



HAL
open science

**Évaluation et analyse de la ré-hospitalisation précoce
des patients de plus de 65 ans dans un centre hospitalier
de proximité : étude observationnelle rétrospective au
centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie du 1er octobre
2013 au 30 septembre 2014**

Lavéna Nédélec

► **To cite this version:**

Lavéna Nédélec. Évaluation et analyse de la ré-hospitalisation précoce des patients de plus de 65 ans dans un centre hospitalier de proximité : étude observationnelle rétrospective au centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie du 1er octobre 2013 au 30 septembre 2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187423

HAL Id: dumas-01187423

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187423>

Submitted on 26 Aug 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université
De Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015
N°52

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Lavéna NEDELEC épouse NARGASSANS

Née le sept juillet mille neuf cent quatre-vingt-quatre à CONCARNEAU

Titre de la thèse

**EVALUATION ET ANALYSE DE LA RE HOSPITALISATION PRECOCE DES
PATIENTS DE PLUS DE 65 ANS DANS UN CENTRE HOSPITALIER DE
PROXIMITE**

**. Étude observationnelle rétrospective au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie
du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014.**

Directeur de thèse

Le Docteur Catherine PERSILLON

Jury

| | |
|---|-----------------------|
| Madame Le Professeur Claire SERIES | Présidente |
| Madame Le Professeur Nathalie SALLES | Rapporteur |
| Monsieur Le Professeur Jean-Louis DEMEAUX | Membre du jury |
| Monsieur Le Docteur Didier MARION | Membre du jury |
| Monsieur Le Docteur Jean Louis Coquard | Membre du jury |
| Madame Le Docteur Catherine PERSILLON | Membre invité du jury |

REMERCIEMENTS

A la Présidente de jury :

Mme Le Professeur Claire SERIES,

Un grand merci à vous pour votre intérêt pour mon travail. Vous avez accepté immédiatement ma demande de présidence de jury malgré votre emploi du temps chargé et pour tout cela je vous en remercie. J'en profite également pour vous remercier publiquement pour votre implication dans la formation des externes dont j'ai pu profiter durant mon externat et qui a marqué ma formation à jamais.

Au Rapporteur du jury :

Mme Le Professeur Nathalie SALLES,

Un grand merci à vous pour le temps passé à lire et relire ma thèse et de m'avoir permis de la soutenir devant le jury. Lors de ce travail de thèse, j'ai appris toute l'implication que vous aviez en France concernant les dispositifs d'équipes mobiles gériatriques. Vous contribuez chaque jour par vos travaux à l'amélioration de la prise en soins des patients âgés vulnérables et en cela nous vous devons tous un grand merci !

Aux membres du jury :

Mr Le Professeur Jean-louis DEMEAUX,

Un grand merci à vous pour votre disponibilité au pied levé et votre bienveillance. Je suis ravie de vous savoir parmi mon jury, que vous puissiez représenter notre spécialité, la médecine générale à un rang universitaire.

Mr Le Docteur Jean-Louis COQUARD,

Que vous dire, mon mentor, celui qui m'a tant soutenue et tant appris ! Un merci ne suffirait pas.... Sachez que je ferai de mon mieux pour vous succéder sans vous décevoir !!! Merci Monsieur Coquard !

Mr Le Docteur Didier MARION,

Merci d'avoir répondu présent pour ce jour si important pour moi. Vous avez participé à la formation du médecin que je suis aujourd'hui. En cela je vous serai éternellement reconnaissante ! Merci Didier !

A ma Directrice de thèse :

Mme Le Docteur Catherine PERSILLON,

Catherine voilà plus d'un an que tu as accepté d'être ma directrice de thèse et que tu m'accompagnes dans ce projet qui je le sais te tient à cœur. Tu as toujours été à mon écoute et fidèle au poste ! Tu as tenu bon malgré les grandes difficultés que tu as vécues cette année. Il ne t'est jamais venu à l'idée d'abandonner le poste malgré tout cela Je te serai pour toujours reconnaissante. Tu es une femme et un médecin formidable ! Un modèle ! Mille mercis Catherine !!!

A la directrice de l'hôpital d'Oloron Ste Marie :

Madame Valérie FRIOT,

Merci Madame la Directrice pour m'avoir permis de réaliser cette étude qui je l'espère sera utile et vectrice d'amélioration de la filière gériatrique dans l'établissement.

A la Direction de Médecine Générale de Bordeaux :

Merci au Pr Bernard GAY et toute son équipe pour m'avoir permis d'accéder à un enseignement de qualité.

Un merci particulier à Madame Chantal BONNIN pour ses conseils me permettant de concilier ma vie de mère et celle d'interne en médecine générale !
Merci !

Un grand MERCI également à l'ensemble du personnel de l'hôpital d'Oloron Sainte Marie pour son accueil et sa disponibilité. Un merci tout particulier aux personnels du service de Médecine polyvalente, à Madame Maitena CASOURANG cadre du service, au Dr Eliane TIDAHY neurologue, au Dr Eric DE GROOTE pneumologue, ainsi que toutes les infirmières, toutes les aides-soignantes, et secrétaires du service si bienveillantes avec les internes !!! MERCI A TOUS.

Un immense merci à mes collègues internes Joanne, Béatrice, Léo, Sarah, Marine, Audrey, Anne et Yassine pour leur confraternité et leur soutien ces six derniers mois qui furent sous pression !!!

A ma Famille :

Merci à mes parents, à mon frère et ma belle-sœur pour leur soutien inébranlable durant toutes ces années !!! Merci pour m'avoir supportée à des moments clés de ma vie d'étudiante ce qui m'a permis d'être ce que je suis aujourd'hui ! Tout cela c'est aussi grâce à vous !!! Je vous aime

A mes amis Aurélie, Noémie, David, Marion, Julien, Juliette, Rémi, Sophie, Julien et j'en oublie sûrement pour votre soutien et amitié à toute épreuve ! MERCI !

A mon mari, celui qui a été là pour moi depuis la première année de médecine ! Tu as toujours cru en moi et c'est grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui ! Ma réussite c'est aussi la tienne !!! Merci pour ton indulgence, malgré les soirées ordinateur pour la thèse, malgré les gardes, le DES, le DU, les courses, le repassage, les déménagements, et j'en passe !!! Tu es un homme, un papa et un mari formidable !!! Je t'aime !

A ma fille, Yaëlle, l'être le plus important de toute ma vie !!! Je sais que je suis souvent en retard à la crèche, pas souvent disponible pour jouer au parc mais voilà ! L'internat, c'est terminé !!! Je vais enfin pouvoir être un peu plus près de toi !!! Sache que même quand je ne suis pas là tu es dans mon cœur !!! Tu resteras toujours mon bébé d'amour !!! Je t'aime !!!

TABLES DES MATIERES

| | |
|--|--------------|
| REMERCIEMENTS | 2-4 |
| TABLES DES MATIERES | 5-8 |
| RESUME | 9-10 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 11 |
| I. INTRODUCTION | 12 |
| II. LE CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE | 13-16 |
| III. MATERIELS ET METHODE | 17-27 |
| III.a : Objectifs de l'étude | 17 |
| III.a.1 : objectif principale de l'étude | 17 |
| III.a.2. : Objectifs secondaires de l'étude | 17 |
| III.b. : Schéma de l'étude | 17 |
| III.c. : Population cible | 17 |
| III.d. : Echantillon | 18 |
| III.d.1. : Critères d'inclusion | 18 |

| | |
|--|--------------|
| III.d.2 : Critères d'exclusion | 18 |
| III.d.3 : Recueil des données | 19 |
| III.e. : Paramètres d'évaluation | 20-27 |
| III.e.1. : Choix des paramètres | 20-22 |
| III.e.2 : Séjour initial | 22-23 |
| III.e.3 : Ré-hospitalisation | 24-27 |
| IV. RESULTATS | 28-51 |
| IV.a. : Echantillon | 28 |
| IV.b. : Démographie de l'échantillon | 28-30 |
| IV.b.1. : Sexe | 28 |
| IV.b.2 : Age | 29-30 |
| IV.c. : Séjour initial | 31-38 |
| IV.c.1. : Contexte de vie du patient | 31 |
| IV.c.2. : Fragilité initiale | 31-34 |
| IV.c.3. : Répartition de la prise en soins par service d'accueil | 32-34 |
| IV.c.4. : motifs de la première hospitalisation | 35-36 |
| IV.c.5. : Evaluation gériatrique | 36 |
| IV.c.6. : Courrier | 37 |
| IV.c.7. : Mode de sortie après la première hospitalisation | 38 |
| IV.d. : Séjour de ré-hospitalisation précoce | 39-51 |

| | |
|--|--------------|
| IV.d.1. : Répartition par service lors de la ré-hospitalisation | 39 |
| IV.d.2. : Répartition des ré-hospitalisés en fonction du motif de ré-hospitalisations. | 40-41 |
| IV.d.3. : Evaluation gériatrique | 41 |
| IV.d.4. : Devenir des patients ré-hospitalisés précocement | 42-43 |
| IV.d.5. : Evaluation du caractère évitable de la ré-hospitalisation selon les critères d'HALFON | 44-50 |
| IV.d.6. : Le décès | 51 |
| V. Discussion | 52-63 |
| V.a. : Caractéristiques démographique de l'échantillon | 52 |
| V.b. : Séjour initial | 52-56 |
| V.b.1. : Contexte de vie | 52 |
| V.b.2. : Fragilité initiale | 53-54 |
| V.b.3. : Répartition par service | 54 |
| V.b.4. : Répartition par causes de l'hospitalisation du premier séjour | 54-55 |
| V.b.5. : Le courrier | 56 |
| V.c. : Ré-hospitalisation | 56-62 |
| V.c.1. : Répartition par services | 56 |
| V.c.2. : Répartition des ré-hospitalisés en fonction des motifs de ré-hospitalisations | 56-58 |
| V.c.3. : Devenir des patients ré-hospitalisés précocement | 58 |
| V.c.4. : Discussion des résultats de l'évaluation du caractère évitables selon les critères d'Halfon | 59-60 |
| V.d. : Limite de l'étude | 61-62 |

| | |
|---|--------------|
| V.d.1. : Les sujets inclus | 61 |
| V.d.2. : Biais dus aux techniques de mesures | 61-62 |
| V.d.3. : Limites liées à l'étude rétrospective | 62 |
| | |
| V.e. : Implications | 61-63 |
| | |
| VI. CONCLUSION | 64-65 |
| | |
| ANNEXES : | 66-69 |
| Annexe n°1 : Score ISAR | 66 |
| Annexe n°2 : Recueil des données secondaires | 67 |
| Annexe n°3 : Critères d'Halfon | 68 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | 69-72 |
| | |
| SERMENT MEDICAL | 73-74 |

RESUME

But de l'étude

Notre travail a pour objectif d'évaluer le taux de ré hospitalisation, dans les trente jours après leur sortie, des patients de plus soixante-cinq ans hospitalisés et ré hospitalisés par le biais des urgences. Dans un deuxième temps, nous analyserons la fragilité de cette population et nous définirons le taux de ré hospitalisations qui auraient pu être évitées.

Le but est de pouvoir repérer et mieux encadrer les patients à risque de ré hospitalisation précoce évitable et d'améliorer notre pratique.

Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant les patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés et ré hospitalisés par le biais des urgences au Centre Hospitalier d'Oloron Ste Marie, entre le 1 octobre 2013 et le 30 septembre 2014. Nous avons retrouvé 2021 patients sur un an. Nous avons extrait les patients ré hospitalisés précocement (dans les 30 jours). Nous avons donc analysé 152 dossiers de patients ré hospitalisés de manière inattendue (par les urgences) dans les 30 jours ayant suivi leur sortie. Pour chaque ré-hospitalisation, nous avons évalué la fragilité initiale du patient par le biais du score ISAR. Nous avons analysé le caractère évitable de cette ré- admission en recherchant dans chaque dossier, les critères évitables définis et validés par l'étude Suisse HALFON. Enfin, nous avons évalué le taux de ré-hospitalisations évitables.

Résultats

Dans notre étude, on note une fragilité importante avec 97% des patients ré-hospitalisés ayant un score ISAR supérieur à 2 et donc nécessitant une évaluation gériatrique. La majorité des ré hospitalisés était, au premier séjour, hospitalisée en MCO. Pour 17% d'entre eux ils l'étaient pour un œdème du poumon, 16% pour une chute, 12 % pour une complication palliative et pour 10% une infection pulmonaire.

Dans notre étude, uniquement 18% des patients fragiles en première hospitalisation étaient évalués par un gériatre et moins de 25% lorsqu'ils venaient pour une chute. De plus, on note seulement un tiers des courriers transmis le jour de la sortie. On évalue lors de la ré-hospitalisation plus de 80% des patients hospitalisés en MCO contre 11% en gériatrie. Ils sont en majorité ré-hospitalisés à 18% pour un œdème du poumon, à 18% pour une situation palliative connue, à 16% pour une infection du poumon et à 14% pour une chute. On compte 25% d'évaluation gériatrique à la deuxième hospitalisation. On réalise qu'après une ré-hospitalisation, 30% des patients ne rentreront pas au domicile et 10% décéderont.

L'analyse des critères d'HALFON démontre que 61% des ré-hospitalisations sont évitables. Sont en cause dans ce caractère évitable une majorité de sorties

prématurées, de thérapies inadaptées et de courriers envoyés hors délais légaux. Le taux de ré-hospitalisations évitables sur un an dans ce Centre Hospitalier est donc de 4.6% pour les hospitalisations faites par les urgences des patients de plus de 65 ans.

Conclusion

Dans cette étude concernant la ré-hospitalisation précoce, nous avons mis en exergue l'importance du repérage de fragilité dès l'entrée par le biais du score ISAR. Associé à ce repérage, il apparaît à la lecture de ces résultats que l'évaluation gériatrique est primordiale dans un délai rapide permettant de mieux orienter le patient. En effet, il paraît essentiel chez la personne âgée fragile de discuter l'indication d'hospitalisation et de repérer le service le plus adapté à accueillir la situation toujours singulière d'un patient.

Notre évaluation permet également de rappeler que la transition ville hôpital est essentielle pour éviter la ré-hospitalisation précoce. Il faut donc privilégier la rédaction d'un courrier le jour de la sortie du patient. Il faut également mieux articuler les prises de décisions avec les intervenants extérieurs, acteurs d'autonomie du patient.

Dans ce processus, l'équipe mobile de gériatrie est le recours de choix intra hospitalier pour permettre une interaction ville/hôpital dynamique et optimale pour le patient et diminuer les ré-hospitalisations évitables.

Liste des abréviations

HAS : Haute autorité de santé

ARS : Agence régionale de santé

ISAR : Identification of Séniors at Risk

MCO: Médecine chirurgie et obstétrique

PPACA: Patient Protection and Affordable Care Act

CH: Centre hospitalier

EPHAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

MARPA: Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées

HAD: Hospitalisation à domicile

SSIAD: Services de Soins Infirmiers A Domicile

CLIC: Centre Locale d'Information et de Coordination

USLD: Unité de Soins de Longue Durée

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

Dx CARE: Logiciel medical du centre hospitalier d'Oloron Ste Marie

OAP: Oedème du poumon

CD: Clostridium Difficile

ECBU: Examen Cyto-Bactériologique des Urines

AVK: Anticoagulant vitamine K

INSEE: Institut National de Statistique et des Etudes Economiques

CREDOC: Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

CNAMTS: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

SQLape: Logiciel crée par l'étude HALFON pour calculé les critères d'évitabilité d'une hospitalization.

