

Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Pierre CARTRON

Né le 9 janvier 1987 à Orléans (45)

TITRE

**La réhospitalisation précoce des personnes âgées de 75 ans et plus après un passage en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) :
Cas de l'UHTCD du centre hospitalier de Bourges.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 avril 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Alexandre OLIVE-DAEM, Médecine d'Urgence, PH, centre hospitalier Jacques Cœur – Bourges

RÉSUMÉ

La réhospitalisation précoce des personnes âgées de 75 ans et plus après un passage en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) :

Cas de l'UHTCD du centre hospitalier de Bourges.

Introduction : la réhospitalisation précoce (dans les 30 jours après la sortie, RH30) des personnes âgées de 75 ans et plus (PA 75) est un indicateur validé d'évaluation des performances des services hospitaliers et des réseaux ville-hôpital dont l'application est recommandée par l'HAS. À notre connaissance, la RH30 des PA75 n'a pas été étudiée après une sortie d'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD). L'objectif de cette étude est de décrire cette population à partir d'un centre hospitalier (CH) et d'évaluer les modalités de prise en charge en rapport avec les spécificités de l'urgence et des périodes de tension hospitalière (TH).

Méthode : étude rétrospective observationnelle unicentrique au sein de l'UHTCD du CH de Bourges sur 2 ans.

Résultats : du 01/01/2015 au 31/12/2016, 337 RH30 ont été incluses concernant 293 patients âgés de $84,6 \pm 6,2$ ans, fragiles (présence de comorbidité 76,8%, polymédication 83,7%), vivant à domicile (73,9%). Les motifs cardiorespiratoires prédominaient (33,2%). La durée médiane de séjour était de 1 [1 ; 1] journée. Faute de lits disponibles 69,7% des patients séjournaient dans les couloirs, et 21,7% avaient un courrier de sortie. Un passage aux urgences (PU) dans les 6 mois avait précédé 54,9% des séjours. Le taux des RH30 était de 17,9%, majoritairement non programmées (76,0%), liées au premier séjour (62,9%). L'intervalle entre les séjours était de $11,9 \pm 8,2$ jours. Les sorties d'hospitalisation en période de vacances scolaires, de weekend et de jours fériés ainsi qu'un des indicateurs recommandés disponibles de TH étaient associés à un risque de RH30. Le seul score prédictif de RH30 recommandé applicable était le LACE (Length of stay, Acuity of admission, Comorbidities, Emergency department visits) et n'identifiait que 19% de haut risque de RH30.

Conclusion : le taux de RH30 en UHTCD était comparable à celui connu des autres services. Néanmoins cette situation pourrait être améliorée par la détection des patients fragiles, l'envoi d'un courrier systématique, et l'adaptation prévisionnelle des moyens. Des études complémentaires sont nécessaires pour valider un score spécifique aux UHTCD.

Mots clefs : *réhospitalisation précoce, 30 jours, personnes âgées, UHTCD, service d'urgence, tension hospitalière, LACE*

ABSTRACT

Early readmission of people aged 75 and over after a stay in a very short-term hospitalization ward (UHTCD): Case of the UHTCD of the hospital center of Bourges.

BACKGROUND: early readmission (within 30 days, RH30) of people aged 75 and over (PA75) is a valid indicator that evaluates hospital wards' performances and the city-hospital network, it's application is recommended by the HAS. To our knowledge, the PA75 RH30 hasn't been studied after a very short-term hospitalization (UHTCD). The purpose of this study is to describe this population in an hospital (CH) and measure management procedures related to emergency and periods of overcrowding (O).

METHODS: unicentric retrospective observational study in the UHTCD of Bourges hospital, over two years.

RESULTS: from 01/01/2015 to 12/31/2016, 337 RH30 were included for 293 patients aged 84.6 ± 6.2 years, fragile (comorbidities 76.8%, polymedication 83.7%), living at home (73.9%). Cardiorespiratory motives predominated (33.2%). Their median stay was 1 [1 ; 1] days long. Because of the lack of beds, 69.7% of patients stayed in corridors, and 21.7% had discharge letters. A visit to the emergency department within the past 6 months preceded 54.9% of admissions. The RH30 was 17.9%, mostly unplanned (76.0%), linked to the first hospitalization (62.9%). The interval between stays was 11.9 ± 8.2 days. Patients being discharged in school holiday period, week ends or bank holidays, and one of the recommended indicators of O are associated to a risk of readmission. The only recommended RH30 predictive score applicable was LACE (Length of stay, Acuity of Admission, Comorbidities, Emergency department visits) and identified only 19% of high risk RH30.

CONCLUSION: the RH30 rates in UHTCD and in other wards are comparable. Nevertheless, giving discharge letters, detecting fragile patients, and the predictive adaptation of the means could improve the situation. Further studies are needed to validate a UHTCD-specific score.

Key-words: *early readmission, 30 days, elderly patients, UHTCD, emergency department, hospital tension, LACE*

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU –
C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI –
B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF –
J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE –
F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY –
Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH –
J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT –
J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DOUFOR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie

LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Remerciements

À mon jury de thèse :

À Monsieur le *Professeur Saïd LARIBI*, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et à l'intérêt que vous portez au travail que j'ai réalisé.

À Monsieur le *Professeur Jean-Pierre LEBEAU*, pour l'honneur que vous me faites en acceptant d'évaluer ce travail de thèse.

À Monsieur le *Professeur Emmanuel RUSCH*, pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté spontanément de juger ce travail.

Merci au *Docteur Alexandre OLIVE-DAEM*, qui fut un directeur de thèse impliqué, attentif et toujours disponible. Pour votre rigueur scientifique et le temps que vous m'avez accordé mais également pour votre confiance et votre bienveillance.

À celles et ceux qui ont permis la réalisation de ce travail :

Merci au *Docteur Laurence SAUDEAU*, pour m'avoir permis de débiter cette thèse au sein du service des urgences. Mais j'aimerais également vous remercier pour votre gentillesse et votre implication dans la formation des internes.

Merci au *Docteur Isabelle MEYER*, pour m'avoir donné l'accès aux informations nécessaires à la réalisation de cette thèse, et de m'avoir permis de poursuivre ce projet au sein des urgences de Bourges.

Merci au *Docteur Michel MASSOT*, pour avoir mis à ma disposition un lieu de travail au sein du département d'information médicale où j'ai pu passer de nombreuses heures, jours, semaines et mois à la collecte de mes données. Mais également pour votre accompagnement dans mes réflexions de recherche, et vos encouragements.

À Madame *Dominique KUBECKO*, pour votre patience et pour la rapidité avec laquelle vous avez répondu pendant 2 ans et demi aux assauts nourris de votre boîte mail, toujours avec gentillesse.

À *Jeannine, Isabelle, Marine*, et *Sakina* pour m'avoir accordé de votre temps et avoir répondu à mes questions concernant l'organisation de votre travail au sein de l'UHTCD du centre hospitalier de Bourges.

À ces rencontres faites durant ma formation :

À toutes les équipes médicales et paramédicales rencontrées durant ces années d'internat à sillonner la région Centre-Val de Loire.

Une mention spéciale au *Dr François COULON* pour ces grands moments partagés en médecine générale.

À *Anaïde* pour m'avoir fait confiance durant près de 4 mois en me laissant les clés de ton cabinet médical tout juste construit, pour tous tes précieux conseils lors de mes remplacements, et pour ta bienveillance.

À mes amis et à ma famille :

À *Lucie* pour ton soutien dans cette grande expérience qu'est le travail d'une thèse. Pour m'avoir supporté durant ces longues périodes de doute. Mais surtout pour toutes ces autres périodes qui arrivent et qui seront assurément belles.

J'ignore si c'est le bon endroit pour dire ce genre de choses, mais puisqu'il n'y en a pas de mauvais, « merci » à *tous mes amis* auxquels je tiens tant et qui se reconnaîtront.

Et puisque les mots les plus simples sont souvent les plus forts, « merci » à *ma mère* pour son soutien et sa tendresse, à *mon frère*, à *mes grands-mères*, à *mon oncle et ma tante*.

À *mon père* qui n'aura pas vu l'aboutissement de ces longues années d'études, qui m'a encouragé dans ce chemin, et me guide toujours dans tant d'autres.

*« Une touche de rouge peut parfois exalter une surface bleue,
mais une trop grande quantité de ce rouge désaccorderait le tableau... »*

*« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive,
l'expérience trompeuse, le jugement difficile. »*

Hippocrate

Liste des abréviations

AOMI	: Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ATIH	: Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AVQ	: Activité de la Vie Quotidienne
BPCO	: Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CESU	: Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CHB	: Centre Hospitalier de Bourges
CIL	: Correspondant Informatique et Libertés
DA	: Domaine d'Activité
DGOS	: Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	: Département d'Information Médicale
DLU	: Dossier de Liaison d'Urgence
EHPAD	: Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	: Équipe Mobile de Gériatrie
ET	: Ecart Type
ETP	: Équivalent Temps Plein
FEDORU	: Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
GA	: Groupe d'Activités
GHM	: Groupe Homogène de Malades
GP	: Groupe de type de Planification
HAD	: Hospitalisation A Domicile
HAS	: Haute Autorité de Santé
HCAAM	: Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HOSPITAL : Hemoglobin, Oncology, Sodium, Procedure performed, Index admission Type, Admission during the previous year, Length of stay

HTA : Hypertension Artérielle

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

IPP : Identifiant Permanent du Patient

ISAR : Identification of Senior At Risk

LACE : Length of stay, Acuity of Admission, Comorbidities, Emergency department visits

MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

NR : Non Renseigné

NS : Non Significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PA75 : Personnes âgées de 75 ans et plus

PARR-30 : Predictive model to identify inpatients At Risk of Readmission within 30 days of discharge

PDS : Permanence Des Soins

PPACA : Patient Protection And Affordable Care Act

PSM : Poste Sanitaire Mobile

Q1 : 1^{er} Quartile

Q3 : 3^e Quartile

RH30 : Réhospitalisation à 30 jours

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TH : Tension Hospitalière

TO : Taux d'Occupation

TOP9 : Taux d'Occupation Ponctuel à 9h

TRST : Triage Risk Screening Tool

UCSA : Unité de Consultation et de Soin Ambulatoire

UGD : Ulcère GastroDuodéal

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

UM : Unité Médicale

UMH : Unité Mobile Hospitalière

USC : Unité de Soins Continus

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VS : Vacances Scolaires

ZSTCD : Zone de Surveillance de Très Courte Durée

Table des matières

1. Introduction.....	18
1.1. Le vieillissement de la population	18
1.1.1. Définition	18
1.1.2. Dans le monde.....	18
1.1.3. En France	19
1.1.4. En région Centre-Val de Loire et dans le département du Cher	19
1.2. L'hospitalisation de la personne âgée.....	20
1.2.1. Définition de la personne âgée	20
1.2.2. Une part importante de l'activité hospitalière	21
1.2.3. L'hospitalisation non programmée et ses effets délétères.....	21
1.3. La réhospitalisation précoce.....	22
1.3.1. Une mesure de la qualité des soins	22
1.3.2. Une période de suivi de 30 jours.....	23
1.3.3. Application à la population âgée	23
1.3.4. De nombreux facteurs de risques identifiés	24
1.3.5. Prédire le risque de réhospitalisation	24
1.3.6. La notion de réhospitalisation évitable	27
1.4. Cas particulier d'une UHTCD	27
1.4.1. Définition d'une UHTCD	27
1.4.2. Cas de l'UHTCD du Centre Hospitalier de Bourges.	28
1.4.3. L'hospitalisation de la personne âgée en UHTCD.....	29
1.4.4. Un service soumis à la tension hospitalière	29
1.5. Le département du Cher : Etat de santé	30
1.5.1. Situation géographique et démographique	30
1.5.2. Etablissements d'accueil pour personnes âgées	30
1.5.3. L'offre médicale.....	31

1.5.4.	Le centre hospitalier de Bourges	32
1.5.4.1.	Les urgences.....	32
1.5.4.2.	Le pôle gériatrique.....	32
1.6.	Intérêts de cette étude	33
2.	Méthode	35
2.1.	Type d'étude.....	35
2.2.	Période d'étude	35
2.3.	Population cible	35
2.4.	Critères d'inclusion et d'exclusion	35
2.4.1.	Critères d'inclusion	35
2.4.2.	Critères d'exclusion	36
2.5.	Modalités pratiques : Recueil des données	36
2.6.	Traitement statistique	37
2.7.	Autorisation d'accès aux données.....	38
3.	Résultats.....	39
3.1.	Données d'ensemble sur la période d'étude	39
3.1.1.	Diagramme en flux.....	39
3.1.2.	Données d'activité de l'UHTCD en 2015 et 2016	40
3.1.3.	Mortalité précoce des patients sortis de l'UHTCD	44
3.2.	Caractéristiques de l'échantillon	44
3.2.1.	Caractéristiques démographiques.....	44
3.2.2.	Caractéristiques médicosociales.....	45
3.2.2.1.	Logement.....	45
3.2.2.2.	Aides à domicile et entourage	46
3.2.2.3.	Comorbidités.....	46
3.2.2.4.	Polymédication.....	47
3.2.2.5.	Fréquentation du service des urgences.....	48
3.3.	Premier séjour en UHTCD.....	49
3.3.1.	Passage aux urgences précédant l'hospitalisation.....	49

3.3.1.1.	<i>Motifs d'admission aux urgences.....</i>	<i>49</i>
3.3.1.2.	<i>Personne à l'origine de l'adressage et moyen de transport</i>	<i>51</i>
3.3.2.	<i>Séjour en UHTCD</i>	<i>52</i>
3.3.2.1.	<i>Durée de séjour.....</i>	<i>52</i>
3.3.2.2.	<i>Interventions pendant le séjour.....</i>	<i>53</i>
3.3.2.3.	<i>Diagnostics de sortie.....</i>	<i>54</i>
3.3.2.4.	<i>Présence d'un courrier</i>	<i>56</i>
3.4.	<i>Second séjour dans les 30 jours après la sortie d'UHTCD.....</i>	<i>56</i>
3.4.1.	<i>Taux de réhospitalisation</i>	<i>56</i>
3.4.2.	<i>Durée inter-séjour.....</i>	<i>57</i>
3.4.3.	<i>Personnes adressant les patients.....</i>	<i>58</i>
3.4.4.	<i>Parcours d'hospitalisation</i>	<i>58</i>
3.4.5.	<i>Motifs d'hospitalisation</i>	<i>60</i>
3.4.6.	<i>Durée du second séjour</i>	<i>62</i>
3.4.7.	<i>Diagnostics de sortie du second séjour</i>	<i>62</i>
3.5.	<i>Impact du calendrier et de la tension aux urgences.....</i>	<i>66</i>
3.6.	<i>Application du score LACE.....</i>	<i>66</i>
4.	<i>Discussion.....</i>	<i>68</i>
4.1.	<i>Description du phénomène.....</i>	<i>68</i>
4.1.1.	<i>Profil de la population concernée.....</i>	<i>68</i>
4.1.2.	<i>Réhospitalisation</i>	<i>70</i>
4.1.3.	<i>Score prédictif LACE.....</i>	<i>70</i>
4.2.	<i>Explication du phénomène.....</i>	<i>71</i>
4.2.1.	<i>Conséquences des difficultés rencontrées par l'UHTCD de Bourges</i>	<i>71</i>
4.2.2.	<i>Offre en lits d'aval</i>	<i>72</i>
4.2.3.	<i>Impact du calendrier et de la tension hospitalière.....</i>	<i>73</i>
4.3.	<i>Propositions d'amélioration</i>	<i>74</i>
4.3.1.	<i>Repérer les patients fragiles</i>	<i>74</i>

4.3.2.	Améliorer la transition hôpital / médecine ambulatoire.....	75
4.3.3.	Maîtriser la demande en lits d'aval dans une logique de filières	75
5.	Conclusion	77
6.	Annexes	78
7.	Bibliographie	84

1. INTRODUCTION

1.1. Le vieillissement de la population

1.1.1. *Définition*

Le vieillissement des populations, ou vieillissement démographique, est un phénomène observé lorsque la proportion des personnes âgées dans une population augmente, et que celle des jeunes diminue (1).

1.1.2. *Dans le monde*

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial qui s'explique par la diminution du taux de fécondité et l'allongement de l'espérance de vie (2) que toutes les régions du monde ont connu ou sont en train de connaître (1). Le taux de mortalité a baissé grâce aux progrès de l'hygiène, de la médecine et au développement économique. Ces changements constituent une transition démographique (1).

Cette transition touche toute la planète, mais elle est différente selon les pays. Pour ceux du Sud, elle en est à ses débuts et devrait prendre une grande importance dans les prochaines décennies. Elle a commencé plus tôt dans les pays du Nord (Europe et États-Unis) (1). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce phénomène mondial est rapide. Entre 2015 et 2050, la proportion d'adultes âgés de plus de 60 ans dans le monde devrait doubler, passant de 12% à 24%, et en valeur absolue leur nombre passerait de 900 millions à 2 milliards (3).

1.1.3. *En France*

En France, le vieillissement de la population est essentiellement lié à l'allongement de l'espérance de vie et à la montée en âge des générations du baby-boom (nées entre 1946 et 1975) (4, 5).

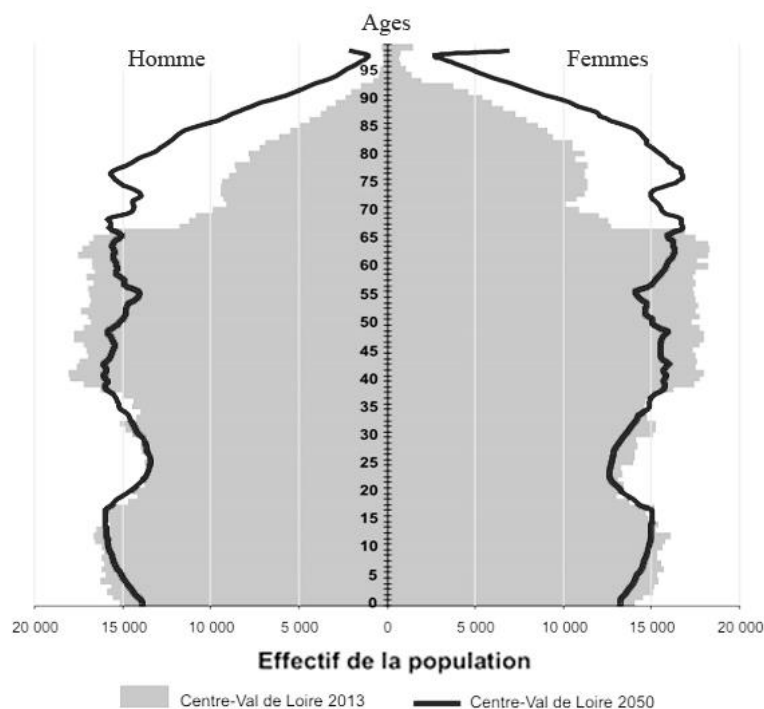
D'après l'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE), 9,1% de la population française était âgée de 75 ans et plus au 1^{er} janvier 2016 (6), cette population représentera 12,2% de la population nationale en 2030 puis 17,9% en 2070 (7). Dans les années à venir, le vieillissement de la population va exposer notre société à de grands enjeux économiques et d'organisation de la santé.

1.1.4. *En région Centre-Val de Loire et dans le département du Cher*

Les personnes de plus de 75 ans représentaient au 1^{er} janvier 2016, 9,1% de la population à l'échelle nationale, 10,5% en région Centre-Val de Loire, et 12 % dans le département du Cher, ce qui classe celui-ci deuxième département de la région Centre-Val de Loire derrière l'Indre avec 13,8% (8).

