



HAL
open science

Comparaison du sens clinique du gériatre et du score TRST pour l'estimation du risque de ré hospitalisation à un mois

Émilie Clabé

► **To cite this version:**

Émilie Clabé. Comparaison du sens clinique du gériatre et du score TRST pour l'estimation du risque de ré hospitalisation à un mois. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02517908

HAL Id: dumas-02517908

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02517908>

Submitted on 24 Mar 2020

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.

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n°163

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par CLABÉ Émilie

Née le 19/05/1992 à Pau

Le 25 octobre 2019

**Comparaison du sens clinique du gériatre et du score TRST
pour l'estimation du risque de ré hospitalisation à un mois.**

Sous la direction de : Docteur Claire ROUBAUD-BAUDRON

Membres du jury :

Madame le Professeur Nathalie SALLES

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

Monsieur le Professeur François PETREGNE

Madame le Docteur Geneviève PINGANAUD

Madame le Docteur Aurélie LAFARGUE

Madame le Docteur Claire ROUBAUD-BAUDRON

Président

Juge

Juge

Juge

Rapporteur

Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Madame le Professeur Nathalie SALLES,

Pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté lors de mon passage dans votre service. Veuillez recevoir mon admiration et mon profond respect.

À Madame le Professeur Muriel RAINFRAY,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à mon jury de thèse. Merci pour la confiance que vous m'accordez pour la suite de mon parcours avec mon futur clinicat. Veuillez recevoir tout mon respect et ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur François PETREGENE,

Pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie. Veuillez recevoir ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Geneviève PINGANAUD,

Pour l'honneur que vous me faites en participant à ce jury. Ce fut un plaisir de travailler avec vous. Merci de m'avoir fait partager une partie de vos immenses connaissances et votre expérience. Veuillez recevoir mon admiration et tout mon respect.

À Madame le Docteur Aurélie LAFARGUE,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail et merci d'en être le rapporteur. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

À Madame le Docteur ROUBAUD-BAUDRON,

Pour l'honneur que vous me faites et m'avez fait en dirigeant ce travail de thèse. Merci pour votre rigueur scientifique, votre aide, vos précieux conseils, votre disponibilité et votre accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour votre confiance. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon plus profond respect.

Aux différentes équipes médicales et paramédicales que j'ai pu rencontrer durant ma formation,

Merci à l'équipe médicale et paramédicale du service de médecine interne du centre hospitalier de Pau pour mon entrée dans l'internat avec bienveillance.

Merci à tous les médecins du pôle de gériatrie du CHU et les internes qui ont participé aux recrutements des patients et sans qui, ce travail n'aurait pas été possible.

Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale de l'UMG 2 pour ce semestre très formateur en gériatrie.

Merci à tout le service de court séjour du CJV 2 de l'hôpital de Pau pour ce dernier semestre, notamment merci au Dr ALBERT pour sa pédagogie.

Merci à Romain pour son aide à la réalisation des statistiques de ce travail.

À ma famille,

À mes parents, pour tout votre amour, pour votre éternel soutien tout au long de ces années. Merci pour vos encouragements et merci d'avoir toujours cru en moi. Je vous aime.

À ma petite sœur, Morgane qui veille sur moi depuis toujours. Merci pour ton aide et tes précieux conseils pour cette thèse.

À Valérian, merci pour ton soutien pendant toutes ces années. Tu sais tout ce que tu représentes pour moi.

À mes grands parents, merci de m'avoir soutenue et d'être fiers de moi. Et puis merci aussi pour tous ses déménagements.

À ma grand mère, merci de toujours penser à moi.

À mes amis,

À mes amies de toujours Mélanie et Margaux, merci d'avoir toujours été là depuis ses nombreuses années malgré la distance.

À tous mes amis, JF, Lucas, Aurélie, Cyril, Peyo, Joanna, Matthieu, Sésame, Kevin, une petite mention spéciale à Aurélien pour son aide avec l'informatique et à mes amies de Bordeaux, Soraya, Audrey ainsi qu'à tous les autres.

À mes chers co-internes de gériatrie Sarah, Berénice, Alex, Ines et Vincent pour ce beau semestre, mais aussi pour leur aide précieuse à la réalisation de mon étude.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 les 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 seront 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.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADL	Activities of Daily Living
ASC	Aire Sous la Courbe
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
EBM	Evidence Based Medecine
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GDS	Geriatric Depression Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IC	Intervalle de confiance
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
JDM	Judgment and Decision Making
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
ISAR	Identification of Senior At Risk
OMS	Organisation Mondiale de Santé
OR	Odd Ratio
PIB	Produit Intérieur Brut
RPA	Résidence pour Personne Âgée
TRST	Triage Risk Screening Tool
UE	Union Européenne
UPUG	Unité de Post Urgences Gériatrique
VPN	Valeur prédictive négative
VPP	Valeur prédictive positive

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
SERMENT D'HIPPOCRATE	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
TABLE DES MATIÈRES	6
TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	8
INTRODUCTION	9
PARTIE I : CONTEXTE	11
1. La population âgée est hétérogène	16
2. Ré hospitalisations	18
2.1 Généralités	18
2.2 Outils de repérage des patients à risque de ré hospitalisation.....	20
2.3 Facteurs de risques de ré hospitalisation.....	25
2.4 Conséquences des hospitalisations et ré hospitalisations	27
3. Sens clinique	32
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE TRAVAIL	37
PARTIE II : ARTICLE	38
PARTIE III : DISCUSSION - PERSPECTIVES	59
1. Prévention du syndrome post-hospitalier.	59
2. Repérer les patients à risque durant l'hospitalisation	59
3. Transition hôpital/médecine ambulatoire	61
4. Poursuite de la prise en charge	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	71
ANNEXE 1: ÉCHELLE ADL	71
ANNEXE 2 : SCORE IADL	72
ANNEXE 3 : SCORE MMSE	73
ANNEXE 4 : SCORE MNA-SF	75

ANNEXE 5 : SCORE DE CHARLSON.....	76
ANNEXE 6 : SCORE ISAR.....	77
ANNEXE 7 : SCORE TRST	77

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figures :

Figure 1 : Pyramide des âges en 2019 selon l'INSEE (3).....	13
Figure 2 : Pyramide des âges en 2070 vers 2013, selon l'INSEE (4).....	14
Figure 3 : 1+2+3 du Professeur Jean Pierre Bouchon (8).....	16

Tableaux :

Tableau 1 : Évolution de la population en France métropolitaine de 1950 à 2050, selon l'INSEE (2).....	12
Tableau 2 : Facteurs de risque de ré hospitalisation	27

INTRODUCTION

Les personnes âgées représentent une part importante de la population. La polypathologie, les hospitalisations multiples et la perte d'indépendance d'une partie de cette population sont responsables de dépenses de santé. Dans ce contexte, leur prise en charge médicale représente un enjeu de santé publique majeur.

Les ré hospitalisations sont très fréquentes chez les personnes âgées notamment dans le mois suivant leur sortie d'hospitalisation. La répétition de ces hospitalisations peut être délétère. C'est la raison pour laquelle de nombreuses études ont tenté de déterminer les facteurs de risque associés aux ré hospitalisations. Ces facteurs sont très variables selon les études, probablement du fait d'une hétérogénéité de la population âgée.

A partir de ces études, des scores ont été élaborés afin de repérer les patients à risque de réadmission. Cependant peu d'études se sont intéressées à la capacité du gériatre à évaluer le risque de réadmission ; sa connaissance globale du patient pourrait pourtant influencer son sens clinique et permettre un meilleur repérage.

Notre travail s'est intéressé à la pertinence de ce sens clinique que les médecins utilisent quotidiennement concernant la sortie d'hospitalisation des patients. Nous avons fait l'hypothèse que l'expérience du gériatre rendait cette intuition plus sensible que les scores prédictifs existants. Notre question de recherche était de savoir si le sens clinique du gériatre était plus performant que le score théorique prédictif (TRST) pour estimer le risque de ré hospitalisation à un mois des patients hospitalisés en médecine gériatrique.

Ce travail se présente en trois parties :

- La première partie expose le contexte de l'étude. Elle précise certaines particularités du sujet âgé, des généralités sur les ré hospitalisations et des informations sur le sens clinique ;
- La deuxième partie correspond à l'étude réalisée sous la forme d'un article ;

- La troisième partie correspond à la discussion et aux perspectives de travail.

PARTIE I : CONTEXTE

En France, le nombre de personnes âgées dans la population ne cesse d'augmenter. Durant le XXe siècle, de grands progrès ont été réalisés dans le domaine de la médecine avec par exemple la découverte des antibiotiques et des vaccins et la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires. Ces avancées ont permis d'améliorer la prise en charge médicale des patients et ainsi de réduire la mortalité et d'augmenter leur espérance de vie. L'augmentation de l'espérance de vie, la génération du babyboom qui a maintenant 60-70 ans et la baisse de la natalité s'accompagnent d'un vieillissement de la population.

En France, en 2016, 9,4% de la population étaient âgés de plus de 75 ans. D'après les statistiques de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), il est estimé qu'en 2060, les personnes de plus de 75 ans représenteraient 16,2% de la population française (1).

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	- 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	- 26,4*	+ 100

Tableau 1 : Évolution de la population en France métropolitaine de 1950 à 2050, selon l'INSEE (2).

En 2070, la France pourrait compter 270 000 centenaires (figure 2).

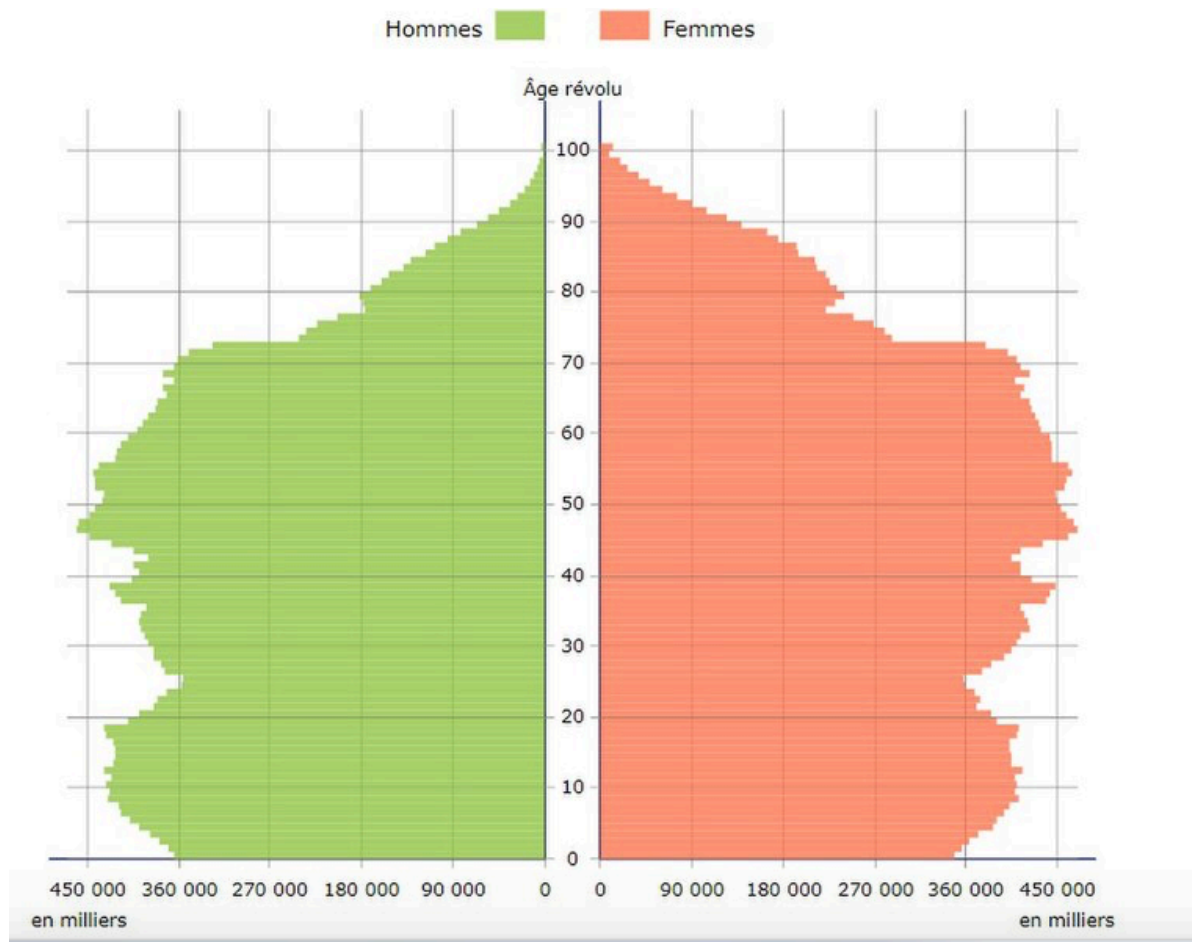


Figure 1 : Pyramide des âges en 2019 selon l'INSEE (3).

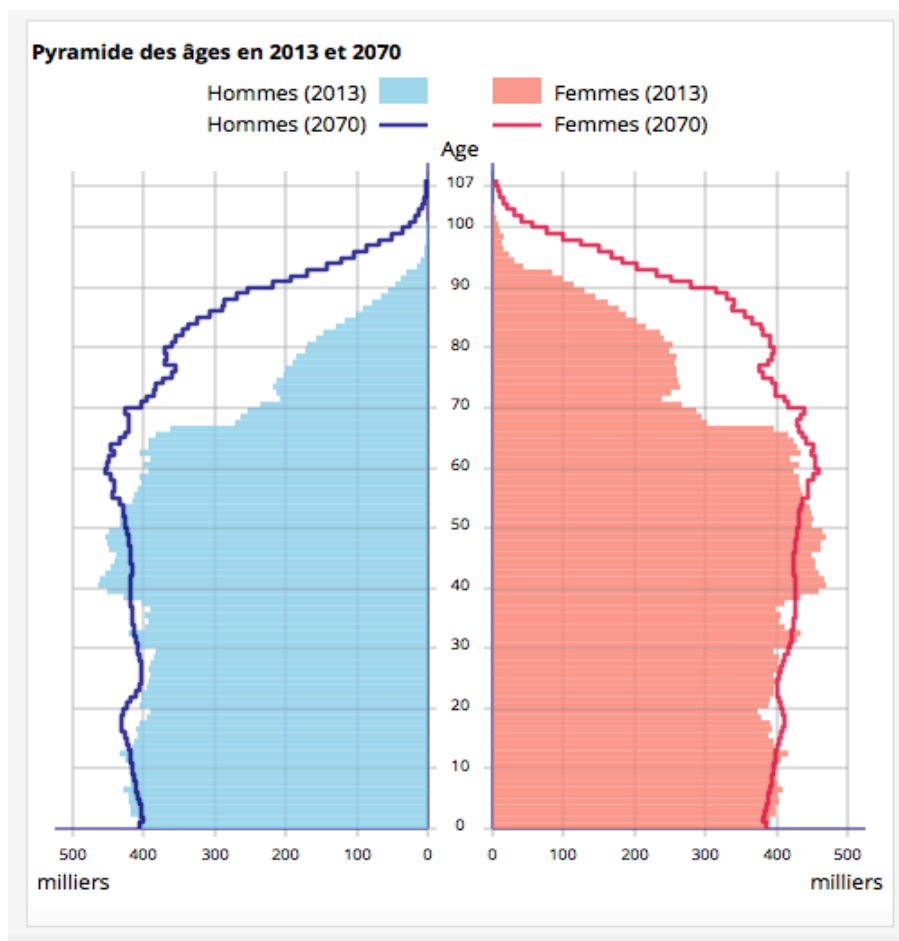


Figure 2 : Pyramide des âges en 2070 vers 2013, selon l'INSEE (4).

