



HAL
open science

Étude des caractéristiques des patients âgés de 70 ans et plus ré-hospitalisés dans les 30 jours de façon non programmée au CHU de La Réunion lors du dernier trimestre 2014

Elena Morello

► To cite this version:

Elena Morello. Étude des caractéristiques des patients âgés de 70 ans et plus ré-hospitalisés dans les 30 jours de façon non programmée au CHU de La Réunion lors du dernier trimestre 2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01237867

HAL Id: dumas-01237867

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237867>

Submitted on 3 Dec 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

Thèse n° 142

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

Présentée et soutenue publiquement

Le 27 octobre 2015

par **MORELLO Elena**

Née le 17 Avril 1987 à Meudon

Étude des caractéristiques des patients âgés de 70 ans et plus ré-hospitalisés dans les 30 jours de façon non programmée au CHU de La Réunion lors du dernier trimestre 2014.

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur REVEL Frédéric

Jury

Madame le Professeur RAINFRAY Muriel.....Présidente du jury

Madame le Professeur BOURDEL-MARCHASSON Isabelle.....Juge

Madame le Docteur DE OLIVEIRA Maria-Fatima.....Juge

Monsieur le Docteur DESPRES Jérémie.....Juge

Monsieur le Docteur REVEL Frédéric.....Juge

Rapporteur

Monsieur le Professeur COMBES Xavier

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	p.2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	p.4
INTRODUCTION.....	p.5
MATERIEL & METHODES.....	p.7
<i>Type d'étude</i>	p.7
<i>Critères d'inclusion</i>	p.7
<i>Critères d'exclusion</i>	p.8
<i>Recueil de données</i>	p.8
<i>Analyse statistique</i>	p.9
RESULTATS.....	p.10
<i>Population et caractéristiques démographiques</i>	p.10
<i>Caractéristiques médicales</i>	p.10
<i>Caractéristiques thérapeutiques</i>	p.11
<i>Caractéristiques des Syndromes gériatriques</i>	p.12
<i>Caractéristiques sociales</i>	p.13
<i>Caractéristiques du séjour hospitalier</i>	p.14
DISCUSSION.....	p.16
CONCLUSION.....	p.21
BIBLIOGRAPHIE.....	p.22
ANNEXES.....	p.29

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur RAINFRAY

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter ma candidature au DESC de gériatrie,

Recevez ici mes plus respectueux remerciements.

À Madame le Professeur BOURDEL-MARCHASSON

Vous me faites l'honneur de prendre part à ce jury,

Vous m'avez fait l'honneur de m'encourager dans le souhait de devenir gériatre,

Recevez ici mes plus respectueux remerciements.

À Monsieur le Professeur COMBES

Vous me faites l'honneur de prendre part à ce jury,

Vous m'avez fait l'honneur d'être rapporteur de ce travail,

Recevez mes plus respectueux remerciements.

À Madame le Docteur DE OLIVEIRA

Tu me fais l'honneur de prendre part à ce jury,

Tu as été un grand soutien durant mon internat, cette rencontre qui fait naître des vocations. Pour ton incroyable générosité, tes conseils avisés, pour avoir été un guide essentiel dans les directions à prendre puis le pilier pour les débiter..

Reçois mes plus respectueux remerciements.

À Monsieur le Docteur DESPRES

Tu me fais l'honneur de prendre part à ce jury,

Tu as toujours été là pour répondre à mes interrogations, présent pour me former au plus près de ma progression. Pour toutes tes remarques constructives, tes conseils précieux, le temps d'un semestre... Le temps de confirmer mes projets futurs,

Reçois mes plus respectueux remerciements.

À Monsieur le Docteur REVEL

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury,

Pour ta direction de thèse, pour ta disponibilité impressionnante, ta constante patience, ton soutien permanent dans cette période, tes conseils toujours avisés tant sur la thèse que pour le futur. Tu es cet aîné bienveillant nécessaire au développement de tout étudiant,

Reçois mes plus respectueux remerciements.

À l'Unité de Soutien Méthodologique, notamment à Monsieur le Docteur CHIRPAZ

Pour l'aide que vous m'avez apportée, vos conseils dans ce travail de thèse,

Recevez mes respectueux remerciements.

Je dédie cette thèse notamment...

À ma famille : Merci pour votre soutien inconditionnel, par-delà les océans. Merci pour vos sourires, votre bonne humeur et tous ces moments passés ensemble.

À toi maman, mon premier supporter ! Pour tout ce que tu es, tout ce que tu nous donnes, te ressembler sera toujours un but en soi.

À mes amis, de tous les horizons :

Mes colocataires de toujours devenues à tour de rôle mes petites (ou grandes) sœurs : Florence, Camille et Emilie.

Aux pinks et aux fofous de la fac : Hélène, Coralie, Marie-Justine, Lucile, Marion, Alice, Valentine le Vimou, Sophie, Pierre-Marie, Fanny, Laura, Charlotte et tous les autres : toutes ces années avec vous ne laisseront jamais les océans nous séparer !

Aux joyeux lurons qui m'ont fait entrevoir d'autres horizons : Jannike, Jules Beau-Cerf, Jules Jacques, Stéphan', Rachelle, Marianne Ben et toute la bande !

À tous les dalons de La Réunion : Rodolphe – que ferais-je sans toi ? Le grand-frère joignable à toute heure ! – Charlotte Thom et votre petite Roxane, Juju – notre savant fou local – Xav, Stella, Gaëlle – et ta précieuse relecture !-, Arnaud, Tabard, Jennifer, Julie – refaire le monde en geignant, tout un art de vie ! – Marie-Laure – je m'engage donc je suis – Marion – je danse donc je suis – Malvina et Willy – toujours dispo pour une bière ou un thé ou les deux en même temps ! – Marine, Emilie et tous les autres ! Et ceux partis trop tôt : Charline, Audrey, petit Paulin, Coline... À bientôt sur d'autres continents !

À toi qui partage ma vie, qui m'a supportée tout ce temps et quelques années encore... Merci d'avoir été là, merci pour ce que tu es.

LISTE DES ABREVIATIONS :

AOMI	Artérite Oblitérante des Membres Inférieurs
APA	Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	Broncho- Pneumopathie Chronique Obstructive
CRH	Compte- Rendu d'Hospitalisation
DIM	Département d'Informatique Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
FDRCV	Facteurs de Risque Cardio- Vasculaire
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SAU	Service d'Accueil des Urgences
TRST	Triage Risk Screening Tool
BOOST	Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions

INTRODUCTION

La population mondiale vieillit : en 2012, 17.8 % des européens sont âgés de 75 ans et plus, proportion estimée à 30% pour 2060 (1). Les enjeux de santé publique se voient ainsi modifiés par cet accroissement, notamment dans la prévention d'évènements défavorables pour cette population, tels que les ré-hospitalisations (2–7). La cohorte SAFES dénombre 14% de sujets de 75 ans et plus ré-hospitalisés dans les 30 jours suivants une hospitalisation index. Cette proportion comprend les ré-hospitalisations précoces dites évitables (8), allant de 5 à 79% des ré-hospitalisations selon les publications (9,10). L'évitabilité est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme une hospitalisation non programmée en lien avec le séjour hospitalier précédent, survenant dans les 30 jours (11). Certains auteurs ont élaboré des algorithmes ou des classifications décisionnels pour les identifier mais la définition n'est pas consensuelle (12–15). Une méta-analyse de 2012 a montré que le taux de ré-hospitalisations jugées évitables, en l'absence d'une définition commune, était corrélé au nombre de reviewer et au statut universitaire ou non de l'établissement étudié (10). Ce taux est considéré comme un critère de qualité de soins s'il est bas (15,16). Des sanctions financières sont appliquées aux établissements hospitaliers par les autorités sanitaires de certains pays en Amérique du Nord et en Europe en cas de taux élevé (17). En France, selon la fiche « organisation des parcours de santé » publiée par la HAS en 2013, la réduction du taux de ré-hospitalisations évitables passe par le repérage des sujets à haut risque de ré-hospitalisation précoce puis par la mise-en-œuvre d'interventions ciblées sur cette population (11).

