

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 03/09/2013 à Poitiers
par Melle Sophie MATHIEU

**Motifs de ré-hospitalisation au cours d'une même année
en gériatrie : à propos de 200 patients en 2011**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres :

Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Madame le Docteur Isabelle MERLET

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOU Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MEURICE Jean-Claude :

J'ai été particulièrement touchée par l'intérêt que vous avez manifesté pour présider ce jury.
Je vous en remercie sincèrement.

A Monsieur le Professeur PACCALIN Marc :

Je vous suis très reconnaissante de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir guidé dans son élaboration.

A Monsieur le Professeur ROBLOT Pascal :

Je vous remercie d'avoir accepté si promptement de faire parti de mon jury et de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur MERLET Isabelle :

Merci de m'avoir transmis avec humilité votre savoir et votre passion pour la médecine, en particulier pour la neuro-gériatrie et la pharmaco-vigilance, durant le semestre passé à vos côtés. C'est un plaisir de vous savoir juge de mon travail.

Au service de Gériatrie du CHU de Poitiers :

Merci pour votre disponibilité à chaque étape de mon travail.

Au service des archives centrales du CHU de Poitiers:

Merci pour votre disponibilité, votre excellent accueil et votre aide lors des 7 mois nécessaires au recueil de données.

A mes anciens maîtres de stage,

Aux docteurs PAVLOVIC Robert, FANTINO Jean-Jack, CAUNES Nicole :

Je vous suis reconnaissante de m'avoir fait découvrir la Médecine Générale en ambulatoire et de m'avoir donné l'envie d'en faire mon métier.

A monsieur le Docteur CHOLLET Jean-François :

Soyez assuré de ma profonde gratitude quant à votre généreuse aide à l'analyse statistique de mes résultats.

A Marie-Laure :

Je ne te remercierai jamais assez pour ton aide si précieuse et dévouée dans les premières étapes de la thèse et la mise en page avant impression. Merci pour ta participation spontanée et ta confiance sans faille durant ces longs mois de travail.

A ma famille :

A mes parents : Je vous suis extrêmement reconnaissante pour tout le soutien et l'amour que vous m'avez porté, de près comme de loin, tout le long de ma vie et plus particulièrement durant mes études. Ma réussite vous revient en partie.

A mes frère et sœur, Arnaud et Nathalie, ainsi qu'à mon beau-frère, Mathieu : Merci de m'avoir soutenu et supporté durant toutes ces années. Merci d'avoir cru en moi.

A mes grands-parents : Merci pour votre soutien, votre écoute, votre tendresse et votre joie de vivre. Vous êtes un modèle pour moi.

A mon parrain Hervé et sa femme Brigitte, pour leur confiance en mes projets et leur soutien.

A mes amis Lamia, Stéphanie, Nicolas et Coraline, Cannelle, Nanard, Charline :

Sans qui la vie ne serait pas aussi belle.

A Jojo et Josiane, Joëlle et Francis, Geneviève et Jean-Marie, Marie et Stan :

Pour leur écoute, leur excellente cuisine, leur soutien et les très bons moments passés et à venir.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	7
2. GENERALITES.....	9
2.1. Données épidémiologiques.....	9
2.2. Vieillissement physiologique et physiopathologique.....	9
2.2.1. Vieillissement cardiovasculaire et pathologique.....	9
2.2.2. Vieillissement neurosensoriel et pathologique.....	10
2.2.2.1. Sur le plan de la vue	11
2.2.2.2. Sur le plan de l'oreille interne	12
2.2.3. Vieillissement neurologique et pathologique.....	13
2.2.4. Vieillissement du métabolisme des médicaments	13
2.3. Particularité sémiologique.....	14
2.4. Particularité psychologique	15
3. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	16
4. METHODE	17
4.1. Critères d'inclusion	17
4.2. Critères d'exclusion.....	17
4.3. Recueil de données	17
4.4. Critères étudiés	18
4.4.1. Causes d'hospitalisation	18
4.4.2. Données sociodémographiques	18
4.4.3. Multi-morbidité/dépendance	19
4.4.4. Thérapeutique.....	20
4.4.5. Orientation à la sortie d'hospitalisation.....	20
4.4.6. Paramètres Biologiques saisis lors de la 1 ^{ère} et de la dernière hospitalisation.....	21
4.4.7. Poids/Indice de Masse Corporel de la 1 ^{ère} et de la dernière hospitalisation	21
4.5. Statistiques.....	21
5. RESULTATS	22
5.1. Population étudiée	22
5.2. Données sociodémographiques	22
5.3. 1 ^{ère} hospitalisation.....	24
5.3.1. Causes d'hospitalisations.....	24

5.3.2.	Co-morbidité/dépendance.....	25
5.3.3.	Thérapeutique.....	26
5.3.4.	Biologie.....	26
5.3.4.1.	Créatininémie.....	26
5.3.4.2.	Albuminémie.....	27
5.3.4.3.	Hémoglobineémie.....	27
5.3.4.3.1.	Sexe masculin.....	27
5.3.4.3.2.	Sexe féminin.....	27
5.3.4.4.	Vitamine D.....	28
5.3.5.	Poids/IMC.....	28
5.3.5.1.	Sexe masculin.....	28
5.3.5.2.	Sexe féminin.....	29
5.4.	Résidents d'EHPAD.....	29
5.5.	Ré-hospitalisation.....	30
5.5.1.	Causes d'hospitalisation.....	30
5.5.2.	Thérapeutique.....	31
5.5.3.	Orientation à l'entrée de l'hôpital et réorientation à la sortie pour chaque séjour.....	34
5.5.4.	Délai de ré-hospitalisation et durée d'hospitalisation.....	36
5.5.5.	Biologie de la dernière hospitalisation.....	37
5.5.5.1.	Créatinine.....	37
5.5.5.2.	Albumine.....	37
5.5.5.3.	Hémoglobine.....	38
5.5.5.3.1.	Sexe masculin.....	38
5.5.5.3.2.	Sexe féminin.....	38
5.5.6.	Poids/IMC.....	39
5.5.6.1.	Sexe masculin.....	39
5.5.6.2.	Sexe féminin.....	40
6.	DISCUSSION	41
6.1.	Méthodologie.....	41
6.1.1.	Sélection des dossiers.....	41
6.1.2.	Interprétation.....	42
6.2.	Résultats.....	43
6.2.1.1.	Critères socio-démographiques.....	43
6.2.1.2.	Causes d'hospitalisation.....	44
6.2.1.3.	Co-morbidité/dépendance.....	45
6.2.1.4.	Thérapeutique/iatrogénie.....	46

6.2.1.5.	Orientation entrée/sortie	47
6.2.1.6.	Délai/durée d'hospitalisation.....	48
6.2.1.7.	Critères bio-cliniques.....	50
7.	CONCLUSION	53
	BIBLIOGRAPHIE	55
	RESUME	60

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES:

Figure 1: Schéma 1 + 2 + 3 de JP Bouchon	8
Figure 2 : répartition de l'échantillon en fonction du sexe	22
Figure 3 : répartition du lieu de vie de l'échantillon lors de la 1ère hospitalisation	23
Figure 4 : situation familiale de l'échantillon lors de leur 1ère hospitalisation	23
Figure 5 : cause d'hospitalisation à la 1ère admission en 2011 (200 patients)	24
Figure 6 : Score de co-morbidité de Charlson pondéré à l'âge : pourcentage de patient selon le score	25
Figure 7 : Répartition des patients lors de la 1ère hospitalisation selon leur Groupe IsoRessources	25
Figure 8 : Répartition de la fonction rénale glomérulaire selon Cockcroft lors de la 1ère hospitalisation (195 patients/200)	26
Figure 9 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'albuminémie lors de la 1ère hospitalisation (186 patients/200)	27
Figure 10 : Taux de vitamine D chez 190 patients lors de leur 1ère hospitalisation	28
Figure 11 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'IMC lors de la 1ère hospitalisation chez les hommes (44 patients/82)	28
Figure 12 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'IMC lors de la 1ère hospitalisation chez les femmes (50 patientes/112)	29
Figure 13 : Causes d'hospitalisation des patients résidents en EHPAD	29
Figure 14 : Causes d'hospitalisation en gériatrie (492 séjours au total)	30
Figure 15 : Causes identiques de ré-hospitalisation (99 patients)	31
Figure 16 : Répartition du parcours des patients à l'entrée à l'hôpital (492 séjours)	34
Figure 17 : Modification du lieu de vie et des aides à la sortie d'hôpital (492 séjours)	35
Figure 18 : Répartition du lieu de vie en sortie d'hospitalisation (492 séjours au total)	35
Figure 19 : Répartition du lieu de sortie de la dernière hospitalisation pour les 163 patients en vie	36
Figure 20 : Répartition de la fonction rénale glomérulaire selon Cockcroft lors de la dernière hospitalisation (188 patients/200)	37

Figure 21 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'albuminémie lors de la dernière hospitalisation (165 patients/200).....	37
Figure 22 : Comparaison du taux d'albumine entre la 1ère et la dernière hospitalisation (155 patients)	38
Figure 23 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'IMC lors de la dernière hospitalisation chez les hommes (43 patients/82)	39
Figure 24 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'IMC lors de la dernière hospitalisation chez les femmes (47 patientes/112)	40
Figure 25 : Répartition du poids entre la 1ère hospitalisation et la dernière selon le sexe (74 hommes et 110 femmes)	40

TABLEAUX :

Tableau 1 : Pondération du score de co-morbidité de Charlson.....	20
Tableau 2 : pondération à l'âge du score de Charlson (point(s) à ajouter au score initial de Charlson)	20
Tableau 3 : Médicaments et leurs effets indésirables en cause liés à une iatrogénie	34

GLOSSAIRE

- ADL : échelle d'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne (Activities of Daily Living)
- AIT : accident ischémique transitoire
- ARA2 : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
- AVC : accident vasculaire cérébral
- AVK : anti-vitamine K
- CCAS : centre communal d'action sociale
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CRH : compte-rendu hospitalier
- DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge
- DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- FL : foyer-logement
- GDS : échelle gériatrique de dépression (Geriatric Depression Scale)
- GIR : groupe iso-ressource
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- IADL : échelle d'activités instrumentales de la vie courante (Instrumental Activities of Daily Living)
- IDE : infirmier diplômé d'état
- IMC : indice de masse corporelle
- INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
- IPP : inhibiteur de la pompe à proton
- ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
- MMSE : Mini Mental State Examination
- OAP : œdème aigu du poumon
- PPS : plan personnalisé de soins et d'aide
- PRP : problèmes reliés à la pharmacothérapie
- SCA : syndrome coronarien aigu
- SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
- SFMG : société française de médecine générale
- SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
- UCC : unité cognitivo-comportementale
- UHR : unité hospitalo-réquerante
- USLD : unité de soins de longue durée

1. INTRODUCTION

Si le vieillissement est un processus hétérogène variable d'un individu à l'autre, il touche néanmoins la totalité de la population. Avec l'accroissement de la population et de sa longévité, en particulier en France, la gériatrie est et restera une discipline d'actualité.

Le vieillissement fait appel à la notion de réserve fonctionnelle, désignant une capacité de réserve de fonctionnement des organes, pouvant parfois être mesurée (réserve fonctionnelle rénale, coronaire, myocardique). Le déclin des capacités lié à une réduction des réserves fonctionnelles débute dès l'âge adulte et suit une involution progressive. En l'absence de maladie surajoutée, la décompensation d'une fonction n'est en général pas constatée, l'âge n'étant jamais à lui seul responsable de celle-ci.

Cependant, le vieillissement est hétérogène et peut être responsable d'un état de fragilité favorable au développement des maladies. La fréquence des maladies chroniques augmente avec l'âge et celles-ci sont source d'incapacités et de dépendance. La poly-pathologie est une des caractéristiques du sujet âgé qui présente en moyenne trois à six maladies^(1,2).

Le sujet âgé hospitalisé pour une cause « aigue » est le plus souvent hospitalisé pour une décompensation fonctionnelle d'un (ou plusieurs) organe(s) atteint(s) par une maladie chronique et dont la réserve fonctionnelle est insuffisante pour supporter la survenue du processus aigu. Il s'agit en réalité d'un phénomène dit de la « cascade », très particulier à la gériatrie, dans lequel une affection aiguë entraîne des décompensations organiques en série. Ce concept est bien expliqué par le schéma 1+2+3 du Professeur Jean Pierre Bouchon, qui prend en compte trois éléments se cumulant pour aboutir à la décompensation d'une fonction :

- 1) Les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation
- 2) Les affections chroniques surajoutées qui altèrent les fonctions
- 3) Les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique^(3,4).