Contrairement à aujourd'hui, en 2050, tous les départements du Centre-Val de Loire devraient compter davantage de personnes âgées de plus de 65 ans que de jeunes de moins de 20 ans. Dans le Cher, l'Indre et le Loir-et-Cher un tiers des habitants auront 65 ans ou plus (9).

Ce phénomène régional s'explique, une fois de plus, par le vieillissement des générations du « baby-boom » et l'amélioration de l'espérance de vie (9) qui entraînent un solde naturel négatif (baisse du nombre des naissances par rapport au nombre de décès) (10), associé à un excédent d'adultes autour de la soixantaine (11, 12) et à un déficit migratoire chez les jeunes en âge d'études (13).



Source : INSEE, recensements de la population, Omphale 2017, scénario cent Centre-Val de Loire n°34 juin 2017

Figure 1 : Vieillissement de la population du Centre-Val de Loire entre 2013 et 2050

1.2. L'hospitalisation de la personne âgée

1.2.1. Définition de la personne âgée

Les seuils d'âge retenus pour définir la vieillesse sont très variables dans la littérature, selon les auteurs et les époques :

- l'OMS retient l'âge de 65 ans et plus,
- une définition sociologique utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, soit aux alentours de 55-60 ans,
- le calcul des taux d'équipements et de services retiennent l'âge de 75 ans,
- l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans (14).

L'augmentation de l'espérance de vie, du niveau de revenu, et l'état de santé des jeunes retraités rendent moins pertinent le seuil de 65 ans initialement utilisé (15). De plus, c'est autour

de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade entraînant des vulnérabilités durables ; une baisse d'intensité de la vie sociale, et des processus de retrait commencent à s'observer (16).

C'est pour ces raisons que le rapport « Vivre ensemble plus longtemps » de 2010 du Centre d'Analyse Stratégique, encourage la réalisation de travaux statistiques et universitaires plus conformes aux réalités actuelles en prenant comme seuil l'âge de 75 ans (5).

1.2.2. *Une part importante de l'activité hospitalière*

La patientèle âgée est une part importante de l'activité hospitalière. A titre d'exemple, en 2010, les plus de 65 ans représentaient 17,1% de la population française mais ont concentré plus de 40% des prises en charge hospitalières (17).

De façon plus large, la consommation de soins est une fonction croissante de l'âge. Les plus de 75 ans représentent 8% de la population et près de 20% de la dépense de soins (18). Ils sont plus souvent hospitalisés et plus fréquemment dans l'année que le reste de la population, et le nombre moyen de journées d'hospitalisation augmente avec l'âge pour passer d'environ 2 jours/an chez les 65-74 ans à plus de 4 jours/an chez les 75 ans et plus, puis 6 jours/an chez les 85 ans et plus (19).

Ceci s'explique par l'accroissement de l'espérance de vie qui augmente la prévalence des maladies chroniques et de la polypathologie (20), et par l'apparition d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance (15, 20).

1.2.3. *L'hospitalisation non programmée et ses effets délétères*

Les deux principaux circuits d'hospitalisation de la personne âgée sont une admission directe au sein d'un service par l'intermédiaire du médecin traitant, ou une admission par les Services d'Accueil des Urgences (SAU) qui est considérée comme une hospitalisation « non programmée ». D'autres hospitalisations non programmées se font dans des services comme en réanimation, ou dans des services de soins continus.

Suite à l'arrivée dans un service d'urgence, le taux d'hospitalisation après 75 ans est de 77 % contre seulement 26 % avant cet âge (21). Cette part de séjours non programmés est de

31,3% chez les 65-74 ans et de 49,7% chez les 75 ans et plus, puis passe à 60,2% chez les 85 ans ou plus (19).

Ce mode d'hospitalisation se voit souvent au décours d'un épisode aigu et inattendu et peut avoir des conséquences négatives sur l'autonomie du patient en affectant son état cognitif ou ses capacités fonctionnelles (22). Ceci peut s'expliquer par les conséquences directes de la pathologie aiguë, mais aussi par les effets délétères de l'hospitalisation en elle-même (23).

L'hospitalisation est un marqueur de risque de la survenue d'événements défavorables dans les semaines et mois qui suivent, parmi lesquels des réhospitalisations évitables (22).

1.3. La réhospitalisation précoce

1.3.1. *Une mesure de la qualité des soins*

Largement utilisé pour la mesure de la qualité des soins hospitaliers (24), à l'échelle nationale comme internationale, le taux de réhospitalisation à 30 jours (RH30) est un indicateur précieux et recommandé (22) en raison de sa facilité de collecte et de sa capacité à pouvoir être combiné avec d'autres variables (24).

Il se définit comme le nombre de patients qui sont réhospitalisés dans les 30 jours suivant la sortie d'une hospitalisation, divisé par le nombre total de patients sortis vivants durant la période de référence.

Certains pays appliquent des pénalités financières aux établissements dont le taux de réhospitalisation est élevé, par exemple aux Etats-Unis avec la loi PPACA (Patient Protection And Affordable Care Act) (25).

Récemment en mai 2017, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), et l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) ont proposé d'étendre l'application du taux de RH30 de l'échelon intra-hospitalier à une zone géographique donnée. Il vise à identifier les territoires pour lesquels la coordination ville-hôpital pourrait être améliorée afin de favoriser une baisse du nombre d'hospitalisations. Deux années d'appropriation et d'utilisation de cet indicateur par les équipes sont prévues avant qu'un retour d'expérience soit organisé (26).

1.3.2. *Une période de suivi de 30 jours*

Pour que le taux de réhospitalisation soit un indicateur de la qualité des soins hospitaliers fiable, la période de suivi après une sortie d'hospitalisation doit être suffisamment courte pour que la relation entre les deux admissions soit significative. Le consensus dans la littérature porte sur une période de 30 jours (24). Ce choix est renforcé par un autre indicateur, la mortalité à 30 jours, utilisé pour évaluer la qualité des soins des patients hospitalisés (24). Cette durée a été adoptée par les organismes gouvernementaux du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni et de la Nouvelle Zélande (24).

Si la plupart des réhospitalisations ont lieu dans les 30 jours (27), une période de suivi étendue à 90 jours permettrait de tenir compte du rôle des soins ambulatoires et d'évaluer les interventions de plus longue durée (22).

1.3.3. *Application à la population âgée*

En juin 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) édicte des recommandations sur la réduction des réhospitalisations évitables des personnes âgées et introduit le taux de RH30 (22). Elle s'appuie sur l'étude Laniece de 2008, menée dans 9 hôpitaux français dont le taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours des personnes de 75 ans et plus était de 14% (22, 28). A noter qu'une étude plus récente de 2013 du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a estimé un taux de RH30 à 17,5% (tous types d'hospitalisation confondus) (19).

Ces patients âgés réadmis précocement ont une mortalité 6 fois plus élevée que les autres (26,0% contre 3,9%) au cours des 3 mois qui suivent la première hospitalisation, et 1,7 fois plus élevé à 2 ans (28).

1.3.4. *De nombreux facteurs de risques identifiés*

Un nombre important de variables de risque de réhospitalisation précoce est retenu dans la littérature internationale dont :

- le recours aux urgences ou une hospitalisation non programmée dans les 6 mois (29-32),
- certaines pathologies comme l'insuffisance cardiaque, une pneumonie, une exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), un syndrome coronarien aigu, un cancer, une hépatopathie, ou une septicémie (29, 30, 32-34),
- les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la fracture de hanche, le diabète déséquilibré et la dépression sont également associés avec un risque élevé de réhospitalisation précoce (32, 35),
- la durée d'hospitalisation prolongée (de 7 jours à 13 jours selon les études) (30, 31, 35, 36),
- la polymédication (variant de 5 à 10 médicaments) et ses risques d'interactions médicamenteuses, de mauvaise observance, ou d'événements indésirables (20, 30, 36-38),
- la précarité ou l'isolement social (29, 31, 32),
- une détérioration significative de l'état fonctionnel par rapport au mois précédant l'hospitalisation (36)
- un syndrome gériatrique comprenant : dépression, troubles cognitifs (39), escarre(s), chute(s), dénutrition (22, 29), des difficultés à réaliser une ou plusieurs activités de la vie quotidienne (AVQ) (29).

1.3.5. *Prédire le risque de réhospitalisation*

L'une des stratégies pour réduire le taux de RH30 est l'utilisation de scores prédictifs pour identifier les patients à risque de réhospitalisation (40) afin de cibler les efforts et de diminuer ce risque.

En 2015, l'HAS recommande l'utilisation d'un de ces modèles prédictifs, le score LACE (Length of stay, Acuity of Admission, Comorbidities, Emergency department visits), dont

l'utilisation dans un projet de réduction des réhospitalisations aux Etats-Unis avait démontré son efficacité (29).

Le score LACE (annexe n°1) est calculé à partir de 4 variables (durée du premier séjour, hospitalisation via un service d'urgence, score de comorbidité, nombre de consultations aux urgences dans les 6 derniers mois). Il permet de différencier des patients à haut et à bas risque de réhospitalisation (41). Il a été validé sur plusieurs populations, dont les personnes âgées (34% de patients âgés de 75 ans et plus) (42). Son utilisation dans un projet d'organisation de la sortie des patients de 65 ans en Californie, dans un étude menée sur 13 établissements a permis une réduction du taux de réadmissions dans les 30 jours de 12,8 % à 11 % (43).

Il existe plusieurs scores validés dans la littérature internationale, mais au sein de systèmes de santé qui diffèrent par trop du système français (29) ce qui ne permet pas toujours leur application (tableau 1).

Tableau 1 : Scores internationaux du risque de réhospitalisation à 30 jours

Score	Références	Population cible	Critère de jugement	Variables	Rétrospectif /Prospectif	Sensibilité /Spécificité
TRST (<i>Triage Risk Screening Tool</i>)	Cousins and al. 2013 (méta-analyse) (44)	Personnes âgées de 65 ans et plus. Service d'urgence	Risque de retour aux urgences / de réhospitalisation dans les 30 jours après une sortie d'un service d'urgence	5 variables : (oui/non) - Présence de troubles cognitifs, - Troubles de la marche/chutes - Polymédication (≥ 5 médicaments) - Antécédents d'hospitalisation (dans les 3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois) - Perte d'autonomie	Prospectif	Score $\geq 2/5$ 0,58 / 0,61
ISAR (<i>Identification of Senior At Risk</i>)	Galvin and al. (45) (2016) (méta-analyse)	Personnes âgées de 65 ans et plus. Service d'urgence	Risque de réhospitalisation dans les 30 jours après une sortie d'un service d'urgence	6 questions : (oui/non) - Nécessité d'aide dans les AVQ - Hospitalisation au cours des 6 derniers mois - Troubles visuels - Troubles mnésiques - Polymédication (≥ 3 médicaments)	Prospectif	Score $\geq 2/6$ 0.83 / 0.26
PARR-30 (<i>Predictive model to identify patients At Risk of Readmission within 30 days of discharge</i>)	Billings and al. (46) (2012)	Population générale. Tout service. Au Royaume-Uni.	Risque de réhospitalisation dans les 30 jours	7 variables - Age du patient - Hospitalisation actuelle urgente, dans les 30 derniers jours, et sur l'année passée - Antécédents depuis 2 ans des pathologies du score de Charlson - Référence de l'hôpital de la 1 ^{ère} hospitalisation - Code postal du patient		Score $\geq 0,5$ 0,054/0,995
LACE	Van Walraven (41) (2010) Gruneir (42) (2011) Canada	Population générale. Service de médecine et de chirurgie.	Risque de réhospitalisation ou de décès dans les 30 jours	4 variables : - Durée du séjour - Admission en urgence - Comorbidité selon score de Charlson - Nombre de passages aux urgences dans les 6 mois	Prospectif et rétrospectif	Score ≥ 6 0,66/0,53
HOSPITAL	Donzé J. and al. (47) (2013) Donzé J. and al. (48) (2016)	Population générale. Service de médecine. Validé en international.	Risque de réhospitalisation à 30 jours, dont des réhospitalisations potentiellement évitables.	7 variables : - taux d'hémoglobine à la sortie de la 1 ^{ère} hospitalisation - sortie d'un service d'oncologie - natrémie à la sortie - procédure réalisée lors de la 1 ^{ère} hospitalisation - type d'admission de la première hospitalisation - nombre d'hospitalisations au cours des 12 derniers mois. - durée du 1 ^{er} séjour	Prospectif et rétrospectif	C-statistique 0,72

1.3.6. *La notion de réhospitalisation évitable*

La notion de réhospitalisation évitable est définie par une hospitalisation non programmée en lien avec le séjour hospitalier précédent (récidive, complication ou poursuite des troubles ayant mené à la première hospitalisation) (27) et survenant dans les 30 jours suivant la sortie (22). Certaines études prennent également en compte une hospitalisation pour raison sociale ou psychologique (27).

Des études ont tenté de mettre en place des classifications des réhospitalisations afin d'en déterminer un taux évitable, notamment l'étude suisse d'Halfon en 2002 (49) qui est l'une des plus citées. Selon ces différentes études, la part de réadmissions jugées évitables est de 27,1%, mais varie de 5% à 79% (32, 50).

Juger du caractère évitable est souvent subjectif selon les évaluateurs. Il ne peut pas être déterminé avec précision compte tenu des combinaisons nombreuses de facteurs cliniques, socio-économiques, de parcours de soin ou intercurrents qui peuvent influencer ces réhospitalisations (50-52). De plus, il est nécessaire de prendre en compte la présence ou l'absence de recommandations du courrier de sortie de l'hospitalisation précédente (22). Celles-ci sont considérées comme un indicateur important pour évaluer l'accès aux soins primaires (53).

La proportion réelle de réhospitalisations potentiellement évitables n'a donc pas encore été déterminée de façon fiable (50, 52).

1.4. Cas particulier d'une UHTCD

1.4.1. *Définition d'une UHTCD*

L'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) est une unité sous la responsabilité du chef de service des urgences (54).

Ces unités sont prévues réglementairement pour une durée de séjour inférieure à 24 heures. Le *turn over* des patients devrait donc être journalier. La Société Française de Médecine

d'Urgence (SFMU) recommande une durée de séjour maximale de deux nuits consécutives ou 36 heures (54).

Les recommandations prévoient quatre motifs d'admission (54) :

- groupe 1 : patients dont le retour à domicile est prévu dans les 24 heures après surveillance et/ou traitement de courte durée,
- groupe 2 : patients mis en observation à but diagnostique avant une orientation,
- groupe 3 : des patients en attente de lit d'hospitalisation disponible,
- groupe 4 : des patients admis pour valorisation d'activité (lorsque la capacité d'accueil de l'UHTCD est dépassée et que les patients se retrouvent en box ou dans les couloirs des urgences).

Ces unités peuvent également recevoir des patients à risque d'instabilités au sein d'une unité de soin continu (USC) (54).

D'autres dénominations ont cours « zone de surveillance de très courte durée » (ZSTCD) ou « lits porte » selon les habitudes des établissements hospitaliers. La SFMU privilégie cependant le terme d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) soulignant davantage le caractère d'hospitalisation de ces unités (54, 55).

1.4.2. Cas de l'UHTCD du Centre Hospitalier de Bourges.

C'est une unité d'hospitalisation de 17 lits, dont 4 lits d'USC en continuité avec l'accueil des urgences (56).

En journée, un médecin est rattaché à l'unité d'UHTCD aidé par un collègue du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) dont la mission première est le transfert secondaire. La permanence des soins est assurée par les urgentistes de garde à l'accueil (56).

Selon les recommandations, un gériatre doit passer 5 jours sur 7 à l'UHTCD pour évaluer et orienter les patients de 75 ans et plus fragiles, ceci peut prendre la forme d'une collaboration avec une Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) (56).

1.4.3. *L'hospitalisation de la personne âgée en UHTCD*

La prise en charge des personnes âgées aux urgences est plus longue que dans le reste de la population générale, car elle nécessite plus d'actes de soins, d'examens complémentaires et aboutit à plus de séjours en UHTCD (57).

Près d'une personne âgée sur cinq passe par une UHTCD pendant son passage aux urgences (contre une personne sur treize chez les 15-74 ans) (57).

1.4.4. *Un service soumis à la tension hospitalière*

La tension hospitalière est une situation d'inadéquation entre les moyens disponibles d'un établissement et le flux de patients présents aux urgences et/ou les besoins immédiats d'hospitalisation non programmée (58). Cette tension est source d'engorgement, de désorganisation pouvant être associée à une altération de la qualité des soins, et à une augmentation de la morbi-mortalité des patients hospitalisés (59).

Les recommandations d'octobre 2014 de la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) proposent une classification de la tension hospitalière, et l'usage d'indicateurs pour la mesurer et la révéler aussi précocement que possible (60) :

- les tensions d'affluence (épidémique, saisonnière, hebdomadaire, et événementielle).
 - nombre de dossiers de régulation médicale au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) traité par 24h,
 - nombre de passages aux urgences par 24h,
 - nombre de passages aux urgences de patients de 75 ans et plus,
- les tensions par défaut d'effectif en personnel de soins aux urgences,
- les tensions par carences en lits d'aval,
 - nombre de patients en UHCD par 24h,
 - nombre d'hospitalisations à partir des urgences par 24h.

Il existe également des périodes propices aux tensions que sont les périodes de pont, de congés scolaires, de week-end et lundi, et de grands rassemblements (60).

Les services d'urgence par leur position sont particulièrement sensibles au phénomène de variation de flux dans les établissements hospitaliers (58).

1.5. Le département du Cher : Etat de santé

1.5.1. *Situation géographique et démographique*

Le Cher est un département de la région Centre-Val de Loire, composé de trois arrondissements dont les chefs-lieux sont Bourges (également préfecture de département), Vierzon et Saint-Amand-Montrond (61).

Le département, d'une superficie de 7235 km² (15ème rang national), compte 290 communes réparties sur 19 cantons (62). L'arrondissement de Bourges est le plus important : il regroupe plus de la moitié de la population et s'étend sur 40 % du territoire (61).

Au 1^{er} janvier 2017, ce département rural comptait 318590 habitants (62), pour une densité presque trois fois inférieure à la moyenne nationale (43 habitants/km²) (61).

1.5.2. *Etablissements d'accueil pour personnes âgées*

Le département du Cher dispose de :

- 15 résidences-autonomie de type foyer logement et Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées (MARPA),
- 41 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
 - 26 établissements publics, dont 10 sites gérés par des centres hospitaliers.
 - 15 établissements privés dont 9 établissements associatifs.
- 6 Unités de Soins de Longue Durée (USLD) gérées par des centres hospitaliers (63).