LISP: Lits Identifiés Soins Palliatifs

UHCD: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

HPST: Hopital patient santé territoire

SFMU: Société française de médecine d'urgen

INTRODUCTION

Le taux d'hospitalisation des patients de plus de 75 ans par les urgences était de 53.6% en 2010 contre 17.5% pour les moins de 75 ans. [1]

Selon des études internationales, après un passage dans un service d'accueil d'urgence, les patients de plus de 65ans ont un risque élevé de ré hospitalisation précoce, qui varie de 10% à 45% [2]. Le risque de décès est de 10% [3]. Ce taux est variable en fonction du pays et de la structure évaluée.

Aux Etats Unis le taux de ré-hospitalisation sert d'indicateur de la qualité des soins avec des pénalités pour les centres hospitaliers à haut taux de ré hospitalisation. (Loi PPACA)[4]

Chez ces patients âgés à risque, la ré-hospitalisation entraine des conséquences graves et importantes: décompensation de comorbidités, infections nosocomiales...

Une étude démontre même un déclin fonctionnel de 30 à 60 %. [5]

Le taux de ré-hospitalisation a aujourd'hui aussi un écho économique important. De plus, on sait que les ré hospitalisations évitables sont celles qui surviennent dans le premier mois de sortie.

D'après la synthèse bibliographique de l' HAS sur « comment réduire les risques de ré hospitalisations évitables chez les patients âgés », les pathologies à l'origine des ré hospitalisations des patients âgés à risque sont l'insuffisance cardiaque, la pneumopathie, l'infarctus du myocarde en phase précoce, les pneumopathies et les hépatopathies. [6]

Cependant, les facteurs de risque décrits dans ces études (critères d'évaluation choix de la ré-hospitalisation à 1 mois, 2 mois, 6 mois) varient selon l'étude et ne permettent pas un consensus.

L'étude descriptive des ré hospitalisations précoces au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie, la recherche de pathologies initiales en cause, l'étude de leur caractère évitable est donc très intéressant pour notre pratique au quotidien afin d'améliorer la prise en soins de ces patients âgés.

Cette étude porte donc sur les ré-hospitalisations précoces (dans le mois qui suit la sortie) des patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés et ré-hospitalisés par le biais des Urgences de 1er novembre 2013 au 31 octobre 2014 au Centre Hospitalier d'Oloron Ste Marie.

II) LE CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE

Le centre hospitalier d'Oloron sainte Marie se situe sur le territoire de santé de proximité Oloron/Haut Béarn. Il comprend les trois cantons d'Oloron, et ceux celui d'Accous, d'Aramits, d'Arudy, de Laruns et de Lasseube. Son bassin d'attraction comprend également une partie de la Soule avec les cantons de Mauléon Licharre et Tardets Sorhulus.

Il s'agit d'un territoire rural avec des zones de montagne telles que la vallée de Baretous, la vallée d'Aspe et une partie de la vallée d'Ossau.

En 2009, la population s'élevait à 56154 habitants dont 11141 à Oloron.

La densité de population dans ce territoire de 25.1 habitants au kilomètre carré est inférieure à la moyenne nationale qui est en 2014 à 121.1 habitants au kilomètre carré.

- **II.a. Caractéristiques démographiques**

Le vieillissement de la population est plus important que dans le reste de la France :

- Le pourcentage des jeunes de moins de 20 ans est inférieur à la moyenne nationale = 22.8% contre 24.8%.
- La part des personnes de 75 ans et plus y est plus élevée : 10.6% contre 8.7%. En haut Béarn elle représente 12.4%.
- En 2009, 33% de cette catégorie vit seule au domicile.

- **II.b.L'offre de soins**

➤ Les structures d'hébergement pour les personnes âgées :

Le territoire de santé du haut Béarn dispose de :

- huit EPHAD
- une MARPA
- une HAD
- cinq SSIAD,
- huit services d'aides à domicile
- six foyers de vie

L'ensemble de ces structures lui confère une capacité d'accueil supérieure à la moyenne régionale. Sur le territoire de la Soule, deux structures sont implantées l'hôpital St Antoine à Tardets et à l'hôpital local de Mauléon.

➤ Le centre hospitalier général [19]

Il est composé de deux sites distant de deux kilomètres.

- Il dispose d'activités médicales qui comprennent :
 - Un service de médecine polyvalente de 38 lits avec de la gastro-entérologie et diabétologie, de la neurologie, de la pneumologie ainsi que trois lits de LISP
 - Un service de cardiologie comprenant 20 lits
 - Une unité de 8 lits dont 6 lits de réanimation polyvalente et de deux lits de soins intensifs cardiologiques.
 - Un service de gériatrie avec 10 lits de courts séjours,
 - Un SSR polyvalent géré par des gériatres de 19 lits
 - Une USLD de 35 lits

- L'activité chirurgicale repose sur :
 - 2 services d'orthopédie (1 sur le site de Légugnon de 16 lits et un sur le site de St Pée de 15 lits)
 - Un service de chirurgie viscérale de 15 lits
 - 5 lits de chirurgie ORL
 - 8 lits de chirurgie ambulatoire utilisés principalement par l'ophtalmologie et la stomatologie.

- L'activité gynécologique et obstétrique se situe sur le site de St Pée et dispose de 15 lits

- Son plateau technique comprend un service d'urgences SMUR, un service de radiologie (une radiologie conventionnelle, un scanner), un laboratoire et une pharmacie.

- Le bloc opératoire accueille une activité d'endoscopie de gastro-entérologie et de pneumologie.

Le centre hospitalier est signataire du contrat local de santé d'Oloron-haut Béarn [7] issu de la loi HPST. On note une volonté locale affirmée pour améliorer la prise en soins de la population âgée.

Un des axes stratégiques du contrat local de santé consiste en l'accompagnement de la personne en perte d'autonomie avec entre autres :

- La mise en place d'une fonction CLIC sur le territoire de proximité
- La création d'un outil de coordination pour les intervenants au domicile
- L'aide à la mutualisation et la coopération entre les établissements et les services pour la personne âgée sur le territoire.

Le taux de séjours hospitaliers dans le territoire Haut Béarn et Soule est un des plus élevés par rapport aux autres territoires de proximité en Aquitaine (il en est de même pour le territoire Béarn Adour).



Arrondissements et cantons des
Pyrénées-Atlantiques

III.MATERIEL ET METHODES

III.a. Objectifs de l'étude :

III.a.1 Objectif principale de l'étude :

L'objectif principal de l'étude est de déterminer le taux de ré-hospitalisation précoce (dans le mois suivant la première hospitalisation) des patients âgés de plus de 65 ans au centre hospitalier d'Oloron St Marie.

III.a.2. Objectifs secondaires de l'étude

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluation du taux de ré-hospitalisations évitables des patients de plus de 65 ans hospitalisés et ré-hospitalisés par le biais des urgences.
- Analyse des ré-hospitalisations évitables selon les critères d'HALFON afin de définir quelles modifications de notre pratique pourraient être envisagées pour améliorer ce taux.

III.b.Schéma de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique.

III.c.Population cible :

L'étude porte sur les patients de plus de 65 ans hospitalisés par le biais des urgences et ré hospitalisés précocement dans le mois qui suit, au centre hospitalier.

III.d.Echantillon :

Il est constitué de l'ensemble des patients de plus de 65 ans hospitalisés et ré hospitalisés par le biais des urgences. La ré-hospitalisation intervenant précocement (dans les trente jours suivant leur sortie) entre le 1 octobre 2013 au 30 septembre 2014 au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie.

III.d.1.Critères d'inclusion :

- Patients homme ou femme
- de plus de 65 ans révolus
- hospitalisés par le biais des urgences du CH d'Oloron Ste Marie
- Ré hospitalisés dans les 30 jours suivant la sortie au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie par le service des urgences de l'hôpital concerné.
- hospitalisé entre le 1^{er} octobre 2013 et le 30 septembre 2014 inclus c'est-à-dire ayant passé au moins une nuit dans l'hôpital dans un des services lits porte compris.

III.d.2.Critères d'exclusion :

- Patients de moins de 65 ans
- patient ayant fait un passage aux urgences sans hospitalisation
- patient ré hospitalisé au bout de 1 mois et une minute et plus.
- patient hospitalisé de manière programmée.
- patient hospitalisé sans passer par les urgences

III.d.3.Recueil des données

Les patients inclus pour l'étude sont dans un premier temps sélectionnés informatiquement par le logiciel Dx Care. Ils sont sélectionnés s'ils ont plus de 65 ans et s'ils ont été hospitalisés par le biais des urgences sur une période allant du 1 octobre 2013 au 30 septembre 2014.

De cette sélection, ressortent 2021 patients pour lesquels, manuellement, nous avons comptabilisé les patients hospitalisés de manière précoce, c'est-à-dire inférieure à 1 mois. Si l'hospitalisation avait lieu à 1 mois jour pour jour, l'heure d'admission était utilisée pour inclure ou non le patient. On retrouve alors 152 patients de plus de 65 ans hospitalisés moins d'un mois après leur première hospitalisation.

Ensuite, nous avons utilisé Dx care dans lequel figure l'ensemble des observations médicales et paramédicales ainsi que les courriers de sortie des différentes hospitalisations. Pour chacun des 152 patients nous avons réalisé un tableau Excel détaillant :

- Son score ISAR à l'entrée du premier séjour
- Le motif de la première et de la deuxième hospitalisation
- Le service d'hospitalisation et de la ré-hospitalisation
- Si le patient vient du domicile, de convalescence, ou d'institution pour les deux hospitalisations.
- Si le patient est décédé après la ré-hospitalisation.
- S'il repart à domicile en convalescence ou en institution pour les deux séjours.
- Si les deux hospitalisations sont liées ou non
- si la ré-hospitalisation est évitable par l'étude des critères d'Halfon [8]

III.e.PARAMETRES D'EVALUATIONS

III.e.1.Choix des paramètres :

Nous avons choisi des personnes âgées de plus de 65 ans dans notre étude car, tout d'abord, il s'agit de la borne d'âge la plus utilisée dans la littérature médicale. Enfin cette limite de 65 ans est utilisée par la segmentation des termes du thesaurus MeSH de la base de données Medline définissant une personne comme âgée.

Dans notre étude des patients ré-hospitalisés précocement, il était important de définir la fragilité de ce groupe. Mais la définition de la fragilité chez la personne âgée n'est pas aussi claire qu'il n'y paraît car cette définition varie en fonction de l'appartenance médicale de l'auteur.

Cette définition se situe entre ses différentes approches, l'HAS en 2009 [9] propose :

« La fragilité peut se définir comme un état médico-social instable. Elle est la conséquence du vieillissement physiologique et pathologique qui génère des déficiences infra cliniques. La réduction des réserves physiologiques qui en résulte est à l'origine d'un défaut d'adaptation au stress qu'il soit médical, psychologique ou social ».

Pour évaluer cette fragilité et surtout le risque de ré-hospitalisation précoce, il était important de définir des paramètres précis et donc de choisir un score car une évaluation gériatrique standardisée ne pouvait être réalisée dans une étude rétrospective.

Il existe en gériatrie deux échelles validées et utilisables aux urgences évaluant la fragilité et le risque de ré-hospitalisation précoce qui sont :

- TRST (Triage Risk Screening Tool)
- ISAR (Identification Seniors At Risk)

L'échelle de TRST est une échelle de cinq items comprenant :

- les troubles de la marche ;
- les troubles cognitifs ;
- un nombre supérieur ou égal à cinq médicaments par jour ;
- une consultation aux urgences ou une hospitalisation récente.

- Le dernier item évalue si la personne âgée est victime d'abus ou de négligence ; abus de substance ; mauvaise observance médicamenteuse ; difficultés dans les actes de la vie quotidienne ; ou autres.

Un score supérieur ou égal à deux est un facteur prédictif de re consultation aux urgences précoce, d'être hospitalisé ou institutionnalisé.

Le score ISAR est une échelle de six questions ciblées facilement recueillie par le personnel paramédical aux urgences

| QUESTIONS | |
|---|----------------|
| 1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ? | Oui /Non |
| 2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ? | oui/non |
| 3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ? | Oui /Non |
| 4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ? | Oui/Non |
| 5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ? | Oui/Non |
| 6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ? | |
| Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives | |

Parmi ces deux échelles validées nous avons choisi le score ISAR car :

- Sa sensibilité est supérieure à 80% [6] [10] contre 58% [6] pour la TRST.
- Son évaluation à posteriori était faisable pour le score ISAR dans nos dossiers Dx care alors que le TRST n'est pas évaluable à posteriori par l'étude du dossier.
- Validé pour les patients de plus de 65 ans.

Concernant la ré-hospitalisation précoce, nous avons souhaité évaluer le caractère évitable ou non de celle-ci.

Pour ce faire nous avons utilisé une méthode validée par l'équipe suisse d'Halfon.

La Suisse utilise aujourd'hui cette méthode pour évaluer ces ré-hospitalisation évitables dans les différents centres hospitaliers par la création d'un logiciel informatique SQLape.

Nous nous sommes donc inspirés des différents algorithmes proposés par l'étude Halfon pour définir notre caractère évitable à la ré-hospitalisation de chacun de nos patients. Enfin cette méthode permet de limiter le caractère subjectif à la lecture des dossiers.

III.e.2.Séjour initial :

Tout d'abord, pour chacun des 152 patients, le dossier médical est lu, la pathologie principale initiale en cause dans l'hospitalisation est notée.

Par la suite, nous avons parcouru le dossier médical et paramédical afin d'extraire les réponses à chacune des six questions permettant l'évaluation du score ISAR :

- Avant votre maladie ou blessure qui vous a fait venir aux urgences, aviez-vous habituellement besoin de l'aide d'une tierce personne ? utilisation du recueil réalisé par l'aide-soignante à l'arrivée aux urgences
- Depuis le début de la présente maladie ou blessure, avez-vous eu plus besoin d'aide pour s'occuper de vous ? utilisation du recueil des aides-soignants des urgences, du service d'aval et du dossier social de l'assistante sociale.
- Avez-vous été hospitalisé une nuit ou plus au cours des six derniers mois (à l'exception d'un séjour aux Urgences) ? visualisation des hospitalisations antérieures sur Dx Care.
- Voyez-vous bien habituellement ? utilisation du recueil paramédical à l'entrée aux urgences fait par l'infirmière.

- Avez-vous habituellement de gros problèmes de mémoire ? utilisation du recueil médical et paramédical des urgences et du service d'hospitalisation.
- Prenez-vous plus de trois médicaments différents par jour ? utilisation de la retranscription dans le dossier médical du traitement à l'entrée du patient.

Puis pour chacun des 152 patients ré hospitalisés précocement, nous avons, Pour le séjour initial, noté ceux qui avaient eu un courrier écrit le jour de la sortie, ceux qui avaient eu un courrier écrit dans la semaine après la sortie et ceux qui ont eu un courrier écrit au-delà de 15 jours. En effet, chaque dossier de patient comporte la date d'enregistrement du courrier au niveau informatique. Nous avons rencontré les secrétaires du centre hospitalier qui nous expliquent que la date de fin de frappe correspond à cette date d'enregistrement et qu'elles l'envoient le jour même par la poste. Nous ressortirons donc de chaque dossier la sortie réelle du patient ainsi que la date d'envoi du courrier correspondant à la date d'enregistrement du courrier.

Enfin, dans chaque dossier inclus nous avons étudié le courrier de la première sortie duquel nous avons extrait le motif d'hospitalisation principal. Puis nous avons lu le dossier patient avec

- le recueil médical mis à jour quotidiennement par les praticiens du service
- la pancarte infirmière et aide-soignante
- les prescriptions médicales qu'il s'agisse des médicaments, de soins de kinésithérapie, des avis spécialisés avec en particulier les demandes d'évaluation gériatrique annotées dès qu'elles étaient faites.
- Les bilans biologiques

III.e.3.La ré-hospitalisation :

Nous avons décidé de sélectionner les patients ré-hospitalisés dans les trente jours et admis par les Urgences.