La définition du sujet âgé est une notion très relative et non consensuelle. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un patient est âgé à partir de 65 ans. Sur le plan social, l'âge de la cessation de l'activité professionnelle ouvrant droit à des prestations sociales telles que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est retenu, soit environ 60 ans. Pour résider en Résidence pour Personnes Âgées (RPA) ou en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), l'âge de 60 ans est requis sauf si la personne bénéficie d'une dérogation. La majorité des services de gériatrie n'accepte en hospitalisation que des patients âgés de 75 ans ou plus, âge à partir duquel la population est le plus exposée aux risques de perte d'autonomie et à la fragilité.

D'après une étude du groupe PREVOIR datant de 2011 (5), toute la difficulté de la définition de la vieillesse se retrouve aussi dans l'opinion publique. En effet, à la question suivante « Selon vous, à partir de quel âge devenons-nous vieux ? », l'opinion de la population est très variable selon l'âge de la personne interrogée : pour les moins

de 25 ans : la réponse est 61 ans, pour les plus de 65 ans : la réponse est 77 ans en moyenne.

Comme le dit le Dr Renée Sebag-Lanoë « le vieillissement a commencé à 50, 55, 58 ans pour certaines personnes, à 60 ou 65 ans pour d'autres et même à 90 ans pour quelques unes. Il n'y a donc pas d'âge précis et encore moins prescrit pour ressentir le début du vieillissement ».

Les personnes âgées sont plus fréquemment hospitalisées que les personnes jeunes, en raison de leurs comorbidités (en particulier les troubles cognitifs ou les insuffisances d'organes), de la polymédication et de la perte d'indépendance. La demande de soins des personnes âgées augmente. En France en 2017, ont été hospitalisés une fois durant l'année : un tiers des plus de 65 ans et 40% des plus de 80 ans (6).

Le vieillissement de la population va donc être associé à une augmentation des dépenses de santé et constitue un enjeu de santé publique majeur. La dépense publique concernant les personnes âgées dépendantes représente actuellement 1,4 % du Produit International Brut (PIB). Il est prévu qu'en 2060 ces dépenses augmentent pour atteindre 2,1% du PIB (7).

1. La population âgée est hétérogène

La population âgée est constituée d'individus très différents. Il existe un continuum allant de personnes indépendantes sans comorbidités à des personnes nécessitant des aides pour tous les actes de la vie quotidienne et présentant de multiples pathologies. Cette hétérogénéité est multifactorielle. Elle dépend du mode de vieillissement lui-même, de la survenue de pathologies chroniques, de l'environnement social...

Le vieillissement est caractérisé par une diminution des capacités de réserve face à un stress aigu. La survenue de pathologies chroniques peut diminuer ces réserves.

En 1984, le Professeur Jean Pierre Bouchon, gériatre français, propose un schéma modélisant la décompensation fonctionnelle chez la personne âgée. Trois éléments y participent :

1. Vieillesse physiologique : il s'agit d'un processus hétérogène variant d'un individu à un autre et d'un organe à un autre. Il entraîne une diminution des réserves fonctionnelles, responsable d'une diminution des capacités maximales, puis d'un état de fragilité. Ce vieillissement, en l'absence de maladie surajoutée, n'entraîne jamais à lui seul une décompensation ;
2. Maladie chronique : si elle vient se rajouter, elle accélère le déclin de la fonction de l'organe touché et peut entraîner une insuffisance ;
3. Facteur de décompensation aiguë (infection, déshydratation, stress aigu..) : après correction de ce facteur, un retour à l'état antérieur est possible.

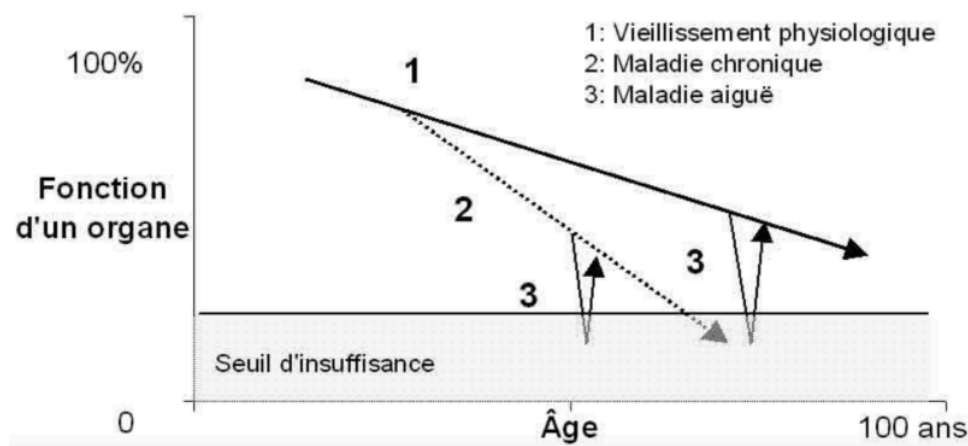


Figure 3 : 1+2+3 du Professeur Jean Pierre Bouchon (8).

Chez la personne âgée, le risque est celui de la survenue du phénomène dit « de la cascade ». Une affection aiguë peut entraîner des décompensations d'organes en série. Il se constitue un cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement.

La multitude de mécanismes participant au vieillissement associée aux facteurs environnementaux rend compte du caractère très hétérogène de la population âgée. Ainsi, le vieillissement peut être classé en trois catégories :

- le vieillissement réussi qui correspond à un maintien des capacités fonctionnelles ou de leurs atteintes très modérées. Il représente 15 à 25% des personnes âgées ;
- le vieillissement usuel qui est caractérisé par la réduction des capacités ou de certaines d'entre elles. Il représente 50 à 60% des personnes âgées ;
- le vieillissement accéléré probablement en lien avec une altération d'une fonction ou d'un organe dû à une maladie chronique entraînant une dépendance importante. Il représente 10 à 15% de la population âgée.

Pour appréhender cette hétérogénéité, les gériatres évaluent les personnes âgées de manière multidimensionnelle pour caractériser au mieux le patient et préconiser une prise en charge individuelle la plus adaptée possible. Cette Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) intéresse principalement l'indépendance fonctionnelle, les pathologies chroniques et leurs traitements, l'état cognitif et thymique, le contexte social et l'état nutritionnel (9) et sera plus amplement détaillée dans le chapitre suivant. Cette évaluation permet de mettre en évidence des diminutions des capacités physiologiques de réserve qui altèrent les mécanismes d'adaptation au stress et d'adapter au mieux la prise en charge des patients.

La diminution des capacité de réserve est aussi appelée fragilité, sa présence est associée à une augmentation de la mortalité et d'évènements défavorables tels que la dépendance, les chutes, les hospitalisations et les institutionnalisations (10). Les critères pour définir la fragilité sont encore non consensuels.

Une récente méta-analyse, incluant 29 essais cliniques, sur l'intérêt d'une EGS de patients âgés hospitalisés a montré que cette intervention diminuait le taux de mortalité et de risque d'institutionnalisation (11).

2. Ré hospitalisations

2.1 Généralités

Les ré hospitalisations chez les patients de plus de 75 ans sont fréquentes et souvent non programmées. La Haute Autorité de Santé (HAS) (12) rapporte un taux de ré hospitalisation à un mois de 14%. À titre d'exemple, l'étude de Traissac *et al.* portant sur l'Unité de Post Urgence Gériatrique (UPUG) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, retrouve un taux de ré hospitalisation à 14,3 % à 30 jours (13), tout comme l'étude de Lanièce *et al.*(14). Parmi les ré hospitalisations, 23% sont définies comme évitables (15).

En effet, comme décrit dans la recommandation de la HAS (12), deux types de ré hospitalisations se distinguent :

- Les ré hospitalisations évitables qui sont définies comme des hospitalisations non programmées en lien avec le séjour hospitalier précédent (récidive, complication ou poursuite des troubles ayant menés à la première hospitalisation) et survenant dans les 30 jours suivant la sortie ;
- Les ré hospitalisations non évitables qui correspondent aux autres séjours.

Le délai de ré hospitalisation le plus souvent utilisé, parmi les nombreuses études portant sur le sujet, est celui d'un mois : les réadmissions étant plus fréquentes dans cette période. Ce délai paraît raisonnable pour définir les réadmissions évitables (16).

La détermination du caractère évitable ou non, a également été le sujet de plusieurs études. Halfon *et al.* en 2002 (17), ont décrit un algorithme permettant de séparer réadmissions évitables et non. Seules les réadmissions non programmées, liées à une affection précédemment connue ont été étudiées pour déterminer le caractère évitable. L'idée était de déterminer la cause de la ré hospitalisation parmi une liste décrite (citée ci-dessous et comprenant les catégories a à j). Toutes les ré hospitalisations dont le motif était en lien avec des sorties réalisées dans de mauvaises conditions (catégories d à f) étaient considérées comme évitables. Les catégories g à j étaient définies comme

indépendantes et de ce fait non évitables. Concernant, les catégories a à c, la détermination du statut « évitable » se faisait après relecture du dossier par un médecin.

Les catégories étaient donc les suivantes :

- Catégorie a : Complication d'une chirurgie ;
- Catégorie b : Complication d'une prise en charge non chirurgicale ;
- Catégorie c : Effet indésirable d'un traitement ;
- Catégorie d : Sortie précoce (instabilité au cours des deux derniers jours) ;
- Catégorie e : Sortie avec erreur de diagnostic ou de traitement ;
- Catégorie f : Défaut d'organisation de la sortie (plan d'aides notamment) ;
- Catégorie g : Défaut de prise en charge après la sortie ;
- Catégorie h : Comportement inadapté du patient ;
- Catégorie i : Rechute ou aggravation d'une pathologie connue ;
- Catégorie j : Réadmission sociale.

Juger du caractère évitable d'une ré hospitalisation reste tout de même assez souvent subjectif du fait d'un nombre important de critères entrant en considération (facteurs cliniques, socio-économiques, parcours de soins intercurrents).

Aux États-Unis, le taux de ré hospitalisation est un indicateur de la qualité des soins. La loi PPACA (Patient Protect Affordable Care Act) met en place des pénalités financières pour les hôpitaux ayant des taux de réadmissions élevés (18). L'étude rétrospective de Desai *et al.*, portant sur 48 137 102 hospitalisations, montre une diminution plus importante du taux de réadmission dans les hôpitaux concernés par la mise en place de cette sanction financière que dans les autres établissements (19).

Aux États-Unis, les ré hospitalisations dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital représentent une dépense de santé de 44 milliards de dollars par an. Les dépenses de santé concernant les ré hospitalisations pouvant être qualifiées d'évitables sont de 12 milliards de dollars par an (20).

L'une des stratégies pour réduire le taux de ré hospitalisation à 30 jours est de dépister des patients à risque et de cibler les facteurs modifiables.

Il existe des outils de dépistage utilisés principalement aux urgences pour repérer des patients à risque de ré hospitalisation. Si ces scores sont positifs, ils doivent conduire à la réalisation de l'EGS.

L'Évaluation Gériatrique Standardisée :

L'évaluation gériatrique standardisée est définie comme « un processus diagnostique, multidimensionnel, interdisciplinaire cherchant à évaluer la personne âgée fragile dans ses dimensions médicales, psychologiques et de capacités fonctionnelles dans l'objectif de développer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi au long cours » (21)(22). Cette évaluation permet donc une évaluation du patient dans son ensemble et de repérer les patients les plus fragiles à risque de ré hospitalisation.

Les différents éléments explorés sont (22) :

- L'état fonctionnel et l'autonomie. Cette dernière correspond à la capacité à se gouverner soi-même. La dépendance ou « l'indépendance fonctionnelle » est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Deux échelles sont utilisées pour l'évaluation de l'autonomie :

- L'échelle des activités de la vie quotidienne ADL (Activities of Daily Living) (Annexe 1) (23) a été créée par le Dr Katz. Il s'agit d'une grille simple et rapide renseignant sur la capacité du patient à réaliser les actes de la vie quotidienne. Six items sont étudiés : soins corporels, habillement, toilettes, transfert/marche, continence et alimentation. Cette échelle est considérée comme une référence dans la littérature internationale. Un score égal à six indique une autonomie complète. Si le score est inférieur à trois, la personne âgée est supposée fortement dépendante.
- L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (Annexe 2) (24) a été créée

par Lawton. Les activités évaluées sont : utiliser un téléphone, faire les courses, préparer un repas, faire le ménage, faire le linge, utiliser les transports, être responsable de son traitement. Elle permet de dépister de façon plus précoce les pertes d'autonomie car les actions sont plus complexes. Dans la population française, seulement 8% des plus de 60 ans et 20% des plus de 85 ans sont dépendants.

La meilleure évaluation de l'autonomie de la personne reste l'association de ces deux échelles (25) ;

- Les fonctions cognitives : Le MMSE (26) (Annexe 3) est de réalisation facile. Un score inférieur à 26/30 ou à 24/30 si le niveau d'étude est bas doit faire évoquer des troubles cognitifs. Le test de l'horloge peut aussi être fait : il permet d'explorer les praxies, l'attention, les capacités visuo-constructives et les stratégies d'élaboration. Le Set test d'Isaac permet d'évaluer la fluence verbale. Ces outils de dépistage, s'ils sont altérés rendent nécessaire une évaluation plus poussée des fonctions cognitives ;
- La thymie : la dépression est très souvent méconnue mais pourtant très fréquente chez les personnes âgées. Une évaluation complète peut être faite avec la Geriatric Depression Scale (GDS) (27). Il existe une version simplifiée étant plus souvent utilisée et comprenant quatre items, la mini GDS. Si le score de la mini GDS est supérieur ou égal à un, alors il est nécessaire de compléter l'évaluation psychiatrique ;
- L'état nutritionnel : la dénutrition est un facteur important de morbi-mortalité. Selon les dernières recommandations HAS de 2007, elle est évaluée par la perte de poids, l'index de masse corporelle (IMC) et l'albumine en l'absence de syndrome inflammatoire. Le Mini Nutritional Assessment® (MNA) (28) (29) correspond à une évaluation complète de l'état nutritionnel du patient (indices anthropométriques, évaluation globale du patient, alimentation...). Il existe une échelle plus rapide la MNA - SF® (Annexe 4) qui reprend seulement la partie dépistage du MNA ;
- Les troubles de la marche et le risque de chute : conformément aux recommandations HAS de 2006, un appui unipodal inférieur à cinq secondes montre une instabilité et un risque de chute, tout comme un

Timed up and go test supérieur à 20 secondes ;

- Les pathologies chroniques : l'index de Charlson (30) (31) (Annexe 5) a été inventé par Charlson en 1987, à partir d'une cohorte de 559 patients. Il permet d'évaluer les comorbidités des patients. Ce score fait la somme de 19 comorbidités selon une pondération et s'y ajoute des points selon l'âge du patient. Ses avantages sont une réalisation simple ainsi qu'une bonne fiabilité. Ses limites sont la même pondération pour des pathologies très différentes et l'absence de prise en compte de certaines affections.