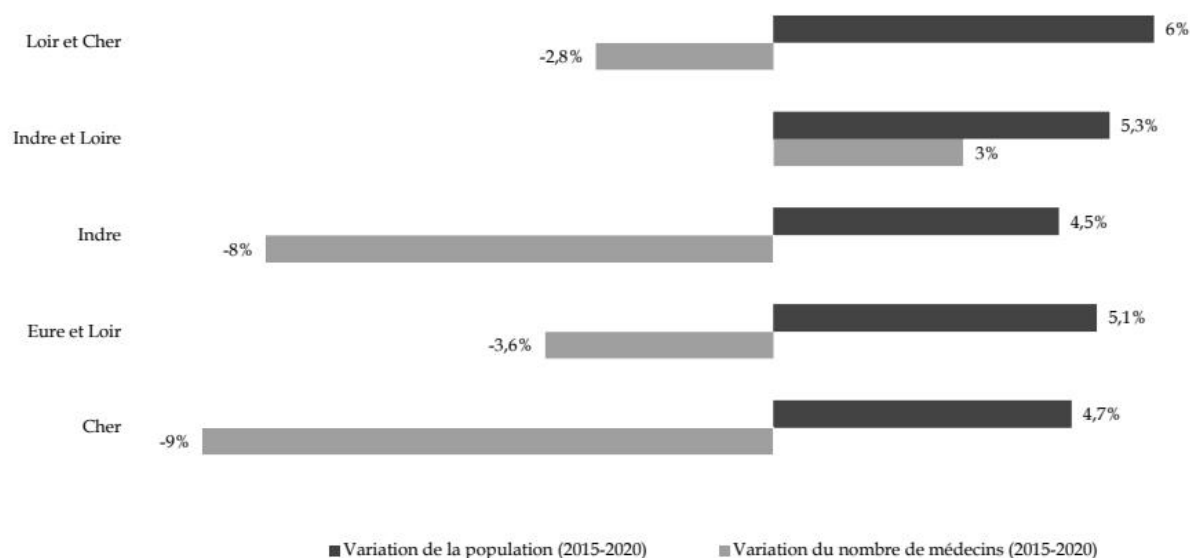
1.5.3. L'offre médicale

Au 1^{er} janvier 2016, la région Centre-Val de Loire a la plus faible densité médicale au plan national avec 232,7 médecins pour 100 000 habitants (contre une densité médicale métropolitaine de 284,4 médecins pour 100 000 habitants) (64).

Elle a également la plus faible densité de médecins généralistes avec 107,5 praticien pour 100 000 habitants (contre 132,1 médecins pour 100 000 habitants en France métropolitaine) (64).

Le département du Cher occupe la 4^e place des départements et enregistre la baisse la plus importante des effectifs de médecins en activité régulière sur la période 2007/2016 (-15% derrière l'Yonne à -17%, la Nièvre et l'Indre à -16%). Une baisse de 9% de ces médecins entre 2015-2020 est probable, alors que sur la même période le nombre d'habitants risque d'augmenter de 4,7% (65).

Les conséquences de cette situation sont un accès aux soins rendu difficile notamment en médecine générale avec de mauvaises perspectives pour l'avenir.



Source : Atlas Centre 2015 - La démographie médicale en région Centre, par le conseil national de l'ordre des médecins

Figure 2 : Projection de la population générale et des médecins actifs réguliers sur la période 2015/2020 par département en région Centre-Val de Loire

1.5.4. *Le centre hospitalier de Bourges*

1.5.4.1. *Les urgences*

Le centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges (CHB) a rassemblé au sein d'un même pôle le bloc opératoire, la réanimation, les urgences, le SAMU, le SMUR et l'UCSA (unité de consultation et de soin ambulatoire) à la maison d'arrêt de Bourges. Les urgences elles-mêmes disposent de :

- un centre 15 rassemblé en plateforme unique,
- un SMUR doté de 2 UMH (unité mobile hospitalière) et un PSM (poste sanitaire mobile),
- un CESU (centre d'enseignement des soins d'urgence),
- un SAU (service d'accueil des urgences) composé d'une SAUV (salle d'accueil des urgences vitales) de 2 box, un circuit long de 6 box, et un circuit court de 3 box. Un dernier box est attribué aux équipes de liaison de psychiatrie et d'addictologie.
- une UHTCD de 17 lits dont 4 forment une USC.

L'effectif médical optimal correspondant à cette organisation est de 23,1 équivalents temps plein (ETP) dont uniquement 9 sont occupés, tandis que l'équipe infirmière s'élève à 32,3 ETP tous pourvus et de 2 aides-soignantes¹.

1.5.4.2. *Le pôle gériatrique*

Le pôle gériatrique de l'hôpital de Bourges se compose :

- sur le site de l'hôpital Jacques Cœur de :
 - 29 lits de médecine polyvalente et gériatrique dont 6 sont dédiés aux soins palliatifs,
 - 50 lits d'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR),
 - une EMG composée d'un médecin gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'une psychologue,

¹ Source : Direction des finances du centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges

- une consultation mémoire.
- Sur le site de l'hôpital Taillegrain dédié à l'accueil et l'hébergement de longue durée et temporaire des personnes âgées :
 - 55 lits de SSR,
 - 129 lits d'EHPAD,
 - 60 lits d'USLD (unité de soins de longue durée) dont 18 lits en UHR (unité d'hébergement renforcé),
 - 20 places d'accueil de jour destinées à préserver le maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Sa mission est d'offrir des séjours courts d'une à quelques journées avec des activités adaptées aux besoins des patients et conséquemment des périodes de temps libre pour les aidants (66).
 - une plate-forme de répit et d'accompagnement des aidants.

Le nombre d'hospitalisations en 2016 du service de médecine polyvalente était de 725, et de 222 en gériatrie clinique. A noter que le 11 juillet 2016 le service de gériatrie clinique assurant la médecine gériatrique aigue, composé de 16 lits, a dû fermer par manque de médecins gériatres. Si bien que depuis, le nombre de gériatres est de 3,4 ETP pour 6,1 ETP ouverts².

1.6. Intérêts de cette étude

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le taux de réhospitalisation précoce à 30 jours des patients âgés de 75 ans et plus tel qu'il est recommandé par l'HAS limité au cas d'une UHTCD.

Les objectifs secondaires sont :

- décrire la population concernée par le phénomène,
- évaluer l'application d'un score recommandé par l'HAS dans le dépistage des patients à risque de réhospitalisation,

² Source : Direction des finances du centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges

- étudier l'influence de la tension hospitalière et des périodes du calendrier sur les réhospitalisations précoces,
- proposer le cas échéant des améliorations.

2. METHODE

2.1. Type d'étude

Cette étude est observationnelle, rétrospective, uni-centrique menée au sein du centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges, dans l'UHTCD du service des urgences.

2.2. Période d'étude

Du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2016 inclus.

2.3. Population cible

L'étude porte sur les personnes âgées de 75 ans et plus, réhospitalisées précocement après une hospitalisation exclusive en UHTCD au CHB.

Une réhospitalisation est considérée précoce lorsqu'elle a lieu dans les 30 jours suivants la sortie de l'UHTCD.

2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.4.1. *Critères d'inclusion*

- Patients de 75 ans et plus réhospitalisés au sein du CHB dans les 30 jours d'une sortie de l'UHTCD vers leur lieu de vie,
- patients résidant dans le département du Cher.

2.4.2. *Critères d'exclusion*

- Patients âgés de moins de 75 ans lors de l'hospitalisation initiale,
 - patients sortis d'UHTCD vers le domicile ou une institution hors du département du Cher,
 - patients dont le décès survenait dans les 30 jours suivant la sortie de la 1^{ère} hospitalisation,
 - patients ayant été transférés vers un autre service de médecine, chirurgie, ou obstétrique (MCO) voire un autre établissement hospitalier avant le retour à domicile.
- Les patients provenant d'un SSR ou d'une USLD et retournant dans le même lieu de vie sont inclus.

2.5. Modalités pratiques : Recueil des données

Les données suivantes sont collectées par interrogation de la base de données du service d'information médicale hospitalier :

- identité,
- Identifiant Permanent du Patient (IPP),
- date de naissance et âge,
- sexe,
- adresse du lieu de vie,
- motif d'entrée aux urgences du 1^{er} et du 2nd séjours (en cas de passage par les urgences selon la classification des motifs de recours de la SFMU) (67),
- diagnostic de sortie du 1^{er} et du 2nd séjours par Groupe Homogène de Patients (GHM), par Groupe d'Activité (GA), par Groupe de type de Planification (GP) et par Domaine d'Activité (DA),
- date d'entrée et de sortie du 1^{er} et du 2nd séjours,
- durées du 1^{er} et du 2nd séjours en jours,
- durée de l'inter-séjour en jours,
- moyen de transport utilisé à l'entrée du 1^{er} et du 2nd séjour (disponible pour les patients admis aux urgences),

- passage d'une assistance sociale et de l'EMG lors du 1^{er} séjour,
- unité médicale où a eu lieu le second séjour.

De plus, les données suivantes ont été collectées à partir des dossiers médicaux de chaque patient:

- antécédents inscrits lors du 1^{er} séjour,
- type de logement,
- nombre de médicaments prescrits à la sortie du 1^{er} séjour,
- présence d'un courrier médical de sortie du 1^{er} séjour,
- lieu d'hospitalisation du patient lors du premier séjour (USC, lit, ou couloir avec valorisation d'activité),
- aides et entourage présents déclarés lors du 1^{er} séjour,
- prescripteurs ou adresseurs du patient du 1^{er} et du 2nd séjours.

Enfin pour chaque patient les données supplémentaires suivantes ont été recherchées :

- la présence d'un lien entre le 1^{er} et le 2nd séjour a été déterminée à la lecture des dossiers par 2 médecins (l'expérimentateur, et un urgentiste),
- le nombre de consultation(s) aux urgences dans les 6 mois qui ont précédés la date d'entrée du 1^{er} séjour,
- le nombre d'hospitalisation(s) à la suite d'une consultation aux urgences dans les 6 mois qui ont précédés la date d'entrée du 1^{er} séjour.

En l'absence de recueil de données systématique et continu des indicateurs de tension au sein du centre hospitalier, les données suivantes ont été collectées :

- nombre de passages aux urgences quotidien la veille du premier séjour,
- nombre de patients hospitalisés en UHTCD dont ceux âgés de plus de 75 ans,
- nombre de patients présents en UHTCD à 9h,

2.6. Traitement statistique

Le recueil des données a été effectué grâce au tableur Excel™ version 2013 de la société Microsoft. Les statistiques descriptives des données et les tests d'hypothèses utilisés (χ^2 et test

t de Student pour les moyennes) étaient réalisés grâce au logiciel XLSTAT-Biomed™ de la société Addinsoft.

2.7. Autorisation d'accès aux données

Le traitement informatisé des données médicales et personnelles des patients inclus dans notre étude a été déclaré au Correspondant Informatique et Libertés (CIL) et inscrit au registre de déclaration interne (déclaration donnée en annexe).

3. RESULTATS

3.1. Données d'ensemble sur la période d'étude

3.1.1. *Diagramme en flux*

Le nombre de passages aux urgences pendant la période d'étude était de 74564, dont 10524 étaient suivis d'une hospitalisation en UHTCD. Parmi celles-ci 5523 (52%) ont concerné des patients âgés de 75 ans et plus et 1884 (18%) ont abouti à une sortie directement vers le lieu de vie (figure 3).

Des 1884 hospitalisations, 337 (17,9%) ont donné lieu à une réhospitalisation dans les 30 jours qui ont suivi la sortie de l'UHTCD (figure 3).

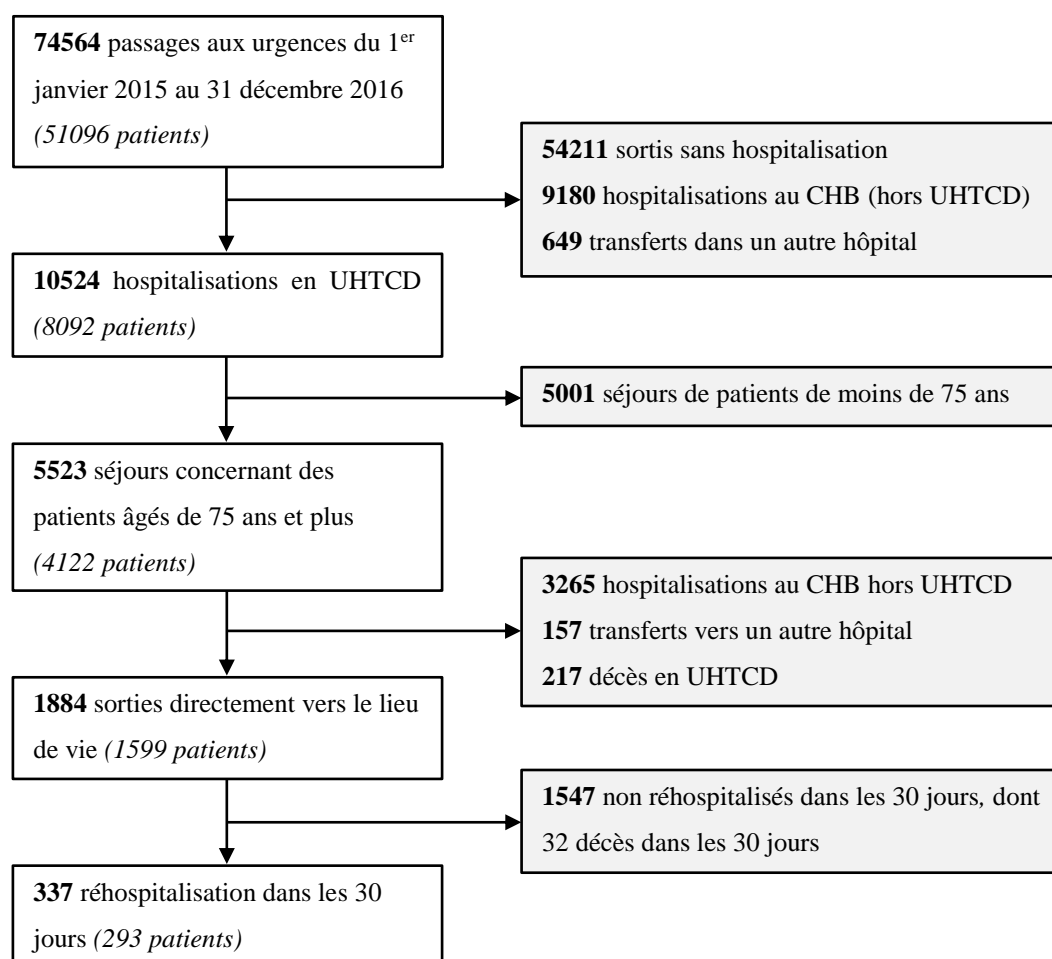


Figure 3 : diagramme en flux de l'étude

3.1.2. *Données d'activité de l'UHTCD en 2015 et 2016*

Du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2016, 10002 (61,1%) séjours en UHTCD ont concerné des patients âgés de 75 ans et plus pour un total de 16368 hospitalisations. On notait une augmentation de 1,4% entre 2015 et 2016 (60,4% à 61,8%) (tableau 2).

Tableau 2 : patients hospitalisés au cours de la période d'étude et répartition par catégories d'âges

Population de l'UHTCD	âge ≥ 75 ans	âge ≥ 85 ans	tout âge
Patients hospitalisés en 2015	4828 (60,4)	2669 (33,4)	7992 (100)
Patients hospitalisés en 2016	5174 (61,8)	2924 (34,9)	8376 (100)
TOTAL	10002 (61,1)	5593 (34,2)	16368

En 2015, on observait 3 pics de fréquentation au sein de l'UHTCD, en janvier, juillet et décembre, correspondant aux saisons d'hiver et d'été (figure 4). Cette variation saisonnière avait quasiment disparue en 2016 (figure 5).

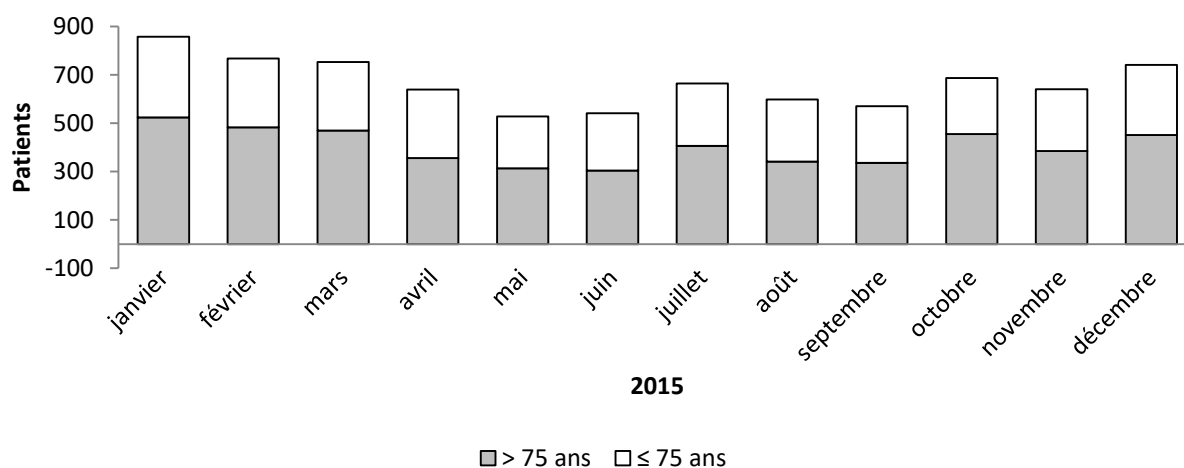


Figure 4 : hospitalisations mensuelles en UHTCD en 2015 et proportion des plus de 75 ans

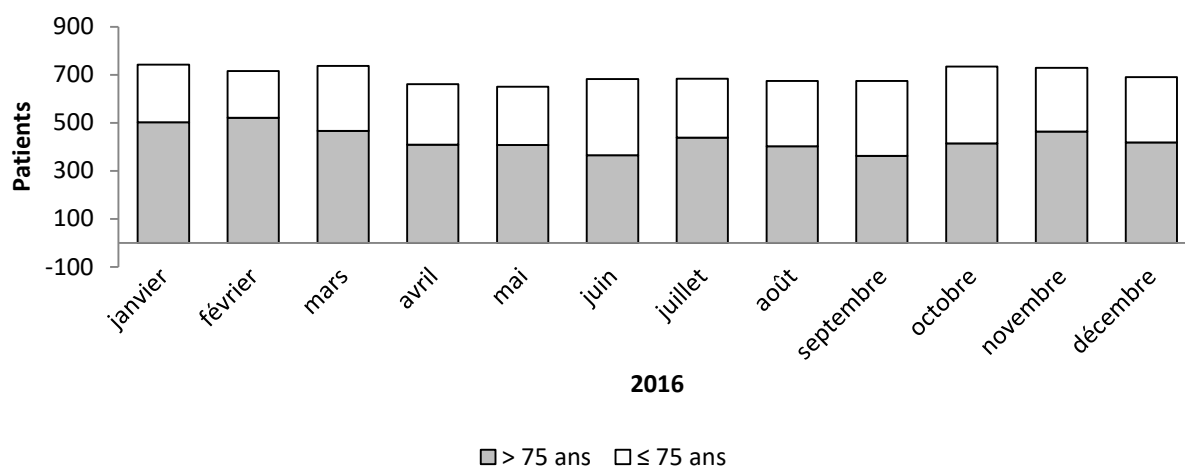


Figure 5 : hospitalisations mensuelles en UHTCD en 2016 et proportion des plus de 75 ans

Sur l'ensemble de la période d'étude, le taux moyen d'occupation ponctuel de l'UHTCD à 9h était de 131,8%, avec une augmentation en 2016 par rapport à 2015 (128,8% à 134,7%) (tableau 3).

Tableau 3 : taux moyen d'occupation et taux moyen d'occupation ponctuel à 9h de l'UHTCD

Taux d'occupation (TO)						
par 24h	2015		2016		TOTAL	
	Patients	TO	Patients	TO	Patients	TO
Moyenne	33,8 ±9,0	198,8%	34,4 ±7,1	202,4%	34,1 ±8,1	200,6%
Médiane	33 [28 ; 40]		35 [30 ; 39]		34 [29 ; 39]	
Minimum	13	76,5%	10	58,8%	10	58,8%
Maximum	67	394,1%	55	323,5%	67	394,1%
Taux d'occupation ponctuel à 9h (TOP9)						
	2015		2016		TOTAL	
	Patients	TOP9	Patients	TOP9	Patients	TOP9
Moyenne	21,9 ±6,1	128,8%	22,9 ±4,8	134,7%	22,4 ±5,5	131,8%
Médiane	22 [18 ; 25]		23 [19 ; 26]		22 [19 ; 26]	
Minimum	7	41,2%	12	70,6%	7	41,2%
Maximum	45	264,7%	38	223,5%	45	264,7%

Lorsque les 17 lits (dont 5 lits d'USC) sont occupés, les patients séjournent dans des zones d'attentes et des couloirs. L'UHTCD était occupée par plus de 17 patients 596 jours soit 81,6% du temps de l'étude (figures 6 et 7).

