service (non-ICU admission) who did not have an internist on staff at the admitting hospital center	Assignment of a geriatrician and a social worker as the primary managing team during the hospital stay.	Length of stay, total cost of acute hospital care, cost of laboratory, pharmacy, and rehabilitation services.	significant reduction in the cost of hospitalization
Reuben et al. 1995	RCT	consultation team	four medical centers of a group-practice health maintenance organization	comprehensive geriatric assessment in the form of a consultation	functional and health status, survival	No improvement of health or survival
Miller et al. 1996	Non randomized controlled trial	geriatric nurse	Emergency department	Geriatric medical, dental and social problems	Geriatric problems recognition, mortality, institutionalization, health status, use of medical and social services, QOL	Increase recognition of geriatric problems No significant outcomes
Naylor et al. 1999	RCT	Advanced practice nurse-centered discharge planning and home follow-up intervention for elders at risk for hospital readmissions.	Urban hospitals	comprehensive discharge planning and home follow-up protocol designed specifically for elders at risk for poor outcomes after discharge and implemented by advanced practice nurses.	Readmissions, time to first readmission, acute care visits after discharge, costs, functional status, depression, and patient satisfaction.	reduced readmissions, lengthened the time between discharge and readmission, and decreased the costs of providing health care
Nikolaus et al. 1999	RCT		university-affiliated geriatric hospital and the homes of elderly patients.	post-discharge home intervention	survival, functional status, rehospitalization, nursing home placement and direct costs over 12 months.	comprehensive geriatric assessment in combination with post-discharge home intervention does not improve survival, but does improve functional status and can reduce the length of the initial hospital stay and of subsequent readmissions.
Inouye et al. 2000	Quality assurance procedures	interdisciplinary team-including a geriatric nurse specialist, Elder Life	All patients aged > or =70 years on specified units are screened on	Hospital Elder Life Program	Functional and cognitive decline	Significantly prevents cognitive and functional decline in at-risk older

authors	design	team	setting	intervention	outcomes	results
		Specialists, trained volunteers, and geriatricians--who work closely with primary nurses	admission			patients.
Marcantonio et al. 2001	RCT	geriatrician made daily visits	orthopedic surgery service	proactive geriatrics consultation	delirium after hip fracture (Mini-Mental State Examination (MMSE), the Delirium Symptom Interview (DSI), and the Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS).	Significant decrease of delirium incidence
Milisen et al. 2001	Longitudinal prospective before/after design (sequential design).	nurse-led interdisciplinary intervention program	ED and traumatological units of an academic medical center; older hip-fracture patients.	(1) Education of nursing staff, (2) systematic cognitive screening, (3) consultative services by a delirium resource nurse, a geriatric nurse specialist, or a psychogeriatrician, and (4) use of a scheduled pain protocol.	incidence and course (severity and duration) of delirium, cognitive functioning, functional rehabilitation, mortality, and LOS	Beneficial effect on early recognition and treatment of delirium in older hip-fracture patients and confirms the reversibility of the syndrome in view of the delirium's duration and severity.
McCusker et al. 2001	RCT	Specialized nurse	Emergency department	Screening (ISAR) and nursing assessment	function	Significant decrease of functional decline
Cole et al. 2002	RCT	geriatric specialist consultant	general medical service	Screening for delirium, multidisciplinary care	delirium	No impact
Schmader et al. 2004	RCT	geriatric evaluation and management	11 Veterans Affairs (VA) hospitals	Inpatient geriatric unit and outpatient geriatric clinic teams evaluated and managed patients according to published guidelines and VA standards	unnecessary and inappropriate drug use and underuse	Inpatient geriatric unit care reduced unnecessary and inappropriate drug use and underuse significantly during the inpatient period.
Caplan et al. 2004	RCT	team implemented or coordinated recommendations	Emergency department	initial CGA and were followed *at home* for up to 28 days by a hospital-based multidisciplinary outreach team.	Rehospitalization, emergency admission, NH admission, mortality, function (ADL)	Decreased rehospitalization, emergency visits, NH admission, mortality
Vidan et al. 2005	RCT		Orthopedic ward	early multidisciplinary geriatric intervention in elderly patients with hip fracture	LOS, morbidity, mortality, function	reduces in-hospital mortality and medical complications; no significant effect on LOS or long-term functional recovery.
Kircher et al. 2007	RCT	Interdisciplinary	General hospitals	Standardized assessment	Institutionalization, rehospitalization, QOL	No effect

Legend:

ACE: Acute Care for Elders
ADL: activities of daily living
CGA: Comprehensive geriatric assessment
DSI : Delirium Symptom Interview
ED: emergency department
GCT : Geriatric Consultation Team
ISAR: Identification of Seniors At Risk
LOS: length of stay
MDAS: Memorial Delirium Assessment Scale
MMSE:Mini-Mental State Examination
NH: nursing home
QOL: Quality of life
RCT: Rabdomized Controlled Trial

CHARACTERISTICS OF THE PAPERS ABOUT PREVENTION OF DELIRIUM

Table 14. Characteristics of the papers about prevention of delirium

Service	Study	Type	Case/controls(*n*/*n*)	Methods, diagnostic criteria	Intervention
Medicine	Naughton et al. 2005	Pre/post test	110 /110	CAM, CIRS, MMSE	Education of the team
Medicine	Lundstrom et al.2005	RCT	63/62	DSM-IV, MMSE OBSS	Education of the team
Medicine	Tabet et al. 2005	Single-blind case-control study	250	CAM	Education of the team
Surgery	Aizawa et al. 2002	RCT	20/20	DSM-IV	DFP
Surgery	Marcantonio et al. 2001	RCT	62/64	CAM, MMSE, DSI, MDAS	Close Geriatric Consultation
Surgery	Milisen et al. 2001	CT	60/60	CAM, MMSE, ADL	Nurse-led interdisciplinary intervention program
Medicine	Inouye et al. 1999	CT	426/426	CAM, MMSE	Standardized protocol based on 6 risk factors

Legend:
ADL, Activities of Daily Living ;
CAM, Confusion Assessment Method;
CIRS, Cumulative Illness Rating Scale;
CT, controlled trial;
DRS, Delirium Rating Scale;
DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition;
DFP, Delirium Free Protocol ;
DSI, Delirium Symptom Interview ;
ESR, Extrapyramidal Symptoms Rating Scale;
KPSS, Karnofsky Performance Status Scale; MDAS, Memorial Delirium Assessment Method;
MMSE, Mini Mental State Examination.
OBSS, Organic Brain Syndrome Scale

ORIGINAL FLEMISH QUESTIONNAIRE FOR THE WORKSHOP AT THE OSTEND'S WINTER MEETING OF THE BSGG.

Vragenlijst meeting Geriaters over de Interne Liaison (03-03-07) BVGG.

Naam: (facultatief):……..

Heel wat patiënten met een geriatrisch profiel worden opgenomen in het ziekenhuis. Het meteen juist oriënteren van deze patiënten is zeer belangrijk zowel voor het voorkomen van verdere deterioratie van de autonomie, voor het herstel in zelfredzaamheid als financieel voor de maatschappij door het voorkomen van een aantal RVT plaatsingen. Dit veronderstelt dat patiënten met een geriatrisch profiel zij zo spoedig mogelijk moeten worden opgespoord, op een systematische manier, van bij de opname langs de spoedgevallen of bij geplande opnames op een afdeling. Dit gebeurt best met een eenvoudig hanteerbare schaal bij alle opnames van personen van 75 jaar en meer.

1. Met welk instrument kan men de geriatrische patiënt identificeren op de spoedgevallen of op zaal bij opname. (zie bijlagen).
    - ISAR
    - SHERPA
    - VIP

Gebruikt U één van deze schalen hiervoor : welke ?

Een andere schaal?

Welke schaal verkiest U en waarom?

Welke eigenschappen vindt U belangrijk bij de selectie van een instrument om de geriatrische patiënt in een eerste fase te identificeren?

- eenvoud?
- kan afgenomen worden door een persoon die niet geriatrisch geschoold is?
- snelheid?
- hoge negatieve predictieve waarde? (de personen die niet weerhouden worden zijn zeker niet geriatrisch)
- wetenschappelijk gevalideerd?

Moeten alle patiënten gescreend worden?

Wellicht niet: patiënten die opgenomen worden uit RVT's en rusthuizen, Patiënten van meer dan 75 jaar die opgenomen worden met een fractuur na een valpartij en evident dementerende personen vertonen per definitie een geriatrisch profiel.

Na een instrument gekozen te hebben om de patiënt met een geriatrisch profiel systematisch op te sporen, is het noodzakelijk af te spreken wie op de spoed en op de afdeling het instrument praktisch zal hanteren: een arts, een verpleegkundige, etc.

2. Wie screent op spoed?

Wie screent op het verdiep bij geplande opnames?

Wanneer een patiënt als geriatrisch geïdentificeerd is, moet dit op een of andere manier, binnen een gestelde tijd worden gecommuniceerd aan het Liaison team.

3. Wie wordt verwittigd van de positieve screening?

Wanneer wordt er verwittigd?

Hoe wordt er verwittigd?

Wie van het Liaison team zal zich eerst naar de patiënt met geriatrisch profiel begeven? Er is een tekort aan geriaters en deze activiteit is zeer tijdrovend. Bovendien is bij geriatrische patiënten gerichte observatie vaak belangrijker dan anamnese en klinisch onderzoek: het komt erop neer te zien voor welke activiteiten van het dagelijkse leven de patiënt gehinderd is. Misschien is het daarom belangrijk dat de geriatrische verpleegkundige van het Liaison team eerst de patiënt zou gaan zien.