Selon Fortin (32), la définition de la polypathologie est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu et sur la même période ». D'après des travaux de la CNAMTS réalisés à partir des consommations médicales, il est estimé que seuls 12% des plus de 75 ans n'ont aucune maladie. Après 75 ans, la polypathologie est très fréquente avec un taux estimé entre 40 et 70% (33).

Cette polypathologie entraîne le plus fréquemment une polymédication ainsi que tous les effets potentiellement indésirables qui peuvent s'y rattacher. Elle est aussi responsable de l'accroissement du nombre d'hospitalisation en raison d'une augmentation de l'incapacité fonctionnelle, d'une altération de la qualité de vie et d'une dépression (34) ;

- Le contexte social : évaluation des conditions de vie du patient (isolement, nécessité d'aides humaines, adaptation du domicile, mise en place de mesure de protection juridique).

L'exhaustivité de cette évaluation montre la nécessité d'intervention de multiples professionnels avec gériatre, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, infirmière, rendant sa réalisation complexe.

La méta-analyse de Graf *et al.* regroupant huit études conclut que l'EGS réalisée dans les services d'urgence est efficace pour diminuer le risque de ré hospitalisation (35). Cependant cette évaluation étant chronophage, l'idée serait d'utiliser des scores de dépistage afin de repérer les patients réellement à risque et qui bénéficieraient le plus d'une EGS.

On retiendra principalement de cette méta-analyse, le travail suivant : l'étude randomisée de Caplan *et al.* réalisée en 2004, incluait 739 patients de plus de 75 ans dont l'indication d'une hospitalisation n'était pas retenue. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une EGS (index de Barthel, ADL, IADL, Mental Status Questionnaire) sur le risque de ré hospitalisation 30 jours après le passage aux urgences. Le taux de ré hospitalisation à 30 jours était significativement plus bas dans le groupe ayant bénéficié de l'EGS versus le groupe sans EGS (respectivement 16.5 % vs 22.2 %, $p = 0.048$) (36).

Une EGS complète est difficilement réalisable aux urgences. Des scores prédictifs de ré hospitalisation permettant un dépistage rapide des syndromes gériatriques ont été développés pour orienter le patient âgé pris en charge aux urgences vers la filière gériatrique (équipe mobile de gériatrie par exemple).

On s'intéressera notamment au score ISAR (Identification of Seniors at Risk) et au score TRST (Triage Risk Screening Tool) qui ont été validés dans la population des personnes âgées (37).

Score ISAR

Le score ISAR (Annexe 6), développé par l'équipe canadienne de McCusker, est un questionnaire d'autoévaluation de six questions permettant d'identifier les patients à risque de présenter un évènement défavorable tel que la perte d'autonomie, l'institutionnalisation et le décès mais aussi le risque de ré hospitalisation. L'élaboration de ce score découle d'une étude de cohorte de patients âgés de 65 ans et plus (1885 participants) admis aux urgences. Un auto-questionnaire de 27 items leur était soumis. Ces items ont été sélectionnés par les auteurs après une revue de la littérature identifiant les facteurs de risque de ré hospitalisation : l'âge, le sexe, les variables sociales et démographiques, les comorbidités, les chutes, la polymédication, les hospitalisations récentes. Un suivi par téléphone était réalisé à trois mois et à six mois. Les six facteurs de risque de ré hospitalisation retrouvés lors de l'analyse par régression ont été retenus pour apparaître dans le score ISAR (38) : la polymédication (plus de trois médicaments par jour), un antécédent d'hospitalisation dans les six derniers mois, troubles de la mémoire, troubles de la vision, la présence d'aides au domicile et la majoration de ces aides depuis le début des symptômes. Un score supérieur ou égal à 2/6 est considéré comme positif et nécessite une évaluation par une équipe mobile

gériatrique. Ce seuil de positivité permettait d'obtenir une sensibilité de 73% et une spécificité de 51% sur un échantillon de 1620 patients (aire sous la courbe (ASC) 0.68, IC95% [0.63-0.72]). La sensibilité et la spécificité étaient sensiblement identiques chez les patients de 75 ans et plus (n=824, 77% et 42%, ASC = 0.66, IC95% [0.59-0.72]) (39).

Score TRST

Le test initialement élaboré, comprenait six items retenus parmi les données de la littérature. Une version à cinq items a été par la suite validée (retrait de l'item vit seul ou sans aide constituant initialement un item à part dans le score à six dimensions)(40).

Le score TRST (Annexe 7) comprend cinq critères :

- la présence de troubles cognitifs ;
- la survenue de chutes ou la présence de troubles de la marche ;
- une polymédication ;
- des antécédents d'hospitalisation ;
- les problématiques sociales, la perte d'autonomie, et la maltraitance.

Cette dernière version à cinq items a été testée en 2003 par Meldon *et al.* à partir d'une cohorte prospective de 650 patients. Un suivi téléphonique à 30 jours et 120 jours était réalisé par des enquêteurs qualifiés. Le score à six items était significativement associé à un risque de ré hospitalisation aux urgences à 30 et 120 jours (respectivement : $p < 0.0001$, $p = 0.002$)(41). Le score à cinq items avec un score $\geq 2/5$ avait une sensibilité de 58% et une spécificité de 61% concernant le taux de ré hospitalisation à 30 jours. Le score TRST ≥ 2 , à 30 et 120 jours, multipliait par 1,7 le risque de recours aux urgences hospitalières (IC95% [1,2-2,3]), et par 3,3 le risque d'hospitalisation hors urgences (IC95% [2,2 ; 5,1] (42).

En 2012, Graff *et al.* ont réalisé une étude rétrospective comparative des performances des scores TRST (5 items) et ISAR sur une cohorte de 345 patients admis aux urgences (85,9 ans en moyenne et 62,9% de femmes) (43). Ce travail n'a pas mis en évidence de différence significative entre les deux tests (ASC similaire : ASC = 0,612 pour ISAR et ASC = 0,607 pour TRST). Les auteurs ont conclu finalement que ces scores n'étaient pas de bons outils de dépistage de risque de réadmission mais que leur forte valeur prédictive négative ($> 80\%$) permettait de sélectionner les patients qui pouvaient rentrer à la maison sans la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée.

Score LACE

Le score de LACE est moins intéressant chez les patients âgés car il a été évalué sur toute la population adulte. Il comprend la durée du séjour, l'admission par les urgences, le score de Charlson et le nombre de passage aux urgences dans les six mois précédents. Cet outil a été décrit par Van Walraven *et al.* (44), dans un travail réalisé à Ontario. Il s'agit d'une étude prospective multicentrique sur une cohorte de 4812 patients. Des rappels téléphoniques ont été faits 30 jours après la sortie d'hospitalisation.

Il existe quatre niveaux à ce score pour déterminer le risque de décès ou de ré hospitalisation dans les 30 jours :

- faible : entre 1 et 4 points ;
- modéré : entre 5 et 9 ;
- haut : entre 10 et 12 ;
- majeur : entre 13 et 19.

Ce score est décevant pour prévoir le taux de ré hospitalisations chez les personnes âgées. En effet l'étude de Cotter *et al.* incluant 507 patients (85 +/- 6,5 ans) hospitalisés dans le service de gériatrie du centre hospitalier de Cambrigde, retrouvait une sensibilité de 54% et une spécificité de 47% (45).

2.3 Facteurs de risques de ré hospitalisation

Les facteurs de risque de ré hospitalisation décrits dans la littérature sont multiples.

En 2013, l'HAS (12) liste, dans le guide « Comment réduire le risque de ré hospitalisations évitables des personnes âgées ? », des facteurs identifiables :

- une hospitalisation en lien avec une insuffisance cardiaque, une pneumopathie ou une exacerbation de BPCO, un syndrome coronarien aigu ;
- un syndrome gériatrique (dénutrition, dépression, chute, confusion, escarre) ;
- l'existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation notamment s'il s'agit d'une incapacité à se nourrir soi-même ;
- un antécédent d'hospitalisation non programmée dans les six derniers mois ;

- une situation sociale défavorable.

Le tableau suivant reprend de nombreuses études réalisées sur les ré hospitalisations et les facteurs de risques retrouvés, certaines portant sur une population particulière (insuffisance cardiaque, diabétique par exemple).

Auteurs	Type d'étude	Nombre de patients	Facteurs de risques	Taux de RH (en %)	Pathologie d'entrée
J. Gauthier <i>et al.</i> (46)	Rétrospective monocentrique observationnelle	319	- Deux hospitalisations ou plus dans l'année - Confusion hors démence	16,3	
N. Traissac <i>et al.</i> (13)	Prospective observationnelle	476	- Confusion - Durée de séjour supérieure à six jours - Retour au domicile	14,3	
Logue <i>et al.</i> (47)	Rétrospective observationnelle	958	- Score de Charlson élevé - Polymédication	14	
Morandi <i>et al.</i> (48)	Cohorte rétrospective	2735	- Polymédication - Durée de séjour - Perte d'indépendance fonctionnelle	4	
Silverstein <i>et al.</i> (49)	Cohorte rétrospective	29292	- Âge > 75 ans - Sexe masculin - Origine afro-américaine - Mise en USLD ou en EHPAD	11,7	
Mirkin <i>et al.</i> (50)	Cohorte rétrospective	155 146	- Origine ethnique	22,8	Insuffisance cardiaque

			<ul style="list-style-type: none"> - Aide infirmière - Durée de séjour prolongée - Medicare couverture - Comorbidités - Sexe masculin - Âge - Comorbidités 		
Neupane <i>et al.</i> (51)	Cohorte prospective observationnelle	717	<ul style="list-style-type: none"> - Sexe masculin - Comorbidités 	11	Pneumopathie
Enomoto <i>et al.</i> (52)	Cohorte rétrospective	1 080 580 dont 249 289 diabétiques	<ul style="list-style-type: none"> - Sexe masculin - Comorbidités - Origine ethnique - Admission par les urgences 	18% parmi les patients diabétiques	Diabète
Campbell <i>et al.</i> (53)	Revue systématique de la littérature	14 cohortes prospectives	<ul style="list-style-type: none"> - Statut fonctionnel - Gravité de la maladie - Comorbidités - Polymédication - Âge - Diagnostic 		

RH = ré hospitalisation

Tableau 2 : Facteurs de risque de ré hospitalisation

On constate dans ce tableau que les facteurs de risques qui semblent être retrouvés les plus fréquemment sont : les comorbidités, le sexe masculin, et la polymédication.

2.4 Conséquences des hospitalisations et ré hospitalisations

Dans la population âgée, les conséquences des hospitalisations et notamment des ré hospitalisations sont importantes au niveau individuel avec la survenue de décompensation de comorbidités, d'infection nosocomiale, de perte d'indépendance voir

d'institutionnalisation ou de décès. Au niveau collectif, elles représentent un coût important. Des répercussions psychiques chez les patients et leur famille sont également décrites.

L'étude prospective, longitudinale et descriptive de Dickes-Sotty *et al.* (54), portant sur 100 patients de plus de 75 ans hospitalisés en court séjour gériatrique au décours d'une chute, s'intéressait au devenir des patients à six mois de leur sortie d'hospitalisation. Les résultats mettaient en évidence qu'un patient sur six décédait, 25% changeaient de lieu de vie et 40% étaient ré hospitalisés.

La perte d'autonomie liée à l'hospitalisation peut être en lien avec plusieurs facteurs associés : certains sont liés au patient, à son autonomie antérieure et à ses pathologies aiguës et chroniques et d'autres sont liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitalier. Ces derniers correspondent à ce qu'on appelle la « dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation », il s'agit d'un effet en majeure partie évitable et concerne environ 10% des personnes hospitalisées. Les six éléments principaux en cause dans ce phénomène sont :

- l'immobilisation ;
- la confusion;
- la dénutrition ;
- les chutes ;
- l'incontinence urinaire de novo ;
- la iatrogénie médicamenteuse (55).

L'étude prospective de Merino *et al.* (56), incluant 199 patients de plus de 65 ans (75,9 +/- 7,1 ans) a étudié l'effet d'une hospitalisation sur les performances cognitives et physiques. Les résultats mettaient en évidence une diminution des ADL pour 16,5% des patients en sortie d'hospitalisation, une baisse des IADL pour 24,6% et une baisse des performances cognitives pour 30%. À trois mois, il persistait une diminution des ADL pour 12,1% des patients, des IADL pour 21,1% et une diminution des performances cognitives pour 35,2%.

Covinsky *et al.* (57) dans leur étude prospective observationnelle de 2293 patients âgés de 70 ans et plus (80 ans en moyenne) retrouvaient un déclin fonctionnel après l'hospitalisation avec un score ADL plus bas qu'habituellement. Pour chacun des ADL, 10

à 15 des patients qui n'étaient pas dépendants antérieurement, l'étaient devenus lors de leur sortie.

Fortinsky *et al.* ont montré que parmi 551 patients âgés hospitalisés (80 ans de moyenne d'âge), 45% ne perdaient pas en autonomie, 26% regagnaient en autonomie, 15% présentaient un déclin fonctionnel et que 13% ne regagnaient pas en autonomie alors qu'ils avaient présenté un déclin fonctionnel avant l'hospitalisation (58).

Ce déclin fonctionnel iatrogène est à risque d'une nouvelle hospitalisation, d'une institutionnalisation et d'un décès.

Krumholz a défini dans son article de 2013 (59), le terme de « syndrome post-hospitalier » pour décrire l'état de santé d'un patient lors de sa sortie d'hospitalisation. Ce syndrome est en lien avec le stress important que représente la maladie aiguë mais aussi l'hospitalisation. Lors de leur séjour, les patients présentent souvent des troubles du sommeil, des troubles de la nutrition, des douleurs. Ils prennent des médicaments pouvant altérer leur capacité cognitive et physique. Ils se déconditionnent à l'exercice physique. Toutes ces perturbations retentissent sur l'état du patient lors de son rétablissement, le rendant plus faible pour combattre l'apparition d'une nouvelle maladie. En effet, les troubles du sommeil favorisant une perturbation du rythme veille/sommeil peuvent entraîner des troubles de l'humeur, une diminution des performances physiques, des troubles cognitifs. La malnutrition peut être à l'origine d'une altération de la cicatrisation des plaies, d'un risque accru d'infection, d'une dégradation des capacités physiques. Ce syndrome montre l'effet que le déclin fonctionnel peut avoir sur le risque de ré hospitalisation.

Une façon de réduire les ré hospitalisations serait de prévenir l'apparition de ce syndrome post-hospitalier au cours du séjour en optimisant et limitant la perte d'autonomie, la dénutrition, la iatrogénie et les conséquences psychiques.