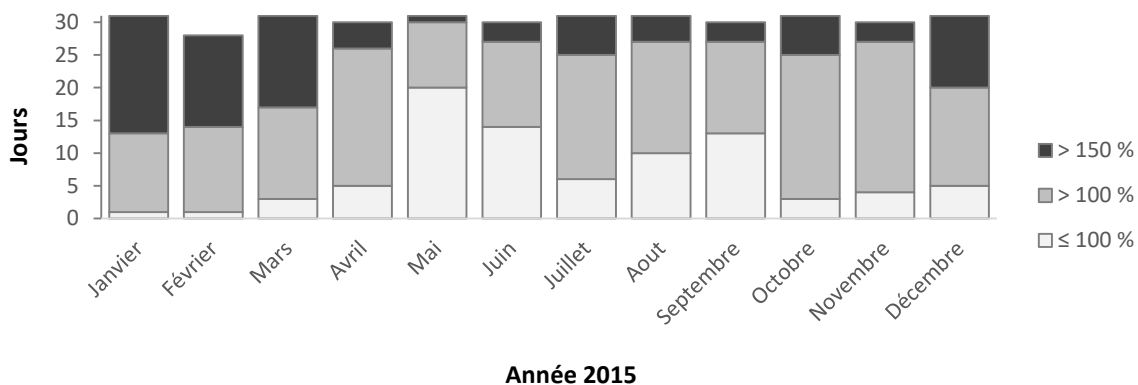


Figure 6 : taux d'occupation mensuelle en UHTCD en 2015 à 9h

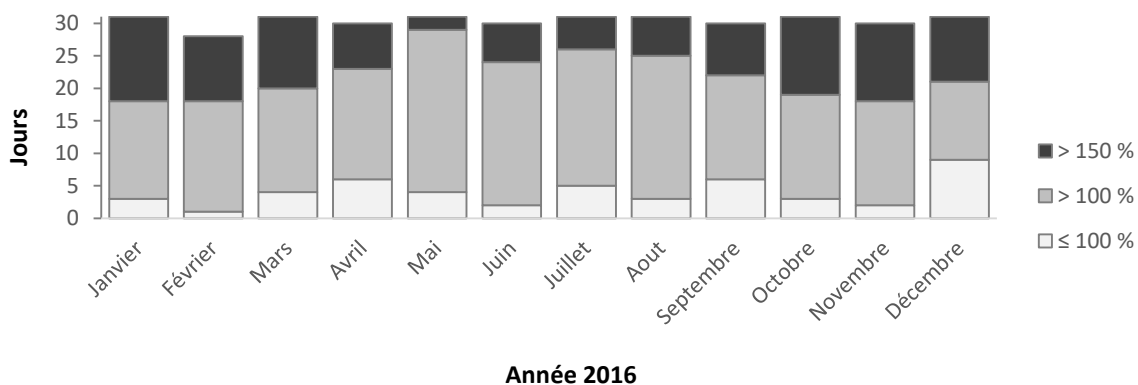


Figure 7 : taux d'occupation mensuelle en UHTCD en 2016 à 9h

La distribution au cours de l'année du nombre de patients hospitalisés en dehors d'une chambre physique de l'UHTCD montrait trois pics en 2015 qui correspondaient aux périodes de l'hiver 2014-2015, été 2015 et hiver 2015-2016 (figure 8). Cette variation saisonnière s'estompait en 2016 (figure 9).

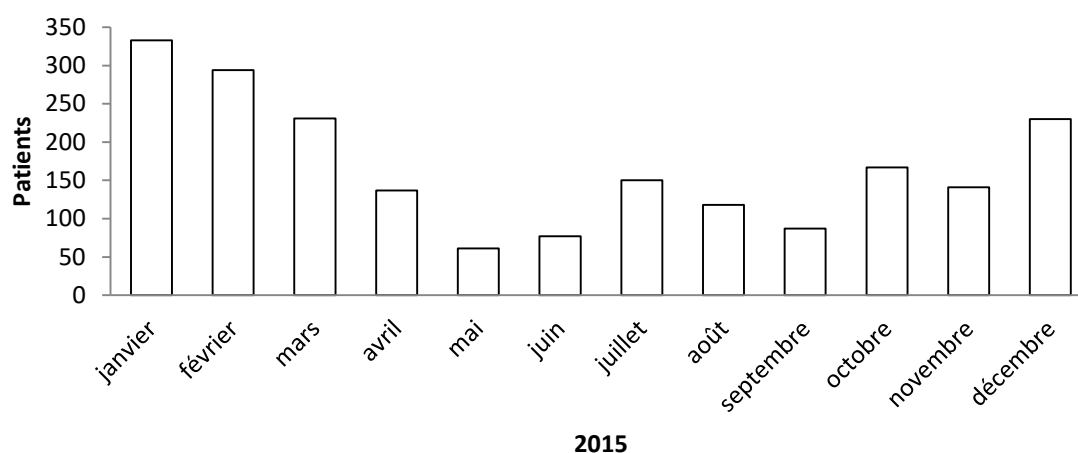


Figure 8 : hospitalisations mensuelles en UHTCD en dehors des lits disponibles en 2015 à 9h

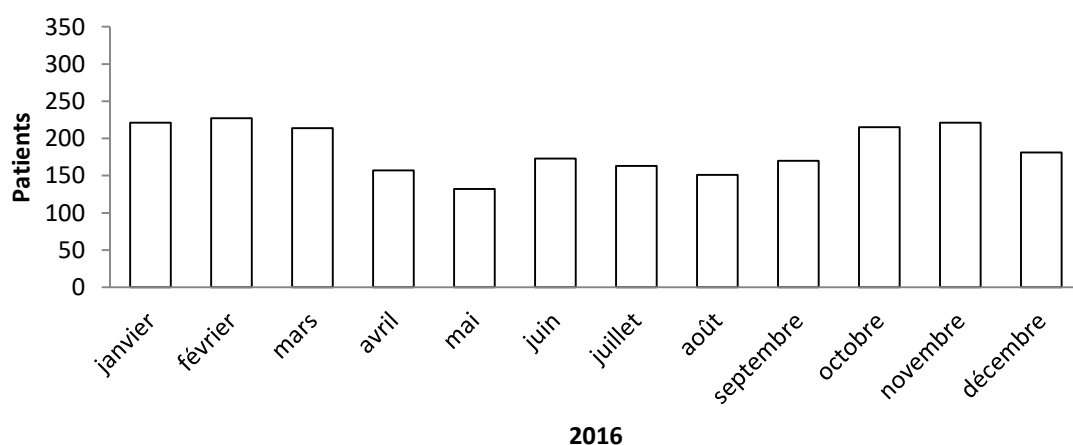


Figure 9 : hospitalisations mensuelles en UHTCD en dehors des lits disponibles en 2016 à 9h

3.1.3. *Mortalité précoce des patients sortis de l'UHTCD*

Sur l'ensemble de la période d'étude, 217 patients de 75 ans et plus sont décédés en UHTCD, la mortalité était de 39,3‰ pour cette tranche d'âge. Par ailleurs, trente-deux décès ont eu lieu dans les 30 jours suivants la sortie d'hospitalisation en UHTCD vers le lieu de vie, 13 décès en 2015, 18 en 2016, et 1 en janvier 2017. La mortalité précoce des plus de 75 ans, définie comme le nombre de patients de 75 ans et plus décédés dans les 30 jours après la sortie d'UHTCD vers le lieu de vie était, ainsi, de 17,0‰.

3.2. Caractéristiques de l'échantillon

3.2.1. *Caractéristiques démographiques*

Pendant la période d'étude, 337 réhospitalisations ont concerné 293 patients, répartis en 138 hommes et 199 femmes, soit un *sex ratio* de 144,2 femmes pour 100 hommes. L'âge moyen de ces patients était de $84,6 \pm 6,2$ ans, la médiane était de 84 ans [80 ; 89], et le patient le plus âgé avait 110 ans (tableau 4).

La figure 10 représente la pyramide des âges des patients inclus dans notre étude.

Tableau 4 : caractéristiques démographiques des patients inclus

Sexe	Patients (%)
Hommes (H)	138 (41)
Femmes (F)	199 (59)
Sex Ratio (H/F)	0,7 (144,2 F pour 100 H)
Age	
Moyenne \pm ET	$84,6 \pm 6,2$
Médiane [Q1 ; Q3]	84 [80 ; 89]
Maximum	110

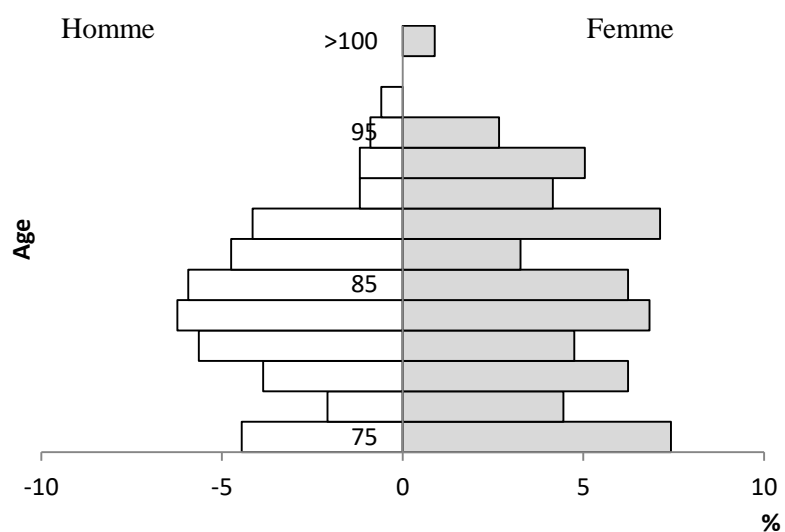


Figure 10 : pyramide des âges des patients inclus

3.2.2. *Caractéristiques médicosociales*

3.2.2.1. *Logement*

Parmi les 337 réhospitalisations, 73,9% concernaient des patients provenant du domicile, 19,3% des patients institutionnalisés en EHPAD, 4,7% en foyers pour personnes âgées autonomes et 2,1% séjournaient en SSR ou USLD (tableau 5).

Tableau 5 : types de logement avant le premier passage aux urgences

Type de logement	Total (%)
Domicile	249 (73,9)
EHPAD	65 (19,3)
Foyer pour personnes âgées autonomes	16 (4,7)
SSR/USLD	7 (2,1)
TOTAL	337 (100)

3.2.2.2. Aides à domicile et entourage

Sur les 249 séjours de patients provenant du domicile, aucune donnée sur la présence d'aides n'était portée aux dossiers médicaux pour 65,1% des cas, ni sur leur entourage dans 69,5% des cas (tableau 6).

En excluant ces patients, 35,6% des patients ne disposaient d'aucune aide à domicile et 67,1% vivaient seuls. Trois patients étaient en hospitalisation à domicile (tableau 6).

Tableau 6 : aides mises en place et présence d'un entourage des patients vivants à domicile avant le premier passage aux urgences

Aides mises en place	Total (%)	sans les NR
<i>Non renseigné (NR)</i>	<i>162 (65,1)</i>	
Pas d'aide	31 (12,4)	35,6%
Aides présentes mais non détaillées	19 (7,6)	21,8%
Auxiliaire de vie	28 (11,2)	32,2%
IDE	19 (7,6)	21,8%
HAD	3 (1,2)	3,4%
Entourage	Total	sans les NR
<i>Non renseigné (NR)</i>	<i>173 (69,5)</i>	
Vit seul sans aidant à la demande	32 (12,9)	42,1%
Vit seul avec présence d'un aidant à la demande	19 (7,6)	25,0%
Vit avec son conjoint	25 (10,0)	32,9%
TOTAL	249 (100%)	100,0%

3.2.2.3. Comorbidités

Les principaux antécédents des 293 patients, étaient des pathologies cardiaques (25,9% d'insuffisants cardiaques, 18,8% de cardiopathies ischémiques), métaboliques (27,9% de diabétiques), neuro-vasculaires (16,7% de démences, 15% d'AVC), tumorales (13,0%), rénales (12,3% d'insuffisants rénaux), et pulmonaires (11,6% de BPCO). Quarante-huit patients n'avaient pas de comorbidité.

Aucun antécédent n'a été renseigné dans le dossier pour 20 patients (6,8%).

Deux cents dix-huit patients (74,4%) avaient un score de Charlson supérieur à 0. Il s'agit d'un score de comorbidité validé dans la prédiction du risque de mortalité à 1 an (68), et est utilisé dans le calcul de score LACE.

L'ensemble des antécédents est présenté dans le tableau 7.

Tableau 7 : comorbidités des patients inclus

Antécédents	Patients (%)
<i>Non renseignés (NR)</i>	20 (6,8)
Aucun antécédent	48 (16,4)
Insuffisance cardiaque congestive	76 (25,9)
Diabète non compliqué	59 (20,1)
Infarctus du myocarde	55 (18,8)
Démence	49 (16,7)
Accident vasculaire cérébral	44 (15,0)
Insuffisance rénale chronique	36 (12,3)
BPCO	34 (11,6)
Tumeur localisée	31 (10,6)
Diabète compliqué	23 (7,8)
Ulcère gastroduodénal	15 (5,1)
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	15 (5,1)
Tumeur solide métastasée	7 (2,4)
Hépatopathie chronique / Cirrhose (sans complication)	4 (1,4)
Cirrhose hépatique (avec hypertension portale)	2 (0,7)
Connectivite	1 (0,3)
Maladie VIH (avec ou sans SIDA)	0 (0)
Score de Charlson	
<i>Non calculable</i>	20 (6,8)
> 0	218 (74,4)
0	55 (18,8)
TOTAL	293 (100)

3.2.2.4. Polymédication

Pour 202 (59,9%) séjours, aucun renseignement sur le traitement habituel et/ou de sortie n'était inscrit dans le courrier ou l'observation lors de la première hospitalisation.

Des 135 autres séjours, seuls 2 (1,5%) patients ne recevaient aucun traitement, 20 (14,8%) avaient moins de 5 médicaments sur leur ordonnance de sortie, 113 (83,7%) en avaient plus de 5, dont 86 plus de 7 et 43 plus de 10 (tableau 8). La moyenne était de $7,9 \pm 3,5$ médicaments présents sur l'ordonnance et la médiane de 8 (5,5 ; 10), avec un maximum de 15 médicaments.

Tableau 8 : polymédication des patients inclus

Traitement sur l'ordonnance	Total (%) sans les NR	
<i>Non renseigné (NR)</i>	202 (59,9)	
Aucun traitement	2 (0,6)	1,5%
1 à 4 médicaments	20 (5,9)	14,8%
5 à 6 médicaments	27 (8,0)	20,0%
7 à 9 médicaments	43 (12,8)	31,9%
≥ 10 médicaments	43 (12,8)	31,9%
TOTAL	337 (100,0)	
Polymédication	Total (%) sans les NR	
≥ 5 médicaments	113 (33,5)	83,7%
≥ 7 médicaments	86 (25,5)	63,7%
≥ 10 médicaments	43 (12,8)	31,9%

3.2.2.5. Fréquentation du service des urgences

Dans les 6 mois précédents l'hospitalisation en UHTCD, 54,9% des séjours avaient été précédés d'au moins un passage aux urgences, et 44,2% d'une hospitalisation non programmée (tableau 9).

Tableau 9 : passages par les urgences au cours des 6 mois qui précèdent l'hospitalisation en UHTCD.

Situations d'urgences 6 mois avant le 1er séjour	Nombre (%)
Pas de passage aux urgences	152 (45,1)
≥ 1 passage aux urgences	185 (54,9)
1 passage aux urgences	100 (29,7)
2 passages aux urgences	37 (11,0)
3 passages aux urgences	20 (5,9)
4 passages aux urgences	11 (3,3)
> 5 passages aux urgences	17 (5,0)
Total	337 (100,0)
Pas d'hospitalisation urgente	188 (55,8)
≥ 1 hospitalisation urgente	149 (44,2)
1 hospitalisation	89 (26,4)
2 hospitalisations	35 (10,4)
> 2 hospitalisations	25 (7,4)
Total	337 (100,0)

3.3.Premier séjour en UHTCD

3.3.1. *Passage aux urgences précédant l'hospitalisation*

3.3.1.1. *Motifs d'admission aux urgences*

Les principaux motifs d'admissions aux urgences étaient d'origine cardiorespiratoire (33,2%) avec une part importante de dyspnée (20,5%). Venaient ensuite les signes généraux (19,9%) tel que l'altération de l'état général du patient et/ou une asthénie pour 11,0% des cas. Les motifs uro-digestifs représentaient 16,9% avec 6,5% de douleur abdominale. On retrouvait des symptômes liés à l'appareil locomoteur pour 15,1% des patients, 11,3% d'origine traumatique. Les motifs en lien avec une symptomatologie neuropsychiatrique étaient de 8,3%.

Le détail des motifs d'admission aux urgences est présenté dans le tableau 10.

Tableau 10 : motifs d'entrée aux urgences lors de la première hospitalisation

Motifs	Nombre
Symptomatologie cardio-respiratoire	112 (33,2)
Dyspnée	69 (20,5)
Douleur thoracique	20 (5,9)
Problème tensionnel (HTA, hypotension)	8 (2,4)
Toux	5 (1,5)
Œdème des membres inférieurs	5 (1,5)
Palpitations	4 (1,2)
Problème avec matériel implantable cardiologique	1 (0,3)
Signes généraux	67 (19,9)
Altération de l'état général / asthénie	37 (11,0)
Malaise (avec ou sans perte de connaissance)	24 (7,1)
Douleur diffuse / sans précision	4 (1,2)
Fièvre	2 (0,6)
Symptomatologie urodigestive	57 (16,9)
Douleur abdominale	22 (6,5)
Nausée, vomissement, constipation, diarrhée	11 (3,3)
Rétention d'urine ou anurie	8 (2,4)
Sang dans les selles / méléna	7 (2,1)
Hématurie	4 (1,2)
Douleur de la fosse lombaire ou flanc	3 (0,9)
Masse ou distension abdominale	1 (0,3)
Signe d'infection urinaire / dysurie	1 (0,3)
Symptomatologie liée à l'appareil locomoteur	51 (15,1)
<i>Traumatique</i>	38 (11,3)
Traumatisme crânien	17 (5,0)
Traumatismes autres	17 (5,0)
Dermabrasion / plaie	4 (1,2)
<i>Non traumatique</i>	13 (3,9)
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale, lombaire)	5 (1,5)
Douleur au niveau d'un membre inférieur	3 (0,9)
Œdème / rougeur localisée / abcès	3 (0,9)
Membre inférieur chaud rouge	2 (0,6)
Symptomatologie neuropsychiatrique	28 (8,3)
Étourdissement / vertige	7 (2,1)
Confusion	4 (1,2)
Convulsions	4 (1,2)
Faiblesse de membre / déficit / symptômes pouvant évoquer un AVC	4 (1,2)
Comportement violent / agitation	4 (1,2)
Altération de la conscience / coma	1 (0,3)
Céphalées	1 (0,3)
Tremblement	1 (0,3)
Comportement étrange / troubles du comportement	1 (0,3)
Dépression / suicidaire	1 (0,3)

Motifs	Nombre
Autres motifs	16 (4,7)
Anomalie de résultat biologique	12 (3,6)
Intoxication accidentelle et/ou iatrogène	2 (0,6)
Problème social	1 (0,3)
Conseil / consultation / renouvellement ordonnance	1 (0,3)
Symptomatologie ORL	6 (1,8)
Epistaxis	6 (1,8)
Total	337 (100,0)

3.3.1.2. *Personne à l'origine de l'adressage et moyen de transport*

La personne adressant le patient n'était pas notée dans 205 (60,9%) cas.