4. Wanneer de geriatrische patiënt opgespoord is : wie van het Liaison Team bezoekt dan de patiënt?
    - De geriatrische verpleegkundige? Die dan zoals op de dienst G dagelijks verslag uitbrengt aan de geriater van haar gerichte observaties. Daarop wordt dan verder onderzoek verricht om de oorzaak van de klachten op te sporen en de diagnose te preciseren.
    - Een paramedicus?
    - De geriater? Die dan zijn team mobiliseert.

    De Dienst Geriatrie met zijn gespecialiseerd multidisciplinair team is natuurlijk best voor een patiënt met een profiel dat het grootste risico vertoont om zijn zelfredzaamheid te verliezen of die zijn zelfredzaamheid nog kan terugwinnen. Patiënten zonder probleem van zelfredzaamheid of met een definitief verloren zelfredzaamheid komen duidelijk minder in aanmerking om met het grootste nut op een dienst G opgenomen te worden. De voorkeur moet dus gaan naar patiënten die een potentieel kunnen verliezen of terugwinnen. Hoe kan men deze patiënten vlot selecteren?
5. Wat zijn de criteria om een patiënt met geriatrisch profiel al dan niet bij voorkeur naar de afdeling Geriatrie te laten overkomen?

    Om op de verpleegeenheden de geriatrische reflexen te ontwikkelen en te onderhouden is het belangrijk dat een referentieverpleegkundige op elke afdeling zou aanwezig zijn. Deze kan ook de screeningstest afnemen om de geriatrische patiënt op te sporen en zal ook de geriatrische assessment instrumenten helpen afnemen en de follow-up raadgevingen en behandelingen realiseren.
6. Wat is de rol van de referentie verpleegkundige op de verpleegeenheid?

    Een goede vorming van de referentieverpleegkundige is belangrijk. Ideaal zou zijn dat zij een gespecialiseerde geriatrische verpleegkundige zou zijn. Een bijkomende inscholing kan gerealiseerd worden dank zij de aanwezigheid van de geriatrische liaison verpleegkundige op de teamvergaderingen van d verpleegeenheid, al of niet in aanwezigheid van de arts van de afdeling.
7. Hoe kan de referentie verpleegkundige worden gevormd?

    Voor de behandeling van de patiënten zijn twee mogelijkheden: kine, ergo, socio etc wordt centraal vanuit de het liaison team gestuurd en ook uitgevoerd, ofwel worden de paramedici van de eenheid begeleid en opgeleid door de het multidisciplinair team. Dit laat toe met minder paramedici van het liaison team meer te doen.
8. Integratie paramedici/psychologen van de verpleegeenheid in de therapie of moet de liaison equipe alles ter plaatse komen doen.

    De efficiëntie van het geriatrisch assessment is slechts goed, wanneer een follow-up voorzien is. Op een of andere manier moet deze follow-up geregeld zijn, zowel in het ziekenhuis als erna.

9. Hoe wordt de opvolging van de patiënten geregeld?
    - Wekelijkse teamvergadering van het liaison team?
    - Aanwezigheid van de Liaison Verpleegkundige op de teamvergadering van de eenheid?
    - Uitgebreid ontslagverslag naar de huisarts?

    Het verloop van de bespreking van de patiënten op de wekelijkse teamvergadering van de Liaison is belangrijk en moet volgens een vast en reproduceerbaar stramien gebeuren aan de hand van objectieve criteria en gevalideerde schalen.
10. Welke schalen kunnen er gehanteerd worden op de wekelijkse meeting van het Liaison team.

    In het kader van de personeels effectieven van het liaison team werd vooropgesteld dat een eerste experiment een team van 4 FTE zou omvatten. Hoeveel verpleegkundigen en hoeveel paramedici worden hierbij best opgesteld? In de filosofie dat de geriatrische verpleegkundige een essentiële rol speelt in het assessment van de geriatrische patiënt zou een overwicht aan geriatrische verpleegkundigen de beste oplossing zijn.
11. Bij invullen met 4 FTE: hoeveel verpleegkundigen, paramedici en psychologen?

LIST OF REFERRED USED SCREENING TOOLS IN DECEMBER 2006 IN BELGIAN GERIATRIC DEPARTMENTS

Abbey pain scale
ABCD (Arizona battery for Communication Disorders of Dementia)
Adas-cog
Addenbrooke
ADL
AMPS
Amsterdamse Dementie Schaal
ASA
Barthel
Basic ans Instrumental ADL
Batterie CERAD
Bec96 Jl signoret
Berg balance scale
Blanford Scale
Brief assessment schedule depression scale
CAM
CamCog
Camdex-Camcog
Canterbury scale
CGI-C
Confusion assessment method
Dolo-plus
Doloplus 2
Drie meter looptest
Exit 25 (royall)
FES
FIM
Four Balance Scale
Four Test Balance Scale
Frontal Assessment Battery
GDS
GDS verkort
Get up and go
Grey-scales
GRP
HAD
HARP
HDS
IADL
Inclusie-instrument
Katz
Kineaire E-test (oogtest)
Kloktest
Korte depressieschaal
Krachtmeting
Lotca
LOTCA-G
Maaltijdkaart
MADRAS
MADRIS
MaFraPiDi
Mini-grober
Minimum moteur
MMSE
MNA
MNA-sf
MUSt
Norton
NPI
NPI-Q
NTT + ONO
Nutriscript KABI
Pain assessment in advanced dementis
Physical performance scale
Physical performance test
Pokis/Doloplus
PPS
QOL
Raven CPM
SEGA
SHERPA
SMAF
Stratify
Stroop task
TASH/FAST
Test Moteur Minimum
Timed chair – stand test
Timed chair stands
Timed stand up and go test
Tinetti
Tour demi bras
Valdossier KULeuven
VIP
Vlaamse dementie batterij
Wechsler Memory Scale
ZARIT

RESULTS OF THE WRITTEN QUESTIONNAIRE AND THE ELECTRONICALLY RECORDED DISCUSSION AT THE WINTER MEETING OF THE BSGG IN OSTEND ON 3RD MARCH 2007

Questionnaires:

36 were completed.

Results of the questionnaire:

1. What's the preferred screening tool for identification of patients with geriatric profile at the emergency department?
    - VIP: 17,5
    - ISAR: 8,5
    - SEGA: 6
    - SHERPA: 1
    - No idea: 2
    - Own definition: 1

    What are the most important characteristics of "best" screening tool?

    Simple: 34

    Quick to use: 31

    Validated: 28

    Can be used by a person without any geriatric education: 28

    No answer: 1

    Is it necessary to screen all patients above 75 years?

    Yes: 28

    No: 3

    No answer: 5
2. Who has to do the screening at the emergency department?
    - Nurse of the emergency department: 32
    - Emergency physician: 2
    - Physician in training: 1
    - No answer: 1

    Who has to do the screening for planned admissions directly to the departments?

    Nurse of the department: 35

    Educator: 1
3. Who is contacted when a positive geriatric profile is discovered?

    The liaison team: 25

    Geriatrician: 5,5

    Occupational therapist: 0,5

    No answer: 5

When take this contact place?

Directly: 17

Once a day: 4

No answer: 13

What for type of contact?

Telephone: 8

Written: 3,5

Passing trough the doctor of the department: 2

Internet: 1,5

No answer: 19

4. Which member of the liaison team visits first the patient?

   Nurse: 26

   Geriatrician: 5

   No answer: 5

5. What are the best criteria to decide a geriatric patient has to be admitted to the geriatric unit (and not to a conventional ward)?

   A patient with a rehabilitation potential: 23

   A decision of the geriatrician: 7

   No answer: 6

6. What is the role of the "reference" nurse on the floor of the units?

   Identifying geriatric syndromes: 10

   Report to the liaison nurse: 5

   Not realistic, wishful thinking: 3

   Screening: 2

   No answer: 21

7. Training of the "reference" nurse?

   Specific training and practical training in G departments: 7

   Training by Nursing schools and geriatricians: 4

   Training in special reional settings: 3

   Advanced training without specification: 2

   Training by the BSGG: 2

   Role for an experienced nurse of a geriatric department: 2

   No answer: 18

8. The liaison team can work on a decentral way (trying to help the personel of the unit to do as much as possible by themselves) or on a centralised way (all is done by the liaison team). What is your preference?

   Decentral: 16

   Centralised:4

   No answer: 16

9. Follow-up:

   No answer: 18

   Need for a weekly liaison geriatric team conference?

   Yes: 16

   No: 1

   Presence of the liaison nurse at the teamconference of the different (non-geriatric) units?

   Yes: 8

   No: 1

   -Extended report for the family physician?