Deux manières de sélectionner les patients sont proposées : Premièrement, l'identification de patients à haut-risque via des scores validés puis la mise en évidence de facteurs de risque liés à un accroissement des ré-hospitalisations précoces. Ces facteurs de risque sont nombreux et de natures diverses : l'âge et le sexe (18–21) ; La présence de Syndromes gériatriques (18–32) ; Les difficultés sociales comme l'isolement, le bas niveau économique (20,23,30,31,33) ;

L'utilisation du système de santé comme une hospitalisation ou un passage aux urgences dans les 6 derniers mois (18,19,23,33,34) ; Le déroulement de l'hospitalisation, notamment la durée de séjour (18,26,27) ; L'organisation de la sortie : un changement de plan d'aides ou la présence du Compte Rendu d'Hospitalisation pour le médecin ambulateur (18,22,31,32). Ces variables sont peu spécifiques, donc difficiles à repérer. Il est proposé la réalisation de scores de stratification du risque de réadmission hospitalière, standardisés et rapides, à calculer dans les 48 premières heures de l'hospitalisation index ou au Service d'Accueil des Urgences (SAU) (11,35). Divers outils ont été testés dans ce but pour cibler les patients auprès desquels intervenir préventivement. Ces scores, notamment le Triage Risk Screening Tool (TRST), ont une spécificité et une sensibilité modestes (36,37). La HAS, dans sa fiche Parcours de Soins « hospitalisation de plus de 24 heures », propose l'utilisation du score « the 8Ps » qui permettrait une réduction relative de 13.5% des ré-hospitalisations précoces aux Etats-Unis (38). La seconde proposition est la réalisation d'une check-list standardisée reprenant les principaux facteurs modifiables mis en évidence dans la littérature (35).

Les méthodes préventives de la fiche HAS ne sont pas appliquées à l'heure actuelle en France, où 18% de la population est âgée de plus de 65 ans, dont 9% de 75 ans et plus (39). En particulier à la Réunion, la part des personnes âgées de plus de 65 ans s'y est accrue de 4% en 1982 à 12% en 2011, mais la littérature locale concernant cette tranche d'âge manque (40). Les statistiques locales nous renseignent sur des spécificités réunionnaises : l'incidence des pathologies vasculaires, notamment cérébro-vasculaires et du diabète y est élevée (41–43). L'âge d'entrée dans la dépendance est plus précoce, estimé à 79.5 ans (41). Le taux de dépendance des plus de 60 ans y est de 12.2% contre 9.1% en France métropolitaine. Le mode de vie y est particulier, avec une proportion de 92% des personnes âgées (dont 83% de celles-ci modérément à sévèrement dépendantes) vivant à domicile avec un entourage familial (43). Les hospitalisations de cette tranche de population représentent 19.3% des hospitalisations en

Médecine – Chirurgie – Gynécologie (MCO) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) (tous types) en 2014, soit 26 305 séjours hospitaliers sur les 136 543 totaux.

Ces informations ne permettent pas à elles seules de dégager des facteurs de risque locaux de ré-hospitalisation précoce ou d'utiliser des check-lists standardisées et donc d'appliquer les recommandations de bonne pratique de la HAS. L'objectif est donc d'étudier les caractéristiques des patients âgés de 70 ans et plus ré-hospitalisés dans les 30 jours, de façon non programmée, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de La Réunion.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Type d'étude

L'étude est observationnelle, descriptive, rétrospective durant le dernier trimestre 2014, au CHU de La Réunion composé de deux sites : le Groupe Hospitalier Sud Réunion et le Centre Hospitalier Félix Guyon au Nord. Les données étaient tirées de la base de données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) du CHU fournies par le Département d'Informatique Médicale (DIM) et croisées avec les données issues des dossiers médicaux informatisés et papier. Elles incluaient toutes les hospitalisations non programmées via le SAU ou par entrée directe, dans les 30 jours suivants une hospitalisation index, en service de MCO. L'hospitalisation index avait lieu entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2014. L'accord de la Commission Éthique Recherche du CHU de La Réunion a été sollicité. Les accords écrits de l'ensemble des chefs de pôle du CHU de La Réunion ont été donnés pour accéder aux données informatisées ou manuscrites. Chaque dossier a été rendu anonyme.

Critères d'inclusion

Tous les patients de 70 ans et plus à l'issue de l'hospitalisation index, résidant à domicile ou en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Critères d'exclusion

Les patients dont l'hospitalisation index s'est faite en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), Hôpital de Jour (HDJ), Hôpital De Semaine (HDS), dialyse ou de façon programmée en MCO. En effet du fait d'un suivi programmé rapproché, ils ne présentent pas les mêmes motifs de recours en urgence et sont plus à risque d'évènements indésirables différents. Les patients sortis de l'hospitalisation index en Hospitalisation À Domicile (HAD), en SSR ont également été exclus. En effet, ce sont des lieux où la présence médicale est forte. La ré-hospitalisation pourrait dans ces cas être considérée comme le prolongement de la première. Enfin, les patients ré-hospitalisés de façon programmée en service de MCO ou bien en HDJ, HDS, SSR hospitalier.

Recueil de données

Une fiche servait de support pour recueillir les données et comportait : des données démographiques (type âge et sexe) ; des caractéristiques médicales avec d'une part le nombre et le type de comorbidités du patient : cardio-vasculaire, addictions, neurologiques, hépatiques, néoplasiques, respiratoires et d'autre part le nombre de médicaments et leur appartenance à une classe (anticoagulant, psychotropes, Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP) ou « à visée cardiovasculaire »). Le compte des comorbidités était basé sur les pathologies du score de Charlson (44) (Annexe 1). L'existence d'un passage au SAU ou une hospitalisation dans les 6 mois précédents était recueillie. Des données fonctionnelles: un iADL (instrumental Activity of Daily Living) ou un GIR (Groupe Iso-Resource) (Annexe 2) étaient recueillis ou calculés sur la base d'informations trouvées dans le dossier paramédical à l'entrée le cas échéant. Si le calcul précis n'était pas possible, la donnée était notée manquante. Le GIR a été calculé plutôt que l'ADL (Annexe 3) du fait de son exploration de la cohérence, aisée à recueillir sur les données paramédicales, contrairement à l'autonomie pour se rendre aux toilettes contenue dans l'ADL. Ces scores demeurent néanmoins assez similaires. Des troubles de la marche (notés comme tels

dès la nécessité d'une aide technique) ou cognitifs préexistants étaient recueillis ainsi que la présence d'escarre ou d'un handicap sensoriel. L'état nutritionnel était apprécié par un diagnostic de dénutrition notifié ou calculé sur des données recueillies. Des caractéristiques sociales : le statut marital, l'existence et la présence d'enfants, d'aides humaines à domicile dites « extérieures » type Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) et aide-ménagère voire d'aides financières type Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) ont été pris en compte. Les données concernant l'hospitalisation index reprenaient la durée de séjour en jours et les motifs d'hospitalisation parmi les plus fréquents mis en évidence dans la littérature. L'organisation de sortie de l'hospitalisation index était notée avec la présence ou non d'un courrier destiné au médecin traitant, d'une modification du traitement et du nombre de médicaments à la sortie, d'un changement de plan d'aide avec la prescription d'aides humaines à domicile, un suivi préconisé et sa réalisation. Le score TRST, calculé sur 5 points, selon les items suivants : la présence de troubles cognitifs, de troubles de la marche, d'une perte fonctionnelle, une polymédication (présence de 5 médicaments ou plus) et une antériorité de passage aux urgences ou en hospitalisation dans les 3 mois (Annexe 4). Enfin, un recueil des motifs de ré-hospitalisation sur le même principe que l'hospitalisation index était réalisé (Annexe 5).

Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs ou pourcentages, les variables quantitatives en moyenne avec leur écart type (ET) ou médiane avec le 25^{ème} et 75^{ème} percentile. La normalité des distributions a été évaluée par le test de Shapiro Wilk, l'homoscédasticité par le test de Levene. Pour les données qualitatives, la recherche d'association avec les facteurs d'intérêt a été réalisée par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher, selon conditions de validité ; les comparaisons concernant les variables continues l'ont été par le test de Student ou le test de U Man-Whitney. Les comparaisons appariées (entre les données d'entrée et de sortie en hospitalisation ou entre les données de l'hospitalisation index

et celles de la ré-hospitalisation), qui n'ont concerné que des variables qualitatives, ont été réalisées par le test de Mac Nemar ou le test de Stuart-Maxwell. Enfin, les corrélations entre durées et délais ont été réalisées par le test non paramétrique de corrélation des rangs de Spearman étant donnée la distribution non symétrique de ces données.

Les statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA 11.2 ® (StataCorp, Texas).

