

Faculté de santé publique

Etude rétrospective des facteurs prédictifs de réhospitalisation des patients admis dans les unités de gériatrie aux CUSL :

Comment le plan de soin individuel rédigé à la
sortie d'hospitalisation prend-il en compte le risque
de réhospitalisation ?

Mémoire réalisé par
Lorie Gérard

Promotrice
Pascale Cornette

Année académique 2018-2019
**Master en sciences de la santé publique, finalité
spécialisée**

Faculté de santé publique

Etude rétrospective des facteurs prédictifs de réhospitalisation des patients admis dans les unités de gériatrie aux CUSL :

Comment le plan de soin individuel rédigé à la
sortie d'hospitalisation prend-il en compte le risque
de réhospitalisation ?

Mémoire réalisé par
Lorie Gérard

Promotrice
Pascale Cornette

Année académique 2018-2019
**Master en sciences de la santé publique, finalité
spécialisée**

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont accompagnée tout au long de cette recherche laborieuse car sans elles, ce travail n'aurait pas pu aboutir :

- Laura, Mathilde, la Cousine et Maud pour leur aide et leur temps consacré aux relectures.
- Ma famille et mes amis, pour leurs encouragements et leurs conseils tout au long de ce master.
- Les secrétaires du premier, pour leur gentillesse et pour m'avoir laissé utiliser leur bureau comme sanctuaire de recherche.
- Mon cokoteur d'il y a un temps qui, de par son coup de pouce statistique, m'a permis d'y voir plus clair.

Enfin, je remercie particulièrement Madame Pascale Cornette pour ses connaissances enrichissantes, sa disponibilité et sa confiance. En tant que promotrice, elle m'a guidée dans toutes les étapes de ce travail.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

AEG : Altération de l'état général

AIVQ : Activités instrumentales de la vie quotidienne

AR : Arrêté Royal

ASBL : Association sans but lucratif

AUXAD : Auxiliaires d'accompagnement à domicile

AVJ : Activités de la vie journalière

AVQ : Activités d'auto-soins de la vie quotidienne

CGA : *Comprehensive geriatric assessment*

CPAS : Centre public d'action sociale

CUSL : Cliniques universitaires Saint-Luc

EBM : *Evidence-based medicine*

EGS : Évaluation gériatrique standardisée

EIM : Effets indésirables médicamenteux

H0 : Hospitalisation index, hospitalisation initiale

HAS : Haute autorité de santé, en France

HJG : Hôpital de jour gériatrique

ISAR : Identification systématique des aînés à risque

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé, en Belgique

Lits non G : Lits non gériatriques

MRS : Maison de repos et de soins

OCDE : L'organisation de coopération et de développement économique

PSG : Programme de soins pour le patient gériatrique

TPH : Trajet patient intégré et informatisé

U23 : Unité d'hospitalisation 23

U24 : Unité d'hospitalisation 24

Table des matières

Remerciements	7
Le plagiat.....	9
Abréviations.....	11
INTRODUCTION GENERALE.....	15
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	19
1. INTRODUCTION	19
2. CONTEXTE	19
2.1. Vieillessement de la population	19
2.2. Vieillessement et hospitalisation	20
2.3. Hospitalisations et réhospitalisations.....	21
3. LE PROGRAMME DE SOINS POUR LE PATIENT GERIATRIQUE (PSG)	22
3.1. Généralités.....	22
3.2. Le profil gériatrique.....	22
3.3. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)	23
3.4. La liaison gériatrique externe	24
4. LES REHOSPITALISATIONS.....	25
4.1. Taux de réhospitalisation.....	25
4.2. Les réhospitalisations évitables	27
4.3. Les facteurs prédictifs des réhospitalisations.....	27
4.4. Interventions associées à la prévention des réhospitalisations.....	30
5. LE PLAN DE SOINS REDIGE A LA SORTIE D'HOSPITALISATION	32
6. LE SERVICE DE GERIATRIE AUX CUSL	33
6.1. Présentation du service de gériatrie	33
6.2. Le repérage des patients gériatriques à haut risque.....	34
6.3. L'équipe pluridisciplinaire.....	35
6.4. La concertation pluridisciplinaire	36
6.5. La liaison gériatrique externe	36
6.6. Le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation	38
6.7. La continuité des soins	40
7. CONCLUSION DU CADRE THEORIQUE	41
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....	43
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	44
2. MATERIELS ET METHODES	44
2.1. Choix de la méthode	44
2.2. Type d'étude.....	44
2.3. Echantillonnage	45
2.4. Collecte des données	48
2.5. Accord du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL.....	48
2.6. Choix des variables.....	48
2.7. Logiciels et méthodes statistiques utilisés	58
3. RESULTATS	59
3.1. Caractéristiques de la population étudiée	59
3.2. Taux de réhospitalisation.....	62
3.3. Comparaison des caractéristiques des patients réhospitalisés et des patients non-réhospitalisés	63
3.4. Facteurs prédictifs de réhospitalisation en analyse univariée	69
3.5. Facteurs prédictifs de réhospitalisation en analyse multivariée	72

3.6.	Caractéristiques des réhospitalisations	73
4.	DISCUSSION	75
4.1.	Rappel des principaux résultats	75
4.2.	Interprétation des résultats en lien avec la littérature.....	75
4.3.	Quels leviers pour améliorer le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation ?.....	90
4.4.	Limites et perspectives	92
CONCLUSION.....		94
Bibliographie		96
Annexes		104

La population belge tend au vieillissement. En 2070, les personnes âgées de 67ans et plus atteindront 23% de la population totale alors qu'actuellement, elles représentent 16% (Statbel, 2019). Cette tranche d'âge demeure donc en continuelle augmentation.

Dû à ce vieillissement de la population, de plus en plus de personnes âgées doivent passer par l'étape « hôpital ». On estime que les personnes âgées de 65 ans et plus représenteraient 30 à 50% des patients hospitalisés (Barbut et al., 2006). Egalement, le risque d'hospitalisation augmente avec l'âge (Burkhard, 2015). Or, les effets délétères de l'hospitalisation sont bien démontrés dans la littérature. Parmi ceux-ci, le développement d'escarre, d'incontinence sphinctérienne et de troubles confusionnels sont régulièrement soulevés (Mazière et al., 2011). L'hospitalisation entraine chez la personne âgée un déclin fonctionnel dans 30 à 60% des cas, celui-ci est une conséquence directe de la pathologie aigue et de l'hospitalisation elle-même (Mazière et al., 2011).

La période post hospitalisation constitue une étape cruciale, car des évènements indésirables peuvent y survenir et conduire à la réhospitalisation. Un système répétitif risque alors de s'installer ; l'hospitalisation engendre des évènements indésirables, qui entraine à son tour une réhospitalisation et ainsi de suite (Covinsky et al., 2003 ; Fortinsky et al., 1999).

On estime le taux de réhospitalisation non-programmée des personnes âgées de ≥ 75 ans à 15% dans le mois suivant la sortie et à 25% dans l'année qui suit (Blanc et al., 2017 ; KCE, 2008). En raison de leur fréquence élevée, du déclin et de la perte de qualité de vie qu'elles peuvent engendrer sur la personne âgée, ainsi que du coût qu'elles peuvent générer, nous comprenons donc pourquoi la réduction des réhospitalisations constitue un enjeu majeur en terme de santé publique.

Au sein de la population âgée, on distinguera les patients avec un profil gériatrique. Ceux-ci se différencient non pas par leur âge mais par la coexistence de caractéristiques les rendant plus fragiles (AR 29/01/2007). Il suffira dès lors de peu de choses pour que le patient développe une maladie ou une dépendance supplémentaire. Il est primordial de déceler ce risque à l'aide de tests spécifiques afin d'adapter la prise en charge hospitalière. Les personnes avec un profil gériatrique représentent entre 39 et 51% de la population âgée hospitalisées en Belgique (KCE, 2015).

Celles-ci doivent bénéficier d'une approche différenciée requérant un travail interdisciplinaire multidimensionnel. Cette démarche est appelée « évaluation gériatrique standardisée ». Le patient est envisagé de façon holistique, avec une attention particulière envers ses capacités cognitives, physiques et psychosociales (KCE, 2015 ; Ellis et al., 2011).

En Belgique, l'organisation des soins hospitaliers pour les patients gériatriques est définie par l'Arrêté Royal du 27/04/2007 revu en avril 2014. Il présente le programme de soins pour le patient gériatrique (PSG) et vise entre-autre à améliorer la coordination des soins entre les différents structures et lignes de soins. Son objectif est d'optimiser la continuité des soins, d'éviter des (ré)admissions inutiles et de développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels avec les prestataires de soins et les structures du groupe cible avant et après l'hospitalisation (AR 29/01/2007).

Une des manières d'y parvenir est de rédiger, à la sortie de l'hospitalisation en gériatrie, un plan de soins pluridisciplinaire pour chaque patient. Il prend en compte le diagnostic, le traitement et la réadaptation fonctionnelle éventuelle du patient concerné (AR 29/01/2007). Ce plan de soins fait partie intégrante de son dossier et est transmis au moment de la sortie au médecin généraliste traitant (AR 29/01/2007). Dans ce plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation se trouvent également toutes les mesures et recommandations médicales et fonctionnelles nécessaires pour l'après sortie (à domicile ou dans une autre structure de soins). Or, c'est justement durant la période suivant la sortie d'hospitalisation que le patient peut être à risque de se faire réhospitaliser. Ce plan favorise donc la continuité des soins au sein de l'hôpital, ainsi qu'entre l'hôpital et les structures de première ligne.

Ces différents constats nous ont amenés à nous poser plusieurs questions que nous tenterons d'éclaircir dans ce mémoire : Qu'est-ce qu'une réhospitalisation évitable ? Quels sont les facteurs prédictifs de réhospitalisation pour les personnes âgées ? Quelles sont les caractéristiques de la population réhospitalisée ? Quelles interventions permettraient d'éviter les réhospitalisations des personnes âgées ? Comment est rédigé le plan de soins individuel à la sortie d'hospitalisation ?

À la suite de ces questionnements, nous répondrons à la question charnière suivante : « Comment le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation prend-il en compte le risque de réhospitalisation »

Ensuite, au sein de la discussion, nous porterons une réflexion sur la question suivante : « Quelles pistes d'amélioration pouvons-nous suggérer au plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation afin de réduire les réhospitalisations inopinées en favorisant la continuité des soins ? »

Afin de répondre au mieux à ces interrogations, nous les avons mises en lien avec la thématique de recherche suivante : « Etude rétrospective des facteurs prédictifs de réhospitalisation des patients admis dans les unités de gériatrie aux CUSL : comment le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation pourrait-il influencer ces réhospitalisations ? ».

La réflexion sera scindée en deux parties : la première apportant un éclairage théorique sur cette thématique et la deuxième, plus pratique, la concrétisant. C'est aux Cliniques universitaires Saint-Luc que nous allons tenter de mettre en lumière cette problématique, de l'étudier et de suggérer des pistes d'amélioration.

La premier volet de ce mémoire consiste à dresser un état des lieux des réhospitalisations et du programme de soins pour le patient gériatrique en Belgique. Nous présenterons le contexte de notre étude pratique qui se déroule aux Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL). Nous exposerons également la situation actuelle en termes de continuité des soins (liaison externe, plan de soins, concertations pluridisciplinaires, ...).

Dans le second volet, nous utiliserons les deux unités de gériatrie aigue aux CUSL pour y étudier les caractéristiques des patients hospitalisés et réhospitalisés. Nous analyserons rétrospectivement les dossiers des patients hospitalisés à Saint-Luc entre le 01/08/2018 et le 31/10/18. Par le biais de cette analyse, nous cherchons à répondre aux questions suivantes : Quel est le pourcentage de réhospitalisations non programmées à 1 mois, 3 mois et 6 mois ? Quels sont les facteurs prédictifs de réhospitalisation non programmée à 6 mois ? Correspondent-ils à ceux mentionnés dans la littérature ? Nous désirons également nous pencher sur le contenu du plan de soins individuel mis en place à la sortie de l'hospitalisation initiale et de son lien avec le risque de réhospitalisation.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

1. INTRODUCTION

Pour réaliser notre revue de littérature, une recherche documentaire scientifique de type EBM fut indispensable. Les bases médicales sollicitées sont : Cairn, Cochrane, Google Scholar, Pubmed, ScienceDirect et Scopus. Une recherche dans le catalogue en ligne de la bibliothèque de l'université de Louvain-la-Neuve a également été effectuée. Nos mots-clés les plus utilisés étaient :

- « *readmission hospital* », « *unplanned readmission* », « *one month readmission* », « *three month readmission* ».
- « *elderly patient* », « *aged patient* », « *older patient* ».
- « *risk factors* », « *causality* », « *predictive factors* »
- « *patient discharge* », « *transitional care* », « *medical planning* », « *discharge planning* ».

La recherche a été effectuée dans la littérature francophone et anglophone.

2. CONTEXTE

Ce premier chapitre a pour objectif de présenter brièvement le cadre contextuel belge dans lequel vient s'insérer notre recherche. Nous y décrivons le double aspect du vieillissement de la population en Belgique et ses conséquences en terme de prise en charge hospitalière. Nous abordons également les hospitalisations et réhospitalisations engendrées par le déclin fonctionnel. Ce dernier concept étant traité à maintes reprises dans ce mémoire, nous nous y intéressons également de manière plus approfondie.

2.1. Vieillesse de la population

En Belgique, le nombre de personnes âgées est en continuelle expansion. Ce phénomène est illustré au travers des chiffres publiés par l'OCDE mesurant le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus. En 1970, la population qui nous intéresse représentait 13.39%. En 1990, elle évolue avec 14.92% ; en 2010, 17.14% ; en 2014, 17.94% (OCDE, 2019). Parallèlement, l'espérance de vie à la naissance suit la même tendance. De 1996 à 2016, elle

augmente de 4,0 années pour passer de 77.2 à 81.3 ans, soit un gain moyen de 2.3 mois, chaque année, durant 21 ans (Statbel, 2019).

Si l'on en croit les projections démographiques 2018-2070, la part des 67 ans et plus grimpe de 16 % en 2018 à 23 % en 2070 (Stabel, 2019).

Le vieillissement de la population recouvre donc 2 aspects ; une augmentation quantitative des personnes âgées, ainsi qu'une espérance de vie croissante (davantage de personnes très âgées). Par conséquent, nous comprenons que le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la population gériatrique au sein des hôpitaux, de même qu'un impact général sur le système des soins de santé.

2.2. Vieillesse et hospitalisation

Le phénomène de vieillissement de la population amène une part importante et croissante de seniors hospitalisés. On estime que les personnes âgées de 65 ans et plus représenteraient 30 à 50% des patients hospitalisés (Barbut et al., 2006). S'ajoute à ces données le fait que le risque d'hospitalisation augmente avec l'âge. Plus précisément, les personnes de 65 ans et plus sont hospitalisées 2 à 3 fois plus souvent que les personnes plus jeunes (Burkhard, 2015). On estime également qu'après 85 ans, un individu sur deux sera hospitalisé dans l'année (Covinsky et al., 2003).

Il existe deux voies principales d'hospitalisation de la personne âgée : l'admission par le service des urgences et l'admission directe depuis le domicile, à la demande du médecin traitant. Dans 80% des cas, les sujets âgés sont admis via les urgences (Neouze et al., 2012). Les seniors y représentent actuellement 11 à 28% de la totalité des admissions et ces chiffres tendent à croître (Pacolet et al., 2005 ; Neouze et al., 2012). Mais, par rapport aux populations plus jeunes (moins de 65 ans) dont le retour à domicile est prépondérant, les patients âgés seront 3 à 5 fois plus hospitalisés (Büla et al., 2012). Dans des services de soins aigus non gériatriques, la proportion de patients de plus de 75 ans est déjà relativement élevée : ils représentaient 27.24% des patients en 2011, et totalisaient 43% des journées d'hospitalisation (KCE, 2015). Le groupe des 85 ans et plus représentait pour sa part respectivement 9.19% des lits non G et 16.25% des journées d'hospitalisation (KCE, 2015).

La présence accrue de population âgée au sein de l'hôpital est un enjeu majeur, car celle-ci doit impérativement bénéficier d'une approche gériatrique spécifique.

2.3. Hospitalisations et réhospitalisations

Selon la Haute Autorité de Santé en France, l'hospitalisation est intrinsèquement un facteur de risque dans l'apparition d'événements défavorables. Dans les semaines et mois qui la suivent, se présentent des réhospitalisations, parmi lesquelles certaines sont évitables (HAS, 2013). Un système répétitif risque alors de s'installer ; l'hospitalisation engendre un déclin fonctionnel, qui entraîne à son tour une réhospitalisation et ainsi de suite (Covinsky et al., 2003 ; Fortinsky et al., 1999).

Le déclin fonctionnel se définit comme « *une réduction de la capacité à effectuer les activités d'auto-soins de la vie quotidienne (AVQ) en raison d'une diminution du fonctionnement physique ou cognitif* » (Abdulaziz et al., 2016, p.2). Ces activités comprennent les soins personnels comme s'habiller, se laver, aller aux toilettes ou se nourrir. De plus, le déclin fonctionnel recouvre aussi une réduction dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) qui « *permettent à une personne de vivre de façon autonome dans une communauté* ». Celles-ci englobent notamment les courses, téléphoner, se déplacer à l'aide de transports, etc. (Abdulaziz et al., 2016, p.2)

Une hospitalisation pour une pathologie aiguë entraîne chez la personne âgée des difficultés fonctionnelles dans 30 à 60 % des cas (Mazière et al., 2011). Celles-ci sont directement liées à la pathologie, mais aussi aux effets délétères de l'hospitalisation bien démontrés dans la littérature (Mazière et al., 2011 ; Covinsky et al., 2003 ; Fortinsky et al., 1999). Selon Joly Schwartz et al. (2012), les facteurs de risque sont, par exemple, un alitement prolongé, une réduction de la participation aux AVJ et un usage inadapté d'appareils entravant la mobilité telles que les sondes urinaires et les perfusions.

Le déclin fonctionnel a été identifié comme la principale complication de l'hospitalisation. À noter que celui-ci est d'autant plus important que la durée d'hospitalisation est longue (Cornette, 2005).

Le déclin fonctionnel peut aboutir à une augmentation de la durée du séjour hospitalier ainsi que du taux de placement dans un établissement de soins de longue durée. Il est souvent difficilement réversible et peut occasionner une perte d'autonomie à long terme, un isolement social, une réduction de la qualité de vie, une augmentation de la mortalité à la sortie de l'hôpital et un risque élevé de réhospitalisation (Barbey & Szostek, 2017 ; Cornette, 2005 ; Mazière et al., 2011).

3. LE PROGRAMME DE SOINS POUR LE PATIENT GERIATRIQUE (PSG)

Dans ce second chapitre, nous abordons l'Arrêté Royal du 29 janvier 2007 fixant les normes auxquelles le PSG doit répondre en Belgique pour être agréé. Dans un premier temps, nous définissons le patient à profil gériatrique, caractérisant la population des services de gériatrie. Ensuite, nous expliquons l'évaluation gériatrique standardisée afin de mieux appréhender le travail réalisé par l'équipe pluridisciplinaire de ce service. Nous évoquons les bénéfices observés chez les patients dans le cadre d'une telle approche. Nous introduisons également la notion du plan de soins individuel, car il est une mise en application de l'EGS. Enfin, nous expliquons la mission transversale du PSG, à savoir la liaison gériatrique externe. Cette fonction a pour but d'optimiser la continuité entre les différentes lignes de soins et d'éviter les (ré)admissions inutiles.

3.1. Généralités

En Belgique, l'organisation des soins gériatriques à l'hôpital a débuté formellement avec l'Arrêté Royal de 1985 sur la régulation des services de gériatrie aiguë (lits G). Cette organisation a ensuite été élargie au programme de soins pour le patient gériatrique (PSG). Celui-ci est fixé par l'Arrêté Royal du 29 janvier 2007 et a été modifié par l'Arrêté Royal du 26 mars 2014. Y ont été définies, d'une part, les normes auxquelles le PSG doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. En Belgique, tout hôpital général disposant d'un service de gériatrie agréé doit disposer d'un programme de soins pour le patient gériatrique. Toutes les modalités et activités relatives au PSG d'un hôpital sont décrites dans un manuel gériatrique pluridisciplinaire. Celui-ci est mis à disposition de tous les collaborateurs du programme de soins, des autres prestataires associés au programme de soins, du patient et de son représentant.

3.2. Le profil gériatrique

Le programme de soins s'adresse à un groupe cible défini dans l'Arrêté Royal de 2007 : les patients avec un profil gériatrique. L'âge n'est pas un critère de définition, bien qu'il s'applique habituellement chez les personnes très âgées ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans.

La personne âgée à profil gériatrique se distingue par l'existence voire la coexistence des caractéristiques suivantes : fragilité et homéostasie réduite, polypathologie active, tableau clinique atypique, pharmacocinétique perturbée, risque de déclin fonctionnel, risque de malnutrition, tendance à être inactif et à rester alité avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, problèmes psychosociaux.(AR 29/01/2007)

Selon le KCE, la proportion des patients qui présentent un profil gériatrique au sein de la population âgée hospitalisée varie de 39 à 51% en Belgique (KCE, 2015).

À l'hôpital, dans un service de gériatrie aigue, la patientèle est composée intégralement de personnes âgées à profil gériatrique. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elles sont hospitalisées dans ce service et non un autre.

3.3. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Les patients avec un profil gériatrique requièrent une approche adaptée à leurs fragilités, dite évaluation gériatrique globale (*Comprehensive Geriatric Assessment*). Cette dernière, encore appelée évaluation gériatrique standardisée (EGS), est définie comme telle : « *processus interdisciplinaire multidimensionnel visant à déterminer les capacités médicales, psychosociales et fonctionnelles d'une personne âgée fragile/vulnérable dans le but de développer un plan coordonné et intégré pour son traitement et son suivi à long terme* » (Ellis et al., 2011, p.2). Elle se déroule suivant trois étapes successives (Ellis et al., 2011 ; Deschodt, 2013) :

- Une évaluation globale ciblant les besoins multiples (problèmes de santé physique, problèmes de santé mentale/cognitive/spirituelle, problèmes fonctionnels, problèmes sociaux, problèmes environnementaux) en vue de développer des recommandations pour leur plan de soins ;
- L'implémentation des soins *evidence-base* appropriés si des problèmes gériatriques sont identifiés ;
- Le suivi du patient.

Une étape préparatoire doit être implémentée avant ces 3 étapes : le *screening*. Il s'agit d'un repérage réalisé à l'aide d'instruments standardisés permettant d'identifier les patients gériatriques à haut risque (KCE, 2015).

Les services de gériatrie aigue sont des unités hospitalières spécifiques disposant d'une équipe pluridisciplinaire. Ce sont des modèles dans la mise en œuvre de l'EGS, notamment au regard du plan de soins individuel. Celui-ci englobe les 3 étapes décrites ci-dessus (l'évaluation du patient, la mise en place de soins et le suivi du patient) qui permettent d'assurer une qualité des soins et leur continuité.

Il est démontré que les unités de gériatrie aigue réalisant l'EGS fournissent de meilleurs résultats (moins d'*outcomes* négatifs) que les services d'hospitalisation classiques comme la médecine interne, avec notamment moins de chutes, d'états confusionnels aigus, d'institutionnalisations, de mortalité intra-hospitalière et de déclin fonctionnels (Ellis et al., 2011). Toutefois, cet écart commence à se réduire au fur et à mesure du temps. Depuis quelques années, la culture gériatrique se répand aussi dans les autres services. Ceux-ci accueillant de plus en plus de personnes âgées, ils ont été amenés à s'accoutumer aux pratiques gériatriques. De plus, les services de gériatrie, quant à eux, admettent de plus en plus de cas lourds, plus grabataires et pour lesquels de moins bons résultats sont observés (Ellis et al., 2011 ; Baztan et al., 2009 ; Van Craen et al., 2010).

3.4. La liaison gériatrique externe

Le programme de soins pour le patient gériatrique doit structurer les soins gériatriques au sein des hôpitaux belges en tenant compte de 5 composantes : un service de gériatrie agréé, une consultation de gériatrie, une hospitalisation de jour pour le patient gériatrique, une liaison interne et une liaison externe. (AR 29/01/2007)

Les équipes du service de gériatrie, de même que celles de l'hospitalisation de jour, de la liaison interne et de la consultation gériatrique, vont exercer la liaison gériatrique externe. Il s'agit d'une mission transversale du programme de soins pour le patient gériatrique qui s'accomplit de l'admission jusqu'à la sortie du patient. Dans le cas présent, la liaison externe ne représente pas une équipe, mais bien une fonction (AR 29/01/2007).

La liaison externe a pour but de mettre les principes gériatriques et l'expertise gériatrique pluridisciplinaire à la disposition des intervenants de première ligne : le médecin généraliste, le médecin coordinateur et conseiller ainsi que les prestataires de soins du groupe cible en dehors de l'hôpital. « *L'objectif est d'optimiser la continuité des soins, d'éviter des (ré)admissions inutiles et de développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels avec les prestataires de soins et les structures du groupe cible avant et après l'hospitalisation* » (AR 29/01/2007, art 20, p.5).

Pour mener à bien cet objectif, dans le cadre de la liaison externe, chaque programme de soins instaure une collaboration formelle avec un ou plusieurs services intégrés de soins à domicile, des cercles de médecins généralistes, des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour. De plus, chaque programme de soins conclut un maximum d'accords avec le service social de l'hôpital et, le cas échéant, avec l'équipe traitante concernant la préparation de la sortie du patient gériatrique (AR 29/01/2007).

4. LES REHOSPITALISATIONS

Ce chapitre nous permet de mettre en exergue les facteurs prédictifs de réhospitalisations. Nous les classons en fonction de leur délai d'apparition : précoces, entre 1 et 3 mois, tardives. Cette partie nous sert de base pour définir nos variables de recherche dans le cadre pratique. Ensuite, nous comparerons nos résultats avec les facteurs prédictifs soulevés dans cette partie. Nous terminons le chapitre avec l'abord des interventions associées à la prévention des réhospitalisations tout d'abord, dans leur spécificité, puis en lien avec le projet de soins individuel rédigé à la sortie du patient. Mais avant de pouvoir s'atteler à ces points, il importe de débiter par la définition du concept de réhospitalisation et du caractère évitable qu'elle peut prendre.

4.1. Taux de réhospitalisation

La sortie d'hospitalisation reste un événement à risque dans le parcours de soins d'une personne âgée. En France, il a été rapporté un taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours de 14% chez les patients âgés de plus de 75 ans (Lanièce, 2008 ; Kansagara et al., 2011). En Belgique, les chiffres vont également dans le sens de ces statistiques (Cornette, 2005 ; KCE, 2008). Le taux de réhospitalisation entre 6 et 12 mois après le congé de l'hôpital

s'élève à 10 à 25% (Blanc et al., 2017). La réduction des réhospitalisations précoces évitables apparaît alors comme un objectif incontournable d'amélioration de l'efficacité du système de santé (Jencks et al., 2009). D'une part, Covinsky et al. (2003) et Fortinsky et al. (1999) ont bien démontrés les effets délétères des hospitalisations et par ailleurs, l'impact économique est non négligeable. En 2011, les dépenses liées aux réhospitalisations non programmées à 30 jours étaient estimées aux Etats-Unis à 44 milliards de dollars par an (Hansen et al., 2011).

Depuis plusieurs années, les taux de réhospitalisations sont étudiés dans différents pays et avec différentes méthodes faisant ainsi varier les taux de réhospitalisation à 30 jours de 11.7 à 24.1% (Goodrich). Cette variation est mise en lumière par différents facteurs :

- Les pratiques médicales varient selon le type de structure hospitalière : rurale ou universitaire (Ricciardi et al., 2012).
- Le recrutement des patients diffèrent entre les hôpitaux périphériques et les centres de référence. Les patients hospitalisés dans les centres hospitaliers de référence sont souvent plus lourds et donc plus susceptibles de compliquer et d'être réhospitalisés (Ricciardi et al., 2012).
- Selon Shah et al. (2011), il existe différents systèmes de soins et de niveau de remboursement qui peuvent faire varier le taux de réhospitalisation d'un pays à l'autre et d'un continent à l'autre (Etats-Unis ou Europe). En Belgique, l'accès aux soins de santé et aux hôpitaux est plus aisé que dans d'autres pays. Depuis 2012, aux Etats-Unis, la réduction des réhospitalisations est une priorité qui se traduit par des mesures réglementaires et des incitations financières pour les établissements hospitaliers (Burton et al., 2012 ; Bradley et al., 2012).

En 2011, une revue systématique est publiée par Kansagara et al. au sujet des modèles de prévision du risque de réadmission à l'hôpital. Cela représente un grand intérêt pour identifier les patients les plus exposés aux risques de réadmission et les faire ainsi bénéficier d'interventions de transition des soins. Celles-ci permettent de réduire le nombre de réadmissions chez les adultes souffrant de maladie chronique. La plupart des modèles actuels de prévision du risque de réadmission validés et conçus à des fins comparatives ou cliniques ne sont malheureusement pas encore concluants. L'utilisation des taux de réadmission en tant que mesure de la qualité de soin et de comparaison entre les hôpitaux suscite également de l'intérêt dans plusieurs pays (Jencks et al., 2009).