   Yes: 8

   No: 1

10. Which screening tools can be used at the weekly liaison team conference?

    No answer: 26

    Preferring "global impression by the geriatrician": 1

    All screening tools: 1

    In total 12 screening tools are presented:

    - MMSE: 3
    - ADL: 3
    - Barthel: 2
    - Feeding score: 2
    - Timed get-up-and-go: 2
    - Weight: 1
    - AMTS: 1
    - Clock drawing test: 1
    - DOS scale (delirium): 1
    - Stratify: 1
    - BMGST: 1
    - IADL: 1

11. How to fill in the 4 FTE?

    No answer: 9

    Don't know: 6

    Decision of geriatrician and his team (not the director of the hospital): 6

Trends:

1. Nurses

   2 FTE: 5

   2,5 FTE: 3

   1 FTE: 2

   3 FTE: 1

   4 FTE: 1

2. "Paramedics"

   1 FTE: 1

3. Occupational therapists:

   1 FTE: 6

   0,5 FTE: 4
   0,3 FTE: 1

4. Fysiotherapists:

   1 FTE: 3

   0,5 FTE: 3
   0,3 FTE: 1

5. Psychologists:

   1 FTE: 2

   0,5 FTE: 5
   0,3 FTE: 2

6. Social worker or social nurse:

   1 FTE: 6

   0,5 FTE: 2
   0,3 FTE: 2

Tape-recorded discussion

Report workshop BSGG Oostende 03-03-2007

Two successive groups of one hour discussion.

Chair: M.Van de Woude, Co-chair: J.P.Baeyens

Participants:

Group I: 40

Group II: 18

Questionnaires available: 37

INTRODUCTION

The introduction of the Liaison Geriatrics is an important step in the development of the Care Program for the geriatric patient in Belgium.

Now the participants have the opportunity to discuss the important points of this development and will so influence the decision making on this topic.

The participants are asked to participate very actively, and the discussion will be tape recorded. The participants are also asked to fill in the written questionnaire that will be collected at the end of the session.

Question 1. Many patients with a geriatric profile are admitted in a general hospital. A good orientation of these patients can avoid further deterioration of their autonomy, help a better restoration to autonomy and can prevent a lot of admissions in nursing homes, what can save a lot of money for the social security. This suppose a quick and systematic detection of the patients with geriatric profile as soon as possible after admission at the emergency department or on the units where a planned admission occurs. We need thus an easy tool that can be applied to all admissions above 75 years.

What could be a good tool: ISAR, SHERPA or VIP? Do you use one of these tools? Which one? Do You use another tool? What's your preference and why?

What are the most import characteristics for this tool according you? Easy, no training needed, rapid, high negative predictive value, scientifically validated?

Is it necessary to screen all patients?

COMMENTS

The introduction of Dr. Pascale Cornette yesterday 02-03-07 was an excellent introduction on the matter.

The ISAR has a high negative predictive value; the cut of is at 1.6; The SHERPA take 10 minutes…for "trained" personnel…(that means 600 minutes a day for an emergency department, thus a full time job);

Its important to make a difference between "screening" and "assessment". Screening has to be done by a normal department nurse, without special training. In that view is SHERPA already assessment. The "screening" makes it possible to identify the patients who will have benefit from Liaison. The "assessment" is the work that the liaison has to do.

In the screening it's needed to incorporate an idea about:

- medication and former recent institutional treatment
- functionality
- cognition
- social context.

Its better to have the same tool for all Belgian hospitals: comparisons and benchmarking will so be possible.

The three questions of the VIP are enough.

The answer of the questions can also be give by the family or other persons that are with the patient at the admission. The VIP however was made only by contact with the patient.

The problem with the VIP is that it was validated for discharge outcomes…Geriatric assessment is useful for all geriatric patients, not only those who will go to a nursing home. Me be we need a little more information for the other patients that will not be admitted to a nursing home.

Some people prefer the TRST (Canada). There is a validated Flemish version. The questions are about cognition, living alone, falls, recent hospitalisations, more than 5 medications used. Cognition is 2 points, and when you have 2 points or more you have a geriatric profile. In oncologic patients the cut off is at 1 point (these patients are already selected).

SEGA takes too much time…; in one place the introduction of the SEGA tool was after some months useless at the emergency departments because the young urgentists recognises now easyli patients with geriatric profile: they have learned a lot in a short time.

A problem will arise: the reactions of other disciplines will be a reaction of defence against the recruiting activity of the geriatricians. A new mentality is needed…

In fact we have to avid to use one question too much: it's a waste of time. The simplest the test the better. Has to be used by non-geriatrician nurses.

CONCLUSION

The proposition of P.Cornette not to test the patients with clear dementia, with hip fracture and patients coming from Nursing homes is admitted.

In fact where the VIP is looking to the outcome "institutionalisation", the ISAR has as outcome the risk for functional decline: that's precisely what we are looking for.

Question 2. When the tool to identify the geriatric patients is founded, its necessary to decide who will use the tool at the emergency department and in the wards.

Two different options are present:

- this is the task of the liaison,
- this is the task of the every nurse of the emergency or every nurse of the ward.

CONCLUSION

The nurse who has to look to the patient, at the emergency department or in the wards has to use the tool.

Question 3. When the patient with a geriatric profile is identified, its needed to move this information *to the* liaison team. Who is informed of a positive screening? When? How?

It looks very difficult to sell the idea of liaison in practice. Liaison has to be promoted actively at the level of the departments.

In little hospitals geriatricians claims to ask to be informed personally. In bigger hospitals its not manageable. A bigger hospital had a good experience with a deliriumteam. Its sometimes easier to begin with one focus. That's more visible and recognisable. In that deliriumteam the nurse is informed. Its also a model that works good in the Palliative support teams. Every patient has to be discussed with the geriatricians and the other liaison team members.

Question 4. Who if the liaison team will first go to the patient? There is already an important shortage of geriatricians, and the liaison activity is very time consuming. What is more: in geriatrics the oriented observation of the patient is necessary, and it's the nurse who do this observation, and then secondly inform the geriatrician of the real problem in functioning for the activity of daily living of the patient. That's a clear reason why the geriatric nurse should see the patient in thee liaison activity first. A major pitfall is where the geriatric patient has to be completely examined , the full medical record has to be filled in by the geriatrician. The role of the geriatrician is then the role of a student or a trainee. That's really not the good way to do. What is more: the geriatrician provide the surgical disciplines of excellent MKG/RCM, very useful for the surgeons and for the hospitals.

The majority proposes indeed the nurse to see first the patient, and discuss with the geriatrician every day, and with the liaison team once or twice a week.

Question 5. Its EB that the geriatric department (with its multidisciplinary team) is the best place to be for a patient with geriatric profile. When there is no risk of diminishing the autonomy or when there is no possibility of recuperation of the autonomy, there is no indication for admission in a geriatric ward. How is it possible to select patients with a high potential for recuperation or preserving the autonomy?

P.Cornette explained yesterday to take in the geriatric ward not the total dependant patients, nor the very autonomous ones.

Stabilised, very heavy patients have not to be admitted in geriatric wards. Patients who have no benefit from a multidisciplinary approach are best avoided.

A too; defining a low, a middle or a high risk should be useful…

Probably we are all making this too difficult: the cardiologist knows exactly anddirectly and very well what patient he has to admit to his ward and to do what. The geriatricians have to believe in their own knowledge.

Taking over patients from other departments causes the geriatricians important financial loss with the actual way of payment.

CONCLUSION

The geriatrician decides.

Question 6. To develop and to keep active geriatric reflexes in the departments, its probably useful there should be a "reference" nurse in each ward. Can this reference nurse takes the first screening tool and also afterward the "assessment tools"? And also assuring the follow-up? What the role of the "reference nurse" of the department?

A discussion rise about "the reference nurse"; That is wishful thinking and can never works. You can never nominate reference nurses. Experience learns us that its only after a long time of training and stimulating the interest of the people that some nurses at the end are more interested in a certain topic and then takes more time to develop their skills. They will recognise after a while the patients with geriatric profile, also without any tool, by feeling and experience.

CONCLUSION

The reference nurse will grow with the concept. We will have to start with motivating all the nurses , first using easy and quick screening tools. Some of these nurses will develop geriatric skills later on, and will become good "reference nurses".

Question 7. *How* can these "reference nurses" be trained?

If motivated and skilled nurses of the geriatric department all should move to Geriatric day hospital or to the liaison geriatrics, nobody will be longer available in the geriatric departments…

Probably a theoretical and practical education organised by regions will have the best result. What however has been learned, has also to be adopted afterwards. That ask the full cooperation of the directors of the hospitals.

Question 8. The liaison team members can go to all the wards and try to do everything in the wards (centralised), or can teach and organise the work of their colleagues in the other departments (decentralised). What's the best model?

Probably there is now a shortage of geriatric beds. A mutation of medical and surgical beds to geriatric beds is urgently needed.

CONCLUSION

Decentralised model is the best.

Question 9. Geriatric medicine is only efficient when there is an organised follow-up, in the hospital and also after *discharge*. How is this organised? Weekly team conference? Attendance of the team meetings of the different departments by the liaison nurse? Detailed written report to the General Practitioner?

Role of discharge manager to be kept in mind.

Question *10*. *The* discussions in the weekly team conference of the liaison team has to be organised and structured. What kind of instruments is it possible to use?

Probably the best way is to use the BMGST.

Question 11. A *proposition* is circulating to receive a payment by the authorities for 4 FTE personnel for the liaison experiences. What's the best qualification for this personnel?

The differences in the different settings are so immense that the only good proposition is now to give the people that the geriatricians and his team needs. In an experimental situation it's not so bad to make some different experiences and to choose afterwards the best one. To have enough nurses is however probably a good thing.

ANNEXES AU CHAPITRE 5 : FINANCEMENT DES SOINS GERIATRIQUES

MOTS CLES UTILISES POUR LA RECHERCHE DES SYSTEMES DE FINANCEMENT À L'ETRANGER.