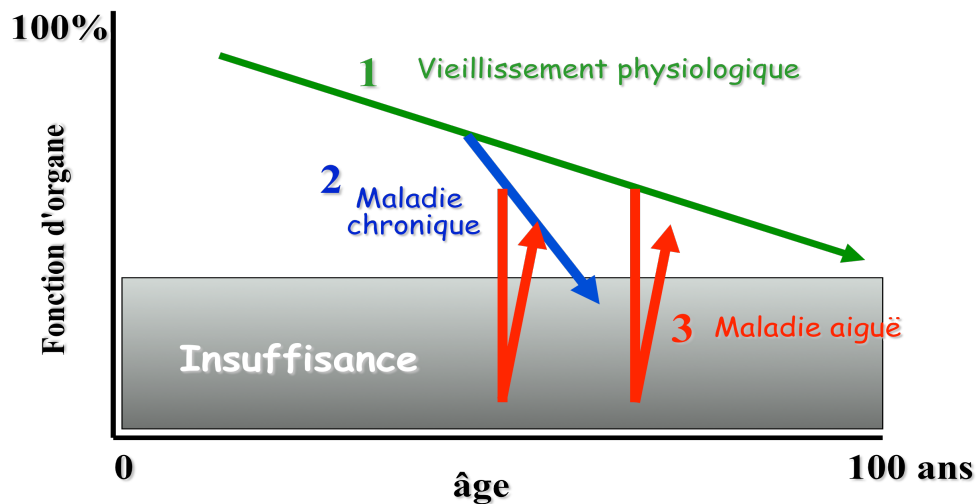


Figure 1: Schéma 1 + 2 + 3 de JP Bouchon

Ce phénomène de la cascade constitue un véritable cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement. Par exemple : la dénutrition protéino-énergétique augmente, par son effet immunosuppresseur, le risque d'infection broncho-pulmonaire qui aggrave encore la dénutrition par l'anorexie qu'elle entraîne. Elle réduit aussi la force des muscles respiratoires (sarcopénie), l'efficacité de la toux, l'un et l'autre de ces éléments augmentant le risque infectieux ainsi que celui de décompensation respiratoire⁽²⁾.

En ayant connaissance de ces particularités gériatriques, on comprend mieux pourquoi la prise en charge d'une personne âgée multi-morbide « gériatrique » relève d'une évaluation globale, médicale, psychologique et sociale et non pas uniquement de la pathologie aiguë d'organe.

La multi-morbidité et la vulnérabilité favorisent les hospitalisations itératives car le moindre évènement précipitant organique, iatrogène, psychologique amène à une décompensation et à une perte d'autonomie. Nous nous sommes ainsi intéressés aux patients hospitalisés au moins à 2 reprises au cours d'une même année dans le service de Gériatrie. L'objectif principal de notre étude est d'analyser ces causes de ré-hospitalisation.

2. GENERALITES

2.1. Données épidémiologiques

D'après les données de l'INSEE, la population métropolitaine en France est passée de 50.5 millions d'habitants en 1970 à 58.7 millions d'habitants en 2000, et devrait atteindre 73.6 millions d'habitants en 2060. Les sujets de plus de 75 ans passeront de 4.2 millions en 2000, à 8.4 millions en 2030 et 11.9 millions en 2060, les effectifs devant doubler d'ici à 2060⁽⁵⁾.

Fin 2007, 657 000 personnes vivaient dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les trois quarts de ces résidents sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les personnes qui séjournent en EHPA étaient un peu plus âgées qu'en 2003 (84 ans et 2 mois en moyenne), trois quarts étaient des femmes majoritaires à partir de l'âge de 69 ans. La grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources permet de classer une personne en fonction de son aptitude à exercer seul et spontanément les activités courantes de la vie quotidienne. La clientèle des EHPA est de plus en plus dépendante : 84% des résidents étaient considérés comme dépendants : Groupe IsoRessource (GIR) 1 à 4 fin 2007 et la moitié très dépendants (GIR 1 et 2)⁽⁶⁾.

2.2. Vieillesse physiologique et physiopathologique

2.2.1. Vieillesse cardiovasculaire et pathologique

Le myocarde, en vieillissant, crée des plages de fibrose, avec raréfaction des myocytes et épaissement de la paroi ventriculaire. Sur le plan qualitatif, les modifications du métabolisme calcique intracellulaire sont responsables d'un défaut de relaxation des interactions myosine-actine, tandis que le dépôt de résidus glucidiques (AGE) sur les fibrilles collagènes entraîne une rigidité de la paroi myocardique. C'est ainsi qu'apparaît la dysfonction diastolique qui, dans des conditions basales, demeure strictement asymptomatique. Cependant, un événement aigu (fibrillation atriale, remplissage excessif, infection...) peut suffire à entraîner une insuffisance cardiaque diastolique et à fonction systolique conservée.

Concernant les hospitalisations pour insuffisance cardiaque chronique, 79% surviennent chez des sujets de plus de 65 ans, avec un âge moyen de 75 ans. Le taux de ré-hospitalisation dans les 3 à 6 mois atteint près de 50% chez les plus de 75 ans. Dans les populations de sujets âgés, la plupart des études suggèrent que la proportion des insuffisances cardiaques diastoliques représente 40 à 50% des insuffisances cardiaques. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et représente environ les 2/3 des cas chez les femmes de plus de 80 ans^(7,8,9).

La raréfaction des cellules du nœud sinusal et la fibrose collagène auriculaire liées à l'âge peuvent entraîner une fibrillation atriale, trouble du rythme le plus fréquent lié au vieillissement. On note une prévalence de moins de 1% chez les moins de 60 ans, passant à plus de 20% au-delà de 90 ans. Elle peut être responsable d'une insuffisance cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral ischémique, d'un syndrome confusionnel, d'une chute^(7,10).

La rigidité de la paroi artérielle, en rapport avec les modifications du rapport collagène/élastine, de la dégradation des fibrilles d'élastine et du dépôt d'AGE, va être responsable de l'hypertension artérielle systolique. Sa prévalence augmente avec l'âge, excédant 70% après 80 ans^(7,11).

L'altération des propriétés vasomotrices de la paroi artérielle avec l'âge peut a contrario entraîner une hypotension orthostatique, dont la prévalence a été évaluée à près de 70% en court séjour gériatrique⁽⁷⁾.

Enfin, la pathologie cardiovasculaire est la première cause de mortalité dans le grand âge, avec près de 40% des sujets de plus de 80 ans présentant une affection symptomatique. La symptomatologie du syndrome coronarien aigu varie avec l'âge. La dyspnée d'effort est le premier signe d'insuffisance coronaire, la douleur thoracique n'étant notée que dans 20 à 30% des cas. De plus, la prévalence d'infarctus du myocarde sans onde Q augmente avec l'âge, en raison du développement d'une vascularisation collatérale évitant une nécrose transmurale^(2,7).

2.2.2. Vieillissement neurosensoriel et pathologique

Conséquence du vieillissement neuronal global (perte neuronale, dégénérescence neurofibrillaire, plaques séniles, déficits de neurotransmission) et de l'altération de l'organe

lui-même (vieillesse optique, troubles vasculaires), le vieillissement des organes sensoriels touche le plus souvent l'audition et la vue. Ces déficits altèrent la perception de l'environnement, atténuent la communication, écartent le patient du milieu social qui l'entoure et l'entraînent vers un isolement physique, social, psychique et affectif. Si les déficits ne sont pas dépistés ni pris en charge, ils finissent par s'aggraver pour aboutir à de véritables troubles de comportement par hallucinations auditives ou visuelles, délires. Enfin, l'apparition progressive et insidieuse de ces troubles favorise l'isolement du sujet âgé qui ne reconnaît pas son handicap ou le minimise⁽¹²⁾.

2.2.2.1. Sur le plan de la vue

La presbytie est la cause la plus fréquente de déficience visuelle. Elle correspond à une diminution du pouvoir d'accommodation par épaississement du cristallin apparaissant vers l'âge de 45-50 ans et entraînant une difficulté de vision de près.

La cataracte est quant à elle due à une opacification du cristallin, liée au vieillissement. Cependant, certaines cataractes peuvent être provoquées ou favorisées par des maladies (diabète, hypoparathyroïdie), des traumatismes, des médicaments (corticoïdes, antinéoplasiques). Il s'agit de la première cause de cécité dans le monde alors qu'il s'agit d'une pathologie dont le traitement est parfaitement maîtrisé. Elle touche plus de 20% de la population à partir de 65 ans, et plus de 60% à partir de 85 ans. L'âge moyen des patients varie entre 66 et 77 ans⁽¹³⁾.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est devenue un problème de santé publique car responsable de près de 40-50% de nouveaux cas de cécité dans les pays développés. Elle est due à une accumulation de débris métaboliques produits par la lumière dans l'épithélium pigmentaire de la rétine, provoquant des dépôts de substance hyaline sous-rétiniens (drusens), visibles sur un fond d'œil. Selon les études, la prévalence de la DMLA exsudative représente 35 à 65% des stades tardifs. La prévalence augmente avec l'âge pour atteindre environ 15% de forme grave après l'âge de 80 ans^(14,15).

Le glaucome chronique à angle ouvert est une neuropathie localisée au niveau de la papille optique, lieu de rassemblement des fibres visuelles rétiniennes. Il est caractérisé sur le plan anatomo-clinique par l'association d'une hypertonie oculaire, d'une atrophie optique, d'une altération du champ visuel et d'une ouverture de l'angle irido-cornéen, responsables

d'une perte de la vision périphérique tardive mais irréversible. Le glaucome est la deuxième cause de cécité à travers le monde. En France, plus de 1 million de personnes seraient concernées dont 400 000 glaucomateux qui n'auraient pas encore été identifiés⁽¹⁶⁾.

Le syndrome sec est fréquent et souvent lié à une atrophie des glandes lacrymales liée au vieillissement. Cependant, il ne faut pas écarter les autres causes (iatrogène : psychotropes, anticholinergiques ; immunologique : syndrome de Gougerot-Sjögren)⁽¹⁴⁾.

2.2.2.2. Sur le plan de l'oreille interne

La presbyacousie est une surdité de perception bilatérale progressive fréquente dont les plus de 60 ans représentaient près de 20% en 2000. Cette proportion devrait être de 40% en 2020, avec 2 millions de sujets âgés de plus de 85 ans. L'altération de la perception des sons porte d'abord sur les fréquences élevées puis s'étend progressivement, entraînant souvent des phénomènes d'incompréhension voire de confusion. La communication devenant de plus en plus difficile, les comportements intellectuel, social, affectif, puis physique s'altèrent⁽¹⁷⁾.

Les acouphènes sont des bourdonnements ou sifflements entendus dans une ou les deux oreilles, en l'absence de toute source sonore dans le milieu environnant. Ils sont fréquents après 60 ans et dépendent de l'état psychologique du malade. Ils sont aussi fréquemment associés à une presbyacousie⁽¹⁸⁾.

Enfin, les vertiges, représentant près de 0.9% des motifs de consultation selon la SFMG, traduisent le plus souvent un dysfonctionnement dans les mécanismes de régulation du système vestibulaire. Le terme de vertige est souvent utilisé par le sujet âgé pour décrire des « faux-vertiges », perception d'instabilité, sensation d'ébriété. Il s'agit souvent d'une ataxie multi-sensorielle du sujet âgé, pathologie neurologique mettant en jeu une affection cérébelleuse, une atteinte des voies proprioceptives ou des lésions des voies fronto-cérébelleuses. Elle n'apparaît que lors de la station debout ou de la marche et disparaît en position assise ou couchée. Il est important d'en tenir compte et de la prendre en charge car elle est susceptible de provoquer des chutes, aux conséquences délétères chez les personnes âgées⁽¹⁸⁾.

2.2.3. Vieillesse neurologique et pathologique

Le vieillissement neurologique se traduit par une altération modérée de la mémoire de travail et des capacités attentionnelles ou des fonctions visuo-spatiales mais n'entraîne aucun retentissement sur la vie quotidienne du sujet âgé.