4.2. Les réhospitalisations évitables

Une réhospitalisation évitable est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. Son caractère évitable suppose que la situation aurait pu être contrôlée par une prise en charge optimale (HAS, 2013). Dans la méta-analyse de Van Walraven et Al. de 2012, portant sur 16 études et 3669 réadmissions urgentes à 30 jours, la proportion des réadmissions évitables a été évaluée à 23% de la totalité des réadmissions. Au sein de la littérature, la période de suivi de 30 jours peut être étendue à 3 mois, 6 mois voir encore plus longtemps. Le terme « évitable » n'est pas souvent mentionné dans les études, car l'évaluation de l'évitabilité nécessiterait de plus profondes recherches ainsi que l'avis d'experts (Garcia-Perez et al., 2011). Cependant, une corrélation a été mise en évidence entre le taux de réhospitalisations évitables et le taux total de réhospitalisations (Halfon et al., 2006). Dans la littérature, on utilise davantage les termes réadmission/réhospitalisations urgentes/non-programmées suivis de la période étudiée plutôt que le terme évitable.

4.3. Les facteurs prédictifs des réhospitalisations

Les facteurs prédictifs de réhospitalisation diffèrent fortement d'une étude à une autre. En effet, trop d'éléments influencent l'équation, comme particulièrement la méthode de recherche utilisée (critère d'inclusion et d'exclusion du public, analyse statistique, période, pays, services étudiés, ...).

En 2011, une revue systématique de la littérature identifiant les facteurs de risque de réadmission à l'hôpital chez les patients âgés est publiée (Garcia-Perez et al., 2011). Celle-ci est basée sur 12 études de cohorte prospectives explorant la relation entre le risque de réadmission non planifiée en tenant compte de facteurs cliniques, sociodémographiques ou d'autres facteurs chez les patients âgés d'au moins 75 ans. Les résultats ont été présentés en fonction du délai de réadmission : un mois, trois mois, 6 mois et un an. Cette revue systématique a été réalisée il y a 8 ans, mais au vu de sa pertinence et de sa méthode méticuleuse (près de 1400 articles identifiés et analysés pour n'en sélectionner que 12), nous avons décidé de rédiger ce point en y faisant prioritairement référence. Il importe également de préciser que cette recherche est la première et la dernière à avoir été publiée sur le sujet.

Nous présentons ci-dessous les principaux facteurs prédictifs significatifs mentionnés dans la revue et corroborés par d'autres articles. Afin de rendre cela plus clair, nous avons inséré en début de paragraphe les références correspondantes issues de la revue systématique, les autres articles seront cités comme habituellement. Nous avons joint également en annexe 1 le tableau récapitulatif des facteurs prédictifs.

4.3.1. Les réhospitalisations précoces

Nous les définissons comme les réhospitalisations survenant dans le mois (≤ 30 jours) suivant l'hospitalisation index (hospitalisation de référence, H0) et étant évitables selon la littérature (HAS, 2013). Plusieurs facteurs ont été significativement associés aux réhospitalisations précoces (Cornette et al, 2005 ; Fethke et al., 1986 ; Kwok et al., 1999 ; Lotus et al., 2004 ; Zanolchi et al., 2006 ; Lanièce et al., 2008) :

- L'existence d'une admission avant l'H0. Le délai étudié peut cependant varier. Certaines études parlent d'une admission dans les 3 mois précédant H0 d'autres parlent de 6 mois. L'étude Goodrich de 2013 précise même qu'une hospitalisation dans les 6 derniers mois multiplie par deux le risque de réhospitalisation à 30 jours.
- Une H0 plus longue (>30 jours) (Middelton et al., 2018).
- La morbidité : les maladies du système respiratoire (Middelton et al., 2018 ; Franchi C et al., 2013 ; Golden et al., 2010 ; Dharmarajan et al., 2013, les maladies affectant le système génito-urinaire (Middelton et al., 2018), un mauvais état général, une polypathologie (Index Charlson ≥ 2) (Zekry D et al., 2012 ; Middelton et al., 2018) et un cancer actif.
- L'invalidité fonctionnelle évaluée par différents scores exposant la limitation aux activités quotidiennes comme la dépendance à l'égard de l'alimentation, de la mobilité (Middelton et al., 2018) et des soins personnels (Middelton et al., 2018 ; Kansagara et al., 2011)
- Les plaies de pression.
- Les effets indésirables médicamenteux (EIM). Ils seraient responsables de 52 à 80 % des réadmissions évitables (Davies et al., 2010 ; Beijer et Blaey, 2002). D'autres travaux confirment que 80 % des réadmissions pour cause médicamenteuse pourraient être évitables (Alhawassi et al., 2014). Les études ont montré que les EIM sont deux fois plus fréquents après 65 ans et que 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation (Alhawassi et al., 2014). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette

augmentation de l'incidence avec l'âge : les changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés au vieillissement et une augmentation du nombre de médicaments sur l'ordonnance (Budnitz et al., 2011). Plusieurs études, principalement anglo-saxonnes, rapportent qu'environ 60% des hospitalisations pour effets indésirables médicamenteux liés à la prescription médicale seraient évitables (Roux, 2016 ; Beijer et Blaey, 2002). Il s'agit de trois types de situation où la prescription est considérée comme sous-optimale : excès de traitement, prescription inappropriée ou insuffisance de traitement (Beijer et Blaey, 2002).

4.3.2. Les réhospitalisations de 1 à 3 mois

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme pronostic du risque de réadmissions entre 1 et 3 mois (Anpalahan et Gibson, 2008 ; Cornette et al, 2005 ; Mast et al., 2004 ; Zanolchi et al., 2006). Comme pour les réhospitalisations précoces, une hospitalisation antérieure à H0, une H0 plus longue, une invalidité fonctionnelle et la polypathologie sont des facteurs prédictifs de réhospitalisations à délai moyen (1 à 3 mois). Cependant, au niveau de la morbidité, on retrouve ici les maladies du système cardiaque, hépatique et vasculaire (Franchi C et al., 2013 ; Golden et al., 2010 ; Dharmarajan et al., 2013). Deux études ont également mis en évidence la pertinence des problèmes psychologiques (la démence, la dépression, la maladie psychiatrique) (Golden et al., 2010). D'autres facteurs prédictifs de réhospitalisation de 1 à 3 mois sont significatifs :

- Les facteurs sociodémographiques (le veuvage, la convalescence dans une maison de retraite ou encore le niveau d'éducation moyen-élevé) (Kansagara et al., 2011 ; ICIS, 2012).
- L'incontinence urinaire.

4.3.3. Les réhospitalisations tardives

Les facteurs prédictifs de réhospitalisation tardive de 3 mois à 1 an sont similaires à ceux présentés ci-dessus. Nous ajouterons donc uniquement les facteurs prédictifs supplémentaires (Alarcon et al., 1999 ; Fethke et al., 1986 ; Kwok et al., 1999 ; Mast et al., 2004 ; Narain et al., 1988 ; Morrissey et al., 2003) :

- Les facteurs sociodémographiques : bénéficier d'un soutien familial médiocre, être célibataire.

- La morbidité : des antécédents de cancer, une maladie endocrinienne active, des pathologies neurologiques, des antécédents d'hypertension.
- Les caractéristiques neuro-psychologiques : la survenue d'un délirium lors d'H0.

4.3.4. Conclusion des facteurs prédictifs

Certains facteurs prédictifs cités ci-dessus sont modifiables et d'autres non-modifiables. Par modifiable, on entend la possibilité d'intervenir sur le facteur et par conséquent, de pouvoir inverser ou ralentir son effet (Aujoulat, 2018). Les facteurs individuels tels que l'âge, la comorbidité, la situation sociale (veuvage, soutien familial ou autre) ou encore les antécédents médicaux sont des déterminants de santé individuels non-modifiables. La présence d'une admission antérieure, la durée de l'hospitalisation initiale constitue également des facteurs prédictifs sur lesquels on ne pourra pas opérer. En revanche, d'autres éléments comme le déclin fonctionnel, le délirium, les prescriptions médicamenteuses pourront être modulés.

Pour résumer l'ensemble des études exposées, les facteurs prédictifs des réhospitalisations pourraient être classés en 2 catégories principales : les facteurs médicaux (pathologie, comorbidités) et les éléments liés au déclin fonctionnel.

4.4. Interventions associées à la prévention des réhospitalisations

Même si les hospitalisations itératives résultent de situations cliniques complexes et hétérogènes, les études s'accordent pour dire qu'un certain nombre pourrait être évitées grâce à une meilleure qualité de prise en charge (HAS, 2013).

Pour les patients en insuffisance cardiaque, mettre en place des interventions de coordination des acteurs tout au long de l'évolution de la maladie cardiaque diminue le risque de mortalité, le nombre de décompensations et de réhospitalisations non programmées (Coleman, 2003 ; Naylor et al., 2004 ; Jack et al. 2009). Ces données nous intéressent étant donné que beaucoup de patients âgés hospitalisés en gériatrie présentent des problématiques de décompensations cardiaques (Dharmarajan et al., 2013).

Hansen et al. (2011) ajoutent que les interventions isolées ne sont pas efficaces, la réduction des réadmissions est observée pour les interventions associant les 3 étapes de transition : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie d'hospitalisation (Hesselink et al., 2012 ; Leppin et al., 2014).

En 2013, l'HAS publie un rapport intitulé : « *Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées* ». Ce rapport précise les conditions optimales de prise en charge aux 3 étapes de transition. Il sera complété par un rapport publié en 2015 pour le HAS abordant les interventions associées à la prévention des réhospitalisations évitables.

Les interventions pendant l'hospitalisation débutent par le repérage du risque de réhospitalisation dès l'admission. Il n'y a pas de modèle unique et fiable pour repérer les patients à haut risque de réhospitalisation (Kansagara 2011), il importe donc de se baser sur la présence de critères associés à un risque élevé de réhospitalisation précoce. Ces critères correspondent globalement aux facteurs prédictifs cités dans le chapitre précédent. Il s'agira donc d'être vigilant et d'en tenir compte. Une évaluation médicale et sociale des patients repérés à risque doit être réalisée. Elle se fera soit en service de gériatrie par l'EGS, ou par une équipe mobile gériatrique (HAS, 2015).

Avant la sortie du patient, on préconisera également la conciliation médicamenteuse, l'éducation du patient et de son entourage, la création d'un plan de sortie fondé sur l'évaluation médicale et sociale du patient ainsi que la programmation de rendez-vous de suivi. (Hansen et al., 2011 ; Boutwell et Hwu, 2009 ; Rutherford et al., 2012)

Au moment de la sortie, on s'assurera de la transmission en temps utile des informations au médecin traitant et de la remise de directives et de documents au patient le jour même de la sortie. Il est également recommandé d'avoir un même dispensateur de soins à l'hôpital et en ville ainsi que d'assurer l'accompagnement du patient par un « navigateur » pendant la transition hôpital/domicile. Ce dernier point sera davantage discuté dans le chapitre relatif à la discussion du cadre pratique. (Hansen et al., 2011 ; Boutwell et Hwu, 2009 ; Rutherford et al., 2012)

Après la sortie, un suivi précoce à domicile par l'équipe de proximité, un suivi par téléphone, et l'accès à une hotline par le médecin traitant doivent être mis en place. (Hansen et al., 2011 ; Boutwell et Hwu, 2009 ; Rutherford et al., 2012 ; Parker et al., 2002).

Dans le cadre du PSG, décrit dans le chapitre précédent, beaucoup de ces interventions sont déjà partiellement opérées, notamment par le biais du plan de soins individuel remis à la

sortie. Ce dernier point va être abordé dans le chapitre suivant afin de mettre en lumière son rôle dans la sortie d'hospitalisation.

5. LE PLAN DE SOINS REDIGE A LA SORTIE D'HOSPITALISATION

Dans ce chapitre, nous aborderons le plan de soins individuel rédigé à la sortie d'hospitalisation tel qu'il est décrit dans l'Arrêté Royal de 2007. Il sera envisagé d'un point de vue plus pratique dans le chapitre suivant.

Dans le cadre du programme de soins pour le patient gériatrique décrit dans l'Arrêté Royal de 2007, un plan de soins individuel doit être rédigé durant la prise en charge hospitalière. Celui-ci constitue une mise en application de la fonction de liaison externe gériatrique qui a pour but d'assurer la continuité des soins. *« Pour chaque patient gériatrique, admis en service de gériatrie, l'équipe concernée établit un plan de soins pluridisciplinaire concernant le diagnostic, le traitement et la réadaptation fonctionnelle éventuelle. Ce plan de soins fait intégralement partie du dossier du patient et est transmis au moment de la sortie au médecin généraliste traitant. »* (AR 29/01/2007, art. 24, p.6).

Ce plan de soins remis à la sortie du patient concerné est appelé plus communément la lettre de sortie ou encore le courrier de sortie. Il est rédigé par le médecin gériatre en partenariat avec d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire gériatrique, lors de concertation pluridisciplinaire. On y retrouve en effet, en fonction des nécessités du patient, une annexe rédigée par l'assistant sociale, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le diététicien, la psychologue, le pharmacien, la logopède, l'infirmière. Ce plan de soins est discuté lors des concertations pluridisciplinaires. Comme mentionné dans l'article 25 de l'Arrêté Royal : *« L'équipe gériatrique pluridisciplinaire organise, au moins chaque semaine, une concertation pluridisciplinaire concernant les patients gériatriques. À cette concertation sont également conviés, pour les patients qui les concernent, le médecin généraliste traitant ainsi que les autres médecins ou prestataires de soins impliqués dans le traitement du patient. S'il s'agit d'un patient gériatrique admis dans un autre service que le service de gériatrie, l'infirmier en chef et le médecin du service concerné sont également conviés à la concertation. »* (AR 29/01/2007, art. 25, p.6)

La transition entre les soins hospitaliers et ambulatoires constitue une étape délicate de la prise en charge médicale d'un patient. Soigner cette transition est un objectif à atteindre, surtout en gériatrie. En effet, gardons à l'esprit que l'hospitalisation ne représente qu'un court laps de temps dans la vie de la personne âgée, même si beaucoup d'événements s'y passent. Avant et après l'hospitalisation, la personne âgée retrouvera (ou non) son environnement d'origine ainsi que ses soignants habituels. Pour assurer la continuité et la qualité des soins après l'hospitalisation, la transmission de ce plan de soins adressé au médecin traitant est nécessaire. Elle favorise la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge médicale (AR 29/01/2007).

6. LE SERVICE DE GERIATRIE AUX CUSL

Ce travail de recherche a pour objectif d'apporter des éléments de réponse à la question : « Etude rétrospective des facteurs prédictifs de réhospitalisation des patients admis dans les unités de gériatrie aux CUSL : comment le plan de soins individuel rédigé à la sortie d'hospitalisation prend-il en compte le risque de réhospitalisation ? ». Pour pouvoir y répondre, la première partie (chapitre 2 à 5) a apporté de nombreux éléments théoriques relatifs aux PSG, aux réhospitalisations et au plan de soins rédigé à la sortie. Ce nouveau chapitre a pour but de décrire le contexte concret dans lequel se produisent les réhospitalisations que nous allons étudier dans la partie pratique, à savoir le service de gériatrie des Cliniques universitaires Saint-Luc. La majorité des informations provient du manuel gériatrique pluridisciplinaire (CUSL, 2018), d'une réunion à laquelle nous avons eu la chance de participer avec les responsables des MRS faisant partie du réseau de collaboration (compte-rendu voir annexe 2) et enfin de nos observations en tant qu'infirmière de terrain dans le service de gériatrie.

6.1. Présentation du service de gériatrie

Aux sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, les cinq composantes du PSG sont présentes, à savoir : le service de gériatrie, la liaison interne gériatrique, l'hospitalisation de jour gériatrique, la consultation gériatrique et la liaison externe gériatrique.

Le service de gériatrie est constitué de deux unités d'hospitalisation gériatrique : l'U23 et l'U24. Ces unités d'hospitalisation disposent de 48 lits agréés. Elles accueillent chaque année aux alentours de 1100 patients. La durée de séjour moyen dans le service de gériatrie était de 16.7 jours en 2018. Le taux de réhospitalisation des personnes âgées n'a cependant pas été étudié depuis plusieurs années. (CUSL, 2018)

6.2. Le repérage des patients gériatriques à haut risque

L'U23 et l'U24 assurent une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la personne âgée de plus de 75 ans poly-pathologique présentant une perte d'autonomie. Ces deux unités visent un double objectif. Le premier est d'accueillir les patients aigus admis directement en gériatrie depuis la salle d'urgence ou à la demande du médecin traitant. Le second est de prendre en charge les patients subaigus dont l'hospitalisation a débuté dans d'autres unités non gériatriques mais nécessitant une équipe pluridisciplinaire soucieuse de leurs fragilités (CUSL, 2018). Selon les derniers chiffres publiés en 2017 dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire, parmi les 1138 admissions en gériatrie (U23 et U24), 55% de celles-ci sont issues des urgences, 24% du médecin traitant et 21% de transferts d'autres services (CUSL, 2018).

Au vu des différents modes d'admission, plusieurs procédés de repérage ont été mis en place afin de filtrer la population âgée. Les patients à profil gériatrique sélectionnés seront potentiellement hospitalisés dans le service de gériatrie et bénéficieront ainsi d'une évaluation globale standardisée. Ces procédés sont expliqués brièvement ci-dessous et détaillées en annexe 3.

Premièrement, si le patient réside dans un service autre que la gériatrie, le score ISAR (« identification systémique des aînés à risque ») est complété dans l'anamnèse infirmière informatisée dès l'admission dans le service en question. Deuxièmement, lorsque le malade est admis via les urgences, un score de dépistage des critères du profil gériatrique, en cours de test depuis avril 2019, lui est attribué. Une troisième disposition, cette fois téléphonique (l'*hotline*), permet aux médecins traitants de prendre contact avec les gériatres. Ensemble, ils discuteront de la situation globale du patient (médicale, sociale, fonctionnelle, ...) qui justifierait une admission en service de gériatrie. L'*hotline* peut également être utilisée par

n'importe quel médecin (urgentiste, de l'étage) qui se poserait d'éventuelles questions d'ordre gériatrique concernant un patient.

Qu'il s'agisse d'une admission à la demande du médecin traitant, des urgences ou d'un autre service, seul un gériatre peut accepter un patient dans une des deux unités. Son choix est basé sur plusieurs critères. Le premier est la disponibilité des lits. Les services de gériatrie sont des services qui tournent à plein régime, il est rare qu'un lit reste vide plus d'une journée. De ce fait, tous les patients devant initialement être hospitalisés en gériatrie ne peuvent pas l'être. Le second critère tient compte des caractéristiques du patient. À âge égal, on va se poser la question de la présence ou non de fragilités gériatriques sur base des critères du profil gériatrique tel que décrit dans l'Arrêté Royal de 2007.

Il arrive qu'un patient évalué fragile n'ait pu être hospitalisé en gériatrie. Dans ce cas, les dispositions citées ci-dessus auront tout de même permis de lui porter une attention spécifique et de déclencher d'autres alternatives comme le service de liaison interne gériatrique ou encore l'hospitalisation de jour gériatrique.

6.3. L'équipe pluridisciplinaire

Dans les services de gériatrie aux CUSL, le travail en équipe pluridisciplinaire est mis en avant. En effet, même si chaque fonction possède des compétences propres, une fois assemblées elles deviennent complémentaires et s'intègrent les unes aux autres. Cette dynamique permet d'apporter une plus-value dans la prise en charge du patient gériatrique hospitalisé. Nous retrouvons donc plusieurs intervenants dans les unités de gériatrie : médecins gériatres, assistants gériatres, infirmiers (spécialisés en gériatrie ou non), aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététicienne, logopède, psychologue, assistantes sociales, pharmaciennes cliniciennes, assistants logistiques, aides infirmières administratives.

Dans le cadre de l'EGS, ces équipes vont façonner un environnement de soins adapté aux personnes âgées fragiles, afin de prévenir au maximum le déclin fonctionnel et ainsi réduire les institutionnalisations et les réhospitalisations (CUSL, 2018). Par exemple, différentes mesures hospitalières ont été conçues pour permettre au patient d'éviter les chutes (chaussettes antidérapantes, mobilisation fréquente, contention adaptée,...), de favoriser son autonomie, d'améliorer la continence, la mobilisation, la nutrition, les AVJ,...

6.4. La concertation pluridisciplinaire

Toute l'équipe travaille à l'élaboration d'un plan de soins. Il est propre à chaque patient gériatrique et discuté lors des concertations pluridisciplinaires organisées une fois par semaine au sein de chaque unité. Au cours de ces réunions, toutes les disciplines mentionnées dans le point précédent sont représentées. Chaque patient présent dans l'unité est passé en revue afin d'évaluer sa situation et de (re)planifier une prise en charge. Plusieurs objectifs peuvent être visés : (re)définir le projet thérapeutique, discuter du bilan médical, du suivi thérapeutique, du suivi et de l'adaptation diététique, de la revalidation, de la sortie ou encore du transfert. Afin de suivre l'évolution du patient et des décisions prises concernant sa prise en charge, l'infirmière présente à la réunion remplit chaque semaine un document propre à chaque patient intitulé : « Suivi pluridisciplinaire en gériatrie ». Celui-ci permet d'avoir une trace écrite de tous les éléments soulevés lors des réunions par les différentes disciplines, à savoir : les aspects médicaux, infirmiers, de la mobilité et des AVJ, cognitifs, psychologiques, sociaux, de la nutrition et médicamenteux.

Ces concertations pluridisciplinaires ont pour but ultime de concevoir un plan de soins et de le mettre à jour hebdomadairement, afin de s'assurer que l'ensemble des membres de l'équipe s'accordent sur une prise en charge respectant le projet du patient. On retrouvera les éléments du plan de soins dans le rapport de sortie d'hospitalisation.

6.5. La liaison gériatrique externe

La liaison externe gériatrique comporte tout l'aspect relationnel qu'il y a entre le service de gériatrie aux CUSL (U23, U24) et les possibilités de soins avant et après l'hôpital. Cela inclut des partenariats et des réseaux de collaboration avec diverses structures de soins (comme les services de revalidation, les maisons de repos et de soins, les médecins traitants, les services de soins à domicile, etc.). Ceux-ci sont détaillés en annexe 4. La liaison externe nécessite un partenariat fort avec le service social permettant ainsi aux unités de gériatrie de bénéficier de toutes les relations tissées avec les acteurs de première ligne depuis de longues années (CUSL, 2018). L'assistante sociale est d'ailleurs présente aux réunions pluridisciplinaires hebdomadaires durant lesquelles elle joue un rôle primordial dans la sortie d'hospitalisation.

Les collaborations sont faites à titre individuel et non avec des groupes. Les accords avec les MRS sont pensés avec l'objectif d'avoir un panachage comprenant des MRS privées, des MRS qui dépendent des CPAS et des ASBL. L'objectif de ces consensus est d'avoir une représentativité du secteur, mais aussi du bassin de soins (les accords de collaboration sont réalisés dans les environs). Deux fois par an, une réunion est organisée avec tous les intervenants de la liaison externe comme stipulé dans l'Arrêté Royal. Lors de ces réunions, les participants travaillent autour d'un thème (exemple voir annexe 2). Dernièrement, il a justement été question de la transmission d'informations nécessaire à la continuité des soins : quand une MRS accueille un nouveau résident, de quelles informations provenant de l'hôpital a-t-elle besoin? et inversement.

Au sein des types d'accords susmentionnés, il s'agit d'une liaison au niveau macro. On pourrait également s'intéresser à la liaison d'un point de vue plus individuel, avec le management des sorties. Une coordination précise pourrait être effectuée dans chaque cas entre l'équipe hospitalière (où l'assistante sociale et le gériatre jouent un rôle particulier) et l'extérieur de l'hôpital.

Certaines initiatives allant dans ce sens sont déjà mises en place en gériatrie (détails en annexe 5) :

- Lorsqu'un patient est institutionnalisé, l'assistante sociale contacte toujours la MRS avant sa sortie. Il arrive qu'une infirmière de la MRS vienne voir un soin de plaie plus particulier à l'hôpital.
- L'échelle d'évaluation Katz est utilisée pour la transmission d'information aux soins à domicile et aux MRS lorsqu'il s'agit d'un nouveau résident. Elle permet de déterminer le degré de dépendance des patients en évaluant leurs capacités dans 6 domaines de la vie quotidienne. Il s'agit d'un simple document écrit avec des scores. Cela ne permet pas de transposer la réalité des capacités fonctionnelles du patient. (Mazowiecki, 2007). Une macrocible de sortie est également réalisée par l'équipe infirmière. Celle-ci comprend principalement les capacités fonctionnelles du patient mais aussi les protocoles de pansement, le cas échéant.
- Si le patient est suivi par la croix jaune et blanche en Flandres, il arrive que la responsable vienne le voir à l'hôpital. Cependant, cette dernière ne s'informe pas toujours de la situation médicale actuelle auprès des gériatres.

- AUXAD, pour Auxiliaires d'accompagnement à domicile, est un service des Cliniques avec lequel la gériatrie travaille depuis plusieurs années. Il a été créé pour soutenir la personne fragilisée et son entourage au moment charnière du retour à domicile, avec pour objectifs d'assurer une continuité du suivi et de prévenir les réhospitalisations précoces. Son intervention se fait en complémentarité des services du domicile et pour un temps limité, soit jusqu'à la stabilisation de la situation du patient. (Beudelot, 2013)
- L'équipe Interface a été mise sur pied pour permettre aux patients qui relèvent de soins palliatifs, de rentrer chez eux et d'y être soignés dans les meilleures conditions possibles. Elle se déplace à leur domicile et travaille avec le médecin généraliste et les soignants qui dispensent des soins au quotidien, dans un esprit de consultance, de partenariat et de continuité (CUSL, 2019).

Même si la prise de contact entre le gériatre et les soins à domicile avant la sortie d'hospitalisation du patient serait idéale, ce n'est dans les fait pas toujours possible. En effet, il est difficile de savoir à l'avance quelles structures le patient et sa famille vont choisir (mutuelle, CPAS, secteur privé).

Au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, cette transition davantage centrée sur la personne n'est pas encore suffisamment développée. Actuellement, nous n'en sommes qu'aux prémices, cités ci-dessus. Pour aller plus loin, il importerait de faire le lien entre l'hôpital et le domicile via des interlocuteurs privilégiés qui seraient déjà approchés durant l'hospitalisation.

6.6. Le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation

En vue d'assurer la continuité des soins, un plan de soin individuel est rédigé à la sortie d'hospitalisation. Celui-ci est entamé dès l'admission du patient et se clôture lors de la dernière concertation pluridisciplinaire précédant la sortie du patient. Il est rédigé par le gériatre, en collaboration avec les autres intervenants comme mentionné précédemment.

Lorsque la personne âgée quitte une des unités de gériatrie, un document nommé « Rapport d'hospitalisation en gériatrie » est formulé. Afin de pouvoir mieux appréhender ce document, nous avons glissé en annexe 6 un aperçu d'un rapport vierge . Précisons toutefois que ce rapport peut fortement varier d'un patient à un autre en fonction de la situation médicale.

Majoritairement, il reprend les éléments suivants :

- Présentation du motif d'admission avec l'histoire des symptômes, de la maladie, des anciennes hospitalisations et un bref rapport des urgences.
- Situation préalable : lieu de vie, famille, aides, situation fonctionnelle, les antécédents médicaux et chirurgicaux.
- Admission en gériatrie : examen clinique, biologie.
- Evaluations : examens réalisés durant l'hospitalisation, les bilans gériatriques (médicaments, bilan fonctionnel, cognitif, locomoteur, nutrition, ...).
- Evolution : événements clés survenus durant l'hospitalisation.
- Conclusion : présentation de tous les problèmes de santé du patient durant son hospitalisation et les conséquences, présentation de nouveaux diagnostics que présente encore le patient à sa sortie.
- Plan de soins proposé.

Le dernier point cité, « Plan de soins proposé » va particulièrement nous intéresser. Il consiste en effet à répertorier toutes les recommandations à suivre après la sortie d'hospitalisation du patient. Celles-ci sont suggérées par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et comprennent :

- Les surveillances : les points d'attention basés sur la situation médicale du patient. Ces points devront être surveillés par la suite (exemples : poids, diarrhées, fonction rénale, ...).
- Les soins : par qui? Combien de fois par jour? Pour quoi faire?
- Fonctionnel (AVJ) : le patient aura besoin de qui? Pour quoi faire ?
- Locomoteur : revalidation à la marche?
- Cognitif : réévaluation en externe ?
- Nutritionnel : conseils (Fractionner repas ? Alimentation plaisir? Stimuler l'alimentation? Adaptation du régime ? Epaissir les liquides?
- Social: retour où? Centre de jour? MRS? Si domicile, quelles aides mises en place? À quelle fréquence?
- Médicaments: changements (médicaments instaurés, modifiés, arrêtés et justification).

Le service de gériatrie à Saint-Luc porte attention à la réconciliation médicamenteuse. Il s'agit de reprendre la liste des médicaments à l'entrée d'hospitalisation du patient et de l'adapter

(supprimer les médicaments inutiles, changer certains dosages, ...). Une liste claire des médicaments est remise au patient à sa sortie comprenant les informations suivantes : nom du médicament/ heure de prise / indication/ commentaires (nouveau dosage, prise pendant 10 jours, ...). Cette initiative permet de réduire les réhospitalisations pour effets indésirables médicamenteux comme nous l'avons souligné précédemment.

6.7. La continuité des soins

Le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation permet de transmettre les informations médicales à la seconde ligne de soins. Dans le cas d'un retour à domicile après l'hospitalisation d'un patient, l'échange d'information avec son médecin traitant est essentiel. L'Arrêté Royal de 2007 suggère d'ailleurs la présence de ce dernier aux concertations pluridisciplinaires. Dans les faits, à Saint-Luc, sa participation n'est pas réalisable. En effet, étant donné que tous les patients du service sont étudiés lors des concertations, il ne serait pas envisageable d'inviter les médecins traitants de l'entière des patients à se présenter chaque semaine dans le service en question. De même que les médecins traitants n'auraient de toute façon pas la possibilité de se libérer à cette fréquence en pleine journée. De ce fait, afin de garantir l'échange d'information, le gériatre contacte le médecin traitant via un appel téléphonique, au minimum une fois avant la sortie d'hospitalisation de son patient. Il arrive malgré tout que cette communication ne puisse être réalisée, par exemple si le médecin traitant ne répond pas à l'appel. Dans ce contexte, l'*hotline* peut alors intervenir et permettre au médecin traitant de pouvoir recontacter un gériatre dans les suites d'hospitalisation de son patient, et de récolter des informations. Cette manière de faire permet d'éviter une perte de qualité du renseignement transmis, ce qui serait le cas avec le simple rapport d'hospitalisation écrit.