L'étude observationnelle monocentrique, rétrospective de S. Mazière *et al.* (60), réalisée sur le CHU de Grenoble portait sur 184 patients âgés de 86,4 ans en moyenne. Un déclin fonctionnel a été retrouvé chez 31% des patients. Pour 95% d'entre eux, le déclin était survenu avant l'hospitalisation. Les facteurs identifiés à un déclin fonctionnel à la sortie étaient les suivants : le déclin fonctionnel récent, les ADL à

l'admission, la présence d'escarres, la présence d'une dénutrition (avec hypoalbuminémie < 35 g/L)) et l'admission par les urgences.

La ré hospitalisation peut être une conséquence délétère de cette perte d'autonomie.

La revue systématique de la littérature de Blakey *et al.* (61), regroupant six études, s'est intéressée au ressenti de 58 patients de plus de 65 ans sur leur vécu de la ré hospitalisation. La perception des patients semblait être la même durant l'hospitalisation initiale et la ré hospitalisation. Les différents thèmes retrouvés étaient :

- sentiment d'exclusion : les patients se sentaient exclus de leur prise en charge avec un manque de partage de l'information notamment sur leur diagnostic, changement thérapeutique, implication dans leur projet de sortie ;
- sentiment d'être ignorés : leurs connaissances sur eux même, leurs préférences n'ont pas été écoutées. Les patients décrivaient la réception de messages contradictoires selon le membre du personnel médical ou paramédical auquel il s'adressait ;
- sentiment d'expulsion : la plupart des patients ne se sentaient pas prêts pour un retour à domicile et ont perçu cette sortie d'hospitalisation comme une « expulsion » ;
- sentiment que l'hôpital était le seul endroit sécurisant : certains patients sont retournés à l'hôpital devant une anxiété majeure au domicile ;
- difficulté d'adaptation à une « nouvelle normalité » : le déclin fonctionnel n'a pas été bien accepté pour certains patients entraînant des ré hospitalisations devant un refus de perte d'indépendance.

Les hospitalisations et les ré hospitalisations, nécessaires et bénéfiques pour traiter un problème aigu, peuvent également être délétères avec un risque de déclin fonctionnel notamment, de décompensation de comorbidités, d'institutionnalisation, de ré hospitalisations et de souffrance psychique. Elles sont par ailleurs très coûteuses pour la société. Il semble nécessaire de trouver des moyens pour les limiter.

Les scores existants semblent avoir des résultats assez médiocres sur le repérage des patients à risque. Le sens clinique du médecin pourrait peut-être permettre un meilleur

ciblage de ces patients en incluant des données supplémentaires dans l'analyse. Mais qu'est ce que le sens clinique ?

3. Sens clinique

Le sens clinique est particulièrement difficile à définir, il n'existe aucune définition consensuelle dans la littérature.

JP Pierron (62) confirme cette difficulté à le caractériser : s'interroger sur le sens clinique est essentiel car celui-ci est au cœur des soins mais pourtant il n'est pas clairement identifié et difficilement définissable. Il semble être le rassemblement entre un raisonnement objectif et une subjectivation de pathos qui ferait du soignant un aimant.

D'après le même auteur, le sens clinique regroupe trois registres de significations distincts :

- l'intelligence des choses concrètes c'est-à-dire des figures, des exemples dont l'individu a pu être témoin. Cette notion pourrait s'apparenter à l'expérience ;
- l'intelligence des choses abstraites c'est-à-dire des concepts : regroupement de la sémiologie médicale pour en faire des diagnostics, des maladies ;
- l'intelligence des choses mystiques c'est-à-dire des catégories, qui laissent l'autre se « dévoiler », qui met en avant les relations humaines.

La « clinique » est définie comme une activité s'exerçant au lit du malade avec trois temps : le diagnostic, le pronostic et la décision thérapeutique.

Le « sens » peut aussi se décliner en au moins six nuances (63):

- l'expérience sensible : conception empirique de la connaissance ;
- l'intuition : connaissance immédiate, certitude instinctive ou obtenue ;
- le savoir faire acquis : il s'acquiert au cours de l'exercice de la profession ;
- le sens propre : jugement libéré de toute influence. Il permet de s'adapter à chaque situation ;
- le bon sens : dimension pratique du jugement clinique avec la capacité à bien juger avec sang froid et avec mesure ;
- la connaissance tacite : compétences physiques ou cognitives.

André Lalande, philosophe, donne trois champs de signification au terme « sens » : sensorialité, signification, orientation. La sensorialité pourrait évoquer les facultés sensorielles de l'examen clinique. La signification pourrait renvoyer vers la capacité à interpréter la sémiologie. Et l'orientation pourrait faire penser au but, soit de guérir soit d'accompagner.

Le sens clinique est au cœur du savoir-faire, de l'expertise et des compétences du médecin. Il se développe à travers la pratique, l'expérience personnelle, la connaissance et l'analyse critique continue. Il est influencé par les émotions et les sentiments.

De par l'absence de vraie définition du sens clinique, on retrouve dans la littérature de nombreux autres termes pouvant s'apparenter à ce concept : « clinical judgment », « decision making », « clinical reasoning »(64).

Dans le terme « jugement clinique », le mot « jugement » n'est pas utilisé au sens de juger la personne. Il s'agit d'un acte intellectuel permettant de donner une opinion, de tirer une conclusion à partir d'un ensemble de signes, symptômes, contexte (65).

« Jugement et prise de décision » (JDM, judgment and decision making)

Un autre concept se rapprochant du jugement clinique est le « jugement et prise de décision ». Il n'existe pas non plus de définition universelle de ce terme. Dowie définit le jugement comme un choix entre deux alternatives. Les décisions sont souvent prises avec une objectivité incomplète. La notion d'incertitude est une composante sous-estimée des processus du JDM notamment dans des contextes stressants (66).

En effet la prise de décision médicale s'appuie sur plusieurs éléments, notamment dans des situations complexes ou d'incertitude :

- des facteurs analytiques basés sur des preuves, des connaissances théoriques et relevant de ce que l'on appelle l'« Evidence Base Medicine (EBM)» ;
- des facteurs non analytiques qui influencent le jugement clinique tels que les émotions, les intuitions, l'expérience, le contexte.

Lors de l'apparition de l'EBM, l'inquiétude était la disparition du sens clinique. En effet avec l'EBM, l'expertise clinique est située au plus bas niveau de preuve (63). Le sens clinique met en évidence la subjectivité, l'individualité, l'intuition, la sensibilité, l'empathie dans la pratique et le jugement du clinicien.

Intuition :

L'un des éléments les plus importants à retenir pour essayer de définir le sens clinique est probablement l'intuition, qui a beaucoup été étudié chez les infirmières.

L'intuition a été définie de manières différentes dans la littérature, sans définition consensuelle : « comprendre sans raison », « savoir immédiatement quelque chose sans l'utilisation consciente de la raison », « la connaissance d'un fait ou d'une vérité dans son ensemble, avec possession immédiate du savoir et indépendance du processus de raisonnement linéaire ».

Pearson, en 2013 la définit comme le « savoir sans savoir comment ». Le point commun de toutes ces définitions est que le jugement et le raisonnement se produisent sans pouvoir être expliqués de façon rationnelle (66).

Il s'agit d'un processus rapide et inconscient, sensible au contexte, ne pouvant pas être réduit à une logique de cause à effet et venant donner un sens à de multiples données complexes. Elle joue un rôle essentiel dans la prise de décision du praticien (67).

Cependant, elle peut aussi être décrite comme un sixième sens, un pressentiment, un instinct. Ces notions abstraites ont tendance à associer intuition et mysticisme, conduisant les scientifiques à dénigrer la légitimité du rôle de l'intuition dans le jugement clinique (68). Cet aspect peut venir biaiser la prise de décision (69).

Mais, Peter Medawar, biologiste britannique unit l'EBM à l'intuition : « la médecine comporte un élément scientifique important et profondément important, il existe également un talent artistique indéfinissable, une perspicacité imaginative et la médecine est née d'un mariage des deux » (67).

L'intuition à elle seule, n'a pas prouvé son efficacité dans la prise de décision clinique. Toutefois, sa place dans le mécanisme décisionnel est une réalité dans la vie quotidienne.

La majorité des études sur ce sujet a été réalisée dans la pratique des infirmières. Il s'agit d'études qualitatives, avec pour la plupart des entretiens en face à face entre les infirmières et l'évaluateur sur la perception de l'intuition à différents moments de leur cursus ou de la prise en charge médicale. Elles ont démontré que l'intuition occupe une place prépondérante dans la pratique des infirmières, quelque soit leur niveau d'expertise. La revue systématique de la littérature réalisée par Melin-Johansson *et al.* (70), regroupant 16 études, conclut que l'intuition est bien plus qu'un simple instinct. Il s'agit d'un processus basé sur la connaissance et l'expérience des soins, qui facilite la prise de décision et améliore la qualité des soins et la sécurité des patients. L'élément important ressortant du papier de King *et al.* (68) est l'importance de l'intuition dans le processus de décision. Schaeder et Fischer en 1986 ont suggéré que « la perception intuitive dans la pratique infirmière est la capacité de faire l'expérience des éléments d'une situation clinique dans son ensemble, de résoudre un problème ou de prendre une décision avec des informations concrètes limitées ».

Gut feeling :

Un autre concept peut être rattaché à l'intuition, il s'agit du « gut feeling ».

Eric Stolper, médecin généraliste néerlandais et son équipe ont développé le concept de « Niet Pluis » et « plus » en 2004. Utilisé ensuite sous le terme anglais de « gut feeling », il permet de décrire un sentiment intuitif comme un élément important de la prise de décision. Il existe deux types de « gut feeling » (71):

- le sens de réassurance (pluis): bien qu'un diagnostic ne puisse être posé dans l'immédiat, le médecin ressent la sensation que « tout va bien ». Il en ressort une sensation de sécurité ;
- le sens d'alarme (net pluis): le médecin sent que « quelque chose ne va pas » sans argument objectif justifiant cette sensation. Il ressent la nécessité de mettre en place une intervention afin d'éviter la survenue de problèmes.

Il existe plusieurs déterminants de ce gut feeling (72):

- L'expérience : elle prend une place importante dans le gut feeling ;

- La personnalité du médecin : par exemple, l'absence de confiance en soi peut ne pas faire croire en son « sens de réassurance » ;
- Les connaissances contextuelles : tout ce que le médecin sait des symptômes présentés par le patient semble être un déterminant important et sert de cadre de référence ;
- Les facteurs interférents : tels que les émotions, les sentiments de culpabilité anciens ;
- Des facteurs de concordance ou d'alerte : il s'agit d'un processus de comparaison d'image. Dans le cadre d'un sens de réassurance, il existe une congruence entre l'image et les symptômes présentés par le patient. Dans le cadre du sens d'alarme, il y a un décalage entre les deux images ;
- L'enseignement de ce concept : possibilité d'enseigner le « gut feeling » aux étudiants.

Ce sens d'alarme est reconnu comme un outil diagnostique au Pays Bas. Il s'agit même d'un outil opposable si une complication judiciaire apparaît (73).

Pour conclure, ce que nous pouvons retenir du sens clinique est qu'il n'est pas clairement défini. Ce manque de définition est probablement en lien avec les facteurs non analytiques (tels que l'intuition, les émotions, l'expérience) entrant à part entière dans le processus de la décision médicale. Fortement critiqué lors de l'apparition de l'EBM, il est nécessaire pour compléter les connaissances théoriques.

Le sens clinique est un point clef dans la prise en charge du patient. Il permet de repérer les patients à risque de ré hospitalisation/complications impliquant des interventions pour optimiser une sortie sur le lieu de vie dans les meilleures conditions possibles.

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE TRAVAIL

Notre hypothèse de travail est que le sens clinique du gériatre est meilleur que des scores pour prédire le risque de ré hospitalisation à un mois car il prend en compte des variables tels que le contexte, l'expérience, l'intuition. Ces éléments semblent apporter des informations essentielles pour la décision médicale.

Notre question de recherche est de savoir si le sens clinique du gériatre est plus fiable que les scores théoriques prédictifs pour estimer le risque de ré hospitalisation à un mois des patients gériatriques.

L'objectif principal de cette étude est de comparer les performances prédictives d'une échelle numérique représentant le sens clinique du gériatre et du score TRST face au risque de ré hospitalisations de patients âgés un mois après leur sortie. .

Les objectifs secondaires sont de

- rechercher les variables associées à un risque de ré hospitalisation ;
- déterminer le nombre de ré hospitalisations dans le mois, le délai de survenue et le nombre de jour passés au domicile dans le mois suivant l'hospitalisation;
- déterminer le nombre de ré hospitalisations en lien avec la précédente ;
- comparer les performances prédictives de ré hospitalisation entre les médecins seniors et juniors.

PARTIE II : ARTICLE

Ce travail a été accepté en communication orale aux Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et de gériologie 2019.

Abstract

Introduction : La ré hospitalisation est un événement défavorable fréquent chez les personnes âgées. Le score Triage Risk Screening Tool (TRST) évalue ce risque de réadmission. Nous avons fait l'hypothèse que le sens clinique du gériatre était meilleur que le TRST pour prédire le risque de ré hospitalisation à un mois.

Méthodes: L'objectif était de comparer les performances d'une échelle numérique représentant le sens clinique du gériatre et du score TRST pour prédire le risque de ré hospitalisation à un mois de patients âgés. Les patients âgés de plus 75 ans hospitalisés dans les services de gériatrie du CHU de Bordeaux et retournant sur leur lieu de vie antérieur à l'hospitalisation ont été inclus de manière prospective. L'échelle numérique, allant de 0 à 100, était remplie par le gériatre senior. Le statut des patients à un mois a été obtenu par un rappel téléphonique auprès du patient, de sa famille ou de son médecin traitant.

Résultat : 191 patients ont été inclus (87 ans en moyenne, 58% de femmes) entre le 1^{er} décembre 2018 et le 30 avril 2019. La majorité des patients provenaient de leur domicile (81%), 76% bénéficiaient d'une aide. Le score de Charlson était élevé ($6,5 \pm 1,3$). Les deux principaux motifs d'hospitalisation étaient la chute et la dyspnée. Le taux de ré hospitalisation à un mois était de 26,6 %. Le motif de ré hospitalisation était en lien avec la précédente hospitalisation dans 82% des cas. Les seuils de 20% pour l'échelle numérique et de 2 pour le TRST étaient considérés comme prédictifs de ré hospitalisation. Les aires sous la courbe ROC du sens clinique du gériatre et du TRST n'étaient pas significativement différentes ($p = 0,16$).

Conclusion : Cette étude ne retrouve pas de supériorité du sens clinique du gériatre par rapport au TRST pour prédire la ré hospitalisation à un mois.

Mots clés : ré hospitalisation, sens clinique, score TRST, personnes âgées.

Introduction

Le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter en France et dans les pays développés (1). Du fait, principalement, de leurs comorbidités et de leur dépendance, ces patients sont à risque de ré hospitalisation. Les hospitalisations peuvent induire un déclin fonctionnel (2) ainsi que d'autres événements défavorables entraînant une augmentation de la mortalité, du risque d'institutionnalisation et représentent un coût important (3).

Dans la littérature, il existe de nombreux scores visant à prédire un risque d'événement défavorable suite à une hospitalisation ou un passage aux urgences (4) (5)(6). Le score TRST (6) (Triage Risk Senior Tool) est une échelle permettant de prédire un événement défavorable à un mois d'un passage aux urgences. Si le score est supérieur ou égal à deux, une évaluation gériatrique standardisée est recommandée (7).