Dans le cadre de l'urgence, les troubles cognitifs s'inscrivent le plus souvent dans le cadre d'un syndrome confusionnel qui est une urgence gériatrique pour laquelle il faut s'acharner à trouver les facteurs déclenchant, qui sont très nombreux à cet âge (iatrogène, infection, globe urinaire, fécalome, trouble du rythme ou de la conduction, hématome sous dural...).

A contrario, le diagnostic de syndrome démentiel doit se faire de façon lente et prudente. En effet, il s'agit d'une pathologie qui survient de façon très progressive dans le temps et qui correspond à une détérioration globale et irréversible des fonctions cognitives chez une personne ayant un état de vigilance normal. Les troubles de la mémoire sont souvent identifiés aux premiers stades des états démentiels mais tout trouble mnésique n'est pas synonyme de démence. Pour faire le diagnostic, il faut une plainte mnésique, une atteinte des fonctions instrumentales (aphasie, apraxie, agnosie), une répercussion sur la vie sociale et une évolution des troubles d'au moins 6 mois.

On estime actuellement que plus de 850 000 personnes de plus de 65 ans sont atteintes de démence en France avec quasiment trois fois plus de femmes que d'hommes⁽¹⁹⁾. Dans la population des plus de 80 ans, un syndrome démentiel existe dans environ 30% des cas, la maladie d'Alzheimer étant la première cause de démence neurodégénérative (60-70% des cas) et concernant 20% des patients de cette catégorie d'âge. La deuxième étiologie est la démence à corps de Lewy, caractérisée sur le plan thérapeutique par une très grande sensibilité aux neuroleptiques, d'où la nécessité de bien connaître cette pathologie et de savoir la reconnaître^(2,7).

2.2.4. Vieillesse du métabolisme des médicaments

Si aucun médicament n'est contre-indiqué sur le seul critère de l'âge, un certain nombre de modifications liées à l'âge ont des conséquences cliniques.

Il est ainsi noté chez le sujet âgé :

- une diminution de l'eau totale et de la masse maigre, augmentant le risque de surdosage des médicaments hydrosolubles,

- une augmentation de la masse grasse, majorant le risque d'accumulation des médicaments liposolubles et prolongeant leur action,
- une dénutrition protéique, diminuant la fixation protéique, augmentant l'activité des médicaments à forte fixation protéique et augmentant les interactions médicamenteuses au niveau des sites de fixation protéique,
- une diminution du métabolisme hépatique et surtout rénale, notamment la filtration glomérulaire, majorant là aussi le risque d'accumulation des médicaments à élimination hépatique ou rénale et prolongeant leur action⁽⁷⁾.

10 à 20% des hospitalisations des patients de plus de 75 ans sont la conséquence d'un accident iatrogène. Les patients de plus de 70 ans, à domicile comme en institution, prennent en moyenne quatre à cinq médicaments quotidiens, en raison de la polypathologie. Il ne faut cependant pas oublier l'automédication, qui concerne environ un tiers des patients âgés vivant au domicile, et qui ne fait qu'ajouter un risque de toxicité⁽⁷⁾.

2.3.Particularité sémiologique

Les symptômes caractéristiques chez le sujet jeune sont souvent atypiques voire absent chez le sujet âgé :

- La douleur thoracique est moins fréquente voire absente dans 30% des cas de syndrome coronarien aigu⁽²⁰⁾.
- L'insuffisance cardiaque peut se présenter sous la forme de sibilants diffus.
- La défense et la contracture semblent moins fréquentes dans les urgences chirurgicales
- La fièvre est inconstante dans les infections (20 à 30% des infections bien documentées du patient âgé). Les principaux signes d'infection des personnes âgées sont complètement aspécifiques tels que les chutes, la confusion, ou bien des signes plus subaigus tels que l'anorexie, la perte de poids, l'asthénie, l'incontinence urinaire, la perte d'autonomie⁽²⁾
- La confusion est souvent la seule manifestation clinique d'une rétention urinaire ou d'un fécalome
- Les ronchi peuvent être le seul signe auscultatoire d'un foyer pulmonaire, etc.

Les signes biologiques peuvent aussi être différents :

- Absence d'hyperleucocytose en cas d'infection patente chez des patients dont les défenses immunitaires sont réduites,
- Créatininémie « normale » chez des sujets très âgés et de faible poids en dépit d'une insuffisance rénale significative^(2,20)

2.4.Particularité psychologique

La maladie est souvent l'occasion d'une prise de conscience du vieillissement plus ou moins dénié jusque-là. Le sujet âgé pense à la mort qui est pour lui un évènement propre et personnel concret, source d'angoisse parfois majeure. Cette peur est exacerbée par la survenue de la maladie car le vieillard sait très bien qu'il suffit d'un grain de sable pour compromettre son équilibre précaire et tout évènement déstabilisant est perçu ainsi⁽²⁰⁾.

Il peut à tout moment lâcher prise, même pour une maladie apparemment bénigne, adoptant alors des conduites de fuite où dominent les caractéristiques suivantes :

- La régression avec ralentissement psychique, confusion, troubles de la marche, incontinence
- La recherche de maternage et de totale dépendance
- L'installation et le refuge dans la maladie, en particulier chez les plus isolés affectivement dont le statut de malade est la preuve de leur existence et invite à ce que l'on s'occupe d'eux⁽¹⁾.

3. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la cause la plus fréquente de ré-hospitalisation des patients gériatriques au cours de la même année.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer si l'environnement explique les ré-hospitalisations et d'analyser plus précisément les dossiers des patients résidant en EHPAD.

4. METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a recensé 200 patients hospitalisés au moins deux fois dans l'année 2011 dans le pôle de gériatrie du CHU de Poitiers. L'étude a porté sur les dossiers de patients admis entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011 et se basait sur le compte rendu d'hospitalisation et l'analyse du dossier médical.

4.1. Critères d'inclusion

L'étude a porté sur les patients admis dans les unités de court séjour (MCO), de soins de suite et réadaptation (SSR), et dans l'unité cognitivo-comportementale (UCC) du pôle de gériatrie du CHU de Poitiers. Cette sélection s'est faite de manière aléatoire à partir de la liste de tous les patients hospitalisés en 2011 (non classés), revus un par un jusqu'à obtenir 200 patients ayant eu au moins deux hospitalisation dans l'année 2011.

4.2. Critères d'exclusion

Etaient exclus les patients hospitalisés au moins deux fois dans le pôle de gériatrie, mais n'ayant pas quitté l'hôpital entre les 2 séjours gériatriques (hospitalisation dans un autre service entre temps).

4.3. Recueil de données

La préparation du recueil de données informatisée sous Microsoft Office Word 2007 a eu lieu entre mars et mai 2012. Dans le même temps, un pré-test sur 40 dossiers a été réalisé avant d'obtenir la version finale du recueil de données. Ce recueil s'est fait de juin à décembre 2012 auprès des dossiers médicaux et infirmiers des patients, consultés aux Archives Centrales et aux Archives des secrétariats des services MC, SSR et UCC du pôle de gériatrie du CHU de Poitiers.

4.4. Critères étudiés

4.4.1. Causes d'hospitalisation

Pour avoir une répartition moyenne des causes d'hospitalisation, tous les séjours ont été analysés (non pas seulement la première hospitalisation).

Il en va de même pour analyser le sous-groupe EHPAD. Tous les séjours où le patient était résident d'EHPAD, que ce soit lors de la première hospitalisation ou secondairement lors de ré-hospitalisation, étaient pris en compte.

Les motifs d'admission recueillis étaient :

- Iatrogénie
- Symptôme psycho-comportemental
- Perte d'autonomie, problème de maintien à domicile, répit familial
- Pathologies cardiovasculaires
 - o Œdème Aigu du Poumon
 - o Syndrome Coronarien Aigu
 - o Autres
- Pathologies vasculaires (Accident Ischémique Transitoire/Accident Vasculaire Cérébral)
- Anémie (taux < 12 g/dl) :
 - o Sans et avec recours transfusionnel
- Bronchopneumopathie
- Post-fracture, post-opératoire, rééducation
- Oncologie/soins palliatifs
- Sepsis
- autres

4.4.2. Données sociodémographiques

- Age
- Sexe
- Situation familiale : veuvage, marié/en couple, séparé/divorcé, célibataire

- Lieu de résidence :
 - Domicile, seul ou accompagné, avec ou sans aides
 - EHPAD
 - Foyer-logement (FL)
 - Famille d'accueil

4.4.3. Multi-morbidité/dépendance

- La multi-morbidité a été évaluée avec l'échelle de Charlson (tableau 1)⁽²¹⁾. Plus le score est élevé, plus le taux de survie à 10 ans est faible : 1 point : 96% de survie estimée à 10 ans, 2 points : 90%, 3 points : 77%, 4 points : 53%, 5 points : 21%, 6 points et plus : < 20%.
- La population étudiée étant gériatrique, ce score de Charlson a été pondéré à l'âge (tableau 2). Ainsi, on rajoutait 1 point si l'âge était compris entre 50 et 59 ans, 2 points entre 60 et 69 ans, 3 points entre 70 et 79 ans, 4 points entre 80 et 89 ans, 5 points après 90 ans.

Pondération	Maladie présentée
1	Infarctus du myocarde Insuffisance cardiaque congestive Artériopathie oblitérante des membres inférieurs Accident vasculaire cérébral Démence Maladie pulmonaire chronique Connectivite Maladie ulcéreuse peptique gastroduodénale Diabète
2	Hémiplégie (vasculaire et autres) Insuffisance rénale modérée à terminale (créat. > 30 mg/L) Diabète compliqué Tumeur solide Leucémie Lymphome

3	Cirrhose hépatique avec ou sans saignement
6	Tumeur solide métastatique Maladie à VIH (avec ou sans SIDA)

Tableau 1 : Pondération du score de co-morbidité de Charlson

50-59 ans	= + 1
60-69 ans	= + 2
70-79 ans	= + 3
80-89 ans	= + 4
90-99 ans	= + 5

Tableau 2 : pondération à l'âge du score de Charlson (point(s) à ajouter au score initial de Charlson)

- Statut fonctionnel à l'admission (score GIR)

4.4.4. Thérapeutique

- Nombre de médicaments prescrits à la sortie de la 1^{ère} hospitalisation
- Pour les ré-hospitalisations : modifications de l'ordonnance de sortie de l'hospitalisation précédente
- Iatrogénie médicamenteuse

4.4.5. Orientation à la sortie d'hospitalisation

- Identique
- Aides mises en place
- Majoration des aides
- Admission en structure : FL, EHPAD, Unité de Soins de Longue Durée (USLD)
- Décès
- Indication dans le compte rendu d'hospitalisation d'un risque d'échec du retour, en raison d'un refus ou d'une insuffisance des mesures mises en place

4.4.6. Paramètres Biologiques saisis lors de la 1^{ère} et de la dernière hospitalisation

- Vitamine D (uniquement lors de la 1^{ère} hospitalisation)
 - o Normal > 30 µg/l - Insuffisance entre 10 et 29 - Carence < 10 µg/l
- Hémoglobine (g/dl)
- Clairance de la créatinine selon Cockcroft
- Albuminémie

4.4.7. Poids/Indice de Masse Corporel de la 1^{ère} et de la dernière hospitalisation

4.5. Statistiques

Les valeurs quantitatives ont été décrites par leur moyenne et/ou médiane, via le logiciel KALEIDAGRAPH. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et en pourcentages.

Une analyse descriptive des caractéristiques des patients a été réalisée.

5. RESULTATS

5.1. Population étudiée

Sur 210 dossiers de patients hospitalisés au moins deux fois dans l'année 2011 et pris aléatoirement, 10 ont été exclus en raison de non-retour à domicile entre deux séjours en gériatrie.

Sur les 12 mois de recueil, il s'agissait de 2 hospitalisations pour 141 patients, 3 hospitalisations pour 41 patients, 4 hospitalisations pour 10 patients, 5 hospitalisations pour 5 patients, 6 hospitalisations pour 2 patients et 10 séjours pour 1 patient, soit un total de 492 séjours hospitaliers.

5.2. Données sociodémographiques

L'âge moyen des patients était de : 84.8 ans, extrême de 54 à 97 ans. L'âge médian était de 84.5 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes. L'âge moyen des patients résidant en EHPAD était de 86 ans (extrême de 64 à 96 ans).