Lorsqu'un patient est plus critique et nécessite une discussion plus approfondie de son cas, le médecin traitant sera tout de même invité à venir dans le service afin de participer à une « réunion de famille ». Lors de ces rencontres, le patient, son entourage, le médecin traitant et le gériatre ainsi qu'éventuellement un autre soignant discutent du cas du patient et de son projet de vie.

L'échange de données à l'admission et à la sortie du patient se fait également par le biais de moyens techniques comme les plateformes électroniques (la plateforme E-health ou le réseau

santé wallon et Vitalink en Flandre). Elles permettent un échange de documents de santé informatisés (résultats d'examens, rapports médicaux, courriers, etc.) entre les prestataires de soins intervenant pour un même patient. Tout médecin peut y accéder. (SPF santé publique, 2013)

Au sein de l'hôpital Saint-Luc, c'est via le dossier médical informatisé du patient que circulent les informations. En 2020, le nouveau programme TPPII (trajet patient intégré et informatisé) sera mis en place. Il permettra de centraliser et d'uniformiser toutes les informations des différents services.

7. CONCLUSION DU CADRE THEORIQUE

Cette première partie théorique avait pour objectif d'une part, de préciser le cadre conceptuel de notre recherche, en décrivant les éléments théoriques spécifiques à notre problématique, et d'autre part de préciser le contexte dans lequel se déroule notre recherche.

Le second chapitre traitait le vieillissement de la population et son impact sur le système hospitalier. Nous avons constaté que la présence accrue de la population âgée au sein de l'hôpital constitue un enjeu majeur, car celle-ci devra bénéficier d'une approche gériatrique spécifique. De plus, nous avons compris que le déclin fonctionnel était une complication fréquente des hospitalisations et qu'à son tour, celui-ci occasionnait entre autres un risque élevé de réhospitalisation.

Le troisième chapitre avait pour but de définir théoriquement le programme de soins pour le patient gériatrique (PSG). Nous avons abordé le profil gériatrique, caractérisant la population des unités d'hospitalisation gériatriques. Nous avons défini l'EGS et les bénéfices qu'elle apporte en service de gériatrie. Nous avons clôturé par l'explication de la liaison gériatrique externe et ce que cette fonction apporte à la sortie d'hospitalisation d'un patient.

Le quatrième chapitre traitait des réhospitalisations. Dans un premier temps, nous avons défini la réhospitalisation évitable comme une réhospitalisation non-programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent. Nous avons ensuite présentés les facteurs prédictifs de réhospitalisations précoces, entre 1 et 3 mois, tardives. Globalement, deux catégories ont été mises en avant : les facteurs médicaux (une maladie du système circulatoire, une maladie du système respiratoire, une maladie affectant le système génito-urinaire, la comorbidité, ...) et

les facteurs liés au déclin fonctionnel (dépendance à l'alimentation, à la mobilité, dans les soins personnels, escarre, ...). De plus, nous avons remarqué que certains facteurs prédictifs pouvaient être modifiables (les prescriptions médicamenteuses, le déclin fonctionnel, les escarre, ...), d'autres non modifiables (âge, le veuvage, la comorbidité, ...), et abordé la possibilité de les moduler ou pas. Pour terminer, nous avons présenté les interventions avant, pendant et après la sortie d'hospitalisation, associées à la prévention des réhospitalisations. Cette dernière partie a montré que plusieurs interventions étaient, d'une certaine manière, mises en place dans le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation. De cette réflexion se sont dégagées quelques pistes d'amélioration de la préparation à la sortie d'hospitalisation d'un patient. Nous avons ensuite abordé théoriquement le plan de soins rédigé la sortie d'hospitalisation dans le chapitre cinq à partir de l'AR du 29/01/2007.

Enfin, le sixième et dernier chapitre abordait le cas du service de gériatrie des Cliniques universitaires Saint-Luc, contexte dans lequel notre recherche s'est inscrit.

Sur base de ces éclaircissements et de l'apports de ces éléments théoriques, nous avons pu apporter plusieurs éléments de réponse à notre problématique : « Comment le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation prend-il en compte le risque de réhospitalisation ? » :

- Etant élaboré en équipe, le plan de soins intervient sur la situation globale du patient (médicale, fonctionnelle, sociale, psychique, etc.), il peut donc potentiellement intervenir sur tous les éléments modifiables favorisant les réhospitalisations.
- En détaillant les facteurs prédictifs de réhospitalisation, nous avons mis en évidence certains points d'attention dont le plan de soins doit tenir compte à la fin de l'hospitalisation, en vue de les éviter. Ce sont ces facteurs prédictifs et ces points d'attentions que nous allons tenter d'associer statistiquement aux réhospitalisations dans notre cadre pratique.
- Dans le cadre de sortie d'hospitalisation, d'autres mesures s'ajoutent au plan de soins pour assurer la continuité des soins et éviter ainsi les réhospitalisations (les réunions de famille, l'appel au médecin traitant, les collaborations avec la première ligne, ...).

DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE

La première partie de ce mémoire avait pour objectif de décrire le cadre théorique de notre étude rétrospective des facteurs prédictifs de réhospitalisation des patients admis dans les unités de gériatrie aux CUSL. La finalité de cette étude étant de savoir “comment le plan de soins individuel rédigé à la sortie d’hospitalisation prend-il en compte le risque de réhospitalisation?”, ce cadre théorique a permis de définir les éléments clés relatifs aux facteurs prédictifs de réhospitalisation, au PSG et au plan de soins rédigé à la sortie d’hospitalisation. Nous avons pu constater que ce dernier pouvait théoriquement avoir un impact positif sur le risque de réhospitalisation.

Cette deuxième partie décrit une approche statistique de notre problématique et a pour but d’apporter des éléments de réponses complémentaires à notre question de recherche. C’est sur base des données issues des dossiers médicaux informatisés des patients hospitalisés dans le service de gériatrie aux CUSL que se déroulera notre étude. Nous nous intéresserons aux facteurs prédictifs de réhospitalisation non programmée à 6 mois. Ceux-ci seront classés en 3 catégories : les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques fonctionnelles et médicales et les caractéristiques relatives au plan de soins rédigé à la sortie d’hospitalisation. Nous allons commencer par décrire les objectifs de la recherche statistique puis nous exposerons la méthodologie utilisée et enfin, nous présenterons les résultats de la recherche.

Dans notre discussion, nous porterons finalement une réflexion sur nos principaux résultats et sur la question suivante : « Quelles pistes d’amélioration pouvons-nous suggérer au plan de soins rédigé à la sortie d’hospitalisation afin de réduire les réhospitalisations inopinées en favorisant la continuité des soins ? ».

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Avant de développer la description de la méthodologie utilisée, il est important de détailler les objectifs sur lesquels sont basés cette recherche statistique. Ceux-ci ont permis de construire la méthodologie de collecte de données.

Les objectifs principaux sont de :

- Déterminer les taux de réhospitalisation non-programmée à 30 jours (précoce), à 3 mois et à 6 mois (tardive) dans le service de gériatrie aux CUSL.
- Déterminer les facteurs prédictifs de réhospitalisation non-programmée à 6 mois dans le service de gériatrie aux CUSL.

Les objectifs secondaires sont de :

- Caractériser la population de patients réhospitalisés de manière non-programmée.
- Analyser les éléments du plan de soins mis en place à la sortie de l'hospitalisation index.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Choix de la méthode

Cette recherche a été réalisée sur la base méthode quantitative de collecte des données. Seule la méthode quantitative permet une telle investigation qui vise à utiliser des outils d'analyse statistiques, en vue de décrire, d'expliquer et prédire des phénomènes (Martin, 2012). Dans notre étude, ce choix nous permet d'examiner les relations entre certaines variables au sein de notre population, c'est-à-dire de déterminer les facteurs prédictifs des réhospitalisations présents en service de gériatrie à Saint-Luc.

2.2. Type d'étude

Notre étude a étudié des variables concernant les patients admis entre le 1er août 2018 et le 31 octobre 2018 dans les deux unités d'hospitalisation de gériatrie aux CUSL. Cette étude est :

- Rétrospective : elle se base sur l'acquisition de données anciennes présentes dans les dossiers médicaux de la population ciblée par l'étude. Il n'y a pas d'interaction directe entre l'investigateur et les patients (Maher, 2009).

- Monocentrique : elle est réalisée uniquement dans les 2 unités d'hospitalisation de gériatrie aux CUSL.
- Cohorte : les sujets sont répartis en groupes en fonction de leur exposition réhospitalisés/non-réhospitalisés) (Maher, 2009).
- Non-interventionnelle : il n'y a pas d'action proprement dite même si nous proposerons des suggestions d'actions dans la discussion.

2.3. Echantillonnage

2.3.1. Critères d'inclusion des patients

Nos critères d'inclusion étaient :

- Tous les patients admis dans une des 2 unités de gériatrie des CUSL entre le 1er août 2018 et le 31 octobre 2018.
- Concernant les réhospitalisations, nous avons inclus uniquement les réhospitalisations non-programmées s'étant produites endéans les 6 mois suivant la sortie d'hospitalisation index.

2.3.2. Critères d'exclusion des patients

Nos critères d'exclusion étaient :

- Les patients sortis contre avis médical lors de l'hospitalisation index.
- Les patients dont les comptes-rendus d'hospitalisation n'ont pas été retrouvés.
- Les patients décédés durant l'hospitalisation index.
- Un patient transféré vers un autre hôpital (dans le cas d'une sortie anticipée), car le rapport d'hospitalisation ne sera pas complet.
- Concernant les réhospitalisations, nous avons exclus les réhospitalisations programmées à la suite de l'hospitalisation index et les patients réhospitalisés dans une autre institution. Nous avons également exclus les patients retransférés plusieurs fois en gériatrie. Par exemple, un patient hospitalisé en gériatrie est transféré en soins intensifs, puis est retransféré en gériatrie. Dans ce cas, cela ne sera pas compté comme une réhospitalisation.

2.3.3. Description de la population étudiée

La population étudiée est illustrée par la figure 1 ci-dessous.

254 séjours pour les 2 unités d'hospitalisation (135 pour l'U23 et 120 pour l'U24) ont été comptabilisés pour la période du 1er août 2018 au le 31 octobre 2018. En soustrayant les séjours de réhospitalisation au cours de ces 3 mois, nous obtenons 241 patients :

- 127 patients hospitalisés pour la première fois (H0) à l'U23.
- 114 patients hospitalisés pour la première fois (H0) à l'U24.

Une fois les 17 patients décédés au cours de l'H0 déduits, il nous restait 224 patients à la sortie d'H0. C'est finalement cette population de 224 patients que nous avons suivi durant les 6 mois suivant leur première hospitalisation.

Au total, nous avons recensé 58 patients réhospitalisés de manière non programmée:

- 21 patients réhospitalisés de 0 à 1 mois.
- 23 patients réhospitalisés de 1 à 3 mois.
- 14 patients réhospitalisés de 3 à 6 mois.

Parmi ces 58 patients réhospitalisés, 14 ont été réhospitalisés plusieurs fois dans les 6 mois suivant l'H0. Au cours des 6 mois suivant l'H0, 42 patients sont décédés.

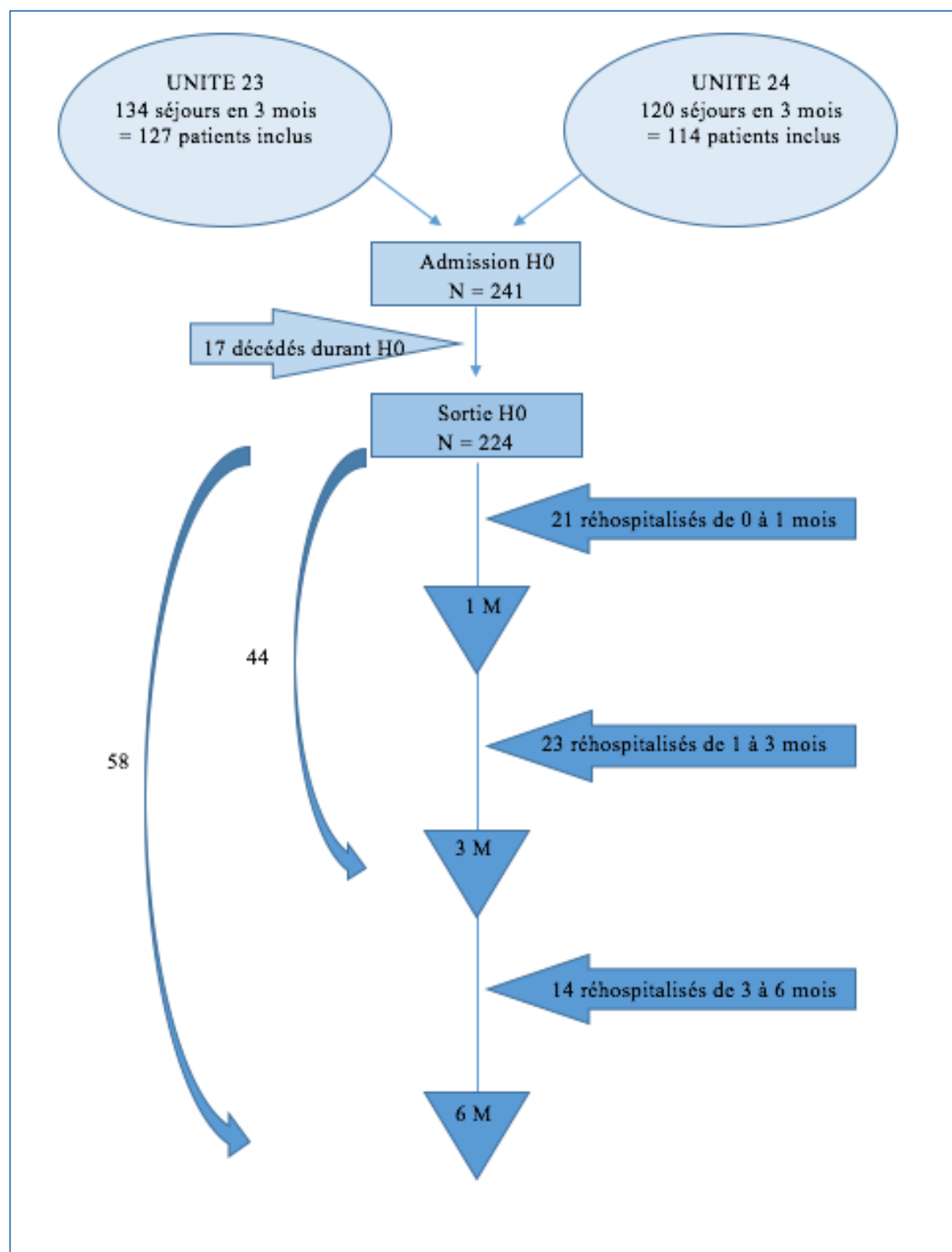
Dans notre étude, nous avons scindé la population étudiée (N=224) en 2 groupes :

- Les patients qui ont été réhospitalisés endéans les 6 mois suivant l'H0 (n=58).
- Les patients qui n'ont pas été réhospitalisés endéans les 6 mois suivant l'H0 (n=166).

Ces 2 groupes seront décrits et comparés statistiquement.

Nous devons préciser qu'un biais de sélection est présent. Le nombre de patients réhospitalisés est sous estimé étant donné que nous n'avons compté que les réhospitalisation non programmées de Saint-Luc. Or, les patients ont peut-être été réhospitalisés dans un autre hôpital. De même pour les patients décédés, nous ne disposons que des décès s'étant produits à Saint-Luc ou qui ont été signalé au gériatre.

Figure 1. Flow chart présentant la population étudiée



2.4. Collecte des données

Le recueil des données a été réalisé en deux temps.

Premièrement, nous avons demandé aux secrétaires des 2 services de gériatrie de recenser dans leur service respectif les noms de tous les patients admis entre le 1er août 2018 et le 31 octobre 2018. Ceux-ci ont constitué notre population de départ de l'étude (hospitalisation index, Ho).

Une fois la sélection faite, nous avons collecté nos données à partir du dossier médical informatisé du patient via le programme informatique «Medical explorer» disponible aux CUSL. Plus particulièrement, nous avons utilisé le document intitulé « Rapport d'hospitalisation en gériatrie ». Il s'agit d'un document rédigé tout au long de l'hospitalisation et qui est finalisé à la sortie d'hospitalisation du patient, comme expliqué dans la partie théorique. Nous avons joint en annexe 6 un document vierge semblable à ce rapport d'hospitalisation. Grâce à celui-ci, nous avons pu recenser toutes les informations relatives à nos variables de recherche : les facteurs prédictifs de réhospitalisation et le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation. Pour chaque patient, nous avons consulté le rapport d'hospitalisation de l'H0 et le cas échéant, le rapport d'hospitalisation de la réadmission. Nous avons aussi consulté la fiche signalétique informatique de chaque patient pour quelques variables.

2.5. Accord du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL

Nos données de patients sont issues de dossiers médicaux informatisés confidentiels. Le projet a été accepté par le comité d'éthique des CUSL (voir annexe 7).

2.6. Choix des variables

Nous avons sélectionné nos variables à partir du point théorique : « Facteurs prédictifs de réhospitalisation » rédigé dans le cadre théorique. En effet, chaque variable étudiée décrit la population et/ou illustre potentiellement un facteur prédictif de réhospitalisation. Certaines variables ont également été choisies pour caractériser les éléments du plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation afin d'évaluer comment celui-ci est mis en place à la sortie d'H0.

La plupart des variables sont issues du rapport d'hospitalisation de l'H0. Lorsque cela n'est pas le cas, nous le mentionnerons dans les tableaux ci-dessous. Nous avons également choisi des variables pour lesquelles nous savions trouver l'information dans le rapport d'hospitalisation disponible sur *Medical explorer*.

Ci-dessous se présentent les variables que nous avons analysées statistiquement. Chaque variable a été décrite et localisée dans *Medical explorer*.

2.6.1. Les caractéristiques socio-démographiques

Le tableau 1 ci-dessous présente les variables socio-démographiques étudiées. Trois variables (mode d'admission, durée d'hospitalisation et hospitalisation dans les 6 derniers mois) ne sont pas des données socio-démographiques mais ont tout de même été insérées dans cette catégorie à défaut de ne pas correspondre aux autres.

Tableau 1. Description des variables relatives aux caractéristiques socio-démographiques

Variables	Description de la variable	Où trouver l'information ?
Âge	Âge du patient en années.	Première page du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Sexe	Sexe du patient.	Première page du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Féminin		
- Masculin		
Mode d'admission	Voie d'entrée par laquelle le patient a été admis en gériatrie.	Première page du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Urgences	Le patient est arrivé aux urgences et est ensuite hospitalisé en gériatrie.	
- Transfert d'un autre service	Le patient a été hospitalisé dans un autre service ou un autre hôpital et est ensuite hospitalisé en gériatrie.	
- Sur demande du généraliste	Le médecin traitant a contacté le gériatre et le patient a été directement hospitalisé en gériatrie.	
Durée d'hospitalisation	Durée de l'hospitalisation index en jours.	Première page du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Etat matrimonial	Etat matrimonial du patient.	Point « Situation gériatrique » (dans « Situation
- Veuvage ou séparé		

- Marié ou en couple		préalable ») du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Isolement social	Entourage proche et présent du patient (amical, familial, voisin,...) ?	Point « Situation gériatrique » (dans « Situation préalable ») du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Absence d'entourage proche	Le patient n'est pas entouré. Il est en isolement social.	
- Présence d'entourage proche	Le patient est bien entouré. Le(s) proche(s) sont présents et disponibles pour le patient.	
Lieu de vie	Lieu de vie habituel du patient.	Point « Situation gériatrique » (dans « Situation préalable ») du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Seul au domicile	Le patient vit seul dans un appartement ou une maison. Nous avons inclus également les patients vivant seul dans une résidence rattachée à une MRS ou aucune aide ne leur est apportée, ils bénéficient uniquement du restaurant de la MRS.	
- Cohabitation au domicile	Le patient vit à son domicile avec une ou plusieurs personnes (conjoint, famille, ...) ou au domicile de quelqu'un d'autre.	
- Institution	Le patient vit en institution (MR, MRS, séniorie, ...).	
Aide de professionnels de soins au domicile	Le patient reçoit-il une aide formelle de professionnel de soins au domicile ? Nous avons inclus : infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, garde malade, dame de compagnie, intervenant pour les AVJ. Nous avons exclus : aides informelles (voisin, famille, conjoint, ...), aide-ménagère, repas livré. Cette variable n'a pas été recherchée pour les patients vivant en institution.	Point « Situation gériatrique » (dans « Situation préalable ») du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Hospitalisation dans les 6 derniers mois	Le patient a-t-il déjà été hospitalisé dans les 6 derniers mois précédant l'H0 ? (en gériatrie ou ailleurs). Les hospitalisations précédentes, s'étant produites dans un autre hôpital que Saint-Luc, n'ont pas été incluses car nous n'avons pas accès à l'information.	Fiche signalétique du patient disponible dans « Medical explorer ». Elle reprend entre autres toutes les hospitalisations du patient.

2.6.2. Les caractéristiques fonctionnelles et médicales

Le tableau 2 suivant présente les variables relatives aux caractéristiques fonctionnelles et médicales des patients.

Tableau 2. Description des variables relatives aux caractéristiques fonctionnelles et médicales

Variables	Description de la variable	Où trouver l'information ?
Statut fonctionnel avant l'hospitalisation	Evaluation de l'état fonctionnel du patient 2 semaines avant son hospitalisation index. Le but est d'évaluer la dépendance des patients avant qu'ils ne soient hospitalisés, c'est-à-dire quand ils ne sont pas en phase aiguë d'une maladie. Cela montre quel type de patients vont être hospitalisés en gériatrie.	Points « Situation fonctionnelle » (dans « Situation préalable ») et « Fonctionnel » (dans « Bilans gériatriques ») situés dans le rapport d'hospitalisation de l'H0.
- IAVJ	Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVJ) par le score de Lawton. Le score est entre 0 et 7. Plus le score est élevé, plus le patient est indépendant. (Lawton & Brody, 1969)	
- AVJ	Evaluation du niveau de dépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVJ) par le score de Katz. Le score varie entre 4 et 24. Plus le score est élevé, plus le patient est dépendant (INAMI, 2017).	
Statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation	Evaluation de l'état fonctionnel du patient à la sortie de l'hospitalisation index par le score de Katz.	Point « Fonctionnel » (dans « Bilans gériatriques ») du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Différence de statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation	Différence entre le score de Katz 2 semaines avant l'hospitalisation index et le score de Katz à la fin de l'hospitalisation index. Cela permet de mesurer le gain ou le déclin fonctionnel suite à l'hospitalisation. Si la différence est positive, le patient aura gagné en autonomie. Si la différence est négative, le patient sera plus dépendant.	Soustraction des 2 scores de Katz précédents.
Etat cognitif à la sortie d'hospitalisation	Evaluation de l'état cognitif du patient à la sortie de l'hospitalisation index. Nous nous intéressons ici de savoir si le patient présente des troubles cognitifs à la fin de l'hospitalisation index.	Points « Conclusion : problèmes de santé et diagnostics » et « Plan de soins proposé » situés à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Normal	Le patient ne présente pas de trouble cognitif.	
- Démence confirmée ou	Le patient présente une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.	

diagnostiquée pendant l'hospitalisation	Celle-ci est ancienne et confirmée avant l'hospitalisation ou bien a été diagnostiquée pendant l'hospitalisation.	
- Délirium lors de l'hospitalisation	Le patient a développé un délirium pendant l'hospitalisation qui a laissé des séquelles de troubles cognitifs à la fin de l'hospitalisation. Nous avons exclus les patients déments ayant développé un délirium, ceux-ci ont été comptés dans la catégorie précédente pour démence.	
Incontinence à la sortie d'hospitalisation	Le patient présente-t-il une incontinence urinaire et/ou fécale à la fin de l'hospitalisation index ?	Evaluation de la continence dans le score de Katz à la sortie d'hospitalisation index, située au point « Fonctionnel » (dans « Bilans gériatriques ») du rapport d'hospitalisation de l'H0. Point «Conclusion : problèmes de santé et diagnostics» situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Escarre à la sortie d'hospitalisation	Le patient présente-t-il un escarre à la fin de l'hospitalisation index ? Nous n'avons pas tenons compte du stade de l'escarre. Un escarre de stade 1 (érythème) a également été comptabilisé. Nous n'avons pas l'information de savoir si les patients étaient arrivés en gériatrie avec l'escarre ou si celui-ci a été développé durant l'hospitalisation.	Point «Conclusion : problèmes de santé et diagnostics» situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Mobilité à la sortie d'hospitalisation	Evaluation de la mobilité du patient à la sortie d'hospitalisation index. Cela nous donne un critère supplémentaire évaluant l'état fonctionnel du patient.	Evaluation de la mobilité dans le score de Katz à la sortie d'hospitalisation index, située au point « Fonctionnel » (dans « Bilans gériatriques ») du rapport
- Marche seul	Le patient est autonome pour les transferts. Il se déplace de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers. (INAMI,2017)	
- Marche seul avec une aide technique	Le patient est autonome pour les transferts mais il se déplace au moyen d'auxiliaire mécanique : béquille(s), chaise roulante,	

	canne,... (INAMI, 2017)	d'hospitalisation de l'H0.
- Marche avec l'aide d'une personne	Le patient a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements. (INAMI, 2017)	
- Ne marche pas	Le patient est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer. (INAMI, 2017)	
Nutrition	Evaluation de l'état nutritionnel du patient à la sortie d'H0. Nous avons pris le diagnostic rédigé par la diététicienne en fin d'hospitalisation.	Point «Nutrition» (dans « Bilans gériatriques ») du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Dénutrition		
- Risque de dénutrition		
- Etat nutritionnel normal		
Thymie à la sortie d'hospitalisation	Le patient présente-t-il des affects dépressifs, une dépression, de l'anxiété (ou autres maladies psychologiques ou psychiatriques) à la fin de l'hospitalisation index. Le diagnostic doit être actif, dans le sens où il a du nécessiter une intervention durant l'hospitalisation (adaptation de traitement, suivi par une psychologue, ...). Nous avons donc exclus par exemple les patients dépressifs depuis plusieurs années étant sous traitement et qui ne présentaient pas d'affects dépressifs durant l'hospitalisation.	Point «Conclusion : problèmes de santé et diagnostics» situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Comorbidité : Charlson indexé	Evaluation de la comorbidité du patient à la fin de l'hospitalisation index. Nous avons utilisé le score de Charlson indexé (De Decker, 2009). Il s'agit d'un score qui a été adapté aux personnes âgées. Le patient obtient des points en plus par tranche d'âge. Nous avons calculé ce score par nous-mêmes en nous basant sur les antécédents du patients et sur les nouveaux diagnostics de l'hospitalisation.	Point « Antécédents médicaux principaux et pertinents » (dans « Situation préalable ») du rapport d'hospitalisation de l'H0. Point «Conclusion : problèmes de santé et diagnostics» situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0.
Motif d'admission	Motif principal pour lequel le patient a été hospitalisé en gériatrie (à l'H0). Même si en gériatrie le patient a toujours plusieurs raisons d'être hospitalisé, nous avons pris le premier motif inscrit (le principal) sur la première page du rapport	Première page du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Symptômes, syndromes gériatriques, point d'appel d'organe, y		

compris le déclin fonctionnel	d'hospitalisation. Nous avons utilisé la classification internationale des maladies, 10 ^e révision (ICD10, version 2016) que nous avons quelque peu modifié (SPF, 2016).	
- Maladies du système circulatoire		
- Maladies du système respiratoire		
- Maladies du système digestif		
- Maladies du système génito-urinaire		
Diagnostic associé	Le patient a toujours un motif d'admission mais qui n'est pas toujours le diagnostic définitif. Par exemple, un patient est hospitalisé pour chute. La chute est le motif d'admission. Cependant, dans la conclusion avec les diagnostics, on trouvera le diagnostic associé, comme par exemple une pneumonie. Comme pour les motifs, il peut y avoir plusieurs diagnostics associés, nous sélectionnerons le principal. Nous avons tenu à dissocier ces 2 variables (motif et diagnostic) afin de retrouver les catégories définies comme facteurs prédictifs dans la littérature. Nous avons utilisé la classification internationale des maladies, 10 ^e révision (ICD10, version 2016) (SPF, 2016).	Point «Conclusion : problèmes de santé et diagnostics» situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Maladies du système circulatoire		
- Maladies du système respiratoire		
- Maladies du système génito-urinaire		
- Maladies du système digestif		
- Néoplasmes		

2.6.3. Caractéristiques relatives au plan de soins rédigé à la sortie

Le tableau 3 présente les variables relatives au plan de soins rédigé à la sortie de l'hospitalisation index. Nous avons choisis ces variables sur base du cadre théorique afin de cibler les éléments du plan de soins qui pourraient influencer les réhospitalisations.