Pour chacun des 152 dossiers de ré hospitalisation, nous avons évalué si la ré-hospitalisation pouvait être évitable. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur les nombreuses études suisses dont celle d'HALFON, ayant concouru à créer un logiciel informatique SQLape permettant de détecter les ré hospitalisations évitables. Il ressort de ces études une classification en ré-hospitalisations « évitables », « parfois évitables » et « inévitables ».

Ils déterminent les ré-hospitalisations évitables imputables lorsqu'elles ont lieu dans les 30 jours suivant la sortie, non programmées et lorsqu'elles sont causées par l'affection connue lors du séjour précédent.

Le logiciel SQLape propose une grille d'évaluation des causes de ré hospitalisation (ci-dessous)(5)

« Revues de dossiers et analyse des causes de réadmissions :

Les réadmissions potentiellement peuvent être classées en fonction de leurs causes, sur la base d'une revue de dossiers : » [11]

A. Complications

A1. Complications chirurgicales (**)

A2. Effet secondaire de médicaments (**)

A3. Autres complications (**)

B. Sortie déficiente

B1. Diagnostic manqué ou erroné (***)

B2. Thérapie inappropriée (***)

B3. Sortie prématurée (***)

B4. Autre motif (***)

C. Soins ambulatoires post-hospitalisation

C1. Premier rendez-vous avec un médecin ambulatoire trop tardif (***)

C2. Transmission des informations trop sommaire ou tardive (***)

C3. Traitement ambulatoire inadéquat (***)

C4. Services à domicile déficients (***)

C5. Comportement inadéquat du patient (**)

D. Aggravation de la pathologie liée à une évolution naturelle (*)

E. Réadmission non justifiée par des critères médicaux (***)

Ce classement permet d'isoler celles qui sont généralement évitables (***), parfois évitables (**) ou généralement inévitables (*). On notera que beaucoup de causes sont évitables, mais qu'une partie d'entre elles le sont clairement par l'hôpital seul (A et B). En effet, une grande partie des réadmissions sont liées aux soins qui suivent l'hospitalisation et ne pourraient être évitées que par une bonne préparation de la sortie en interaction avec les personnes qui prennent en charge le patient à sa sortie.

En pratique dans notre étude nous utiliserons le classement A et B C2(date du courrier de sortie) qui sont les critères évaluables dans cette étude rétrospective.

Nous avons noté à la lecture du dossier complet (résultats biologiques radiologiques prescriptions médicale, demande consultation, lecture des courriers de sortie et des recueils médicaux et paramédicaux) les paramètres suivants : (ANNEXE 3/3)

- Complication chirurgicale OUI/NON

- Effet d'un médicament OUI/NON sachant qu'il s'agit d'une complication liée à un traitement du patient reconduit à la fin de la première hospitalisation. Ne seront pas acceptées les complications dues aux médicaments prescrits par un médecin extérieur dans l'intervalle.

- Autres complications OUI/NON qui incluent par exemple : une infection urinaire post sondage, des problèmes de maintien à domicile existant déjà à la première

- Diagnostic manqué OUI/NON : cela sera noté à la lecture du dossier exemple : une constipation durant 5 jours avant la sortie avec un retour du patient pour fécalome dans les 48h. Le fécalome sera alors imputé comme un diagnostic manqué. Autre exemple= une CRP qui augmente et un retour dans la semaine pour une infection sera imputé comme un diagnostic manqué.
- Thérapeutique inadaptée OUI/NON : sera imputée comme telle toute thérapeutique qu'elle soit médicamenteuse ou non médicamenteuse. Exemple : absence de prescriptions de kinésithérapie après une chute. Autre exemple : patient laissé sous Préviscan alors qu'il a un cancer multi métastatique et qu'il revient avec une embolie pulmonaire ou une hémorragie.
- Sortie prématurée OUI/NON : Elle sera imputée comme telle si par exemple on note une absence de soins de suite chez des patients n'ayant pas retrouvé une autonomie suffisante et rentrant au domicile.
- Autres motifs : Cela comprend tout manquement à la prise en soin pouvant entraîner une ré-hospitalisation qui n'a pas pu être notée dans les autres critères et qui a une importance sur la ré-hospitalisation précoce.
- Ensuite il sera noté la date d'enregistrement du courrier en fonction du jour de la sortie du patient. Soit le courrier est fait à J0 ; soit entre J1-J7 ; soit entre J7-J14 ; soit au-delà de J15.

Enfin, chaque patient, en fonction des différents paramètres explicités ci-dessus, sera classé dans l'une des trois catégories suivantes :

- Ré hospitalisation évitable : les diagnostics manqués, thérapeutiques inadaptées, sortie prématurée, autres motifs ou si le courrier dépasse sept jours. (référence légale du code de santé publique article R1112-1) [12]
- Ré hospitalisation parfois évitable : s'il existe une complication chirurgicale, un effet de médicament ou une autre complication.
- Ré hospitalisation inévitable : si le patient bénéficie d'un accompagnement de soins palliatifs sur l'hôpital et que sa pathologie palliative est en cause dans les ré hospitalisations. Si l'on note l'absence de lien entre les deux pathologies.

Ainsi pour les deux séjours il ressort, pour chacun des 152 patients,

- un score ISAR, (ANNEXE1/3)
- une pathologie initiale, et secondaire (annexe 2/3)
- une provenance initiale et secondaire (annexe 2/3)
- le service d'hospitalisation des deux hospitalisations (annexe 2/3)
- si le décès a eu lieu au cours de la ré-hospitalisation (annexe 2/3)
- si le patient a bénéficié d'une évaluation gériatrique (annexe 2/3)
- un délai de courrier de sortie (annexe 2/3)
- une évaluation globale en fonction de critères précis de Halfon tirés du dossier patient dans sa globalité. (ANNEXE3/3)

IV.RESULTATS

IV.a. Echantillon :

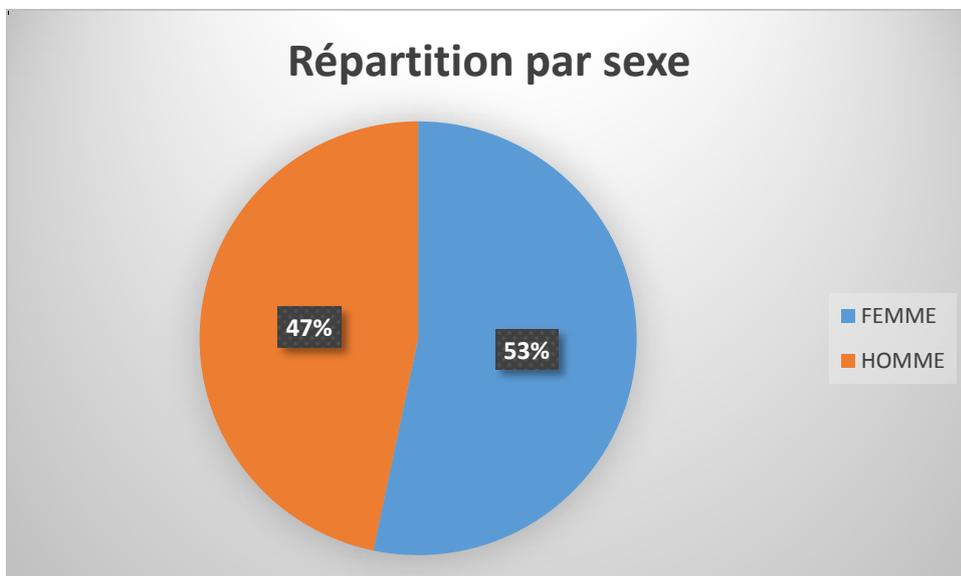
Nous avons dénombré 2021 hospitalisations par le biais des urgences de patients de plus de 65 ans sur la période du 1 octobre 2013 au 31 septembre 2014.

Sur ces 2021 hospitalisations on retrouve 152 patients ré-hospitalisés de manière non programmée (par les urgences) dans les 30 jours suivant la sortie de leur séjour précédent. Ces 152 patients sont inclus dans l'étude.

IV.b.Démographie de l'échantillon :

IV.b.1.Sexe :

Parmi ces 152 patients inclus on retrouve 71 hommes et 81 femmes.



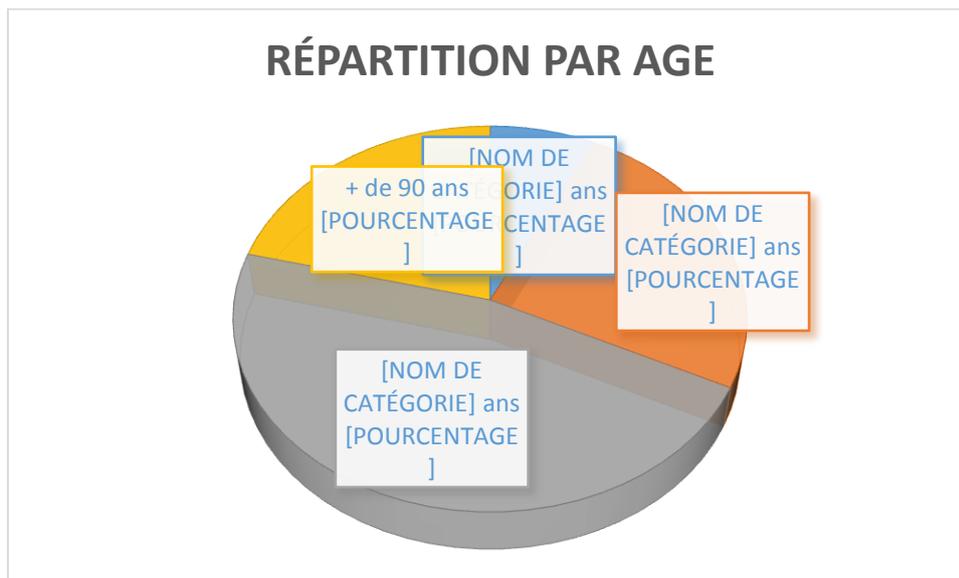
IV.b.2.Age :

L'âge moyen des patients inclus dans notre étude est de 82.58 ans. Il est de 85.32 ans pour les femmes et de 79.46 ans pour les hommes.

L'âge médian est de 84 ans pour les deux sexes et de 85 ans pour les femmes et de 81 ans pour les hommes.

L'âge des patients dans l'étude vont de 67ans à 97 ans. Pour les femmes, cela va de 68 ans à 97 ans et pour les hommes de 67 ans à 95 ans.

Ensuite nous avons analysé la répartition des patients ré hospitalisés précocement par tranche d'âge.



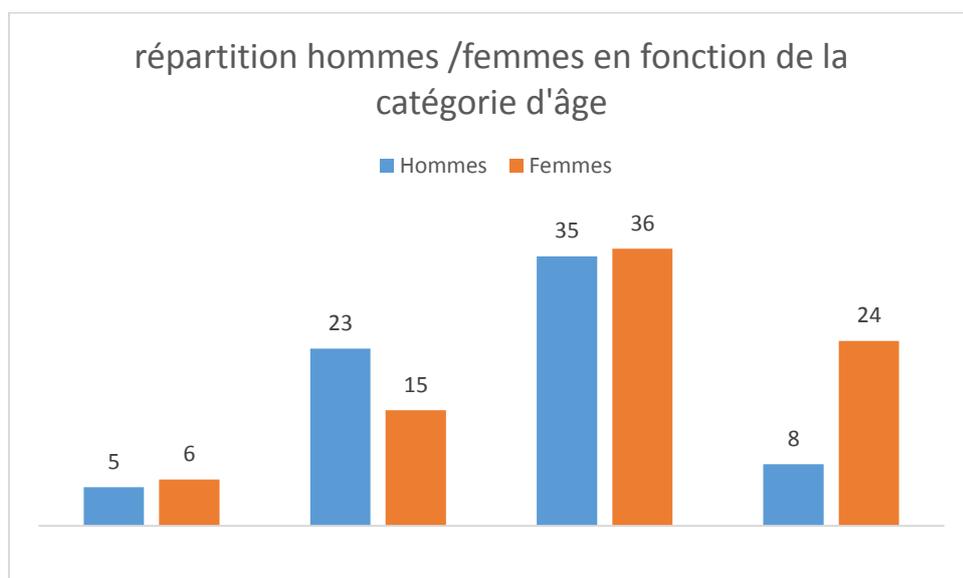
Nous retrouvons alors que les patients dans la tranche d'âge [80-89 ans] représentent près de la moitié des patients ré hospitalisés précocement.

Dans cette catégorie d'âge on retrouve une parité de représentation avec 50.7% de femmes et 49.3% d'hommes.

Dans la tranche d'âge 65-69 ans on détermine 54% de femmes et 46% d'hommes.

Dans la tranche d'âge 70-79 ans on calcule 40% de femmes et 60% de d'hommes.

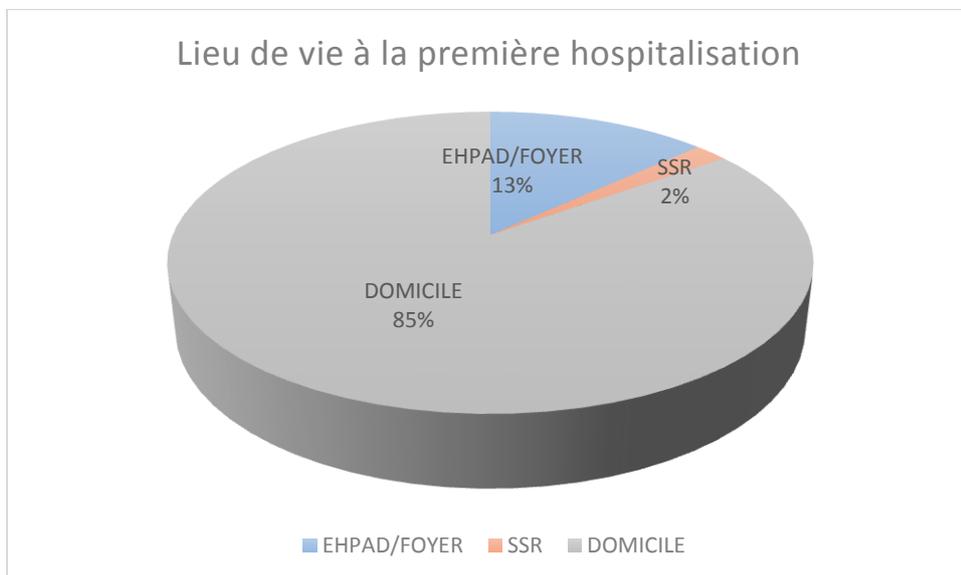
Enfin chez les plus de 90 ans on note un déséquilibre avec 75 % de femmes et 25% d'hommes.



IV.c. Le séjour initial

IV.c.a. Le contexte de vie du patient

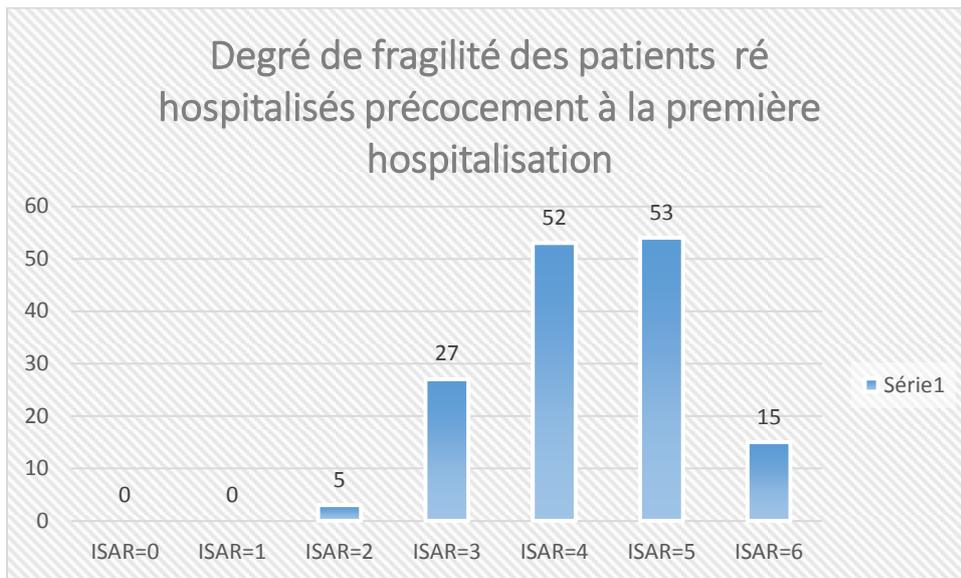
Sur les 152 patients inclus, lors de leur première hospitalisation ils venaient pour 129 d'entre eux du domicile, 3 de structures de convalescence et 20 étaient résidents dans une structure d'hébergement à l'année.