Pour identifier les modes de financement de la gériatrie aigue dans les autres pays, les mots clés/descripteurs des bases de données suivantes ont été croisés avec les mots clés/descripteurs identifiés précédemment pour la gériatrie (Geriatrics/, frailty/, aged, elderly, etc)

MEDLINE

*Financial Management, Hospital/

*Financing, Organized/ or *Financing, Government/

*Hospitals/sn, sd, ma, ut, st [Statistics & Numerical Data, Supply & Distribution, Manpower, Utilization, Standards]

cost.mp.

*Insurance, Health/ or *Health Care Costs/

exp Budgets/cl, mt, ec, og, st, sn [Classification, Methods, Economics, Organization & Administration, Standards, Statistics & Numerical Data]

budget$.mp.

geriatrics/ec

evconomics, hospital/

financing.mp

EMBASE

payment

'financing'/exp

'health care financing'/exp

ECONLIT

Geriatr$

'financing'

'budget$'

QUESTIONNAIRE SUR L'ORGANISATION DU FINANCEMENT DE LA GÉRIATRIE AIGÜE DANS DIFFÉRENTS PAYS

International Questionnaire

Organization and financing method of the care of the geriatric patients in the acute and rehabilitation geriatric departments of general hospitals, in the public health sector (non-private) in your country.

Hospital structures specially fitted for the geriatric patients

1. Are there in your country special hospital structures specially fitted for the geriatric patients in the general hospitals?

- acute geriatric departments:
  Yes No
  If Yes:
  - number of geriatric beds /total acute beds:
  - number of geriatrics beds/ 1000 inhabitants 65 years and more:
  - men length of stay in the acute geriatric departments
- Geriatric rehabilitation departments:
  Yes No
  If Yes:
  - number of geriatric beds /total acute beds:
  - number of geriatrics beds/ 1000 inhabitants 65 years and more:
  - men length of stay in the acute geriatric departments
- Joint geriatric acute-rehabilitations departments:
  Yes No
  If Yes:
  - number of geriatric beds /total acute beds:
  - number of geriatrics beds/ 1000 inhabitants 65 years and more:
  - men length of stay in the acute geriatric departments
- Geriatric day hospitals:
  Yes No
  If Yes:

  What kind of services are delivered?
  - Diagnosis
  - Assessment
  - Treatment
  - Rehabilitation
- Liaison-geriatrics

  For geriatric patients admitted in non-geriatric departments in the general hospital: are there teams for this purpose?
  If Yes:
  - did you use an instrument to identify the patients with geriatric profile?
  - duties of the team
  - members of the team
  - way of functioning
  - mode of financing

2. characteristics of patients admitted in acute (or mixed acute-rehabilitation) geriatric units:
   Admission criteria:
   - o Age ?
   - o Other criteria?

   Used instruments:
   VEGA
   Sherpa
   Others…….
3. Norms and personnel of acute (or mixed acute-rehabilitation) geriatric departments:
   Number of qualified nurses per geriatric bed:
   Number of nursing helps per geriatric bed:
   Number of qualified nurses per bed for internal medicine departments:
   Number of nursing helps per bed for internal medicine departments:
   Number of qualified nurses per bed for surgical departments:
   Number of nursing helps per bed for surgical departments:
   Is there a multidisciplinary team available: number in FTE per geriatric bed:
   - o geriatrician
   - o physiotherapist
   - o occupational therapist
   - o speech therapist
   - o social worker
   - o psychologist
   - o diet specialist

   Architectural specificities, equipment
   - o for assessment
   - o for rehabilitation
4. Evaluation of the needs of the patients:

   With what instruments do you measure the degree of dependency and the frailty of the geriatric patients?
   - o ADL
   - o KATZ
   - o Barthel
   - o RAI
   - o others

   Are there mandatory registrations ordered by the authorities?

   With which frequency?
5. Financing of the acute (and mixed acute-rehabilitation) geriatric departments:

   How is the financing of the general hospitals regulated in your country?

   Is there a SPECIFIC financing of the geriatric departments?

   On what base?

   Is there a specific evaluation what is needed to take care of the geriatric patients as basis for the financing of the care?

   Is there a specific mandatory data collection organized to measure the needed money to finance the care in the geriatric departments?
   - o Medical basis data set
   - o Minimal nursing data
   - o dependency degree
   - o frailty

- o types of care
- o social problems
- o RAI
- o Agir-Pathos-Socios
- o others

Are there mandatory data collections organized by the Public Authorities ?

Frequency of these data collections?

How are these data used for financing the geriatric departments?

- o Case-Mix (APDRG, APRDRG, others…)
- o AGIR-PATHOS-SOCIOS
- o Nursing data collection
- o Others

INVITATION AU SÉMINAIRE SUR L'ORGANISATION DU FINANCEMENT DE LA GÉRIATRIE ORGANISÉ À GENÈVE LE 24/08/2006

Dear Colleague,
On behalf of Prof.M.C.Closon (health-economist) and myself (geriatrician), I invite you to an Invited Seminar „Financing Geriatric Care in General Hospitals) during the EUGMS Congress in Geneva, on 24-08-2006 (02 pm to 05 pm) in a room that will be communicated to you in the next days.

The purpose is to make an overview of the financing systems of the acute geriatric care in the General Hospitals in the EU, USA and Australia. This exercise is needed for an official study for the Belgian Government that we are conducting.

It,s well known that in each country the introduction of DRG-financing is a major problem for the financing of the acute geriatric care in the General Hospitals. Each country is looking for a solution for this problem. Bringing together all this knowledge will be very useful for all participants.

If you think that one of your colleagues also registered to this EUGMS congress should be more interested in this particular topic, you can pass this invitation to him/her, and inform me.

You find under this page the questions who will be debated.

I hope that this information could be also very useful for DG SANCO of the EU-Commission.

I hope to hear from you as soon as possible.

Yours Sincerely

Prof.Dr.J.P.Baeyens

Annexé à la lettre: le questionnaire

LETTRE ENVOYÉE PAR LE PROF. J.P. BAEYENS POUR DEMANDER LE NOMBRE D'ETP INFIRMIERS FINANCÉS PAR LIT EN GÉRIATRIE AIGUË DANS DIFFÉRENTS PAYS

Dear Friends of the UEMS,
On behalf of the Belgian Government we are trying to organise a new model for organisation and financing the activity of the acute Geriatric wards in the hospitals.

An important question is how many nurses (and help nurses) are needed in an acute geriatric ward in the hospital. I want to know how many Full Time Equivalent persons are active in the nursing of the patients (exclusive the paramedical staff, the physicians, social worker or social nurse, the cleaning personnel).

In Belgium at this moment, we are paid for 12.8 TFE nurse and help nurse for 24 beds.

Can You reply me your answer as soon as possible.

I will communicate You all the results.

Greetings

Jean – Pierre Baeyens

Experts internationaux invites

Antonio Cherubini It, Paul Knight UK , Karen Anderson Dk,Desmond O'Niel I,Hans Werner De, Rainfray M. Fr,Burke David Australia, Frühwald At,Hinkka K Fi,

ake.Rundgren se, Vandercammen T Nl, BJARNADOTTIR G Is, OUSLANDER Joseph USA

List of Contacts about Nursing staff in Geriatric Departments in Europe

Palmi V.Jonsson

Chief of Geriatrics Landspitali University Hospital Reykjavik Iceland

Representative of Iceland to UEMS Bord

palmivj@landspitali.is

20 patients acute geriatric ward: 8FTE nurses and 15FTE nurses assistants (24 hours) and 1 head nurse.

However not always all available: shortage of nurses.

(=1,2 nurses per patient)

Confirmed by Head nurse Acute Geriatrics : Sigrun Lind Egilsdottir (17-09-07)

(working day 40 hours per week, 24-30 days of vacation per year)

Dieter Lüttje

Geriater

Klinik für Geriatrie, Klinikum Osnabrück Germany

Secretary UEMS geriatric section

luettje@klinikum-osnabrueck.de

geriatric acute hospitals:

1 nurse to 1,4 to 2 patients (75% examined).

(=0,7 to 0,5 nurses per patient)

Alain Franco

Gériatre

Université de Grenoble

Former President of SFGG

Representative of France to UEMS Board

AFranco@chu-grenoble.fr

Currently 0,8 (small hospitals)

Aim for 2010 : 1/1 for acute care, 0,9 for mid time care, 0,8 for long term care.

Currently in big hospitals: 1/1 for acute care, 0,9 for mid time care, 0,8 for long term care

(=1,0 nurse per patient)

Gorel Wachtmeister

Geriater

Department of Geriatrics Hospital of Nyköping Sweden

Representative of Sweden to UEMS Board

Gorel.Wachtmeister@dll.se

For 36 beds 18,5 registered nurses and 29,5 help nurses.

(=1,33 nurse per patient)

Thomas Frühwald

Geriater

Abteilung Akutgeriatrie Krankenhaus Hietzing Wien Austria

Representative of Austria to UEMS Board

Thomas.fruehwald@wienkav.at

For 24 beds 20 nurses (66% qualified)

(=0,83 nurse per patient)

Georg Pinter

Geriater

Geriatric department State hospital Klagenfurt

Representative of Austria to UEMS Board

Georg.Pinter@lkh-klu.at

16 FTE per 24 beds.(see attach file with official document)

(=0,666 nurse per patient)

Thomas Svendsen

Geriater

Deaconess Hospital, Dpt Internal Medicine Oslo, Norway

Representative of Norway to UEMS Board

Thomas.svendsen@diakonsyk.no

28 FTE nurses and help nurses for 15 beds acute geriatric unit

(=1,86 nurse per patient)

Kirsten Damgaard

Geriater

Ledende overlaege, Geriatrisk, Glostrup Hospital Glostrup, Denmark

Representative of Denmark to UEMS Board

kida@glo.regionh.dk

for 20 beds 7,26 nurses and 14,07 help nurses.