Tableau 3. Description des variables relatives au plan de soins rédigé à la sortie

Variables	Description de la variable	Où trouver l'information ?
Réalisation d'une réunion de famille	Une réunion de famille a-t-elle été réalisé en cours d'hospitalisation afin de discuter du projet de vie après la sortie d'H0 ?	Point «Social» (dans « Bilans gériatriques ») du rapport

	Nous avons tenu compte uniquement des réunions formelles (en présence d'une équipe pluridisciplinaire, du patient et de sa famille) et pas des discussions informelles même si elles avaient au final le même objectif.	d'hospitalisation de l'H0.
Projet de vie	Quel est le devenir du patient après la sortie d'hospitalisation index ?	Point « Plan de soins proposé » situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0.
- Retour lieu de vie habituel (domicile/MRS)	Le patient retourne dans son lieu de vie habituel sans aucun changement, que ce soit au domicile ou dans sa MRS.	
- Mise en place ou majoration d'aides au domicile	Le patient retourne au domicile mais avec une mise place d'aide formelle de professionnels de soins ou une majoration d'aide formelle qui était déjà mise en place.	
- Institutionnalisation	Le patient est institutionnalisé après l'H0 (MR, MRS, séniorie, ...).	
- Séjour en revalidation	Le patient ira en revalidation après l'H0.	
Surveillance médicale à la sortie d'hospitalisation	Le plan de soins rédigé à la sortie d'H0 mentionne-t-il les points d'attention médicaux de l'hospitalisation index? En d'autres termes, est-ce que dans le plan de soins on tient compte de la situation médicale du patient et propose-t-on des éléments de surveillance médicale en lien avec sa situation ? On peut retrouver dans le plan de soins des points d'attention, des recommandations, des futurs rendez-vous médicaux, ...	Tout le rapport d'hospitalisation de l'H0.
Surveillance fonctionnelle à la sortie d'hospitalisation	Le plan de soins rédigé à la sortie mentionne-t-il les points d'attention fonctionnels de l'hospitalisation ? Est-ce le pan de soins tiens compte des caractéristiques fonctionnelles du patient et mentionne-t-il des points d'attention adaptés à sa situation ? Par surveillance fonctionnelle, nous entendons les éléments locomoteurs, nutritionnels, cognitifs ou autres.	Tout le rapport d'hospitalisation de l'H0.

2.6.4. Caractéristiques de la population réhospitalisée

Les variables décrites dans le tableau 4 ont été choisies pour caractériser la population réhospitalisée. Elles nous permettront également de déterminer les taux de réhospitalisation.

Tableau 4. Description des variables relatives aux patients réhospitalisés

Variables	Description de la variable	Où trouver l'information ?
Réhospitalisation	Le patient a-t-il été réhospitalisé endéans les 6 mois suivant l'hospitalisation index ?	Fiche signalétique du patient disponible dans « Medical explorer ». Elle reprend entre autres toutes les hospitalisations du patient.
Réhospitalisation en service de gériatrie	Le patient a-t-il été réhospitalisé en service de gériatrie ou dans un autre service ?	Fiche signalétique du patient disponible dans « Medical explorer ».
Délai de réhospitalisation	Quel était le délai entre le dernier jour de l'hospitalisation index et le premier jour de la réhospitalisation ? Cela permettra de déterminer le taux de réhospitalisation précoce, entre 1 et 3 mois et tardive.	Fiche signalétique du patient disponible dans « Medical explorer ».
- 0 à $\leq$ 1 mois		
- > 1 mois à $\leq$ 3 mois		
- > 3 mois à $\leq$ 6 mois		
Motif de réadmission	Nous avons pris les mêmes catégories de maladies que les motifs de l'hospitalisation index.	Première page du rapport d'hospitalisation de la réhospitalisation.
Lien entre le motif d'admission de l'H0 et de la réhospitalisation	Le motif de réadmission est-t-il lié au motif (ou diagnostic associé) de l'hospitalisation index ? (soit le même motif, même groupe de pathologies, même cause du problème médical, ...)	Point « Conclusion : problèmes de santé et diagnostics » situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0. Première page du rapport d'hospitalisation de la réhospitalisation.
Décompensé cardiaque	Le patient réhospitalisé est-il un patient décompensé cardiaque ? Nous avons choisi de faire une catégorie propre à ce diagnostic étant donné qu'il revient souvent dans la littérature que les	Point « Conclusion : problèmes de santé et diagnostics » situé à la fin du rapport d'hospitalisation de

	décompensés cardiaques sont souvent réhospitalisés. Hors, avec nos précédents critères, cette information ne transparait pas	la réhospitalisation.
Cancer actif	Le patient réhospitalisé a-t-il un cancer toujours actif? Par actif, nous entendons le fait qu'on en tient rigueur dans l'hospitalisation même si il n'est pas traité. Nous avons exclus les anciens cancers se trouvant dans les antécédents du patient et qui ont été traités. Nous avons fait une catégorie à part pour cette pathologie pour la même raison que les décompensés cardiaques.	Point « Conclusion : problèmes de santé et diagnostics » situé à la fin du rapport d'hospitalisation de la réhospitalisation.
Statut fonctionnel avant l'hospitalisation	Evaluation du niveau de dépendance dans les IAVJ et AVJ.	Points « Situation fonctionnelle » (dans « Situation préalable ») et « Fonctionnel » (dans « Bilans gériatriques ») situés dans le rapport d'hospitalisation de l'H0 et dans le rapport d'hospitalisation de la réhospitalisation.
- IAVJ	Score de Lawton 2 semaines avant la réadmission.	
- AVJ	Score de Katz 2 semaines avant la réadmission.	
- Différence d'IAVJ	Différence entre le score de Lawton 2 semaines avant l'H0 et le score de Lawton 2 semaines avant la réhospitalisation. Cela montre l'effet d'une hospitalisation sur l'état fonctionnel d'un patient étant donné qu'on prend le score de Lawton à 2 moments où le patient ne présente pas de pathologie aiguë.	
- Différence d'AVJ	Différence entre le score de Katz à la sortie de l'H0 et le score de Katz 2 semaines avant la réhospitalisation (avant son état aigu). Cela permet de voir si après la sortie de l'H0 le patient récupère de l'indépendance ou si au contraire, il devient de plus en plus dépendant.	Pour les patients ayant été réhospitalisés dans un autre service que la gériatrie, nous ne trouverons pas les informations liées au statut fonctionnel.
Projet de vie respecté	Le patient a-t-il respecté les recommandations en terme de projet de vie (lieu de vie) après l'hospitalisation index ? Par exemple, si l'on avait majoré les aides au domicile à la fin de l'H0, est-ce qu'en pratique ces aides ont été mises en place ou pas ? Pour les patients ayant été réhospitalisés dans un autre service que la gériatrie, nous ne trouverons pas cette information dans le rapport de réadmission.	Point « Plan de soins proposé » situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0. Point « Situation gériatrique » (dans « Situation préalable ») du rapport d'hospitalisation de la réhospitalisation.

Réconciliation médicamenteuse respectée	Le patient a-t-il respecté les propositions d'adaptation médicamenteuse qui lui ont été recommandées dans le plan soins à la sortie de l'hospitalisation index ? Nous avons pour cela comparé le traitement à la réadmission et le traitement proposé à la fin d'H0. Nous n'avons pas pris en compte les vitamines, le traitement antidouleur et contre la constipation à prendre si nécessaire.	Point « Plan de soins proposé » situé à la fin du rapport d'hospitalisation de l'H0. Point « Médicaments au lieu de vie » (dans « Situation préalable ») dans le rapport d'hospitalisation de la réhospitalisation.
--	--	--

2.7. Logiciels et méthodes statistiques utilisés

Nous avons dans un premier temps réalisé un *code book* (joint en annexe 8) afin de pouvoir encoder les informations issues des rapports d'hospitalisation. Ces résultats obtenus ont été encodés dans une base de données sur Microsoft®Excel. Le produit de cet encodage a ensuite été importé dans le logiciel IBM®SPSS Statistics (version 25.0) pour réaliser les analyses statistiques proprement dites.

Dans ce mémoire, nous présentons nos résultats sous plusieurs formes :

- Des statistiques descriptives de la population où les variables quantitatives sont présentées sous la forme d'une moyenne ($\bar{X}$) $\pm$ déviation standard (DS) et les variables qualitatives par leur effectif (n) et pourcentage (%).
- Un tableau comparatif des variables entre les 2 groupes (les réhospitalisés et les non-réhospitalisés). Le test de Student bilatéral pour variables indépendantes a été utilisé pour comparer les variables quantitatives. Le test du Chi² a été utilisé pour comparer les variables qualitatives.
- Des tableaux présentant l'effet des prédictors potentiels (variables indépendantes) sur le fait d'être réhospitalisé (variable dépendante) au moyen de régressions logistiques univariées. Des *odds ratio* (OR) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95%) et de leur p-valeur sont donc présentés dans les tableaux. Enfin, les prédictors ressortant comme significatifs ($p < 0.05$) ou avec un seuil de significativité ($p < 0.09$) à l'issue de l'analyse univariée ont été testés en régression logistique multivariée.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques de la population étudiée ont été recueillies lors de l'hospitalisation index (H0) et sont listées dans le tableau 5. La taille de notre échantillon est de 224 personnes.

3.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

La moyenne d'âge dans le service de gériatrie est de 86.6 ± 5.31 ans et 61.2% sont des femmes.

Trois-quarts (74%) des patients ont été admis dans le service de gériatrie via les urgences, 18% sur demande de leur médecin généraliste et 8% sont transférés d'un autre service.

La durée de séjour moyenne est de 17.8 ± 10.43 jours avec un minimum de 1 jours et un maximum de 70 jours. La médiane est de 15 jours.

La proportion de patients veufs ou séparés représente 67.4 %. Dans notre population, 8.9% des patients n'ont pas d'entourage proche (amical et/ou familial).

Concernant le lieu de vie, la proportion de patients vivant seul au domicile est de 37%. Il en est de même pour la proportion des patients vivant avec au moins une personne au domicile. Au total, cela veut dire que trois-quart des patients vivent encore à leur domicile contre 25% qui vivent en institution. Près de la moitié des patients ont déjà des aides professionnelles mises en place à domicile pour leurs soins (AVJ).

19.6% des patients ont été hospitalisés dans les 6 mois précédant l'H0. Un quart de notre population est donc très médicalisée.

3.1.2. Caractéristiques fonctionnelles et médicales

Les scores de Lawton (IAVJ) et Katz (AVJ) évaluent le statut fonctionnel du patient deux semaines avant l'hospitalisation. Ceux-ci montrent que les patients fréquentant les unités gériatriques sont déjà dépendants avec respectivement comme moyenne 2.20 ± 1.99 et 11.14 ± 4.62 . Nous nous sommes également intéressés au score de Katz à la sortie d'hospitalisation avec une moyenne de 14.28 ± 5.13 . Cela nous a permis de calculer le gain fonctionnel ou le déclin fonctionnel des patients. La moyenne obtenue est de -3.19 ± 3.64 . Ce chiffre montre qu'à la fin d'hospitalisation les patients repartent plus dépendant qu'à l'arrivée dans la quasi

totalité des cas. En effet, avec une déviation standard de 3.64, la moyenne maximale ne dépasse que de très peu 0.

À la sortie d'hospitalisation, un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est présent chez la moitié des patients (51.8%), soit il était déjà connu à l'admission, soit il a été confirmé pendant l'hospitalisation. Durant l'hospitalisation, 13.4 % des patients ont développé un délirium ayant laissé des troubles cognitifs à la sortie d'hospitalisation. Le nombre de délirium dans la population est sous estimé étant donné que nous n'avons pas compté les patients déments ayant réalisé un délirium. Nous avons comptabilisé uniquement les patients qui n'avaient pas de troubles cognitifs au préalable et ayant développé un délirium pendant leur hospitalisation.

Dans les diagnostics de sortie, 25% des patients ont encore des affects dépressifs présents.

Concernant l'évaluation de la mobilité à la sortie de l'hospitalisation, 33.5% des patients repartent avec une dépendance légère (ils se déplacent seul mais avec une aide technique), 38.8% se déplacent avec l'aide d'une personne et 11% ne marchent plus du tout.

L'incontinence urinaire et/ou fécale concerne presque trois-quart de la population.

Le nombre d'escarre présent à la sortie d'hospitalisation est de 20 et ne représente donc qu'un taux de 8.9%.

Les patients dénutris représentent 55.4% des patients hospitalisés, à ceux-ci s'ajoutent 17% de patients qui sont à risque de dénutrition.

La comorbidité évaluée par le score de Charlson en gériatrie correspond à une moyenne de 7.96 ± 2.59 .

Trois-quarts (76.8%) des patients sont admis en gériatrie avec un motif principal d'hospitalisation étant un syndrome gériatrique (chute, confusion, etc.), un déclin fonctionnel, une AEG ou encore un symptôme (point d'appel d'organe : dyspnée, douleurs abdominales, etc.). Les effectifs des autres catégories sont extrêmement faibles. En effet, même si on avait diagnostiqué une pneumonie chez le patient mais que le premier motif d'hospitalisation indiquait la dyspnée, nous l'avons comptabilisé dans la première catégorie et non dans maladie du système respiratoire. Afin d'avoir des résultats plus représentatifs des pathologies présentes, nous avons créé une seconde variable étant le diagnostic associé. Nous avons repéré pour chaque patient le diagnostic principal cité dans la conclusion du rapport de l'H0.

Concernant le diagnostic associé principal, 12.5% des patients ont présenté une maladie du système circulatoire, 12.9% une maladie du système respiratoire et 12.5% une maladie du

système génito-urinaire. Nous retrouvons ensuite les maladies du système digestif avec 7.6% et pour finir 4.9% de cancers.

3.1.3. Caractéristiques relatives au plan de soins rédigé à la sortie

Dans seulement 22.8% des cas, une réunion de famille, durant laquelle le projet de soins est discuté, a été mentionnée dans le rapport d'hospitalisation.

Concernant le projet de sortie, 41.1% des patients sont retournés dans leur lieu de vie habituel (MRS ou domicile), 24.6% des patients sont rentrés à leur domicile avec une mise en place ou une majoration d'aides professionnelles pour leurs AVJ, 16.5% ont été institutionnalisés et 10.7% ont été envoyés en revalidation à la sortie d'hospitalisation.

Pour plus de la moitié des cas (54.9%), il n'y a pas ou pratiquement pas de surveillance médicale proposée dans le plan de soins rédigé à la sortie.

Par contre, trois-quart des patients ont des recommandations liées à leur état fonctionnel (mobilisation, nutrition, cognition, ...).

Tableau 5. Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Population N = 224 n (%) / $\bar{X}$ ($\pm$ DS) Min, Max
Age en années	86.6 ($\pm$ 5.31) 72, 98
Sexe féminin	137 (61.2)
Mode d'admission	
- Urgences	166 (74.1)
- Transfert d'un autre service	18 (8.0)
- Sur demande du généraliste	40 (17.9)
Durée d'hospitalisation en jours (<i>médiane</i>)	17.8 ($\pm$ 10.43) 1, 70 (15)
Etat matrimonial : Veuvage ou séparé	151 (67.4)
Isolement social (pas d'entourage proche) (N= 223)	20 (8.9)
Lieu de vie	
- Seul au domicile	84 (37.5)
- Cohabitation au domicile	83 (37.1)
- Institution	57 (25.4)
Aide de professionnels de soins au domicile	82 (49.1)
Hospitalisation dans les 6 derniers mois	44 (19.6)
Statut fonctionnel avant l'hospitalisation	
- IAVJ (Lawton) (N= 215)	2.20 ($\pm$ 1.99) 0, 7
- AVJ (Katz) (N= 214)	11.14 ($\pm$ 4.62) 5, 24
Statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation (Katz) (N= 207)	14.28 ($\pm$ 5.13) 6, 24
Différence de statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation (N=206)	-3.19 ($\pm$ 3.64) -14,7
Etat cognitif à la sortie d'hospitalisation (N=216)	
- Normal	70 (31.3)
- Démence confirmée ou diagnostiquée pendant l'hospitalisation	116 (51.8)
- Délirium lors de l'hospitalisation	30 (13.4)
Incontinence (urinaire et/ou fécale) (N= 208)	159 (71.0)
Escarre à la sortie d'hospitalisation	20 (8.9)

Mobilité à la sortie d'hospitalisation (N=208)	
- Marche seul	21 (9.4)
- Marche seul avec une aide technique	75 (33.5)
- Marche avec l'aide d'une personne	87 (38.8)
- Ne marche pas	25 (11.2)
Nutrition (N= 207)	
- Dénutrition	124 (55.4)
- Risque de dénutrition	38 (17.0)
- Etat nutritionnel normal	45 (20.1)
Thymie instable à la sortie d'hospitalisation (N= 223)	53 (23.7)
Comorbidité : Charlson indexé	7.96 (± 2.59) 3, 17
Motif d'admission	
- Symptômes, syndrome gériatrique, AEG	172 (76.8)
- Maladies du système circulatoire	8 (3.6)
- Maladies du système respiratoire	9 (4.0)
- Maladies du système digestif	0
- Maladies du système génito-urinaire	6 (2.7)
Diagnostic associé (N= 189)	
- Maladies du système circulatoire	28 (12.5)
- Maladies du système respiratoire	29 (12.9)
- Maladies du système génito-urinaire	28 (12.5)
- Maladies du système digestif	17 (7.6)
- Néoplasmes	11 (4.9)
Réalisation d'une réunion de famille	51 (22.8)
Projet de vie	
- Retour lieu de vie habituel (domicile/MRS)	92 (41.1)
- Mise en place ou majoration d'aides au domicile	55 (24.6)
- Institutionnalisation	37 (16.5)
- Séjour en revalidation	24 (10.7)
Surveillance médicale à la sortie d'hospitalisation (N= 207)	101 (45.1)
Surveillance fonctionnelle à la sortie d'hospitalisation (N= 215)	174 (77.7)

3.2. [Taux de réhospitalisation](#)

Les tableaux 6 et 7 ci-dessous illustrent les taux de réhospitalisation. Durant la période étudiée, 224 patients ont été hospitalisés une première fois (hospitalisation index). Parmi eux, 58 patients ont été réhospitalisés de manière non-programmée dans les 6 mois suivant l'hospitalisation index, représentant une proportion de 25.9%. Dans ces réhospitalisations, les patients réadmis en service de gériatrie sont au nombre de 36 (62.1%). Nous avons aussi classé ces réhospitalisations par délai d'apparition : 21 patients (36.2%) ont été réhospitalisés entre 0 et 1 mois après H0, 23 patients (39.7%) entre 1 et 3 mois et 14 patients (24.1%) de 3 à 6 mois. Le taux de réhospitalisation à 1 mois est de 9.4%. Le taux de réhospitalisation à 3 mois est de 19.6%.

Tableau 6. Description des réhospitalisations non programmées

	Réhospitalisés n = 58 n (%)
Réhospitalisation en service de gériatrie	36 (62.1)
Délai de réhospitalisation	
- 0 à ≤ 1 mois	21 (36.2)
- > 1 mois à ≤ 3 mois	23 (39.7)
- > 3 mois à ≤ 6 mois	14 (24.1)

Tableau 7. Taux de réhospitalisation non programmée

	Réhospitalisations entre 0 et 1 mois	Réhospitalisation entre 0 et 3 mois	Réhospitalisation entre 0 et 6 mois
Nombre	21	44 (21+23)	58 (21+23+14)
Taux en %	9.4	19.6	25.9

3.3. Comparaison des caractéristiques des patients réhospitalisés et des patients non-réhospitalisés

Le tableau 8 résume les caractéristiques de la population qui a été scindée en 2 groupes : les patients qui seront réhospitalisés dans les 6 mois suivant leur H0 et les patients qui ne seront pas réhospitalisés dans les 6 mois suivant leur H0. Pour faciliter l'interprétation statistique, nous avons nommé les patients qui seront réhospitalisés dans les 6 mois suivant l'H0 : "le groupe 1" ou "les réhospitalisés". Les patients n'étant pas réhospitalisés dans les 6 mois suivant l'H0 seront appelés "le groupe 2" ou encore "les non-réhospitalisés". Le groupe 1 a un effectif de 58 patients et le groupe 2 de 166 patients.

3.3.1. Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des patients n'était pas significativement différent entre les 2 groupes ($p=0.603$), soit une moyenne de 86.26 pour les réhospitalisés et 86.68 pour les non-réhospitalisés. Avec une p-valeur de 0.087 à la limite de la significativité, on peut admettre qu'il existe presque une différence de genre entre les réhospitalisés et les non-réhospitalisés. En effet, on peut observer un taux d'homme supérieur chez les réhospitalisés, 48.3% pour les derniers contre 35.5% pour les non-réhospitalisés.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation n'avait pas montré de différence significative entre les 2 groupes ($p= 0.512$) même si en moyenne le groupe 1 avaient un jour supplémentaire d'hospitalisation par rapport au groupe 2 (18.58 versus 17.52).

L'état matrimonial a montré une différence significative entre les 2 groupes avec une p-valeur de 0.047. Plus précisément, un peu plus de 70% des patients non-réhospitalisés étaient veufs alors que pour les réhospitalisés, la proportion de veuvage était de 56.9%. Une plus grande proportion de patients mariés ou en couple seront donc réhospitalisés. Concernant l'isolement social, l'étude ne mettait pas en évidence de différence significative entre les 2 groupes ($p=0.095$). Parmi les réhospitalisés, 3.4% des patients n'avaient pas d'entourage proche et parmi les non-réhospitalisés, le taux était de 10.8%.

Le lieu de vie a montré une p-valeur de 0.060 à la limite de la significativité. Il existe donc, à peu de chose près, une différence du lieu de vie entre les réhospitalisés et les non-réhospitalisés. Il y avait une plus grande proportion de patients vivant en cohabitation au domicile chez les réhospitalisés (50%) par rapport au non-réhospitalisés (32.5%). Les personnes vivant seules à leur domicile représentaient 29.3% dans le groupe des réhospitalisés contre 40.4% pour les patients non-réhospitalisés. Pour les patients vivant encore à domicile, la variable "présence d'une aide professionnelle de soins" ne montrait pas non plus de différence significative dans les 2 groupes ($p=0.37$). Avec 43%, les patients réhospitalisés étaient 8% de moins que les non réhospitalisés à recevoir de l'aide de professionnels de soins à leur domicile.

Le nombre de patients ayant été hospitalisés dans les 6 derniers mois précédant l'H0 était significativement différent dans les 2 groupes. Plus de patients avaient déjà été hospitalisés dans le groupe 1 par rapport au groupe 2. Chez les patients réhospitalisés, 29.3% avaient déjà été hospitalisés dans les 6 mois précédant H0 alors que seulement 16.3% avaient déjà été hospitalisés pour les patients non-réhospitalisés.

3.3.2. Caractéristiques fonctionnelles et médicales

Le score moyen de Lawton deux semaines avant l'hospitalisation, évaluant la dépendance aux IAVJ, n'avait pas montré de différence significative entre les 2 groupes ($p= 0.572$) avec 2.33 ± 2.10 pour les réhospitalisés et 2.16 ± 1.96 pour les non-réhospitalisés.

La dépendance au AVJ deux semaines avant l'hospitalisation et en fin d'hospitalisation n'avait pas montré de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0.215$). Le score de katz moyen 2 semaines avant l'hospitalisation était de 11.81 ± 5.10 pour les réhospitalisés et 10.91

± 4.44 pour les non-réhospitalisés. Nous pouvons tout de même observer que le groupe 1 arrive à l'hôpital plus dépendant pour les AVJ que le groupe 2. A la sortie d'hospitalisation, nous avons relevé un katz moyen de 13.90 ± 5.31 chez les réhospitalisés et 14.40 ± 5.08 chez les non-réhospitalisés. Dans ce cas-ci, nous pouvons observer que les non-réhospitalisés quittent l'hôpital plus dépendant que les réhospitalisés.

La différence de dépendance durant l'hospitalisation, caractérisée par la différence du score de katz, montrait que les réhospitalisés comme les non-réhospitalisés avaient tendance à perdre leur autonomie durant leur hospitalisation index, marquée par des moyennes négatives. L'étude a permis de mettre en évidence que cette différence est significative statistiquement (-2.10 pour les réhospitalisés et -3.55 pour les non-réhospitalisés avec une p-valeur de 0.013). Les réhospitalisés ont une moins grande perte d'autonomie (d'indépendance) moyenne que les non-réhospitalisés au cours de l'hospitalisation.

L'état cognitif ne révélait pas de différence significative entre les 2 groupes avec $p = 0.442$. Pour les patients réhospitalisés, 46.6% des patients avaient un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ancienne ou confirmée durant l'hospitalisation, 12.1% ont présenté un délirium ayant laissé des troubles cognitifs à la fin de l'hospitalisation. Pour les patients non-réhospitalisés, 53.6% sont déments et 13.9% ont présenté un délirium.

La présence d'une incontinence urinaire et/ou fécale à la sortie d'hospitalisation ne différait pas significativement entre les 2 groupes (67.2% des patients réhospitalisés contre 72.3% pour les non-réhospitalisés avec une p-valeur de 0.525). Le nombre d'escarres n'est également pas significativement différent entre les 2 groupes ($p=0.924$).

La mobilité évaluée à la fin de l'hospitalisation index ne variait pas non plus significativement entre les 2 groupes ($p=0.120$). Parmi les réhospitalisés, 15.5% marchaient seuls, 32.8% marchaient seuls avec une aide technique, 27.6% marchaient avec une aide humaine et 13.8% ne marchaient plus du tout. Parmi les non-réhospitalisés, 7.2% marchaient seuls, 33.7% marchaient seuls avec une aide technique, 42.8% marchaient avec une aide humaine et 10.2% ne marchaient plus. En résumé, dans le groupe 1, la majorité des patients marchaient seuls avec une aide technique uniquement alors que pour le groupe 2, la majorité avait besoin d'au moins une aide humaine pour se déplacer.

L'état nutritionnel à la fin de l'hospitalisation initiale n'avait pas montré de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0.368$). Dans le groupe 1, 46.6% des patients ont été évalués en dénutrition et 22.4% à risque de dénutrition. Pour le groupe 2, presque 60% étaient en dénutrition et 15.1% à risque de dénutrition.

La thymie, évaluant la possibilité d'affects dépressifs à la fin de l'H0, n'avait pas montré de différence significative ($p=0.427$). Les réhospitalisés et non-réhospitalisés avaient chacun approximativement 25% de leur population qui présentait des affects dépressifs à la sortie d'H0.

Le score de Charlson indexé à l'âge, témoignant du nombre moyen de comorbidité, était de 8.02 ± 2.86 pour les réhospitalisés et 7.95 ± 2.50 pour les non-réhospitalisés avec une différence statistiquement non significative ($p = 0.857$). Les patients réhospitalisés étaient donc légèrement plus polypathologiques que les non-réhospitalisés mais sans différence statistiquement significative.

Le motif d'admission et le diagnostic associé n'ont pas montré de différence significative entre les 2 groupes ($p=0.498$ et $p=0.805$). Pour les réhospitalisés et pour les non-réhospitalisés, le motif principal d'admission était un syndrome gériatrique (y compris le déclin fonctionnel ou un symptôme) avec respectivement 69.0% et 79.5%.

Concernant le diagnostic associé, malgré l'absence de significativité, on peut observer un effectif plus élevé de maladies du système circulatoire (15.5%) et de maladies du système génito-urinaire (15.5%) chez patients réhospitalisés par rapport aux non-réhospitalisés (11.4% et 11.4%). Les maladies du système respiratoire représentent 10.3% des diagnostics associés chez les réhospitalisés contre 13.9% pour les non-réhospitalisés. Pour les maladies du système digestif, elles représentent 10.3% des diagnostics associés chez les réhospitalisés et 6.6% chez les non-réhospitalisés.

3.3.3. Caractéristiques relatives au plan de soins rédigé à la sortie

La réalisation d'une réunion de famille en fin d'hospitalisation ne variait pas statistiquement entre les 2 groupes ($p=0.427$). Une réunion de famille avait été réalisée chez 19% des patients réhospitalisés et chez 24.1% des non-réhospitalisés.

En ce qui concerne le projet de vie du patient, les statistiques n'ont pas montré de différence significative également ($p = 0.414$). Dans le groupe 1, la moitié d'entre eux avaient pour projet de retourner dans leur lieu de vie (au domicile ou à la MRS) contre 37.3% pour les non-réhospitalisés. Pour les réhospitalisés, 19% sont retournés à leur domicile avec une majoration d'aide professionnelle alors qu'ils étaient 26.5% pour les non-réhospitalisés. 13.8% des patients réhospitalisés avaient été institutionnalisés contre 17.5% pour les non-réhospitalisés. Le même pourcentage de patients dans les 2 groupes étaient passés par la case revalidation à la sortie d'H0. Même si cela n'est pas significatif, nous pouvons observer que pour les patients non-réhospitalisés, moins de changements de lieu de vie ont été observés par rapport aux réhospitalisés.

La surveillance médicale proposée dans le plan de soins à la fin d'hospitalisation n'a pas montré de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0.674$). Dans ceux-ci, la moitié des patients ne disposaient pratiquement d'aucune recommandation liée à leur situation médicale.

Pareillement, les recommandations fonctionnelles décrites dans le plan de soins à la sortie d'H0 ne différaient pas significativement entre les 2 groupes ($p = 0.359$). Une majorité des patients ont bénéficiés d'une surveillance fonctionnelle à la sortie, 76.8% pour les réhospitalisés et 82.4% pour les non-réhospitalisés. On peut quand même observer que plus de patients réhospitalisés n'ont pas reçu de surveillance fonctionnelle à la sortie par rapport aux non-réhospitalisés mais de manière non significative.