IV.c.2. Fragilité initiale :

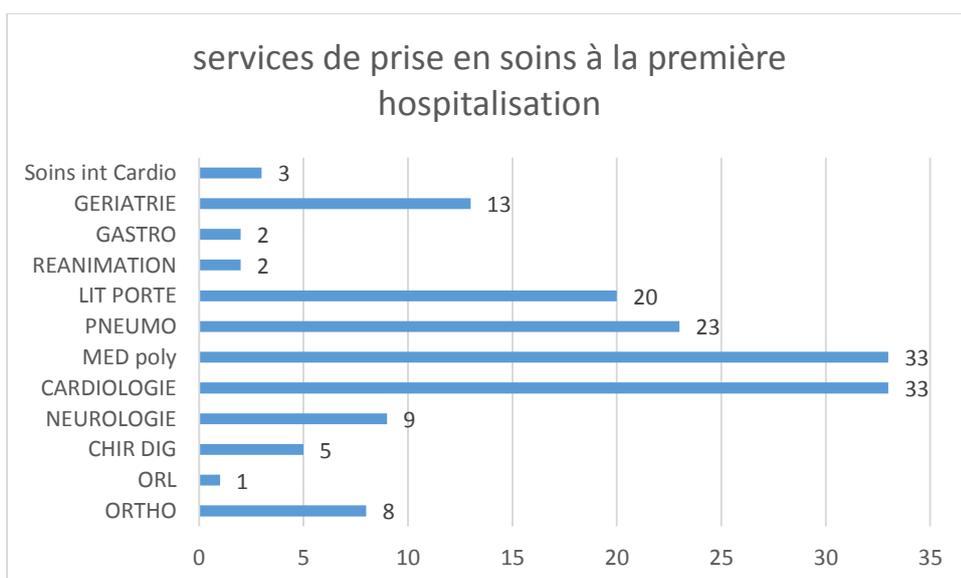
Pour évaluer la fragilité de ces patients, nous avons calculé pour chacun d'eux leur score ISAR. Cela a permis de repérer la fragilité de ces patients ré hospitalisés précocement. 97 % des patients victimes d'une ré-hospitalisation

précoce sont des patients fragiles qui auraient dû bénéficier d'une évaluation gériatrique.



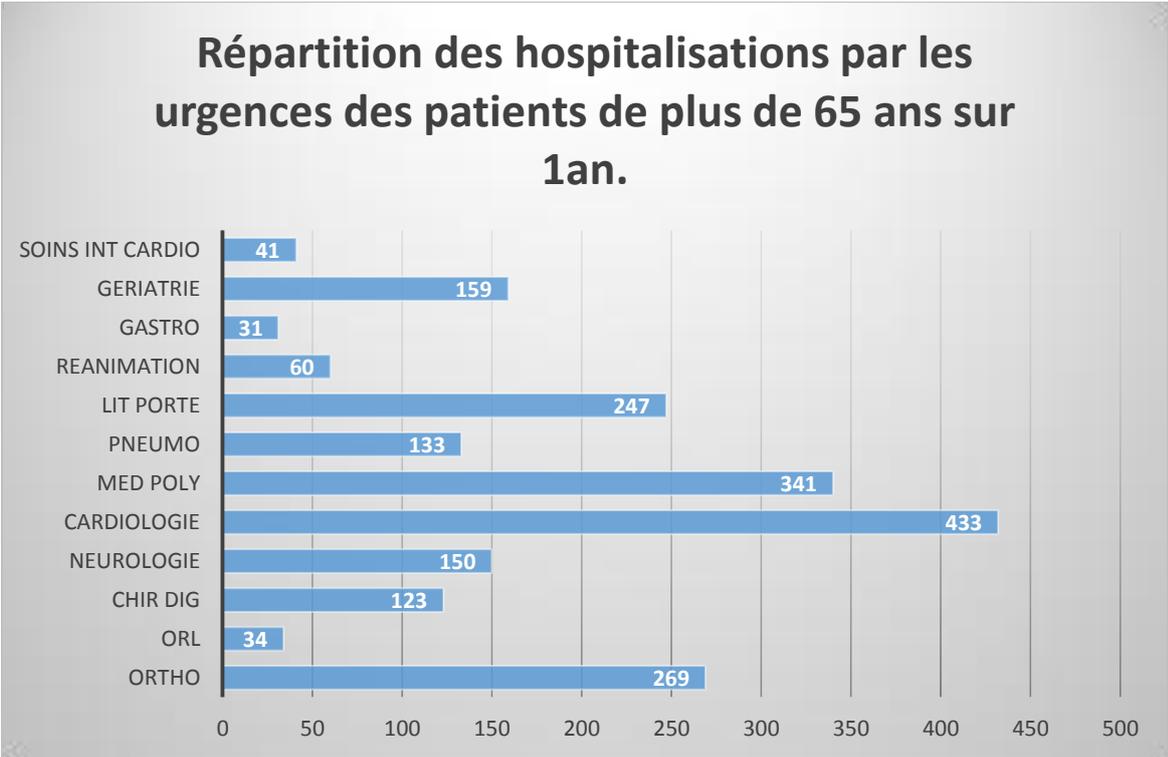
IV.c.3.Répartition de la prise en soins par service d'accueil

On remarque que les services accueillant le plus de patients ré hospitalisés sont les services de cardiologie, de médecine polyvalente et de pneumologie.

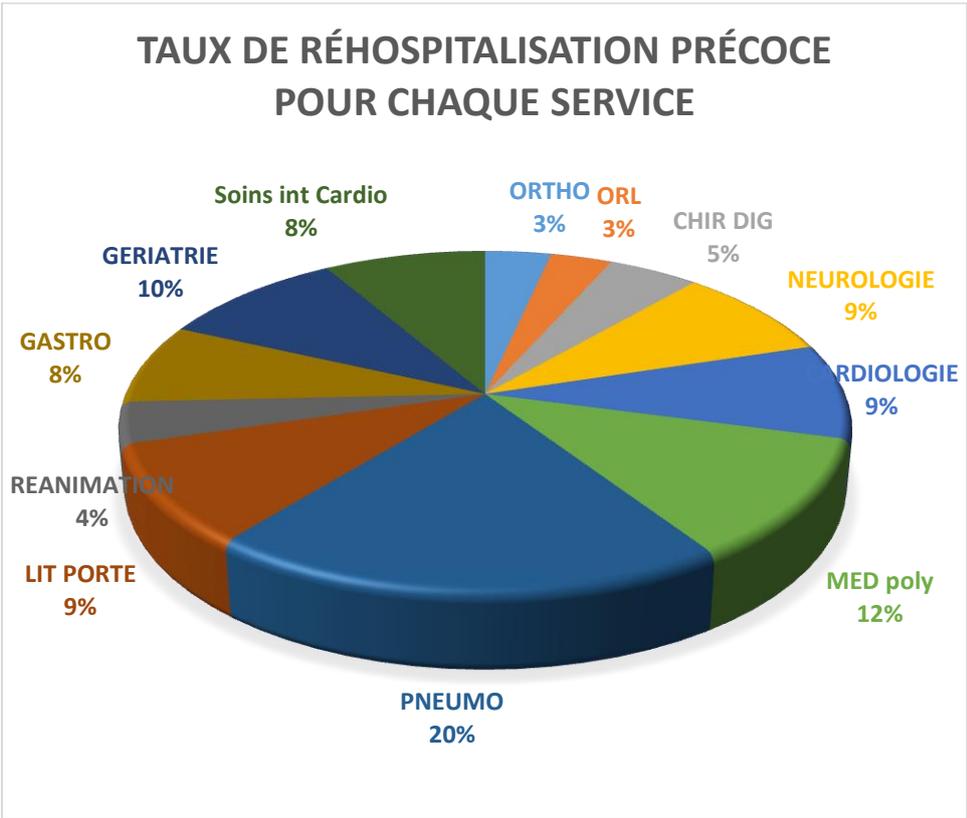


Cependant, il est important de ramener ce taux à l'activité du service. En effet si un service accueille peu de patient venant des urgences, il aura un taux faible apparent.

Nous avons donc analysé pour les 2021 patients hospitalisés cette année-là, la répartition par service. Cela nous permet de calculer leur taux de ré hospitalisation.



Nous avons donc ramené ces résultats de répartition d'hospitalisation à la répartition des hospitalisations des patients qui seront ré hospitalisés précocement.



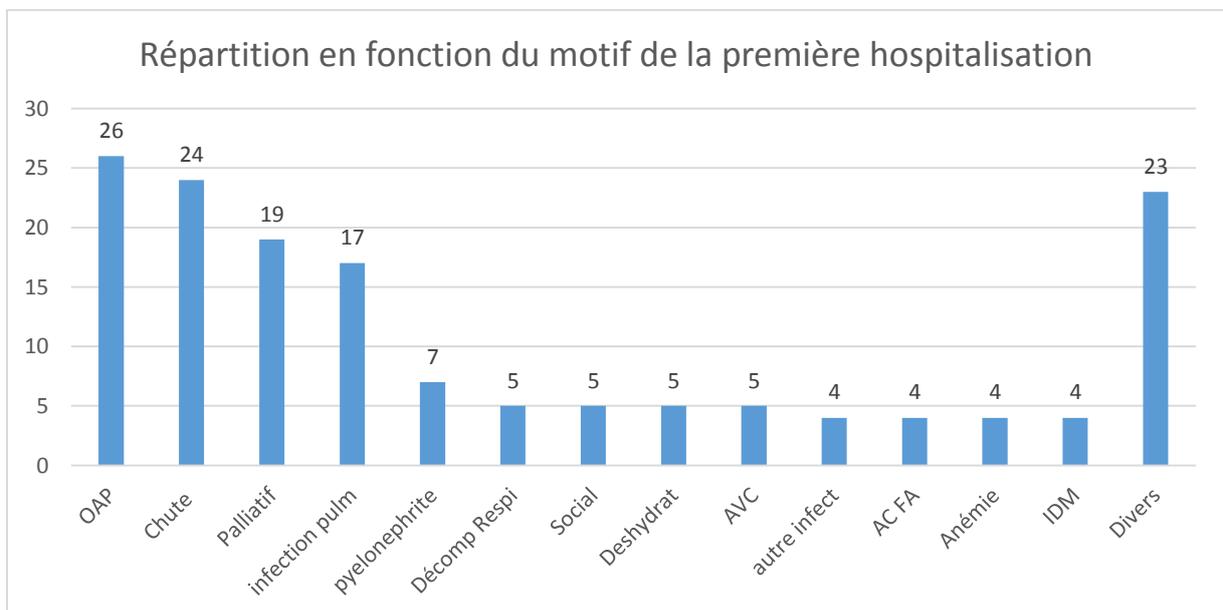
On note qu'une proportion importante (20%) des patients hospitalisés en pneumologie sont ré-hospitalisés dans le mois qui suit.

IV.c.4..Motifs de la première hospitalisation :

Il nous a semblé intéressant de connaître le motif de l'hospitalisation initiale. Nous souhaitions déterminer s'il existait des pathologies à l'origine des ré hospitalisations.

On note quatre pathologies initiales favorisantes qui sont :

- L'œdème du poumon (17%)
- la chute (16%)
- une complication survenant chez un patient en cours d'accompagnement palliatif (12%)
- les infections pulmonaires (10%).



➤ L'œdème du poumon :

Dans notre étude, l'OAP, lorsqu'il est le motif de recours à la première hospitalisation, il est aussi dans 50% des cas le motif de ré hospitalisation précoce et dans près de 25 % des cas une cause de ré hospitalisation pour chute.

➤ La chute :

Lorsque la chute est le motif à la première hospitalisation chez nos patient ré hospitalisés, il engendre à 30 % une chute à la ré-hospitalisation précoce.

➤ L'infection pulmonaire :

Dans notre étude lorsqu'un patient est hospitalisé pour une infection pulmonaire au premier séjour, il sera ré hospitalisé à 33% pour le même motif et à 17% pour une chute.

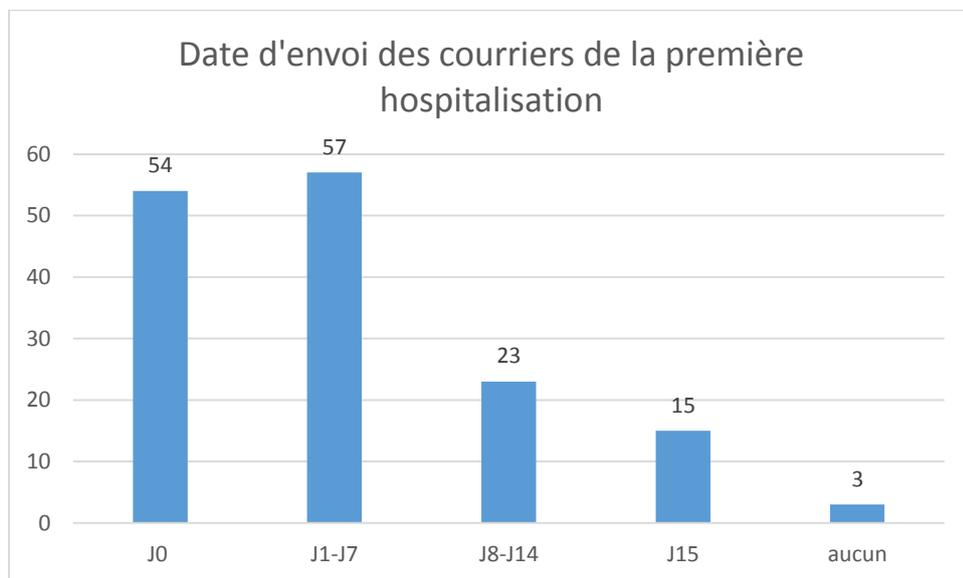
IV.c.5.L'évaluation gériatrique :

Nous avons recherché si les patients fragiles (ISAR>2) lors de leur première hospitalisation avaient pu bénéficier d'une évaluation gériatrique.

Sont comptés comme étant évalués les patients hospitalisés en gériatrie et ceux pour qui une demande d'évaluation gériatrique a été réalisée et honorée.

Sur les 149 patients ayant un score ISAR>2, seuls 27 patients ont bénéficié d'une telle évaluation (13 patients hospitalisés en gériatrie et 14 ayant bénéficié d'un passage en SSR en gériatrie) au cours de leur hospitalisation initiale, soit près de 18%.