Le sens clinique est un outil essentiel dans la prise en charge médicale du patient. Il n'existe que peu d'études qui s'intéressent au sens clinique du gériatre. On peut s'apercevoir après analyse de la littérature qu'il s'agit d'une notion difficilement définissable. Il regroupe de nombreuses variables avec des éléments objectifs tels que les connaissances théoriques, l'expérience mais aussi des aspects bien plus subjectifs tels que l'intuition, l'émotion, le vécu relationnel (8) (9).

Nous avons émis l'hypothèse que le sens clinique du gériatre qui comprend une évaluation globale du patient, était meilleur que le score théorique TRST pour prédire le risque de ré hospitalisation à un mois.

L'objectif principal de cette étude était de comparer les performances prédictives d'une échelle numérique représentant le sens clinique du gériatre face au risque de ré hospitalisations de patients âgés le mois suivant leur sortie et le score TRST. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les variables associées à un risque de ré hospitalisation, de déterminer le nombre de ré hospitalisations dans le mois, le délai de survenue et le nombre de jours passés au domicile dans le mois suivant l'hospitalisation, déterminer le nombre de ré hospitalisations en lien avec la précédente et enfin de comparer les performances prédictives de ré hospitalisation des médecins seniors et juniors.

Matériel et méthodes

Type d'étude

Cette étude était observationnelle, prospective, monocentrique réalisée sur le pôle de Gériologie Clinique du CHU de Bordeaux. Les services concernés étaient l'Unité de Post Urgences Gériatriques (UPUG) de l'hôpital Saint André comprenant 15 lits, l'UPUG de l'hôpital Pellegrin comprenant 8 lits, le service de médecine gériatrique 2 de l'hôpital Xavier Arnoz comprenant 30 lits et le service de médecine gériatrique 1 de l'hôpital Xavier Arnoz comprenant 15 lits (une aile a été exclue du fait d'un recrutement spécifique de patients atteints de maladies neurodégénératives). L'étude a été déclarée au Registre des traitements du CHU de Bordeaux.

Critères d'inclusion

Tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés dans les services cités précédemment dans les suites d'un problème aigu (avec passage ou non par les urgences) et qui retournaient dans leur lieu de vie habituel en sortie d'hospitalisation ont été inclus. Les inclusions se sont déroulées de manière consécutive entre décembre 2018 et avril 2019.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Âge < 75 ans ;
- Décès durant l'hospitalisation ;
- Hospitalisation programmée pour un problème non aigu ;
- Institutionnalisation ou sortie en SSR.

Recueil de données

Une lettre d'information a été remise à tous les patients inclus dans l'étude (Annexe A1). Les données médicales et sociales ont été recueillies de manière prospective à partir du dossier médical informatisé du patient (logiciel DxCare® utilisé au CHU de Bordeaux). Ces données ont été anonymisées.

Les données recueillies étaient les suivantes :

- Les informations sociodémographiques (âge, sexe, lieu de vie, présence d'aidant et les aides présentes ou introduites en sortie d'hospitalisation) ;
- Le statut fonctionnel avec le score ADL (Activities of Daily Living) de Katz (10), IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton avant l'hospitalisation (11), c'est-à-dire antérieurement au problème aigu. Le score ADL a également été étudié à l'entrée et à la sortie du patient. Le déclin fonctionnel a été obtenu en comparant les ADL de base et de sortie d'hospitalisation du patient ;
- Les comorbidités ont été évaluées par l'index de Charlson (12), la polymédication était définie par un nombre de traitement supérieur à 5. Les fonctions cognitives ont été estimées par le score MMSE (Mini Mental Status Evaluation) (13) ;
- Le motif d'hospitalisation et le diagnostic de sortie ;
- L'état nutritionnel du patient grâce à l'albumine et au score MNA-SF® (Mini Nutritional Assessment- Short Form®) (14);
- Le score TRST;
- L'échelle prédictive du risque de ré hospitalisation réalisée par les médecins seniors et juniors le jour de la sortie. Il s'agissait d'une échelle continue allant de 0 à 100% (Annexe A2).

Tous les patients inclus ont été suivis à un mois. Les données ont été récupérées en interrogeant le logiciel DxCare® et en téléphonant au patient lui même et/ou à son entourage et/ou à son médecin traitant. Les informations suivantes ont été recueillies : les événements défavorables ayant eu lieu depuis la sortie d'hospitalisation (tels qu'un passage aux urgences, une hospitalisation non prévue, un décès, une institutionnalisation), la date de la consultation avec son médecin traitant. Si le patient avait été ré hospitalisé, nous cherchions à savoir quel en était le motif et si cette hospitalisation pouvait être en lien avec la précédente. Pour étudier le lien, les dossiers de ré hospitalisations et de l'hospitalisation initiale ont été analysés. Les ré hospitalisations relevant du même motif ou d'un diagnostic de sortie observé lors du premier séjour ont été considérées en lien. Les ré hospitalisations en lien avec une modification thérapeutique (arrêt ou ajout d'un traitement) ont été considérées de même.

Analyse statistique

Les statistiques sont réalisées avec le package ROCit du logiciel R v3.5.1.

Les variables quantitatives ont été présentées sous la forme de moyenne, médiane, écart type, valeurs extrêmes. Les variables qualitatives sont présentées en terme de nombre et de pourcentage.

Les courbes de ROC ont été réalisées pour chacune des échelles numériques (sénior, junior) et le score TRST concernant le risque de ré hospitalisation à un mois. La discrimination a été faite à l'aide de l'aire sous la courbe. La comparaison de la sensibilité de l'échelle clinique du sénior et du score TRST a été réalisée avec un test de Fisher.

Pour identifier les facteurs de risques de ré hospitalisation, un modèle de régression logistique a été réalisé. Les variables de l'analyse univariée avec une valeur de $p < 0,2$, ont été incluses dans l'analyse multivariée ainsi que certaines données qui nous paraissaient cliniquement pertinentes (âge, sexe et déclin fonctionnel).

Résultat :

Caractéristiques de la population (tableau 1):

Entre le 27 novembre 2018 et le 30 avril 2019, 191 patients ont été inclus dont 111 femmes (58,1%). L'âge moyen était de 87,3 +/- 6 ans (75-102 ans). La grande majorité des patients vivait au domicile (81%), 12% en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et 6% en RPA (résidence pour personnes âgées). Presque la moitié des patients (n=82, 43%) vivait seule au domicile et 76 % d'entre eux bénéficiaient d'au moins une aide au domicile (majoritairement un passage IDE).

Parmi ces patients inclus, 77 (40%) étaient hospitalisés en UPUG dont 18,5 % à l'hôpital Pellegrin et 21,5% à l'hôpital Saint André et 114 (60%) venaient de médecine gériatrique (18,5% d'UMG1 et 41,4% d'UMG2).

Concernant l'évaluation de l'autonomie, la population incluse présentait un score ADL avant l'hospitalisation en moyenne de 3,6 +/- 2,1 points avec une médiane de 4. Les IADL disponibles pour 187 patients, étaient basses (moyenne de 2,7 +/- 2,8 points, avec une médiane de 1).

Une large majorité de patients présentait au moment de l'hospitalisation un score MMSE inférieur à 24 : 44 (29%) entre 18 et 23 et 77 (51%) ≤ 17 .

Sur le plan nutritionnel, 80 (43,2%) patients étaient à risque de dénutrition et 72 (38,9%) étaient dénutris.

Concernant les autres syndromes gériatriques, 48 patients (25,8%) présentaient un syndrome dépressif et 74 (40,9%) avaient chuté durant les deux derniers mois.

Le score TRST a pu être réalisé chez tous patients inclus, on retrouve en moyenne un score à 2,9 +/- 1,3 et un score médian à 3.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

	N	
Âge	191	87,3 +/- 5,95
Femme	191	111 (58,1)
ADL	191	3,7 +/- 2,1
IADL	191	2,7 +/- 2,7
Vit seul	191	82 (42,9)
Aide au domicile	191	146 (76,4)
Score de Charlson	191	6,5 +/- 1,6
Clairance Cockcroft	187	49,7 +/- 20,4
Albumine	181	31,1 +/- 3,9
MNA SF	186	8,4 +/- 2,8
Score MMSE	152	17,4 +/- 6,3
Hospitalisation < 6 mois	190	74 (38,9)

*ADL : Activities of Daily Living ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living ; MNA SF : Mini Nutritional Assessment – Short Form ; MMSE : Mini Mental Status Evaluation.
Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne +/- écart type et les variables qualitatives en nombre et pourcentage.*

L'insuffisance cardiaque était le principal antécédent retrouvé (30,9%), suivie des AVC (27,2%) et du diabète (26,2%) dont 42% insulino-réquerant (tableau 2).

Les patients étaient polypathologiques et présentaient de nombreuses comorbidités avec un score de Charlson à 6,5 +/- 1,6.

La moitié des sujets inclus prenaient plus de cinq médicaments par jour. Par ailleurs, 74 (38,9%) des patients avaient déjà été hospitalisés dans les six mois précédents.

Tableau 2 : Antécédents

Antécédents (N=191)	Effectif (N)	Moyenne (%)
Insuffisance cardiaque	59	30,9
AVC	52	27,2
Diabète	50	26,2
Infarctus du myocarde	35	18,3
Maladie pulmonaire chronique	31	16,2
Maladie vasculaire périphérique	21	11
Ulcère gastro duodénal	18	9,4
Tumeur solide non métastatique	17	8,9
Démence d'Alzheimer	9	4,7
Leucémie	6	3,1
Maladie de Parkinson	5	2,6

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

La dyspnée et les chutes représentaient les motifs d'hospitalisation les plus fréquents (Tableau 3).

Tableau 3 : Motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation (N=191)	Effectif (N)	Moyenne (%)
Dyspnée	49	25,654
Chute	45	23,56
Fièvre	26	13,6
Confusion	26	13,6
Altération de l'état général	24	12,56
Malaise	12	6,283
Cytopénie	12	6,28
Douleurs	11	5,76
Comitialité	9	4,712
AVC	6	3,14
Troubles du comportement	4	2,094

AVC : Accident vasculaire cérébral

Les données concernant la sortie :

Les diagnostics les plus souvent retenus étaient la décompensation cardiaque (21,5%), la pneumopathie (20%), l'infection urinaire (7,3%) et l'épilepsie (7,3%).

L'hospitalisation s'est compliquée par la survenue d'une escarre (n= 13, 6%), d'un déclin fonctionnel (n=36, 19%) et d'un syndrome confusionnel (n=81, 42,4%).

Les sorties étaient réparties sur la semaine. Le médecin traitant était contacté pour la moitié des patients (53,3%) avant la sortie d'hospitalisation. La très grande majorité des patients souhaitait un retour à la maison (82,3%).

La durée du séjour était d'en moyenne 14,6 jours +/- 8,4, avec une médiane retrouvée à 13 jours.

Réévaluation à 1 mois :

Trois patients ont été perdus de vue.

Parmi les 188 patients contactés, 50 (26,6%) ont été ré hospitalisés dans le mois suivant leur sortie dont deux étaient programmées. Elles étaient en lien avec la précédente hospitalisation dans 82% des cas.

La durée de la ré hospitalisation était d'en moyenne de 6,6 +/- 10,5 jours. Deux patients ont été ré hospitalisés deux fois au cours du mois et un seul patient a été ré hospitalisé trois fois.

Le nombre de jours passés au domicile pour l'ensemble des patients est en moyenne de 28,6 jours.

Les principaux motifs de ré hospitalisation retrouvés étaient les infections (18%), les chutes (12%), la décompensation cardiaque (12%) suivis ensuite par les motifs cardiovasculaires (tels que les ischémies aiguës de membres, les troubles du rythme) et des motifs d'origine neurologique.

Le délai moyen entre la sortie d'hospitalisation et la ré hospitalisation était de 15 jours (0-31). La notion d'une consultation avec le médecin traitant a été recueillie chez 186 patients, 80% d'entre eux ont revu leur médecin traitant dans un délai moyen de 7,3 +/-7,6 jours après la sortie d'hospitalisation.

Deux patients ont été institutionnalisés durant le mois suivant leur hospitalisation. Neuf patients sont décédés dans ce même délai.

Performances diagnostiques :

Dans un objectif de sensibilité supérieur à 85%, le seuil de 20% sur l'échelle numérique a été déterminé comme à risque de ré hospitalisation dans le mois suivant un séjour hospitalier.

L'aire sous la courbe (ASC) ROC de l'échelle de prédiction des séniors était de 0,67 (Intervalle de confiance IC95% : [0,56 ; 0,75]) et celle des internes était de 0,68 (IC95% : [0,60 ; 0,78]). 71,9 % des évaluations étaient identiques entre les séniors et les internes avec un coefficient Kappa de Cohen à 0,27. La comparaison de l'ASC entre sénior et junior ne montrait pas de différence significative ($p = 0,41$).

Il n'existait pas de différence significative entre la sensibilité de prédiction de ré hospitalisation du score TRST et de l'échelle numérique du senior (test de Fisher, $p = 0,14$). L'aire sous la courbe de ROC du score TRST était de 0,62 (IC95% : [0,53 ; 0,71]). Les aires sous la courbe ROC du sens clinique du sénior et du TRST n'étaient pas significativement différentes ($p = 0,16$).

FIGURE A : Courbes de ROC 1

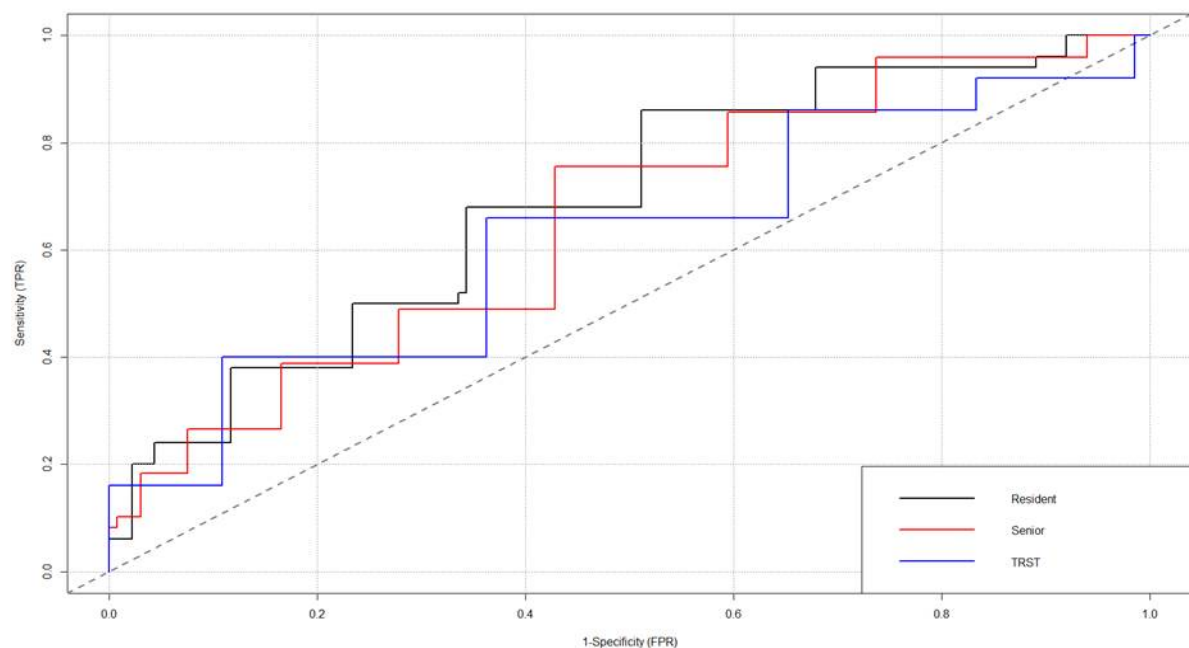


Tableau 4 : Performances diagnostiques du sens clinique du sénior et du score TRST

	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Sens clinique	0,86 [0,76 ; 0,96]	0,26 [0,19 ; 0,34]	0,30 [0,22 ; 0,38]	0,83 [0,77 ; 0,89]
TRST	0,86 [0,76 ; 0,96]	0,17 [0,11 ; 0,23]	0,27 [0,20 ; 0,34]	0,77 [0,70 ; 0,83]

Les résultats sont exprimés en pourcentage et intervalle de confiance 95%. TRST : Triage Risk Screening Tool ; VPN, valeur prédictive négative ; VPP, valeur prédictive positive

Facteurs de risque de ré hospitalisation :

Les données des analyses uni- et multivariées sont présentées dans le tableau 5.