Au sein de l'échantillon, les femmes étaient majoritaires avec un sex-ratio de 1.44.

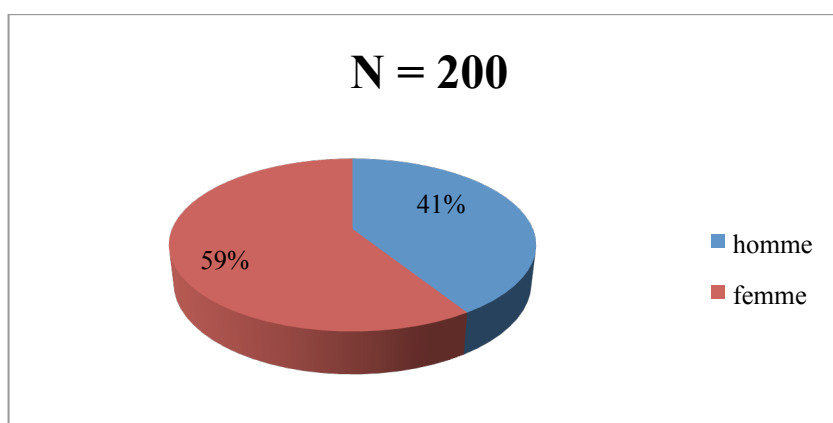


Figure 2 : répartition de l'échantillon en fonction du sexe

Parmi les 200 patients de l'étude, lors de la première hospitalisation 149 (74.5%) vivaient à domicile, 14 (7%) en foyer-logement, 36 (18%) en EHPAD et une femme vivait en famille d'accueil.

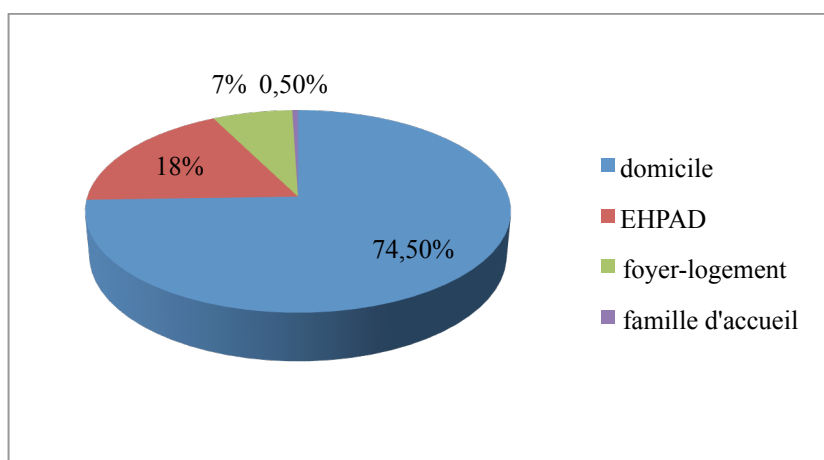


Figure 3 : répartition du lieu de vie de l'échantillon lors de la 1ère hospitalisation

Concernant la situation familiale :

- 109 patients étaient veufs (54.5%) dont 70.6% vivant à domicile et 21.1% en EHPAD.
- 69 patients étaient mariés et/ou en couple (34.5%) dont 85.5% vivant à domicile et 13% en EHPAD.
- 8 patients étaient séparés ou divorcés (4%) dont 75% vivant à domicile.
- 14 patients étaient célibataires (7%) dont 50% vivant à domicile.

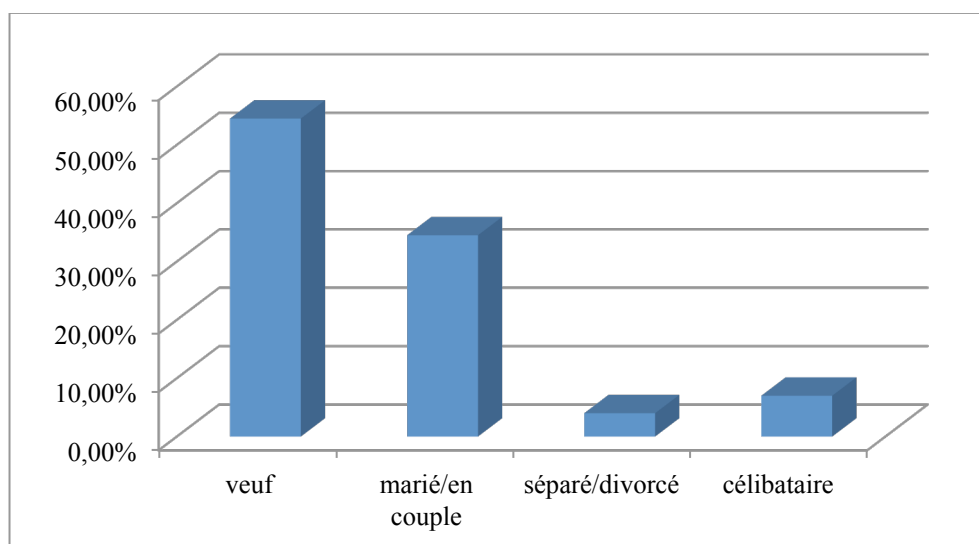


Figure 4 : situation familiale de l'échantillon lors de leur 1ère hospitalisation

Parmi les 164 patients vivant hors institution (EHPAD, FL) ou famille d'accueil :

- 115 (70.1%) bénéficiaient d'une aide à domicile (majoritairement des femmes : 71 contre 44 hommes) avant leur 1^{ère} hospitalisation.
- 85 (52.8%) vivaient seuls (encore principalement des femmes : 56 contre 29 hommes).

5.3.1^{ère} hospitalisation

5.3.1. Causes d'hospitalisations

Lors de la 1^{ère} hospitalisation, le motif « perte d'autonomie/problème de maintien à domicile/répit familial » représente 18% des causes d'hospitalisation, suivi des causes cardio-vasculaires (15.5%), des exacerbations de symptômes psycho-comportementaux de la démence SCPD (13%) et des causes broncho-pulmonaires (10.5%).

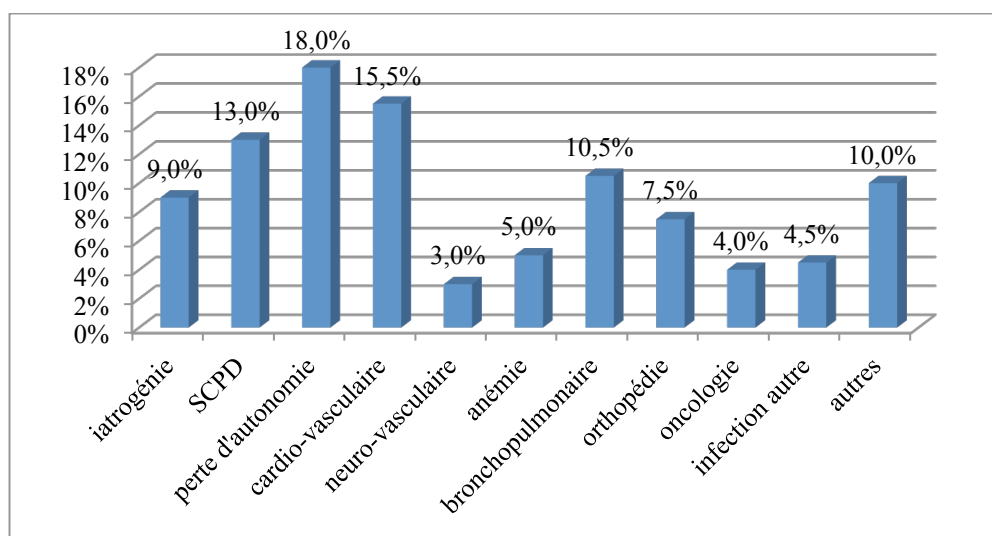


Figure 5 : cause d'hospitalisation à la 1^{ère} admission en 2011 (200 patients)

5.3.2. Co-morbidité/dépendance

Lorsqu'on pondère le score de co-morbidité de Charlson à l'âge, 85% des patients ont 6 points ou plus ce qui équivaut à moins de 20% de chance de survie à 10 ans.

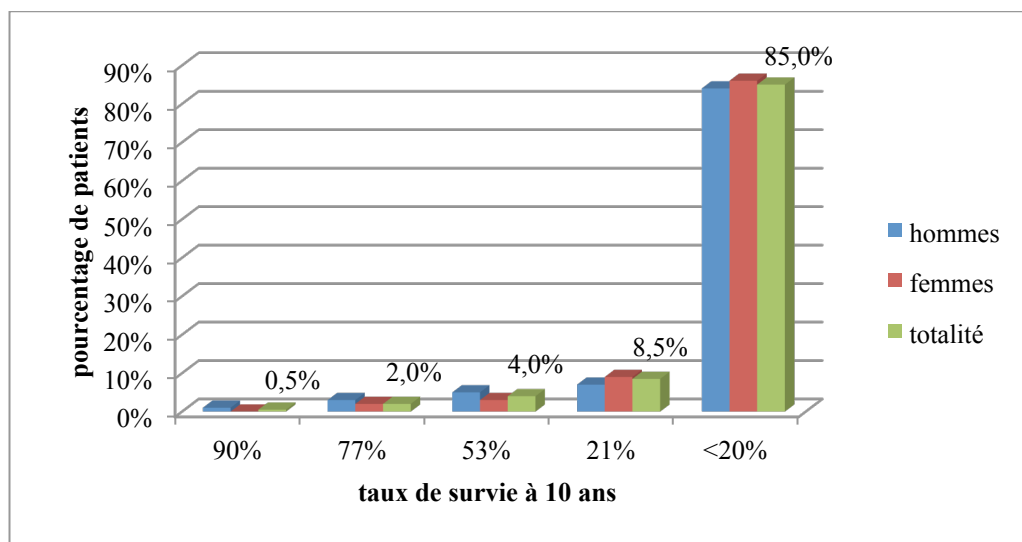


Figure 6 : Score de co-morbidité de Charlson pondéré à l'âge : pourcentage de patient selon le score

Concernant le score GIR, il a été calculé dans 100% des cas. 90% des patients étaient en perte d'autonomie (score GIR 1 à 4) et 43% étaient très dépendants (score GIR 1 et 2).

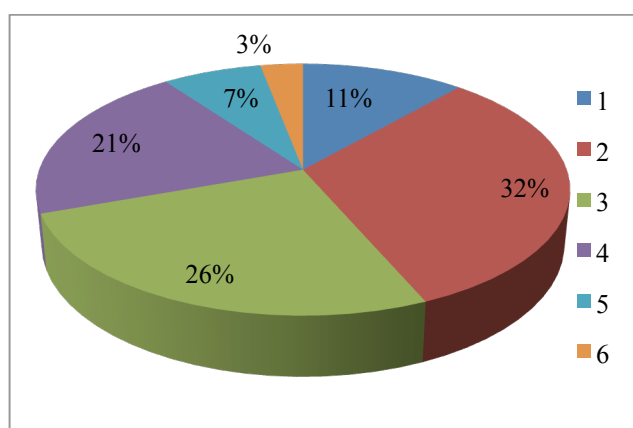


Figure 7 : Répartition des patients lors de la 1ère hospitalisation selon leur Groupe IsoRessources

5.3.3. Thérapeutique

Le nombre de médicaments à la sortie de la première hospitalisation variait de 1 à 18. 94.5% des ordonnances de sortie d'hospitalisation comportaient plus de 3 médicaments.

5.3.4. Biologie

5.3.4.1. Créatininémie

La clairance de la créatininémie selon Cockcroft et Gault à la sortie de la première hospitalisation varie de 5 à 163.6 ml/min et la médiane est de 45.35 ml/min (n = 195). Un patient a une insuffisance rénale terminale (clairance < 10ml/min), 41 patients sont insuffisants rénaux sévères (clairance entre 10 et 30 ml/min), 117 sont insuffisants rénaux modérés (clairance entre 30 et 60 ml/min), 26 sont insuffisants rénaux légers (clairance entre 60 et 90 ml/min) et 10 patients n'ont pas d'insuffisance rénale.