RÉSULTATS

Population et caractéristiques démographiques :

Durant le dernier trimestre 2014, 2390 patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion cités, sont sortis d'hospitalisation en MCO au CHU. Parmi eux, 604 ont été ré-hospitalisés dans les 30 jours. Après exclusion des ré-hospitalisations programmées, 204 patients ont été ré-hospitalisés précocement, soit 8.5% de la population répondant aux critères de sélection sur cette période. Les ré-hospitalisations répétées pour un même patient ont été exclues de l'analyse statistique afin de limiter le poids de certains patients sur tout l'échantillon.

Ils étaient âgés de 70 à 97 ans. L'âge moyen était de 81 ans avec une médiane à 81 ans. 37.89% avaient entre 70 et 79 ans, 52.6% entre 80 et 89 ans, et 9.46% plus de 90 ans. La proportion de femme était de 53.4% (109 patientes) contre 46.5% d'hommes (95 patients).

Caractéristiques médicales :

Les patients présentaient entre 0 et 9 comorbidités. 73% des patients (soit 149 patients) présentaient moins de 5 comorbidités et 28.9% (59 patients) moins de deux comorbidités.

Les facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV) concernaient 88.7% des patients, les pathologies cardio-vasculaires représentaient 64.7%, et les maladies neurologiques étaient présentes chez la moitié des patients.

Table n°1 : Comorbidités des patients à l'entrée en hospitalisation index.

Antécédents / comorbidités	Effectif	Pourcentage (n=204)
ATCD cardio-vasculaires [a]	132	64,7
FDRCV [b]	181	88,7
ATCD neurologiques [c]	102	50
ATCD respiratoires [d]	62	30,4
ATCD gastro-entérologiques [e]	78	38,2
ATCD hémato-cancérologiques [f]	52	25,5
ATCD autres.	125	61,3
Risque Cardio-vasculaire Global [g]	184	90,7

[a] Antécédents (ATCD) cardiovasculaires : cardiopathie, insuffisance cardiaque aiguë, infarctus du Myocarde (IDM) ou angor, Fibrillation Auriculaire (FA), pacemaker, Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI), maladie thrombo- embolique veineuse.

[b] facteurs de risque Cardio- Vasculaire (FDRCV) : hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie, obésité, tabagisme, hyper uricémie.

[c] ATCD neurologique : Accident Vasculaire Cérébral (AVC) syndrome extrapyramidal, démence, épilepsie. [d]ATCD respiratoire : Broncho- Pneumopathie Obstructive Chronique (BPCO), asthme, insuffisance respiratoire chronique, Syndrome d'Apnées du Sommeil. [e]

ATCD gastro- entérologiques : ulcère gastro- duodénal, gastrite. [f] ATCD hémato-oncologique : néoplasie solide ou non, anémie, gammopathie monoclonale, autres. [g] RCVG : FDRCV [b], AVC, IDM, angor.

Ainsi, le risque cardio-vasculaire global (du stade FDRCV au stade maladie athéromateuse avérée) était présent chez plus de 90% des patients (Table n°2). Plus de la moitié des patients étaient atteints de diabète et plus de 80% d'hypertension artérielle (HTA).

Table n°2 : Caractéristiques selon le Risque Cardio- Vasculaire Global de l'échantillon étudié

Risque Cardio-vasculaire global	Effectif	Pourcentage (N=184)
Atteinte coronarienne	50	27,2
AOMI [1]	36	19,6
AVC [2]	48	26,1
HTA [3]	160	87
Diabète	101	54,9
Tabagisme sévré ou actif	45	24,4
Dyslipidémie	50	27,2
Hyper uricémie	25	13,6
Obésité	27	14,8

[1] Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI) ; [2] Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ; [3] Hypertension artérielle (HTA)

Caractéristiques thérapeutiques :

Le nombre de médicaments quotidiens à l'entrée par patient s'étendait de 0 à 17, avec une moyenne de 6.69 médicaments par patient et une médiane à 7. Ainsi 75% des patients (n=152) prenaient plus de 5 médicaments par jour. Les traitements à visée cardio-vasculaire étaient consommés par 79.4% de l'échantillon. Parmi eux, 96.8% des patients avaient un traitement antihypertenseur. Celui-ci allait au-delà de la trithérapie anti-hypertensive pour 9.8%

des patients. 30.5% de l'échantillon consommait des psychotropes, composés à 35% d'anti-dépresseurs ; Les anticoagulants étaient consommés par 21.6% des patients, majoritairement sous Anti-Vitamine K (AVK) (88.6 %) ; Ces trois classes thérapeutiques « à risque » n'étaient pas significativement reliées au nombre d'hospitalisations pour iatrogénie (respectivement $p=0.39$ et $p=0.139$). Le compte du nombre de traitements à l'issue de l'hospitalisation index montrait que 89.1% des patients sortaient de l'hospitalisation index avec 5 médicaments ou plus. Il existe une augmentation significative du nombre de médicaments entre l'entrée (en moyenne 6.69) et l'issue de l'hospitalisation index (en moyenne 7.97) ($p<0.0001$).

Caractéristiques des Syndromes gériatriques :

Le profil d'autonomie globale via l'étude du GIR montrait que 70.5% de l'échantillon présentait une dépendance sévère à modérée et 24.7% une dépendance sévère. (Table n°3)

Table N°3 : Caractéristiques de l'autonomie globale de l'échantillon selon GIR.

GIR	Effectif	Pourcentage (N=190)	Cumulé
1 [a]	21	11.05	11.05 %
2 [a]	26	13.68	24.74 %
3 [b]	27	14.21	38.95 %
4 [b]	60	31.58	70.53 %
5 [c]	15	7.89	78.42 %
6 [c]	41	21.58	100.00 %

[a] dépendance totale dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) [b] dépendance partielle dans les AVQ [c] autonomie conservée dans les AVQ.

Les troubles de la marche touchaient 70% des 199 patients recueillis, la présence de troubles cognitifs 46.5% des 187 patients recueillis et une dénutrition pour 55% des 163 patients recueillis. Les troubles sensoriels type baisse d'acuité visuelle étaient présents chez 66 patients et les troubles auditifs chez 42 patients (Table n°4).

Table n°4 : Syndromes gériatriques et capacités fonctionnelles des patients

Syndromes Gériatriques	Nombre	Pourcentage	N (total)
Classe GIR [a]			
1-2	47	24,7	190
3-4	87	45,8	190
5-6	56	29,5	190
Trouble de la Marche	139	69,9	199
Troubles Cognitifs	87	46,5	187
Baisse Acuité Visuelle	66	83,5	80
Baisse Acuité Auditive	42	75	56
Dénutrition	90	55,2	163
Escarre	16	8,3	192
Confusion	12	5,9	204
Syndrome Dépressif	19	9,3	204
Chute	45	39,8	113

[a] Groupe Iso-Ressource : 1-2=dépendance sévère ; 3-4= dépendance modérée ; 5-6=autonomie.

Caractéristiques sociales :

La situation matrimoniale montrait 41.1% de veuvage contre 43% de mariage, et une proportion de 89% des patients ayant des enfants. Le lieu de vie était principalement le domicile personnel (68.3%) ou familial (19.1%). L'hébergement en famille d'accueil (6.03%) et en institution pour 4.5% des patients restait faible. 79.8% des patients ne vivaient pas seuls et 94.5% d'entre eux avaient un aidant principal identifié (familial dans 87% des cas). 81.6% des patients bénéficiaient d'au moins une aide extérieure type Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) à domicile, Aide ménagère ou Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA). Seul 1 patient (0.5%) était complètement isolé (vivant seul sans aucun aidant principal identifié, ni aucune aide extérieure).

Caractéristiques des séjours hospitaliers :

Dans les 6 mois précédents l'hospitalisation index, 45.8% de l'échantillon avaient déjà été hospitalisés et 51.7% avaient été pris en charge dans un SAU. 49% étaient adressés par un aidant et 51% adressés par un médecin. Parmi ces derniers, 87.7% étaient adressés par leur médecin traitant (soit 39.3 % de l'effectif total) ou leur spécialiste de suivi. Le profil d'adressant à la ré-hospitalisation ne différait pas de celui de l'hospitalisation index ($p=0.14$). L'entrée en hospitalisation se faisait via le SAU pour 88.7% (181 patients) de l'effectif total et pour 86.2 % lors de la ré-hospitalisation, sans différence significative entre les deux séjours hospitaliers.

Lors de l'hospitalisation index, la durée de séjour allait de 0 à 77 jours, était en moyenne de 9.5 jours et la médiane était de 7 jours. 51.9% des patients restaient moins de 8 jours contre 28.9 % entre 8 et 14 jours. Lors de la ré-hospitalisation, la durée allait de 0 à 53 jours et était de 9.8 jours en moyenne (médiane à 7 jours). 51.9% des patients restaient moins de 8 jours et 26.4% entre 8 et 14 jours.