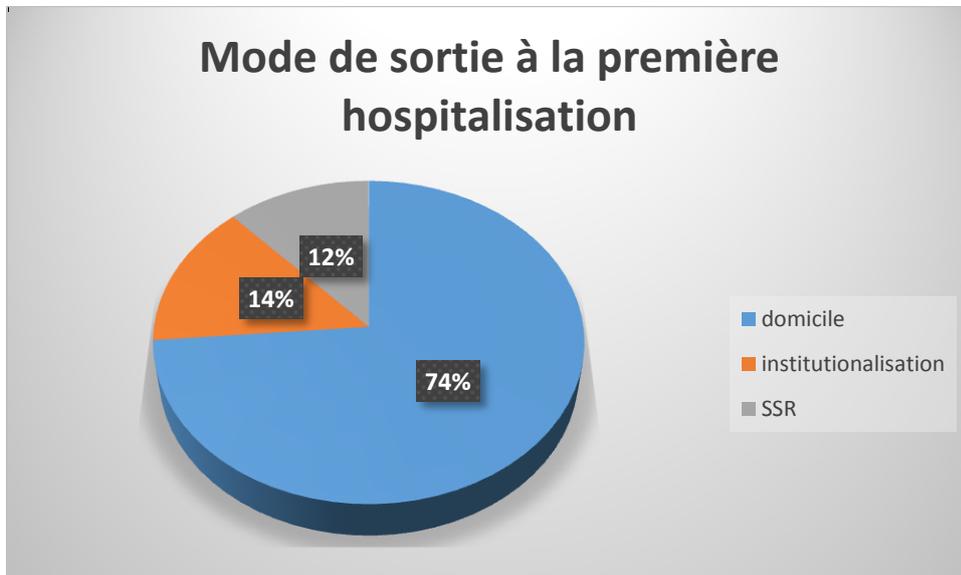
IV.c.6.Le courrier :



On note donc 41 courriers réalisés hors délai légaux (supérieur à 7 jours) soit 26 %, un quart des courriers.

Enfin nous remarquons que seulement un tiers d'entre eux sont fait le jour de la sortie.

IV.c.7. Le mode de sortie après la première hospitalisation



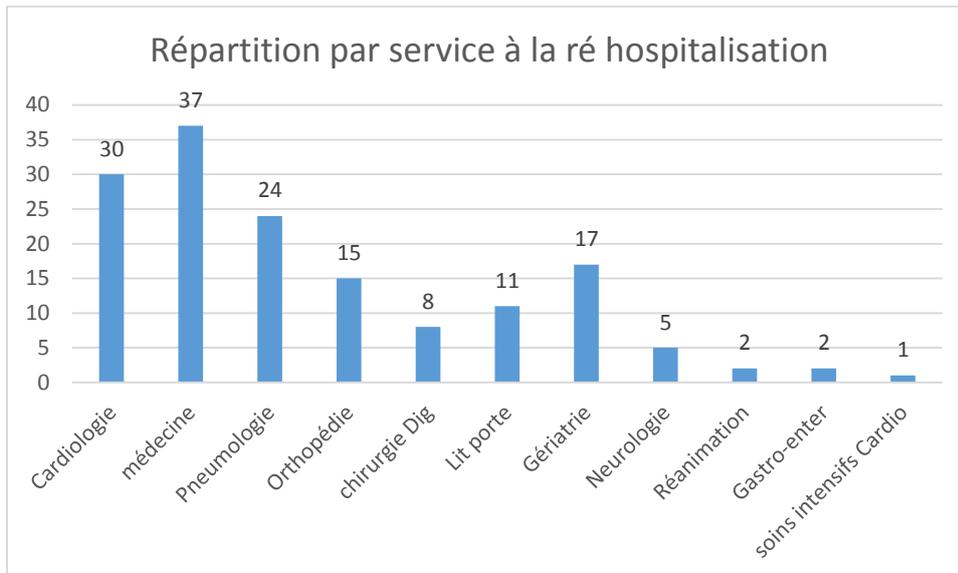
On remarque que contrairement à l'entrée la proportion de patient rentrant au domicile reste importante car elle représente les 3/4 des patients.

On note également un pourcentage similaire de patients repartant en institution par rapport à l'entrée. Seul 1% de plus de patients institutionnalisés.

Par contre on note une portion non négligeable de patient partant en SSR/ convalescence.

IV.d.Séjour de ré hospitalisation précoce :

IV.d.1.Répartition par service lors de la ré-hospitalisation



On note une ré-hospitalisation surtout en cardiologie, en médecine polyvalente, en pneumologie gériatrie et en orthopédie.

La cardiologie, la médecine polyvalente et la pneumologie montre des effectifs similaires à la première hospitalisation.

On note, en comparaison à la première hospitalisation, que la gériatrie effectue 30% de plus d'hospitalisation mais cela ne représente que 11% du total des ré hospitalisations.

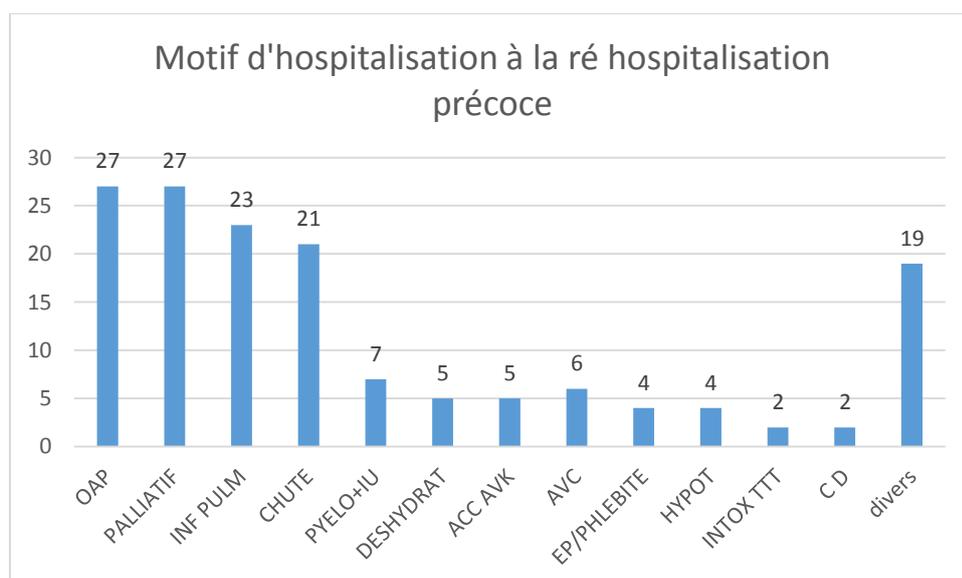
On remarque également que la proportion des admissions en orthopédie est doublée par rapport au premier séjour.

IV.d.2.Répartition des ré hospitalisés en fonction du motif de ré hospitalisation.

On note dans notre étude quatre motifs principaux de ré hospitalisation précoce que sont :

- L'œdème du poumon
- Complication chez un patient en cours d'accompagnement palliatif
- L'infection pulmonaire
- La chute

Ces quatre motifs représentent 65% des causes de ré hospitalisations précoces.



- L'œdème aigu du poumon :

Dans notre étude, on remarque que dans notre population de patient ré hospitalisés précocement, un patient ré-hospitalisé pour un OAP avait été au premier séjour à 60% hospitalisé pour un OAP également.

➤ La chute :

Dans notre étude, pour les patients qui chutent précocement après leur sortie, 35% d'entre eux étaient venus en première hospitalisation pour un œdème du poumon, 35% pour une chute et 15 % étaient déjà venus pour une infection pulmonaire.

Lorsqu' une chute était le motif principal d'une ré-hospitalisation précoce, le taux d'évaluation gériatrique est de moins de 25%. Lorsque la chute était le motif principal des deux hospitalisations, cela représentait 50% d'évaluation gériatrique.

➤ L'infection pulmonaire :

Dans notre étude, quand un patient est ré hospitalisé pour une infection pulmonaire il a été, pour 30% d'entre eux, déjà hospitalisé pour une infection pulmonaire lors de la première hospitalisation.

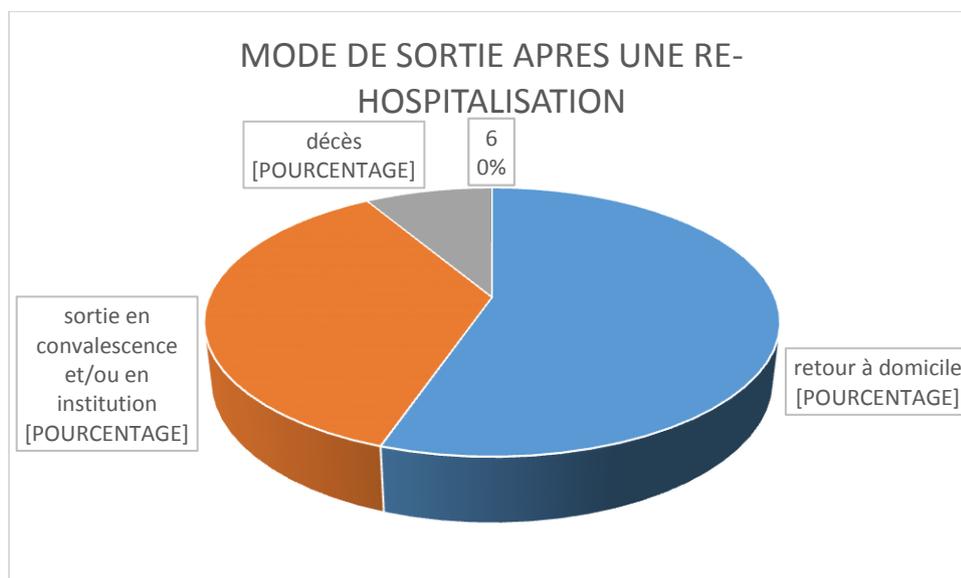
Pour 22% d'entre eux, ils avaient été admis pour une chute lors du premier séjour.

IV.d.3.L'évaluation gériatrique

Concernant la ré-hospitalisation on note que 39 patients ont bénéficié d'une évaluation gériatrique. 17 d'entre eux ont été hospitalisés en gériatrie dès leur ré hospitalisation et 22 ont intégré le SSR du service de gériatrie après un séjour dans un service de médecine ou de chirurgie.

Cela montre que seulement 25% des patients ré hospitalisés précocement et fragiles ont été évalués.

IV.d.4. Devenir des patients ré hospitalisés précocement

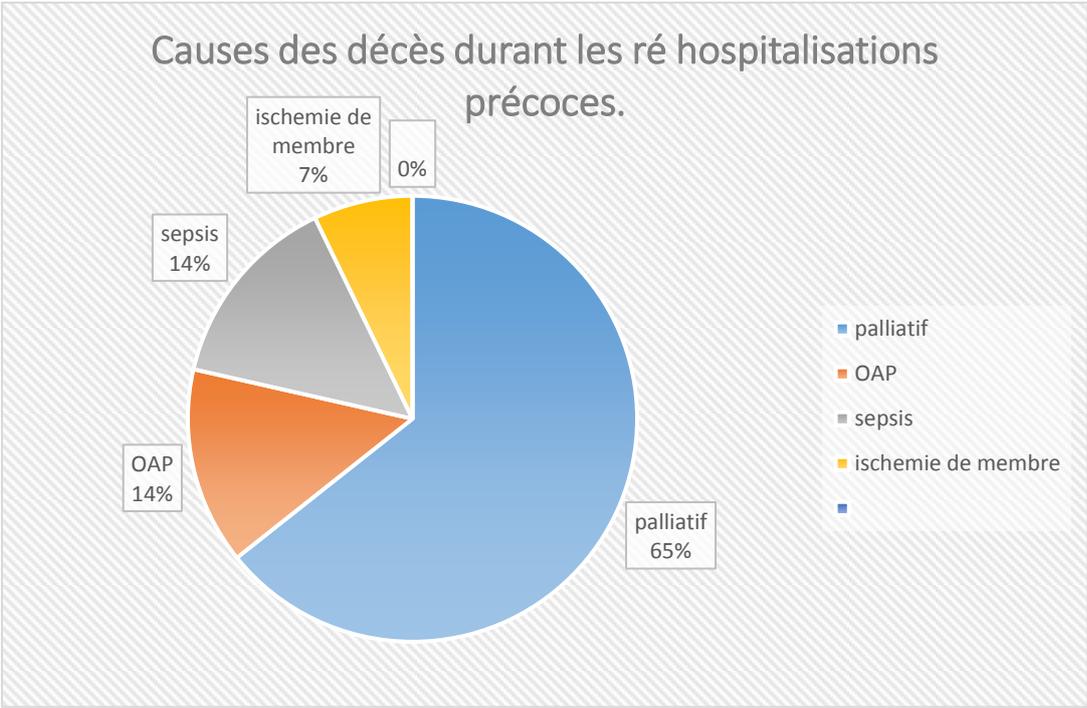


On note que plus de la moitié regagne leur domicile. Cela représente 30% de moins que lors de l'arrivée à la première hospitalisation et 20% de moins de RAD qu'après la première hospitalisation.

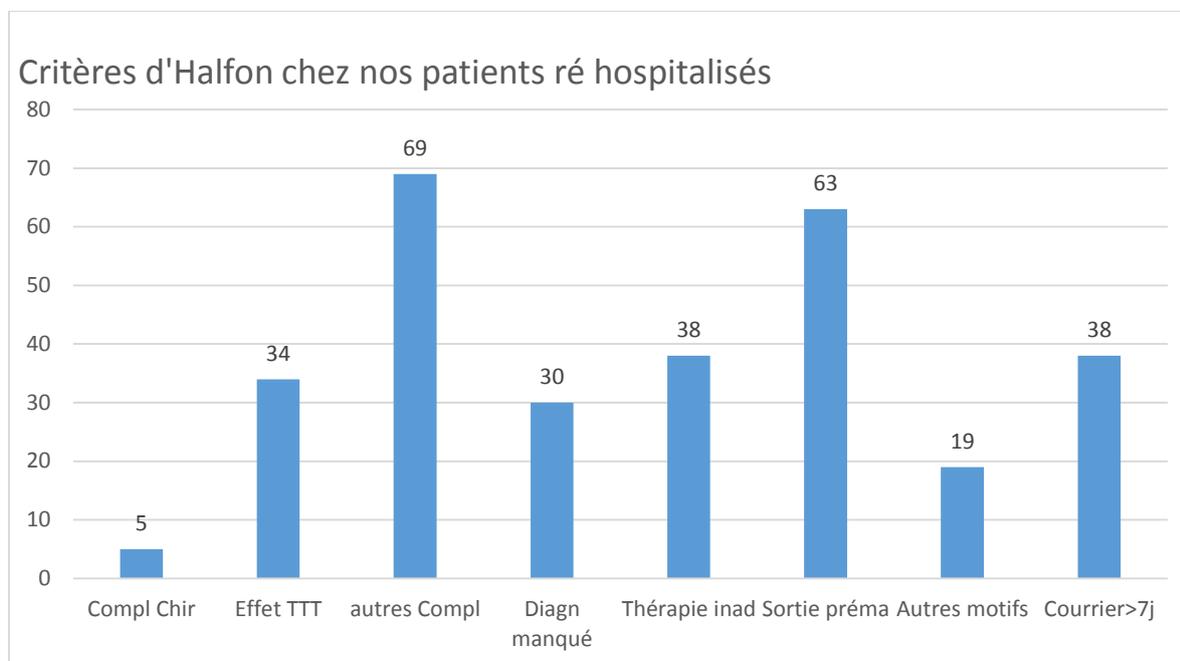
Concernant les décès, on note presque 10% de décès à la ré-hospitalisation. Cependant il faut pondérer ce résultat :

- 42% des décès concernent des patients déjà en phase palliative terminale d'un cancer lors de la première hospitalisation.
- 15% surviennent chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque terminale connue
- 7% concernent des patients en phase palliative d'une maladie non cancéreuse connue dès l'hospitalisation initiale.

En résumé, 65% sont des décès sont attendus car ils surviennent chez des patients en phase terminale de leur maladie.



IV.d.5.Evaluation du caractère évitable de la ré-hospitalisation par les critères d'Halfon.



- Complications chirurgicales

On retrouve 5 complications chirurgicales en lien avec des ré hospitalisations dont 2 sont des luxations de hanche, 2 hématomes, 1 pour douleur post opératoire.