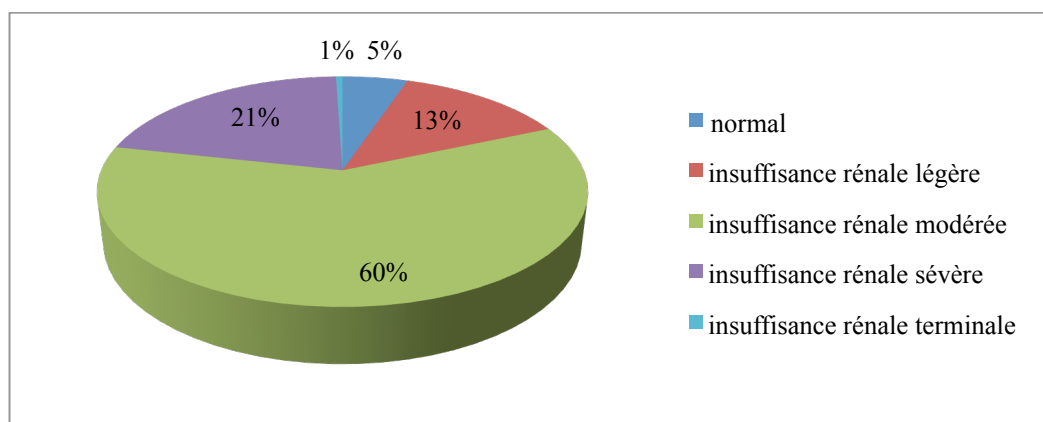


Figure 8 : Répartition de la fonction rénale glomérulaire selon Cockcroft lors de la 1ère hospitalisation (195 patients/200)

5.3.4.2.Albuminémie

L'albuminémie dosée lors de la première hospitalisation varie de 25 à 49.5 g/l et la médiane est de 36.7 g/l (14 données manquantes sur 200). 54 patients (29%) ont une albuminémie < 35 g/l et 14 (8%) une albuminémie < 30 g/l.

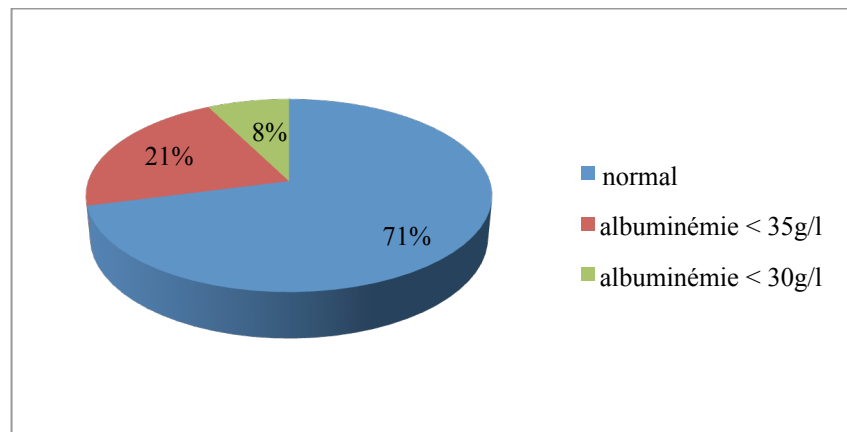


Figure 9 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'albuminémie lors de la 1ère hospitalisation (186 patients/200)

5.3.4.3.Hémoglobine

5.3.4.3.1. Sexe masculin

L'hémoglobine à l'entrée de la première hospitalisation varie de 6.6 à 17.3 g/dl. La médiane est de 12.5 g/dl.

5.3.4.3.2. Sexe féminin

L'hémoglobine à l'entrée de la première hospitalisation varie de 5.8 à 15.9 g/dl. La médiane est de 11.8 g/dl.

5.3.4.4. Vitamine D

190 patients sur les 200 ont eu un dosage de la 25 OH-vitamine D3 lors de leur première hospitalisation. 22 d'entre eux ont un taux de vitamine D normal ($> 30 \mu\text{g/l}$), 79 sont en déficit (entre 10 et $30 \mu\text{g/l}$) et 89 sont carencés ($< 10 \mu\text{g/l}$).

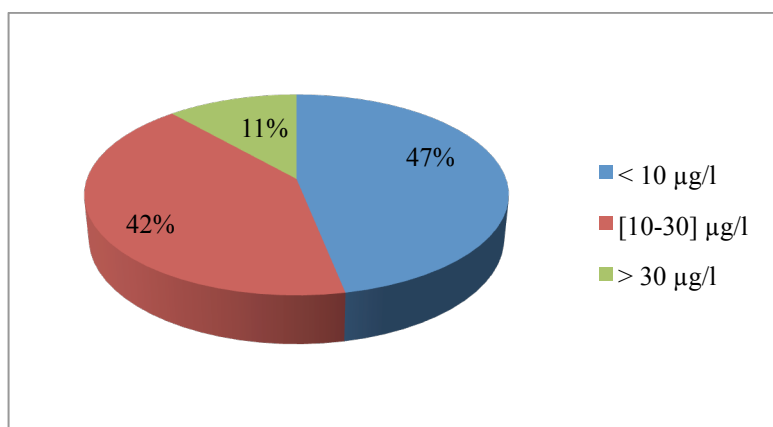


Figure 10 : Taux de vitamine D chez 190 patients lors de leur 1ère hospitalisation

5.3.5. Poids/IMC

5.3.5.1. Sexe masculin

Chez les hommes, le poids à la sortie de la première hospitalisation varie de 41.8 à 119 (3 données manquantes sur les 82 patients de sexe masculin) et la médiane est de 70.3 kg. Concernant l'indice de masse corporelle (IMC), il manquait 38 données sur les 82 patients (46%). 7 patients (16%) avaient un IMC $< 21 \text{ kg/m}^2$ dont 3 (7%) un IMC $< 18 \text{ kg/m}^2$, 28 (64%) avaient un IMC entre 21 et 30 kg/m^2 et 9 (20%) avaient un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$.

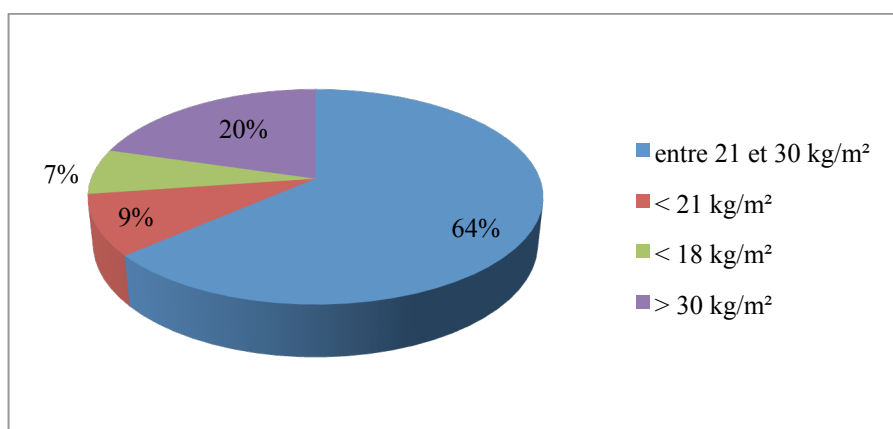


Figure 11 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'IMC lors de la 1ère hospitalisation chez les hommes (44 patients/82)

5.3.5.2.Sexe féminin

Chez les femmes, le poids à la sortie de la première hospitalisation varie de 33 à 127.2 kg (2 données manquantes sur les 112 patients de sexe féminin) et la médiane est de 58.1 kg. Concernant l'IMC, il manquait 62 données sur les 112 patientes (55%). 14 patientes (25%) avaient un IMC < 21 kg/m² dont 2 (4%) un IMC < 18 kg/m², 34 (61%) avaient un IMC entre 21 et 30 kg/m² et 8 (14%) avaient un IMC > 30 kg/m².

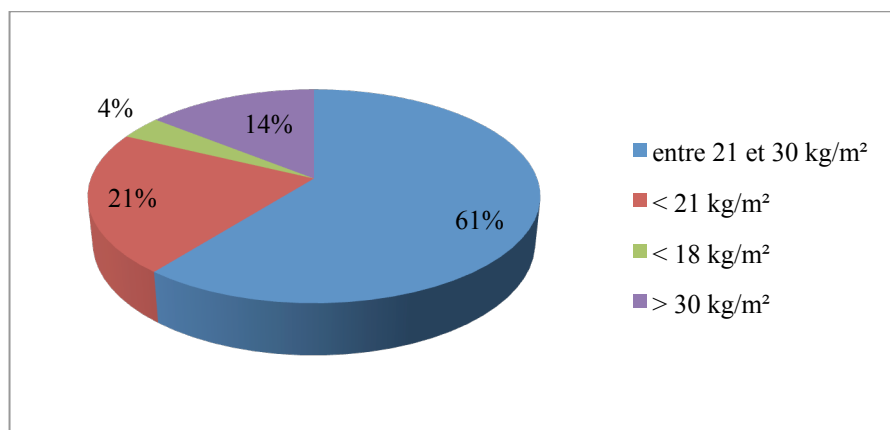


Figure 12 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'IMC lors de la 1^{ère} hospitalisation chez les femmes (50 patientes/112)

5.4.Résidents d'EHPAD

Parmi 104 séjours de patients vivant en EHPAD (dès la 1^{ère} hospitalisation ou secondairement), 28 étaient hospitalisés pour exacerbation de SCPD, 20 pour broncho-pneumopathie, 15 pour cause cardiovasculaire (essentiellement des OAP) et 10 pour anémie.

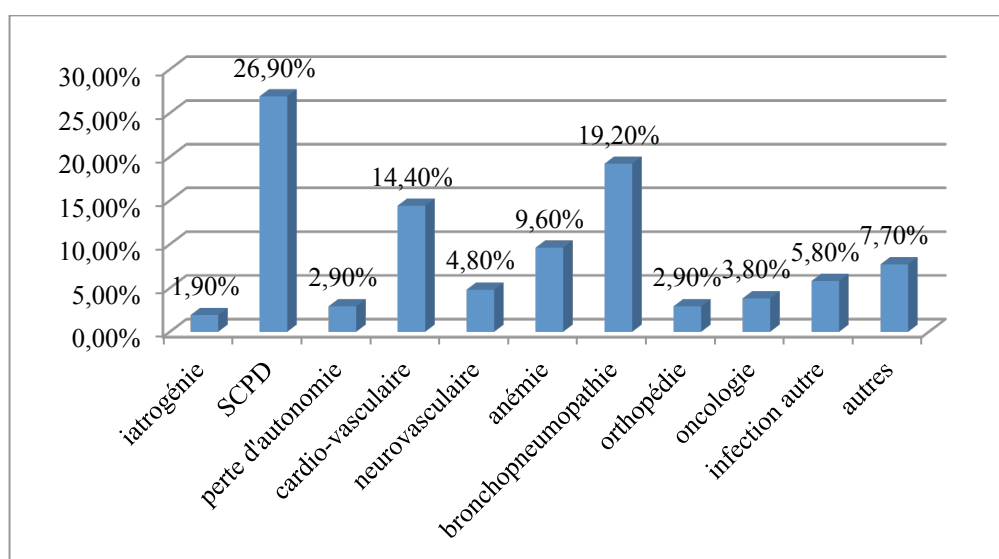


Figure 13 : Causes d'hospitalisation des patients résidents en EHPAD

5.5. Ré-hospitalisation

5.5.1. Causes d'hospitalisation

En analysant la totalité des séjours de notre étude, la première cause d'hospitalisation est la « perte d'autonomie/problème de maintien à domicile/répit familial » et représente 15.4% des hospitalisations, suivi des exacerbations de SCPD (15%). Viennent ensuite les causes cardiovasculaires (13.6% dont près de 73% liées à un OAP), broncho-pulmonaires (11%), l'anémie (10.2%). Les causes d'origine iatrogène ne sont pas négligeables avec 6.7% des hospitalisations. Les médicaments incriminés sont cités plus loin avec leurs effets respectifs.