Table n°5 : Répartition des effectifs selon la durée de séjour en hospitalisation index et ré-hospitalisation.

Durée de séjour	Hospitalisation index		Ré-hospitalisation		N total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
<1 jour	1	0,49	0	0	204
1- 8 jours	106	51,96	106	51,96	204
9-14 jours	59	28,9	54	26,47	204
>14 jours	38	18,6	44	21,56	204

La durée de séjour initiale n'était pas liée à l'autonomie globale du patient (selon GIR) ($p=0.48$) ni à son type de domiciliation ($p=0.55$) ni au fait que le patient vive seul ($p=0.205$).

Le délai entre l'hospitalisation index et la ré-hospitalisation allait de 0 à 30 jours avec une moyenne à 11.5 jours et une médiane de 10 jours. 52.96 % de l'échantillon étaient ré-hospitalisés dans un délai de moins de 10 jours. Ce délai n'était pas relié de façon significative au risque cardiovasculaire global ($p=0.066$), ni à l'âge ($p=0.79$), au nombre de comorbidités

(p=0.247), à la durée de séjour (p=0.479), au degré d'autonomie (p=0.972), ni au fait de vivre seul (p=0.205)

Les motifs d'hospitalisation et de ré-hospitalisations les plus fréquents étaient les infections et les pathologies cardiaques, notamment l'insuffisance cardiaque, et la perte d'autonomie ou Altération de l'État général, puis l'iatrogénie et la décompensation respiratoire.

Table n°6 : Répartition des motifs de recours des hospitalisations index et ré-hospitalisation.

MOTIFS	hospitalisation index		ré-hospitalisation	
	Effectif	Pourcentage (N=204)	Effectif	Pourcentage (N=204)
infection	63	30,88	72	35,29
cardiologique	49	24	42	20,5
coronaire	11	5,39	7	3,43
Décomp cardiaque [b]	38	18,63	35	17,16
décomp respiratoire [c]	19	9,31	24	11,76
neurologique	14	6,8	11	5,39
AEG/perte d'autonomie [a]	31	15,2	29	14,2
iatrogénie	23	11,2	30	14,7
démence/TDC	17	8,33	13	6,37
fin de vie/social	19	9,3	26	12,7

[a] Altération de l'Etat Général (AEG) ; [b] décompensation cardiaque ; [c] décompensation respiratoire

Les services d'hospitalisation à la sortie du patient étaient principalement des services de médecine d'organe et de médecine polyvalente. Les services de gériatrie comptaient moins de 20 % des effectifs (Table n°7).

Table n°7 : Effectif selon le type de service à la sortie des hospitalisations index et ré-hospitalisation

Type de service de sortie	Hospitalisation index		Ré-hospitalisation	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
UHCD μ	16	7,89	16	7,84
médecine d'organe	73	35,78	65	31,86
Gériatrie	32	15,69	40	19,6
Médecine polyvalente	58	28,43	67	32,84
chirurgie	25	12,25	16	7,84

μ Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)

91.15% (175 patients) sortaient avec un compte-rendu d'hospitalisation à l'issue de l'hospitalisation index. Le TRST calculé était supérieur ou égal à 2/5 pour 89.68% de l'effectif calculé soit pour 175 patients sur 192.

DISCUSSION

Un profil des patients de plus de 70 ans ré-hospitalisés précocement au CHU de La Réunion a été dégagé. Les sujets avaient en moyenne 81 ans et étaient majoritairement des femmes. Les seuils d'âge observés dans la littérature varient de 65 à 75 ans selon le pays, le seuil de 70 ans a permis une bonne exhaustivité tout en écartant les patients plus jeunes avec un vieillissement pathologique (19). L'âge moyen à 81 ans est cohérent (18–22,45–47), tout comme le sexe féminin (18,19,25,33,45). Cependant ce dernier ne constitue un facteur de risque indépendant que dans certaines études (19,45). Ces ré-hospitalisations représentaient 8.5% des patients hospitalisés éligibles sur la même période. Une seule étude montre des résultats similaires au sein d'une population d'insuffisants cardiaques (48). Ce taux fait partie des plus faibles observés, situés entre 5 et 29 % (49). Il est basé sur le nombre de patients ré-hospitalisés et non sur le nombre de séjours ce qui peut le sous-évaluer du fait de l'exclusion des séjours ultérieurs des patients pluri-ré-hospitalisés. Ce choix méthodologique a été entrepris pour limiter l'impact des caractéristiques d'un patient par rapport à l'ensemble. De plus, l'étude, menée au CHU exclusivement, a probablement entraîné des perdus de vue, pris en charge au sein d'autres structures hospitalières (jusqu'à 22% de changement de site (50)) ; mais tous les services du CHU étant concernés, cela a permis de limiter les biais de recrutement liés à une activité de service préférentielle.

Néanmoins, près de 9 patients sur 10 entraînent en hospitalisation via le SAU et près de la moitié de l'échantillon comptait un passage au SAU ou une hospitalisation dans les 6 mois précédents. Ces antériorités de recours au système hospitalier favorisent les ré-hospitalisations

précoces (18–23,26,28,33,46,51–53). Les patients étaient adressés par un médecin dans plus la moitié des cas (médecin de suivi pour plus des trois quart d’entre eux). Or, les contacts médicaux précoces répétés permettent une diminution du taux de ré-hospitalisations précoces (54). De plus, un CRH a été donné à la sortie d’hospitalisation dans 91% des cas, ce qui est un chiffre élevé (21,22,32). Ces données laissent entendre que malgré un suivi régulier, les patients sont ré-hospitalisés précocement. Cela questionne quant aux motifs de recours à l’hôpital.

Parmi ceux-ci, l’insuffisance cardiaque, les pneumopathies et la BPCO sont les plus fréquentes (21,22,25,26,55–58). Cela confirme la première place de la décompensation cardiaque et des infections (dont les pneumopathies). L’Altération de l’État Général / perte d’autonomie représente la 3^{ème} cause la plus fréquente dans notre échantillon. L’étiologie n’étant pas précisée, et le nombre de diagnostics par patient n’étant pas limité, sa forte proportion est probablement liée aux diagnostics principaux sus- cités. Les décompensations respiratoires représentent 11.7 % des motifs de réadmission sans préjuger de la pathologie respiratoire sous- jacente. Cela est en accord avec *Westert et al.* pour qui les motifs de recours pour BPCO ou asthme allaient de 3.5 à 13.5 % selon les pays (58).

La durée moyenne de séjour (DMS) était de 9.5 jours. De nombreuses études rappellent que le risque de ré-hospitalisation précoce augmente avec la durée moyenne de séjour (seuil de 6 jours le plus souvent) (13,17,20,21,39,40,46,48,49,51,52). D’autres études néanmoins mettent en garde sur les retours « trop rapides » dont la DMS courte est un facteur de risque indépendant à part entière (18,29,59). Cette durée est à apprécier selon le motif d’hospitalisation et du terrain sous- jacent.

La poly-pathologie, définie par la présence de plus de 5 comorbidités, est un facteur de risque indépendant et prédictif de ré-hospitalisation précoce (18,21,22,46). Le recueil des

comorbidités qui est fait est issu d'une liste exhaustive de pathologies chroniques (46). Or, nous en observons entre 3 et 5 en moyenne dans notre échantillon. Nous les avons recueillis parmi la liste des pathologies incluses dans l'indice de Charlson, (44,60). Plusieurs travaux qui l'ont utilisé, montrent que la présence d'une comorbidité associée au diagnostic principal est un facteur de risque indépendant de réadmission hospitalière (18,19,21,51,61,62). Ils observent entre 2 et 3.5 comorbidités (30,51,61,62). Les plus fréquemment listées sont les pathologies cardio-vasculaires. Ceci correspond au profil de population locale (42) ainsi qu'aux profils décrits dans la littérature (18,21,30,48,52,55,59,61,63). Viennent ensuite la BPCO, les coagulopathies, les néoplasies, l'insuffisance rénale et les hépatopathies. (21,22,48,54,56,62,63). Le Syndrome dépressif a été noté chez 9.31% des patients, proportion faible (29,33). La dépression n'a été retenue que chez les patients pour lesquels elle était signalée dans les antécédents médicaux, sans mise en relation avec les patients adressés pour ce motif (qui représentent plus de 5% de l'échantillon- pour les deux hospitalisations confondues) ni avec les traitements anti- dépresseurs, consommés par 10.5% des patients. Ce chiffre bas est cohérent avec la proportion estimée à 11% à la Réunion par *Denizot et al* dans « La santé mentale : image et réalité » en 2001. Ces comorbidités, bien que peu nombreuses, sont pourvoyeuses de prescriptions médicamenteuses accrues. Il n'est donc pas surprenant d'observer une poly-médication importante dans notre population. Elle est définie par une quantité supérieure ou égale à 5 médicaments quotidiens par personne (18,22,59). Elle était significativement reliée au risque d'hospitalisation pour iatrogénie ($p=0.006$) et significativement augmentée à l'issue de l'hospitalisation index. (moyenne de 7.97 ; $p<0.0001$). Si les patients sont peu comorbides, ils nécessitent d'être traités pour certaines affections non prises en compte dans le calcul des comorbidités. En témoignent les 9.5% de patients traités par plus de trois médicaments anti- hypertenseurs, à l'encontre des recommandations internationales et de la HAS concernant les précautions à prendre dans le traitement des