(=1,0765 nurse per patient)

Leo Boelaarts

Geriater

Afdeling Geriatrie Medisch centrum Alkmaar Netherlands

Representative of The Netherlands to UEMS Board

l.boelaarts@mca.nl

voor 20 bedden 11,56 A-verpleegk + 9,89 specialisatie + 4,20 hulpverpleegk.

(=1,2825 nurse per patient)

Deborah Sturdy Nurse Advisor, Older People Department of Health, UK

Deborah.Sturdy@dh.gsi.gov.uk

"In the UK we do not have set tariffs for staffing in acute hospitals as there is not a system which provides robust and accurate information to support this. There have been previous debates about minimum staffing but the conclusion of which has been that when fixed tariffs are set, organisations have the potential to use in such a way that they will not be responsive to changing clinical needs when more staff are required to deliver care. There is some work in progress trying to define nurse staffing levels, but I think that this is a very complex area."

Belgium

(Legal:=0,53)

(in reality: =0.57, according result visits 66% of Geriatric Departments in 2000 and 2007)

Les chiffres repris dans le tableau ci-dessous correspondent aux chiffres fournis par les gériatres qui ont répondu au questionnaire, soit en fonction des nombres recommandés (normes) au niveau national (Autriche et Danemark), soit, si il n'existe pas de normes nationales, en fonction du nombre moyen d'ETP dans leurs unités. Nous rappelons que le nombre d'ETP couvre à la fois les infirmières et les aides soignantes tant en Belgique qu'à l'étranger et que la définition de 'service gériatrique aigu' n'est pas nécessairement homogène. Ils varient, d'après les contacts personnels entre 12 et 44.8 ETP (voir liste ci-dessus)

Table 15. Nombre d'infirmières et aides soignant(e)s par 24 lits de gériatrie aiguë

Pays	Type de source	Nombre ETP infirmière	Nombre ETP aide-soignant	Total ETP infirmière et aide – soignantes	Total ETP pour 24 lits infirmière et aide–soignantes
Belgique	Arrêté Royal et représentant UEMS[b]	1 infirmier en chef, 5 ETP infirmiers, minimum 4 ETP infirmiers spécialisé / 24 lits	Maximum 2.8 ETP/24 lits	12.8 /24 lits	12.80 (officiel) OU 13.60 (observés)
Autriche	Document officiel et représentant UEMS	1/ 1.5 lits recommandés 20 ETP (terrain)			16.00 (officiel)[c] OU 20.00 (terrain) [d]
France	Plusieurs contacts téléphoniques et électroniques			0.8 /lit dans les petits hôpitaux	Pas de norme officielle[e] 16.80 à 25.00 (Un hôpital de Paris : 25.00 ETP)[f] (Un hôpital de Rouen : 16.80 ETP)[g] (19.20 ETP dans les petits hôpitaux[h])

b JP Baeyens Representative of Belgium to UEMS Board

c Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006

d Thomas Frühwald,Geriater,Abteilung Akutgeriatrie Krankenhaus Hietzing Wien Austria, Representative of Austria to UEMS Board - Georg Pinter,Geriater,Geriatric department State hospital Klagenfurt, Representative of Austria to UEMS Board

e Confirmation auprès du Docteur Benoît Lavallart, chargé de mission Santé Publique à la Direction Générale de la Santé (ministère de la santé)

f Pr Olivier SAINT JEAN - Pôle Urgences - Réseaux - Service de Gériatrie - Hôpital Européen Georges Pompidou

g Docteur Yves Moynot, médecin gériatre chef de service de l'Hôpital de Oissel, du CHU de Rouen

h Alain Franco,Gériatre,Université de Grenoble,Former President of SFGG, Representative of France to UEMS Board

DESCRIPTION DU FINANCEMENT DE LA GÉRIATRIE AUX USA

Financing Geriatric Care in the United States

Prepared by

Joseph G. Ouslander, M.D.

Professor of Medicine and Nursing

Director, Division of Geriatric Medicine and Gerontology, Department of Medicine

Chief Medical Officer, Wesley Woods Center of Emory University

Overview

Health care financing in the U.S. is overseen by the Center for Medicare and Medicaid Services (CMS; www.cms.gov)

Most care for the elderly in the U.S. is financed by **Medicare,** a federal insurance program that is predominantly for people older than 64. Medicare has four parts:

- Medicare Part A - finances inpatient hospital care, post-acute skilled care, home care, and hospice care. All Medicare beneficiaries get Medicare Part A.
- Medicare Part B - finances outpatient care, including physician fees (for both outpatient and inpatient care), laboratory, and rehabilitation services. People have to elect to have Part B (most do) and pay a monthly fee for it.
- Medicare Part C - also called "Medicare advantage" – is a managed care option that individuals can elect to participate in.
- Medicare Part D - is the new prescription benefit program that is also elective.

The majority of Americans are covered by Medicare through a "fee-for-service" system. The percentage of people who enroll in Medicare managed care programs (Medicare Part C) varies throughout the country, but is less than 40% in most states. In the fee-for-service system, there are deductibles and co-payments, which can result in substantial out-of-pocket expenditures. Many older people have supplemental insurance (e.g. Blue Cross/Blue Shield) that helps reimburse these additional costs.

Some elderly people (or their spouses) do not qualify for Medicare because they have not put enough **TAX** dollars into the Medicare program. These people may be poor enough to qualify for Medicaid (below), but many slip through the cracks, and are cared for by government funded county hospitals.

Many elderly people are poor enough to qualify for **MEDICAID,** a government insurance plan for the poor that is financed by both state and federal funds. Each state has its own Medicaid program, and the payments for different health care services vay from state to state.

Acute Hospital Care

The average length of stay in for older patients in acute care hospitals in the U.S.

varies, but generally averages between 4 and 6 days.

Acute hospital care is funded by **MEDICARE PART A** for those older people who have

Medicare benefits.

All acute hospital care, including medical, surgical, psychiatric, rehabilitation, and "long-term

acute care" is now reimbursed by a prospective payment system in which the hospital gets a fixed amount per day or a fixed amount for the hospital stay.

For medical and surgical unit care, payment is determined by a **"DIAGNOSIS RELATED GROUP" ("DRG").** There are over 400 DRGs, and many of them have additional payments for complications. Medicare is now proposing to limit additional payments for certain complications.

75% of patients admitted to acute hospital rehabilitation units have to fit into one of approximately 10 diagnoses (e.g. hip fracture, stroke).

Long-term acute care units are available in some states. The average length of stay in these units must be at least 25 days, but total payment for the stay is capped. Patients in these units are generally being weaned from respirators, or have complex wounds or osteomyelitis.

For older people who do not have Medicare, acute hospital care is paid for by Medicaid (for those poor enough to qualify), or care is provided in a county hospital or through charity care.

The Veterans Administration has over 100 acute care hospitals; most are affiliated with medical schools where older Veterans can be admitted.

Post-Acute Skilled Nursing Facility Care

- Individuals who have Medicare Part A benefits may qualify for reimbursement for a stay in a skilled nursing facility (SNF) after an acute hospitalization of at least 3 days.
    - In order to qualify, the patient must need 24-hour nursing care, frequent physician visits, and/or rehabilitation.
    - All services during an SNF stay (including medications) are covered by Medicare Part A except physician fees (which are covered by Medicare Part B, private insurance, out-of-pocket, or Medicaid). The SNF is reimbursed a daily rate based on "Resource Utilization Groups" (RUGS), which are calculated from the Minimum Data Set (MDS).
    - Medicare Part A reimbursement for an SNF stay is limited to the time during which the patient qualifies for skilled care. once they are determined to not need skilled care and/or have made maximum progress in rehabilitation, payment for care reverts to private pay or Medicaid.
    - The average length of a Medicare skilled stay is between about 30-40 days, but Medicare will theoretically pay for up to 100 days per illness

Low-Term Nursing Facilitv Care

Long-term care in a nursing facility (commonly called "nursing home") is paid for out-of-pocket, unless the individual is poor enough to qualify for Medicaid, in which case Medicaid pays.

- Good nursing homes cost about $3,000 - $4,000 USD per month.
- Medicaid pays much less than that in most states.
- Some people have long-term care insurance, but benefits are usually very limited.

The Veterans Administration has over 100 nursing homes, and also places older Veterans in state Veterans homes as well as in nursing homes that are under contract. The total number of Veterans served by these programs is limited by the eligibility criteria; less than 100,000 Veterans benefit by these programs in the US., compared to a nursing home population of over 1.5 million.

Hospice Care

Medicare will pay for hospice care for patients who have a life expectancy of less than 6 months.

The payment rules are complicated.

The vast majority of hospice care is provided in the patients' homes. There are a limited number of inpatient hospices, and some patients receive hospice benefits while in a nursing home.

Home Care

Medicare will cover skilled home care services if nursing and rehabilitation therapy are necessary. Like the SNF benefit, this payment is time-limited.

Outpatient Clinic Care

Outpatient care, including physician fees, diagnostic tests, and rehabilitation are covered by Medicare Part B (for those who elect it), supplemental insurance, and/or out-of-pocket.