Parmi les 132 hospitalisations restantes, la personne adressant le patient aux urgences était son médecin généraliste pour 56,1% d'entre elles. Le patient venait de sa propre initiative dans 30,3% des cas, et était adressé par SOS médecin ou un médecin de garde dans 9,1% des séjours. L'aide à domicile était responsable de l'hospitalisation de 2,3% de ces patients (tableau 11).

Les moyens de transport utilisés étaient majoritairement des ambulances (52,5%) et les sapeurs-pompiers avaient transportés 27,6% des patients vers l'hôpital. Les patients venaient par leurs propres moyens dans 11,6% des cas. Une faible proportion de patients avait bénéficié de l'intervention du SMUR (1,8%). Un seul (0,3%) patient avait utilisé un taxi, et un seul autre (0,3%) avait été emmené par le SAMU social (tableau 11).

Les dossiers sans renseignement sur le moyen de transport utilisé représentaient 5,3%.

Tableau 11 : personne adressant le patient lors du 1^{er} séjour et moyen de transport

Personne adressant le patient	Total (%)	sans les NR
<i>Non renseigné (NR)</i>	<i>205 (60,8)</i>	
Médecin traitant	74 (22,0)	56,1%
Patient / Famille	40 (11,9)	30,3%
SOS médecin / Garde	12 (3,6)	9,1%
Aides à domicile	3 (0,9)	2,3%
Autres spécialistes	2 (0,6)	1,5%
SAMU social	1 (0,3)	0,8%
Moyen de transport		
<i>Non renseigné</i>	<i>18 (5,3)</i>	
Ambulance	177 (52,5)	-
Pompiers	93 (27,6)	-
Par ses propres moyens	39 (11,6)	-
SMUR	6 (1,8)	-
Taxi	3 (0,9)	-
SAMU social	1 (0,3)	-
TOTAL	337 (100,0)	100,0%

3.3.2. *Séjour en UHTCD*

3.3.2.1. *Durée de séjour*

Seules 83 hospitalisations (24 %) ont duré plus de 48h. La durée médiane de séjour était de 1 [1 ; 1] journée, et la durée maximale était de 12 jours (figure 11).

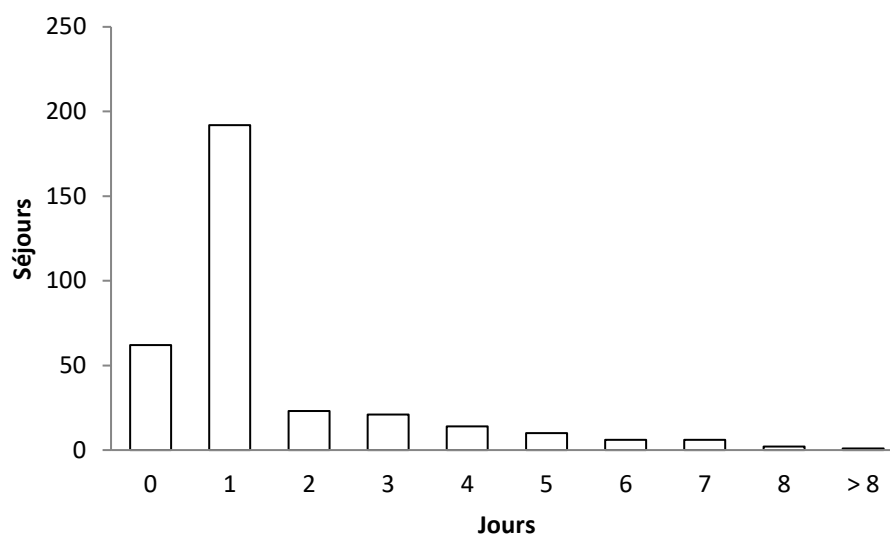


Figure 11 : durée du 1^{er} séjour hospitalier au sein de l’UHTCD

3.3.2.2. Interventions pendant le séjour

Sur notre période d’étude, 11,6% des patients avaient bénéficié d’un rendez-vous avec l’assistante sociale durant leur hospitalisation. L’équipe mobile de gériatrie a évalué 9,8% des patients sur cette même période (tableau 12).

Tableau 12 : interventions médico-sociales durant le séjour en UHTCD

Interventions médico-sociales	nombre de patients (%)		
	2015	2016	Total
Equipe mobile d'évaluation gériatrique	19	14	33 (9,8)
Service social	14	25	39 (11,6)
Equipe mobile plaies et cicatrisation		2	2 (0,6)
Equipe mobile de soins palliatifs	3		3 (0,9)
Total des interventions	36	41	77
Total des séjours	125	212	337 (100)

3.3.2.3. *Diagnostics de sortie*

À la sortie d'UHTCD, les diagnostics d'hospitalisation étaient pour 21,1% des cas liés à des affections cardiovasculaires, avec 8,9% de cardiopathies et/ou valvulopathies. Les affections pulmonaires représentaient 13,6%, et 13,1% concernaient des affections hépato-gastro-entérologiques.

L'ensemble des diagnostics de sortie d'UHTCD est présenté dans le tableau 13.

Tableau 13 : diagnostic de sortie de la 1^{ère} hospitalisation

GA / GP	NOMBRE (%)
Cardio-vasculaires	71 (21,1)
Cardiopathies, valvulopathies	30 (8,9)
Cardiologie autres	25 (7,4)
Troubles du rythme/conduction	7 (2,1)
Phlébites, varices	4 (1,2)
Coronaropathies	3 (0,9)
Hypertension artérielle	2 (0,6)
Pneumologie	46 (13,6)
Affections respiratoires, autres	16 (4,7)
Bronchites, bronchiolites et asthme	12 (3,6)
Infections respiratoires	12 (3,6)
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	6 (1,8)
Hépto-Gastro-Entérologie	44 (13,1)
Symptômes digestifs	30 (8,9)
Ulcères, hémorragies digestives	8 (2,4)
Maladies diverses du tube digestif	3 (0,9)
Occlusions, subocclusions digestives	1 (0,3)
Autres affections digestives	1 (0,3)
Autres affections hépatiques, voies biliaires	1 (0,3)
Médecine inter-spécialités, autres symptômes ou motifs médicaux	26 (7,7)
Maladies immunitaires du sang, des organes hématopoïétiques	24 (7,1)
Neurologie médicale	23 (6,8)
Autres affections du système nerveux	9 (2,7)
Convulsions, épilepsie	5 (1,5)
AVC	4 (1,2)
Comas non traumatiques	2 (0,6)
Affections dégénératives du système nerveux	2 (0,6)
Migraines et céphalées	1 (0,3)
Uro-néphrologie médicale (hors séances)	19 (5,6)
Affections et traumatismes de la peau, gelures	14 (4,2)
Rhumatologie	13 (3,9)
Psychiatrie	13 (3,9)
Commotions cérébrales, traumatismes crâniens	11 (3,3)
Diabète, maladies métaboliques, endocrinologie (hors complications)	11 (3,3)
ORL, stomatologie	7 (2,1)
Traumatologie et ablation de matériel de l'appareil locomoteur	5 (1,5)
Fièvre, Infection, Septicémie, VIH	3 (0,9)
Rhumatologie	2 (0,6)
Effets nocifs, alcool, toxicologie, allergies	2 (0,6)
Parages de plaies, greffes de peau, des tissus sous cutanés	1 (0,3)
Ophtalmologie	1 (0,3)
Gynécologie, sénologie (hors obstétrique)	1 (0,3)
TOTAL	337 (100,0)

3.3.2.4. *Présence d'un courrier*

Parmi les 337 hospitalisations en UHTCD, 73 (21,7%) étaient accompagnées d'un courrier de sortie envoyé au médecin traitant. Deux cents trente-cinq patients (69,7%) étaient hospitalisés hors des lits disponibles en UHTCD, parmi ceux-là, 5 ont eu un courrier (2,1%). Quatre-vingt-neuf patients étaient hospitalisés dans une chambre de l'UHTCD hors USC, parmi eux 59 courriers ont été rédigés (66,3%). Treize ont séjourné en USC, dont 9 accompagnés d'un courrier de sortie (69,2%) (tableau 14).

Tableau 14 : présence d'un courrier de sortie en fonction du lieu d'hospitalisation en UHTCD

Répartition des patients et courrier de sortie	Total (%)
Total de patients hospitalisés	337 (100,0)
<i>sortis avec un courrier</i>	<i>73 (21,7)</i>
USC (unité de soins continus)	13 (3,9)
<i>sortis avec courrier</i>	<i>9 (69,2)</i>
En chambre (hors USC)	89 (26,4)
<i>sortis avec courrier</i>	<i>59 (66,3)</i>
Hospitalisation hors chambre	235 (69,7)
<i>sortis avec courrier</i>	<i>5 (2,1)</i>

3.4. Second séjour dans les 30 jours après la sortie d'UHTCD

3.4.1. *Taux de réhospitalisation*

Durant la période d'étude, 337 réhospitalisations ont été répertoriées sur 1884 sorties d'UHTCD directement vers le lieu de vie. Le taux de réhospitalisation était de 17,9%. Parmi ces réhospitalisations 256 (76,0%) n'étaient pas programmées, 212 (62,9%) étaient considérées en lien avec la première hospitalisation (récidive, complication ou poursuite des troubles ayant mené à la première hospitalisation), et 158 (46,9%) étaient à la fois non programmées et en lien avec l'hospitalisation initiale (tableau 15).

On observait une augmentation du taux de réhospitalisations durant l'année 2016 par rapport à l'année 2015, passant de 14,9% à 20,3% (tableau 15).

Tableau 15 : réhospitalisations et taux de réhospitalisation selon quelles sont programmées ou en lien avec le premier séjour

Taux de réhospitalisation	en 2015	en 2016	Total
Hospitalisation en UHTCD avec sortie au domicile	839 (100,0)	1045 (100,0)	1884 (100,0)
Total des réhospitalisations	125 (14,9)	212 (20,3)	337 (17,9)
Réhospitalisations non programmées	97 (11,6)	159 (15,2)	256 (13,6)
Nature des réhospitalisations	en 2015	en 2016	Total
Non programmées [#]	97 (77,6)	159 (75,0)	256 (76,0)
Programmées	28 (22,4)	53 (25,0)	81 (24,0)
En lien avec le 1er séjour	72 (57,6)	140 (66,0)	212 (62,9)
Sans lien avec le 1er séjour	51 (40,8)	71 (33,5)	122 (36,2)
Lien avec le 1er séjour indéterminé	2 (1,6)	1 (0,5)	3 (0,9)
Non programmées et en lien avec le 1er séjour	55 (44,0)	103 (48,6)	158 (46,9)

[#] ici, réhospitalisation non programmée avec passage par les urgences, admission en réanimation, en unité de soins intensifs de cardiologie, et urgence neuro-vasculaire.

3.4.2. *Durée inter-séjour*

La durée entre les 2 séjours était de $11,9 \pm 8,2$ jours, avec une médiane de 10 [5 ; 18] jours. On observait 229 (68,0%) hospitalisations dans les 15 jours suivants la sortie d'UHTCD.

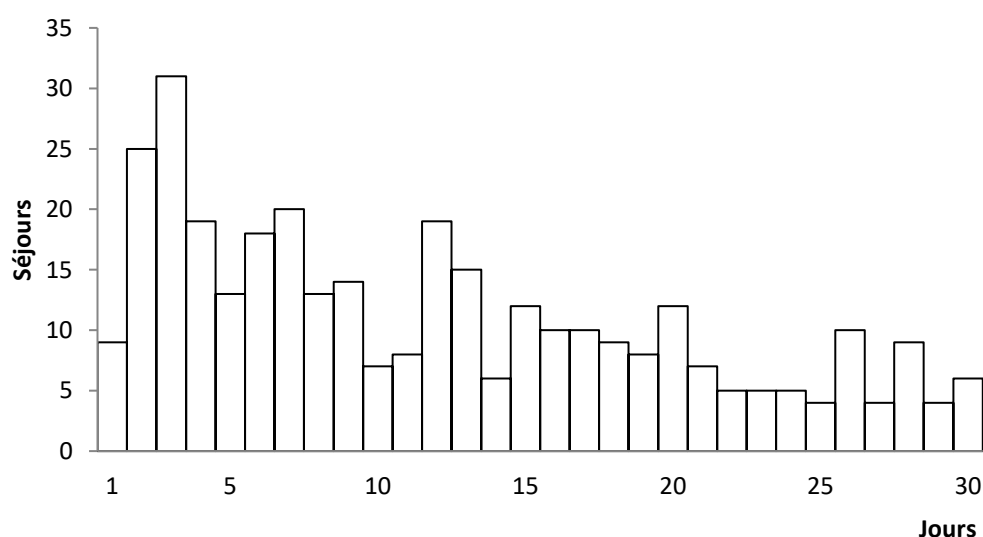


Figure 12 : répartition des séjours en fonction du nombre de jours avant leur réhospitalisation.

3.4.3. *Personnes adressant les patients*

La personne adressant le patient n'était pas renseignée 203 (60,2%) fois.

Parmi les 134 autres patients réhospitalisés 44,8% étaient adressés par leur médecin généraliste, 31,3% par un autre spécialiste, 17,2% venaient d'eux-mêmes, 5,2% étaient adressés par SOS médecin ou un médecin assurant la permanence des soins, et 1,5% l'étaient par leurs aides à domicile (tableau 16).

Tableau 16 : personnes adressant les patients lors de leur seconde hospitalisation

Personne adressant le patient lors du 2e séjour	Total (%)	sans les NR
<i>Non renseigné (NR)</i>	203 (60,2)	
Médecin traitant	60 (17,8)	44,8%
Autres spécialistes	42 (12,5)	31,3%
Patient / Famille	23 (6,8)	17,2%
SOS médecin / Médecin de garde	7 (2,1)	5,2%
Aides à domicile	2 (0,6)	1,5%
TOTAL	337 (100,0)	100,0%

3.4.4. *Parcours d'hospitalisation*

La seconde hospitalisation s'effectuait dans 73,0% des cas après un passage par le service des urgences, avec pour 62,0% une seconde hospitalisation en UHTCD, et pour 26,1% une sortie au domicile depuis l'UHTCD (tableau 17).

Les unités d'hospitalisation médicales étaient majoritairement représentées (59,9%) avec principalement des séjours en gériatrie (21,4%) et en cardiologie (11,9%). Seuls 13,9% des patients étaient réhospitalisés en unité chirurgicale. Le détail des unités d'hospitalisation où les patients ont séjourné durant leur second séjour est représenté dans le tableau 18.

Tableau 17 : parcours d'hospitalisation des patients au cours de la 2^e hospitalisation

Parcours d'hospitalisation	total (%)
Accès direct en unité médicale (UM)	91 (27,0)
Passages par les urgences	246 (73,0)
puis hospitalisation en UM	37 (11,0)
puis hospitalisation en UHTCD	209 (62,0)
<i>en USC puis en UM</i>	8 (2,4)
<i>hors USC puis en UM</i>	113 (33,5)
<i>sans transfert vers autre UM</i>	88 (26,1)
Total	337 (100,0)

Tableau 18 : détail des unités médicales d'hospitalisation du 2nd séjour

Unité d'hospitalisation	Accès direct	Passage par les urgences				Total (%)
		UM	USC	UHCD	sortie hors USC UHCD	
Médecine	73	22	8	99		202 (59,9)
Court séjour gériatrique	7	2	5	58		72 (21,4)
Cardiologie	23	8	2	7		40 (11,9)
Médecine interne	14	5		7		26 (7,7)
Pneumologie	2	4	1	7		14 (4,2)
Gastroentérologie	9			3		12 (3,6)
Endocrinologie	5	1		3		9 (2,7)
Néphrologie	2			6		8 (2,4)
Neurologie	3			4		7 (2,1)
Hématologie	5			1		6 (1,8)
Réanimation	1	1		3		5 (1,5)
Indéterminé	2	1				3 (0,9)
Chirurgie	18	15	0	14		47 (13,9)
Orthopédie	6	6		3		15 (4,5)
Urologie	4	4		3		11 (3,3)
Viscérale	3	3		3		9 (2,7)
ORL	2	2		2		6 (1,8)
Vasculaire et thoracique	2			2		4 (1,2)
Gynécologie	1			1		2 (0,6)
Sortie d'UHTCD					88	88 (26,1)
TOTAL	91	37	8	113	88	337

3.4.5. *Motifs d'hospitalisation*

Seuls les motifs des patients ayant séjournés en UHTCD ont pu être répertoriés.

Parmi ceux-ci, 29,2% étaient liés à une symptomatologie cardiorespiratoire avec une part importante de dyspnée (20,6%). Font suite les signes généraux dans 24,4% des cas, la symptomatologie neuropsychiatrique dans 14,4%. Les motifs en lien avec l'appareil locomoteur pour 10,5% des patients dont 8,1% étaient d'origine traumatique.

Le détail des motifs d'admission suite à une hospitalisation en UHTCD lors du second séjour est présenté dans le tableau 19.

Tableau 19 : détail des unités médicales d'hospitalisation du 2nd séjour

Motifs	Nombre (%)
Non renseignés	12 (5,7)
Symptomatologie cardio-respiratoire	61 (29,2)
Dyspnée	43 (20,6)
Douleur thoracique	7 (3,3)
Toux	5 (2,4)
Problème tensionnel (HTA, hypotension)	3 (1,4)
Œdème des membres inférieurs	1 (0,5)
Arrêt cardiaque	1 (0,5)
Palpitations	1 (0,5)
Signes généraux	51 (24,4)
Altération de l'état général / Asthénie	45 (21,5)
Malaise (avec ou sans perte de connaissance)	5 (2,4)
Fièvre	1 (0,5)
Symptomatologie neuropsychiatrique	30 (14,4)
Faiblesse de membre / déficit / symptômes pouvant évoquer un AVC	9 (4,3)
Confusion / désorientation temporo-spatiale	7 (3,3)
Étourdissement / vertige	6 (2,9)
Altération de la conscience / coma	3 (1,4)
Convulsions	2 (1,0)
Céphalées	2 (1,0)
Comportement violent / agitation	1 (0,5)
Symptomatologie liée à l'appareil locomoteur	22 (10,5)
<i>Traumatique</i>	17 (8,1)
Traumatisme crânien	10 (4,8)
Traumatisme autres	6 (2,9)
Dermabrasion / plaie	1 (0,5)
<i>Non traumatique</i>	6 (2,4)
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale, lombaire)	3 (1,4)
Douleur au niveau d'un membre inférieur	1 (0,5)
Œdème / rougeur localisée / abcès	1 (0,5)
Symptomatologie urodigestive	17 (8,1)
Douleur abdominale	7 (3,3)
Nausée, vomissement, constipation, diarrhée	7 (3,3)
Sang dans les selles / méléna / hématomèse	2 (1,0)
Douleur de la fosse lombaire ou flanc	1 (0,5)
Autres motifs	13 (6,2)
Anomalie de résultat biologique	9 (4,3)
Problème social	2 (1,0)
Conseil / consultation / renouvellement ordonnance	2 (1,0)
Symptomatologie ORL	3
Epistaxis	2 (1,0)
Tuméfaction ORL	1 (0,5)
Total	209

3.4.6. *Durée du second séjour*

Sur l'ensemble des patients réhospitalisés, la durée moyenne du second séjour était de $10,5 \pm 12,1$ jours, avec une médiane de 7 [2 ; 15] jours, une durée de séjour minimale de moins d'une journée, et maximale de 118 jours.