Tableau 8. Comparaison des caractéristiques entre les patients réhospitalisés et non-réhospitalisés

Caractéristiques	Réhospitalisés n= 58	Non-réhospitalisés n= 166	Test t Chi ²
	n (%) / $\bar{X}$ ($\pm$ DS) Min, Max	n (%) / $\bar{X}$ ($\pm$ DS) Min, Max	t (p-valeur) χ^2 (p-valeur)
Age en années	86.26 ($\pm$ 5.66) 75, 98	86.68 ($\pm$ 5.19) 72, 98	0.521 (0.603)
Sexe féminin	30 (51.7)	107 (64.5)	2.93 (0.087)
Durée d'hospitalisation en jours	18.58 ($\pm$ 12.09) 6, 68	17.52 ($\pm$ 9.81) 1, 70	-0.657 (0.512)
Etat matrimonial : Veuvage ou séparé	33 (56.9)	118 (71.1)	3.94 (0.047)
Isolement social (pas d'entourage proche)	2 (3.4)	18 (10.8)	2.80 (0.095)
Lieu de vie :			5.63 (0.060)
- Seul au domicile	17 (29.3)	67 (40.4)	
- Cohabitation au domicile	29 (50.0)	54 (32.5)	
- Institution	2 (20.7)	45 (27.1)	
Aide de professionnels de soins au domicile	20 (43.5)	62 (51.2)	0.803 (0.37)
Hospitalisation dans les 6 derniers mois	17 (29.3)	27 (16.3)	4.63 (0.031)
Statut fonctionnel avant l'hospitalisation			

- IAVJ (Lawton)	2.33 (± 2.10) 0, 7	2.16 (± 1.97) 0, 7	-0.566 (0.572)
- AVJ (Katz)	11.81 (± 5.10) 5, 24	10.91 (± 4.44) 6, 24	-1.243 (0.215)
Statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation (Katz)	13.90 (± 5.31) 6, 24	14.40 (± 5.08) 6, 24	0.605 (0.546)
Différence de statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation	-2.10 (± 3.25) -13, 7	-3.55 (± 3.71) -14, 5	-2.494 (0.013)
Etat cognitif à la sortie d'hospitalisation			1.63 (0.442)
- Normal	22 (37.9)	48 (28.9)	
- Démence confirmée ou diagnostiquée pendant l'hospitalisation	27 (46.6)	89 (53.6)	
- Délirium lors de l'hospitalisation	7 (12.1)	23 (13.9)	
Incontinence (urinaire et/ou fécale)	39 (67.2)	120 (72.3)	1.29 (0.525)
Escarre à la sortie d'hospitalisation	5 (8.6)	15 (9)	0.009 (0.924)
Mobilité à la sortie d'hospitalisation			7.323 (0.120)
- Marche seul	9 (15.5)	12 (7.2)	
- Marche seul avec une aide technique	19 (32.8)	56 (33.7)	
- Marche avec l'aide d'une personne	16 (27.6)	71 (42.8)	
- Ne marche pas	8 (13.8)	17 (10.2)	
Nutrition			3.154 (0.368)
- Dénutrition	27 (46.6)	97 (58.4)	
- Risque de dénutrition	13 (22.4)	25 (15.1)	
- Etat nutritionnel normal	14 (24.1)	31 (18.7)	
Thymie instable à la sortie d'hospitalisation	16 (27.6)	37 (22.3)	0.631 (0.427)
Comorbidité : Charlson indexé	8.02 (± 2.86) 3, 16	7.95 (± 2.50) 3, 17	-0.180 (0.857)
Motif d'admission			3.372 (0.498)
- Symptômes, syndrome gériatrique, AEG	40 (69.0)	132 (79.5)	
- Maladies du système circulatoire	3 (5.2)	5 (3.0)	
- Maladies du système respiratoire	4 (6.9)	5 (3.0)	
- Maladies du système génito-urinaire	2 (3.4)	4 (2.4)	
Diagnostic associé			3.034 (0.805)
- Maladies du système circulatoire	9 (15.5)	19 (11.4)	
- Maladies du système respiratoire	6 (10.3)	23 (13.9)	
- Maladies du système génito-urinaire	9 (15.5)	19 (11.4)	
- Maladies du système digestif	6 (10.3)	11 (6.6)	
- Néoplasmes	2 (3.4)	9 (5.4)	
Réalisation d'une réunion de famille	11 (19)	40 (24.1)	0.644 (0.422)
Projet de vie			3.945 (0.414)
- Retour lieu de vie habituel (domicile/MRS)	30 (51.7)	62 (37.3)	
- Mise en place ou majoration d'aides au domicile	11 (19)	44 (26.5)	
- Institutionnalisation	8 (13.8)	29 (17.5)	
- Séjour en revalidation	6 (10.3)	18 (10.8)	
Surveillance médicale à la sortie d'hospitalisation	28 (48.3%)	73 (44)	0.788 (0.674)
Surveillance fonctionnelle à la sortie d'hospitalisation	43 (76.8)	131 (82.4)	0.843.359)

3.4. Facteurs prédictifs de réhospitalisation en analyse univariée

Les facteurs testés en régressions logistiques univariées sont présentés dans le tableau 9 ci-dessous.

3.4.1. Prédicteurs significatifs de réhospitalisation

Les patients veufs ou séparés ont une probabilité plus faible d'être réhospitalisés en comparaison aux patients mariés ou en couple ($OR=0.537$). Cette probabilité est significative ($p\text{-valeur}= 0.049$). Dans le cas présent, le prédicteur de réhospitalisation est donc le fait d'être marié/en couple.

En comparaison aux patients qui n'ont pas été hospitalisés dans les 6 derniers mois précédant l'H0, ceux qui l'ont été ont plus de probabilité d'être réhospitalisés ($OR=2.135$). Le fait d'avoir été hospitalisés dans les 6 derniers mois est donc un prédicteur de réhospitalisation. Ce prédicteur est significatif ($p\text{-valeur}=0.034$).

La différence de statut fonctionnel (définie par la différence du score de Katz 2 semaines avant l'hospitalisation et à la fin d'hospitalisation) est un prédicteur significatif de réhospitalisation ($p\text{-valeur}=0.015$). Plus la différence de statut fonctionnel est élevée, plus la probabilité d'être réhospitalisé est grande ($OR=1.130$).

Pour rappel, voici l'interprétation du Katz et de sa différence :

- Plus le score de Katz est élevé, plus un patient est dépendant.
- Si la différence de Katz est négative, cela veut dire que le patient à la sortie d'hospitalisation est plus dépendant qu'à son arrivée.
- Si la différence de Katz est positive, cela veut dire que le patient à la sortie repart moins dépendant qu'à son arrivée.

En résumé, cela veut dire que plus un patient devient moins dépendant (plus autonome) au cours de son hospitalisation, plus il aura une probabilité d'être réhospitalisé.

3.4.2. Prédicteurs à la limite de la significativité

En comparaison aux patients institutionnalisés, les patients habitant avec une ou plusieurs personnes à leur domicile ont une probabilité plus élevée d'être réhospitalisés (OR=2.014). Cette probabilité est presque significative (p-valeur=0.079).

Par rapport aux hommes, les femmes ont une probabilité plus faible d'être réhospitalisées (OR=0.591). Cependant, cette probabilité n'est pas tout à fait significative (p-valeur=0.088)

3.4.3. Prédicteurs non significatifs

Dans notre étude, les variables étudiées ci-dessous n'étaient pas des prédicteurs significatifs de réhospitalisation :

- L'âge
- La durée de l'H0
- L'aide de professionnels de soins au domicile
- Le statut fonctionnel 2 semaines avant l'H0 (score de Lawton et Katz)
- Le statut fonctionnel à la sortie de l'H0
- L'état cognitif à la sortie d'H0
- L'incontinence à la sortie d'H0
- La présence d'escarre à la sortie d'H0
- La mobilité à la sortie d'H0
- La nutrition à la sortie d'H0
- La thymie à la sortie d'H0
- Le score de Charlson
- Le motif d'admission à l'H0
- Le diagnostic associé lors de l'H0
- La réalisation d'une réunion de famille à la fin d'H0
- Le projet de vie après H0
- La surveillance médicale à la sortie d'H0
- La surveillance fonctionnelle à la sortie d'H0.

Tableau 9. Facteurs prédictifs de réhospitalisation, régressions logistiques univariées

Prédicteurs	OR	IC 95%	p-valeur
Age en années	0.985	0.931-1.042	0.601
Sexe féminin (ref=masculin)	0.591	0.323-1.082	0.088
Durée d'hospitalisation	1.009	0.982-1.038	0.511
Etat matrimonial : Veuvage ou séparé (ref=marié/en couple)	0.537	0.289-0.997	0.049
Isolement social (absence d'entourage proche) (ref=présence d'entourage)	0.299	0.067-1.331	0.113
Lieu de vie :			
- Seul au domicile	0.951	0.415-2.182	0.907
- Cohabitation au domicile	2.014	0.923-4.395	0.079
- Institution	Ref	Ref	Ref
Aide de professionnels de soins au domicile : non (ref=oûi)	1.366	0.690-2.705	0.371
Hospitalisation dans les 6 derniers mois : oui (ref=non)	2.135	1.060-4.297	0.034
Statut fonctionnel avant l'hospitalisation			
- IAVJ (Lawton)	1.044	0.899-1.213	0.570
- AVJ (Katz)	1.042	0.977-1.111	0.216
Statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation (Katz)	0.981	0.921-1.044	0.544
Différence de statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation	1.130	1.024-1.248	0.015
Etat cognitif à la sortie d'hospitalisation			
- Normal	Ref	Ref	Ref
- Démence confirmée ou diagnostiquée pendant l'hospitalisation	0.662	0.341-1.285	0.223
- Délirium lors de l'hospitalisation	0.664	0.248-1.778	0.415
Incontinence (urinaire et/ou fécale) : oui (ref=non)	0.900	0.434-1.867	0.777
Escarre à la sortie d'hospitalisation : oui (ref=non)	0.950	0.329-2.739	0.924
Mobilité à la sortie d'hospitalisation			
- Marche seul	1.594	0.477-5.320	0.449
- Marche seul avec une aide technique	0.721	0.268-1.937	0.517
- Marche avec l'aide d'une personne	0.479	0.176-1.302	0.149
- Ne marche pas	Ref	Ref	Ref
Nutrition			
- Dénutrition	0.616	0.288-1.320	0.213
- Risque de dénutrition	1.151	0.459-2.891	0.764
- Etat nutritionnel normal	Ref	Ref	Ref
Thymie instable à la sortie d'hospitalisation (ref=stable)	1.318	0.666-2.607	0.428
Comorbidité : Charlson indexé	1.011	0.901-1.134	0.856
Motif d'admission			
- Symptômes, syndrome gériatrique, AEG	0.673	0.284-1.595	0.369
- Maladies du système circulatoire	1.333	0.260-6.828	0.730
- Maladies du système respiratoire	1.778	0.384-8.228	0.462
- Maladies du système génito-urinaire	1.111	0.171-7.215	0.912
- Autres	Ref	Ref	Ref
Diagnostic associé			
- Maladies du système circulatoire	1.526	0.588-3.959	0.385

- Maladies du système respiratoire	0.841	0.296-2.384	0.744
- Maladies du système génito-urinaire	1.526	0.588-3.959	0.385
- Maladies du système digestif	1.758	0.570-5.422	0.327
- Néoplasmes	0.716	0.142-3.621	0.686
- Autres	Ref	Ref	Ref
Réalisation d'une réunion de famille : non (ref= oui)	1.356	0.643-2.862	0.424
Projet de vie			
- Retour lieu de vie habituel (domicile/MRS)	2.097	0.555-7.919	0.275
- Mise en place ou majoration d'aides au domicile	1.083	0.262-4.476	0.912
- Institutionnalisation	1.195	0.272-5.248	0.813
- Séjour en revalidation	1.444	0.304-6.865	0.644
- Autres	Ref	Ref	Ref
Surveillance médicale à la sortie d'hospitalisation : non (ref=oui)	0.891	0.481-1.651	0.714
Surveillance fonctionnelle à la sortie d'hospitalisation : non (ref=oui)	0.707	0.336-1.486	0.360

3.5. Facteurs prédictifs de réhospitalisation en analyse multivariée

Pour réaliser la régression logistique multivariée, nous avons sélectionnés les prédicteurs de réhospitalisation ayant montré une association significative ou tendant à la significativité avec les réhospitalisés dans les analyses univariées.

L'analyse multivariée a identifié deux facteurs prédictifs associés aux réhospitalisations non programmées dans les 6 mois suivant l'H0 (tableau 10 ci-dessous) :

- "Avoir été hospitalisés dans les 6 derniers mois" avec un OR à 2.439 et une p-valeur de 0.020. Ce prédicteur est encore plus significatif en analyse multivariée qu'en analyse univariée ($p= 0.034$). Les patients ayant été hospitalisés dans les 6 derniers mois précédant l'H0 auront plus de probabilité d'être réhospitalisés.
- "La différence de statut fonctionnel à la sortie d'H0" avec un OR de 1.127 et une p-valeur de 0.022. Cela veut dire que plus un patient gagne en autonomie au cours de son hospitalisation index, plus il aura une probabilité élevée d'être réhospitalisé.

L'état matrimonial n'est plus un prédicteur de réhospitalisation dans l'analyse multivariée. Cela est probablement lié à un facteur confondant d'un des deux prédicteurs significatifs.

Le sexe et le lieu de vie qui étaient des prédicteurs tendant vers la significativité en analyse univariée ne le sont plus du tout en analyse multivariée.

Tableau 10. Facteurs prédictifs de réhospitalisation, régression logistique multivariée

Prédicteurs	OR ajusté	IC 95%	p-valeur
Sexe féminin (ref=masculin)	0.750	0.367-1.533	0.088
Etat matrimonial : Veuvage ou séparé (ref=marié/en couple)	0.724	0.278-1.888	0.509
Lieu de vie :			
- Seul au domicile	0.942	0.389-2.283	0.895
- Cohabitation au domicile	1.356	0.502-3.662	0.548
- Institution	Ref	Ref	Ref
Hospitalisation dans les 6 derniers mois : oui (ref=non)	2.439	1.148-5.184	0.020
Différence de statut fonctionnel à la sortie d'hospitalisation	1.127	1.018-1.249	0.022

3.6. Caractéristiques des réhospitalisations

Nous présentons ici les caractéristiques relatives aux patients réhospitalisés (n=58). Les variables supplémentaires décrites statistiquement dans ces résultats ont été définies dans notre méthodologie. Elles concernent non plus les caractéristiques de l'hospitalisation index, mais bien celles de la réhospitalisation. Deux items illustrent les recommandations du plan de soins de l'H0 et plus particulièrement nous avons cherché à savoir si elles étaient respectées après l'H0 ou pas.

Comme pour l'hospitalisation index, nous retrouvons une majorité de patients (41%) hospitalisés pour un motif d'AEG, un syndrome gériatrique ou encore un symptôme de point d'appel d'un organe.

Pour presque la moitié des patients réhospitalisés (43.1%), le motif de réadmission est lié au motif ou au diagnostic associé de l'hospitalisation index. Soit il s'agit du même motif, soit c'est un motif en lien avec le diagnostic conclu dans le rapport d'hospitalisation de l'H0.

Nous avons recherché la présence de deux pathologies étant reconnues comme prédictives de réhospitalisation dans la littérature : la décompensation cardiaque et le cancer actif. Nous observons dans la population réhospitalisée un pourcentage de 40% de décompensés cardiaques et de 25% de patients présentant un cancer actif.

Concernant l'état fonctionnel, nous n'avons pas pu trouver les informations pour les patients n'ayant pas été réhospitalisé en gériatrie. En effet, dans les autres services, les rapports d'hospitalisation sont beaucoup plus restreints et aucun bilan fonctionnel n'est réalisé.

Concernant le score de Lawton évaluant les IAVJ, sa moyenne 2 semaines avant la réhospitalisation est de 1.71 (± 1.575). La différence de moyenne (le score de Lawton 2 semaines avant l'hospitalisation – le score de Lawton 2 semaines avant la réhospitalisation) est de 0.45 (± 1.609). Ce qui se traduit par une perte d'indépendance en terme d'IAVJ entre ces 2 périodes. Ce qui veut dire qu'après leur hospitalisation index, les patients réhospitalisés n'avaient pas récupéré leur autonomie pour les IAVJ d'avant l'H0.

Concernant les AVJ, le score de Katz moyen 2 semaines avant leur réhospitalisation est de 12.96 ± 4.765 pour les patients réhospitalisés. La différence de Katz moyenne (le score de Katz à la sortie d'H0 – le score de Katz 2 semaines avant la réhospitalisation), quant à elle, s'élève à 0.42 ± 2.749 . Cette différence est le signe d'un gain d'indépendance pour les AVJ. En sortant de l'hospitalisation index, les patients réhospitalisés récupèrent de l'indépendance pour les AVJ avec le temps.

La première variable relative au plan de soins est le respect du projet de vie. Nous avons trouvé l'information uniquement pour les patients réhospitalisés en gériatrie (n=36). Nous avons réalisé des statistiques uniquement sur cet échantillon afin d'avoir un pourcentage plus parlant. Sur 36 patients réhospitalisés en gériatrie, 10 (27.8%) avaient un lieu de vie différent de celui qui avait été conclu dans le plan de soins rédigé à la sortie d'H0.

Le second item est le respect de la réconciliation médicamenteuse. Dans 53% des cas réhospitalisés, le traitement prescrit à la fin de l'H0 ne correspond pas au traitement habituel décrit dans le rapport de réhospitalisation.

Tableau 11. Caractéristiques de la population réhospitalisée

Caractéristiques	Réhospitalisés n = 58 n (%) / $\bar{X}$ ($\pm$ DS) Min, Max
Motif de réadmission (n=53)	
- Symptômes, syndrome gériatrique, AEG	24 (41.4)
- Maladies du système circulatoire	7 (12.1)
- Maladies du système respiratoire	3 (5.2)
- Maladies du système digestif	2 (3.4)
- Maladies du système génito-urinaire	6 (10.3)
Le motif de réadmission est lié à H0	25 (43.1)
Décompensé cardiaque	23 (39.7)
Cancer actif	14 (24.1)
Statut fonctionnel avant l'hospitalisation	
- IAVJ (Lawton) (n= 31)	1.71 (± 1.575) 0, 6
- AVJ (Katz) (n=28)	12.96 (± 4.765) 6, 24
Différence d'IAVJ (n=31)	0.45 (± 1.609) -3, 6
Différence d'AVJ (n= 24)	0.42 (± 2.749)
Projet de vie a été respecté après l'H0 (n=36)	26 (44.8)
Réconciliation médicamenteuse a été respectée après l'H0 (n=52)	21 (36.2)

4. DISCUSSION

4.1. [Rappel des principaux résultats](#)

Dans notre étude, nous avons mis en évidence les résultats suivants :

- Un taux de réhospitalisation non programmée à 1 mois de la sortie du séjour hospitalier initial de 9.4%.
- Un taux de réhospitalisation non programmée à 3 mois de la sortie du séjour hospitalier initial de 19.6%.
- Un taux de réhospitalisation non programmée à 6 mois de la sortie du séjour hospitalier initial de 25.9%.

Au regard de ces données, il importe de savoir que le séjour hospitalier initial (H0) s'est toujours déroulé dans le service de gériatrie aux CUSL, mais ce n'est pas le cas de la réhospitalisation non programmée. Le taux de réhospitalisation à 6 mois de 25.9% comprend les réhospitalisations non programmées en service de gériatrie (62.1%) et celles d'autres services des CUSL (37.9%).

D'autre part, l'étude a démontré l'existence de facteurs de risque significatifs de réhospitalisation à 6 mois, à savoir "avoir été hospitalisé dans les 6 derniers mois" et "la différence de statut fonctionnel (Katz) entre avant l'H0 et la sortie de l'H0" :

- Les patients ayant déjà été hospitalisés dans les 6 derniers mois précédant l'H0 auront plus de probabilité d'être réhospitalisés.
- Plus le patient récupère de l'autonomie (devient moins dépendant) en terme d'AVJ au cours de son hospitalisation index, plus il aura une probabilité élevée d'être réhospitalisé.

4.2. [Interprétation des résultats en lien avec la littérature](#)

4.2.1. Le taux de réhospitalisation

Suite à notre recherche, nous avons dégagé un taux de réhospitalisation non programmée à 1 mois de 9.4%. Ce chiffre est un peu moins élevé que le pourcentage trouvé dans la littérature qui est de 14% (Lanièce, 2008). Pour le taux de réhospitalisation non programmée à 3 mois,

nous avons obtenu 19.6%. Selon Gruneir et al. (2011), 73.4 % des patients en général étaient réhospitalisés dans le même hôpital qu'initialement. Lanièce et al. (2008) observe des résultats semblables pour la population âgée de ≥ 75 ans, avec 22% de réhospitalisation dans un autre centre hospitalier. Nos résultats peuvent de ce fait être sous-estimés par les patients réhospitalisés dans un autre hôpital que Saint-Luc.

Cornette (2005) avait quantifié le taux de réhospitalisation non programmée des personnes âgées de plus de 75 ans aux CUSL en 1998. Le taux de réhospitalisation était de 10.7% à 1 mois, et de 21.6% à 3 mois. Nous obtenons des taux légèrement inférieurs 20 ans plus tard. En 2009, De Brauwert et al. (2017) ont calculé un taux de réhospitalisation de 27%, à 3 mois, chez les patients de ≥ 75 ans aux CUSL. Ils n'ont cependant pas tenu compte des patients hospitalisés en gériatrie.

Nous avons également calculé le taux de réhospitalisation non programmée dans le service de gériatrie aux CUSL exclusivement. Il s'agissait des patients ayant été admis pour la première hospitalisation ainsi que pour la réhospitalisation en service de gériatrie. Le taux obtenu à 6 mois est de 16.0%. Hors, le taux de réhospitalisation tout service confondu est de 25.9%. Ce chiffre montre que la réhospitalisation dans les autres services est toute aussi importante. Les patients à profil gériatrique ne sont pas uniquement pris en charge en gériatrie, mais bien dans tous les services de l'hôpital. Parmi ceux-ci, nous avons observé que les patients étaient majoritairement (45%) réhospitalisés en service de cardiologie.

Cette baisse du taux de réhospitalisation dans le temps peut s'expliquer par les avancées technologiques et l'évolution de nos pratiques de soins (Curtis et al., 2009). La différence de taux de réhospitalisation entre la gériatrie et les autres services peut être expliquée par la réalisation de l'EGS. En effet, son application dans les unités de gériatrie permet de fournir de meilleurs résultats que ceux des services d'hospitalisation classiques comme par exemple, la médecine interne, avec notamment moins de chutes, d'états confusionnels aigus, d'institutionnalisations, de mortalité intra-hospitalière et de déclin fonctionnels (Ellis et al., 2011). Ces éléments peuvent expliquer des taux de réhospitalisation plus faibles. Toutefois, comme nous l'avons souligné dans la théorie, la culture gériatrique se répand aussi dans les autres services. Ceux-ci doivent accueillir de plus en plus de personnes âgées et sont donc amenés à s'accoutumer aux pratiques gériatriques. Il importe également de considérer que les services de gériatrie admettent parfois des cas plus lourds, plus grabataires et pour lesquels de

moins bons résultats sont observés. Ils seront donc plus à risque de se faire réhospitaliser. (Ellis 2011, Baztant 2009, Van Craen 2010)

Enfin, les différences de taux entre notre étude et la littérature peuvent aussi s'expliquer par des divergences au niveau des variables de recherche (taux de réhospitalisation non-programmée versus taux de réhospitalisation en général). Dans notre recherche, nous avons uniquement pris en compte les inopinées. Nous avons exclus les réadmissions pour un examen, pour une opération qui était déjà prévue, pour un traitement qui avait été postposé lors de la dernière hospitalisation, etc.

4.2.2. Les caractéristiques de la population gériatrique et les facteurs prédictifs de réhospitalisations

4.2.2.1. Les caractéristiques socio-démographiques

L'âge avancé est repris comme facteur prédictif de réhospitalisation dans la littérature (Middelton et al., 2018 ; Lang et al., 2006). Dans notre étude, ce n'est pas le cas étant donné que l'entièreté de notre population est déjà très âgée.

Les urgences sont dans 74% des cas la voie d'entrée pour une hospitalisation en gériatrie aux CUSL. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que celui relevé en 2017. En effet, 55% des patients étaient admis via les urgences (CUSL, 2018). Notre pourcentage obtenu rejoint celui de Pacolet et al. (2005) avec 80% d'admission par les urgences. Une récente étude française a comparé les 2 modes d'hospitalisation en gériatrie (urgences et médecin traitant via la ligne téléphonique). Cette étude a mis en évidence que les séjours hospitaliers étaient significativement plus courts pour les patients adressés directement via l'*hotline*, celle-ci permettait de discuter de l'admission (Dijon et al., 2018). De plus, les réhospitalisations ont été significativement plus tardives et moins fréquentes pour ces mêmes patients (Dijon et al., 2018).

Concernant le lieu de vie, nous avons 25% de patients institutionnalisés. Ce chiffre rejoint les statistiques nationales de la population de cette tranche d'âge. Dagneaux et al., (2008) ajoutent même que pour des octogénaires, un tiers vit en institution. Trois-quarts de la population en service de gériatrie vient donc du domicile. Près de la moitié des patients ont

déjà des aides formelles à domicile pour leurs AVJ (infirmières, aides-soignantes, dame de compagnie 24H/24, kinésithérapeute, etc.). Il s'agit donc d'un public arrivant à l'hôpital qui est déjà dépendant pour les AVJ.

Dans notre population d'étude, un cinquième des patients avait déjà été hospitalisé dans les 6 mois précédant l'hospitalisation initiale. De plus, nous avons remarqué lors de la consultation des dossiers que ces mêmes patients étaient hospitalisés souvent jusqu'à 3-4 fois par année. Cette population apparaît donc très médicalisée. A contrario, nous avons observé que les patients n'ayant pas été hospitalisés endéans les 6 mois précédents, avaient été très peu hospitalisés durant leur vie.

Dans notre étude, « une hospitalisation dans les 6 derniers mois précédents l'H0 » était un facteur prédictif très significatif de la réhospitalisation. Compte tenu de ces informations, nous pouvons soumettre l'idée que les mêmes patients sont toujours (ré)hospitalisés. Ce paramètre est bien connu dans la littérature (Garcia-Perez et al., 2011). Nous avons calculé également le taux de patients insuffisants cardiaques réhospitalisés qui avaient déjà été hospitalisés dans les 6 mois précédents l'H0. Les chiffres obtenus sont de 40%. Comme l'indique la littérature, les patients âgés en insuffisance cardiaque sont une population fréquentant régulièrement les hôpitaux (Franchi C et al., 2013 ; Golden et al., 2010 ; Dharmarajan et al., 2013 ; HAS, 2015).

4.2.2.2. Les caractéristiques fonctionnelles et médicales

La présence de déclin fonctionnel durant l'hospitalisation est un facteur prédictif de réhospitalisation bien connu. Il est également plus prédictif de réhospitalisation que l'unique évaluation du statut fonctionnel réalisée à l'entrée ou à la sortie d'hospitalisation (Carlson et al., 1998). Cependant, il est tout de même démontré qu'un score d'AVQ bas au domicile reste un facteur prédictif de réhospitalisation (Dombrowski et al., 2012). Nos patients réhospitalisés étaient un peu plus dépendants pour les AVJ que les non-réhospitalisés avant l'hospitalisation index. Les deux groupes avaient présenté un déclin fonctionnel durant l'hospitalisation. Covinsky et al.(2003) & Sager et al. (1996) confirment que le déclin fonctionnel s'aggrave pendant l'hospitalisation. En présentant une pathologie aigue, il est normal de perdre de l'autonomie et de ne pas parvenir à la récupérer entièrement avant la sortie de l'hospitalisation. À la sortie d'H0, les réhospitalisés avaient un score d'AVJ moins élevé que

les non-réhospitalisés. Ils avaient donc perdu moins d'autonomie durant l'hospitalisation que les non-réhospitalisés. Au sein de notre étude, cette différence était significative entre les 2 groupes, elle est même apparue comme prédicteur significatif de réhospitalisation.

En résumé, les réhospitalisés perdent moins d'autonomie à la fin de l'hospitalisation, mais sont plus dépendants pour les AVJ avant leur hospitalisation. Cette différence de Katz entre l'avant et la fin de l'hospitalisation n'est pas majeure (entre 2 et 4 points sur 24 points). On estime que le travail réalisé en gériatrie avec toute l'équipe pluridisciplinaire vise à réduire cette différence, et ainsi à limiter le déclin fonctionnel. Une hypothèse sur cette différence est que leur score d'AVJ des réhospitalisés est déjà tellement bas ; qu'il est difficile de perdre beaucoup plus encore. Une partie des patients qui auront perdus leurs capacités fonctionnelles seront envoyés en revalidation après leur hospitalisation afin de récupérer le score de Katz qu'ils présentaient auparavant.

Nos autres variables d'étude liées aux facteurs fonctionnels et médicaux n'interviennent pas significativement sur les réhospitalisations. Cependant, nous avons décidés de revenir tout de même sur quelques-unes d'entre-elles ci-dessous afin de décrire notre population gériatrique et d'évoquer les fragilités qui seront à prendre en compte dans le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation.