- Effets des médicaments

Sur les 34 épisodes, 8 sont liés à la prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants, soit près d'un quart.

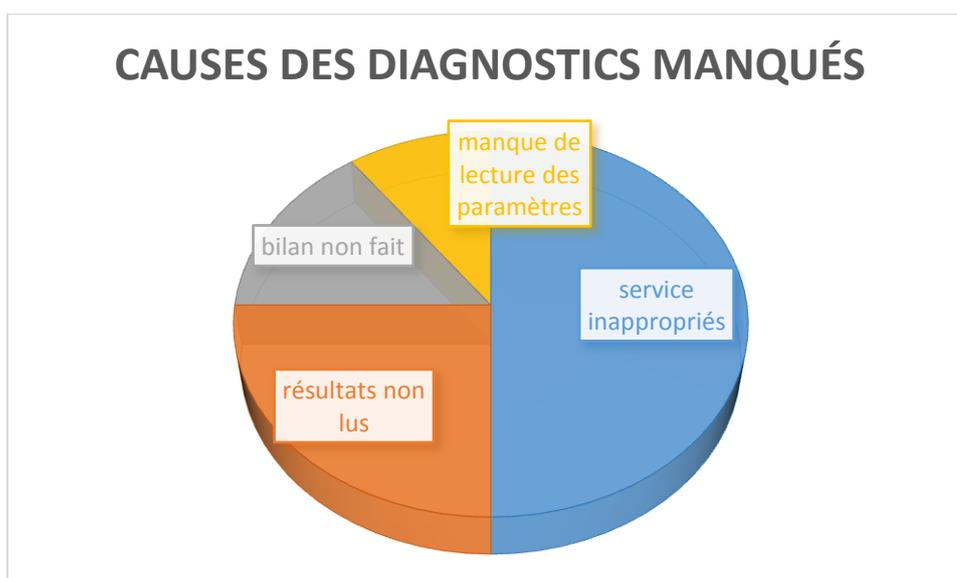
- Autres complications

Dans cette catégorie nous avons relevé essentiellement des complications en lien direct avec des décompensations d'une comorbidité existante dès la première hospitalisation, des problèmes de maintien à domicile et des complications liées au sondage urinaire.

- Diagnostics manqués :

On note 30 diagnostics manqués provenant :

- Pour 50% d'une admission dans un service inapproprié pour la prise en charge du patient. (Exemple = motifs de chutes répétés avec prise en soins en cardiologie).
- Pour plus de 25 % le diagnostic n'est pas fait en raison de l'absence de résultats de biologie au moment de la sortie. (Exemple : Dosage de la TSH reçu après la sortie, le patient revient avec une hyperthyroïdie sous Cordarone dans la semaine qui suit. Autre exemple : les ECBU positifs après la sortie du et il revient avec une pyélonéphrite les jours suivants.)
- Pour 15% des manques de diagnostic au premier séjour, on relève une décision de faire le bilan de ce symptôme si un deuxième épisode apparaît. Exemples : Diarrhée, douleur articulaire...
- Pour 10% des erreurs, elles sont liées à un manque de lecture des paramètres paramédicaux (infirmière, aide-soignante, assistante sociale et kinésithérapeute.) Exemple retrouvé : patient ayant un retard de selles depuis 5 jours avant sa sortie qui revient pour fécalome. Autre exemple : le kinésithérapeute note une mise en danger à la marche autonome et aucune prescription de matériel, et / ou de kinésithérapie ou de demande de SSR n'est faite ; le patient revient pour chute.



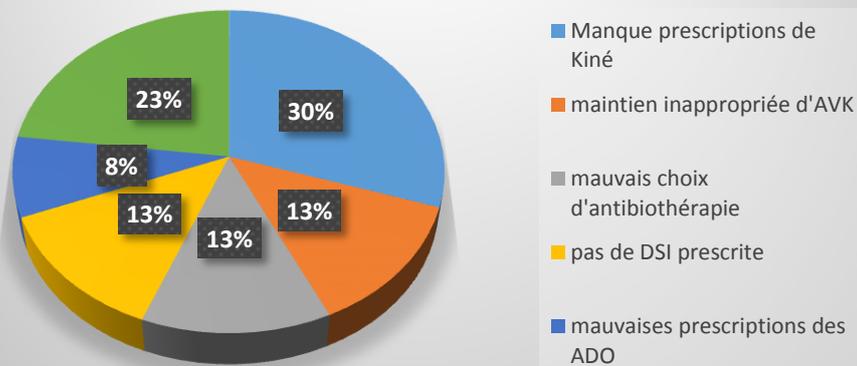
- Thérapeutiques inadaptées

On note 38 épisodes comptabilisés avec un problème lié au choix thérapeutique.

On en retire que :

- 30 % sont liés à un manque de prescriptions de kinésithérapie ou de SSR.
- 13% sont liés à la décision de maintien des AVK pour Fibrillation auriculaire alors que ces patients sont pris en soins pour chute et ont une espérance de vie limitée (démence évoluée par exemple)
- 13% sont en lien avec un choix d'antibiothérapie.
- 13% sont dus à un manque de prescription de démarche de soins infirmiers à la sortie du patient.
- 8% concernent les traitements anti diabétiques oraux et l'insuline qui sont soit mal utilisés soit prescrits de façon erronée entraînant dans les jours qui suivent une hyperglycémie ou une hypoglycémie.
- Les 23 % restant sont liés à des causes diverses comme :
 - ✓ Le retrait de la sonde urinaire le jour de la sortie avec l'apparition d'un globe vésical les jours suivants
 - ✓ La mise sous AVK d'un patient cancéreux multi métastatique au lieu d'une héparine de bas poids moléculaire et qui présente une embolie pulmonaire
 - ✓ Les formes galéniques inadaptées alors que le patient présente des troubles de la déglutition.

Causes des thérapeutiques inadaptées

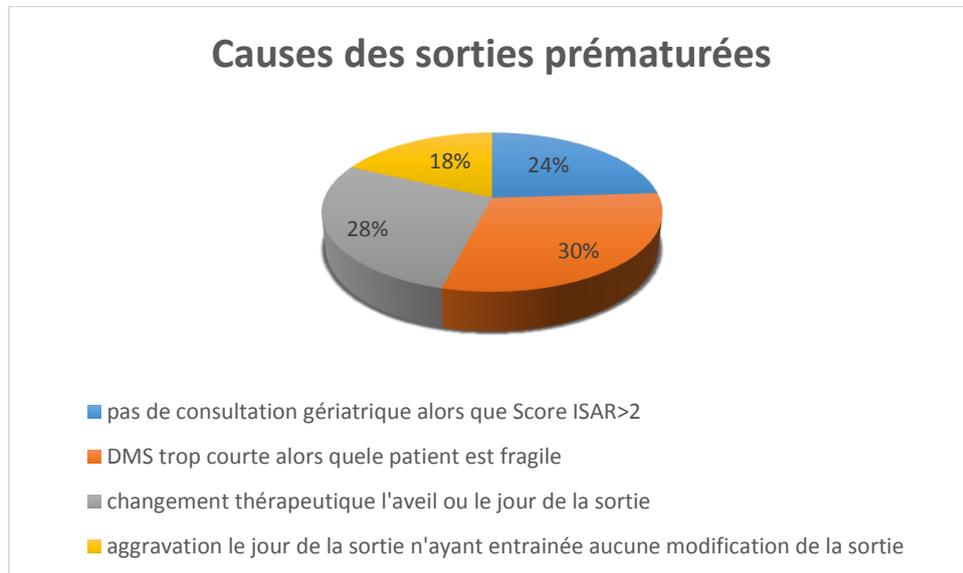


- Sorties prématurées

On comptabilise 63 sorties prématurées soit près de 40% des patients ré hospitalisés précocement.

- Pour 24% d'entre eux, il s'agit de patient ayant chuté et avec un score ISAR >2 et n'ayant pas bénéficié d'une consultation gériatrique. Le fait de ne pas avoir été évalué par un spécialiste est retenu ici comme un critère de prématurité de sortie.
- Pour 30 % de ces patients, il s'agit d'une prise en soins trop courte et sans évaluation gériatrique. Il s'agit d'hospitalisations de moins de 24h en UHCD. Au vu de leur fragilité et de leur vulnérabilité, cela est retenu en tant que sortie prématurée.
- Pour 28% des sorties prématurées, on note que des décisions de modifications thérapeutiques sont prises la veille ou le jour même de la sortie, n'apportant pas le recul nécessaire pour évaluer l'impact d'un nouveau traitement. Pour être retenue comme prématurée, il fallait que la conséquence de la ré-hospitalisation précoce soit due à cette décision thérapeutique.

- Pour 18% elles sont constituées d'observations notées dans le dossier médical qui relatent un signe clinique d'aggravation, ou une difficulté soulignant un problème dans l'organisation du retour à domicile et pour lequel la sortie n'est pas modifiée.



- **Autres motifs**

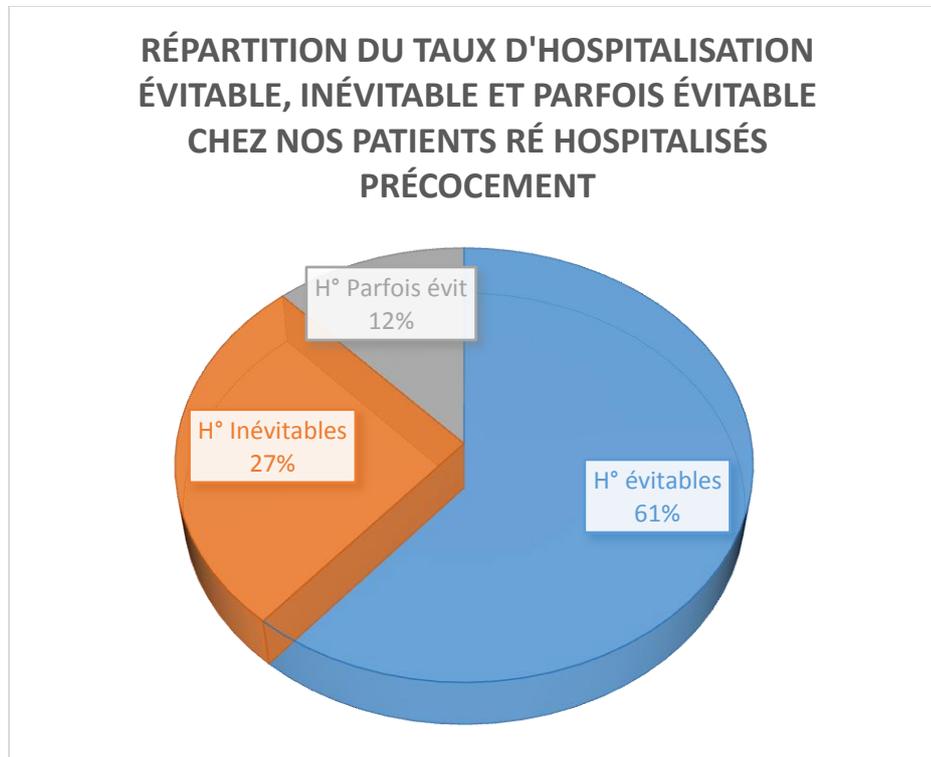
On retrouve pour ce critère 19 situations qui sont constituées pour la moitié d'absence de rendez-vous avec l'assistante sociale pour anticiper le problème de maintien à domicile mis en cause dans la ré-hospitalisation précoce.

Enfin l'autre moitié correspond à l'absence de consultation spécialisée concernant des décompensations d'autres organes durant l'hospitalisation. Par exemple : Des patients diabétiques présentant lors de leur séjour en cardiologie des hypoglycémies ou des hyperglycémies n'ont pas eu de consultation en diabétologie. Ce motif est retenu si le patient revient pour hyper ou hypoglycémie en ré hospitalisation précoce.

- **Courriers**

On recueille 41 courriers envoyés en dehors du délai légal et pour trois patients il n'y pas eu de courrier de sortie.

Grâce à ces critères on peut donc classer les ré-hospitalisations précoces en évitables, parfois évitables et inévitables.



- Dans les ré hospitalisations évitables sont classées toutes les situations présentant un « oui » aux critères suivants :
 - diagnostic manqué
 - thérapeutique inadaptée
 - sortie prématurée
 - courrier >J7

Les ré hospitalisations précoces représentent alors 93 patients soit donc 61% des ré-hospitalisations évitables.

- Les ré-hospitalisations parfois évitables sont comptabilisées si un des critères suivant est coté « OUI » :
 - Complications chirurgicales
 - Effet d'un médicament
 - Autres complications

Elles correspondent à 18 personnes soit 12% des ré hospitalisations précoces de notre échantillon.

- Les ré-hospitalisations inévitables sont reconnue comme telles si :
 - aucun des critères d'Halfon n'est retrouvé.
 - On également décidé d'inclure en « inévitables », les patients ré hospitalisés précocement dans le cadre de l'évolution palliative de leur maladie connue et pour lesquels la situation n'aurait pas pu être évitée. On en compte 21.

On additionne les 21 patients en accompagnement palliatif et ceux n'ayant aucun critère qui sont au nombre de 20. On retrouve donc 27% d'hospitalisations inévitables.

Le taux de ré hospitalisation précoce évitable des plus de 65 ans au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie est donc de 4.6 %.

IV.d.6.Le Décès

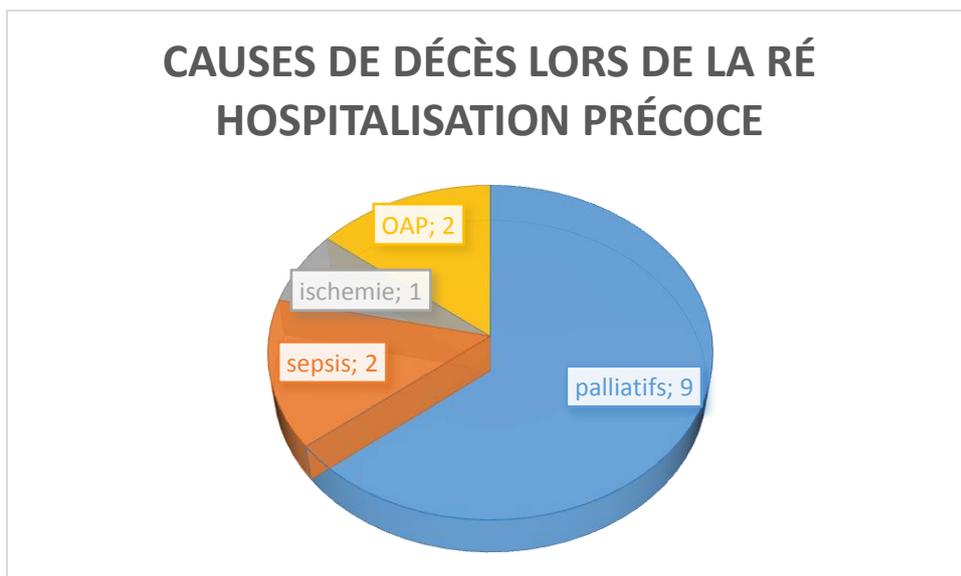
Dans nos 152 ré-hospitalisations, on note 14 décès soit 9% de décès lors d'une ré-hospitalisation précoce.

Cependant, lorsque l'on analyse ces décès, on remarque que 9 d'entre eux sont liés à un contexte de soins palliatifs (6 suivis en palliatif pour une maladie cancéreuse, 2 pour insuffisance cardiaque terminale palliative et 1 patient pour un anévrisme de l'aorte abdominale non opérable comprimant le grêle et pris en soins palliatifs.) Ces 9 décès représentent donc 65 % des décès lors d'une ré-hospitalisation précoce.