personnes âgées (33,46,54,64). L'iatrogénie existe pour environ 10 % des ré-hospitalisations (46). Or, certaines classes médicamenteuses sont à haut risque de ré-hospitalisation (22,24,54). Néanmoins, aucun lien n'a été fait entre le recours pour iatrogénie et la prise de ce type de traitements. L'iatrogénie peut s'expliquer ici par le nombre élevé de médicaments, majorant le risque d'interaction médicamenteuse. De plus, ce motif fréquent d'admission et de réadmission pourrait être expliqué par le faible niveau socio-culturel des patients âgés réunionnais (65). Cela rend difficile l'éducation thérapeutique du patient à la prise des traitements et augmente donc le risque de schémas thérapeutiques incompris et le manque d'adhésion (18,22,46,59). Ceci peut expliquer la forte proportion d'aides extérieures (81.6 %) proposées à domicile.

Sur le plan social, 94.5% des patients de notre échantillon avaient un aidant principal identifié dont 87.6% étaient des aidants familiaux. La structure familiale est culturellement forte et il y a peu de places en institution (66). Les proportions de patients vivant seuls (25%) et en institution (4.5%) étaient nettement inférieures à celles constatées en France métropolitaine (29,33) ou dans d'autres pays (18,21,30,33). Et ce malgré l'étude des profils fonctionnels, qui montre que 70% de notre échantillon (selon GIR, ce qui change peu par rapport à l'ADL) présente une dépendance modérée à sévère dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ). (18–20,22,27–30,33,53,55,67). Les troubles de la marche chez 69.9% des patients sont cohérents avec les données d'autonomie publiées. (28,30,33) Les troubles cognitifs pour 46.5% des patients sont légèrement plus fréquents que ceux constatés dans certaines études (29,33,46). Les troubles sensoriels en forte proportion, comme dans la littérature, n'étonnent pas du fait de l'âge avancé de notre échantillon (33). L'existence d'une antériorité de chute existait chez près de 40% de l'échantillon (33). La dénutrition touchait 55% de notre échantillon, chiffre difficilement comparable aux 72% « à risque de dénutrition » de *Lanièce*. Or, celle-ci nous apprend que les difficultés récentes à s'alimenter soi-même sont un facteur de risque de ré-

hospitalisation (33). Ainsi, si le taux de dénutrition constaté est plus bas, il est probablement lié à la stimulation aux repas engendrée par un entourage familial important dans notre population.

L'expertise gériatrique a montré une amélioration significative en termes de taux de ré-hospitalisation comme de coûts totaux (21,45,68). Or dans notre étude, une prise en charge dans la filière gériatrique (hospitalisation en service de gériatrie et/ou avis par Unité Mobile de Gériatrie (UMG)) était relativement faible (23%). Cela montre dans quelle mesure des besoins de déploiement de la filière existent au CHU de La Réunion. Néanmoins, le repérage des patients à risque relève de la compétence de tout soignant et doit être rapide, efficace et reproductible (11). Ceci serait permis par le calcul du score TRST, qui était supérieur à 2/5 dans 89.6% des 155 patients recueillis. Cette proportion élevée nous encourage à envisager une validation de ce score dans la population âgée réunionnaise, comme proposé dans les recommandations de la HAS en 2013 puis en 2015 (11,35).

Une étude prospective dont l'objectif serait d'évaluer l'impact de cette check-list de sortie d'hospitalisation serait une perspective intéressante. Les interventions isolées étant significativement moins efficaces, une association de celle-ci avec des données de suivi post-hospitalier précoce pourrait être envisagée. Des objets connectés, à l'ère de progrès technologiques notables, pourraient constituer une solution pour recueillir ces données de suivi précoce. De plus, la multitude d'informations recueillies durant l'hospitalisation, lors de la transition hôpital-ville puis lors de la période post-hospitalière précoce via des objets technologiques, pourrait être analysée par des algorithmes informatiques complexes, type BigData. Ces algorithmes sont actuellement en cours d'évaluation dans le domaine biomédical (69,70). Cela permettrait de dégager de nouveaux facteurs de risques complexes et de mieux cerner la problématique de la ré-hospitalisation du sujet âgé.

CONCLUSION

Les ré-hospitalisations précoces des patients âgés constituent un problème de santé publique dans une population mondiale en cours de vieillissement. La prévention de ces évènements indésirables passe par un repérage des patients à haut risque de ré-hospitalisations afin de mettre en place des actions préventives multiples ciblées. L'étude du profil de la population réunionnaise des patients de 70 ans et plus ré-hospitalisée précocement de façon non programmée au CHU de La Réunion lors du dernier trimestre 2014 évalue le taux de ré-hospitalisation à 8.5%. Les patients sont poly-pathologiques et peu comorbides à profil cardiovasculaire majoritaire, polymédiqués et modérément dépendants. Le profil social montre une prédominance de la domiciliation personnelle avec un entourage humain familial et professionnel important. Les motifs de recours à l'hospitalisation sont cohérents avec la littérature en lien avec les pathologies cardio-vasculaires et infectieuses. Le score TRST classait 89% de la population comme à risque de ré-hospitalisation précoce.

Une étude prospective permettrait d'évaluer un score de stratification de risque, notamment le TRST, au sein de la population âgée réunionnaise et les actions de transition hôpital-ville proposées par la check-list de la HAS (2015). Cela permettrait la mise en place d'actions préventives multiples ciblées, complétées par des données issues d'objets connectés autorisant un suivi personnalisé post-hospitalier de chaque patient. Cette multitude d'informations permettrait l'utilisation d'algorithmes complexes informatiques basés sur le BigData, rendant possible l'étude de nouveaux facteurs de risque complexes ou intriqués.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Structure et vieillissement de la population.** [Internet] Eurostat, Statistics Explained, 2012. [cité 2 mai 2015]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr
2. **Coker RH, Hays NP, Williams RH, Wolfe RR, Evans WJ.** Bed rest promotes reductions in walking speed, functional parameters, and aerobic fitness in older, healthy adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* janv 2015;70(1):91-6.
3. **Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE.** Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA.* 3 nov 2010;304(17):1919-28.
4. **Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ.** Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. *JAMA.* 25 avr 2007;297(16):1769-74.
5. **Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al.** Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* avr 2003;51(4):451-8.
6. **Yoder JC, Stasiunas PG, Meltzer DO, Knutson KL, Arora VM.** Noise and Sleep Among Adult Medical Inpatients: Far From a Quiet Night. *Arch Intern Med.* 9 janv 2012;172(1):68-70.
7. **Sullivan DH, Sun S, Walls RC.** Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients: a prospective study. *JAMA.* 2 juin 1999;281(21):2013-9.
8. **Wasserfallen J, Zufferey J.** Financial impact of introducing the Swiss-DRG reimbursement system on potentially avoidable readmissions at a university hospital. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 6 févr 2015 [cité 30 sept 2015]; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2015.14097>
9. **van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ.** Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 19 avr 2011;183(7):E391-402.
10. **van Walraven C, Jennings A, Forster AJ.** A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract.* déc 2012;18(6):1211-8.
11. **Haute Autorité de Santé, Comment réduire le risque de réhospitalisation évitable chez les personnes âgées ?** [Internet] Organisation des parcours, juin 2013 [cité 26 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
12. **Clarke A.** Are readmissions avoidable? *BMJ.* 17 nov 1990;301(6761):1136-8.
13. **Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B.** Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the

quality of hospital care. *Med Care*. nov 2006;44(11):972-81.