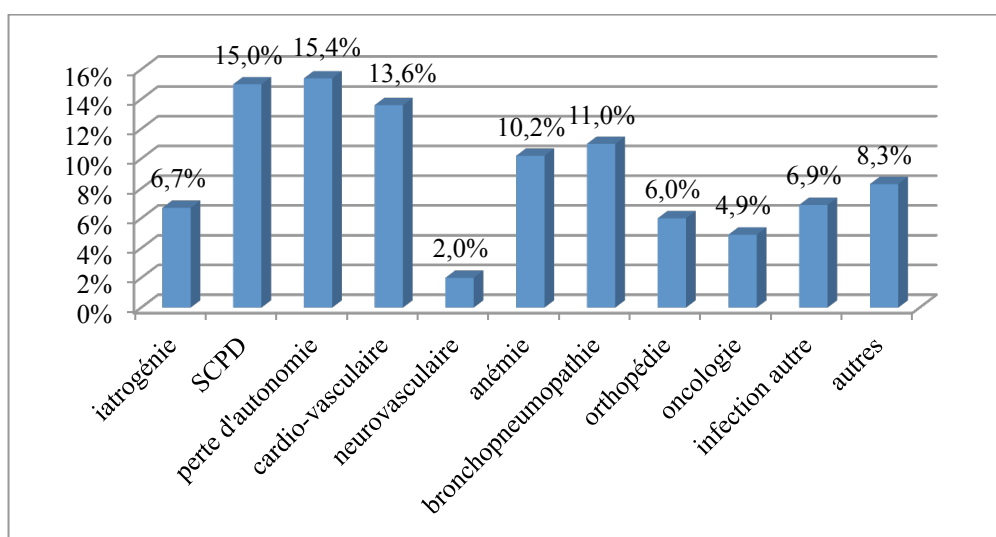


Figure 14 : Causes d'hospitalisation en gériatrie (492 séjours au total)

Les causes cardiovasculaires autres que l'OAP et le SCA étaient : la bradycardie sur Bloc SinoAuriculaire du 3^{ème} degré, l'hypotension orthostatique, l'embolie pulmonaire, la brady-arythmie, la tachycardie atriale, le coma hypotensif avec trouble du rythme cardiaque.

La proportion de patients ré-hospitalisés pour une cause identique est de 49.5% (n = 99). Les troubles psycho-comportementaux sont la première cause de ré-hospitalisation à près de 20% concernant en majorité des femmes (75%). Suivent ensuite les causes cardiovasculaires à environ 18%, la « perte d'autonomie/problème de maintien à domicile/répits familial » à environ 16%, les broncho-pneumopathies à 13%, l'anémie avec transfusion dans 10% des cas et « l'oncologie/soins palliatifs » à 6%.

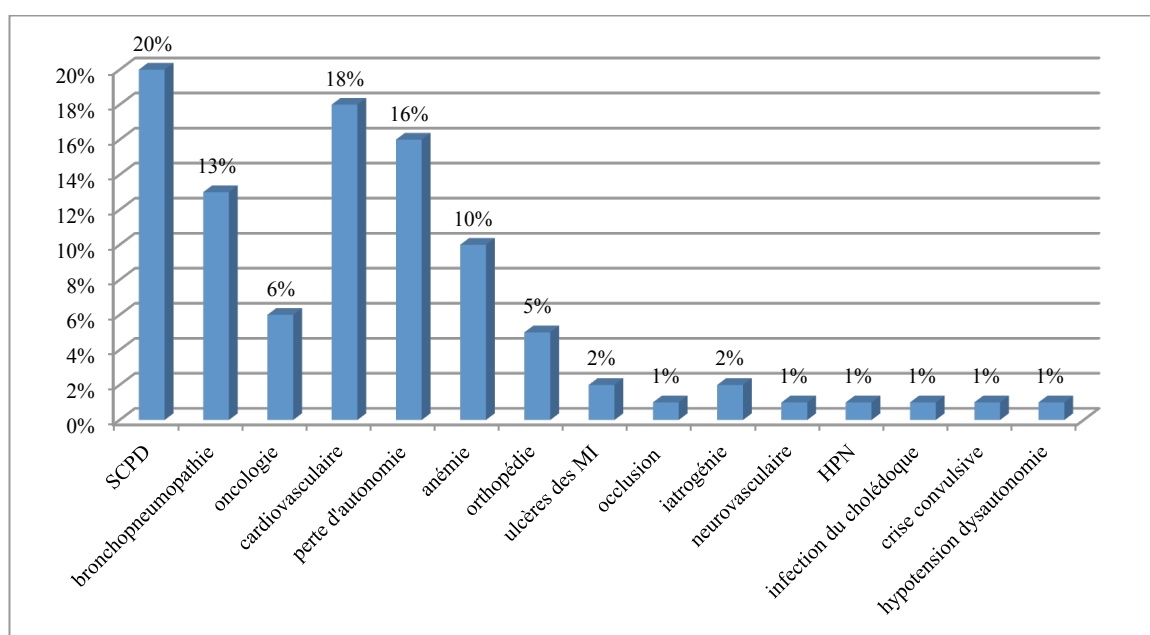


Figure 15 : Causes identiques de ré-hospitalisation (99 patients)

5.5.2. Thérapeutique

Les modifications de thérapeutique entre la sortie d'hospitalisation et l'hospitalisation suivante ont été prises en compte pour toutes les périodes inter-hospitalisation des 200 patients, soit 292 périodes. On note près de 46.6% de modifications thérapeutiques (n = 136) avec 172 arrêts entre les 2 séjours hospitaliers et 196 médicaments instaurés.

Les médicaments retirés étaient représentés essentiellement par les anxiolytiques (12.8%), les anti-hypertenseurs ou traitement cardiotrope (9.3%), les antidépresseurs (8.7%), les anti-épileptiques à visée antalgique (8.1%), les morphiniques (5.8%) et les hypnotiques (5.2%). Quant aux médicaments instaurés, il s'agissait principalement des anxiolytiques (12.8%) suivi des antidépresseurs (10.2%) puis des anti-hypertenseurs ou traitement cardiotrope (9.7%), des antipsychotiques (5.1%), des inhibiteurs de la pompe à protons (5.1%), des anti-angineux (5.1%) et des hypnotiques (4.6%).

Concernant les accidents iatrogènes, ceux-ci ont été responsables de 33 séjours à l'hôpital. Il s'agissait essentiellement des médicaments cardiovasculaires (39.1%) et psychotropes (34.8%), puis antalgiques de palier 2 (8.7%), antidiabétiques (6.5%) et antiparkinsoniens (6.5%), un antibiotique et un alpha-bloquant à visée urologique.

Parmi les médicaments cardio-vasculaires, il s'agissait principalement d'accident à type de chute sur hypotension orthostatique avec les anti-hypertenseurs et d'accident hémorragique satellite d'un surdosage en AVK.

Parmi les médicaments psychotropes, les antipsychotiques étaient responsables de troubles du comportement (agressivité, délire, irritabilité). Les anxiolytiques seuls ou associés aux antidépresseurs ou aux antalgiques de palier 2 entraînaient un syndrome confusionnel dans la majorité des cas.

Médicament(s) incriminé(s)	Symptôme(s)
ESIDREX = Hydrochlorothiazide (<i>diurétique thiazidique</i>)	Hypokaliémie
ESIDREX = Hydrochlorothiazide (<i>diurétique thiazidique</i>)	Hyponatrémie
ESIDREX = Hydrochlorothiazide (<i>diurétique thiazidique</i>)	Hypotension orthostatique
ESIDREX + ATACAND = Hydrochlorothiazide + Candesartan (<i>diurétique thiazidique + Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2)</i>)	Hypotension orthostatique
CELECTOL = Celiprolol (<i>bêta-bloquant</i>)	Hypotension orthostatique
VERAPAMIL + ATACAND = Verapamil + Candesartan (<i>inhibiteur calcique + ARA2</i>)	Chute sur hypotension orthostatique
CAPTEA = Captopril/Hydrochlorothiazide (<i>IEC/diurétique thiazidique</i>)	Hypotension orthostatique
COVERSYL = Perindopril (<i>IEC</i>)	Chute sur hypotension orthostatique
COAPROVEL + JOSIR = Irbésartan/Hydrochlorothiazide + Tamsulosine (<i>ARA2/diurétique thiazidique + alpha-bloquant</i>)	Hypotension orthostatique

FOZITEC = Fosinopril (<i>IEC</i>)	Thrombopénie
ISOPTINE = Verapamil (<i>inhibiteur calcique</i>)	Bradycardie
PREVISCAN = Fluindione (<i>AVK</i>)	AVC hémorragique sur surdosage
PREVISCAN = Fluindione (<i>AVK</i>)	Anémie sur hématome sur surdosage
PREVISCAN = Fluindione (<i>AVK</i>)	Hématomes hanche et mollet sur surdosage
PREVISCAN = Fluindione (<i>AVK</i>)	Rectorragie sur surdosage
LASILIX + DEROXAT = Furosémide + Paroxétine (<i>diurétique de l'anse + ISRS</i>)	Syndrome confusionnel sur hyponatrémie
DEROXAT = Paroxétine (<i>ISRS</i>)	Vertige, trouble de la marche, trouble du sommeil, céphalées
SEROPRAM = Citalopram (<i>ISRS</i>)	Anorexie
NORSET + TEMESTA + LEXOMIL = Mirtazapine + Lorazépam + Bromazépam (<i>mirtazapine + benzodiazépine + benzodiazépine</i>)	Syndrome confusionnel
DAFALGAN CODEINE + LEXOMIL = Paracétamol/Codéine + Bromazépam (<i>codeine + benzodiazépine</i>)	Syndrome confusionnel et somnolence
ATARAX = Hydroxyzine (<i>anti-histaminique antiH1</i>)	Syndrome confusionnel
LYSANXIA + METFORMINE = Prazépam + Metformine (<i>benzodiazépine + antidiabétique oral</i>)	Malaise sans perte de connaissance
LANTUS = Insuline glargine (<i>insuline lente</i>)	Hypoglycémie et syndrome confusionnel
NOVOMIX = Insuline asparte biphasique (<i>insuline mixte</i>)	Hypoglycémie
RIVASTIGMINE (<i>anticholinestérasique</i>)	Hétéro-agressivité
REMINYL + EBIXA = Galantamine + Mémantine (<i>anticholinestérasique + antiglutamate</i>)	Hypotension orthostatique
TIAPRIDAL = Tiapride (<i>antipsychotique</i>)	Chute
HALDOL = Halopéridol (<i>antipsychotique</i>)	Trouble de la compréhension et irritabilité
HALDOL + BACTRIM = Halopéridol + Sulfaméthoxazole/Triméthoprim	Syndrome confuso-hallucinatoire et encéphalopathie toxique

<i>(antipsychotique + antibiotique)</i>	
RISPERDAL + AZILECT + STALEVO = Risperidone + Rasagiline + Lévodopa/Carbidopa/Entacapone <i>(antipsychotique + antiparkinsonien + antiparkinsonien)</i>	Trouble confuso-délirant
SINEMET = Levodopa/Carbidopa <i>(antiparkinsonien)</i>	Chute sur hypotension orthostatique
TRAMADOL <i>(opioïde)</i>	Syndrome confusionnel et chute
TRAMADOL <i>(opioïde)</i>	Constipation et douleur abdominale
TRAMADOL <i>(opioïde)</i>	Syndrome confusionnel

Tableau 3 : Médicaments et leurs effets indésirables en cause liés à une iatrogénie

5.5.3. Orientation à l'entrée de l'hôpital et réorientation à la sortie pour chaque séjour

Parmi les 492 séjours totalisés, 151 étaient des entrées directes en gériatrie, 105 des entrées directes après passage aux urgences et, pour le reste, des entrées après hébergement dans un autre service de l'hôpital.

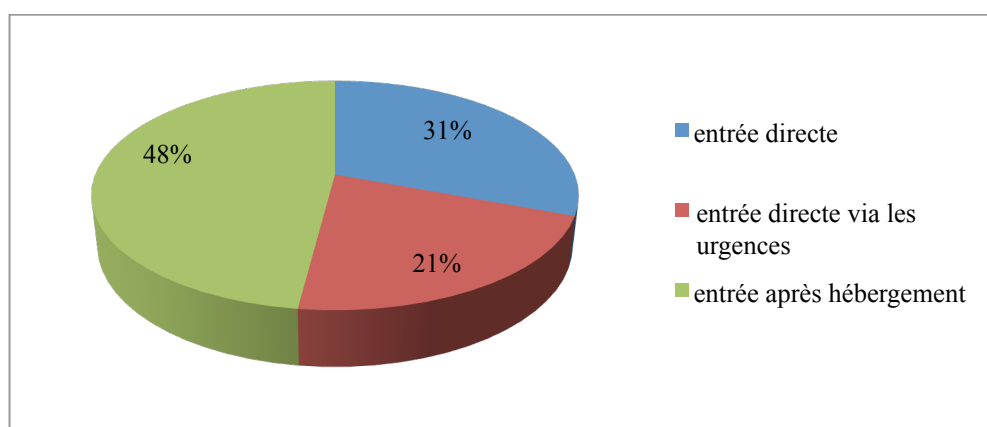


Figure 16 : Répartition du parcours des patients à l'entrée à l'hôpital (492 séjours)

Sur ce même nombre de séjour, on constate qu'il n'y a pas de modification du lieu de vie ni des éventuelles aides proposées dans 56% des cas. Il y a une mise en place d'aide dans 4%, une majoration des aides dans 14% des cas et un transfert en EHPAD dans les mêmes proportions. Ainsi 32% des séjours ont nécessité une intervention ayant conduit à une modification du contexte médicosocial.