Prescription Medications

Until 2006, Medicare did not pay for outpatient prescription medications. Now, Medicare beneficiaries can elect Medicare Part D, which is administered by many different private "Prescription Drug Plans" (PDPs).

- People may elect to continue their own insurance companies if their coverage is as good as Medicare Part D.
- People who do not have insurance and who did not sign up for Medicare Part D by May, 2006 will pay higher monthly fees which go up the longer they stay out of the program.
- Each PDP has its own formulary, which is required to pay for some medications in each major class of drugs. Patients can elect "second-tier" and "third-tier" drugs, but must pay substantial co-payments for them.
    - In many areas this systems results in physicians having to deal with multiple PDPs and multiple formularies, and completing a large amount of paperwork to get some patients certain drugs

Innovative Models

The Program for All Inclusive Care of the Elderly (PACE) mixes Medicare and Medicaid support to keep frail elderly out of nursing homes and hospitals.

(http:l/www.npaonline.org)

- -Medicare has funded 9 sites ("Medicare Health Support Programs") to carry out demonstrations of chronic illness care for elderly with CHF, diabetes, and COPD (http://www.cms.hhs.gov/CCIP)
- Evercare is a managed care program for long-stay nursing home residents designed to minimize the use of acute hospital and other expensive care **(https://evercarehealthplans.com)**
- Several states have demonstration projects designed to keep frail elderly out of nursing homes and hospitals. **An** example is Georgia's program entitled "SOURCE" (Service Options Using Resources in Community Environments)
- (http://www.legacylink.org/source.htm)

FACE-VALIDITY PROCESS APS

Résumé de l'analyse réalisée lors de l'étude APS (Closon)

Questionnaire envoyé aux 77 unités de gériatrie ayant participé à l'expérimentation APS (Closon)

Questionnaire

ETUDE SUR LES SPECIFICITES DES SERVICES G

Lettre envoyée à tous les services G ayant participé

Bruxelles, le 1er octobre 2004

Concerne : étude UCL sur les spécificités des services G (PATHOS-AGGIR-SOCIOS) :

Mesdames, Messieurs, Docteurs,

Vous avez collaboré à la recherche visant à mettre en évidence la spécificité des Services Gériatriques et les données ainsi récoltées ont déjà permis de mettre en évidence des résultats encourageants pour la détermination des indicateurs spécifiques utiles pour le financement de vos services.

La question de la validation de l'outil Pathos-Aggir-Socios a été de nombreuses fois posée à l'équipe de recherche.

Nous avons donc déjà mis en place deux procédures de validation : une tâche de multi-codage pour tester l'accord inter-observateurs (résultats en cours d'analyse) et une 2ème passation complète de Galaad dans une dizaine de services-G pilotes pour tester la stabilité des résultats (en cours).

Une troisième procédure de validation, qui vous concerne tous et pour laquelle nous demandons votre collaboration, consiste à tester si le feed-back du service donné par les résultats Pathos-Aggir-Socios correspond ou non à l'impression subjective, au profil, à l'image que le gériatre et ses collaborateur(trice)s ont habituellement de leur service (procédure appelée Face-Validity Process).

Pour rappel, vous aviez reçu après l'encodage de 2003 une série de documents qui vous précisaient les résultats Pathos-Aggir-Socios de votre service et ceux de l'ensemble des services G (« fiche synthétique » et «bilan global », distribués lors de la réunion de feed-back au Ministère le 21 janvier 2004.

Vous trouverez donc ci-joint un bref questionnaire qui nous permettrait d'affiner l'analyse et de répondre à vos interrogations quant à la validation. Nous vous remercions donc d'avance de bien vouloir le compléter et nous le renvoyer par e-mail ou par courrier, à votre meilleure convenance. *Nous vous garantissons la confidentialité de vos réponses: nous traitons les résultats de façon globale et non par hôpital.*

Nous restons bien entendu à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire (contact : Isabelle Neirynck – tél 02 / 764 31 79, mardis, mercredis et vendredis - isabelle.neirynck@sesa.ucl.ac.be).

Nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, Docteurs, en nos salutations les meilleures.

Prof.Dr.J.P.Baeyens Prof Closon

SBG UCL

Questionnaire de face-validity process

1. ENCODAGE DES DONNEES

Par quel(le)(s) personnes l'encodage a-t-il été réalisé ? (*cochez la ou les réponse(s)*)	☐ médecin ☐ psychologue ☐ infirmière ☐ Ass. social ☐ ergothérapeute ☐ kinésithérapeute
L'encodage des trois types de données (Pathos-Aggir-Socios) s'est effectué :	☐ séparément ☐ en équipe
Quand il y avait indécision ou opinions différentes concernant une évaluation, qui a tranché ? (type de professionnel responsable de la décision finale : médecin ? infirmier ? ……)	Pour PATHOS …… Pour AGGIR …….. Pour SOCIOS……..
Vos commentaires……	

2. LES OUTILS

Avez-vous eu des problèmes de codage (usage du logiciel) ?

Pour PATHOS : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……

Pour AGGIR : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……..

Pour SOCIOS : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……..

Avez-vous eu des problèmes d'interprétation (usage du manuel)?

Pour PATHOS : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……

Pour AGGIR : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……..

Pour SOCIOS : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……..

Le feed-back de vos données vous a-t-il révélé des éventuels problèmes de codification ?

Pour PATHOS : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……

Pour AGGIR : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……..

…….

Pour SOCIOS : ☐ Non ☐ oui, lesquels ? :……..

Comment jugez-vous l'usage des outils de codage ?

PATHOS : ☐ facile ☐ intéressant ☐…… ☐……

AGGIR : ☐ facile ☐ intéressant ☐…… ☐……

SOCIOS : ☐ facile ☐ intéressant ☐…… ☐……

Vos commentaires :

3. LES RESULTATS : ATTENTION : *il est nécessaire de disposer du bilan Galaad de votre service, document distribué lors de la réunion du 21 janvier2003*

Le bilan Pathos-Aggir-Socios reflète-t-il le fonctionnement de votre service et le type de patients qui s'y trouvent ? (les scores relatifs à la question et la page dans le bilan Galaad sont indiqués entre parenthèses)	au moment de l'enregistrement	de façon générale
type de dépendance *(variables discriminantes, page3 du bilan)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
niveau de dépendance *(GIR 1 à 6 et GPM, page 4)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
types de pathologies dans le service *(listes p 13, p8 à 12)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
nombre d'états pathologiques (par patient) *(p8)*		
la proportion des états démentiels (dans le service)*(p 10, état pathologique 18, le %B, colonne de droite)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
la proportion des patients incontinents *(p 11, état pathologique 41, le %B, colonne de droite)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
les profils de soins *(page 15, tableaux A et B)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
lourdeur des soins médicaux *(page 19)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
lourdeur des soins infirmiers *(page 19)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
lourdeur des soins de revalidation *(page 19)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
lourdeur des interventions sociales *(document Socios)*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Vos commentaires ……		

4. COMPARAISON DE VOTRE SERVICE À LA MOYENNE DES SERVICES G

LORSQU'IL Y A DES DIFFERENCES ENTRE VOTRE SERVICE ET LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES SERVICES POUR LES ITEMS CI-DESSOUS, CES ECARTS VOUS SEMBLENT-ILS correspondre à la réalité du fonctionnement habituel de votre service ou sont-elles liées à une situation momentanée de votre service ou relèvent-elles d'un problème de codage ?

Voyez

- le document « Premier bilan – 21/1/2004) – tableaux de variabilité inter-unités
- le bilan Galaad G-aigu (n=1830) ou G-subaigu (n=306) pour comparaison avec votre service

type de dépendance	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
niveau de dépendance	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
types de pathologies	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
nombre d'états pathologiques	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
% des états démentiels	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
% des patients incontinents	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
les profils de soins	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
lourdeur des soins médicaux	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
lourdeur des soins infirmiers	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
lourdeur des revalidations	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
lourdeur sociale	☐ pas de différence	☐ réalité	☐ situation moment	☐ problème codage
Vos commentaires ……..				

5. VALEUR AJOUTEE DE LA COLLECTE GALAAD POUR VOTRE SERVICE

Cela a-t-il apporté à votre équipe des informations supplémentaires sur les patients ?	□ oui □ non précisez……
Le fait d'utiliser ces instruments a-t-il eu un impact sur le fonctionnement de votre équipe ?	□ aucun □ faible □ modéré □ important précisez……
Le fait d'utiliser ces instruments a-t-il eu un impact sur l'organisation du service ?	□ aucun □ faible □ modéré □ important précisez……
Jugez-vous ces outils utiles pour représenter les spécificités des services G ?	□ oui □ non pourquoi
Avez-vous présenté/utilisé le feed-back avec votre équipe ?	□ oui □ non pourquoi
Avez-vous présenté/utilisé le feed-back à votre direction ?	□ oui □ non pourquoi
Le feed-back fourni vous a-t-il donné envie d'utiliser ces outils ?	□ oui □ non
Utilisez-vous ces outils actuellement ?	□ oui □ non
A quel rythme trouveriez-vous utile de récolter ces données dans votre service ?	□ 1x / an □ 2x /an □ 3x /an □ autre (précisez) …../……

6. COMMENT CES ÉCHELLES VOUS SATISFONT-ELLES EN GÉNÉRAL ?

Pathos	- -	-	+	++	
Aggir	- -	-	+	++	Veuillez entourer
Socios	- -	-	+	++	l'appréciation choisie
Rim	- -	-	+	++	
RCM	- -	-	+	++	
Katz	- -	-	+	++	

Résultats et analyses

Prélable

Il faut à la lecture des résultats de cette enquête bien avoir à l'esprit qu'elle a été réalisée après la première utilisation de l'outil Galaad dans les services de gériatrie. Cette première codification a eu lieu après deux journées de formation aux quelles les unités ont participé sur base volontaire. L'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire n'avait pas toujours eu l'occasion de participer à ces formations ce qui explique que certaines personnes ont eu des problèmes de compréhension par rapport à la philosophie de l'outil, aux règles de codification. Il ne fait nul doute que ce type de problèmes se poserait moins lors des journées de codification suivantes et après que des explications supplémentaire aient pu être données aux participants.