14. **Oddone EZ, Weinberger M, Horner M, Mengel C, Goldstein F, Ginier P, et al.** Classifying general medicine readmissions. Are they preventable? Veterans Affairs Cooperative Studies in Health Services Group on Primary Care and Hospital Readmissions. *J Gen Intern Med*. oct 1996;11(10):597-607.
15. **Yam CHK, Wong ELY, Chan FWK, Wong FYY, Leung MCM, Yeoh EK.** Measuring and preventing potentially avoidable hospital readmissions: a review of the literature. *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi Hong Kong Acad Med*. oct 2010;16(5):383-9.
16. **Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B.** Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Med Care*. nov 2006;44(11):972-81.
17. **Congress of the United States of America.** [Internet] (111 ; 2010 ; Washington). An act entitled The Patient Protection And Affordable Care Act. 906 p. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>
18. **Preyde M, Brassard K.** Evidence-based Risk Factors for Adverse Health Outcomes in Older Patients after Discharge Home and Assessment Tools: A Systematic Review. *J Evid-Based Soc Work*. 26 oct 2011;8(5):445-68.
19. **Garcia-Perez L, Linertova R, Lorenzo-Riera A, Vazquez-Diaz JR, Duque-Gonzalez B, Sarria-Santamera A.** Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM*. 1 août 2011;104(8):639-51.
20. **Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al.** Risk Prediction Models for Hospital Readmission: A Systematic Review. *JAMA J Am Med Assoc*. 19 oct 2011;306(15):1688-98.
21. **Vest JR, Gamm LD, Oxford BA, Gonzalez MI, Slawson KM.** Determinants of preventable readmissions in the United States: a systematic review. *Implement Sci*. 2010;5:88.
22. **Robinson S, Howie-Esquivel J, Vlahov D.** Readmission Risk Factors after Hospital Discharge Among the Elderly. *Popul Health Manag*. déc 2012;15(6):338-51.
23. **Garrison GM, Mansukhani MP, Bohn B.** Predictors of Thirty-Day Readmission Among Hospitalized Family Medicine Patients. *J Am Board Fam Med*. 1 jan 2013;26(1):71-7.
24. **Pavon JM, Yanfang Zhao, Mcconnell E, Hastings SN.** Identifying Risk of Readmission in Hospitalized Elderly Adults Through Inpatient Medication Exposure (English). *J Am Geriatr Soc*. cover date 2014;62(6):1116-21.
25. **Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al.** Diagnoses and Timing of 30-Day Readmissions after Hospitalization For Heart Failure, Acute Myocardial

Infarction, or Pneumonia. JAMA J Am Med Assoc. 23 janv 2013;309(4):355-63.

26. **Comette P, Hoore W D', Malhomme B, Van Pee D, Meert P, Swine C.** Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients. Aging Clin Exp Res. août 2005;17(4):322-8.

27. **Traissac T, Videau M-N, Bourdil M-J, Bourdel-Marchasson I, Salles N.** The short mean length of stay of post-emergency geriatric units is associated with the rate of early readmission in frail elderly. Aging Clin Exp Res. juin 2011;23(3):217-22.

28. **Costa AP, Hirdes JP, Heckman GA, Dey AB, Jonsson PV, Lakhan P, et al.** Geriatric syndromes predict postdischarge outcomes among older emergency department patients: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. avr 2014;21(4):422-33.

29. **Pérès K, Rainfray M, Perrié N, Emeriau JP, Chêne G, Barberger-Gateau P.** Incidence, risk factors and adequation of early readmission among the elderly. Rev D'Epidémiologie Santé Publique. avr 2002;50(2):109-19.

30. **Iloabuchi TC, Mi D, Tu W, Counsell SR.** Risk factors for early hospital readmission in low-income elderly adults. J Am Geriatr Soc. mars 2014;62(3):489-94.

31. **Lotus Shyu Y-I, Chen M-C, Lee H-C.** Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. Soc Sci Med 1982. avr 2004;58(7):1395-403.

32. **van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A.** Effect of Discharge Summary Availability During Post-discharge Visits on Hospital Readmission. J Gen Intern Med. mars 2002;17(3):186-92.

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

34. **Kaboli PJ, Go JT, Hockenberry J, Glasgow JM, Johnson SR, Rosenthal GE, et al.** Associations between reduced hospital length of stay and 30-day readmission rate and mortality: 14-year experience in 129 Veterans Affairs hospitals. Ann Intern Med. 18 déc 2012;157(12):837-45.

35. **Haute Autorité de Santé. check- list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures.** [Internet] Fiche organisation des parcours[cité 11 juin 2015]. Disponible sur: http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/guide_utilisation_check-list_sortie-dhospitalisation_web.pdf

36. **Buurman BM, van den Berg W, Korevaar JC, Milisen K, de Haan RJ, de Rooij SE.** Risk for poor outcomes in older patients discharged from an emergency department: feasibility of four screening instruments. Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med. août 2011;18(4):215-20.

37. **Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR, Sarasin FP, Michel J-P, Zekry D, et al.** Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department - comparison of two screening tools. *Swiss Med Wkly.* 2012;141:w13327.
38. **Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, Howell E, Halasyamani L, Maynard G, et al.** Project BOOST: effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. *J Hosp Med.* août 2013;8(8):421-7.
39. **Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Population par âge** [Internet] Insee Références. TEF Edition 2014. 2014; Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2014/T14F032/T14F032.pdf>
40. **INSEE. Le vieillissement de la population réunionnaise : un défi pour les années à venir.** [Internet] Économie de La Réunion N°137. La Réunion; 2007; Disponible sur http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/revue/revue137/revue137-dossier-vieillissement.pdf
41. **Handicap et dépendance** [Internet] INSEE partenaires, Économie de La Réunion, 2005 [cité 26 avr 2015]. Disponible sur: http://insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/revue/revue124/R124_DOSSIER.pdf
42. **L'état de santé de la population de La Réunion** [Internet] DRASS, Indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique, 2008. Disponible sur http://www.ors-reunion.org/IMG/file/etudes/LSP_rapport%20final-2009.pdf
43. **Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à la Réunion** [Internet] INSEE partenaires n°29, avril 2014 [cité 26 avr 2015]. Disponible sur: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/ETUDES_ET_STAT/Etude_Personnes_agees_dependante_mai2014.pdf
44. **Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J.** Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* nov 1994;47(11):1245-51.
45. **Silverstein MD, Qin H, Mercer SQ, Fong J, Haydar Z.** Risk factors for 30-day hospital readmission in patients ≥ 65 years of age. *Proc Bayl Univ Med Cent.* oct 2008;21(4):363-72.
46. **Marcantonio ER, McKean S, Goldfinger M, Kleefield S, Yurkofsky M, Brennan TA.** Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a medicare managed care plan. *Am J Med.* juill 1999;107(1):13-7.
47. **Hochhalter AK, Basu R, Prasla K, Jo C.** Retrospective cohort study of medication adherence and risk for 30-day hospital readmission in a Medicare Cost Plan. *Manag Care Langhorne Pa.* janv 2014;23(1):43-7.
48. **Lagoe R, Noetscher C, Murphy M.** Hospital readmission: predicting the risk. *J Nurs Care Qual.* juill 2001;15(4):69-83.

49. **Thomas JW, Holloway JJ.** Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. *Med Care.* avr 1991;29(4):377-94.
50. **Ashton CM, Kuykendall DH, Johnson ML, Wray NP, Wu L.** The Association between the Quality of Inpatient Care and Early Readmission. *Ann Intern Med.* 15 mars 1995;122(6):415-21.
51. **Albrecht JS, Gruber-Baldini AL, Hirshon JM, Brown CH, Goldberg R, Rosenberg JH, et al.** Depressive symptoms and hospital readmission in older adults. *J Am Geriatr Soc.* mars 2014;62(3):495-9.
52. **Bisharat N, Handler C, Schwartz N. Readmissions to medical wards:** Analysis of demographic and socio-medical factors. *Eur J Intern Med.* 1 juill 2012;23(5):457-60.
53. **Sattler ELP, Lee JS, Young HN.** Factors Associated with Inpatient Hospital (Re)admissions in Medicare Beneficiaries in Need of Food Assistance. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 3 avr 2015;34(2):228-44.
54. **Pugh JA, Wang C-P, Espinoza SE, Noël PH, Bollinger M, Amuan M, et al.** Influence of frailty-related diagnoses, high-risk prescribing in elderly adults, and primary care use on readmissions in fewer than 30 days for veterans aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc.* févr 2014;62(2):291-8.
55. **Bogaisky M, Dezieck L.** Early hospital readmission of nursing home residents and community-dwelling elderly adults discharged from the geriatrics service of an urban teaching hospital: patterns and risk factors. *J Am Geriatr Soc.* mars 2015;63(3):548-52.
56. **Wong EL, Cheung AW, Leung MC, Yam CH, Chan FW, Wong FY, et al.** Unplanned readmission rates, length of hospital stay, mortality, and medical costs of ten common medical conditions: a retrospective analysis of Hong Kong hospital data. *BMC Health Serv Res.* 17 juin 2011;11:149.
57. **Jencks SF, Williams MV, Coleman EA.** Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Engl J Med.* 2 avr 2009;360(14):1418-28.
58. **Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M.** An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. *Health Policy.* sept 2002;61(3):269-78.
59. **Bjorvatn A.** Hospital Readmission among Elderly Patients. *Eur J Health Econ.* oct 2013;14(5):809-20.
60. **Decker L.** L'indice de co-morbidité de Charlson. *Ann Gérontologie.* 1 sept 2009;2(3):159-60.
61. **Muzzarelli S, Leibundgut G, Maeder MT, Rickli H, Handschin R, Gutmann M, et al.** Predictors of early readmission or death in elderly patients with heart failure. *Am Heart J.* août 2010;160(2):308-14.