Les variables choisies pour l'analyse multivariée étaient : l'âge, le sexe, un antécédent d'hospitalisation dans les 6 mois précédents, le diagnostic de sortie « pneumopathie », le diagnostic de sortie « chute », le diagnostic de « néoplasie », l'antécédent de diabète, la mise en place d'aide ménagère, la durée de séjour et l'évolution de l'indépendance fonctionnelle (différence entre l'ADL d'entrée et l'ADL à la sortie d'hospitalisation).

En analyse multivariée, l'antécédent d'hospitalisation dans les six derniers mois ($p = 0,0067$) et le diagnostic de néoplasie ($p = 0,0048$) étaient des facteurs pronostiques indépendants de ré hospitalisation à un mois.

Tableau 5 : Facteurs associés au risque de ré hospitalisation

	Analyse univariée			Analyse multivariée (N=187)		
	OR	95% IC	p-value	OR	95% IC	p-value
Age (N = 188)	0,967	[0,91 ; 1,02]	0,223	0,96	[0,9 ; 1,02]	0,172
Homme (N = 188)	1,084	[0,56 ; 2,08]	0,809	0,83	[0,39 ; 1,73]	0,616
Hospitalisation inférieure à 6 mois (N = 187)	2,823	[1,46 ; 5,55]	0,002	2,72	[1,32 ; 5,74]	0,0067
Delta ALD base/sortie (N = 187)	0,981	[0,77 ; 1,24]	0,875	1,05	[0,77 ; 1,46]	0,773
Diabète (N = 188)	1,311	[0,63 ; 2,66]	0,464	1,36	[0,59 ; 3,05]	0,46
Durée séjour (N = 191)	1,028	[0,99 ; 1,07]	0,141	1,01	[0,97 ; 1,06]	0,532
Diagnostic de sortie (N = 188)						
Pneumopathie	1,944	[0,89 ; 4,14]	0,093	2,09	[0,88 ; 4,89]	0,094
Néoplasie	11,9	[1,71 ; 236,25]	0,011	17,52	[2,31 ; 362,67]	0,0048
Chute	0,401	[0,06 ; 1,52]	0,196	0,69	[0,1 ; 2,88]	0,636
Mise en place Aide ménagère (N = 188)	3,406	[0,4 ; 29,31]	0,109	3,07	[0,31 ; 30,22]	0,238

OR : Odds Ratios ; IC : intervalle de confiance ; ADL : Activities Daily Living

Discussion :

Cette étude observationnelle prospective a duré cinq mois et a porté sur 191 patients. Les résultats de ce travail suggèrent que le sens clinique du gériatre n'est pas supérieur au score TRST pour prédire le risque de ré hospitalisation de leurs malades à un mois infirmant notre hypothèse. En effet la sensibilité et l'aire sous la courbe ROC ne sont pas significativement différentes.

L'aire sous la courbe du score TRST est de 0,62 (IC95% : [0,53 ; 0,71]) avec une sensibilité à 86% ce qui correspond à des performances légèrement supérieures aux

données retrouvées dans l'étude de Deschodt (15) (sensibilité : 78%). Dans le travail de Cousins et al. (16), la sensibilité du score TRST était inférieure à nos résultats (58%).

Peu d'études ont évalué le sens clinique des médecins face au risque de ré hospitalisation. Les résultats de ce travail montrent des prédictions peu satisfaisantes et sont en accord avec la littérature. L'étude de Miller *et al*, comparait le sens clinique (des infirmières, internes et médecins plus expérimentés) à l'indice de LACE. Le sens clinique était évalué de la même façon que dans notre travail selon une échelle numérique de 0 à 100 %. Les aires sous les courbes retrouvées variaient entre 0,620 et 0,689 selon la catégorie du personnel médical sans différence significative avec le score LACE. Cette étude a aussi cherché à savoir si l'indice de LACE pouvait être un outil utile pour ajouter un pouvoir prédictif supplémentaire au sens clinique du gériatre, ce n'était le cas que pour les résidents ($p = 0,019$), le score LACE n'améliorait pas les capacités des seniors ou infirmières à prédire une réadmission. Cette différence peut s'expliquer par l'importance de l'expérience dans le sens clinique (17). Cependant nous n'avons pas montré dans notre étude une supériorité du sens clinique du sénior par rapport au junior pour la prédiction des réadmissions.

L'étude observationnelle, monocentrique et prospective d'Allaudeen *et al*, a conclu que les praticiens n'étaient pas capables de prédire les ré hospitalisations et que les résultats étaient proches du hasard. En effet l'étude des valeurs de l'aire sous la courbe de ROC ne retrouvait pas de différence significative avec 0,50 (considéré comme le hasard). Là encore le sens de prédiction des médecins était évalué sur un score allant de 0 à 100% et était comparé à une échelle standardisée qui est le risque de probabilité de réadmission (Pra) (18). Ce score est communément utilisé pour prédire le risque de deux hospitalisations ou plus sur une période de quatre ans. Il comprend huit facteurs : l'âge avancé, le sexe masculin, l'état de santé général médiocre, l'état de santé général auto-évalué, l'antécédent de maladie coronarienne ; l'antécédent de diabète ; l'hospitalisation au cours de la dernière année et plus de six visites chez le médecin au cours de l'année précédente.

Les prédictions du test TRST et des cliniciens dans notre travail restent tout de même décevants, du fait d'une aire sous la courbe inférieure à 0,7 ce qui souligne la difficulté à prédire un tel évènement.

Notre étude retrouve un taux de ré hospitalisations à 1 mois de 27%, chiffre supérieur aux données retrouvées dans la littérature.

De nombreuses études se sont intéressées à la ré hospitalisation : les taux sont très variables en fonction des critères utilisés. Ils varient de 11,7 à 32,7% (19). On peut supposer que ces variations sont en lien avec la diversité des services dans lesquels les populations sont étudiées mais aussi en lien avec le type de structure, les critères de délai utilisés. Le taux est plus important que celui retrouvé dans la majorité des études. L'étude bordelaise de Traissac *et al*, précédemment citée, réalisée sur l'UPUG de Saint André retrouvait un taux de 14,6% (20), similaire aux publications de la HAS (21).

Notre étude porte sur des patients dépendants (scores ADL 3,6 +/- 2,1) avec de lourdes comorbidités (score de Charlson 6,5 +/- 1,66). La moitié des patients est sortie d'hospitalisation avec plus de cinq médicaments sur leur ordonnance, marqueurs indirects de la polypathologie. Ces éléments peuvent expliquer ce taux important de ré hospitalisation.

Dans notre étude, la majorité des ré hospitalisations (18%) sont en lien avec une infection. Par ailleurs, le diagnostic de pneumopathie pendant l'hospitalisation tendait à être prédictif de ré hospitalisation. On peut expliquer ce résultat par les conséquences de l'infection sur le déclin fonctionnel et nutritionnel mais également par le terrain des patients atteints d'infection qui peut lui même être altéré (pneumopathie d'inhalation, infection de plaies chroniques...). Dans un travail observationnel prospectif, portant sur une population de 151 patients avec bactériémies, similaire à la nôtre (patients âgés d'en moyenne 85 ans, polypathologie et dépendance), Hyernard *et al*. (22) ont mis en évidence que la première cause de décès survenus dans le mois suivant l'épisode de bactériémie était la survenue d'une nouvelle infection. Dans notre étude, la survenue de chutes était la deuxième cause de ré hospitalisation. Derrière ce motif d'hospitalisation, se cachent de nombreux diagnostics, y compris les infections. Selon l'étude de Dickes-Sotty (23), parmi les patients ayant été hospitalisés pour chute, 40% sont ré hospitalisés dans les 6 mois. Le troisième motif de ré hospitalisation le plus fréquent est la décompensation cardiaque. On sait, d'après l'étude de Mirkin *et al*. (24), que les patients présentant une insuffisance cardiaque sont à risque de ré hospitalisation (22,8 % à 30 jours) du fait de la gravité elle-même de cette pathologie chronique mais également de leurs importantes comorbidités associées (infarctus du myocarde, maladie vasculaire

périphérique, diabète compliqué ou non, insuffisance rénale, insuffisance hépatique...). La prévention de la survenue d'une nouvelle infection, d'une chute ou d'un nouvel épisode de décompensation cardiaque est partiellement possible par une approche multi-composante. La mise en place du PRADO (Programme de Retour À Domicile) est un exemple de service mis en place pour éviter les ré hospitalisations au décours d'un épisode dans l'insuffisance cardiaque. Elle comprend une éducation thérapeutique, une organisation de rendez-vous médicaux à la sortie d'hospitalisation et l'intervention de soignants formés au domicile. Ces interventions peuvent être limitées par la gravité de la pathologie chronique et de la faible réserve de ces patients.

Les deux facteurs de risque de ré hospitalisation retrouvés dans notre étude sont un antécédent d'hospitalisation dans les 6 mois précédents et le diagnostic de sortie « néoplasie ». Le premier facteur cité est retrouvé de nombreuses fois dans la littérature (25). La présence d'une néoplasie peut être responsable d'une ré hospitalisation en lien avec la maladie elle-même et de ses complications (dénutrition, infections, maladies thromboemboliques...) mais aussi en lien avec le traitement, s'il y en a un. Tenant compte que ces patients sont à risque de ré hospitalisation, une prise en charge de type « case-management » pourrait être profitable comme l'étude PREPARE tente de le montrer actuellement (26).

Le manque de puissance de cette étude en lien avec le faible nombre de sujets inclus, est probablement responsable de la mise en évidence de peu de facteurs de risque de ré hospitalisation. Les autres limites présentées par ce travail sont le caractère monocentrique de l'étude, réalisée sur le CHU qui inclut un recrutement de patients possiblement plus lourds et une prise en charge plus spécialisée. Cependant nos services de gériatrie ont principalement un recrutement local. Une autre des limites est l'utilisation parfois compliquée du score TRST, notamment avec une interprétation parfois assez subjective du cinquième item de l'échelle (concernant la perte d'autonomie, les problèmes sociaux, la maltraitance). En effet l'hétérogénéité de ce point le rend complexe. Toutefois, pour la majorité des patients, le score était strictement supérieur à deux et la cotation du cinquième point n'avait que peu de répercussion sur le résultat final. De plus, ce score a été mesuré par un seul évaluateur entraînant une certaine homogénéité. L'autre limite est le modèle d'évaluation du sens clinique du

gériatre. L'échelle numérique ne permet pas une évaluation qualitative. Une étude qualitative permettrait d'apporter des éléments supplémentaires au vu de la complexité du sens clinique et de la part de subjectivité qui en ressort. L'évaluation du sens clinique aurait pu être faite avec des entretiens ou avec des questionnaires plus détaillés (avec des items concernant par exemple l'intuition, le gut feeling, prise en charge des recommandations). Le caractère évitable de ces ré hospitalisation n'a pas encore été déterminé dans ce travail.

Les forces de cette étude sont son caractère prospectif, le faible nombre de perdus de vue, la réalisation de l'étude sur l'ensemble du pôle de gériatrie clinique, permettant un accès aux particularités des différents services. L'autre élément important est l'évaluation du sens clinique du gériatre avec deux échelles différentes : l'une pour les internes et l'autre pour les médecins séniors permettant de prendre en considération l'expérience des médecins. Le rappel à un mois effectué auprès des médecins traitants et des familles a permis de retenir toutes les ré hospitalisations, même celle effectuées en dehors du CHU de Bordeaux, limitant ainsi le biais d'information.

Le repérage des patients à risque reste un enjeu important afin de pouvoir diminuer le nombre de ré hospitalisation. L'amélioration du sens clinique, si elle est possible, semble être une piste d'amélioration. Des études réalisées sur des populations d'infirmières (27)(28), montrent que la mise en situation ou le développement de simulations, associées à un débriefing permet de développer un meilleur sens clinique chez les étudiants. En effet pour développer un bon sens clinique, il est nécessaire de travailler son jugement clinique mais aussi sa pensée critique.

L'hétérogénéité de la population âgée semble rendre difficile l'évaluation de ce risque de ré hospitalisation. Les scores prédictifs décevants des juniors comme des seniors peuvent mettre en cause le caractère prédictif de ces ré hospitalisations. Par ailleurs, une ré hospitalisation n'est pas forcément un échec et peut faire partie de l'histoire naturelle de la maladie (insuffisance cardiaque, néoplasie évolutive...).

Cependant, l'optimisation des sorties des malades reste une priorité. Une proposition d'amélioration serait d'organiser un suivi dans la filière gériatrique par le gériatre s'étant occupé du patient durant son séjour. Les patients repérés comme à risque de ré hospitalisation pourraient bénéficier d'une consultation dans les 15 jours

suiuants la sortie. Ce contact pourrait se réaliser en consultation à l'hôpital ou au domicile. Une meilleure coordination avec le médecin traitant ou l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie permettrait une évaluation précoce du patient mais également de son environnement. La formation d'infirmière en pratique avancée pourrait permettre ce type de réévaluation.

Cette réévaluation serait également l'occasion de poursuivre la prise en charge du patient dans la filière gériatrique et de le réorienter précocément, si nécessaire vers une hospitalisation conventionnelle, un hôpital de jour ou un SSR.

Conclusion :

Le sens clinique du gériatre n'est pas plus performant que le score TRST pour prédire le risque de ré hospitalisation des patients dans le mois suivant la sortie de leur séjour. Notre étude a permis de repérer au moins trois profils de patients à risque de ré hospitalisation (néoplasie, pneumonie et hospitalisations multiples). D'autres études sont nécessaires pour affiner ces critères.

Bibliographie

1. INSEE. (Cité 06/02/2019). Bilan démographique, [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-13>
2. 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.
3. DRESS. (cité 01/04/2019). Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici 2060, [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler>
4. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc.* oct 1999;47(10):1229-37.