L'ENCODAGE DES DONNÉES

Il s'est effectué en majorité par plusieurs personnes : médecins (25), infirmiers (22) et assistants sociaux (18) principalement, rarement avec l'aide d'ergothérapeutes (5), de kinésithérapeutes (3) ou de psychologues (2); une fois avec l'aide d'un « datamanager ».

LES OUTILS D'ENCODAGE

Table 16. Outils d'encodage : résultats du questionnaire Face-Validity

Ont eu des problèmes avec :(nb répondants /total)	Usage du logiciel			Usage du manuel			Codification		
	Total	Nl.	Fr	Total	Nl.	Fr.	Total	Nl.	Fr.
PATHOS	6/28	4/17	2/11	14/27	9/17	5/10	10/28	6/17	4/10
AGGIR	2/26	2/17	0/11	5/24	3/17	2/10	1/26	1/17	0/10
SOCIOS	5/27	3/17	2/11	6/24	5/17	1/10	1/26	1/17	0/10

Dans l'ensemble, alors qu'il s'agissait d'un premier encodage à l'aide de cet outil, les outils posent des problèmes à peu de codeurs, hors le modèle PATHOS pour lequel la moitié des codeurs ont éprouvé des difficultés : cela concerne le plus souvent certains items, difficiles à encoder, rarement une critique générale de l'outil, et ces difficultés sont mentionnées par un nombre restreint de codeurs.

Nombre de ces problèmes et questions seraient résolus par une formation plus poussée et une familiarisation plus grande avec la philosophie sous-jacente de ces outils, très différente des RCM/RIM (par exemple, certains sont déconcertés par l'absence du diagnostic principal). Certains commentaires traduisent la mauvaise compréhension de la démarche générale: il ne s'agit pas d'établir un plan de soins. Si c'est compris comme cela, on peut évidemment comprendre que le modèle est jugé insuffisant !

ADÉQUATION DES RÉSULTATS PAS

Le bilans obtenus sont en grande majorité jugés par les gériatres comme reflétant plutôt fidèlement le fonctionnement des services au moment de l'enregistrement, mais les opinions sont davantage partagées en ce qui concerne la représentativité du fonctionnement du service de façon générale (cf tableau ci-dessous).

Les scores montre de 65 à 96% de jugement positifs en ce qui concerne le reflet du fonctionnement du service au moment de l'enregistrement , et de 48 à 77% pour ce qui concerne le fonctionnement global du service.

Table 17. Face-Validity process : Adéquation du reflet des bilans PAS en regard de l'appréciation subjective des équipes de soins

Le bilan Pathos-Aggir-Socios reflète-t-il le fonctionnement de votre service et le type de patients qui s'y trouvent ? (% de « oui »)	Au moment de l'enregistrement			De façon générale		
	Total	*Nl.*	*Fr.*	*Total*	*Nl.*	*Fr.*
Type de dépendance (variables discriminantes, page3 du bilan)	25/26	16/16	9/11	21/27	12/17	9/11
Niveau de dépendance (GIR 1 à 6 et GPM, page 4)	25/26	16/17	10/11	21/27	13/17	8/11
Types de pathologies dans le service (listes p 13, p8 à 12)	25/26	16/17	9/11	16/26	10/17	6/11
Nombre d'états pathologiques (par patient) (p8)	20/25	11/17	9/11	18/27	10/17	8/11
La proportion des états démentiels (dans le service)(p 10, état pathologique 18, le %B, colonne de droite)	25/27	15/17	10/11	17/26	10/17	7/11
La proportion des patients incontinents (p 11, état pathologique 41, le %B, colonne de droite)	21/26	13/17	8/11	16/27	10/17	6/11
Les profils de soins (page 15, tableaux A et B)	22/26	14/17	8/11	15/26	9/17	6/11
Lourdeur des soins médicaux (page 19)	20/27	13/17	7/11	12/25	8/17	4/11
Lourdeur des soins infirmiers (page 19)	21/26	14/17	9/11	16/24	10/17	6/11
Lourdeur des soins de revalidation (page 19)	19/26	12/17	7/11	17/27	11/17	6/11
Lourdeur des interventions sociales (document Socios)	17/26	11/17	6/11	14/26	9/17	5/11

Un mauvais reflet du fonctionnement du service peut être du à plusieurs facteurs:

Une raison, fréquemment relevée par les gériatres, concerne la fluctuation saisonnière des types de pathologies, occupation des lits, poids des interventions sociales…, non sans impact sur une évaluation ponctuelle du fonctionnement des services;

Ils soulignent que le feed back reflètent généralement bien la situtation du moment mais estiment qu'il faudrait faire 2 à 3 matinées de codage pour éviter de tomber sur un jour « creux » ou de ne pas bien appréh'ender les varaitions saisonières

Un mauvais enregistrement d'une partie des données.

Dans ce cas, l'évaluation est souvent jugée mauvaise tant pour la période de l'enregistrement que pour le fonctionnement général du service. Ainsi quelques gériatres, étonnés des différences entre les bilans et les réalités de leur service, ont cherché "l'erreur" et ont noté des dérapages dans leur façon de coder; Une meilleure formation aux règles de codage est importante

VARIABILITÉ INTER-UNITÉS

Nous avons mis en évidence une très grande variabilité de patientèle et de fonctionnement dans les services G. Il nous a semble utile de demander aux gériatres les raisons des écarts entre les résultats de leur service et ceux « moyennisés » sur l'ensemble des services.

Pour les différents scores, quatre possibilités explicatives leur ont été proposées: les écarts leur semblent-ils correspondre à la réalité du fonctionnement habituel de leur service, sont-ils liés à une situation momentanée du service ou relèvent-ils d'un problème de codage ?

Table 18. Face-Validity Process : raisons probables de la variabilité par rapport au fonctionnement moyen des unités G

	Pas de différence			Réalité habituelle			Situation moment			Problème codage		
	Tot	*Nl.*	*Fr.*	*Tot*	*Nl.*	*fr.*	*Tot*	*Nl.*	*fr.*	*Tot*	*Nl.*	*Fr.*
type de dépendance	4	2/17	2/11	18	13/17	5/11	4	2/17	2/11	1	1/17	0/11
niveau de dépendance	5	3/17	2/11	16	11/17	5/11	5	3/17	3/11	1	1/17	0/11
types de pathologies	1	0/17	1/11	15	11/17	411	5	3/17	2/11	5	3/17	2/11
nombre d'états pathologiques	3	1/17	2/11	12	10/*17	2/11	4	1/17	3/11	6	3/17	3/11
% des états démentiels	4	3/17	1/11	4	2/17	2/11	6	3/17	3/11	4	3/17	1/11
% des patients incontinents	3	2/17	1/11	13	10/17	3/11	6	3/17	3/11	5	4/17	1/11
les profils de soins	2	2/17	0/11	15	10/17	5/11	5	1/17	4/11	4	3/17	1/11
lourdeur des soins médicaux	7	6/17	1/11	13	8/17	5/11	4	1/17	3/11	3	2/17	1/11
lourdeur des soins infirmiers	6	5/17	1/11	15	10/17	5/11	5	2/17	3/11	1	1/17	0/11
lourdeur des revalidations	2	1/17	1/11	10	8/17	2/11	8	3/17	5/11	8	5/17	3/11
lourdeur sociale	4	3/17	1/11	13	9/17	4/11	6	3/17	3/11	5	3/17	2/11

La majorité des services ont bien noté l'écart entre leurs résultats et les scores moyens observés sur o'ensemble de l'échantillon. L'appréciation des causes de ces différences varie selon l'item considéré:

lorsqu'il a différence en matière de dépendance, une majorité de gériatres pensent que c'est la réalité de leur service.

Pour la lourdeur sociale : les raisons sont multiples

pour les revalidations également, les raisons sont moins bien tranchées: réalité, situation du moment mais surtout problèmes de codage dus à une mauvaise interprétation des règles de codifications.

Dans un majorité des items, les causes des variations restent très justifiées: réalité, situation du moment et les problèmes de codage restent minoritaires, sauf en matière de lourdeur des revalidations.