Nous nous sommes intéressés aux troubles cognitifs présents dans notre population à la sortie de l'H0. La moitié des patients avaient un diagnostic d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, soit déjà connu, soit diagnostiqué durant l'H0. Les troubles confusionnels aigus (le délirium), s'étant présentés chez les patients n'ayant aucun trouble cognitif connu avant l'H0 et ayant laissé des séquelles de difficultés cognitives à la sortie d'H0, s'élevaient à 13%. Nous obtenons un pourcentage de délirium inférieur à ceux relevé dans la littérature, car nous n'avons pas considéré les patients dément ayant développé délirium pendant l'H0. En effet, notre objectif n'était pas tant de mettre en évidence le pourcentage de délirium, mais bien des patients ayant une difficulté cognitive à la sortie d'H0. Selon Drame et al. (2012) & Marcantonio et al. (1999), l'état confusionnel aigu est un facteur prédictif du devenir des personnes âgées après leur hospitalisation. Parmi les multiples complications qu'il entraîne, on retrouve le déclin fonctionnel, les escarres, les chutes, l'incontinence, etc. (Potter et al. 2006). Pour ces patients chez qui un déclin cognitif est observé, des dispositions devront être mises en place déjà durant l'hospitalisation. Le plan de soins rédigé à la sortie de

l'hospitalisation devra également en tenir compte et proposer des surveillances adaptées à l'état cognitif du patient.

L'incontinence concerne presque trois quart de la population hospitalisée en service de gériatrie. Cette statistique correspond à la même prévalence qu'en MRS (KCE, 2018).

Les escarres se présentent surtout chez les patients ayant une durée de séjour plus longue, se mobilisant moins et étant plus malades (Vuagnat et al., 2012). Les patients provenant des soins intensifs sont donc plus à risque (Vuagnat et al., 2012). Dans un hôpital universitaire, une mesure de la prévalence effectuée en 2010 a montré un taux de 9,8% dans les services de médecine interne et de 14,3% dans les services gériatriques (Vuagnat et al., 2012). Dans notre étude, moins de 10% des patients sont sortis de l'hospitalisation index avec une escarre, tout stade confondu. Il est rare qu'une escarre soit acquise dans le service de gériatrie, au vu de toutes les précautions qui y sont prises. Nous avons donc cherché à savoir quel était le pourcentage de patient ayant une escarre et provenant d'un autre service avant l'hospitalisation en gériatrie. Le chiffre n'était pas concluant, car seul un patient était dans le cas. Pour avoir des chiffres plus justes, il aurait été nécessaire de connaître la proportion de patient ayant une escarre à l'entrée de l'H0. En mesurant le pourcentage à la fin d'H0, nous sous-estimons celui-ci, car certaines escarres ont eu le temps de guérir entre-temps.

Dans notre analyse, la moitié des patients ont été diagnostiqués dénutris à la fin de l'H0, s'ajoutent à ceux-ci 17% diagnostiqués à risque de dénutrition. Cela nous donne pratiquement trois-quarts de la population gériatrique n'ayant pas un état nutritionnel normal et pour lesquelles une surveillance alimentaire devrait être mise en place. Même si ce n'est pas le cas dans notre recherche, la dénutrition apparaît de façon constante dans la littérature comme un facteur prédictif en termes de réhospitalisation et de mortalité (Drame et al., 2012).

Dans les diagnostics de sortie de l'H0, un quart des patients présentent des variations thymiques qu'il importera de surveiller après la sortie d'hospitalisation. Un patient sur quatre présentent donc des affects dépressifs dans la population âgée. Ce score correspond aux taux de dépression observé chez les seniors en dehors de l'hôpital (Jalenques et al., 1990).

Notre score pourrait être sous-estimé, compte tenu de sa difficulté à l'évaluer chez le patient dément. Hors, Lleshi et al. (2009) précisent que 1 patient sur 2 ayant la maladie d'alzheimer, présente également une dépression. De plus, ils ajoutent que 60 à 70% des dépressions chez les personnes âgées sont méconnues ou négligées (Lleshi et al., 2009).

Notre étude ne montre pas d'association entre la comorbidité et la réhospitalisation. Ce facteur est pourtant prédictif de réhospitalisation dans toutes les études que nous avons consultées, notamment dans la revue systématique de Garcia-Perez et al. (2011). Globalement, la totalité de notre échantillon était assez polypathologique, avec un score moyen de Charlson indexé à l'âge de presque 8. Cela n'a pas beaucoup de sens de l'interpréter. En effet, avec ce résultat, notre population a une probabilité de survie à 10 ans inférieure à 0%, ce qui est normal étant donné l'âge des sujets.

Le motif de l'admission et le diagnostic associé à l'hospitalisation initiale n'ont pas montré de différence significative pour les patients réhospitalisés. Dans notre analyse, nous avons pris les têtes de chapitre de l'ICD-10 afin d'illustrer au mieux les possibilités de pathologies comme motif d'admission. Cependant, au vu des motifs relevés dans nos rapports médicaux, nous avons créé une catégorie supplémentaire nommée « syndrômes gériatrique, AEG, déclin fonctionnel et symptômes ». Cette classe représentait la majorité (77%) des motifs d'admission de notre population globale. C'est pour cette raison que nous avons cherché en complémentarité les diagnostics associés aux hospitalisations initiales. Dans notre population globale, les 3 groupes de pathologies majoritaires étaient les maladies du système circulatoire, respiratoire et génito-urinaire représentant chacun 12.5% de la population.

L'article Dagneaux et al. (2009) abordant les motifs d'hospitalisation des personnes âgées, souligne que les symptômes généraux et les symptômes cardiologiques sont les plus fréquemment cités et représentent à eux seuls 40 % des motifs d'hospitalisation. S'en suit ensuite les motifs respiratoires avec 14 %. Les proportions peuvent fortement varier d'une étude à une autre, notamment car les motifs sont à risque de se confondre avec les diagnostics (Dagneaux et al., 2009). Dans notre étude, l'étude du diagnostic associé était beaucoup plus pertinente que le motif d'admission.

Concernant les diagnostics associés des patients réhospitalisés, les maladies du système circulatoire et génito-urinaire sont majoritaires, avec pour chacune d'entre-elle une probabilité de 15%. Celles-ci sont suivies de près par les pathologies du système respiratoire et celles du système digestif représentant chacune 10% des diagnostics associés. Nos catégories prédominantes rejoignent partiellement celles-soulevées dans la littérature, même si elles ne ressortent pas comme facteurs prédictifs de réhospitalisation dans notre recherche.

Peu d'études se sont penchées sur des diagnostics précis, de ce fait l'association entre le diagnostic final de l'hospitalisation et le devenir du patient (réhospitalisation, institutionnalisation ou mortalité) n'a jamais été mis en évidence (Goodrich, 2013 ; McCusker et al., 2002). Dagneaux et al. (2009) ajoutent que les motifs d'admission sont souvent répertoriés par systèmes, sauf si la prévalence d'un motif précis est recherché, comme c'est souvent le cas avec les syndromes gériatrique (la chute, la confusion, etc.).

4.2.2.3. Caractéristiques supplémentaires relevées dans la population réhospitalisée

Les nouvelles données concernant l'état fonctionnel n'ont pas été relevées pour les patients réhospitalisés dans un autre service que la gériatrie étant donné qu'aucun bilan fonctionnel n'est mentionné dans leur rapport d'hospitalisation. Nous avons essayé d'établir le profil fonctionnel des patients réhospitalisés. Deux semaines avant l'hospitalisation index, leur score moyen d'IAVJ était de 1.71, ce qui renvoie à un certain état de dépendance initial. Avant la réhospitalisation, ce score moyen est de 0.45. Les patients réhospitalisés n'avaient donc pas récupéré leur état fonctionnel en terme d'IAVJ d'avant l'H0.

Concernant les AVJ, les patients réhospitalisés obtiennent un score de Katz moyen de 11.81 deux semaines avant l'hospitalisation. Pendant l'hospitalisation index, nous avons relevé une perte d'autonomie chez ces patients. Toutefois, ce déclin est moins marqué que pour les sujets qui ne seront pas réhospitalisés. Entre les 2 hospitalisations, nous observons un très léger gain d'autonomie. Cependant, si nous comparons notre dernière échelle de Katz (2 semaines avant la réhospitalisation), en comparaison à la première (2 semaines avant l'hospitalisation index), nous observons que les patients n'avaient pas encore regagné leur autonomie de départ.

Nous retrouvons ces précédents faits dans de nombreux écrits, l'hospitalisation entraîne de nombreux effets délétères, dont dans 30 à 60 % des cas, un déclin fonctionnel (Mazière et al., 2011).

Sachant que l'insuffisance cardiaque et le cancer actif constituent des morbidités associées aux réhospitalisations précoces et tardives (Garcia-Perez et al., 2011) nous avons décidé d'en investiguer la proportion chez nos patients réhospitalisés. Nous avons obtenu 40% d'insuffisants cardiaques et 25% de patients avec un cancer actif. En d'autre terme, un patient réhospitalisé sur deux présente une insuffisance cardiaque. L'HAS (2015) confirme que l'insuffisance cardiaque aiguë est la première cause d'hospitalisation non-programmées au sein de la population âgée. Krumholz et al. (2009) ajoutent que le taux de réhospitalisation à

30 jours est de 25% pour l'insuffisance cardiaque aiguë. Parmi ces patients cardiaques, 21% seront réhospitalisés pour le même motif (Roux, 2016 ; Dharmarajan et al., 2013). Tuppin et al. (2014) montrent que l'incidence des hospitalisations pour insuffisance cardiaque était multipliée par 3 entre 60 et 95 ans. L'HAS (2015) insiste sur le fait que mieux organiser la sortie d'hospitalisation pourrait prévenir les réhospitalisations itératives dans certaines pathologies comme l'insuffisance cardiaque, comme confirmé par d'autres études (Coleman, 2003 ; Naylor et al., 2004).

Par rapport aux motifs de réhospitalisation, 40% concerne encore des « symptômes, AEG, déclin fonctionnel, syndromes gériatriques », l'autre partie (60%) représente des motifs médicaux. Cependant nos chiffres sont quelque peu biaisés par le fait que dans les autres services, il est rare qu'on inscrive un symptôme ou un syndrome gériatrique comme motif d'admission, même si c'est le cas. C'est le diagnostic associé qui sera inscrit comme motif d'admission initial. Ces chiffres expriment tout de même que la population réhospitalisée revient plus souvent pour un diagnostic médical plutôt que fonctionnel.

Un autre paramètre pertinent que nous avons étudié au travers de la population réhospitalisée était le lien entre les conclusions médicales de l'H0 et le motif de réhospitalisation. Nous avons obtenu 43% des patients réhospitalisés pour qui le motif de réadmission était en lien avec l'hospitalisation précédente. D'une part, ce résultat est cohérent par rapport à la problématique d'insuffisance cardiaque, comme nous l'avons expliqué ci-dessus. Il n'empêche que ce chiffre traduit que pratiquement 1 patient sur 2 a été réhospitalisé pour le même motif qu'à l'H0, ou pour un motif lié au « diagnostic associé » lors de l'H0. Cet item pourrait être un indicateur des difficultés du plan de soins rédigé à la sortie de l'hospitalisation index (rédaction, mise en application). Celui-ci est-il suffisamment clair pour des patients porteurs de pathologies chroniques à risque de décompensation comme l'insuffisance cardiaque ? Le poids cible est-il précisé ? Et qu'en est-il de la façon de le suivre ou d'adapter les médicaments ?

4.2.3. Le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation

Aucun prédicteur significatif de réhospitalisation n'a été mis en évidence dans notre étude au sein des caractéristiques du plan de soins rédigé à la sortie. Nous allons tout de même interpréter quelques pourcentages qui nous semblaient pertinents.

4.2.3.1. Réunion de famille et projet de soins

Pour un quart de notre population globale, une réunion de famille a été réalisée durant l'hospitalisation index. Cette donnée n'a pas été facile à interpréter car en service de gériatrie, beaucoup de rencontres sont informelles entre l'entourage, les patients et les médecins. Les rencontres informelles n'ont pas été comptabilisées dans notre étude comme de réelles réunions de famille avec l'équipe pluridisciplinaire. Nous nous sommes posé la question de savoir pour quelle catégorie de projet de soins, une réunion de famille avait le plus souvent lieu. Nous obtenons des résultats cohérents, avec 33% des réunions réalisées dans le cas d'une institutionnalisation et 41% lorsqu'il s'agit d'un retour à domicile avec une majoration des aides formelles de soins. Il s'agit des 2 catégories où le patient subira le plus de changement par rapport à sa vie d'avant l'hospitalisation. Souvent, ce changement de lieu vie est causé par la dégradation de son état fonctionnel, par un mauvais diagnostic entraînant un AEG ou par un épuisement de l'entourage (Dagneaux et al., 2008). Tous ces éléments seront donc à prendre en compte et à discuter. Nous n'avons pas trouvé de littérature sur la réunion de famille en gériatrie spécifiquement. Cependant, Joshi (2013) s'y intéresse dans le cadre de soins palliatifs. Il souligne les aspects positifs de ces rencontres qui pourraient être généralisables à notre population : *« Les réunions de famille représentent une partie importante du plan de soins aux patients hospitalisés, mais elles se tiennent souvent tard après l'admission ou encore à un moment critique dans la prise de décisions (...). Les réunions de famille sont utiles pour discuter de l'état du patient et des objectifs des soins. Lorsqu'on les organise de manière proactive et qu'elles portent non seulement sur les faits médicaux, mais aussi sur les points de vue du patient à propos de sa maladie et l'élaboration d'un plan thérapeutique (...) elles sont plus efficaces ; améliorent les soins aux patients et leur satisfaction »* (Joshi, 2013, p.266). En effet, *« les patients et leur famille peuvent se sentir pressés ou intimidés par une équipe médicale, surtout quand des décisions difficiles doivent être prises »*. Dans ce contexte, la réunion de famille peut alors être mal perçue. Il existe un certain nombre de protocoles et de lignes directrices concernant la tenue de ces réunions. Ceux-ci ont en commun diverses caractéristiques : prévoir un endroit calme et réservé pendant un laps de temps suffisant pour discuter sans interruption, demander aux patients et à la famille comment ils comprennent la situation actuelle et s'ils désirent plus d'information ou s'ils ont d'autres besoins, fournir les renseignements attendus, reconnaître l'effet émotionnel sur les patients et la famille et assurer un plan de suivi (Von Gunten et al., 2000 ; Hudson et al., 2008 ; Buckman, 2001). Dans le service de gériatrie des CUSL, ce sont ces mêmes

objectifs qui sont poursuivis, et dans des pareilles conditions. Joshi (2013, p.267) ajoute qu'« *En leur donnant du temps et de l'espace pour réfléchir, les patients prendront plus probablement des décisions qui concordent mieux avec leurs objectifs thérapeutiques et conviennent plus à leurs réalités.* ». Au sein de cet extrait, des suggestions d'amélioration pour les réunions de familles nous sont proposées : sur la qualité (réunion anticipée, participation du patient dans l'élaboration du plan de soins) et sur la quantité (réunion chez un plus grand nombre de patient, plus d'une réunion par patient lorsque le cas le nécessite).

Nous nous sommes ensuite intéressés au projet de vie du patient après son hospitalisation. Ce projet de vie est discuté lors des concertations pluridisciplinaires, tout au long de l'hospitalisation, puis lors des réunions de famille. Dans notre étude, :

- Pour un quart des patients, le plan de soin de sortie exigeait la mise en place ou la majoration d'aide formelle au domicile car la situation préalable ne convenait plus à l'état actuel du patient.
- Nous avons obtenu un peu plus d'un quart (16%) des patients qui ont été institutionnalisés après l'H0. Par ailleurs, l'hospitalisation est la porte d'entrée principale pour le placement en maison de repos. Dagneaux et al. (2008) signale que 60% des résidents d'une MRS ont été admis juste après une hospitalisation.
- Certains patients (10%) vont être transférés dans un service de revalidation/réadaptation après l'hospitalisation initiale. Cette transition est proposée aux patients ayant des difficultés fonctionnelles et chez qui on estime qu'une rééducation pluridisciplinaire permettrait leur récupération, avant un potentiel retour au domicile (Tardivel et al., 2018). Tardivel et al. (2018) ont étudiés le taux de réhospitalisation à un mois après la sortie d'un centre de réadaptation gériatrique chez des patients étant retourné à leur domicile, il était de 10.1%.

Le taux de patients transférés en revalidation n'est pas très élevé dans notre recherche. Dans la littérature, pour la population du même groupe d'âge, on retrouve un pourcentage allant jusqu'à 40% de transfert en revalidation après une hospitalisation (Dagneaux et al., 2009 ; Tardivel et al., 2018). De notre point de vue, cette divergence peut être expliquée par le fait qu'en service de gériatrie à Saint-Luc, les patients sont déjà bien revalidés par l'équipe de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes durant l'hospitalisation. Egalement, les patients envoyés en revalidation ont été sélectionnés. En effet, lors des concertations pluridisciplinaires, on discute de la situation fonctionnelle du patient. Si l'on estime qu'elle

est déjà très faible initialement, le séjour en revalidation n'apportera pas de meilleurs résultats que la revalidation dans le service de gériatrie. Comme nous l'avons étudié dans notre cadre théorique, parmi les interventions liées à la prévention des réhospitalisations, nous retrouvons la création d'un plan de sortie fondé sur l'évaluation médicale et sociale du patient (Hansen et al., 2011 ; Boutwell et Hwu, 2009 ; Rutherford et al., 2012). Cette intervention est à réaliser préalablement à la sortie. Au sein de Saint-Luc, nous estimons que cette intervention est déjà mise en place.

Toujours en rapport avec le projet de vie, nous avons cherché à savoir si celui-ci avait été respecté après l'hospitalisation index. Sur nos 38 patients réhospitalisés en gériatrie, 10 (28%) n'ont pas respecté leur projet de vie. Pour un patient, il s'agissait d'un renvoi au domicile ayant débouché sur une MRS. Les autres n'ont pas respectés les aides formelles suggérées pour le domicile.

4.2.3.2. Rédaction et mise en œuvre du plan de soins

Tout au long de notre cadre théorique et pratique, nous avons relaté des éléments qui mériteraient d'être pris en compte dans le plan de soins rédigé à la sortie de l'hospitalisation initiale, afin d'éviter les réhospitalisations inopinées. Ces éléments sont dérivés des caractéristiques de notre population gériatrique pour lesquelles une surveillance doit être installée. Dans les paragraphes suivants, nous allons interpréter nos résultats relatifs à la rédaction du plan de soins selon 3 critères : la surveillance médicale, la surveillance fonctionnelle et la réconciliation médicamenteuse.

La surveillance médicale s'intéresse aux points d'attention, aux recommandations et aux futurs rendez-vous médicaux que le plan de soins post hospitalisation doit contenir concernant la situation médicale du patient. Par situation médicale, nous entendons les conclusions médicales qui restent actuelles (dans le sens où il faut encore y prêter attention, cela n'a pas totalement été traité pendant l'hospitalisation) et qui sont inscrites à la fin du rapport d'hospitalisation : le diagnostic final d'hospitalisation, les autres problèmes médicaux développés lors de l'hospitalisation, les antécédents médicaux toujours actifs.

Pour 8% des patients, il n'y avait aucune surveillance médicale mentionnée, rien n'apparaissait dans le plan de soins proposé. S'ajoute à ceux-ci, 45% pour lesquels la

surveillance médicale était très pauvre ou inadaptée à la situation du patient. En d'autre terme, plus d'un patient sur deux n'avait peu ou pas de recommandations médicales dans sa lettre de sortie.

Pour illustrer ce résultat, nous l'avons confronté au cas de l'insuffisance cardiaque, de la thymie instable et de la dénutrition. Nous avons cherché le paramètre du poids dans le plan de soins de sortie de l'H0, car celui-ci constitue un paramètre principal à surveiller en cas d'insuffisance cardiaque. Sur nos 23 patients insuffisants cardiaques réhospitalisés, 13 (56%) avaient comme recommandation à la fin de l'H0, une surveillance de poids dans le plan de soins. Or, 15 patients (65%) ont été réhospitalisés pour une décompensation cardiaque ou une conséquence de celle-ci.

Pour les patients pour lesquels un diagnostic de thymie instable avait été posé dans les conclusions du rapport d'hospitalisation, nulle ne bénéficiait d'une surveillance spécifique ou d'un suivi particulier prenant en compte ce trouble dans le plan de soins proposé.

Plus de 70% de nos patients étaient dénutris ou à risque de dénutrition à la fin de l'hospitalisation initiale. Ils devraient donc tous disposer de conseils alimentaires dans leur lettre de sortie. Cela a été le cas pour 60% d'entre-eux.

La surveillance fonctionnelle concerne les points d'attention et les recommandations relatifs à l'état fonctionnel du patient à sa sortie d'hospitalisation. Par surveillance fonctionnelle, nous entendions les éléments locomoteurs, liés à l'alimentation, cognitifs, lié à l'incontinence, lié à la mobilisation et aux escarres, etc. Pour ce point, nous avons dû parcourir l'entièreté du bilan gériatrique afin de nous faire une idée de la situation fonctionnelle, car celle-ci n'est pas expliquée dans les conclusions du rapport d'hospitalisation.

Nous avons obtenu de meilleurs résultats que ceux récoltés pour la surveillance médicale. Trois-quarts des patients bénéficiaient d'une surveillance fonctionnelle. Nous avons tout de même remarqué qu'elle n'était pas toujours très détaillée. Par exemple, régulièrement, on pouvait lire pour certains des items des commentaires tels que : « voir bilan gériatrique » ou « à suivre ». Le point locomoteur était quant à lui un item assez bien complété ; l'état fonctionnel du patient à sa sortie était décrit, ainsi que des suggestions pour l'après hospitalisation. Néanmoins, pour les autres items, nous avons remarqués qu'ils n'étaient pas bien dissociés. Les informations s'y retrouvaient mélangées. Cela peut être justifié par le fait

que finalement, tous les éléments fonctionnels sont liés entre-eux (exemple : si une démence est présente, le patient ne sait plus s'alimenter seul, il ne sait pas faire ses soins de base seul).

Dans notre étude, même si davantage de moyens ont été mis en place sur le plan fonctionnel à la sortie de l'hospitalisation index, les patients étaient finalement majoritairement réhospitalisés pour des motifs médicaux ou une dégradation de l'état de santé, que pour des problèmes fonctionnels. La surveillance médicale n'avait donc pas été suffisamment développée.

Voici d'autres brèves observations concernant le plan de soins :

À l'item social, les aides informelles et les adaptations du lieu de vie (lit médicalisé, rampe dans salle de bain, etc.) sont présentes dans le bilan gériatrique, mais jamais dans le plan de soins proposé à la sortie. Pareillement, lorsqu'une majoration des aides formelles au domicile était de vigueur, il n'était pas toujours précisé quelle aide supplémentaire était mise en place.

Lorsqu'il y avait une plaie à la sortie de l'hospitalisation, les soins étaient peu détaillés. Néanmoins, la fréquence de réfection du pansement était indiquée à chaque fois.

Si une escarre était toujours présente à la fin de l'hospitalisation, excepté l'information sur le pansement, aucune recommandation préventive n'était mentionnée (surélever les appuis, se frictionner, se mobiliser, etc.).

Pour le point cognitif, nous avons l'information du diagnostic cognitif uniquement, sans recommandation particulière. Et lorsqu'une suspicion de troubles cognitifs était présente, il était inscrit : « à suivre, ou à réévaluer en externe ».

La réconciliation médicamenteuse est réalisée à chaque hospitalisation et pour tous les patients dans le service de gériatrie. Comme le souligne plusieurs ouvrages, elle permet de prévenir les réhospitalisations pour effets indésirables médicamenteux (Davies et al., 2010 ; Beijer et Blaey, 2002). Par conséquent, nous nous sommes interrogés sur le respect ou non du traitement « retravaillé » après l'hospitalisation index des patients réhospitalisés. Il en ressort que pour un patient sur deux réhospitalisés, le traitement prescrit à la fin d'H0 ne correspondait pas au traitement habituel décrit dans le rapport de réadmission. Selon nous, cet

item jugé initialement intéressant, est finalement compliqué à interpréter. En effet, pour la plupart des patients, il s'agissait uniquement de modifications de certains dosages par leur cardiologue ou autre spécialiste, suite à une prise de sang ou une consultation. Ce n'est donc pas l'entièreté du traitement qui a été modifié et cela ne transpose donc pas des problèmes de prescription (trop de médicaments, trop de changements de médicaments) comme le souligne la littérature (Beijer et Blaey, 2002). En lien avec nos données, nous pouvons juste observer qu'aucun patient n'a été réhospitalisé pour un EIM.

4.2.3.3.Observations générales du plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation

Chaque intervenant de l'équipe pluridisciplinaire indique des informations concernant sa spécialité dans le bilan gériatrique du rapport d'hospitalisation. Pour les conclusions et le plan de soins proposé à la sortie, c'est le gériatre lui seul qui se charge de leur rédaction. Ce dernier est sensé faire un résumé des conclusions et recommandations de chacun, pour constituer un plan de soins. Au vu de la qualité des plans de soins ressortie dans notre étude, est-ce judicieux que le gériatre rédige seul la totalité du plan de soins ? Y compris pour les aspects fonctionnels ?

Les items présents dans le plan de soins (surveillance, soins, fonctionnel, locomoteur, cognitif, nutritionnel, social, médicamenteux) ne sont pas toujours bien dissociés. Les informations ne sont pas ordonnées dans des catégories distinctes, il faut systématiquement chercher les éléments d'intérêt. D'autres rubriques plus claires et plus globales ne pourraient-elles pas être envisagées ? (Par exemple, une catégorie centralisant tous les aspects fonctionnels, une catégorie suivi médical et une projet social)

Alors que le service accueille des patients fort fragilisés, pour lesquels il serait nécessaire qu'un plan de soins individuel de sortie bien fourni soit élaboré, celui-ci ne représente qu'une demi-page d'un rapport d'au moins 5-6 pages. Nous nous questionnons ici sur la pertinence, pour le médecin traitant, de recevoir autant d'informations dans le rapport d'hospitalisation global, alors qu'il ne contient finalement qu'un plan de soins très peu détaillé ? De plus, cette interrogation se voit renforcée par le fait que les 2 parties du rapport d'hospitalisation qui intéressent le plus le médecin traitant sont à priori, les conclusions d'hospitalisation et le plan de soins proposé.

4.3. Quels leviers pour améliorer le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation ?

Dans cette dernière partie de la discussion, nous répondrons à la question de réflexion suivante : « Quelles pistes d'amélioration pouvons-nous suggérer au plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation afin de réduire les réhospitalisations inopinées en favorisant la continuité des soins »

Dans les premiers points de notre discussion, nous avons investigué majoritairement les éléments concrets du contenu du plan de soins et de sa mise en œuvre (la surveillance médicale, la surveillance fonctionnelle, la réconciliation médicamenteuse, le projet de vie). Cela nous a permis d'apercevoir quelques fragilités du plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation. S'intéresser à la réalisation d'une réunion de famille permettait de poser les prémices de cette partie du mémoire dédiée aux éléments concomitants au plan de soin. Ces derniers concernent les éléments intervenant dans la fonction de liaison gériatrique externe. Comme nous l'avons étudié dans la théorie, le plan de soins ne se limite pas à la lettre de sortie, il concerne toutes les démarches liées à la sortie d'hospitalisation favorisant une continuité des soins entre les acteurs de première et deuxième ligne.

Il apparaît que le parcours de soins de la population malade âgée est en encore trop segmenté avec des points de rupture pré-occupants comme les réhospitalisations. Pour lutter contre ces discontinuités, nous avons vu que les différentes interventions consistant à améliorer la continuité des soins entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge ambulatoire pouvaient réduire d'un tiers, voire de la moitié les taux de réhospitalisation (Coleman et al., 2006). Au sein de notre cadre pratique, nous avons énoncé toutes les initiatives que le service de gériatrie aux CUSL mettait en place pour favoriser cet objectif de continuité. Cependant, comme le souligne Kripalani et al. (2007), la communication entre la première et la deuxième ligne reste bien trop souvent insuffisante.

Dans le service de gériatrie aux CUSL, le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation se préoccupe de l'ensemble des dimensions de santé et pas uniquement de l'aspect purement médical. Or, en pratique, ces autres dimensions ne sont pas beaucoup exploitées en raison du manque de communication avec les intervenants extérieurs à l'hôpital. Cela représente une difficulté actuelle dans le plan de soins. Celui-ci est en effet construit dans une logique hospitalo-centriste; il ne considère pas ce qu'il y a en dehors de l'hôpital et ne tient pas spécialement compte des attentes et des besoins de la première ligne (les intervenants du

domicile ou de la MRS : médecin traitant, soignant des MRS, le kinésithérapeute, la diététicienne, etc.). Les propositions d'amélioration du plan de soins visent donc à améliorer cette transition entre les 2 lignes de soins en manageant les sorties.

Comme nous l'avons mentionné dans notre cadre théorique, l'accompagnement par un "navigateur" lors de la transition de soins est une action préventive encore très peu développée, mais qui a déjà fait ses preuves (HAS, 2015). Dans la littérature, plusieurs articles mentionnent cette action mais avec différentes nominations.

Nous retrouvons le terme de « case management » qui se traduit par gestionnaire de cas. Il s'agit d'un ou plusieurs professionnels réalisant des activités de coordination et de soin et de prise en charge à destination des personnes dont la situation est trop complexe pour être prise en charge par les professionnels de soins primaires uniquement. Les coordonnateurs interviennent directement auprès des patients pour les aider dans leur parcours de santé, le coordonner et faciliter leur accès aux prestations nécessaires. Leur intervention est ciblée sur la prise en charge des patients cumulant les complexités (coexistence de problèmes médicaux, psycho-sociaux, fonctionnels et sociaux.) (HAS, 2015).