Les patients ayant séjourné exclusivement en UHTCD avaient une durée de second séjour médiane de 1 [1 ; 3] jours, contrairement aux patients sortis d'une autre unité d'hospitalisation, dont la médiane était de 12 [5 ; 18] jours.

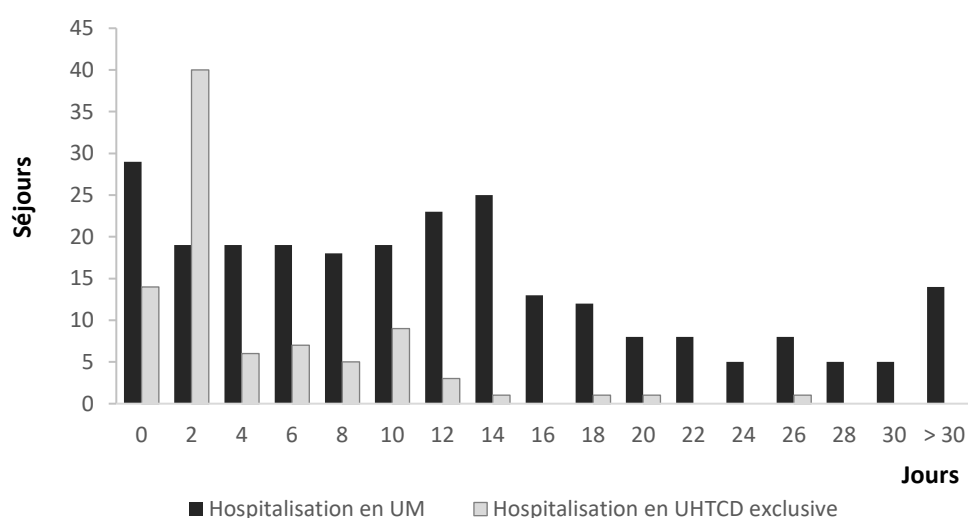


Figure 13 : durée du second séjour

3.4.7. *Diagnostics de sortie du second séjour*

Les diagnostics posés à la sortie de la seconde hospitalisation étaient majoritairement cardiorespiratoires, 17,5% des cas étaient liés à des affections cardiovasculaires (avec 10,4% de cardiopathies et/ou valvulopathies), et 15,1% liés à des affections pulmonaires. Les affections hépato-gastroentérologiques représentaient 8,0%, alors que la pathologie neurologique 7,7%.

L'ensemble des diagnostics de sortie du second séjour est présenté dans le tableau 20.

Tableau 20 : diagnostics de sortie de la seconde hospitalisation

GP /GA	Parcours du second séjour			Nombre	%
	Hospitalisation directe en UM	UHTCD après passage aux urgences	Hospitalisation en UM MCO après passage aux urgences		
Affections Cardio-vasculaires	24	18	17	59	17,5
Cardiopathies, valvulopathies	14	9	12	35	10,4
Cardiologie autres	4	8	1	13	3,9
Troubles du rythme/conduction	3		2	5	1,5
Coronaropathies			2	2	0,6
Phlébites, varices et autres troubles vasculaires d'origine veineuse	2			2	0,6
Endocardites	1			1	0,3
Hypertension artérielle		1		1	0,3
Pneumologie	11	13	27	51	15,1
Infections respiratoires	3	4	15	22	6,5
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	4	2	10	16	4,7
Bronchites, bronchiolites et asthme	2	4	2	8	2,4
Affections respiratoires, autres	1	3		4	1,2
Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil respiratoire	1			1	0,3
Hépto-Gastro-Entérologie	7	15	5	27	8,0
Symptômes digestifs	1	9	1	11	3,3
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	2	2		4	1,2
Occlusions, subocclusions digestives	1		2	3	0,9
Prise en charge médicale des tumeurs malignes du tube digestif	2			2	0,6
Ulcères, hémorragies digestives	1	1		2	0,6
Gastro-entérites et affections du tube digestif			2	2	0,6
Autres affections digestives		2		2	0,6
Affections hépatiques sévères et affections du pancréas		1		1	0,3

GP /GA	Parcours du second séjour			Nombre	%
	Hospitalisation directe en UM	UHTCD après passage aux urgences	Hospitalisation en UM MCO après passage aux urgences		
Neurologie médicale	11	2	13	26	7,7
AVC	6		4	10	3,0
Autres affections du système nerveux	1		3	4	1,2
Affections dégénératives du système nerveux	1	1	2	4	1,2
Affections nerfs crâniens / moelle	3			3	0,9
Convulsions, épilepsie		1	2	3	0,9
Comas non traumatiques			1	1	0,3
Migraines et céphalées			1	1	0,3
Psychiatrie	2	5	12	19	5,6
Médecine inter spécialités, autres symptômes ou motifs médicaux	2	11	3	16	4,7
Maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques	4	4	7	15	4,5
Uro-néphrologie médicale (hors séances)	3	2	7	12	3,6
Diabète, maladies métaboliques, endocrinologie (hors complications)	3	3	6	12	3,6
Transfusion	10			10	3,0
Rhumatologie	5	4	1	10	3,0
Commotions cérébrales, Traumatismes crâniens		5	4	9	2,7
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	6		2	8	2,4
Chir. majeure de l'app. locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule	7			7	2,1
ORL, stomatologie	4	2	1	7	2,1
Affections et traumatismes de la peau, gelures	1	1	4	6	1,8
Traumatologie et ablation de matériel de l'app. locomoteur		2	3	5	1,5
Douleur et soins palliatifs	3		2	5	1,5
Chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations	3			3	0,9

GP /GA	Parcours du second séjour			Nombre	%
	Hospitalisation directe en UM	UHTCD après passage aux urgences	Hospitalisation en UM MCO après passage aux urgences		
Stimulateurs, défibrillateurs cardiaques	3			3	0,9
Chimiothérapie pour aff. non tumorale	3			3	0,9
Appareil génital masculin	2		1	3	0,9
Chir. digestive majeure : œsophage, estomac, grêle, côlon, rectum	2			2	0,6
Chirurgie ophtalmologique et greffe de cornée	2			2	0,6
Chirurgie urologique	2			2	0,6
Dialyse (hors séances)			2	2	0,6
Rhumatologie			2	2	0,6
Fièvre, infection, septicémie, VIH	2			2	0,6
Chir. viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies	1			1	0,3
Chir. hépatobiliaire et pancréatique	1			1	0,3
Chirurgie vasculaire	1			1	0,3
Parages de plaies, greffes de peau, des tissus sous-cutanés			1	1	0,3
Endoscopies digestives et biliaires avec ou sans anesthésie	1			1	0,3
Chimiothérapie pour tumeur	1			1	0,3
Ophtalmologie		1		1	0,3
Gynécologie, sénologie (hors obstétrique)			1	1	0,3
Chimiothérapie (hors séances)	1			1	0,3
TOTAL GENERAL				337	

3.5. Impact du calendrier et de la tension aux urgences

Un patient de 75 ans ou plus hospitalisé en UHTCD, sortant d'hospitalisation durant les périodes de permanence des soins, c'est-à-dire les samedis, dimanches et jours fériés, était significativement plus à risque d'être réhospitalisé dans les 30 jours qu'un patient du même âge sortant hors de ces périodes.

Le phénomène se reproduit si le patient sortait lors des périodes de vacances scolaires.

Un nombre de passages aux urgences élevé la veille d'une entrée en UHTCD était également associé significativement à un risque de réhospitalisation à 30 jours.

Tableau 21 : impact des passages aux urgences et de la période calendaire

	Pas de réhospitalisation dans les 30 jours après la sortie	Réhospitalisation dans les 30 jours après la sortie	p	$\alpha=5\%$
Effectif	1545	337		
Permanence des soins (PDS)				
Début du premier séjour pendant la PDS	441 (28,5)	93 (27,6)	0,727	NS [#]
Sortie du premier séjour pendant la PDS	437 (28,3)	83 (24,6)	0,018	p<0,05
Vacances scolaires (VS)				
Début du premier séjour pendant les VS	511 (33,1)	130 (38,6)	0,054	NS
Sortie du premier séjour pendant les VS	488 (31,6)	126 (37,4)	0,04	p<0,05
Passages aux urgences la veille				
jour d'entrée	89,2±15,5	91,9±15,3	0,04	
IC 95%	[88,4;89,9]	[90,2;93,5]		p<0,05
jour de sortie	89,7±15,7	91,2±15,5	0,111	
IC 95%	[88,9;90,4]	[89,5;92,9]		NS

[#] non significatif

3.6. Application du score LACE

Les séjours initiaux identifiés par le score LACE comme étant à haut risque de réhospitalisation étaient de 19,0%, et de 43,9% pour ceux à moyen risque.

Tableau 22 : Score LACE appliqué aux premiers séjours

Score LACE	Total (%)
> 10: risque élevé	64 (19,0)
7 à 10 : risque moyen	148 (43,9)
0 à 6 : risque faible	105 (31,2)
<i>Patients non intégrés</i>	20 (5,9)
TOTAL	337 (100)
Variables	
L (durée du 1er séjour)	
Médiane	1 (1 ; 1)
A (admis par les urgences)	337 (100)
C (score de Charlson)	
Médiane	2 (1 ; 5)
> 0	218 (74,4)
E (nombre de consultations aux urgences 6 mois avant)	
Médiane	1 (0 ; 2)
> 0	185 (54,9)

Le score LACE et l'attribution des points sont présentés en annexes 1 et 2.

4. DISCUSSION

4.1. Description du phénomène

4.1.1. *Profil de la population concernée*

L'âge moyen était de $84,6 \pm 6,2$ ans pour des patients hospitalisés uniquement en UHTCD. Cette valeur est comparable à celle obtenue pour toute unité sans différenciation tel que l'a étudié Lanièce dans une étude de 2008 menée au sein de 9 hôpitaux français portant sur la RH30 des sujets âgés de 75 ans et plus hospitalisés après un passage aux urgences (28). Le *sex ratio* était de 0,7, c'est-à-dire identique à celui connu aux mêmes âges pour la population du département du Cher (69), et pour celle des services d'urgence (21). Ce chiffre s'explique par l'espérance de vie supérieure des femmes (70). Vingt-six pour cent de nos patients vivaient en institution. Cette proportion était nettement supérieure aux 11% de sujets âgés de 75 ans et plus vivant en institution dans le département du Cher (69) et aux 10% en France (71). Il s'agit d'un biais de sélection si on admet que les personnes âgées de 75 ans et plus sont d'autant plus hospitalisées qu'elles sont fragiles et donc institutionnalisées. Parmi les personnes vivant à domicile, 64,4% disposaient d'aides professionnelles (infirmière, auxiliaire de vie), alors que seulement 34% des personnes âgées du même âge déclarent avoir ces aides au sein du département (69). Ceci s'explique également par la plus grande fragilité des personnes sujettes à une hospitalisation, avec les précautions liées à l'exhaustivité du remplissage des dossiers et de la rédaction des courriers médicaux.

Le mode de transport d'arrivée était assuré par des ambulances à 52,6% et par les pompiers à 27,6% comme dans la population générale des patients du même âge consultant les services d'urgence (21, 57). Les patients étaient adressés principalement par leur médecin traitant (56,1%) (21, 57) mais il est difficile d'interpréter ce chiffre en raison d'un fort taux de données manquantes.

A la sortie du premier séjour, le traitement des patients comporte $7,9 \pm 3,5$ médicaments. Cette observation confirme la présence d'une polymédication chez les patients réhospitalisés à 30 jours et va dans le sens des études qui montrent que sa présence est un facteur de risque de réhospitalisation (20, 22, 30, 36-38, 72-74). A noter que la médiane était de 8 [5,5 ; 10] et

était plus élevée que celle mesurée par Lanièce de 6 [4 ; 8] (28). Cette différence est très difficile à interpréter car un biais est possible : le nombre de médicaments n'était retrouvé que chez 40% des patients et de plus, les patients hospitalisés dans les couloirs pour valorisation d'activité n'avaient que 2,1% de courriers.

On retrouvait la présence de comorbidités chez 76,8% des patients et un score de comorbidité de Charlson, utilisé pour la prédiction du risque de mortalité à 1 an (68), supérieur à zéro chez 74,4% d'entre eux. Ce résultat était très supérieur aux 37,4% obtenus par Van Walraven dans son étude de validation du score LACE de prédiction de la RH30 réalisée sur 4812 patients hospitalisés dans 11 hôpitaux en Ontario (41). Cependant dans le cas de cette dernière étude, il s'agissait d'une population d'adultes sans égard pour le seuil de 75 ans. Le diabète et l'insuffisance cardiaque étaient les comorbidités les plus représentées conformément aux études qui ont étudié les facteurs de risque de réhospitalisation (33, 34, 73, 75-78).

Les motifs d'hospitalisation cardiorespiratoires et généraux étaient majoritaires comme ils le sont pour la population non réhospitalisée (57). La traumatologie apparaît peu car les patients victimes d'accident ne sont que très peu hospitalisés en UHTCD et par là échappent à notre étude.

Les pathologies cardiovasculaires, infectieuses respiratoires et manifestations digestives représentaient la majorité des diagnostics de sortie retenus lors des deux séjours. Ceci est en cohérence avec la littérature sur les comorbidités et la réhospitalisation (75) ou celle qui étudie les facteurs de risque spécifiques de la RH30 (22, 32, 39, 79, 80). En revanche, certaines pathologies souvent citées dans ces études sont absentes de la nôtre :

- la fracture du col du fémur particulièrement fréquente dans cette tranche d'âges donne lieu à une hospitalisation en dehors de l'UHTCD et n'est pas concernée par notre étude,
- de la même façon, l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral ont des prises en charge spécifiques au sein des filières de cardiologie et neurovasculaire présentes dans l'établissement étudié et particulièrement efficaces.

Plus de la moitié (54,9%) des séjours initiaux étaient précédés d'une consultation aux urgences dans les 6 mois, ce qui était comparable à la littérature internationale (41).

4.1.2. *Réhospitalisation*

La proportion de réhospitalisation à 30 jours en UHTCD était de 17,9% alors qu'elle est de 17,5% à partir de 75 ans dans les services MCO en France (19). En ne considérant que les réhospitalisations non programmées, ce taux passait à 13,6% ce qui était comparable aux données nationales qui trouvent un taux de 14,2% après une hospitalisation consécutive à une admission par les services d'urgence (22, 28), et de 15,6% après un séjour dans une unité gériatrique de court séjour (30). Près de la moitié des réhospitalisations était en lien avec la première hospitalisation ce qui est comparable aux données publiées (49, 81). Il en va de même pour les 68,0% de réhospitalisations au cours des deux premières semaines après la sortie (24, 27, 32, 34, 39).

La part de réhospitalisations potentiellement évitables ne peut être déterminée avec précision dans notre étude. En revanche, elle se situe dans les 46,9% de RH30 non programmées et en lien avec le premier séjour (récidive, complication ou poursuite des troubles ayant menés à la première hospitalisation) (22, 27). De nombreuses données connues pour être des facteurs causals étaient indisponibles et sont difficilement identifiables lors d'une étude rétrospective (50-53).

Les données de la littérature permettent d'établir que la durée médiane du second séjour est plus longue que celle du séjour initial (82). Ce chiffre se retrouvait dans notre étude (médiane de 7 [2 ; 15] contre 1 [1 ; 3] au premier séjour), mais s'expliquait par le biais évident induit par la conception de notre étude qui n'incluait que des très courts séjours initiaux. En revanche on note que les hospitalisations consécutives à un séjour en UHTCD étaient d'une durée moyenne comparable à une hospitalisation générale des patients du même âge (10,5 contre 9,2 jours en MCO) (19) et qu'un second séjour en UHTCD était également plus long 1 [1 ; 3] contre 1 [1 ; 1] au premier séjour).

4.1.3. *Score prédictif LACE*

Le score prédictif LACE, recommandé par l'HAS, appliqué à la population de notre étude n'a identifié que 19% de patients à haut risque de RH30. Alors qu'il est conçu pour en repérer le risque. Ceci peut découler du fait que l'étude de validation du score n'incluait que 34 % de patients âgés de 75 ans ou plus (42). Plusieurs autres raisons peuvent expliquer cela.

D'une part dans l'étude de validation du score LACE 24% des patients inclus n'étaient pas passés par les urgences et d'autre part la médiane des durées de séjours initiaux était de 7 [4 ; 12] contre 1 [1 ; 1] dans notre étude (42).

4.2. Explication du phénomène

4.2.1. *Conséquences des difficultés rencontrées par l'UHTCD de Bourges*

Cette étude montrait que beaucoup de données étaient manquantes faute d'avoir été recueillies. Ceci peut s'expliquer par l'absence de grilles de recueil indicatives utilisées systématiquement et par l'absence d'un recueil partagé entre l'équipe médicale et infirmière de certaines données, mais aussi à une faible sensibilisation ou implication de l'équipe médicale. Seuls 69,5% des patients hospitalisés dans les chambres de l'UHTCD ont bénéficié d'un courrier de sortie (chiffre en baisse selon les données recueillies par la cellule qualité de l'établissement) et 2,1% des patients hospitalisés au titre de la valorisation d'activité dans les couloirs et les zones d'attente. Pour les premiers d'entre eux, on peut l'expliquer par un manque de connaissance des habitudes du service et de participation aux enjeux de l'établissement de l'équipe médicale dont la proportion occupée par les médecins intérimaires s'est accrue au cours de l'étude pour atteindre 100% à la fin de celle-ci. S'ajoute à ce phénomène que le poste de médecin de transfert qui a pour mission d'aider à l'UHTCD a été de moins en moins occupé dans le courant de l'année 2016 dans les suites de départs de praticiens et de l'apparition de difficultés à recruter des médecins intérimaires. Pour les patients hospitalisés dans les couloirs, dont le nombre a pu dépasser 30 sur une journée durant la période d'étude, leur prise en charge jusqu'à la sortie, si elle est directe, ou jusqu'à l'attente d'un lit, est laissée aux médecins dont la fonction première est d'assurer l'accueil des urgences créant une surcharge évidente de travail. Le rôle du courrier est essentiel pour la transmission des informations de l'hôpital vers la ville et pour l'organisation des soins au domicile, ceci est particulièrement sensible s'agissant du suivi précoce des patients. L'absence de courrier est un facteur démontré de risque de réhospitalisation (35, 83-89).

Seuls 9,8% des patients réadmis avaient bénéficié d'une évaluation par l'EMG. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène :

- le fait que l'EMG n'agisse qu'au sein de l'UHTCD physique, et que de ce fait, les patients admis au titre de la valorisation d'activité lui échappent (90),
- le fait que les UHTCD sont des services à fort renouvellement, 7 jours sur 7, et que l'EMG ne peut intervenir que du lundi au vendredi,
- enfin, de la même façon que pour les urgences, les difficultés de recrutement du pôle gériatrique rendent fréquemment l'EMG indisponible.

4.2.2. *Offre en lits d'aval*

Le taux de RH30 connaît une augmentation de 5,4% entre 2015 et 2016 contrairement à la stabilité qu'il connaît à l'échelle nationale en MCO (19). Cette augmentation est corrélée à la hausse de 7,2 % des patients âgés de 75 ans et plus au sein de l'UHTCD entre 2015 et 2016 (passant de 4828 à 5174 séjours). Ce phénomène est la conséquence sur un temps aussi court de la fermeture le 11 juillet 2016 du service de gériatrie clinique (16 lits) par manque de médecins gériatres. Dans le même temps, la procédure qui palie à un manque de lits d'aval et qui consiste à héberger temporairement des patients hors de la spécialité d'orientation rencontre des difficultés d'application dus à la fermeture de lits de chirurgie et la transformation de l'activité de chirurgie complète en chirurgie ambulatoire. Le manque de disponibilité en lits d'aval pour les urgences est un phénomène identifié de la surpopulation des structures d'urgences (80), et de la sortie précipitée des personnes âgées fragiles, ce qui augmente le risque de réhospitalisation (32, 91).