5. Sonnic A, Pistorius M-A, Delamarre-Damier F, Decker LD, Planchon B, Berrut G. Validation of a screening tool toward a geriatric comprehensive assessment during a non geriatric consultation: the geriatric warning test. *Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2011;(4):429–435.
6. Cousins G, Bennett Z, Dillon G, Smith SM, Galvin R. Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool. *Eur J Emerg Med*. août 2013;20(4):230-9.
7. 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.
8. Shaban R. Theories of clinical judgment and decision-making: a review of the theoretical literature. *JEPHC*. 2005;3.
9. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *J Gen Intern Med*. févr 2011;26(2):197-203.
10. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.
11. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
- 12 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. nov 1975;12(3):189-98.
14. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*. janv 1996;54(1 Pt 2):S59-65.
15. Deschodt M, Wellens NIH, Braes T, De Vuyst A, Boonen S, Flamaing J, *et al*. Prediction of functional decline in older hospitalized patients: a comparative multicenter study of three screening tools. *Aging Clin Exp Res*. déc 2011;23(5-6):421-6.

16. Cousins G, Bennett Z, Dillon G, Smith SM, Galvin R. Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool. *Eur J Emerg Med.* août 2013;20(4):230-9.
17. Miller WD, Nguyen K, Vangala S, Dowling E. Clinicians can independently predict 30-day hospital readmissions as well as the LACE index. *BMC Health Serv Res.* 22 2018;18(1):32.
18. Allaudeen N, Schnipper JL, Orav EJ, Wachter RM, Vidyarthi AR. Inability of providers to predict unplanned readmissions. *J Gen Intern Med.* juill 2011;26(7):771-6.
19. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, *et al.* Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA.* 19 oct 2011;306(15):1688-98.
20. 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.
21. Haute autorité de santé. (cité 06/02/2019). Comment réduire le risque de ré hospitalisations évitables des personnes âgées? , [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
22. Hyernard C, Breining A, Duc S, Kobeh D, Dubos M, Prevel R, *et al.* Atypical presentation of bacteremia in older patients is a risk factor for death. *Am J Med.* juin 2019;S0002934319304504.
23. Dickes-Sotty H, Chevalet P, Fix M-H, Riaudel T, Serre-Sahel C, Ould-Aoudia V, *et al.* Six-months outcomes after admission in acute geriatric care unit secondary to a fall. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* déc 2012;10(4):391-401.
24. Mirkin KA, Enomoto LM, Caputo GM, Hollenbeak CS. Risk factors for 30-day readmission in patients with congestive heart failure. *Heart Lung J Crit Care.* oct 2017;46(5):357-62.
25. Gauthier J, Kisterman JP, Chapalain F, Texier A, Manckoundia P. Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. *Rev Med Interne.* août 2016;37(8):521-8.
26. Soubeyran P, Terret C, Bellera C, Bonnetain F, Jean OS, Galvin A, *et al.* Role of geriatric intervention in the treatment of older patients with cancer: rationale and

design of a phase III multicenter trial. *BMC Cancer*. 01 2016 ;16(1) :932.

27. Yang F, Wang Y, Yang C, Zhou MH, Shu J, Fu B, *et al*. Improving clinical judgment by simulation: a randomized trial and validation of the Lasater clinical judgment rubric in Chinese. *BMC Med Educ*. 14 janv 2019;19(1):20.

28. Kassirer JP. Teaching clinical reasoning: case-based and coached. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. juill 2010;85(7):1118-24.

ANNEXE A 1 : Note d'information délivrée aux patients

NOTE D'INFORMATION DU PATIENT

Comparaison du sens clinique du gériatre et du score TRST pour l'estimation du risque de ré-hospitalisation à 1 mois.

Vous êtes hospitalisé(e) en service de gériatrie après un passage dans un service de gériatrie et vous allez prochainement regagner votre domicile. Nous étudions les facteurs associés au risque de réhospitalisation dans le mois qui suit la sortie d'hôpital.

Il existe des scores permettant d'évaluer ce risque. Nous cherchons à comparer ces scores au simple sens clinique (« impression ») du médecin gériatre pour estimer le risque de réhospitalisation à 1 mois.

Cette étude concerne les patients âgés de 75 ans ou plus et qui sont hospitalisés en gériatrie en gériatrie sur le CHU de Bordeaux.

Si vous êtes d'accord, Emilie CLABE, une interne en médecine recueillera des données à partir de votre dossier médical et des questions qu'elle vous posera. Si besoin, elle contactera également votre médecin traitant pour préciser vos antécédents et vos traitements.

Les données recueillies de votre dossier médical seront anonymes et seront utilisées uniquement par les médecins chargés de l'étude ainsi que leurs collaborateurs sous la responsabilité du Dr Claire Roubaud-Baudron (CHU de Bordeaux), investigateur principal de l'étude.

Emilie CLABE vous rappellera 1 mois après votre sortie d'hospitalisation pour prendre de vos nouvelles et savoir comment s'est passé ce mois (consultation avec votre médecin traitant, passage aux urgences, hospitalisation..).

Votre prise en charge médicale pour laquelle vous êtes hospitalisé(e) n'est en aucune manière affectée par cette étude.

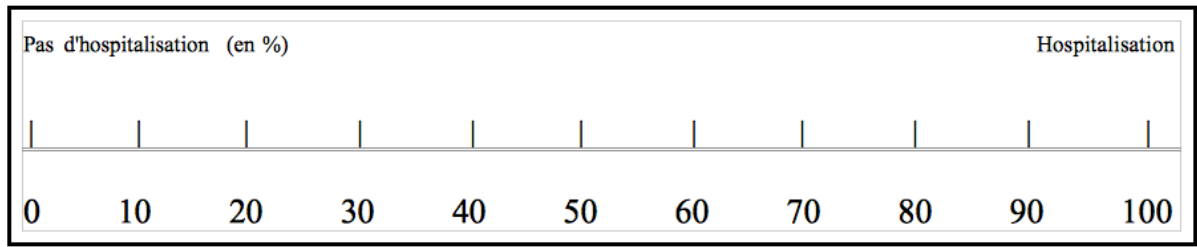
Toutes les données et informations vous concernant resteront strictement confidentielles et anonymes. Ce traitement automatisé a été autorisé par la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

Vous pouvez vous opposer à ce que les informations vous concernant soient utilisées pour cette enquête sans que cela ait d'influence sur votre prise en charge. Si tel est le cas, nous vous demandons de le signaler au médecin qui vous prend en charge.

Si vous acceptez, conformément à la loi « informatique et liberté », vous aurez à tout moment le droit d'accéder aux données vous concernant. Vous aurez également le droit de demander à ce que les données inexacts ou devenues inexacts soient rectifiés. Vous pourrez à tout moment exercer ces droits en écrivant, ou en appelant le Dr Claire ROUBAUD-BAUDRON au CHU de Bordeaux.

Si vous le souhaitez, vous pourrez être informé des résultats globaux de l'étude.

ANNEXE A 2 : Echelle numérique évaluant le sens clinique des médecins



PARTIE III : DISCUSSION - PERSPECTIVES

Cette étude prospective monocentrique réalisée sur le pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux a retrouvé un taux de ré hospitalisation à un mois de 26,6%. Ce taux est important par rapport aux données de la littérature mais peut s'expliquer par notre population d'étude particulièrement dépendante et polypathologique. Le sens clinique du gériatre ne prédit pas de manière plus efficace le risque de ré hospitalisation que le score TRST. Leurs performances sont d'ailleurs décevantes. Cette étude a permis de montrer que les patients hospitalisés à plusieurs reprises et présentant une néoplasie étaient à risque de ré hospitalisation.

Dans cette dernière partie, des voies d'amélioration sont proposées à différents temps de la prise en charge des patients.

1. Prévention du syndrome post-hospitalier.

L'une des manières de réduire le nombre de ré hospitalisations est de limiter l'apparition d'un syndrome post hospitalier (décrit dans l'introduction), prévenir les complications iatrogènes : dénutrition, déclin fonctionnel ; confusion, chute, iatrogénie médicamenteuse... De nouvelles recommandations de l'HAS publiées en 2017 détaillent les mesures à mettre en place pour éviter la dépendance iatrogène. Leur mise en place dans les services hospitaliers, gériatriques ou non est un défi pour les années à venir (55).

2. Repérer les patients à risque durant l'hospitalisation

Lors de l'hospitalisation, l'enjeu majeur est le repérage de ces patients à risque de ré hospitalisation. Ce repérage est un élément central mais très compliqué à réaliser comme a pu le démontrer cette étude. En effet le sens clinique du gériatre ne suffit pas à repérer ces patients. Associer ce sens clinique à un score théorique permettrait-il d'améliorer ce repérage ? Les éléments permettant de construire ce test sont pris en

considération dans l'analyse du praticien, cette association a peu de chance d'optimiser de façon significative le repérage de ces patients comme l'a montré l'étude de Miller précédemment citée.

L'étude cas-témoins, expérimentale de Fen Yang et al (74) a étudié une nouvelle technique d'apprentissage chez 157 étudiants infirmiers sous forme de mise en situation ou de simulations. Ces simulations associées à un débriefing ont permis de développer un meilleur sens clinique chez ces étudiants. L'utilisation de ces méthodes d'apprentissage chez les étudiants en médecine serait une piste à développer. L'amélioration du sens clinique peut passer par la réalisation de groupes de paires existants chez les praticiens libéraux ou par les revues de morbi-mortalité dans le secteur hospitalier.

D'après Ann (75), le sens clinique englobe une compréhension des aspects diagnostiques, physiopathologiques d'une maladie, le contexte dans lequel s'est produite la maladie (environnement familial, social, ressources personnelles, affectives) et les intègre dans la prise de décision des soins. Bien que l'expérience soit une variable importante du sens clinique, la pratique clinique seule est insuffisante pour développer un bon sens clinique. Son enseignement passe par l'apprentissage de la pensée critique et du jugement clinique qui se fait souvent par des mises en situations avec autoréflexion de l'étudiant sur l'activité réalisée. L'idéal serait que cette formation ait lieu avant le début des stages pratiques et qu'elle puisse se poursuivre tout au long de la formation.

Selon Kassirer (76), l'apprentissage est favorisé par l'exposition à des cas réels suivis d'une discussion avec analyse collaborative de la situation. Mais il ajoute une précision : « la formation serait plus efficace lors d'une exposition répétée et délibérée à des cas réels plutôt qu'à des simulations ». Il faudrait donc prévoir durant le premier cycle de médecine davantage de mise en situations, notamment lors des stages, afin d'aider dès que possible les étudiants à développer un bon sens clinique. Si le temps le permet, il serait aussi important de pouvoir les mettre en situation réelle lors de la suite des études avec débriefing par la suite.

3. Transition hôpital/médecine ambulatoire

Comme préconisé par la HAS (12), une des solutions qui pourrait permettre de diminuer le risque de ré hospitalisation est la mise à disposition du médecin traitant d'un court compte rendu d'hospitalisation contenant les informations indispensables. Ce compte rendu serait ensuite suivi d'un courrier plus détaillé. Ce document est à donner au patient lors de sa sortie. L'utilisation du dossier médical partagé semble être un outil de taille dans la transition hôpital/médecine ambulatoire. Dans le cas de notre étude, tous les patients sont sortis avec leur compte rendu d'hospitalisation.

La conciliation médicamenteuse et l'éducation thérapeutique des patients semblent avoir démontré une efficacité sur les ré hospitalisations. L'étude de Legrain *et al.* (77) a étudié les effets d'une intervention comprenant l'optimisation des traitements, l'éducation des patients sur leur maladie et la communication avec les soignants au domicile. Elle a mis en évidence, sur une population de patients âgés, une diminution des ré hospitalisations et des passages aux urgences à 90 jours mais pas à six mois. Cependant, cette proposition nécessite également la formation des aidants dans le cas de patients atteints de pathologies neurodégénératives avancées. L'implication de l'entourage dans cette intervention est essentielle.

4. Poursuite de la prise en charge

Il est préconisé une visite à domicile dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation des patients. Il existe une revalorisation tarifaire « majoration de suivi de sortie d'hospitalisation » (MSH) de 23 euros applicable par les médecins traitants une fois dans le mois suivant la sortie. Cet acte vise à tout mettre en œuvre pour éviter une réadmission avec évaluation de l'état médical du patient, de l'efficacité et de la tolérance des traitements introduits ou suspendus, vérifier l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place. Il est applicable à des personnes présentant une perte d'autonomie et nécessitant un suivi médical rapproché.

Il faudrait prendre le temps de téléphoner à chaque médecin avant la sortie, mais surtout les médecins généralistes pour lesquels les patients ont été repérés comme à

risque de ré hospitalisation afin de mettre l'accent sur la situation précaire et d'organiser la sortie dans les meilleures conditions.

Une méta-analyse (20) de 43 études, s'intéressant aux différentes propositions d'intervention (éducation thérapeutique, mise en place d'aides au domicile, suivi téléphonique, visite au domicile, continuité des soins) met en évidence que chacune de ces interventions réalisée seule ne permet pas de réduire le risque de ré hospitalisation. Il est nécessaire de mettre en place l'ensemble de ces mesures pour espérer pouvoir agir de manière efficace.

CONCLUSION

Notre étude infirme notre hypothèse de départ : le sens clinique du gériatre n'est pas supérieur au score TRST pour prédire la ré hospitalisation chez les personnes âgées. Ces résultats reflètent le fait qu'il est compliqué de prévoir un tel événement. De nombreuses pistes de recherche existent tant sur l'évaluation du risque de réadmission que sur sa prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. (cité 06/02/2019). Bilan démographique, [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-13>
2. INSEE. (cité 06/02/2019). Projection de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
3. INSEE. (cité 06/02/2019). Pyramide des âges en 2019, [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472>
4. INSEE. (cité 06/02/192019). Projections de population à l'horizon 2070, [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
5. Ennuyer B. A quel âge est-on vieux ? *Gerontol Soc.* 2011;34(138):127-42.
6. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (cité le 10/04/2019). Analyse de l'activité hospitalière 2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3478/synthese_aah_2017.pdf
7. DRESS. (cité 01/04/2019). Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici 2060, [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler>
8. Bouchon J. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. *Rev Prat.* 1984;(34):888-92.
9. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc.* sept 1991;39(9 Pt 2):8S-16S; discussion 17S-18S.
10. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, *et al.* Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1 mars 2001;56(3):M146-57.
11. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 2017;9:CD006211.
12. HAS. (cité 06/02/2019). Comment réduire le risque de ré hospitalisations

évitables des personnes âgées? [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. *N Z Med J.* 13 févr 2009;122(1289):63-70.

17. Halfon P, Egli Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *J Clin Epidemiol.* juin 2002;55(6):573-87.

18. Loi publique 111-148. An act entitled The Patient Protection And Affordable Care Act. 906.

19. Desai NR, Ross JS, Kwon JY, Herrin J, Dharmarajan K, Bernheim SM, *et al.* Association Between Hospital Penalty Status Under the Hospital Readmission Reduction Program and Readmission Rates for Target and Nontarget Conditions. *JAMA.* 27 2016;316(24):2647-56.

20. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med.* 18 oct 2011;155(8):520-8.

21. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med.* 27 déc 1984;311(26):1664-70.