Boutwell & Hwu (2009) parlent, eux, d'un personnel (souvent infirmier) qui serait dédié au suivi des patients pendant l'hospitalisation, au moment même de la sortie et après celle-ci. Cette intervention peut être réalisée par l'intermédiaire de visites à domicile, par téléphone ou les deux à la fois. Ce suivi peut cependant augmenter la fréquence des consultations en soins primaires (Boutwell & Hwu, 2009). La continuité du suivi avant et après la sortie par des infirmières, le plus souvent spécialisées, permet dans la majorité des études de réduire d'1/3 la fréquence des réadmissions (Chiu, 2007). Son efficacité a été particulièrement démontrée pour les sujets atteints d'insuffisance cardiaque, dont le suivi infirmier spécialisé par visites à domicile et téléphone est associé avec une réduction à 6 mois du risque de réadmission pour insuffisance cardiaque et à 12 mois du risque de réadmission et de mortalité (Takeda et al., 2012). (HAS, 2015)

La transmission des informations en temps utiles au médecin traitant est aussi un point soulevé par les recommandations préventives du HAS (2015). De notre point de vue, les plans de soins ne transposent pas tout à fait la situation globale du patient. Certains aspects cliniques sont parfois subtils et non transposables par écrit. Dans ce cas, l'appel téléphonique sera le meilleur moyen de communiquer avec la première ligne (médecin traitant et

responsable MRS). De plus, ce moyen de communication présente l'avantage d'être plus rapide. En théorie, ce coup fil est déjà instauré dans le service de gériatrie aux CUSL. Mais une manière de le rendre plus systématique serait d'ajouter un point consacré à cette démarche dans le rapport d'hospitalisation : « Appel du médecin traitant (Nom du médecin traitant), le (date de l'appel)» et/ou « Appel de la MRS (Nom du responsable), le (date de l'appel) » .

Ces précédentes recommandations citées ont pour but de mieux intégrer un épisode aigu hospitalier dans l'ensemble du parcours de santé du patient. Nous sommes certains qu'éviter toutes les réhospitalisations est impossible étant donné l'état de santé très précaire de certains patients, mais les réduire est déjà un objectif en soi.

4.4.Limites et perspectives

- Nos limites étaient les suivantes :

La mémorante étant infirmière aux CUSL dans le service de gériatrie, cette position nous a apporté de nombreux avantages comme les connaissances théoriques du terrain et l'accès facile au système informatique. Cependant, pour l'interprétation des résultats, il était parfois compliqué de rester objective et ne pas laisser transparaître nos impressions du terrain.

Cette démarche de recherche quantitative était une bonne méthode pour trouver les facteurs prédictifs de réhospitalisation. Néanmoins, pour ce qui est des éléments relatifs au plan de soins, elle n'a pas permis leur approfondissement.

De notre point de vue, le fait d'avoir récolté les informations dans des dossiers médicaux de patients sans avoir été directement en contact avec eux constitue une limite. En effet, même s'ils sont censés refléter la santé globale du patient, il n'est jamais possible de transposer par écrit toutes les particularités d'un profil. Cette limite aurait pu être évitée dans le cas d'une étude prospective. Certaines informations étaient donc probablement manquantes. Egalement, un certain nombre de données n'ont pas toujours été faciles à interpréter. D'une part, en raison de ce manque d'information dans les dossiers, comme c'était le cas pour les réunions de famille et la thymie, mais également de par notre manque d'expertise dans certains domaines, comme pour le score de Charlson.

Ces limites sont en prendre en compte lors de l'analyse de résultat.

- Nos perspectives sont les suivantes :

Il aurait été très intéressant de compléter cette recherche par une analyse qualitative. En effet, cette dernière aurait permis d'approfondir les éléments du plan de soins, voir même d'élargir le sujet sur la liaison externe gériatrique. Par exemple, on aurait pu interroger les différents corps professionnels participant au plan de soins à l'hôpital et en dehors de l'hôpital. Récolter des informations concernant les attentes pour le plan de soins et les confronter aux attentes de la deuxième ligne aurait été judicieux.

CONCLUSION

Ce travail de recherche, réalisé dans le cadre de notre master en Santé Publique à la Faculté de santé Publique de l'UCL, avait pour but de répondre à la thématique suivante : « Etude rétrospective des facteurs prédictifs de réhospitalisation des patients admis dans les unités de gériatrie aux CUSL : comment le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation pourrait-il influencer ces réhospitalisations ? ».

La première partie de notre recherche a permis d'apporter des éléments théoriques indispensables à l'analyse de la problématique des réhospitalisations des personnes âgées, ainsi que du plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation en gériatrie. Par ces recherches, nous avons compris que les réhospitalisations non-programmées des sujets âgés résultaient de situations cliniques complexes et hétérogènes. Plusieurs facteurs prédictifs de réhospitalisation sont relevés dans la littérature, tantôt médicaux, tantôt fonctionnels.

Dans le cadre pratique, nous nous sommes intéressés aux taux de réhospitalisation aux Cliniques universitaires Saint-Luc et à l'association entre certaines variables (choisies à partir des facteurs prédictifs relevés dans la littérature) et la réhospitalisation. Dans notre étude, le taux de réhospitalisation non-programmée à 1 mois est de 9.4%, à 3 mois de 19.6% et à 6 mois de 25.9%. Deux facteurs prédictifs de réhospitalisation non-programmée à 6 mois ont été mis en évidence : “avoir été hospitalisé dans les 6 derniers mois” et “la différence de statut fonctionnel (Katz) entre avant l'H0 et la sortie de l'H0”. Le premier facteur était un prédicteur connu dans notre littérature. Cependant en ce qui concerne le deuxième, son interprétation n'était pas très cohérente : plus le patient récupère de l'autonomie (devient moins dépendant) en terme d'AVJ au cours de son hospitalisation index, plus il aura une probabilité élevée d'être réhospitalisé.

Nous avons également cherché à montrer les caractéristiques fonctionnelles et médicales de notre population gériatrique afin de mettre en évidence les fragilités qui seraient responsables d'une éventuelle réhospitalisation. Nous avons ensuite investigué le contenu et la mise en oeuvre du plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation. Le but étant de savoir si il tenait compte des difficultés fonctionnelles et médicales des patients.

Globalement, la qualité du contenu du plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation était encore à améliorer que ce soit pour la surveillance médicale ou fonctionnelle.

Notre recherche nous a permis de constater que les réhospitalisations ne pouvaient être évitées que par une association d'interventions concomitantes au projet de soins rédigé à la sortie. Celles-ci associent les 3 étapes de transition entre l'hôpital et le lieu de vie : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie d'hospitalisation. C'est dans cette perspective que s'inscrit le plan de soins rédigé à la sortie d'hospitalisation. Nous avons observé qu'à Saint-Luc, dans le cadre de l'EGS, beaucoup de ces interventions étaient déjà en parties mises en place.

Nous avons terminé notre discussion en apportant des suggestions d'amélioration du plan de soins visant toutes deux à renforcer les liens entre la première et la deuxième ligne de soins. Elles concernaient principalement les soins transitionnels et la communication avec le médecin traitant.

- Aaron L., et al. (2014). Preventing 30-day hospital readmissions a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA*, 174 (7), 1095 – 1107
- Abdulaziz K., et al. (2016). National survey of geriatricians to define functional decline in elderly people with minor trauma. *Canadian geriatrics journal*, 19 (1), 2 – 8. Disponible à l'adresse : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815935/?fbclid=IwAR3AiQF9Y33hidDcUP4fYYIkdlEuvuIZBGm_5thFqWzl5oyENrEkA0IJe4o
- Abrahamowicz M., McCusker J.K.R. (2002). Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients : a systematic review. *Journal of gerontology : medical sciences*, 57A (9), 569 – 577
- Alarcon T., Barcena A., Gonzalez – Montalvo J.I., Penalosa C., Salgado A. (1999). Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing*, 28, 429 – 432
- Alhawassi T.M., Bajorek B.V., Krass I., Pont L.G. (2014). A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clinical interventions in aging*, 9, 2079 – 2086
- Anpalahan M., Gibson S.J. (2008). Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Internal medicine journal*, 38, 16 – 23
- Aranda S., Hudson P., Quinn K., O'Hanlon B. (2008). Family meetings in palliative care : multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC palliative care*, 7 (12)
- Augusto V., Dijon J., Célarier T., Franck T., Gonthier R., Sarazin M. (2018). Comparaison de deux modes d'hospitalisation en gériatrie : directement grâce à une ligne téléphonique ou après un passage aux urgences. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 16 (3), 255 – 262
- Aujoulat I. (2018). WFSP2104 : psychologie et sociologie de la santé. (Power point, UCL Bruxelles)
- Azar A.R., Lichtenberg P.A., MacNeill S.E., Mast B.T. (2004). Depression and activities of daily living predict rehospitalization within 6 months of discharge from geriatric rehabilitation. *Rehabilitation psychology*, 49, 219 – 223
- Barbey N., Szostek N. (2017). *Les interventions infirmières permettant de prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées dans les milieux de soins aigus : une revue de littérature*. (TFE, Haute école de santé, Fribourg). Disponible à l'adresse : http://doc.rero.ch/record/305586/files/Travail_Bachelor_NoemieBarbey_NatachaSzostek.pdf?fbclid=IwAR1jff01UJBwfjDnJsS1oN0WuSZ8LCdgqgbIV61ly5CbenCMdPALZ2JLmaI
- Barbut F., et al. (2006). Escarres dans un hôpital universitaire de court séjour. *La presse médicale*, 35 (5), 769 – 778
- Baztan J.J., Lopez – Arrieta F., Rodriguez – Manas L., Suarez – Garcia F.M. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders : meta-analysis. *BMJ*
- Beaudelot M-C. (2013). *Infirmier de liaison, un pont entre les mondes*. Disponible à l'adresse : https://www.maisonmedicale.org/Infirmier-de-liaison-un-pont-entre.html?fbclid=IwAR3AiQF9Y33hidDcUP4fYYIkdlEuvuIZBGm_5thFqWzl5oyENrEkA0IJe4o, consulté le 29 mars 2019
- Beijer H.J.M., de Blaey C.J. (2002). Hospitalizations caused by adverse drug reactions (ADR). *PWS*, 24 (2), 46 – 54

- Berranger C., Mazowiecki S. (2007). Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans. *Journal européen des urgences*, 20 (15). Disponible à l'adresse : https://www.em-consulte.com/en/article/110750?fbclid=IwAR0FpX0KaNYU6CIYSG4vIfwhyuofWsYbH6G5UIVM4Em6Ke0s0J2f4_krRNY
- Berrut G. (2018). Les soins transitionnels : le maillon manquant du parcours de soins. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 16 (3)
- Blanc A.L., Bonnabry P., Fumeaux T., Schaad N., Stirneman J. (2017). Réadmissions hospitalières : problématique actuelle et perspectives. *Revue médicale Suisse*, 13, 117 – 120
- Boland B., Cornette P., D'Hoore W., De Bauwer I. Verschuren F. (2017). Can we predict functional decline in hospitalized older people admitted through the emergency department ? Reanalysis of predictive tool ten years after its conception. *BMC geriatrics*, 17 (1). Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28499358?fbclid=IwAR096gwzzLsQ7IRAiE4YidnFpMiZuRwFSVQ5DIAzESG0-jIGRLQrmsqXT0g>
- Bonnet – Zamponi D., et al. (2012). Mode d'hospitalisation des patients âgés dans une unité de gériatrie aiguë. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 10 (2), 143 – 150
- Boutwell A., Hwu S. (2009). Effective interventions to reduce rehospitalizations : a survey of the published evidence. *Institute for healthcare improvement*
- Bradley E.H., et al. (2012). Contemporary evidence about hospital strategies for reducing 30-day readmissions : a national study. *Journal of the American college of cardiology*
- Brody E.M., Lawton M.P. (1969). *Instrumental activities of daily living (ADL)*. Disponible à l'adresse : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/iadltekst_fr.pdf?fbclid=IwAR1swS1zDTNs7xigxvgJN0OWod4iomzWHHWDk3404loxE1z_KqtnGxjPZrI, consulté le 17 mai 2019
- Buckman R. (2001). Communication skills in palliative care : a practical guide. *Neurologic clinics*, 19 (4), 989 – 1004
- Budnitz D.S., Lovegrove M.C., Richards C.L., Shehab N. (2011). Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *The new England journal of medicine*, 365 (21), 2002 – 2012
- Büla C., Carron P-N., Jaccard Ruedin H. (2012). Personnes âgées aux urgences défis actuels et futurs. *Revue médicale Suisse*, 8, 1534 – 1538
- Burkhard I. (2015). L'hôpital acteur de la prévention du vieillissement pathologiques des personnes âgées dans le cadre du parcours patient. *NPG*, 15 (88), 185 – 187
- Burton R. et al. (2012). *Health policy brief : care transition*. Disponible à l'adresse : <https://www.healthaffairs.org/>
- Camberlin C., Jaspers V., Obyn C. (2018). Optimisation des forfaits pour incontinence. *KCE reports 304Bs*. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_304B_Optimisation_forfaits_incontinence_Synthese.pdf?fbclid=IwAR0WQuANRbjilI1x_18oSvTEzdkilVc95XJca9u32V7Z6j-jPO2ZorUrIOc
- Carlson J., et al. (1998). Measuring frailty in the hospitalized elderly : concept of functional homeostasis. *American journal of physical medicine and rehabilitation*, 77, 252 – 257
- Chen M.C., Lee H-C., Lotus S. (2004). Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. *Social science and medicine*, 58, 1395 – 1403

- Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management* 2007;12(6):330-336.
- Civiele Veiligheid. (2007). *Arrêté Royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et des services hospitaliers*. Disponible à l'adresse : <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8617-7754-18&fbclid=IwAR096gwzzLsQ7IRAiE4YidnFpMiZuRwFSVQ5DIAzESG0-jIGRLQrmsqXT0g>, consulté le 22 avril 2019
- Cliniques universitaires Saint – Luc. (2018). *Manuel gériatrique pluridisciplinaire : programme de soins pour le patient gériatrique*. Disponible à l'adresse : https://www.saintluc.be/services/medicaux/geriatrie/documents/manuel-geriatrique-pluridisciplinaire.pdf?fbclid=IwAR0wdcdRlz_6zainCHPh5Ucq7GAAw2rG5qYOfmY8dg5aADVv4KdDRCr3XSA, consulté le 19 décembre 2019
- Coleman E, Parry, C., Chalmers, S., Min, SJ. The care transitions interventions : results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166:1822-1828.
- Coleman E.A. (2003). Failing through the cracks : challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American geriatrics society*, 51(4), 549 – 555
- Coleman E.A., Jencks S.F., Williams M.V. (2009). Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. *The new England journal of medicine*, 360 (14). 1418 – 1428
- Colson M.C., et al. (2008). Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique. *KCE reports 73B*. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20081027312.pdf?fbclid=IwAR2pVPIU6GWb3bti2Obh1s8YhbdYTCjppaQSQ5rb1_IQtg7I43RBDMwR_KU
- Cornette P., D'Hoore W., Malhomme P., Van Pee D., Meert P., Swine C. (2005). Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients. *Aging clinical and experimental research*, 17, 322 – 328
- Coudert A.J., Jalenques I. (1990). La maladie dépressive du sujet âgé : apports de l'épidémiologie. *Psychogère*, 2 (6)
- Covinsky K. E., Fortinsky R., Landerfeld C.S., Palmer R.M. (1999). Effects of functional status changes before and during hospitalizations on nursing home admission of older adults. *Journal of gerontology series A : biological sciences and medical sciences*, 54 (10), 521 – 526
- Covinsky K., et al. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness : increased vulnerability with age. *Journal of the American geriatrics society*, 51, 451 – 526
- Curtis J.P et al. (2009). All cause readmission and repeat revascularization after percutaneous coronary intervention in a cohort of medicare patients. *Journal of the American college of cardiology*, 54 (10), 903 – 907
- Dagneaux I. (2009). Motifs d'hospitalisation des personnes âgées par les médecins généralistes : données issues d'une enquête. *La revue de la médecine générale*, 262, 150 – 152. Disponible à l'adresse : https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/fr/object/boreal%3A75517?fbclid=IwAR2RJvU5nBSsqoxH0DeZ61oNlh_1PNa3XiEnRr_ezIcAqPt38UH7DdTBjwkQ
- Dagneaux I., Degryse J., Vercruysse B. (2008). Motifs d'institutionnalisation des personnes âgées : une enquête auprès de médecins généralistes. *La revue de la médecine générale*, 255, 295 – 297. Disponible à l'adresse :

<https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:75516?fbclid=IwAR2A9RfHmLylKh uJqBJcB83g6z6zwayunzp eDc0e2zGrhRsb6eZ5nN6cY>

- Davies E.C., Green C.F., Mottram D.R., Pirmohamed M., Rowe P.H. (2010). Emergency readmissions to hospital due to adverse drug reactions within 1 year of the index admission. *British journal of clinical pharmacology*, 70 (5), 749 – 755
- De Brauwier I. et al. (2017). Optimizing the care of older patients hospitalized through and as soon as the emergency department.(Thèse, UCL)
- De Decker L. (2009). L'indice de co-morbidité de Charlson. *Annales de g rontologie*, 2 (3), 159-160
- Deschodt M. (2013). *Multidisciplinary geriatric consultation teams in acute hospitals: organizational aspects and outcomes*. (Thèse, KU Leuven)
- Dharmarajan K., et al. (2013). Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*, 309 (4), 355 – 363
- Dombrowski W., Neufeld J.L., Tarshish C.Y., Yoos J.L. (2012). Factors predicting rehospitalization of elderly patients in a postacute skilled nursing facility rehabilitation program. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93 (10), 1808 – 1813
- Donnat N., Trombert V., Vuagnat H. (2012). Personne  g e et escarres : prévention et traitement. *Revue médicale Suisse*, 8, 2295 – 2302. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-364/Personne-agee-et-escarres-prevention-et-traitement?fbclid=IwAR1oPY4Ewm6oXbZBuJiuzm6dqMPHRcLEsLupjv4YRYRCJmfP5VW6mWOnu3U>
- Drame M., et al. (2012). Factors predictive of long-term mortality in patient aged 75 years-old or older hospitalize from the emergency department : the SAFES cohort. *Presse médicale*, 38 (7 – 8), 1068 – 1075
- Ellis G., Langhorne P., O'Neill D., Robinson D., Whitehead M.A. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane database system revue*, 6 (7). Disponible à l'adresse : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735403?fbclid=IwAR3AiQF9Y33hidDcUP4fYYIkdIEuvuIZBGm_5thFqWzl5oyENrEkA0IJe4o
- Ferris F.D., Emanuel L.L., Von Gunten C.F. (2000). The patient-physician relationship : ensuring competency in end of life care, communication and relational skills. *JAMA*, 284 (23), 3051 – 3057
- Fethke C.C., Johnson N., Smith I.M. (1986). "Risk" factors affecting readmission of the elderly into the health care system. *Medical care*, 24, 429 – 437
- Forster A.J., Jennings A., Van Walraven C. (2012). A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18 (6), 1211 – 1218
- Franchi C., et al. (2013). Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *European journal of internal medicine*, 24(1), 45 – 51
- García – Pérez L., Duque – Gonzalez B., Linertov  R., Lorenzo – Riera A., Sarr a – Santamera A., Vázquez-Díaz J.R. (2011). Risk factors for hospital readmission in elderly patients : a systematic review. *QJM*, 104, 639 – 651
- Golden A.G., et al (2010). Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *Gerontologist*, 50 (4), 451 – 458
- Goodrich L. (2013). *Facteurs prédictifs et taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours d'une hospitalisation en court séjour gériatrique au centre hospitalier régional et universitaire de Lille chez des patients âgés de plus de 75 ans*. (Thèse,

Université du droit et de la santé – Lille 2). Disponible à l'adresse :
[file:///Users/mathilde/Downloads/these-lille%20\(1\).pdf](file:///Users/mathilde/Downloads/these-lille%20(1).pdf)

- Gruneir A., et al. (2011). Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. *Open medicine*.
- Guideline development group, George J., Potter J. (2006). The prevention, diagnosis and management of delirium in older people : concise guidelines. *Clinical medicine*, 6 (3), 303 – 308
- Halfon P., et al. (2006). Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as routine indicator of the quality of hospital care. *Medical care*, 44, 972 – 981
- Hansen L., Hinami K., Leung A., Williams M.V., Young R.S. (2011). Interventions to reduce 30-day rehospitalization : a systematic review. *American college of physicians*
- Hansen L.O. et al. (2011). Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 155 (8), 520 – 528
- Haute autorité de santé. (2013). *Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?*. Disponible à l'adresse : <http://www.has-sante.fr/>, consulté le 11 mars 2019
- Haute autorité de santé. (2013). *Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?*. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf?fbclid=IwAR06uLtXjla7a1ri_tmEwjhDbPdk3uaSZgPsnm_aLtv5H0xYLsS5Uy-1624, consulté le 23 avril 2019
- Haute autorité de santé. (2015). *Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ?*. Disponible à l'adresse : <http://www.has-sante.fr/>, consulté le 19 avril 2019
- Hesselink G. et al. (2012). Improving patient handovers from hospital to primay care a systematic review. *Annals of internal medicine*, 157, 417 – 428
- INAMI. (2017). *Échelle d'évaluation (Katz)*. Disponible à l'adresse : https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/echelle-evaluation-katz.aspx?fbclid=IwAR3e8lmmh2NY_VRecklwvzJfAEhvKKMZu43jk1_cBJ9E1HU-6JFuUYOZoC0#.XT8M05Mzbq1, consulté le 5 janvier 2019
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2012). Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues. *ICIS*
- Jack B.W., et al. (2009). A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization : a randomized trial. *Annals of internal medicine*, 150 (3), 178 – 187
- Joly Schwartz C., et al. (2012). Gériatrie aiguë : un modèle d'unité intégrée de soins aux seniors. *Revue médicale Suisse*, 8, 2128 – 2132. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-361/Geriatrie-aigue-un-modele-d-unite-integree-de-soins-aux-seniors?fbclid=IwAR1oPY4Ewm6oXbZBuJiuzm6dqMPHRcLEsLupjv4YRYRCJmfP5VW6mWOnu3U>
- Joshi R. (2013). Réunions de famille, une composante essentielle des soins palliatifs complets. *Canadian family physician*, 59. Disponible à l'adresse : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681468/pdf/059e266.pdf?fbclid=IwAR2mQ2-QKI_qa9PgZ7zJrrZ87fVD5ntL_NzePPtiecgCspDLOgJlDW5I7w, consulté le 18 mars 2019
- Kansagara D.E., et al. (2011). Risk prediction models for hospital readmission. *JAMA*

- Kripalani S. et al. (2007). "Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care.", *JAMA*, vol297,n°8, p831-841
- Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, Phillips CO, Peterson ED, Smith R, et al. A taxonomy for disease management. A scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation* 2006;114(13):1432-45.
- Kwok T., Lau E., Lee S.H., Luk J.K., Sham A., Wong E. (1999). Hospital readmission among older medical patients in Hong Kong. *Journal of the royal college of physicians of London*, 33, 153 – 156
- Lang P., et al. (2006). Early markers of prolonged hospital stays in older people : a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *Journal American geriatric society*, 54 (7), 1031 – 1039
- Laniece I., et al. (2008). Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and ageing*, 37 (4), 416 – 422
- Lleshi V., Bizzozzero T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue médicale Suisse*, 5, 1785 – 1789. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-216/La-depression-du-sujet-age?fbclid=IwAR1jff01UJBwfjDnJsS1oN0WuSZ8LCdgqgbIV61ly5CbenCMdPAIZ2JLmaI>
- Maher M. (2014). *Terminologie 101 : modèle d'étude de cohorte rétrospective*. Disponible à l'adresse : <https://canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2014/avril-2014/terminologie-101-modele-detude-de-cohorte-retrospective>, consulté le 7 janvier 2019
- Marcantonio E.M., et al. (1999). Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a medicare managed care plan. *The American journal of medicine*
- Martin O. (2012). *Sociologie : analyse quantitative*. Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/sociologie/1204?fbclid=IwAR1jff01UJBwfjDnJsS1oN0WuSZ8LCdgqgbIV61ly5CbenCMdPAIZ2JLmaI>, consulté le 22 décembre 2019
- Mazière S., et al. (2011). Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Presse médicale*, 40 (2), 101 – 110
- Mazière S., et al. (2011). Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *La presse médicale*, 40 (2), 101 – 110. Disponible à l'adresse : https://www.em-consulte.com/en/article/280536?fbclid=IwAR3iPo-5fGRsHXLkEjgXyRBOOnOq1r7Qk6zxar_DFOnC_iIOa6JT_kMJ87pQ
- McElnay J.C., McConnell B.J., Morrissey E., Scott M. (2003). Influence of drugs, demographics and medical history on hospital readmission of elderly patient : a predictive model. *Clinical drug investigation*, 23, 119 – 128
- Middleton A., Graham J.E., Ottebacher K.J. (2018). Functional status is associated with 30-day potentially preventable hospital readmissions after inpatient rehabilitation among aged medicare fee for service beneficiaries. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 99 (6), 1067 – 1076. Disponible à l'adresse : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28583465?fbclid=IwAR1_rPX3TB0fq77SVWmhveLwsjFijQJd33_z1NvOimcV0dY71SenafYt6zgc
- Mieke Deschootd., et al. (2015). Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique. *KCE reports 245Bs*. Disponible à l'adresse :

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_245Bs_Approche_geriatrique_globale_Synthese.pdf?fbclid=IwAR1WKTrfLTfALywmBoNwr_mPCTDGgGgyHjktCzQV3ZfQ4Dx4t8CPRJUpWWw

- Muller F., Lechowski L., Tardivel M., Teillet L., Tortrat D. (2018). Réhospitalisations dans les suites d'un séjour en soins de suite et de réadaptation gériatrique : taux et facteurs prédictifs. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 16 (3), 263 – 268
- Narain P., et al. (1988). Predictors of immediate and 6 months outcomes in hospitalized elderly patients : the importance of functional states. *Journal of the American geriatrics society*, 36, 775 – 783
- Naylor M.D., et al. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure : a randomized, controlled trial. *Journal of the American geriatrics society*, 52 (5)
- Neouze A. (2012). Mode d'hospitalisation des patients âgées dans une unité de gériatrie aiguë. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 10 (2), 143 – 150
- OCDE. (2019). Population âgée. Disponible à l'adresse : https://data.oecd.org/fr/pop/population-agee.htm?fbclid=IwAR3YAbj7g2KOr7yXrAkudO0eaeDKKNwFXSgCtOi_gS3viWT9poF-cHP9Ojg, consulté le 7 avril 2019
- Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *Journal of the American Geriatrics Society*. Apr 2011;59(4):745-753.
- Pacolet J., et al. (2005). Vieillissement, aide et soins de santé en Belgique. Disponible à l'adresse : http://www.inca-cgil.be/wp-content/uploads/2015/03/Vieillissement-aide-et-soins-de-sant%C3%A9-en-Belgique-2005.pdf?fbclid=IwAR1swS1zDTNs7xigxvgJN0OWod4iomzWHHWDk3404loxElz_KqtnGxjPZrI, consulté le 13 avril 2019
- Parker S.G. et al. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health technol assess*, 6(4)
- Pérès K., et al. (2002). Incidence, facteurs de risque et adéquation des réhospitalisations à court terme de personnes âgées. *Revue épidémiologique et de santé publique*, 50 (2), 109 – 119. Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/en/article/106718?fbclid=IwAR2BJC89xA12pq3Ud0KBWPOCJVJMU BK3h4kz1BMx3EissFJKVyZj0IUOk2s>
- Ricciardi M.J., Morroquin O.C., Selzer F. (2012). Incidence and predictors of 30-day hospital readmission rate following percutaneous coronary intervention. *The American journal of cardiology*, 110 (10), 1389 – 1396
- Roux S. (2016). *Facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises en médecine : focus sur la cause médicamenteuse*. (Thèse, Université Pierre et Marie Curie). Disponible à l'adresse : [file:///Users/mathilde/Downloads/these-Roux-2016%20\(1\).pdf](file:///Users/mathilde/Downloads/these-Roux-2016%20(1).pdf), consulté le 4 mars 2019
- Rutherford P. et al. (2012). How to guide : improving transitions from the hospital to community settings to reduce avoidable rehospitalizations. *Institute for healthcare improvement*.
- Sager M., et al. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archive of internal medicine*, 156, 645 – 652
- Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2016). *ICD-10-CM*. Disponible à l'adresse :

https://www.health.belgium.be/fr/terminologie-et-systemes-de-codes-icd-10-cm?fbclid=IwAR1_rPX3TB0fq77SVWmhveLwsjFjqJd33_z1NvOimcV0dY71SenafYt6zgc, consulté le 3 mai 2019

- Shah R.U., Tsai V., Klein L., Heidenrich P.A. (2011). Characteristics and outcomes of very elderly patients after first hospitalization for heart failure. *AHA journals*, 4 (3), 301 – 307
- SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2013). *Avis relatif au programme de soins pour le patient gériatrique*. Disponible à l'adresse : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale_raad_voor_ziekenhuisvoorzieningen-fr/2013_05_16_-_cneh_d_429-3_-_avis_relatif_au_programme_de_soins_pour_le_patient_griatrique.pdf?fbclid=IwAR1jIF01UJBwfjDnJsS1oN0WuSZ8LCdgqgbIV61ly5CbenCMdPAIz2JLmaI, consulté le 6 mars 2019
- STATBEL. (2019). Éclairage sur la panne de fécondité à moyen terme et confirmation du vieillissement de la population à long terme. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population?fbclid=IwAR3kSQA2DEBS3vWYOtiOcq9gr6WvGSe-0-Kj4KzLHbsqdfU7TwIZQUupagE>, consulté le 17 mars 2019
- STATBEL. (2019). *Nouveau léger progrès de l'espérance de vie de la population belge en 2018*. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie?fbclid=IwAR04M337Csm9eKRi9419wSARuarkd0BfCmOLS3UtVMCDds0pc-KVvl-fSGY>, consulté le 12 mars 2019
- Takeda A et al. Clinical service organisation for heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No: CD002752.
- Tuppin P, Cuerq A, de Peretti C, FagotCampagna A, Danchin N, Juillière Y, et al. First hospitalization for heart failure in France in 2009: patient characteristics and 30-day follow-up. *Arch Cardiovasc Dis* 2013;106(11):570-85.
- Van Craen K, et al. (2010). The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units : a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American geriatrics society*, 58 (1), 83 – 92
- Wallonie santé. (2011). *Le ressenti des personnes âgées à leur entrée en maison de repos ou maison de repos et de soins : facteurs favorisant l'adaptation et leviers pour l'amélioration*. Disponible à l'adresse : http://sante.wallonie.be/sites/default/files/rapport_etude_mr_mrs.pdf?fbclid=IwAR0IG79FawCyixyR35XiRxCXRM7j18VHGnWL9JbVIIULVZ_fj33GT8luZQ0, consulté le 15 mai 2019
- Zanocchi M., et al. (2006). Early re-hospitalization of elderly people discharged from a geriatric ward. *Aging clinical and experiment research*, 18, 63 – 69
- Zekry D., et al. (2012). Prospective comparison of 6 comorbidity indices as predictors of 1year post-hospital discharge institutionalization, readmission and mortality in elderly individuals. *JAMDA*, 13(3), 272 – 278

Annexes

Annexe 1

Tableau 12. Récapitulatif des facteurs prédictifs de réhospitalisation

	Les réhospitalisations précoces (0 à 1 mois)	Les réhospitalisations (1 à 3 mois)	Les réhospitalisations tardives (3 mois à 1 an)
Morbidité :			
Maladies du système respiratoire	X		
Maladies du système cardiaque	X	X	X
Maladies du système hépatique		X	
Maladies du système vasculaire		X	
Maladies affectant le système gynéco-urinaire	X		
Maladies endocriniennes			X
Pathologies neurologiques			X
Mauvais état général	X		
Antécédents d'hypertension artérielle			X
Polypathologie	X	X	X
Cancer actif	X	X	X
Problèmes psychologiques		X	X
Invalidité fonctionnelle	X	X	X
Plaies de pression	X		
Effets indésirables médicamenteux	X	X	X
Hospitalisation antérieure à H0	X	X	X
Une H0 plus longue	X	X	X
Facteurs sociodémographiques		X	X
Incontinence urinaire	X	X	

(Garcia-Perez et al., 2011)

Rencontre entre les responsables du PSG aux CUSL et les représentants des structures faisant partie du réseau de collaboration de la liaison gériatrique externe (jeudi 23/5/19 journée de la gériatrie).