Un meilleur reflet de la surcharge de l'hospitalisation de courte durée est donné par le taux d'occupation ponctuel à 9h qui s'exempte du décompte administratif des journées. Cette surcharge est non seulement croissante tout au long de l'année, mais perd sa variabilité saisonnière en 2016. Dans une conception systémique ceci est en faveur d'une surcharge de flux entrant et d'un effet goulot au sein de la structure des urgences et explique que 70% des RH30 sont à compter parmi les patients hospitalisés dans les couloirs pour valorisation d'activité contre 30% pour ceux qui étaient hospitalisés au sein de l'UHTCD physique.

4.2.3. *Impact du calendrier et de la tension hospitalière*

Parmi les indicateurs recommandés pour la détection de la tension hospitalière, ceux auxquels nous avons eu accès de façon continue sur la totalité de la période d'étude montrent que :

- le nombre de passages la veille du jour d'entrée aux urgences était un facteur prédictif indépendant de RH30. Ceci s'expliquait par la corrélation entre la surcharge de travail à l'accueil des urgences et la demande en lits d'hospitalisation. En revanche l'hypothèse qu'une surcharge de travail aux urgences impacterait les sorties de l'UHTCD dans le sens d'une pression vers des sorties précipitées n'était pas confirmée. Notre étude ne mettait donc pas en évidence de « pression à la sortie » de l'UHTCD ce qui explique l'augmentation en amont du nombre de patients hospitalisés. S'ajoute à cela que l'organisation de la sortie obéit à une logique hebdomadaire, alors que les demandes de lits en UHTCD ont une logique quotidienne (difficultés à organiser un retour à domicile avec aides en permanences des soins et pour les patients qui devraient être transférés vers une unité médicale le fait de dépendre de sorties faites en périodes ouvrées),
- inversement, une sortie du premier séjour en période de permanence des soins ou pendant les vacances scolaires était un facteur prédictif significatif de RH30. Ceci peut découler d'une difficulté à organiser la continuité des soins pendant cette période. On note que nombre de médecins traitant sont dans l'obligation de prendre leur congé sans pouvoir être remplacés et que ces congés recoupent très souvent les périodes de vacances scolaires, s'ajoute à cela l'absence temporaire de l'entourage des personnes âgées.

Contrairement à nos résultats, Cloyd JM ne trouvait pas de lien entre une sortie d'hospitalisation le weekend et une RH30, dans une étude californienne publiée en 2015 (92). Celle-ci incluait 266519 patients sortis d'une hospitalisation après un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque, ou une pneumopathie infectieuse. Cette disparité de résultats s'explique par la différence des populations étudiées (population générale contre les plus de 75 ans dans cette étude) et par le fait que l'infarctus du myocarde n'est pas un motif d'entrée en UHTCD puisqu'il est pris en charge au sein d'une filière spécifique.

4.3. Propositions d'amélioration

4.3.1. *Repérer les patients fragiles*

Cette étude confirme et mesure l'existence de la réhospitalisation précoce des personnes âgées hospitalisées exclusivement en UHTCD. Ceci concerne essentiellement la population des personnes âgées fragilisées au sens d'un état instable, d'une forte vulnérabilité, d'un risque de dépendance, d'une hospitalisation, d'entrée en institution, ou de mortalité (93, 94). Avec dans cette population, une prévalence élevée de pathologies cardiorespiratoires à risque de décompensation, de diabète, de chutes, de polymédication, de dépendance dans les activités de la vie quotidienne et de consultations fréquentes aux urgences (22). C'est donc cette population qu'il s'agit de repérer au mieux pour pouvoir diminuer la RH30.

L'application de scores pour ce repérage est recommandée, ainsi que la mise en place d'interventions appropriées à chaque risque identifié, en privilégiant la communication avec les soignants ambulatoires (29, 95). La réalisation de ces scores en routine est une mesure démontrée de la diminution de la RH30 (83, 96). Des deux scores recommandés par l'HAS en 2015, nous avons montré que le score LACE manque de sensibilité lorsqu'on l'applique à une UHTCD, quant au second appelé 8Ps, il nécessiterait une étude prospective pour en vérifier l'applicabilité à l'hospitalisation de très courte durée des urgences (29) (annexe 3).

En 2013, une équipe américaine a publié un nouveau score appelé HOSPITAL (48) dont la supériorité au score LACE a été démontrée en 2017 (97). Afin d'améliorer sa réalisation au quotidien une version simplifiée a été proposée dont la précision diagnostique est similaire à la version originale (98). Ce nouveau score pourrait faire l'objet de recommandations (annexe 4).

Enfin, le score ISAR a également été validé pour identifier les patients âgés à risque d'évolution défavorable y compris de réhospitalisations (32). Sa réalisation est recommandée par la SFMU chez tout patient de 75 ans et plus admis à l'accueil des urgences pour favoriser l'admission en filière gériatrique (94) (annexe 5).

4.3.2. *Améliorer la transition hôpital / médecine ambulatoire*

Le rôle pivot du courrier médical à la sortie du patient est affirmé dans toutes les recommandations et largement démontré (32, 99). Il est considéré comme un facteur essentiel pour diminuer la RH30. Notre étude a mis en évidence que seuls 70% des patients de l'UHTCD physique sortent avec un courrier, et qu'il est bien plus rare (2,1%) pour les patients hospitalisés dans les couloirs pour valorisation d'activité. Ceci alors que la rédaction du courrier est exigée par le règlement intérieur (56) et qu'il existe un dispositif de veille sur cet indicateur qualité. Le très faible nombre de titulaires et surtout la très grande surcharge de travail à l'accueil des urgences font que des solutions efficaces à court terme ne sont pas envisageables. En revanche, lorsqu'un courrier est présent l'utilisation d'une messagerie sécurisée électronique améliorerait la continuité des mesures décidées lors de l'hospitalisation et permettrait de s'affranchir de difficultés liées à la permanence des soins (32, 100).

A noter qu'il existe en France actuellement d'autres projets de réduction de la RH30 des personnes âgées (22):

- la maison de santé pluri-professionnelle du Franc-Moisin à Saint-Denis rémunère un médecin généraliste plusieurs heures par semaine pour une activité de liaison avec l'hôpital,
- le centre hospitalier de Dreux emploie trois « médiatrices » chargées de l'évaluation des patients et de l'organisation des sorties.

Le retour d'expérience de ces projets est attendu.

4.3.3. *Maîtriser la demande en lits d'aval dans une logique de filières*

La fonction d'hospitalisation de très courte durée à l'entrée de la filière non programmée a pour objectif de « protéger » l'activité réglée quotidienne des fluctuations liées aux urgences, en cela elle agit comme un tampon. Dans le cas des personnes âgées, qui dans notre étude représentent 61,1% des patients hospitalisés, la qualité du service rendu et la fluidité des flux de patients nécessitent :

- une collaboration étroite avec l'équipe de gériatrie dès l'admission (94). Dans le cas de l'établissement étudié, des difficultés de recrutement ne laissent pas espérer

d'amélioration à court terme alors que l'organisation est en place. Néanmoins, une plus grande implication de l'équipe paramédicale des urgences dans le recueil de certaines données de fragilités pourrait être proposée, ainsi que l'intégration au dossier médical des informations contenues dans le DLU (dossier de liaison d'urgence) des EHPAD (101),

- nos résultats, dans les circonstances de cette étude, montrent que les vacances scolaires sont une période à haut risque de RH30. On pourrait donc s'attendre à une baisse de la RH30 par l'ajustement prévisionnel des moyens (ressources humaines et offre en lits), faute de pouvoir agir à court terme et de façon réaliste sur les causes profondes de cette situation.

5. CONCLUSION

Au sein des difficultés rencontrées par l'accroissement des demandes de soins et d'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus, la baisse de la réhospitalisation à 30 jours de ces patients est un levier d'amélioration assorti de recommandations.

Cette étude retrouvait un taux de RH30 pour les patients de 75 ans et plus hospitalisés dans une UHTCD d'un service d'urgence et sortis vers leur lieu de vie de 17,9% (13,6% pour les réhospitalisations non programmées). Dans 70% des cas, les patients étaient hospitalisés dans les couloirs pour valorisation d'activité et dans 1 cas sur 2 la réhospitalisation avait lieu dans les 10 jours suivant la sortie du séjour initial. L'absence de courrier médical de sortie (80%) et la présence d'une fragilité physiologique ou médico-sociale sont les principaux facteurs de risque de réhospitalisation. La RH30 est significativement plus élevée lors des permanences de soins et des périodes de vacances scolaires. La baisse de la RH30 repose sur le repérage des patients à risque à l'aide de scores dont l'application dans le contexte d'une UHTCD d'un service d'urgence nécessitera des études ultérieures. La transmission et l'exploitation des informations médicales autant dans le sens hôpital-ville que ville-hôpital, et l'adaptation prévisionnelle des moyens apparaissent comme des solutions réalistes de réduction de la RH30 à court et moyen termes.

Ces résultats pourraient être confortés par des études multicentriques et au mieux prospectives utilisant un score validé pour les UHTCD et qui permettraient de proposer des solutions innovantes à la réduction de la RH30 dans le contexte du système français des filières non programmées d'urgence.

6. ANNEXES

Annexe n°1 : Score LACE

SCORE LACE

Step 1. Length of Stay

Length of stay (including day of admission and discharge): _____ days

Length of stay (days)	Score (circle as appropriate)
1	1
2	2
3	3
4-6	4
7-13	5
14 or more	7



L

Step 2. Acuity of Admission

Was the patient admitted to hospital via the emergency department?

If yes, enter "3" in Box A, otherwise enter "0" in Box A

A

Step 3. Comorbidities

Condition (definitions and notes on reverse)	Score (circle as appropriate)	<p>If the TOTAL score is between 0 and 3 enter the score into Box C. If the score is 4 or higher, enter 5 into Box C</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 40px; margin-top: 20px;">C</div>
Previous myocardial infarction	+1	
Cerebrovascular disease	+1	
Peripheral vascular disease	+1	
Diabetes without complications	+1	
Congestive heart failure	+2	
Diabetes with end organ damage	+2	
Chronic pulmonary disease	+2	
Mild liver disease	+2	
Any tumor (including lymphoma or leukemia)	+2	
Dementia	+3	
Connective tissue disease	+3	
AIDS	+4	
Moderate or severe liver disease	+4	
Metastatic solid tumor	+6	
TOTAL		

Step 4. Emergency department visits

How many times has the patient visited an emergency department in the six months prior to admission (not including the emergency department visit immediately preceding the current admission)? _____

Enter this number or 4 (whichever is smaller) in Box E

E

Add numbers in Box L, Box A, Box C, Box E to generate LACE score and enter into box below.

LACE score ≥ 10 : high risk of readmission.

LACE

Annexe n°2 : Définition des comorbidités du score LACE

Condition	Definition and/or notes
Previous myocardial infarction	Any previous definite or probable myocardial infarction
Cerebrovascular disease	Any previous stroke or transient ischemic attack (TIA)
Peripheral vascular disease	Intermittent claudication, previous surgery or stenting, gangrene or acute ischemia, untreated abdominal or thoracic aortic aneurysm
Diabetes without microvascular complications	No retinopathy, nephropathy or neuropathy
Congestive heart failure	Any patient with symptomatic CHF whose symptoms have responded to appropriate medications
Diabetes with end organ damage	Diabetes with retinopathy, nephropathy or neuropathy
Chronic pulmonary disease	
Mild liver disease	Cirrhosis but no portal hypertension (i.e., no varices, no ascites) OR chronic hepatitis
Any tumor (including lymphoma or leukemia)	Solid tumors must have been treated within the last 5 years; includes chronic lymphocytic leukemia (CLL) and polycythemia vera (PV)_
Dementia	Any cognitive deficit
Connective tissue disease	Systemic lupus erythematosus (SLE), polymyositis, mixed connective tissue disease, moderate to severe rheumatoid arthritis, and polymyalgia rheumatica
AIDS	AIDS-defining opportunistic infection or CD4 < 200
Moderate or severe liver disease	Cirrhosis with portal hypertension (e.g., ascites or variceal bleeding)
Metastatic solid tumor	Any metastatic tumour

Annexe n°3 : Grille des facteurs de risque de réhospitalisation proposée par l’HAS, adaptée du score 8PS (projet boost).

FACTEURS DE RISQUE DE RÉHOSPITALISATION ADAPTÉS DU SCORE 8PS (PROJET BOOST)	
1. Admission pour insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>
2. Admission pour pneumopathie ou exacerbation de BPCO	<input type="checkbox"/>
3. Admission pour syndrome coronarien aigu	<input type="checkbox"/>
4. Cancer métastasé ou probabilité de soins palliatifs < 1 an	<input type="checkbox"/>
5. Antécédent d'hospitalisation non programmée < 6 mois	<input type="checkbox"/>
6. Syndrome gériatrique : dénutrition, dépression, chute, troubles cognitifs, escarre	<input type="checkbox"/>
7. Situation sociale défavorable : précarité, isolement, veuvage récent ou instabilité de l'état de santé de l'aidant naturel	<input type="checkbox"/>
8. Polymédication : prise régulière ≥ 10 médicaments/jour ou ≥ 5 médicaments dont 1 à risque élevé : anticoagulant, double anti-agrégant, diurétique, benzodiazépine, insuline, sulfamides hypoglycémiants, digoxine	<input type="checkbox"/>
9. Diminution récente de la capacité à gérer les AVQ, en particulier à se nourrir soi-même	<input type="checkbox"/>
10. Incapacité à comprendre son traitement attestée par l'échec au <i>teach back</i> (reformulation des explications données)	<input type="checkbox"/>

Source : Haute Autorité de Santé - Note méthodologique et de synthèse documentaire - « Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures – Établissement d'une check-list »

Annexe 4 : Score HOSPITAL (versions originale et simplifiée)

Variable	Original score <i>(number of points if positive)</i>	Simplified score <i>(number of points if positive)</i>
Haemoglobin level at discharge < 12 g/dL	1	1
Cancer diagnosis or discharge from an Oncology division #	2	2
Sodium level at discharge < 135 mmol/L	1	1
Any ICD-9 or ICD-10 Procedure during hospitalisation ✕	1	
Index type of admission : non-elective §	1	1
Number of hospital admissions during the previous 12 months		
0-1	0	0
2-5	2	2
> 5	5	5
Length of stay ≥ 5 days	2	2
Total	13	12

Discharge from an Oncology division in the original version of the score
✕ This variable was left out in the simplified version of the score
§ Defined as not scheduled in advance for treatment or investigation
ICD, International Code of Diseases

Version	Risk of 30 days readmission
Original score	
0-4	Low risk
5-6	Intermediate risk
≥ 7	High risk
Simplified score	
0-4	Unlikely
≥ 5	Likely

Source : Aubert CE, et al. BMJ Qual Saf 2017;26:799-805, doi:10.1136/bmjqs-2016-006239

Annexe 5 : Score ISAR

Score ISAR (identification of seniors at risk)

- | | |
|----------|---|
| 1 | Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ? |
| 2 | Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ? |
| 3 | Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ? |
| 4 | Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ? |
| 5 | Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ? |
| 6 | Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ? |

Interprétation : Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec ≥ 2 réponses positives et nécessite une évaluation gériatrique plus poussée

Source : Société Francophone de Médecine d'Urgence – <http://www.sfmou.org>



REGISTRE DES TRAITEMENTS



N° Déclaration	CIL-0033	
Traitement	THREHOSPUHTCD	
Date d'enregistrement	15/12/2015	
Date de mise en œuvre	2015	
Finalité principale	Réhospitalisation précoce des personnes âgées de 75 ans et plus, après un passage en UHTCD.	
Détail des finalités du traitement	<p>Etude de la réhospitalisation précoce (à 30 jours) d'une sortie de l'UHTCD, chez les personnes âgées de 75 ans et plus.</p> <p>Etude rétrospective observationnelle monocentrique menée au sein de l'UHTCD de l'hôpital de Jacques Cœur de Bourges, du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2016.</p> <p>Les données non anonymes seront recueillies et traitées à l'aide du logiciel Excel® 2013, par l'intermédiaire des données saisies dans les dossiers et les courriers de sortie d'hospitalisation lors des 2 séjours hospitaliers (via CROSSWAY).</p> <p>L'analyse porte essentiellement sur les durées de séjours, les motifs et diagnostics de sortie d'hospitalisation, sur les traitements d'entrée et de sortie, les antécédents de chaque patient, ainsi que sur les informations concernant leurs situations familiales, et la présence d'aides à domicile.</p> <p>Les données des patients seront rendues anonymes dans le rapport final de la recherche.</p>	
Service chargé de la mise en œuvre	<p>Mr CARTRON Pierre, Interne au Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges</p> <p>Responsable de la recherche</p> <p>3, Rue du Dauphiné</p> <p>18000 BOURGES</p> <p>Tel : 06.84.44.64.07</p>	
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	<p>Mr CARTRON Pierre, Interne au Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges</p> <p>Responsable de la recherche</p> <p>3, Rue du Dauphiné</p> <p>18000 BOURGES</p> <p>Tel : 06.84.44.64.07</p>	
Catégorie de personnes concernées par le traitement	Patients	
Données traitées	Catégories de données traitées	Données
	Etats civil, Identité, Données d'identification, directement auprès de la personne concernée	Nom, Prénom, Date de naissance, Age, Sexe
	Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, Vie sexuelle, Données de santé, Origine raciale ou ethnique, directement auprès de la personne concernée	Motifs d'entrée (1 ^{er} et 2 ^{ème} séjour), Diagnostics de sortie, Comptes Rendus d'Hospitalisation, Codage des actes médicaux, Ordonnances, Durée de séjours, Passages de l'équipe mobile gériatrique et assistante sociale, Moyens de transport, Devenir du patient, Antécédents, Prescriptions
	Vie personnelle (Habitudes de vie, situation familiale, etc.)	Auxiliaire de vie, Entourage, Institutionnalisation
Catégories de destinataires	Catégories de destinataires	Données concernées
	Mr CARTRON Pierre, Interne	Etats civil, Identité, Données d'identification, directement auprès de la personne concernée
	Mr CARTRON Pierre, Interne	Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, Vie sexuelle, Données de santé, Origine raciale ou ethnique
	Mr CARTRON Pierre, Interne	Vie personnelle (Habitudes de vie, situation familiale, etc.)
Durée de conservation	Les données personnelles seront conservées par le responsable pendant toute la durée de l'étude. Le responsable du traitement ne conservera plus de données nominatives à partir de la restitution du rapport final ou de la publication des résultats de la recherche (04/2018).	