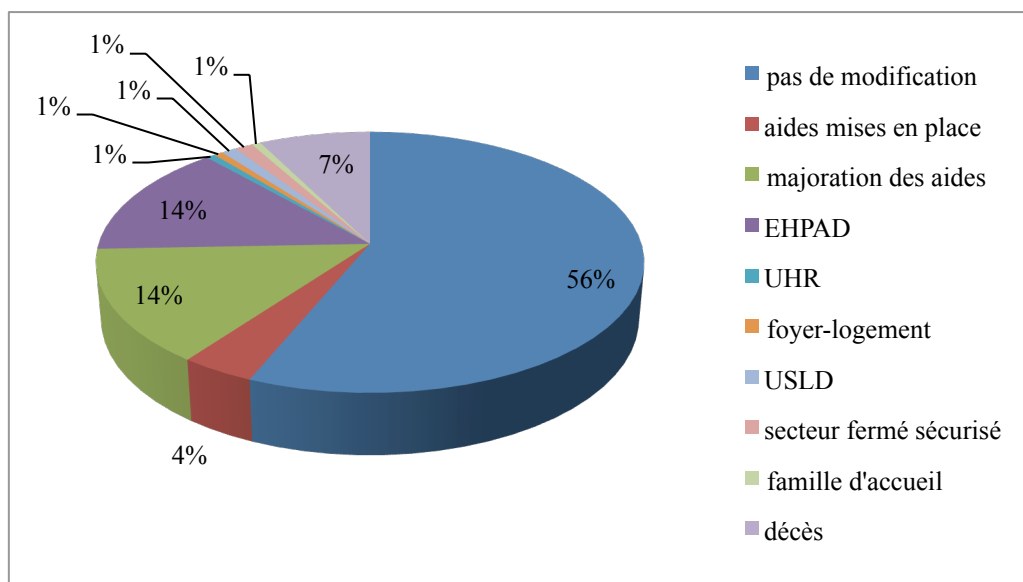


Figure 17 : Modification du lieu de vie et des aides à la sortie d'hôpital (492 séjours)

Lorsqu'on fait la répartition des lieux de vie à la sortie d'hospitalisation en prenant en compte tous les séjours, on note une majorité des patients à domicile ou en EHPAD, respectivement 47% (N= 233) et 36% (N= 175).

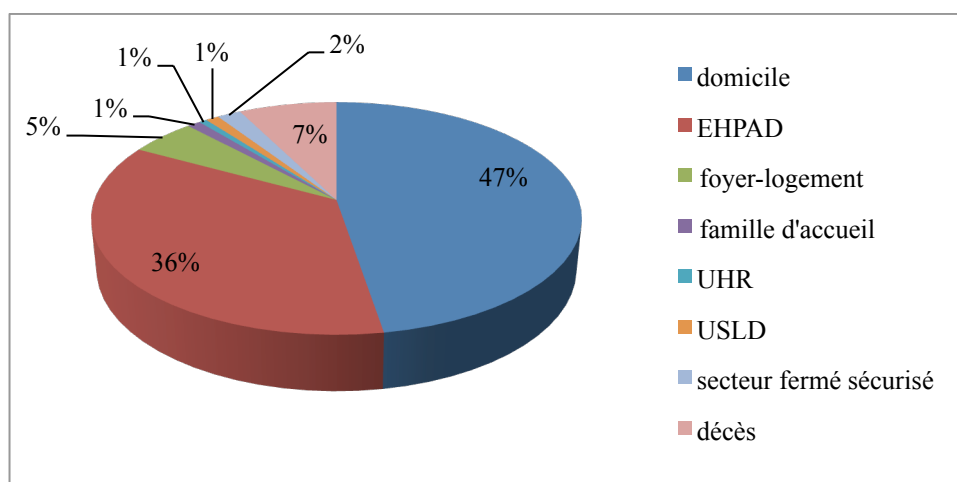


Figure 18 : Répartition du lieu de vie en sortie d'hospitalisation (492 séjours au total)

Au cours des ré-hospitalisations, on dénombre 18.5% de patients décédés ($n = 37$). Lorsqu'on fait la répartition du lieu de sortie des 163 autres patients au décours de la dernière ré-hospitalisation, on constate 52% de patients en EHPAD dont 3% en secteur fermé sécurisé, 34% à domicile et 5% en foyer-logement.

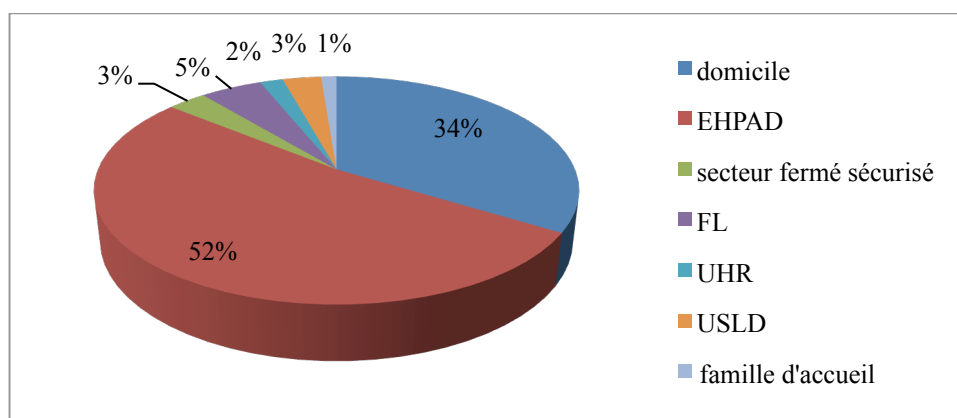


Figure 19 : Répartition du lieu de sortie de la dernière hospitalisation pour les 163 patients en vie

5.5.4. Délai de ré-hospitalisation et durée d'hospitalisation

Le délai inter-hospitalisation variait de 0 à 351 jours, avec une médiane de 34 jours pour les hommes et 46 jours pour les femmes. En effet 3 patients sortis en matinée ont été réhospitalisés le jour même. Sur 292 ré-hospitalisations cumulées, 118 ont eu lieu moins d'un mois (1 mois = 30 jours) après l'hospitalisation précédente, soit 40.4% des ré-hospitalisations.

La durée d'hospitalisation était en moyenne de 25 jours avec des extrêmes de 1 à 222 jours (médiane de 18 jours pour les hommes et 19.5 jours pour les femmes).

Lorsqu'on regarde le courrier de sortie de chaque séjour passé dans le pôle de gériatrie, on constate que ce dernier évoquait le risque d'échec du retour dans le lieu de vie précédent dans 17% des cas ($N=77$ courriers sur 455, 37 courriers exclus pour cause de décès).

5.5.5. Biologie de la dernière hospitalisation

5.5.5.1.Créatinine

La clairance à la sortie de la dernière hospitalisation varie de 4 à 129 ml/min et la médiane est de 44.4 ml/min (n = 188). Les patients décédés étaient inclus lorsque le dosage de créatinine avait pu être fait peu de temps avant leur décès. On compte 2 insuffisances rénales terminales, 44 insuffisances rénales sévères, 96 insuffisances rénales modérées et 39 insuffisances rénales légères. Seulement 7 patients n'ont pas d'insuffisance rénale.

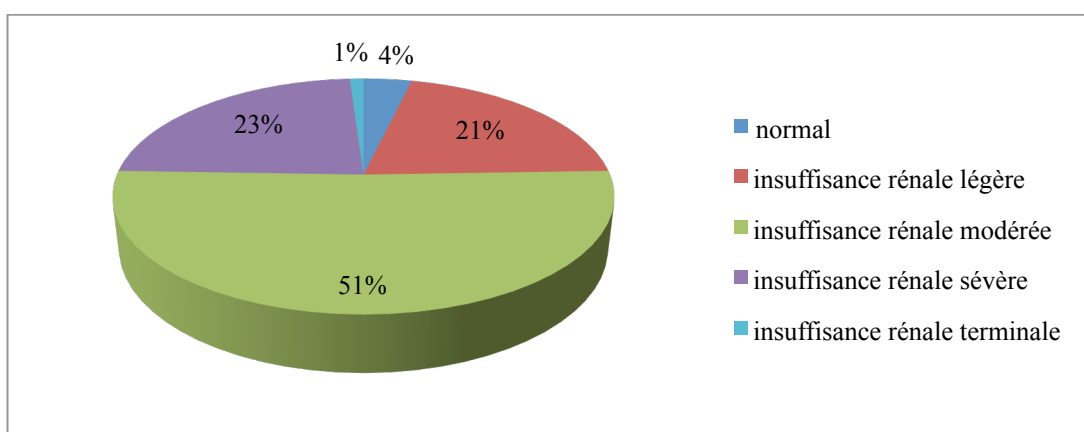


Figure 20 : Répartition de la fonction rénale glomérulaire selon Cockcroft lors de la dernière hospitalisation (188 patients/200)

5.5.5.2.Albumine

L'albuminémie dosée lors de la dernière hospitalisation varie de 19.6 à 46.3 g/l et la médiane est de 36.0 g/l (35 données manquantes). 69 patients (42%) ont une hypoalbuminémie (< 35 g/l), dont 22 (13%) sévère (< 30 g/l).

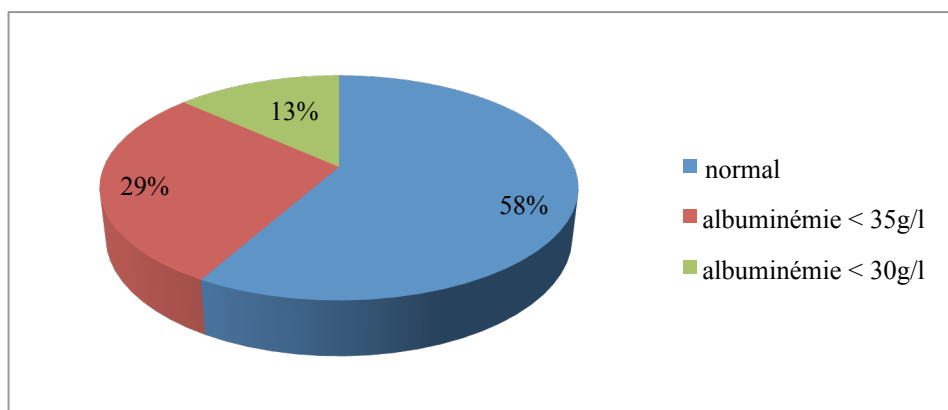


Figure 21 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'albuminémie lors de la dernière hospitalisation (165 patients/200)

En comparant la 1^{ère} et la dernière hospitalisation, on constate une baisse significative de l'albuminémie ($p = 0,02$).