62. **Zanocchi M, Maero B, Martinelli E, Cerrato F, Corsinovi L, Gonella M, et al.** Early re-hospitalization of elderly people discharged from a geriatric ward. *Aging Clin Exp Res.* févr 2006;18(1):63-9.
63. **Shu C-C, Lin Y-F, Hsu N-C, Ko W-J.** Risk factors for 30-day readmission in general medical patients admitted from the emergency department: a single centre study. *Intern Med J.* 1 juin 2012;42(6):677-82.
64. **Haute Autorité de Santé. IPC AMI n°7 : coprescription d'antihypertenseurs chez le sujet âgé.** [Internet] Amélioration de la Prescription chez le sujet âgé (PMSA), les indicateurs d'alerte et de Maitrise de la Iatrogénie, 2012.[cité 13 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/7_ipc_cop_antihypertenseurs_octobre_2012_vf.pdf
65. **INSEE. Indice de développement humain : des progrès depuis 20 ans mais un retard persistant.** [Internet] Économie de La Réunion N°137. La Réunion; 2007 [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/revue/revue134/revue134_idh.pdf
66. **STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social** [Internet] Agence Régionale de Santé Océan Indien, 2014 [cité 26 avr 2015]. Disponible sur: http://www.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Publications/icones/etude_stats/ARS_Statiss2014.pdf
67. **Samuel Taylor BE, Robison T, Lo E, McCormick K, Bruce EM, Appelboom G, et al.** 152 Remote, Continuous Monitoring of Patient Mobility After Discharge: A Marker for 30-Day Readmission. *Neurosurgery.* août 2015;62 Suppl 1:215.
68. **Flood KL, Maclennan PA, McGrew D, Green D, Dodd C, Brown CJ.** Effects of an acute care for elders unit on costs and 30-day readmissions. *JAMA Intern Med.* 10 juin 2013;173(11):981-7.
69. **Bates DW, Saria S, Ohno-Machado L, Shah A, Escobar G.** Big data in health care: using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients. *Health Aff Proj Hope.* juill 2014;33(7):1123-31.
70. **Zolfaghar K, Meadem N, Teredesai A, Basu Roy S, Chin S-C.** Big Data Solutions for Predicting Risk-of-Readmission for Congestive Heart Failure.pdf [Internet] IEEE International Conference on Big Data, 2013 [cité 10 août 2015]. Disponible sur: <http://cwds.uw.edu/sites/default/files/publications/Big%20Data%20Solutions%20for%20Predicting%20Risk-of-Readmission%20for%20Congestive%20Heart%20Failure.pdf>
71. **Duc S, Fernandez C, Moheb B, Dang VM, Bloch F, Floccia M, et al.** Triage risk screening tool (TRST) in screening elderly patients requiring the intervention of a mobile geriatric team: results of a pilot study. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* mars 2015;13(1):55-62.

ANNEXES :

Annexe 1 : Indice de Charlson (44)

pondération	maladie présentée :
1	Infarctus du Myocarde Insuffisance Cardiaque Congestive Accident Vasculaire Cérébral Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs démence maladie pulmonaire chronique connectivite maladie ulcéreuse peptique gastro- duodénale diabète
2	hémiplégie (vasculaire ou autre) insuffisance rénale modérée à terminale (créat > 30 mg/L) diabète compliqué tumeur solide leucémie lymphome
3	cirrhose hépatique avec ou sans saignement
6	tumeur solide métastatique maladie à VIH (avec ou sans SIDA)

Activités	Description	score
hygiène corporelle	indépendant	1
	aide partielle pour une partie du corps	0,5
	aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
habillage	indépendant pour le choix de l'habillage	1
	s'habille mais besoin d'aide pour se chausser	0,5
	besoin d'aide partielle ou complète pour le choix de l'habillage	0
aller aux toilettes	indépendant	1
	accompagné ou besoin d'aide	0,5
	ne va pas aux WC, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	0
locomotion	indépendant, possible avec aide technique	1
	besoin d'une aide humaine	0,5
	confiné au lit	0
continence	continent	1
	incontinence occasionnelle	0,5
	incontinence permanente	0
repas	indépendant	1
	aide pour couper la viande et peler les fruits	0,5
	aide complète ou alimentation artificielle	0

Annexe 4 : Triage Risk Screening Tool (71)

Ce test mesure cinq dimensions :

	OUI = 1 point	NON = 0 point
Présence de troubles cognitifs <i>Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité)</i>		
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes		
Polymédication (<i>utilisation de cinq médicaments ou plus</i>)		
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)		
Evaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière <i>Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL ci-dessous entre l'évaluation et les 15 j précédant l'admission</i>		
TOTAL/5 points		

Annexe 5 : Fiche de recueil de données utilisée

Patient N°

-âge :

-sexe : F(1) M(2)

1/ CARACTERISTIQUES PATIENT

A/ MEDICALES

-ATCD médicaux :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cardiaque | a) BPCO |
| a) Cardiopathie | b) asthme |
| b) Insuff. cardiaque aiguë | c) SAOS |
| c) IDM | d) insuffisance respiratoire chronique |
| d) ACFA/flutter | e) autres |
| e) Pacemaker | <input type="checkbox"/> IRC (clairance <60mL/min/1.73) |
| f) valvulopathie | <input type="checkbox"/> hépatique : |
| g) autres | a) Hépatite chronique |
| <input type="checkbox"/> vasculaires | b) OH |
| a) AOMI | <input type="checkbox"/> addiction OH : |
| b) Ulcère artériel | a) sevrée |
| c) EP/TVP | b) active |
| d) autres | <input type="checkbox"/> hématologiqueTYPE : |
| <input type="checkbox"/> FDRCV | <input type="checkbox"/> rhumatologiques : |
| a) HTA | a) Maladies inflammatoires |
| b) Diabète | b) arthrose |
| c) Tabagisme sévéré | <input type="checkbox"/> cancer.....TYPE : |
| d) Tabagisme actif | <input type="checkbox"/> Sd dépressif |
| e) Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> gastrologie : |
| f) Hyperuricémie// goutte | a) UGD/gastrite |
| g) obésité | b) autre |
| <input type="checkbox"/> neurologiques : | <input type="checkbox"/> HBP |
| a) AVC | <input type="checkbox"/> cataracte |
| b) Sd extra- pyramidal | <input type="checkbox"/> autres |
| c) démence | |
| d) épilepsie | |
| e) autres | |
| <input type="checkbox"/> respiratoire : | |

NOMBRE COMORBIDITES :

-Hospitalisation au CHU dans les 6 mois précédents hospitalisation index : oui (1) non (0)

-Recours au SAU dans les 6 mois précédents hospitalisation index : oui (1) non (0)

-Médicaments :

- a) Anticoagulants : oui (1) non (0)
 α AVK α AOD
- b) psychotropes : oui (1) non (2)
 α anti- dépresseurs α BZD et apparentés α neuroleptiques α thymo-régulateurs
- c) cardiovasculaires : oui (1) non (0)
 α anti- hypertenseurs....Nombre= α anti-arythmiques α Statines (c)
- d) digestifs : IPP oui (1) non(0)
- e) nombre de médicaments à l'arrivée :

B/ FONCTIONNELLES :