Commentaire : Pas de transfert hors de l'Union Européenne

Registre du CIL
Direction du Système d'Information
Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges

-70-



Yoann DUTREUIL
Correspondant Informatique et Libertés
du Centre Hospitalier J.Coeur de Bourges

Version 8
01/03/2018

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Pison G, others. Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord. *Popul Sociétés*. 2009;457:1–4.
2. OMS - Vieillissement de la population [Internet]. WHO (World Health Organisation). 2010. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/72/fr/>
3. OMS - Santé mentale et vieillissement [Internet]. WHO (World Health Organisation). 2016. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
4. Didier Blanchet et Françoise Le Gallo- Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? - Insee Analyses n° 12 – septembre 2013.
5. France, Premier ministre, Gimbert V, Godot C, France, Centre d'analyse stratégique. Vivre ensemble plus longtemps enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Paris: La Documentation française; 2010.
6. INSEE - Évolution de la population, bilan démographique 2016 - Tableaux rétrospectifs - Site Internet de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>.
7. INSEE - Scénario central des projections de population 2013-2070 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381470#tableau-Donnes> - Paru le 17/01/2017.
8. INSEE - Population par sexe et âge au 1er janvier 2016 - Comparaisons régionales et départementales - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#titre-bloc-1> - Paru le 09/02/2018.
9. INSEE - La génération des baby-boomers pèse sur la croissance démographique à l'horizon 2050 - Insee Analyses Centre-Val de Loire - 34 - Paru le 22/06/2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2871833>
10. La Chambre d'Agriculture du Cher - Démographie du Cher - Une population qui vieillit et diminue - Paru en 2017 [Internet]. Disponible sur: <http://www.paysdebourges.fr/wp-content/uploads/2012/05/d%C3%A9mographie-du-Cher.pdf>
11. INSEE - La population de la région Centre et de ses territoires à l'horizon 2030 - Les dossiers de l'Insee Centre - n° 14. 2009;
12. Direction départementale des territoires du Cher – Population et ménages - Service connaissance, aménagement et planification – Bureau avis et expertises territoriales - Juillet 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.cher.gouv.fr/content/download/8147/50460/file/Population_menages_juillet2015.pdf
13. Le Centre-Val de Loire : la région la plus fortement renouvelée par les migrations résidentielles en 2014 - Insee Analyses Centre-Val de Loire - 36 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2896910#titre-bloc-9>
14. Polycopié national du CGN - Collège National des Enseignants de Gériatrie - 2008-2009.

15. HAS - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée - Service des recommandations professionnelles, argumentaire - avril 2007 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf
16. HAS - Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires - Mars 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
17. Les comptes de la Sécurité sociale - Prévisions 2012 : prise en charge hospitalière de la personne âgée - Fiche éclairage maladie - Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale (juillet 2012) [Internet]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitaliere_personnes_agees.pdf
18. Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie - Vieillesse, longévité et assurance maladie - Constats et orientations - 22 avril 2010 [Internet]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_220410.pdf
19. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie – Personnes âgées, état de santé et dépendance, rapport « innovation et système de santé », séance du HCAAM du 23 avril 2015, document 9.
20. HAS - Fiche organisation des parcours : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires - Points clés et organisation des parcours - Haute Autorité de Santé - mars 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/fiche_parcours_polypathologie_du_sujet_age.pdf
21. Belgacem Sough, Tristan Gauthier, David Clair, Aveline Le Gall, Bruno Mangola, Pascal Menecier - Elders of 75 and over at an emergency service - Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012 ; 10 (2) : 151-8.
22. HAS - Fiche parcours : Réhospitalisations évitables - Points clés et organisation des parcours - Haute autorité de santé - Juin 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
23. Mazière S, Lanièce I, Millet C, Bioteau C, Couturier P, Gavazzi G. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. Rev Médecine Interne. déc 2010;31:S364.
24. 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 Online. 2009;122(1289).
25. Protection P, Act AC. Authenticated U.S. government information - GPO - Prohibiting discrimination against individual participants and beneficiaries based on health status - Public Law 111-148 - Mars 23, 2010.

26. DGOS-ATIH - Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours - Outil d'accompagnement – 12 mai 2017 [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_indicateur_mco_rehospitalisations_1-7_jours_dgos-atih_2017_05_12.d.pdf
27. Pascal P. Maurer, Peter E. Ballmer - Hospital readmissions – are they predictable and avoidable? - Department of Internal Medicine, Kantonsspital Winterthur, Winterthur, Switzerland - SWISS MED WKLY 2004;134:606–611.
28. 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.
29. HAS - Fiche organisation des parcours : Guide utilisation d'une check-list de sortie d'hospitalisation - Haute Autorité de Santé - Février 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/guide_utilisation_check-list_sortie-dhospitalisation_web.pdf
30. Roux Swasti - Facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises en médecine. Focus sur la cause médicamenteuse - Université Pierre et Marie Curie (Paris) - Thèse soutenue le 13 juin 2016.
31. Garrison GM, Mansukhani MP, Bohn B. Predictors of Thirty-Day Readmission Among Hospitalized Family Medicine Patients. *J Am Board Fam Med*. 1 janv 2013;26(1):71-7.
32. HAS - Note méthodologique et de synthèse documentaire - Comment réduire le risque de réhospitalisation évitable des personnes âgées ? - Haute Autorité de Santé - Avril 2013.
33. Wong EL, Cheung AW, Leung MC, Yam CH, Chan FW, Wong FY, et al. Unplanned readmission rates, length of hospital stay, mortality, and medical costs of ten common medical conditions: a retrospective analysis of Hong Kong hospital data. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):1.
34. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and Timing of 30-Day Readmissions After Hospitalization for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia. *JAMA*. 23 janv 2013;309(4):355.
35. Nahab F, Takesaka J, Mailyan E, Judd L, Culler S, Webb A, et al. Avoidable 30-Day Readmissions Among Patients With Stroke and Other Cerebrovascular Disease. *The Neurohospitalist*. 1 janv 2012;2(1):7-11.
36. 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.
37. Logue E, Smucker W, Regan C. Admission data predict high hospital readmission risk. *J Am Board Fam Med*. 2016;29(1):50–59.

38. Picker D, Heard K, Bailey TC, Martin NR, LaRossa GN, Kollef MH. The number of discharge medications predicts thirty-day hospital readmission: a cohort study. *BMC Health Serv Res*. 23 juill 2015;15:282.
39. Ottenbacher KJ, Karmarkar A, Graham JE, Kuo Y-F, Deutsch A, Reistetter TA, et al. Thirty-Day Hospital Readmission Following Discharge From Postacute Rehabilitation in Fee-for-Service Medicare Patients. *JAMA*. 12 févr 2014;311(6):604.
40. Zhou H, Della PR, Roberts P, Goh L, Dhaliwal SS. Utility of models to predict 28-day or 30-day unplanned hospital readmissions: an updated systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 27 juin 2016 [cité 8 févr 2018];6(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4932323/>
41. 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.
42. Gruneir A, Dhalla IA, van Walraven C, Fischer HD, Camacho X, Rochon PA, et al. Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. *Open Med*. 31 mai 2011;5(2):e104-11.
43. Tuso P. The Readmission Reduction Program of Kaiser Permanente Southern California—Knowledge Transfer and Performance Improvement. *Perm J*. 1 août 2013;17(3):58-63.
44. 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 Off J Eur Soc Emerg Med*. août 2013;20(4):230-9.
45. Galvin R, Gilleit Y, Wallace E, Cousins G, Bolmer M, Rainer T, et al. Adverse outcomes in older adults attending emergency departments: a systematic review and meta-analysis of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool. *Age Ageing*. 1 mars 2017;46(2):179-86.
46. Billings J, Blunt I, Steventon A, Georgiou T, Lewis G, Bardsley M. Development of a predictive model to identify inpatients at risk of re-admission within 30 days of discharge (PARR-30). *BMJ Open*. 2012;2(4):e001667.
47. Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. Potentially Avoidable 30-Day Hospital Readmissions in Medical Patients: Derivation and Validation of a Prediction Model. *JAMA Intern Med*. 22 avr 2013;173(8):632-8.
48. Donzé JD, Williams MV, Robinson EJ, Zimlichman E, Aujesky D, Vasilevskis EE, et al. International Validity of the HOSPITAL Score to Predict 30-Day Potentially Avoidable Hospital Readmissions. *JAMA Intern Med*. 1 avr 2016;176(4):496-502.
49. Halfon P, Eggli Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen J-B, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *J Clin Epidemiol*. juin 2002;55(6):573-87.

50. van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J.* 19 avr 2011;183(7):E391-402.
51. van Walraven C, Jennings A, Taljaard M, Dhalla I, English S, Mulpuru S, et al. Incidence of potentially avoidable urgent readmissions and their relation to all-cause urgent readmissions. *Can Med Assoc J.* 2011;183(14):E1067–E1072.
52. Goldfield N. How important is it to identify avoidable hospital readmissions with certainty? *Can Med Assoc J.* 19 avr 2011;183(7):E368-9.
53. Gestions hospitalières - Les hospitalisations potentiellement évitables, comment estimer les dépenses engendrées - Dossier n° 529 - octobre 2013 [Internet]. Disponible sur: https://wagner.nyu.edu/files/faculty/publications/Gestion.Hospitaliere.HPE_.oct_.2013.pdf
54. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *Jeur.* 2001;14:144–52.
55. Dubois L. - Utilisation et dysfonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée - Université de Lille - Thèse soutenue le 14 Novembre 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d7546f6a-7a88-4b01-aa00-dc5ea8f01e62>
56. Règlement intérieur de l'UHTCD de l'hôpital Jacques Coeur de Bourges - Procédures internes - 2015.
57. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences: une patientèle au profil particulier - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Etudes Résultats.* mars 2007;(1007).
58. Réseau et observatoire régional des urgences - Les indicateurs de tension hospitalière - Plaquettes informatives HET du Grand Est - décembre 2016.
59. FEDORU (Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences) - Livret hôpital en tension - Volume 01 - 2016.
60. FEDORU (Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences) - Recommandations FEDORU - Hôpital en tension - GT4 Vol. 01 10/2014.
61. ARS (Agence Régionale de Santé) du Centre - Programme territorial de santé du Cher 2013 - 2016 - Adopté par la conférence de territoire du 9 décembre 2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Programme_territorial_sante_18.pdf
62. INSEE - Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017 - Recensement de la population - Département du Cher - décembre 2016 [Internet]
63. Conseil départemental du Cher - Les établissements d'accueil pour personnes âgées - Direction Générale Adjointe des Solidarités et de la Cohésion Sociale - site internet du Conseil départemental du Cher - août 2017 - Disponible sur: <http://www.departement18.fr/-Personnes-agees> [Internet]

64. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Atlas de la démographie médical en France, situation au 1er janvier 2016 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
65. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Atlas de la démographie médicale en région Centre, situation en 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_centre_2015.pdf
66. Centre Hospitalier de Bourges (Jacques Coeur) - Accueil de jour : « Les jardins de Jacques Cœur » et « Plateforme de répit et d'accompagnement » - Site officiel de l'hôpital de Bourges (consulté en novembre 2017) [Internet]. Disponible sur: http://www.ch-bourges.fr/hopital/service.php?id_service=63
67. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) - Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence - 2010 [Internet]. Disponible sur: http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/Motifs_de_recours_SFMU_2010.pdf
68. de Decker L. L'indice de co-morbidité de Charlson. *Ann Gérontologie*. 2009;2(3):159–160.
69. DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) - Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors - VQS n°ISBN : 978-2-11-139569-5 - janvier 2015.
70. INSEE - Tableaux de l'Économie Française édition 2016 - Espérance de vie et mortalité - Paru le : 01/03/2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>
71. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) - 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 - Etudes et résultats N° 899 - décembre 2014 [Internet]. Disponible sur: <https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2015/01/DREES-R%C3%A9sidents-dEHPAD-en-2011.pdf>
72. Picker D, Heard K, Bailey TC, Martin NR, LaRossa GN, Kollef MH. The number of discharge medications predicts thirty-day hospital readmission: a cohort study. *BMC Health Serv Res*. déc 2015
73. Logue E, Smucker W, Regan C. Admission Data Predict High Hospital Readmission Risk. *J Am Board Fam Med*. 2016;29(1):50–59.
74. Dormann H, Neubert A, Criegee-Rieck M, Egger T, Radespiel-Tröger M, Azaz-Livshits T, et al. Readmissions and adverse drug reactions in internal medicine: the economic impact. *J Intern Med*. 2004;255(6):653–663.
75. Donze J, Lipsitz S, Bates DW, Schnipper JL. Causes and patterns of readmissions in patients with common comorbidities: retrospective cohort study. *BMJ*. 16 déc 2013;347(dec16 4):f7171-f7171.
76. Sílvia López-Aguilà, MPH; Joan Carles Contel, MPH; Josep Farré, CIS; José Luis Campuzano, MSTAT; and Luis Rajmil, PhD - Predictive Model for Emergency Hospital Admission and 6-Month Readmission - *Am J Manag Care*. 2011;17(9):e348-e357.

77. Franchi C, Nobili A, Mari D, Tettamanti M, Djade CD, Pasina L, et al. Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *Eur J Intern Med.* janv 2013;24(1):45-51.
78. Eli Ben-Chetrit MD, Chen Chen-Shuali MD, Eran Zimran MD. A Simplified Scoring Tool for Prediction of Readmission in Elderly Patients Hospitalized in Internal Medicine Departments. *IMAJ.* déc 2012;Volume 14.
79. Adam G. Golden, MD, MBA Sweta Tewary, PhD Stuti Dang, MD, MPH Bernard A. Roos, MD, Care Management's Challenges and Opportunities to Reduce the Rapid Rehospitalization of Frail Community-Dwelling Older Adults *The Gerontologist*, Volume 50, Issue 4, 1 August 2010, Pages 451–458,
80. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and Timing of 30-Day Readmissions after Hospitalization For Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia. *JAMA J Am Med Assoc.* 23 janv 2013;309(4):355-63.
81. Vashi AA, Fox JP, Carr BG, D'Onofrio G, Pines JM, Ross JS, et al. Use of Hospital-Based Acute Care Among Patients Recently Discharged From the Hospital. *JAMA.* 23 janv 2013;309(4):364.
82. Garcia-Perez L, Linertova R, Lorenzo-Riera A, Vazquez-Diaz JR, Duque-Gonzalez B, Sarria-Santamera A. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM.* 1 août 2011;104(8):639-51.
83. HAS - Organisation des parcours - Note méthodologique et de synthèse documentaire « Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures – Établissement d'une check-list » - Haute Autorité de Santé Février 2015.
84. Kirby SE, Dennis SM, Jayasinghe UW, Harris MF. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):1.
85. Sharma G, Kuo Y-F, Freeman JL, Zhang DD, Goodwin JS. Outpatient Follow-up Visit and 30-Day Emergency Department Visit and Readmission in Patients Hospitalized for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med* 11 oct 2010
86. Oduyebo I, Lehmann CU, Pollack CE, Durkin N, Miller JD, Mandell S, et al. Association of Self-reported Hospital Discharge Handoffs With 30-Day Readmissions. *JAMA Intern Med.* 22 avr 2013;173(8):624.
87. Yam CH, Wong EL, Chan FW, Leung MC, Wong FY, Cheung AW, et al. Avoidable readmission in Hong Kong-system, clinician, patient or social factor? *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):1.
88. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res.* 2007;7(1):134.
89. King BJ, Gilmore-Bykovskyi AL, Roiland RA, Polnaszek BE, Bowers BJ, Kind AJH. The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study. *J Am Geriatr Soc.* juill 2013;61(7):1095-102.

90. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf
91. Blom MC, Erwander K, Gustafsson L, Landin-Olsson M, Jonsson F, Ivarsson K. The probability of readmission within 30 days of hospital discharge is positively associated with inpatient bed occupancy at discharge – a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med.* déc 2015
92. Cloyd JM, Chen JC, Ma Y, Rhoads KF. Is weekend discharge associated with hospital readmission?: Weekend Discharge and Readmission. *J Hosp Med.* nov 2015;10(11):731-7.
93. F. Duquesne - Vulnérabilité de la personne âgée - Conférences : Personne âgée en structures d'urgence - SFMU - Urgences 2011 - Chapitre 28 [Internet]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf
94. Société Francophone de médecine d'Urgence – Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences - 10ème conférence de consensus - Strasbourg - 5 décembre 2003[Internet]. Disponible sur: www.sfm.u.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
95. Eric Alper, MD, Terrence A O'Malley, MD, Jeffrey Greenwald, MD. - Hospital discharge and readmission - Aug 2017 [Internet]. UpToDate. Disponible sur: <https://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission>
96. Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, Howell E, Halasyamani L, Maynard G, et al. Project BOOST: Effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization: Project BOOST. *J Hosp Med.* août 2013;8(8):421-7.
97. Robinson R, Hudali T. The HOSPITAL score and LACE index as predictors of 30 day readmission in a retrospective study at a university-affiliated community hospital. *PeerJ* 29 mars 2017;5
98. Aubert CE, Schnipper JL, Williams MV, Robinson EJ, Zimlichman E, Vasilevskis EE, et al. Simplification of the HOSPITAL score for predicting 30-day readmissions. *BMJ Qual Saf.* oct 2017;26(10):799-805.
99. Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. National Coordinating Centre for HTA. Great Britain; 2002.
100. La Messagerie Sécurisée de Santé - Livret d'accueil du Centre Hospitalier de Bourges - Page 11 - année 2016 [Internet]. Disponible sur: http://www.ch-bourges.fr/images/docs/596_1_Livret_WEB_sept-2016.PDF
101. HAS - Points clés - Organisation des parcours : Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad - Haute Autorité de Santé - Juillet 2015 [Internet].. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop followed by a smaller loop and a final downward stroke.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de médecine de TOURS**

CARTRON Pierre

94 pages – 22 tableaux – 13 figures

RÉSUMÉ

Introduction : la réhospitalisation précoce (dans les 30 jours après la sortie, RH30) des personnes âgées de 75 ans et plus (PA 75) est un indicateur validé d'évaluation des performances des services hospitaliers et des réseaux ville-hôpital dont l'application est recommandée par l'HAS. À notre connaissance, la RH30 des PA75 n'a pas été étudiée après une sortie d'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD). L'objectif de cette étude est de décrire cette population à partir d'un centre hospitalier (CH) et d'évaluer les modalités de prise en charge en rapport avec les spécificités de l'urgence et des périodes de tension hospitalière (TH).

Méthode : étude rétrospective observationnelle unicentrique au sein de l'UHTCD du CH de Bourges sur 2 ans.

Résultats : du 01/01/2015 au 31/12/2016, 337 RH30 ont été incluses concernant 293 patients âgés de $84,6 \pm 6,2$ ans, fragiles (présence de comorbidité 76,8%, polymédication 83,7%), vivant à domicile (73,9%). Les motifs cardiorespiratoires prédominaient (33,2%). La durée médiane de séjour était de 1 [1 ; 1] journée. Faute de lits disponibles 69,7% des patients séjournaient dans les couloirs, et 21,7% avaient un courrier de sortie. Un passage aux urgences (PU) dans les 6 mois avait précédé 54,9% des séjours. Le taux des RH30 était de 17,9%, majoritairement non programmées (76,0%), liées au premier séjour (62,9%). L'intervalle entre les séjours était de $11,9 \pm 8,2$ jours. Les sorties d'hospitalisation en période de vacances scolaires, de weekend et de jours fériés ainsi qu'un des indicateurs recommandés disponibles de TH étaient associés à un risque de RH30. Le seul score prédictif de RH30 recommandé applicable était le LACE (Length of stay, Acuity of admission, Comorbidities, Emergency department visits) et n'identifiait que 19% de haut risque de RH30.

Conclusion : le taux de RH30 en UHTCD était comparable à celui connu pour les autres services. Néanmoins cette situation pourrait être améliorée par la détection des patients fragiles, l'envoi d'un courrier systématique, et l'adaptation prévisionnelle des moyens. Des études complémentaires sont nécessaires pour valider un score spécifique aux UHTCD.

Mots clefs : réhospitalisation précoce, personnes âgées, UHTCD, service d'urgence, tension hospitalière, LACE

Jury :

Président du Jury :	Professeur Saïd LARIBI
Directeur de thèse :	Docteur Alexandre OLIVE-DAEM
Membre du Jury :	Professeur Jean-Pierre LEBEAU
	Professeur Emmanuel RUSCH

Date de soutenance :	19 avril 2018
----------------------	---------------