Les autres décès sont :

- 2 décès dans les suites d'un œdème aigu du poumon
- 2 patients mourant dans les suites d'un sepsis
- - 1 ischémie aigue de membre

Les patients décédés lors de leur ré hospitalisation hors du contexte palliatif ne représentent finalement que 3.3 % des ré hospitalisés précocement.



V.DISCUSSION

V.a.Caractéristiques démographique de l'échantillon

L'âge moyen de nos patients dans l'étude est de 82.58 ans avec une majorité de patients entre 80 et 89 ans. Cela est concordant avec les chiffres INSEE de 2008 [13] d'hospitalisation en Aquitaine qui nous montre que le recours à l'hospitalisation augmente à partir de 60 ans puis trouve son apogée autour de 85 ans., Enfin on note une nette diminution vers 88ans qui équivaut à l'âge moyen d'entrée en institution. Il est vrai que les plus de 90 ans ne représentent plus que 20% de notre échantillon.

Contrairement aux données INSEE de 2008 [13], qui nous explique que l'on retrouve une plus grande proportion d'hommes hospitalisés que de femmes après 60 ans en Aquitaine. Une étude canadienne [14] a même mis en évidence le fait d'être un homme comme facteur de risque d'hospitalisation. Nous nous retrouvons une parité homme femme dans notre échantillon de patient ré-hospitalisés avec 49.7% d'hommes et 50.3% de femmes.

V.b.Le séjour initial

V.b.1.Contexte de vie du patient

Dans notre étude on retrouve une forte proportion de patient victime de ré hospitalisation précoce venant du domicile, près de 85%. Ce qui est corroboré par les données statistiques du CREDOC de 2005 [15] qui nous montrent qu'après 65 ans 94.5% de la population française vit à domicile.

Notre pourcentage est un peu plus faible mais nos patients sélectionnés sont plus fragiles que la population générale car ils seront ré hospitalisés précocement. De plus, notre situation territoriale [16] nous confère un nombre de place en EHPAD plus important pour mille habitants que le reste de la région ce qui effectue un recrutement plus important de patients institutionnalisés. En effet, dans notre étude, cela représente 13% de notre effectif à la première hospitalisation.

V.b.2.Fragilité initiale :

Dans notre étude les patients victimes de ré hospitalisation sont fragiles dès leur entrée au premier séjour à 97%. Pour cela on a utilisé le score ISAR car il représente aujourd'hui un outil validé par la HAS grâce à l'étude GRAF de 2011[17]. Il permet de détecter les personnes de plus de 65 ans avec un risque de déclin fonctionnel et un risque de ré hospitalisation précoce. La valeur prédictive négative de ce score est de 89%. La SFMU l'a quant à elle validé depuis 2003.[18]

Dans l'étude de 2007 publiée dans le journal européen des urgences [10], elle montrait que les patients venus aux urgences de plus de 75 ans avaient un score ISAR>2 dans 75% des cas.

Notre population est plus fragile que la population prise dans cette étude car pour nous, il s'agit du score ISAR des patients qui seront ré hospitalisés dans les 30 jours. Il s'agit donc d'une sélection de patients avec un risque de ré hospitalisation de 100%.

On peut donc dire que dans notre étude le score ISAR avait une bonne sensibilité concernant une ré hospitalisation précoce puisque $Se=147/(147+5)=97\%$.

Le score ISAR>2 recommande une évaluation gériatrique. Dans notre étude, seuls 18% des patients ré hospitalisés précocement avaient bénéficié d'une évaluation gériatrique au premier séjour.

Notre étude met en évidence que le Centre Hospitalier d'Oloron [19] dispose d'une filière gériatrique inadaptée aux besoins de son territoire d'attraction dont la population, nous l'avons vu, est âgée.

En effet à ce jour, avec l'effectif médical présent soit 2.6 effectifs temps plein sur le court séjour gériatrique, le SSR et l'USLD, nous ne disposons pas d'une consultation gériatrique, ni d'une équipe mobile gériatrique identifiée en tant que telle [19]. Sur les 2021 hospitalisations de patients de plus de 65 ans admis par les urgences en une année, seuls 153 patients ont été orientés en médecine gériatrique, soit 7.5 %.

Nous constatons que le recours à un avis spécialisé en gériatrie est insuffisant. Ce manquement à une prise en soins adaptée et recommandée est un facteur important de ré-hospitalisation précoce pour 82% des patients de notre étude. En effet un score ISAR supérieur à 2 recommande une évaluation gériatrique.

. Nous aurions donc pu conclure directement en disant que 82 % des ré hospitalisations auraient pu être évitées si les patients avaient bénéficié d'une prise en soins optimale recommandée.

V.b.3.Répartition par service d'accueil

En 2010, la CNATM a évalué que 33% des patients âgés de plus de 75ans hospitalisés l'avait été dans un service de MCO [20]. La MCO comprend la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Dans notre étude, nos patients de plus de 65 ans ont été hospitalisés en urgence à plus de 80% dans un service de MCO.

V.b.4.Répartition par la cause de l'hospitalisation du premier séjour

Dans notre étude on retrouve quatre pathologies initiales vectrices de ré hospitalisations que sont la chute (16%), l'OAP (17%), les infections pulmonaires (10%) et les complications en lien avec une pathologie palliative (12%)

Dans la littérature on retrouve également l'insuffisance cardiaque à 24%, et les infections pulmonaires 18%.[21]

Cependant, on retrouve dans cette étude la chute décrite comme motif peu représenté chez les patients ré hospitalisés comme motif d'admission au premier séjour.

Néanmoins dans un relevé réalisé par les équipes mobiles gériatriques [22], on note que le motif premier du recours aux urgences d'une personne âgée est la chute à 24.8%.

Pour notre étude, il s'agit de la deuxième cause de recours aux urgences dans notre groupe de patient ré hospitalisés au premier séjour.

L'absence d'équipe mobile de gériatrie, de consultation gériatrique et finalement de filière gériatrique bien définie est probablement la cause de ce résultat. Après une première chute il n'existe pas pour les médecins libéraux d'évaluation de proximité. Ils n'ont donc pour choix que :

- soit ne rien faire et risquer alors une chute plus grave amenant le patient aux urgences.
- soit d'envoyer d'emblée le patient aux urgences pour qu'il soit peut être évalué s'il bénéficie d'une hospitalisation en gériatrie.

Hors d'après le groupe de travail du CHU de Bordeaux dirigé par le Pr Salles [22] la vulnérabilité et la fragilité de la personne âgée nécessite une prise en soins spécifique adaptée par le biais d'une filière gériatrique qui peut être réalisée par une équipe mobile de gériatrie.

Ce travail démontre qu'une évaluation précoce permet de confirmer, différer ou éviter l'hospitalisation d'un patient dans la mesure où les médecins ont une connaissance globale de celui-ci.

Une évaluation bordelaise des équipes mobiles à orientation gériatriques en 2008 [23] a démontré que l'évaluation de patients par une équipe mobile de gériatrie avait fait diminuer le taux d'hospitalisation de 75% à 50%.

Dans notre établissement, tous les patients qui le nécessiteraient n'ont pas ce parcours de soins adapté. Ainsi pour une chute, le recours à l'hospitalisation devient probablement plus fréquent qu'il ne devrait l'être. De plus, si le séjour se passe en MCO en raison de l'absence d'évaluation gériatrique, les ré-hospitalisations précoces en lien avec ce motif paraissent plus fréquentes.

Cela peut probablement expliquer les résultats de notre étude.

Cependant dans l'étude GRAF [17] citée précédemment ils nous expliquent que l'évaluation gériatrique standardisée n'améliore pas le taux de ré-hospitalisation précoce. Seule l'amélioration des conditions de sortie du patient améliore le taux de ré-hospitalisation précoce de 18% [23]

V.b.5.Le courrier :

L' HAS a créé un parcours de soins du patient de plus de 75 ans à risque de ré hospitalisation [24]. Elle propose 5 indicateurs de la pratique clinique avec notamment :

« Le nombre de patients sortants avec un compte rendu d'hospitalisation sur le nombre de patient sortant. »

Dans notre étude, il existe seulement un tiers des courriers qui sont transmis le jour même du départ du patient fragile.

Enfin, on note également que près de 25 % des courriers sont réalisés hors délais légaux.

V.c.La ré-hospitalisation :

V.c.1.Répartition par services :

Lors de la ré-hospitalisation précoce, malgré la fragilité supplémentaire induite par leurs ré-hospitalisations, on note un pourcentage très élevé de patients à nouveau admis en MCO. On en compte près de 85% et seulement un quart d'entre eux bénéficieront d'une évaluation gériatrique durant leur deuxième séjour.

Or d'après le Dr Leonart gériatre du CHU d'Angers [25] le patient ré hospitalisé précocement et repéré comme fragile doit être évalué rapidement par un gériatre.

Dans le groupe de travail dirigé par le Pr Salles au CHU de bordeaux sur la vulnérabilité du patient âgé [22] on relève aussi l'intérêt d'évaluer ces patients dans le but de le diriger dans le service le plus adapté et d'analyser surtout l'intérêt d'une hospitalisation après une vision globale du patient dans son environnement.

V.c.2.Répartition des ré-hospitalisés en fonction du motif de ré-hospitalisation.

Dans notre étude on remarque que 1/3 des patients ré admis précocement pour chute était admis initialement pour une chute.

La chute entraîne la chute. En effet on estime qu'une personne qui chute a 50% de risque de rechuter dans l'année. [26]

La prévention de la chute nécessite donc après celle-ci un bilan systématique de la personne qui chute et de son environnement. [27]

Malheureusement, dans notre étude, nous retrouvons seulement 25% d'évaluation gériatrique après une chute ayant mené à une ré-hospitalisation précoce.

L'œdème aigu du poumon est lui retrouvé comme la cause de décompensation de comorbidités la plus fréquente chez notre population âgée fragile suivi par les infections pulmonaires. L'œdème du poumon représente 18% de nos motifs de ré hospitalisations précoces sur l'année.

Dans les études, nous retrouvons des chiffres similaires. En 2008, un français sur cinq hospitalisé pour insuffisance cardiaque était ré hospitalisé précocement.[28-29]

Notre taux est un peu en dessous du taux retrouvé dans les études de forte puissance car nous avons volontairement enlevé les patients en phase d'insuffisance cardiaque terminale palliative c'est-à-dire ceux pour lesquels il avait été décidé et anticipé un accompagnement lors de la ré-hospitalisation pour œdème du poumon.

Malheureusement, ces situations sont encore trop peu nombreuses. En effet, dans l'article du circ.ahajournals.org [30] sur « Ré-hospitalisation pour insuffisance cardiaque : faut-il l'anticiper ou la prévenir ? » On évoque un consensus américain publié à l'American Heart Association [31] qui préconise d'anticiper les situations d'insuffisance cardiaque terminale en proposant une rencontre avec l'équipe de soins palliatifs, cela permet de définir l'accompagnement le plus éthique en accord avec le patient et sa famille. Cette approche permet une diminution nette du nombre de ré hospitalisations au profit d'un accompagnement de fin de vie au domicile.

Dans notre étude nous retrouvons également 18% de ré hospitalisation dans le cadre d'accompagnement d'une pathologie palliative. Cela peut paraître important mais le centre hospitalier d'Oléron Ste Marie est un hôpital de proximité.

Pour les pathologies cancéreuses, quand les centres de références n'ont plus de traitements curatifs à proposer, les patients peuvent être accueillis dans le service de médecine polyvalente. Ils peuvent ainsi bénéficier de traitement palliatifs et d'un accompagnement à la fin de vie près de leurs proches.

Le service de médecine de l'hôpital enregistre un décès tous les trois jours en moyenne sur l'année. Cependant on peut regretter que cette ré-hospitalisation se fasse par le biais des urgences. Toute fois un service d'urgences peut aussi accompagner les patients dans l'urgence d'un symptôme intense de fin de vie tel que l'étouffement, l'agitation, la crise comitiale ou l'hyperalgie. Chez 80 % des patients en soins palliatifs ré hospitalisés par les urgences, on notait l'un de ces quatre symptômes d'inconfort majeur.

V.c.3.Devenir des patients ré hospitalisés précocement

L'HAS dans sa fiche parcours sur « comment réduire les risques de ré hospitalisation évitables des personnes âgées ? » [24] décrit qu'une ré-hospitalisation engendre un risque important d'institutionnalisation et de déclin fonctionnel.

Ceci est corroboré dans notre étude car nous remarquons que le taux de retour à domicile direct entre la première et la deuxième hospitalisation chute de 30% au profit de l'institutionnalisation en majorité et des maisons de convalescence.

Le décès concerne près de 10% des patients ré hospitalisés précocement. Ce taux est ramené à 3.3 % si l'on y soustrait les patients en phase palliative. Cela constitue un risque modéré au vu des patients recrutés dans l'étude qui sont fragiles et vulnérables.

V.d.4.Discussion des résultats de l'évaluation du caractère évitable de l'hospitalisation selon les critères d'Halfon. [8]

Dans l'étude récente de 2012 de van Walraven [32] on évalue le taux de ré hospitalisation évitable à 23% des ré hospitalisations. Soit trois fois moins que le taux au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie.

Dans notre étude, le taux de ré hospitalisations évitables est élevé. En effet, on retrouve que 61% des ré hospitalisations sont potentiellement évitables.

En principal critère d'Halfon, on retrouve la sortie prématurée due dans notre étude à l'absence d'évaluation gériatrique dans les services de médecine et de chirurgie. Ce manque d'évaluation spécialisée est probablement en lien avec notre résultat.

En critère secondaire, on retrouve le courrier envoyé hors délai légaux dans 38 dossiers.

Dans la fiche parcours sur « comment réduire les risques de ré hospitalisations évitables des personnes âgées ? »[24] Il est proposé que le compte rendu d'hospitalisation soit transmis le jour même de la sortie du patient. Ce qui constituait dans notre étude à peine un tiers des courriers.

Le diagnostic manqué constituait quant à lui une piste intéressante d'amélioration car on notait que dans 50% des diagnostics manqués cela était imputable au manque de connaissance de la fragilité de ce patient par le service d'accueil.

Dans de nombreux articles comme celui sur les équipes mobiles de gériatrie [22], on retrouve l'intérêt d'une évaluation gériatrique précoce (dès les urgences) pour aider à l'aiguillage du patient dans la filière gériatrique. Il s'agit de proposer une hospitalisation si elle est nécessaire dans le service le plus adapté au vu de la situation ou bien une non-hospitalisation mais avec un bilan gériatrique systématique complet (environ 1h1/4) comprenant une évaluation sociale et médicale du patient et de son environnement. Cette évaluation se fait en lien systématique avec les intervenants extérieurs du domicile et le médecin traitant.

Concernant les thérapeutiques inadaptées, causes d'évitabilité, on perçoit encore le manque de visualisation globale du patient pris en compte dans sa vulnérabilité et sa fragilité par le maintien des AVK, l'absence de prescriptions de kinésithérapie ou d'infirmière à domicile.

Enfin concernant le taux brut de ré hospitalisation précoce des plus de 65 ans on retrouve un taux de 7.5%. Concernant en particulier les ré hospitalisations évitables on retrouve un taux de 4.8%.

Dans une cohorte de 2008 de Laniece [5] concernant la ré hospitalisation globale des patients âgées de plus de 75 ans, il retrouve un taux à 14% cependant dans cette étude il ciblait des patients plus âgés que dans la nôtre ainsi que des patients admis en court séjour gériatrique donc plus vulnérables de principe.

Le taux de ré-hospitalisation « brut » est de 7.5% pour les patients de plus de 65 ans qui est un taux acceptable puisque on retrouve dans les études un taux 14% pour les patients de plus de 75 ans. [5]

Concernant le taux spécifique de ré hospitalisations évitables, La méta-analyse récente portant sur 34 études de Vanwalraven de 2011[32] évalue un taux moyen à 2.2%. En comparaison, notre étude a donc un taux doublement supérieur à ce taux moyen de ré hospitalisations évitables.