- Autonomie : **GIR**ou **GIR calculé =**
-statut fonctionnel : iADL-E=
-troubles de la **marche** : oui (1) non (0)
-Nombre de **chutes** dans les **12 mois** :
-**Cognition** : troubles cognitifs oui (1) non (0) **MMSE=**
-handicap **sensoriel** :
1=baisse acuité visuelle : oui (1) non(0) // Appareillage : oui (1) non (0)
2=baisse audition : oui (1) non (0) // Appareillage : oui (1) non (0)
-Etat **nutritionnel** :
a) Poids= Taille= IMC=
b) Albumine=
c) dénutrition : Oui (1) Non(0)
d) troubles de la déglutition : oui (1) non (0)
-**Escarre** : oui (1) non (0) **Stade** :
Localisation : sacrum (1) talon (2) autres (3)

B/ SOCIALES

- Statut marital** : vie maritale(1) veuf(2) célibataire/séparé ou divorcé (0)
-**enfants** : oui(1) non(0)
-**lieu de vie** : domicile(1) : personnel (a) enfants/famille(b)
 famille d'accueil (2)
 institution (3)
-**vie seul** : oui (1) non (2)
-**aidant principal** : fille (1) fils(2) autre parent(3) hors famille (4):
-**IDE** à domicile : oui (1) non(0) **Nombre de passages quotidiens** :
-**Aide ménagère** : oui (1) non (0)
-**APA** : Oui(1) Non(0) **Nombre d'heures mensuelles** :
-**Protection juridique** existante : non(0) tutelle(1) curatelle(2)
-**suivi social** antérieur : Oui(1) Non(0)
-suivi / **MAIA** : Oui (1) Non(0)
-**Antériorité d'épuisement** de la famille : oui (1) non(0)

2/ HOSPITALISATION INDEX :

- Date d'entrée : -Date de sortie :
-Adressage hospitalier par : Méd traitant famille aidant informel autre.....**TYPE** :
-passage par : SAU Entrée Directe
-motif de recours hospitalisation index:
 infection (1) c) OH aigu
 pathologie coronarienne(2) d) épilepsie
 décompensation maladie cardiaque(3) e) vagal
 AVC/AIT(4) f) sans étiologie
 épilepsie(5) Sd confusionnel aigu(9)
 décompensation respiratoire(6) Iatrogénie
 décompensation diabétique(7) fracture (10):
 malaise (8) sur a) col fémoral/pertrochanterienne
a) hypoglycémie iatrogène b) poignet
b) déshydratation/IRA Anémie(11)

- AEG/ perte d'autonomie(12)
- Escarres(13)
- trb du comportement (14)
- démence(15)
- Fin de vie(16)

- social, épuisement de l'aidant(17)
- autres (18)...

-service de sortie :

-Avis UMG ? oui (1) non (0)

 ▫ durant hospitalisation

 ▫ après hospitalisation

-CRH donné dès la sortie : Oui(1) Non(0)

-traitement de sortie modifié ? : Oui(1) Non(0).....NOMBRE=

-prescription IDE à domicile à la sortie : oui (1) non (0)

 Aide-ménagère à la sortie : oui (1) non (0)

-présence d'un aidant à la sortie : oui (1) non (0)

-assistante sociale vue durant Hospitalisation : oui (1) non (0)

-suivi préconisé :

 a) date de RDV donnée ? : Oui(1) Non(0)

 b) bilans biologiques à faire ? : Oui(1) Non(0)

-suivi préconisé « réalisé » : oui (1) non (0)

-calcul TRST à la sortie de l'hospitalisation index :

3/ RE-HOSPITALISATION :

-Date de réadmission :

-Date de sortie ré-hospitalisation :

- Adressage hospitalier par : Méd traitant famille aidant informel autre.....TYPE :

-Passage par : SAU Entrée Directe

-motifs de réadmission à l'hôpital:

- infection (1)
- pathologie coronarienne(2)
- décompensation maladie cardiaque(3)
- AVC/AIT(4)
- épilepsie(5)
- décompensation respiratoire(6)
- décompensation diabétique(7)
- malaise (8) sur

- Escarres(13)
- trb du comportement (14)
- démence(15)
- Fin de vie(16)
- social, épuisement de l'aidant(17)
- autres (18)...

 a) hypoglycémie iatrogène

 b) déshydratation/IRA

 c) OH aigu

 d) épilepsie

 e) vagal

 f) autre

Sd confusionnel aigu(9)

iatrogénie

fracture (10):

 a) col fémoral/petrochanterienne

 b) poignet

Anémie(11)

AEG(12)

Service de sortie :

Nombre de médicaments à la sortie=

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.

RÉSUMÉ :

INTRODUCTION : Les ré-hospitalisations des sujets âgés sont des évènements défavorables fréquents et coûteux. Leur prévention est un enjeu de santé publique et passe par un repérage des sujets à risque de ré-hospitalisation précoce dans les recommandations de la HAS. Cela requiert une connaissance du profil de cette population. Nous avons étudié les caractéristiques de ces patients au CHU de La Réunion. **MATÉRIEL & MÉTHODES :** Une étude observationnelle descriptive rétrospective multicentrique au dernier trimestre 2014 incluait les patients de 70 ans et plus, ré-hospitalisés dans les 30 jours de façon non programmée en MCO. Des données socio-démographiques, médicales, fonctionnelles, d'organisation des hospitalisations, le nombre de traitements quotidiens et le TRST ont été recueillis. **RÉSULTATS :** 204 patients ont été inclus. Le taux de ré-hospitalisation était évalué à 8.5%. Les patients avaient en moyenne 81 ans, étaient des femmes (53%), poly-pathologiques mais peu comorbides (3 à 5) à profil cardiovasculaire majoritaire (90.1%), poly-médiqués (6.9 médicaments en moyenne) et modérément à sévèrement dépendants (70%). Le profil social montrait une prédominance de la domiciliation personnelle avec entourage humain familial et professionnel. Les motifs de recours étaient principalement des infections (35%) et des décompensations cardiaques (18.6%). La durée Moyenne de Séjour était de 9.5 jours. Plus de 50% avaient des antécédents d'utilisation hospitalière. Un CRH était donné dans 91% des cas. Le score TRST classait 89% de la population comme à risque de ré-hospitalisation précoce. **DISCUSSION :** Le taux de ré-hospitalisations précoces non programmées est un des plus faibles de la littérature. Le profil médico-fonctionnel et la poly-médication qui en découle étaient attendus. Le profil social est cohérent avec les statistiques locales. L'organisation des séjours semble favorable. Le TRST identifiant 89% de l'échantillon serait intéressant à valider localement par une étude prospective. **MOTS-CLEFS :** ré-hospitalisation précoces, patients âgés, Réunion.

ABSTRACT/TITLE: Early unplanned readmissions among elderly in a teaching hospital on Reunion Island : a retrospective study.

BACKGROUND : Early re hospitalizations among elderly are frequent and expensive adverse outcomes. Their prevention is a public health issue and requires an early identification of high-risk patients, like HAS recommended. A good knowledge of these people's profile is required. We aim to study the characteristics of this population in the teaching hospital on Reunion Island. **METHOD :** An observational descriptive retrospective multi-centered study has been conducted on the last trimester of 2014, including people aged 70 and more, 30-days readmitted in an unplanned manner in all medical and surgical departments. Socio-demographic and medical characteristics, functional status, organization of hospitalization, the number of medications and the TRST have been identified. **RESULTS:** 204 patients have been included. Early unplanned readmissions occurred in 8.5% of the cases. The mean age was 81, they were women (53%), poly-pathological but less comorbids (3 to 5), with a strong cardiovascular profile (90.1%). They have lot of medications (mean 6.9 medications) and have modest to severe dependence (70%). They lived at home with family (87%) and professional caregivers (81.6%). They were admitted with a Cardiac Failure (18.9%) or Infection (35%) diagnosis. The mean Length of Stay was 9.5 days. The discharge summary was available in 91% of the cases. The TRST classified 89% of the patients in the high risk class for 30-days unplanned readmissions. **DISCUSSION :** This unplanned early readmission proportion is one of the lower in the literature. Socio-demographic medical and functional profiles are as expected. The social part is meaningful with local statistics. TRST identified 89 % of high risk patients: its validation among Reunion elderly patients would be interesting. **KEYWORDS :** Early unplanned readmissions, elderly, Reunion Island.

DISCIPLINE : Médecine Générale, Gériatrie.

Université de Bordeaux Victor Segalen- UFR sciences médicales
146, rue Léo Saignat ; 33 076 Bordeaux cedex.