Le but ultime de ces réunions est de solidifier les rapports entre les membres du réseau de collaboration. En effet, ces rencontres en face à face permettent de mettre des visages sur des noms avec qui chacun devra à un moment donné collaborer. Un deuxième objectif est de renforcer les liens entre la première et la deuxième ligne. Pour cela, les intervenants sont amenés à discuter ensemble d'une thématique décidée par l'ensemble du groupe lors de la précédente rencontre. Cela permet parfois de soulever certaines difficultés et de trouver ensemble des solutions pour y remédier.

1ère partie : Présentation de chaque membre présent à la rencontre.

Présentation de l'historique des rencontres précédentes.

Etaient présents lors de cette rencontre, un ou des représentants de :

- La MRS Exclusiv,
- La séniorie Linthout
- Le home Roi Baudoin
- La MRS Henry Dunant
- La résidence Alizés

-...

Mais aussi :

- L'ergothérapeute des services de gériatrie aux CUSL
- L'infirmier responsable du PSG aux CUSL
- La gériatre responsable du PSG aux CUSL
- L'assistante sociale du PSG aux CUSL

Ces rencontres existent depuis environ 2 ans. Plusieurs sujets ont déjà été abordés : le programme de soins pour le patient gériatrique avec l'arrêté royal de 2007, le projet thérapeutique, la transmission d'information lors des transferts MRS-Hôpital et vice versa.

2^e partie : Présentation du thème de la séance "Les valeurs" par l'ergothérapeute des services de gériatrie aux CUSL.

Il s'agit d'un thème qui a été retravaillé depuis peu dans les services de gériatrie. 5 nouvelles valeurs ont été proposées et définies par le terrain (10 corps de métier différents) : collaboration, humanité, respect, autonomie, ?

Lors de cette rencontre, l'ergothérapeute, qui faisait partie du groupe de travail sur les valeurs, a présenté la méthode qu'ils ont utilisés pour arriver aux 5 valeurs émanant du terrain et partagées par l'ensemble des équipes de gériatrie aux CUSL. S'en est suivi une discussion sur les valeurs de chaque structure présente : quelles sont les valeurs que prônent chaque établissement ? Qui les a déterminées et définies ? Comment ont-elles été pensées ? Comment sont-elles mises en application en pratique ? Comment est-ce que les valeurs des services de gériatrie à Saint-Luc font écho pour eux, pour leur établissement ?

3^e partie : Discussion autour de la valeur "collaboration". Comment cette valeur résonne pour la liaison gériatrique externe ? Quels problèmes rencontre-t-elle et comment la renforcer ?

4^e partie : Discussion des besoins des intervenants présents (futures formations).

Proposition de futurs sujets pour les rencontres suivantes.

Le screening des patients à profil gériatrique

Qu'il s'agisse d'une admission provenant du médecin traitant, des urgences ou d'un autre service, seul un gériatre peut accepter un patient dans une des deux unités. Le médecin (traitant, urgentiste ou de l'étage) en charge du patient contactera l'hotline (téléphone) portée par un gériatre de 9h à 18h. En dehors de ces heures, c'est l'assistant de médecine interne de garde qui sera contacté. Si ce dernier se pose des questions sur un patient, il pourra alors contacter le gériatre de garde qui est à la maison. Le gériatre définit les patients cibles qui, selon lui, devraient bénéficier d'une évaluation globale standardisée et donc être hospitalisés dans un service de gériatrie. Lorsque le patient se trouve déjà dans Saint-Luc, aux urgences ou dans un autre service, le gériatre pourra aller lui rendre visite afin de prendre sa décision. Son choix est basé sur plusieurs critères. Le premier critère, essentiel mais difficile à remplir, est la disponibilité des lits. Les services de gériatrie sont des services qui tournent à plein temps, les lits des patients sortants sont déjà réservés pour des patients qui attendent une place. Il est rare qu'un lit reste vide plus d'une journée. De ce fait, tous les patients devant à la base être hospitalisés en gériatrie ne peuvent pas l'être malheureusement. Les gériatres devront donc faire des choix. Le deuxième critère est basé sur les caractéristiques du patient. À âge égal, on va se poser la question de la présence ou non des fragilités gériatriques, à savoir les critères du profil gériatrique tel que décrit dans l'arrêté royal de 2007.

Le contact téléphonique direct entre un médecin traitant et le gériatre permet parfois d'évoquer une autre alternative à l'hospitalisation comme l'hospitalisation de jour gériatrique à laquelle ne pense pas toujours le médecin traitant.

Pour toutes les personnes âgées hospitalisées en dehors de la gériatrie, un repérage est réalisé par le score ISAR (« identification systémique des aînés à risque »). Ce score est complété lors de l'anamnèse infirmière se trouvant dans le dossier informatisé du patient. Cette échelle validée est basée sur 6 questions formant un outil prédictif d'événements adverses définis comme la survenue, dans les 6 mois, d'un événement en relation avec une perte de l'autonomie fonctionnelle : le décès, y compris intra-hospitalier, l'institutionnalisation, ou l'hospitalisation de longue durée et un déclin fonctionnel (perte d'au moins 3 points sur une échelle d'AVJ entre l'inclusion et le suivi à 6 mois) (Mazowiecki et al., 2007). Ce score est à remplir dès que l'infirmier(ère) coche la case « patient âgé de plus de 75 ans ». Si 2 questions ou plus sont positives, le patient sera considéré comme étant à risque et une nouvelle case apparaîtra dans l'anamnèse : « liaison interne gériatrique contactée ? ». Cela permet aux équipes non spécialisées de porter une attention spécifique à ces patients à risque et dans le cas échéant de contacter l'équipe de liaison interne gériatrique.

Un autre score d'évaluation est en cours de test depuis avril 2019. Il s'agit d'un score de dépistage des critères du profil gériatriques qui serait réalisé par les médecins urgentistes dans le dossier informatisé du patient. Il s'agit d'une échelle suisse qui a été adaptée aux CUSL. Elle repose sur les critères suivants : la dépendance pour les capacités fonctionnelles, la venue en salle d'urgence pour une chute, déjà habiter en MR/MRS, ... Cette échelle serait complétée pour tous les patients âgés de 75 ans et plus qui arrivent en salle d'urgence. Si le médecin estime que son patient doit être hospitalisé par la suite mais qu'il ne l'est pas en gériatrie, il activera d'emblée la liaison interne gériatrique dès la salle d'urgence.

Ces scores ont pour but de filtrer la population âgée qu'importe leur mode d'entrée en repérant les patients fragilisés.

Les accords de collaboration (CUSL, 2018) :

Les accords de collaboration :

2 accords de collaboration fonctionnelle avec d'autres institutions hospitalières :

En dehors des Cliniques Universitaires Saint Luc, les gériatres supervisent directement 50 lits de gériatrie (CRG-Erasme et Centre Hospitalier Valida). Cette activité permet aussi à l'équipe de gériatrie de développer des compétences en réadaptation, d'orienter au mieux les patients après leur hospitalisation aux Cliniques Universitaires Saint Luc avec comme objectif principal la continuité des soins, elle permet d'entretenir des liens forts avec les institutions partenaires.

Centre Hospitalier Valida (Valisana asbl)

Depuis Avril 2009, la collaboration du service de gériatrie avec le centre hospitalier Valida (Valisana asbl) est très étroite. Cette collaboration est aussi personnalisée par la présence d'un gériatre praticien hospitalier des Cliniques Universitaires Saint Luc détaché dans ce centre hospitalier pour 4/11ème de son activité clinique. Il y supervise 25 lits de gériatrie. Une convention de collaboration entre les deux services de gériatrie de Valisana asbl et les Cliniques Universitaires Saint Luc existe depuis 2010

Centre de Revalidation Gériatrique (CRG-Erasme)

Depuis 2004, nos gériatres assurent une supervision de 25 lits de gériatrie au Centre de Médecine Gériatrique, 3^{ème} étage. Une convention de collaboration existe entre le CRG Erasme et les Cliniques Universitaires Saint Luc. Un gériatre praticien hospitalier des CUSL est détaché dans ce centre de revalidation pour 3/11ème de son activité clinique.

19 accords de collaboration formelle avec MRPA - MRS

(Voir page 40 : modèle de convention de liaison fonctionnelle)

Au fil des ans et dans le cadre du PSG, la gériatrie des Cliniques Universitaires Saint Luc a établi des liens formels de collaboration vers la première ligne. Ces accords de collaboration sont au nombre de 19 actuellement.

Voici la liste des institutions avec lesquels ces conventions ont été signées:

- Home Saint-Lambert (CPAS-WSL- 1200)
- Les Jardins d'Ariane – Orpea (WSL – 1200)
- Malibran – ASBL ACIS (Ixelles - 1050)
- Résidence « Alizés » (Auderghem - 1160)
- Résidence « Arcade » (WSL - 1200)
- Clos de la Quiétude (Evere - 1140)
- MRS Exclusiv – SA Senior Living Group (Evere - 1140)
- MRS Résidence porte de Hal (BXL - 1000)
- Henry Dunant – Armonea (Evere - 1140)
- Home Roi Baudouin (CPAS – WSP - 1150)
- Eureka (Evere – 1140)
- Bruyère II (Auderghem – 1160)
- Résidence Rinsdelle – Orpea (Etterbeek – 1040)
- Résidence du Souverain – Orpea (Auderghem – 1160)
- Résidence de l'Eden (WSL - 1200)
- Les arcades (WSL – 1200)
- Maison Notre-Dame de Stockel (WSP -1150)
- Seniorie Linthout – Orpea (Schaerbeek – 1030)
- Vivalys (WSL – 1200)

1 accord de collaboration avec cercle de médecins généralistes

- Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (**FAMGB**)

Le présent accord découle des exigences formulées par les différents arrêtés royaux afin de constituer un réseau de soins (liaison externe) et rencontrer les besoins généraux et spécifiques de la population âgée de Bruxelles et environs.

Les patients âgés à profil gériatrique doivent être inscrits dans un réseau de soins. L'épisode aigu qui justifie l'admission hospitalière s'inscrit le plus souvent dans un état de santé fragilisé, des pathologies chroniques, un risque de problèmes de santé en cascade pour la population visée par le PSG. Il importe de tenir compte de la situation antérieure du patient et des soins qu'il reçoit dans son lieu de vie (domicile indépendant ou institutions d'hébergement et de soins- MRPA et MRS- Maison de Repos pour Personnes âgées et Maison de Repos et de Soins). Il est également indispensable de s'assurer de la continuité des soins lors de la sortie du patient après une hospitalisation.

Cet accord permet de décrire les modalités de coopération entre les différents « fournisseurs de soin » requis par la loi. Cet ensemble de fournisseurs de soins coordonne son activité afin d'offrir à la

population âgée une offre cohérente et de qualité en suivant un manuel de soins pluridisciplinaire. L'activité des différents fournisseurs de soins peut ainsi être évaluée qualitativement avec des démarches communes.

1 accord de collaboration avec centre de soins de jour

- « La colline, centre de soins de jour » (HSL – CPAS – WSL 1200)

Initiatives mises en place en gériatrie aux CUSL dans le cadre de la liaison gériatrique externe

Certaines initiatives sont déjà mises en place en gériatrie. Lorsqu'un patient est dirigé vers une MRS après sa sortie d'hospitalisation, l'assistante sociale la contacte toujours. Il arrive également qu'on demande par exemple à une infirmière de la MRS de venir voir un soin de plaie plus particulier afin qu'elle puisse observer la technique du pansement. L'échelle d'évaluation Katz est un document écrit utilisé pour la transmission d'information aux soins à domicile et aux MRS lorsqu'il s'agit d'un nouveau résident. Elle permet de déterminer le degré de dépendance des patients en évaluant leurs capacités dans 6 domaines de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se transférer et se déplacer, aller à la toilette, la continence, manger). Pour chaque domaine, la réponse varie entre 4 scores allant de l'absence complète d'aide à la nécessité d'une aide totale. Ces scores permettent de justifier le type de forfait demandé. Ce document servira aussi pour le remboursement des soins, il faudra le faire parvenir au médecin-conseil de la mutualité du patient (INAMI, 2017).. Ici encore, un simple document écrit avec des scores ne permet pas de transposer la réalité des capacités fonctionnelles du patient.

Dans le cas où le patient est suivi par la croix jaune et blanche en Flandres, il arrive que la responsable vienne voir ses patients à l'hôpital. Cependant, cette dernière ne s'informe pas toujours de la situation médicale actuelle auprès des gériatres.

Le contact gériatre/soins à domicile n'est pas toujours possible car on ne sait pas à l'avance quelles structures le patient et sa famille vont décider de joindre pour les futurs soins à domicile (mutuelle, CPAS, secteur privé).

Nous pouvons donner un autre exemple, AUXAD, un service des Cliniques avec lequel la gériatrie travaille depuis plusieurs années. AUXAD, pour Auxiliaires d'accompagnement à domicile, a été créé pour soutenir la personne fragilisée et son entourage au moment charnière du retour à domicile, avec pour objectifs d'assurer une continuité du suivi et de prévenir les réhospitalisations précoces. Son intervention se fait en complémentarité des services du domicile et pour un temps limité, soit jusqu'à stabilisation de la situation du patient. Cette équipe aux cliniques Saint-Luc est composée de cinq personnes : 2 auxiliaires d'accompagnement (formation d'aide-soignante) qui jouent un rôle très précoce apparenté à la première ligne de soins (raccompagner la personne le jour du retour, courses urgentes, écoute, aide à l'organisation de la vie quotidienne et de l'environnement, démarches administratives urgentes, accompagnement à une consultation ultérieure) ; 3 infirmiers de liaison qui établissent le contact avec le patient avant sa sortie et réalisent un travail de deuxième ligne (CUSL, 2018).

Composition du Rapport d'hospitalisation en gériatrie aux CUSL

Nom complet du patient, âge, séjour en gériatrie (U23 ou U24) du (date d'arrivée) au (date de sortie), lieu du départ (maison, appartement, MRS, résidence, ...)

1) Problèmes récents

- Motif d'admission.
- Affections récentes : histoire et contexte du problème, anciennes hospitalisations, déroulement des derniers jours, semaines, mois précédant l'hospitalisation en lien avec l'hospitalisation actuelle (explication des consultations passées avec les résultats).
- Anamnèse systématique
- Rapport d'urgence : bref résumé de tout ce qu'il s'est passé aux urgences (examens, symptômes, traitement, ...).

2) Situations préalables

- Situation gériatrique 2 semaines avant l'admission (car juste avant l'hospitalisation, on estime que le patient présente déjà un déclin, en prenant 2 semaines avant on veut montrer la réalité, quand il n'est pas malade).
 - o Lieu de vie : maison, appartement, MRS , ... Où se situe-t-il (ville)? Comment est-il?
 - o Famille : veuf? Enfants ? Entourage?
 - o Aides : Si domicile, infirmière? Kinésithérapie ? Familiale? Combien de fois par semaines et que font-ils ? si MR, personnel de la MR.
 - o Cognitif : Démence ?
 - o Sensoriel : Problèmes d'audition ? de vue ?
 - o Ancienne profession.
- Situation fonctionnelle:
 - o AVJ instrumentales 2 semaines avant l'hospitalisation : activités selon Lawton ;indépendance (1 = oui ; 0 = non); Si non, qui le réalise à la place ou aide le patient à le faire (famille, infirmière, voisin). Si le patient vient d'une MRS ou d'un court séjour, il faut également présenter si il le fait seul ou si il est aidé.
 - Téléphone
 - Courses
 - Repas
 - Transports
 - Médicaments
 - Gestion administrative
 - Ménage
 - o AVJ de base (elles seront détaillées dans le bilan gériatrique)
- Antécédents médicaux pertinents avec une date d'apparition quand cela est possible (Neurologique, psychologique, hématologique, cardio-vasculaire, pneumologique, digestif, locomoteur, endocrinien,...).
- Médicaments du lieu de vie : quel médicament? Quelle dose? Quel moment d'administration?
- Allergie, intolérance connue.
- Consommation de tabac et d'alcool.

3) Admission en gériatrie

- Examen clinique à l'admission en gériatrie.
 - o Poids.
 - o Etat général, volémie, coloration.
 - o Etat de la bouche, aspect de la langue
 - o Téguments
 - o Examen cardiovasculaire : TA, FC, souffle?, jugulaires saillantes?, reflux hépatojugulaire?, OMI?, souffle carotidien ?, pouls pédieux palpés?, pieds chauds?.
 - o Examen pulmonaire : SaSO₂, bruits respiratoires?,
 - o Abdomen : souple?, transit ?, organomégalie ?, sonde vésicale?

- Examen neurologique :troubles cognitifs?, orienté dans l'espace et dans le temps?, pertes de mémoire?, Latéralisation?, sensibilité conservée?,tremblements? raideur?,
- Examen mammaire
- Biologie en gériatrie.
- Bactériologie en cours de séjour.

4) **Evaluations**

- Examens réalisés avec leur résultat ainsi que les avis médicaux demandés (avis hématologue, avis infectiologue, ...)
- Bilans gériatriques.
 - Médicaments revus par la pharmacienne du service : prescriptions potentiellement inappropriées en chronique selon STOPP/START.
 - Bilan fonctionnel réalisé par l'ergothérapeute : comparaison des AVJ de base 2 semaines avant l'hospitalisation et à la sortie d'hospitalisation, utilisation de l'échelle de dépendance selon KATZ (dépendance nulle = 1 → dépendance complète = 4).
 - Toilette
 - Habillage
 - Déplacement/transfert
 - WC
 - Continence
 - Manger
 - Cognitif : MMSE
 - Domicile : évaluation par l'ergothérapeute. Type de bâtiment? Comment est-il agencé ? aides proposées lors de la précédente hospitalisation? Aides ont-elles été mises en place?
 - Test pilulier
 - Locomoteur : évaluation par le kinésithérapeute. Marche? Transfert? Equilibre? Escaliers? Hypotension orthostatique?
 - Nutrition : évaluation par la diététicienne.
 - Psychologique : évaluation par la psychologue
 - Social : projet pour le lieu de vie ? (selon Socios: S1=idem; S2=aménagement; S3=autre lieu de vie). Résumé de la réunion de famille (présence du patient ou pas)

5) **Evolution (dates): points principaux**

Présentation par ordre chronologique des éléments clés survenus durant l'hospitalisation (symptômes, événements indésirables, diagnostics, examens, ...)

6) **Conclusions**

- Problèmes de santé et diagnostics : présentation de tous les problèmes de santé qu'à présenté le patient durant son hospitalisation et les conséquences, présentation de nouveaux diagnostics que présente encore le patient à sa sortie.
- Plan de soins proposé.
 - Surveillances : points d'attention à encore surveiller et qu'il faudra revoir par la suite (poids, diarrhées, fonction rénale, ...).
 - Soins : par qui? Combien de fois par jour? Pour quoi faire?
 - Fonctionnel (AVJ) : détaillé dans l'évaluation plus haut dans le document.
 - Locomoteur : revalidation à la marche?
 - Nutritionnel: conseils (fractionner repas ? alimentation plaisir? Stimuler l'alimentation? Adaptation du régime ? épaissir les liquides?
 - Social: retour où? Centre de jour? MRS? Si domicile, quelles aides mises en place? À quelle fréquence?
 - Médicaments: changements (STOPP/START) et justification. Une liste claire des médicaments est remise au patient comprenant les informations suivantes : nom du médicament/ à prendre le matin, le midi, les soir ou au coucher/ indication/ commentaires (nouveau dosage, prise pendant 10 jours,
 - Instaurés (motifs)
 - Modifiés(motifs)
 - Arrêtés (motifs)
 ...)
- Suivi à Saint-Luc : Examens prévus, gériatrie de jour

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF
Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

- | |
|--|
| ☒ étude rétrospective |
| ☐ étude sur matériel corporel humain résiduel |
| ☐ mémoire non interventionnel |
| ☐ mémoire interventionnel consistant uniquement en un questionnaire ou une enquête hors routine |

Titre de l'étude : Etude retrospective des facteurs de réhospitalisation des patients admis dans les services de gériatrie aigue à Saint-Luc: pistes d'amélioration du programme de soins pour le patient gériatrique

Lorie GERARD (nom, prénom) soumet pour approbation les documents ou demande repris ci-dessous (*indiquer les versions et les dates*):

- ☐ Feuille d'information
- ☐ Formulaire de consentement
- ☐ Exemption de consentement (art. 9 §2 e) a) de la loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée)
- ☒ Résumé de l'étude
- ☐ Protocole
- ☐ Questionnaire – enquête
- ☒ CV de l'étudiant
- ☒ CV du promoteur – investigateur principal
- ☐ L'assurance en responsabilité civile "même sans faute" (art. 29 de la loi du 7/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine) sera contractée auprès du service des Assurances de l'UCL
- ☒ Autre(s): Formulaire de soumission simplifiée

A compléter par le CEHF

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné.

L'avis du CEHF est

- ☒ **favorable: le projet peut être initié**
- ☐ provisoire: tenir compte des remarques et modifications suivantes:
 - ☐ Formulaire d'information:
 - ☐ Formulaire de consentement:
 - ☐ Respect de la confidentialité:
 - ☐ Anonymisation des données:
 - ☐ Autre(s):
- ☐ défavorable: le projet ne peut pas être initié

Référence du CEHF: 2019/22JAN/025 (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)

N° d'enregistrement belge: B 403 /

Comité d'Ethique UCL - SAINT-LUC Professeur J.M. MALOTEAUX Président,	Date et signature: Professeur J.M. MALOTEAUX Président CEHF 
27.05.2019	

Code book

Données socio-démographiques

“Age”: âge en années

“Sexe” : 0 = féminin
1 = masculin

“Mode_adm” : mode d’admission 1 = admission par les urgences
2 = admission après un transfert
3 = admission par le généraliste

“Duree_hospit” : nombre de jours qu’a duré l’hospitalisation

“Etat_matrim” : 1 = veuvage ou séparé
2 = marié ou en couple

“Isol_soc” : 1 = absence d’entourage proche (amical ou familial)
2 = présence d’entourage proche

“Lieu_vie” : 1 = vit seul à domicile
2 = vit avec une ou plusieurs personnes à domicile
3 = vit en institution

“Aide_dom” : aide de prestataires au domicile 0 = non
1 = oui

“Prehospit” : hospitalisation précédente dans les 6 derniers mois 0 = non
1 = oui

Données fonctionnelles et médicales

“Lawton” : IAVJ 2 semaines avant l’hospitalisation, chiffre de 0 à 7

“Katz1” : AVJ 2 semaines avant l’hospitalisation, nombre de 4 à 24

“Katz2” : AVJ à la sortie d’hospitalisation, nombre de 4 à 24

“Diff_katz” : différence entre l’échelle de Katz 2 semaines avant l’hospitalisation et à la sortie d’hospitalisation en nombre

“Etat_cognitif” : (à la sortie d’H0) 1 = normal
2 = démence connue et/ou diagnostiquée à l’H0
3 = délirium pendant H0

“Incontinence” : (à la sortie d’H0) 0 = pas d’incontinence
1 = urinaire et/ou fécale

“Escarre” : (à la sortie d’H0) 0 = absence de plaie de pression
1 = présence d’une plaie de pression

“Mobilité”: (à la sortie d’H0) déplacement/transfert dans l’échelle de Katz
1 = dépendance nulle, marche seul(e)
2 = dépendance légère, marche seule mais avec une aide technique
3 = dépendance moyenne, marche avec l’aide d’une personne
4 = dépendance complète, ne marche pas

“Nutrition” : (à la sortie d’H0) 1 = dénutrition
2 = risque de dénutrition
3 = état nutritionnel normal

“Thymie” : 1 = thymie instable (dépression, anxiété ou autres troubles psychologiques/psychiatriques ACTIFS
(Si atcd stable car traitée ou guérie => Thymie stable)
2 = thymie stable

“Charlson” : indice de comorbidité en chiffre de 0 à 38

(“détailmotif” : le motif détaillé)

“Motif” : motif d’admission principal 1 = symptôme, syndrome, AEG
2 = cardiaque
3 = respi
4 = digestif
5 = génito-urinaire
6 = autres

(“détaildiag_assoc” : le diagnostic associé détaillé)

“Diag_assoc” : le diagnostic associé principal 1 = système circulatoire
2 = système respiratoire
3 = système génito-urinaire
4 = digestif
5 = cancer
6 = autres

Plan de soins proposé à la sortie

“Reu_fam” : réunion de famille réalisée avec le patient 0= non
1 = oui

“Projet_vie” : destination du patient à la sortie avec notion de changement
1 = retour à domicile ou en institution
2 = retour à domicile avec aide ou majoration des aides
3 = institutionnalisation et ou changement d’institution
4= revalorisation
5 = autres

“Surveil_med” : Surveillance des points d’attention médicaux en lien avec la conclusion médicale
0 = non
1 = oui

“Surveil_fonct” : Surveillance des points d’attention fonctionnels en lien avec la conclusion fonctionnelle
0 = non
1 = oui

La réhospitalisation

“Rehospit” : réhospitalisation endéans les 6 mois 0 = non
1 = oui

“Rehospit1” : 1 = réhospitalisation en gériatrie
2 = réhospitalisation dans un autre service

“Delai” : délai entre l’hospitalisation index et la réhospitalisation 1 = de 0 à 1 mois
2 = de 1 à 3 mois
3 = de 3 à 6 mois

“Motif1” : Motif de réadmission par catégorie

“Diff_motif” : lien entre le motif d’admission et de réadmission 0 = non
1 = oui

“DC” : le patient est-il un insuffisant cardiaque : 0 = non
1 = oui

“cancer” : le patient a-t-il un cancer actif : 0 = non
1 = oui

“Lawton1” : IAVJ 2 semaines avant la réhospitalisation, chiffre de 0 à 7

“Diff_lawton” : lawton – lawton1

“Kartz3” : AVJ 2 semaines avant la réhospitalisation, nombre de 4 à 24

“Diff_katz1” : différence entre l’échelle de Katz à la sortie de l’hospitalisation et 2 semaines avant la réhospitalisation en nombre.

“Plan_soins” : propositions du plan de soins (projet de vie) mises en place à la sortie lors de H0 ont été respectées 0: non
1 : oui

“Réconciliation” : Respect de la réconciliation médicamenteuse = traitement médicamenteux du domicile (fourni lors de la réhospitalisation) est identique à celui prescrit lors de l’H0
0 = non
1 = oui

Liste des tableaux et figures

Figure 1. Flow chart présentant la population étudiée

Tableau 1. Description des variables relatives aux caractéristiques socio-démographiques

Tableau 2. Description des variables relatives aux caractéristiques fonctionnelles et médicales

Tableau 3. Description des variables relatives au plan de soins rédigé à la sortie

Tableau 4. Description des variables relatives aux patients réhospitalisés

Tableau 5. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 6. Description des réhospitalisations non programmées

Tableau 7. Taux de réhospitalisation non programmée

Tableau 8. Comparaison des caractéristiques entre les patients réhospitalisés et non-réhospitalisés

Tableau 9. Facteurs prédictifs de réhospitalisation, régressions logistiques univariées

Tableau 10. Facteurs prédictifs de réhospitalisation, régression logistique multivariée

Tableau 11. Caractéristiques de la population réhospitalisée

Tableau 12. Récapitulatif des facteurs prédictifs de