V.d.Limite de l'étude

V.d.1.Les sujets inclus :

Notre échantillon n'est pas représentatif de la population puisque notre étude se limite au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie. C'est une étude mono centrique spécifique à un centre hospitalier de proximité où la filière gériatrique n'est pas suffisamment développée.

Cependant notre étude se situe sur une période représentative d'un an englobant alors les différentes variabilités du taux d'hospitalisation en fonction des saisons et donc des épidémies. Elle évalue également l'ensemble des pathologies en cause de ré-hospitalisation.

De plus, la taille de l'échantillon est assez conséquente pour le centre hospitalier d'Oloron et permet d'en faire l'état des lieux et de réfléchir à des pistes de travail pour améliorer la filière gériatrique.

V.d.2.Biais dû aux techniques de mesures

Nous n'avons pas pu dans cette étude évaluer, sur les 2021 hospitalisations, le nombre de patients qui auraient pu être hospitalisés dans un autre établissement.

Cette éventualité est faible. En raison de notre situation géographique et de l'éloignement des autres établissements, les patients sont adressés aux urgences du centre hospitalier d'Oloron Ste Marie. Ils seront transférés dans une autre structure si leur pathologie le nécessite. Cependant les indications de prise en charge en neurochirurgie, chirurgie vasculaire, cardiologie interventionnelle sont restreintes chez ces patients âgés, fragiles, avec un score ISAR>2.

Le score ISAR a été déduit par la lecture des dossiers médicaux et paramédicaux. La précision de cette mesure est donc discutable car elle découle du calcul à posteriori d'informations non recueillies dans ce but.

Enfin une étude suisse de 2007 [33] montre l'intérêt pratique de l'utilisation du score ISAR mais il trouve, comme nous, un nombre important de patient à évaluer ce qui en pratique est impossible. Donc dans le but de cibler la demande gériatrique ils ont rajouté trois autres questions au score ISAR qui sont :

- Y a-t-il un diagnostic de démence qui est retrouvée ?
- Y a-t-il une notion de chute ou de traumatisme associé ?
- Le patient vient-il d'une maison de repos ?

Si l'on retrouve un score ISAR supérieur ou égale à 3 et une réponse oui aux trois questions associées il faut une évaluation spécialisée gériatrique en urgences.

L'étude du caractère évitable de la ré-hospitalisation par le biais des critères d'Halfon est malgré tout sujette à notre interprétation. Une double lecture aurait pu être envisagée permettant une meilleure puissance de l'étude. De plus, il s'agit de critères utilisés normalement dans le cadre d'un logiciel SQLape qui effectue l'analyse des données de manières plus objectives.

Malgré tout, une lecture attentive non automatisée permet dans certaines situations de mieux apprécier le caractère inévitable ou évitable de la ré-hospitalisation.

V.d.3.Limites liées à l'étude rétrospective

Le caractère rétrospectif induit le risque de données absentes et imprécises. Cependant, au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie, le dossier patient est informatisé. Il a été déployé dans tous les services de soins. Il comprend le dossier médical, paramédical, toutes prescriptions, les avis spécialisés. Cela nous a permis de retrouver facilement les données pour chaque patient. Le recours à la lecture du dossier papier n'a été nécessaire que pour deux cas.

V.e.Implications :

Ce travail permet comprendre le risque de ré- hospitalisations précoce et analyse le parcours de soins dans le Centre Hospitalier d'Oloron Ste Marie des personnes âgées fragiles. En effet au vu des 152 cas de notre Centre Hospitalier et de la lecture attentive de la littérature nous pouvons définir des pistes de travail intéressantes.

Il nous semble essentiel en adéquation avec les recommandations, de repérer les patients dès leur admission.

Après concertation entre les gériatres et les urgentistes, un score de fragilité a été inséré dans le dossier des urgences. Il comprend un volet médical et un volet social. Sa réalisation n'est pas aisée et chronophage. Quelques mois après son introduction, les médecins des urgences l'ont cessé de l'utiliser.

Le score ISAR semble être un outil pratique car :

- il est réalisable par le personnel médical et paramédical en 2 à 3 min
- il est fiable puisqu'il présente une valeur prédictive négative de 89%.

Le renforcement de la filière gériatrique du Centre Hospitalier d'Oloron nous paraît légitime si nous tenons compte des caractéristiques de la population du bassin de vie. Il nous paraît opportun de créer une équipe mobile de gériatrie.

Cette équipe pluridisciplinaire pourrait apporter son expertise :

- au niveau des urgences pour une évaluation précoce des patients
- Dans les services de MCO.

L'intervention précoce de cette équipe permettrait dans certains cas de limiter des hospitalisations s'avérant inopportunes à l'issue de l'évaluation globale du patient. Elle pourrait être un acteur primordial de la relation ville-hôpital, ce qui fait défaut actuellement dans notre établissement.

L'équipe mobile de gériatrie permet de mieux aiguiller le patient vers le service le plus adapté :

- Ses interventions pourraient appuyer les demandes d'admission faites par les médecins des urgences.
- Dans les services de MCO, son intervention permettrait de limiter la durée des séjours des patients âgés fragiles et leur proposer la suite de leur prise en soins en adéquation avec leurs besoins : SSR ; institutionnalisation ; retour à domicile avec aides....

Bien entendu, la création d'une telle équipe aurait un coût. Cependant l'analyse médico-économique mérite d'être réalisée car :

- Des consultations gériatriques pourraient être organisées. C'est une réelle attente des médecins généralistes de ville.

- La durée des séjours pourrait être diminuée, permettant un meilleur turn over avec une augmentation de l'activité spécialisée de chaque service.

- Il y aurait moins de problèmes pour orienter correctement les patients depuis les urgences, la saturation des lits d'aval étant récurrente

- On pourrait également imaginer une hospitalisation de jour gériatrique.

La création d'une équipe mobile apporterait sans nul doute une amélioration de la prise en soins de nos patients âgés fragiles.

Pour notre bassin d'attraction ne pas y avoir accès représente une source d'iniquité, ce qui peut poser un problème éthique.

Enfin, notre étude relève que les courriers de sortie sont trop tardifs pour être une aide efficiente au suivi du patient.

Nous disposons d'une messagerie sécurisée liant les médecins généralistes de l'agglomération olronaise et le Centre Hospitalier. Elle est déjà utilisée pour transmettre aux praticiens des résultats de laboratoire et des avis de passage des patients aux urgences.

Nous pourrions donc envisager d'envoyer, le jour de la sortie, un courrier de liaison informant le médecin traitant du suivi à réaliser dès la sortie de son patient.

VI.CONCLUSION

Dans notre étude mono centrique rétrospective sur l'évaluation et l'analyse du taux de ré-hospitalisation dans les trente jours des patients âgés à risque, on retrouve un taux global de 7.5% dont 61% sont considérés potentiellement évitables rendant un taux spécifique des ré-hospitalisations évitables à 4.5%.

Le taux globale est acceptable en comparaison aux différentes études réalisées sur ce sujet. Cependant les ré-hospitalisations potentiellement évitables sont élevées et nécessite une amélioration de notre pratique.

L'analyse du taux de ré-hospitalisation pouvant être évités met en lumière plusieurs axes d'amélioration qui sont :

- améliorer le repérage des patients âgés fragiles
- augmenter le nombre d'évaluations gériatriques des patients le nécessitant.
- amélioration du taux de courrier réalisé et transmis dès le jour de la sortie du patient

Au total cette étude met en exergue :

- la nécessité d'utiliser un outil d'évaluation validé pour repérer précocement les patients âgés fragiles.
- La nécessité d'une coordination Ville-Hôpital plus performante.

Pour ce faire il faudrait :

- Généraliser l'utilisation du score ISAR pour tous les patients de plus de 65 ans qui sont hospitalisés. Ce score devrait figurer dans le dossier médical informatisé en particulier dans le dossier de passage aux urgences en remplacement du score de fragilité actuel.

- Créer une équipe mobile à orientation gériatrique intervenant dans tous les services d'hospitalisations et développer une consultation gériatrique.
- Utiliser la messagerie sécurisée et raccourcir le délai d'envoi des courriers de sortie

ANNEXE

ANNEXE 1

1/3

SCORE ISAR

NUMERO DU PATIENT : X/152

- Avant votre maladie ou blessure qui vous a fait venir aux urgences, aviez-vous habituellement besoin de l'aide d'une tierce personne ?

OUI NON

- Depuis le début de la présente maladie ou blessure, avez-vous eu plus besoin d'aide pour s'occuper de vous ?

OUI NON

- Avez-vous été hospitalisé une nuit ou plus au cours des six derniers mois (à l'exception d'un séjour aux Urgences) ?

OUI NON

- Voyez-vous bien habituellement ?

OUI NON

- Avez-vous habituellement de gros problèmes de mémoire ?

OUI NON

- Prenez-vous plus de trois médicaments différents par jour ?

OUI NON

Si 2 oui,

NECESSITE D'UNE EVALUATION GERIATRIQUE : OUI NON

ANNEXE 2

2/3

RECUEIL DE DONNÉES SECONDAIRES

NUMERO DU PATIENT : X/152

PATHOLOGIE 1^{ère} HOSPITALISATION :

PATHOLOGIE 2^{ème} HOSPITALISATION :

SERVICE ACCUEIL 1^{ère} H° :

SERVICE ACCUEIL 2^{ème} H° :

DECES A LA 2^{ème} H° : OUI NON

PROVENANCE A LA 1^{ère} H° :

PROVENANCE A LA 2^{ème} H° :

DEVENIR A LA 1^{ère} H° :

DEVENIR A LA 2^{ème} H° :

LIEN ENTRE H°1 et H°2 : OUI NON

EVALUATION GERIATRIQUE REALISEE : OUI NON

ANNEXE 3

3/3

CRITERES D'HALFON

Numero du patient X/152

| | | |
|---------------------------|-----|-----|
| COMPLICATION CHIRURGICALE | OUI | NON |
| | | |
| EFFET MEDICAMENTEUX | OUI | NON |
| | | |
| AUTRES COMPLICATIONS | OUI | NON |
| | | |
| | | |
| DIAGNOSTIC MANQUE | OUI | NON |
| | | |
| THERAPEUTIQUE INADAPTEE | OUI | NON |
| | | |
| SORTIE PREMATUREE | OUI | NON |
| | | |
| AUTRES MOTIFS | OUI | NON |
| | | |
| | | |
| COURRIERS > 7J | OUI | NON |
| | | |

RE-HOSPITALISATION : (entourer la réponse)

- EVITABLE
- PARFOIS EVITABLE
- INEVITABLE

BIBLIOGRAPHIE

[1] Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques.

[2] McCusker J, Healey E, Bellavance F, et al. Predictors of repeat emergency department visits by elderly. Acad Emerg Med 1997 ; 4 : 581-8.

[3] Rowland K, Maitra AK, Richardson DA, et al. The discharge of elderly patients from an accident and emergency department: functional changes and risk of readmission. Age Ageing 1990 ; 19 : 415-8.

[4] Congress of the United states of America. (111; 2010; Washington). An act entitled The Patient Protection And Affordable Care Act. 906 p.

[5] Mazière S, Lanièce I, Hadri N et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. Presse Med. 2011; 40 : 101-110.

[6] ANNEXE_METHODO__REHOSPITALISATIONS_EVITABLES_VF - annexe_methodo__rehospitalisations_evitables_vf.pdf [Internet].

Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo_rehospitalisations_evitables_vf.pdf

[7] . diagnostic-territorial-de-santé.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.santehautbearn.fr/wp-content/uploads/2013/05/diagnostic-territorial-de-sant%C3%A9.pdf>

[8] Halfon P et al. Validation of the Potentially Avoidable Hospital Readmission Rate as a Routine Indicator of the Quality of Hospital Care. Med Care 2006;44:972-981.

[9] Chutes répétées PA - Argumentaire - chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf

[10] S. Mazowiecki, C. Berranger Service des urgences, centre hospitalier, Saint-Nazaire, France Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans Journal European des Urgences Vol 20, N° 1S - mai 2007pp. 114-

[11]. SQLape-2012-AR-documentation_didactique_version_FINALE_1.0 - SQLape-2012-AR-documentation_didactique_version_FINALE_1.0_fr.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/SQLape-2012-AR-documentation_didactique_version_FINALE_1.0_fr.pdf

[12]. Code de la santé publique - Article R1112-1 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908159&dateTexte=&categorieLien=cid>

[13] Insee - Santé - 511 000 Aquitains hospitalisés dans les services de médecine ou chirurgie [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=4&ref_id=16297

[14] Neupane B, Walter S, Krueger P et al. Predictors of inhospital mortality and re-hospitalization in older adults with community-acquired pneumonia : a prospective cohort study. BMC Geriatr. 2010; 10:22.

[15] . Cout de la dependance des personnes agees - C221.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C221.pdf>

[16] 4_pages_synthese_EHPA.indd - infostat_01_EHPA_aout_2011.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/99_publications/02_ars/Etudes_statistiques/infostat_01/infostat_01_EHPA_aout_2011.pdf

[17] Graf CE et al. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. Aging Clin Exp Res 2011 Aug;23(4):244-54.

[18] J. Bouget, F. Carpentier, J. Kopferschmitt, H. Lambert, P. Lebrin, T. Rusterholtz 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES STRASBOURG TEXTE COURT 2003 dec 5.

[19] Hôpitaux - Centre Hospitalier d'Oloron Sainte-Marie à OLORON STE MARIE CEDEX [Internet]. Disponible sur: <http://www.centrehospitalier-oloron.fr/>

[20] CNAMTS-220812.indd - catalogue.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2013/data/catalogue.pdf>

[21] Golden AG et al. Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. Gerontologist 2010;50(4):451-8. Epub 2010 Feb 25.

[22] Pr Nathalie Salles Pôle de Gériologie CHU Bordeaux. Le service public hospitalier et la vulnérabilité : Les équipes mobiles de gériatrie. 2012. Disponible sur : sante.gouv.fr

[23] Couturier P. "équipes mobiles de gériatrie : où en sommes nous?" IV journées nationales des équipes mobiles de gériatrie à Bordeaux 2008 mai.

[24] fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf

[25] Sébastien LLEONART EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE: De l'évaluation à la réalisation du plan d'aide. CHU d'ANGERS 2008.

[26] Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. NEJM 2003;348:42-9

[27] . Dargent-Molina P, Bréart G. Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. Rev Épidém et Santé Publ 1995;43:2-83

[28] Perel C, Chin F, Tuppin P, Danchin N, Alla F, Juillière Y, de Peretti C. [Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions 2002-2008, France](#). Bull Epidemiol Hebd 2012;41:466-70.

[29] L'insuffisance cardiaque / Maladies cardio-vasculaires / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-vasculaires/L-insuffisance-cardiaque>

[30] . Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, Goldstein NE, Matlock DD, Arnold RM, Cook NR, Felker GM, Francis GS, Hauptman PJ, Havranek EP, Krumholz HM, Mancini D, Riegel B, Spertus JA. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2012;125:1928–1952.

[31] Akshay S. Desai, MD, MPH ; Lynne W. Stevenson, MD14:46:11:02:13 Page 124 Réhospitalisation pour insuffisance cardiaque Faut-il l'anticiper ou la prévenir ? circ.ahajournals.org 2013 feb 11.

[32] Van Walraven, C., Wong, J., Forster, A. (2012). LACE + index: extension of a validated index to predict early death or urgent readmission after hospital discharge using administrative data. Open Medicine, 6(3), 90-100

[33] Swine C.,(2007). Suivi du patient âgé dans la configuration du programme de soins G à l'hôpital multidisciplinarité et intégration dans le réseau. AFMC.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les

perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.