22. Somme D, Rousseau C. L'évaluation gériatrique standardisée ou l'approche gérontologique globale : où en est-on ? *Rev Med Interne.* févr 2013;34(2):114-22.

23. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of

ADL. *The Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.

24. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.

25. Spector W, Katz S, Murphy J, Fulton J. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *J Chron Dis*. 1987;40(6):481-9.

26. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. nov 1975;12(3):189-98.

27. Burke WJ, Nitcher RL, Roccaforte WH, Wengel SP. A prospective evaluation of the Geriatric Depression Scale in an outpatient geriatric assessment center. *J Am Geriatr Soc*. déc 1992;40(12):1227-30.

28. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, *et al*. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. févr 1999;15(2):116-22.

29. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*. janv 1996;54(1 Pt 2):S59-65.

30. Roffman CE, Buchanan J, Allison GT. Charlson Comorbidities Index. *J Physiother*. juill 2016;62(3):171.

31. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.

32. Almirall J, Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *J Comorb*. 2013;3:4-9.

33. HCAAM. (cité 12/04/2019. Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques statistiques, [Internet]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques.pdf

34. Nguyen TN, Ngangue P, Bouhali T, Ryan BL, Stewart M, Fortin M. Social Vulnerability in Patients with Multimorbidity: A Cross-Sectional Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 8 avr 2019;16(7).

35. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel J-P, Chevalley T. Efficiency and applicability

of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* août 2011;23(4):244-54.

36. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. *J Am Geriatr Soc.* sept 2004;52(9):1417-23.

37. Sonnic A, Pistorius M-A, Delamarre-Damier F, Decker LD, Planchon B, Berrut G. Validation of a screening tool toward a geriatric comprehensive assessment during a non geriatric consultation: the geriatric warning test. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* déc 2011;(4):429-435.

38. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc.* oct 1999;47(10):1229-37.

39. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Ann Emerg Med.* nov 2000;36(5):438-45.

40. Mion LC, Palmer RM, Anetzberger GJ, Meldon SW. Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting: the SIGNET model. *J Am Geriatr Soc.* oct 2001;49(10):1379-86.

41. Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, Drew BL, Connor JT, Lewicki LJ, *et al.* A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med.* mars 2003;10(3):224-32.

42. Cousins G, Bennett Z, Dillon G, Smith SM, Galvin R. Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool. *Eur J Emerg Med.* août 2013;20(4):230-9.

43. 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.

44. Van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, *et al.* Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *Can Med Assoc J.* 6 avr 2010;182(6):551-7.

45. Cotter PE, Bhalla VK, Wallis SJ, Biram RWS. Predicting readmissions: poor performance of the LACE index in an older UK population. *Age Ageing*. nov 2012;41(6):784-9.
46. Gauthier J, Kisterman JP, Chapalain F, Texier A, Manckoundia P. Ré hospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. *Rev Med Interne*. août 2016;37(8):521-8.
47. Logue E, Smucker W, Regan C. Admission Data Predict High Hospital Readmission Risk. *J Am Board Fam Med*. févr 2016;29(1):50-9.
48. Morandi A, Bellelli G, Vasilevskis EE, Turco R, Guerini F, Torpilliesi T, *et al*. Predictors of rehospitalization among elderly patients admitted to a rehabilitation hospital: the role of polypharmacy, functional status, and length of stay. *J Am Med Dir Assoc*. oct 2013;14(10):761-7.
49. 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.
50. Mirkin KA, Enomoto LM, Caputo GM, Hollenbeak CS. Risk factors for 30-day readmission in patients with congestive heart failure. *Heart Lung J Crit Care*. oct 2017;46(5):357-62.
51. Neupane B, Walter SD, Krueger P, Marrie T, Loeb M. Predictors of inhospital mortality and re-hospitalization in older adults with community-acquired pneumonia: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 11 mai 2010;10:22.
52. Enomoto LM, Shrestha DP, Rosenthal MB, Hollenbeak CS, Gabbay RA. Risk factors associated with 30-day readmission and length of stay in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2017;31(1):122-7.
53. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR, ACMEPLUS Project. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing*. mars 2004;33(2):110-5.
54. Dickes-Sotty H, Chevalet P, Fix M-H, Riaudel T, Serre-Sahel C, Ould-Aoudia V, *et al*. Six-months outcomes after admission in acute geriatric care unit secondary to a fall. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2012;10(4):391-401.
55. HAS. (cité le 14/03/2019). Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, [Internet]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees

56. Merino Martín S, Cruz-Jentoft AJ. Impact of hospital admission on functional and cognitive measures in older subjects. *Eur Geriatr Med.* août 2012;3(4):208-12.

57. 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.

58. Fortinsky RH, Covinsky KE, Palmer RM, Landefeld CS. Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* oct 1999;54(10):M521-526.

59. Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *N Engl J Med.* 10 janv 2013;368(2):100-2.

60. Mazière S, Lanièce I, Hadri N, Bioteau C, Millet C, Couturier P, *et al.* Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Press Med.* févr 2011;40(2):e101-10.

61. Blakey EP, Jackson D, Walthall H, Aveyard H. What is the experience of being readmitted to hospital for people 65 years and over? A review of the literature. *Contemp Nurse.* déc 2017;53(6):698-712.

62. Pierron J-P. Les trois sens du sens clinique. *Ethique Sante.* mars 2014;11(1):38-43.

63. Giroux E. Qu'entendre par 'sens clinique' à l'heure de l'Evidence-Based Medicine et de la Patient-Based Medicine ? *Ethique Sante.* mars 2014;11(1):20-5.

64. Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *J Adv Nurs.* mai 2010;66(5):1151-8.

65. Hallouët P. (cité 28 /04/2019). Jugement clinique, [Internet]. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294749247500646>

66. Shaban R. Theories of clinical judgment and decision-making : a review of the theoretical literature. *JEPHC.* 2005;3.

67. Greenhalgh T. Intuition and evidence--uneasy bedfellows? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mai 2002;52(478):395-400.

68. King L, Appleton J. Intuition : a critical review of the reserach and rhetoric. *J Adv*

Nurs. 1997;(26):194-202.

69. Karthikeyan G, Pais P. Clinical judgement & evidence-based medicine: time for reconciliation. *Indian J Med Res.* nov 2010;132:623-6.

70. Melin-Johansson C, Palmqvist R, Rönnerberg L. Clinical intuition in the nursing process and decision-making-A mixed-studies review. *J Clin Nurs.* déc 2017;26(23-24):3936-49.

71. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *J Gen Intern Med.* févr 2011;26(2):197-203.

72. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, *et al.* The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract.* 18 févr 2009;10:17.

73. Stolper E, Legemaate J, Dinant GJ. How do disciplinary tribunals evaluate the « gut feelings » of doctors? An analysis of Dutch tribunal decisions, 2000-2008. *J Law Med.* sept 2010;18(1):68-75.

74. Yang F, Wang Y, Yang C, Zhou MH, Shu J, Fu B, *et al.* Improving clinical judgment by simulation: a randomized trial and validation of the Lasater clinical judgment rubric in Chinese. *BMC Med Educ.* 14 janv 2019;19(1):20.

75. Ann G. Teaching Clinical Judgment : a review with Consideration of Applications for Health Professions. *The Open Nutr.* 2015;9:53-64.

76. Kassirer JP. Teaching clinical reasoning: case-based and coached. *Acad Med.* juill 2010;85(7):1118-24.

77. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino J-P, Paillaud E, *et al.* A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalizations of Older Adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc.* nov 2011;59(11):2017-28.

ANNEXES

ANNEXE 1: ÉCHELLE ADL

Hygiène corporelle	Autonome	1
	Aide partielle	0
	Dépendant	0
Habillage	Autonome	1
	Aide partielle	0
	Dépendant	0
Aller aux toilettes	Autonome	1
	Aide partielle	0
	Dépendant	0
Locomotion	Autonome	1
	Aide partielle (cane, déambulateur, accompagnant)	0
	Dépendant	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	0
	Incontinent	0
Repas	Se sert et mange seul	1
	Aide pour se servir, couper la viande et peler un fruit	0
	Dépendant	0

ANNEXE 2 : SCORE IADL

Activités instrumentales - IADL	
Utilisation du téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose seulement quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais n'appelle pas	1
Incapable d'utiliser le téléphone	0
Les courses	
Fait ses courses de façon indépendante	1
Fait quelques courses (nombre limité d'achat à 3)	0
Doit être accompagné pour faire les courses	0
Complètement incapable pour faire les courses	0
Préparation des aliments	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins inadéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
Entretien ménager	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle (pour les travaux lourds)	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que laver la vaisselle, faire les lits.	1
Effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1
A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	0
Est incapable de participer à quelque tâche que ce soit	0
Blanchisserie	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
Moyen de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement, n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
Ne se déplace pas	0
Responsabilité de son traitement	
Est responsable de la prise directe de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance	0
Manipulation de l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (budgets, opérations à la banque, chèque..)	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler de l'argent	0

ANNEXE 3 : SCORE MMSE

<p>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)</p> <p>Date :</p> <p>Évalué(e) par :</p> <p>Niveau socio-culturel</p>	<p>Etiquette du patient</p>
---	-----------------------------

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ? | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ? | !___! | 5. Quel jour de la semaine ? | !___! |
| 3. en quel mois ? | !___! | | |

☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

- | | |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | !___! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | !___! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !___! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | !___! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | !___! |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

- ☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
- | | | |
|--|--------|-------|
| | 14. 93 | !___! |
| | 15. 86 | !___! |
| | 16. 79 | !___! |
| | 17. 72 | !___! |
| | 18. 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

LANGAGE

- | | | |
|---|----------------------------------|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | !___! |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | !___! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : | « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | !___! |

☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | !___! |
| 26. Pliez-la en deux. | !___! |
| 27. et jetez-la par terre ». | !___! |

☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | !___! |
|---------------------------------|-------|

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | !___! |
|---|-------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | !___! |
|---|-------|



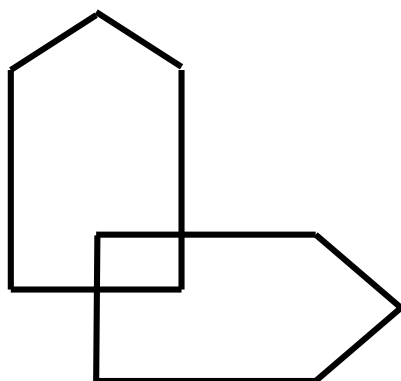
SCORE TOTAL (0 à 30) !___!

FERMEZ LES YEUX

Phrase :

.....
.....
.....

Recopier le dessin :



ANNEXE 4 : SCORE MNA-SF

Nom:		Prénom:		
Sexe:	Age:	Poids, kg:	Taille, cm:	Date:

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage	
A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2. MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.	
F2 Circonférence du mollet (CM) en cm 0 = CM < 31 3 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: risque de malnutrition 0-7 points: malnutrition avérée	

ANNEXE 6 : SCORE ISAR

	Oui	Non
Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide à domicile ?		
Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile que d'habitude ?		
Avez-vous été hospitalisé pour un ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?		
Souffrez-vous de problèmes de vue ?		
Dans la vie quotidienne, souffrez vous de problème de mémoire ?		
Prenez vous plus de trois médicaments par jour ?		

Oui = 1 point ; Non = 0 point

ANNEXE 7 : SCORE TRST

	Oui	Non
Présence de troubles cognitifs (<i>diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel</i>)		
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes		
Polymédication (<i>utilisation de cinq médicaments ou plus</i>)		
Antécédent d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)		
Perte d'autonomie fonctionnelle (<i>diminution de 2 points dans l'échelle ADL ou isolement social</i>)		

Oui = 1 point ; Non = 0 point

TITRE : Comparaison du sens clinique du gériatre et du score TRST pour l'estimation du risque de ré hospitalisation à un mois.

Introduction : La ré hospitalisation est un événement défavorable fréquent chez les personnes âgées. Le score Triage Risk Screening Tool (TRST) évalue ce risque de réadmission. Nous avons fait l'hypothèse que le sens clinique du gériatre était meilleur que le TRST pour prédire le risque de ré hospitalisation à un mois.

Méthodes : L'objectif était de comparer les performances d'une échelle numérique représentant le sens clinique du gériatre et du score TRST pour prédire le risque de ré hospitalisation à un mois de patients âgés. Les patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés dans les services de gériatrie du CHU de Bordeaux et retournant sur leur lieu de vie antérieur à l'hospitalisation ont été inclus de manière prospective. L'échelle numérique, allant de 0 à 100, était remplie par le gériatre senior. Le statut des patients à un mois a été obtenu par un rappel téléphonique auprès du patient, de sa famille ou de son médecin traitant.

Résultat : 191 patients ont été inclus (87 ans en moyenne, 58% de femmes) entre 1^{er} décembre 2018 et le 30 avril 2019. La majorité des patients provenaient de leur domicile (81%), 76% bénéficiaient d'une aide. Le score de Charlson était élevé ($6,5 \pm 1,3$). Les deux principaux motifs d'hospitalisation étaient la chute et la dyspnée. Le taux de ré hospitalisation à un mois était de 26,6 %. Le motif de ré hospitalisation était en lien avec la précédente hospitalisation dans 82% des cas. Les seuils de 20% pour l'échelle numérique et de 2 pour le TRST étaient considérés comme prédictifs de ré hospitalisation.

Les aires sous la courbe ROC du sens clinique du gériatre et du TRST n'étaient pas significativement différentes ($p = 0,16$).

Conclusion : Cette étude ne retrouve pas de supériorité du sens clinique du gériatre par rapport au TRST pour prédire la ré hospitalisation à un mois.

TITLE : Comparison of the geriatrician's clinical judgment with the TRST score abilities to predict the risk 30-day hospital readmission.

Introduction : Unplanned readmissions in older population are frequent and deleterious. The « Triage Risk Screen Tool » (TRST) is one of the clinical risk scores available to predict the risk for readmission. We hypothesized that the clinical judgment of the geriatrician was more efficient than TRST to predict 30-day hospital readmission.

Methods : All consecutive patients aged over 75y admitted to the Geriatric Departments (Bordeaux University Hospital) and discharged to their initial place of living were prospectively enrolled in the study. A continuous scale from 0 to 100 was used by senior geriatrician to assess the risk for 30-day hospital readmission. A phone call to the patient, relatives or general practitioner was carried out 30 days after discharge to collect his survival status.

Result : 191 patients were enrolled (mean age 87, 58% women) between December 2018 and April 2019. The majority of patients (81%) lived at home, mainly with a caregiver (146 (76%)). The mean Charlson score was high ($6,5 \pm 1,3$). The two main reasons for admission were fall and dyspnea. The 30-day hospital readmission was 26.5%, mainly for the same reason (82%). A threshold of 20% was defined using the ROC curve of the Geriatrician's Clinical Sense, in order to find a satisfactory sensitivity. Geriatrician's Clinical judgment and TRST ROC curves were not significantly different ($p = 0,16$).

Conclusion : The Geriatrician abilities to predict the risk for a 30-day hospital readmission was not more efficient than TRST.

DISCIPLINE : Médecine générale - Gériatrie

MOT CLÉS : ré hospitalisation, sens clinique, score TRST, personnes âgées

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : UFR SCIENCES MÉDICALES – Université de BORDEAUX.