LA VALEUR AJOUTÉE DE L'ENREGISTREMENT PAS

Si cet enregistrement n'a que rarement apporté des informations supplémentaires en ce qui concerne les patients eux-mêmes, il a cependant eu le mérite d'attirer l'attention

des soignants sur la poly-pathologie et permis parfois une meilleure approche globale du patient ;

Table 19. Face-Validity Process : valeur ajoutée au fonctionnement du service de par l'usage de l'outil PAS

Item de valeur ajoutée	Résultats			Commentaires supplémentaires
	Tot	Nl.	Fr.	
Cela a-t-il apporté à votre équipe des informations supplémentaires sur les patients ?	Oui : 9/28 Non 19/28	Oui :6/17 Non 10/17	Oui :3/11 Non :9/11	Oui sur la charge/lourdeur de soins (2) Utile pour communiquer Rend attentif à la poly-pathologie (3) Surprise % de fugueurs potentiels + de réflexion sur les stratégies thérapeutiques Meilleure vue d'ensemble AGGIR grâce au concept (aide o pas)
Le fait d'utiliser une fois ces instruments a-t-il eu un impact sur le fonctionnement de votre équipe ?	Aucun: 18/28 Faible: 7/28 Modéré: 2/28 Important: 1/28	Aucun: 10/17 Faible: 4/17 Modéré: 1/17 Important: 1//17	Aucun: 8/11 Faible: 3/11 Modéré: 1/11 Important: 0/11	Données trop limitées; sondage trop petit Attention + forte à certains items d'Aggir Travail intensif et important Encodage en équipe = productif et pertinent Staff en gériatrie trop faible / réflexion sur un protocole de prise en charge plus performant
Le fait d'utiliser ces instruments a-t-il eu un impact sur l'organisation du service ?	Aucun : 24/28 Impac t: 5/28	Aucun : 14/17 Impac t:	Aucun : 10/11 Impac t:	Pourrait permettre un ajustement selon les besoins Ont pu voir les limites de leur organisation
Jugez-vous ces outils utiles pour représenter les spécificités des services G ?	Oui : 28/28	Oui : 17/17	Oui : 11/11	- Oui pour dresser la carte des soins, orienter dans choix des patients Tient compte de l'enchevêtrement des facteurs médicaux, sociaux et de dépendance (2) Approche globale, pluridisciplinaire (2) Caractère complémentaire des échelles Vision plus objective Pour démontrer la charge de travail en gériatrie Spécificité des services Meilleur reflet, surtout car n'exige pas codage d'un diagnostic principal
Avez-vous présenté/utilisé le feed-back avec votre équipe ?	15 oui 10 non	10 oui 6 non	5 oui 4 non	Intérêt de Comparaison avec les autres services (2) Actualisation la vision des profils de soins Comparaison objectives des charges de soins entre les deux services Crainte de généralisation à partir de la vision d'un jour
Avez-vous présenté/utilisé le feed-back à votre direction ?	16 oui 11 non	10/17 oui 6/17 non	6/11 oui 5/11 non	"helas geen reactie" ! comme info; pour démonter la lourdeur des activités
Le feed-back fourni vous a-t-il donné envie d'utiliser ces outils ?	17 oui 9 non 1 indécis	11/17 oui 6/17 non	6/11 oui 3/11 non	
Utilisez-vous ces outils actuellement ?	1 oui 23 non	1/17 oui 13/17 non	10/11 non	
A quel rythme trouveriez-vous utile de récolter ces données dans votre service ?	1 x/an :1 2 x/an :11 3 x/an :5 >3 x/an : 2 dépend : 4	1 x/an : 2x/an 8/17 3 x/an4/17	1 x/an : 2 x/an : 3/113 x/an : 1/11	

Par contre, c'est à l'unanimité que cet enregistrement a été jugé utile pour évaluer les spécificités des services G: meilleure appréciation de l'activité de par son approche globale (adaptée au patient gériatrique) et pluri-factorielle (enchevêtrement des facteurs

médicaux, sociaux et de dépendance). De même, la comparaison avec d'autres services est jugée enrichissante. De surcroît, ainsi que le souligne un gériatre, un tel enregistrement est particulièrement utile en regard du fait que les états démentiels, la dépendance et le devenir social sont des problèmes majeurs et grandissants actuellement.

COMPARAISON DE L'APPRÉCIATION GLOBALE DU PAS AVEC LES INSTRUMENTS ACTUELS RCM/RIM/KATZ

L'évaluation globale des échelles montre des jugements (très) positifs par une très grande majorité des utilisateurs pour les outils PATHOS et AGGIR (90%) et un peu moins massivement pour Socios et le Katz (70%). Notons ici qu'aucun score "très négatif" et que nombre de scores très positifs sont enregistrés pour les outils PAS, au contraire des outils RCM et RIM, pour lesquels les opinions positives et négatives se partagent de moitié : les RCM et RIM récoltent 52% et de scores (très) négatifs pour l'un et l'autre et rarement un score très positif. Le Katz récolte 70% de réponses positives (et non « très positive »).

Table 20. Face-Validity Process : appréciation globale des outils d'évaluation PAS, RCM, RIM, Katz

Evaluation	--	-	+	++	Sans réponse
Total 28					
Pathos		2	18	7	1
Aggir		2	16	11	
Socios		8	9	11	
Rim	1	11	8	2	5
RCM	3	10	11	2	
Katz	4	4	18		1
Nl (/17)					
Pathos		2	10	5	
Aggir		1	8	9	
Socios		4	4	9	
Rim	1	8	6		
RCM	1	7	8		
Katz	2	2	12		
Fr (/11)					
Pathos			8	2	
Aggir		1	8	2	
Socios		4	5	2	
Rim		3	2	2	
RCM	2	3	3	2	
Katz	2	2	6		

En conclusion, ce questionnaire nous confirme, comme les autres analyses de validation, une probable sous-formation aux modèles PAS (premier encodage et de plus sur base volontaire) et souligne l'aspect très positif que ces outils représentent pour l'évaluation des spécificités gériatriques.

This page is left intentionally blank.

Wettelijk depot : D/2008/10.273/11

KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase 1). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
7. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel 1. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloedderivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.
14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België. D/2005/10.273/11.
15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. D/2005/10.273/13.
16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuarieel model en eerste schattingen. D/2005/10.273/15.
17. Evaluatie van de referentiebedragen. D/2005/10.273/17.
18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan.. D/2005/10.273/19.
19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. D/2005/10.273/21.
20. HTA Moleculaire Diagnostiek in België. D/2005/10.273/23, D/2005/10.273/25.
21. HTA Stomamateriaal in België. D/2005/10.273/27.
22. HTA Positronen Emissie Tomografie in België. D/2005/10.273/29.
23. HTA De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA). D/2005/10.273/32.
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patiënten met vermoeden van hartfalen. D/2005/10.273/34.
25. Capsule endoscopie. D/2006/10.273/01.
26. Medico–legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen. D2006/10.273/05.
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. D2006/10.273/07.
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België. D2006/10.273/10.
29. Nationale Richtlijnen College voor Oncologie: A. algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker. D2006/10.273/12.
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg. D2006/10.273/14.
31. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening. D2006/10.273/17.
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II. D/2006/10.273/19.
33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugeerd pneumokokkenvaccin. D/2006/10.273/21.
34. Trastuzumab bij vroegtijdige stadia van borstkanker. D/2006/10.273/23.
35. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III)- precisering van de kostenraming. D/2006/10.273/26.
36. Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België. D/2006/10.273/28.
37. HTA Magnetische Resonantie Beeldvorming. D/2006/10.273/32.

38. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). D/2006/10.273/35
39. Rapid assessment van nieuwe wervelzuil technologieën : totale discusprothese en vertebro/ballon kyfoplastie. D/2006/10.273/38.
40. Functioneel bilan van de patiënt als mogelijke basis voor nomenclatuur van kinesitherapie in België? D/2006/10.273/40.
41. Klinische kwaliteitsindicatoren. D/2006/10.273/43.
42. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. D/2006/10.273/45.
43. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/48.
44. Een procedure voor de beoordeling van nieuwe medische hulpmiddelen. D/2006/10.273/50.
45. HTA Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. D/2006/10.273/53.
46. Health Technology Assessment. Polysomnografie en thuismonitoring van zuigelingen voor de preventie van wiegendood. D/2006/10.273/59.
47. Geneesmiddelengebruik in de belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. D/2006/10.273/61
48. Chronische lage rugpijn. D/2006/10.273/63.
49. Antivirale middelen bij seizoensgriep en grieppandemie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/65.
50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. D/2006/10.273/68.
51. Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet- aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar. D/2007/10.273/01.
52. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk. D/2007/10.273/03.
53. Financiering van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen. D/2007/10 273/06
54. Kosten-effectiviteitsanalyse van rotavirus vaccinatie van zuigelingen in België
55. Evidence-based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen. D/2007/10.273/12.
56. Orthopedisch Materiaal in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/14.
57. Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. D/2007/10.273/18.
58. De Implanteerbare Defibrillator: een Health Technology Assessment. D/2007/10.273/21.
59. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. D2007/10.273/24.
60. Longfunctie testen bij volwassenen. D/2007/10.273/27.
61. Vacuümgeassisteerde Wondbehandeling: een Rapid Assessment. D/2007/10.273/30
62. Intensiteitsgemoduleerde Radiotherapie (IMRT). D/2007/10.273/32.
63. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. D/2007/10.273/35.
64. HPV Vaccinatie ter Preventie van Baarmoederhalskanker in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/41.
65. Organisatie en financiering van genetische diagnostiek in België. D/2007/10.273/44.
66. Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in België. D/2007/10.273/47.
67. Hadrontherapie. D/2007/10.273/50.
68. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars. D/2007/10.273/52.
69. Kwaliteit van rectale kankerzorg – Fase 1: een praktijkrichtlijn voor rectale kanker D/2007/10.273/54.
70. Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediterings-programma's in Europa D/2008/10.273/57.
71. Aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk .D/2008/10.273/04
72. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. D/2008/10.273/07
73. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen: definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering. D/2008/10.273/11