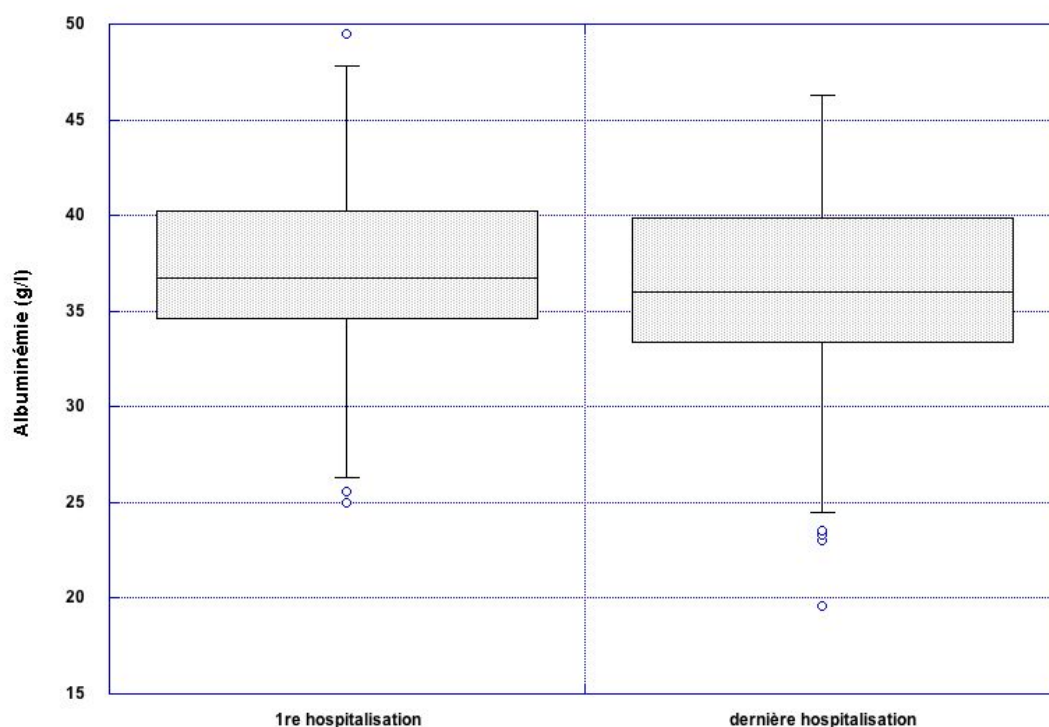


Figure 22 : Comparaison du taux d'albumine entre la 1^{ère} et la dernière hospitalisation (155 patients)

5.5.5.3. Hémoglobine

5.5.5.3.1. Sexe masculin

L'hémoglobine à l'entrée de la dernière hospitalisation varie de 4.7 à 17 g/dl. La médiane est de 11.9 g/dl (1 donnée manquante parmi les 82 hommes hospitalisés).

Lorsqu'on compare le taux d'hémoglobine de la première hospitalisation et celui de la dernière hospitalisation de chacun des 81 patients (1 donnée manquante), on note en moyenne une baisse du taux d'hémoglobine de 0.6 g/dl (extrême : -7.2 à + 4.3, $p = 0,008$).

5.5.5.3.2. Sexe féminin

L'hémoglobine à l'entrée de la dernière hospitalisation varie de 6.6 à 16.4 g/dl. La médiane est de 11.2 g/dl (1 donnée manquante parmi les 112 patientes).

Lorsqu'on compare le taux d'hémoglobine de la première hospitalisation et celui de la dernière hospitalisation de chacune des 111 femmes hospitalisées (1 donnée manquante), on note en moyenne une tendance à la baisse du taux d'hémoglobine de 0.2 g/dl (extrême : - 4.7 à + 4.2, $p = 0,07$).

5.5.6. Poids/IMC

5.5.6.1. Sexe masculin

Le poids à la sortie de la dernière hospitalisation varie de 40.9 à 123.4 (6 données manquantes) et la médiane est de 67.9 kg. Concernant l'IMC, il manquait 39 données (47%). 11 patients (26%) avaient un IMC $< 21 \text{ kg/m}^2$ dont 5 (12%) un IMC $< 18 \text{ kg/m}^2$, 25 (58%) patients avaient un IMC entre 21 et 30 kg/m^2 et 7 patients (16%) avaient un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$

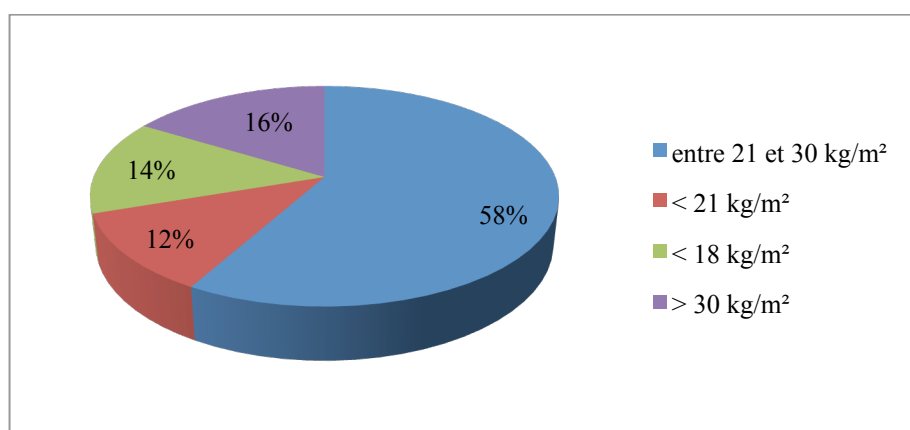


Figure 23 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'IMC lors de la dernière hospitalisation chez les hommes (43 patients/82)

Lorsqu'on compare le poids entre la première et la dernière hospitalisation, on note une perte médiane 2.45 kg ($p = 0,0006$) (8 données manquantes) et les extrêmes vont de + 25.7 kg à - 18.7 kg.

5.5.6.2. Sexe féminin

Le poids à la sortie de la dernière hospitalisation varie de 31.3 à 87.2 kg (6 données manquantes) et la médiane est de 56.2 kg. Concernant l'IMC, il manquait 65 données (58%). 23 patientes (44%) avaient un IMC $< 21 \text{ kg/m}^2$ dont 10 (19%) un IMC $< 18 \text{ kg/m}^2$, 24 (45%) avaient un IMC entre 21 et 30 kg/m^2 et 6 (11%) avaient un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$.

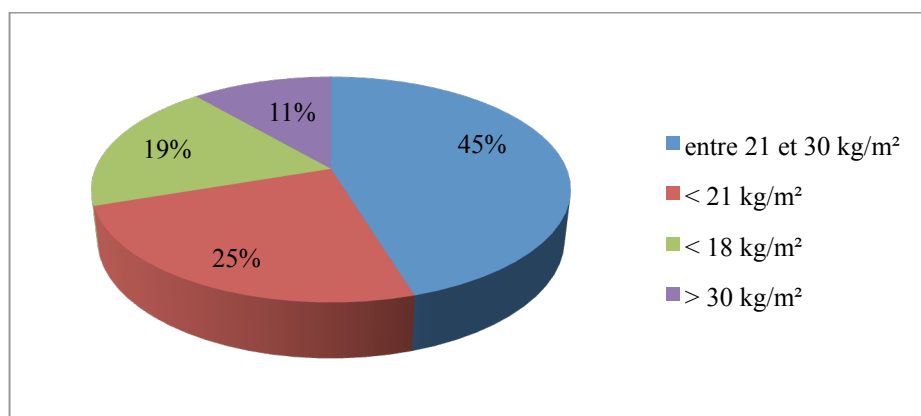


Figure 24 : Répartition de l'état nutritionnel selon l'IMC lors de la dernière hospitalisation chez les femmes (47 patientes/112)

Lorsqu'on compare le poids entre la première et la dernière hospitalisation, on note une perte médiane de 1.9 kg ($p = 0,0004$) (8 données manquantes) et les extrêmes vont de + 14.8 à - 16 kg.

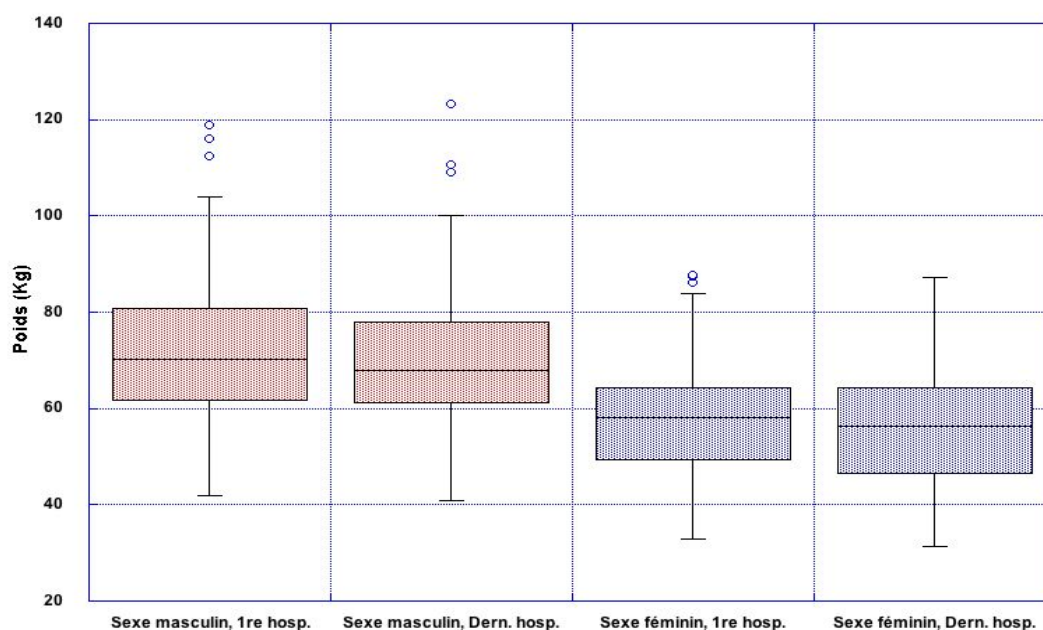


Figure 25 : Répartition du poids entre la 1ère hospitalisation et la dernière selon le sexe (74 hommes et 110 femmes)

6. DISCUSSION

Sur plus de 14 millions de passages aux urgences en France par an, les patients âgés représentent approximativement 10 à 20% de tous les passages et 50% des patients hospitalisés lors du passage au SAU.⁽²⁾ Ces patients particulièrement vulnérables, de par le cumul de pathologies et de traitements, présentent un risque accru de réadmission aux urgences et, de manière plus globale, de ré-hospitalisation. Le but de ce travail est donc d'analyser les causes d'hospitalisation chez ces patients hospitalisés plusieurs fois. Les objectifs secondaires sont d'évaluer le rôle de l'environnement sur les ré-hospitalisation, d'évaluer la proportion de patients issus d'EHPAD et d'analyser la cause principale de ré-hospitalisation chez ces derniers.

Les résultats de l'étude retrouvent que la cause principale d'hospitalisation, toutes origines confondues, est « la perte d'autonomie/problemème de maintien à domicile/répit familial » (15.4%), suivi de près par les « SCPD » (15%).

Les SCPD étaient la cause principale de ré-hospitalisation identique, toutes origines confondues (20%).

74.5% des patients ré-hospitalisés étaient issus du domicile. Parmi ces derniers, 70.1% avaient une aide à domicile. 52.8% vivaient seuls.

Parmi les patients ré-hospitalisés, 18% étaient issus d'EHPAD, dont la cause principale de ré-hospitalisation était les « SCPD ».

6.1. Méthodologie

6.1.1. Sélection des dossiers

Notre étude a porté sur 200 dossiers de patients hospitalisés deux fois ou plus, de janvier à décembre 2011, dans le pôle de gériatrie du CHU de Poitiers. On peut noter un biais de sélection dans le sens où le recueil s'est arrêté après obtention de 200 dossiers. Ce biais a pu être corrigé car la liste des patients hospitalisés à plusieurs reprises en 2011 était établie de

façon aléatoire : pas d'ordre alphabétique, pas d'ordre chronologique, pas de classement par secteur d'hospitalisation, pas de classement selon le numéro de dossier ni l'Identifiant Permanent du Patient. Les données ont été directement recueillies à partir des dossiers médicaux et paramédicaux consultés aux archives ou dans le pôle de gériatrie, ce qui a permis d'éviter un biais d'information que l'on aurait eu en se basant uniquement sur les courriers de sortie informatisés.

6.1.2. Interprétation

Les données socio-démographiques ont été recueillies d'après le courrier de sortie rédigé à l'issu de chaque hospitalisation. Fréquemment, il a été nécessaire de lire des courriers antérieurs à 2011 ou originaire d'autres services hospitaliers pour compléter au mieux ces données.

Les données biologiques (créatinine et clairance, albumine, hémoglobine, vitamine D) et cliniques (poids, IMC) ont été recueillies d'après les résultats papiers de chaque patient lors de sa première et de sa dernière hospitalisation. A noter que de nombreuses pesées n'ont pas été faites, en particulier lors de la dernière hospitalisation, ce qui explique le nombre de données manquantes sur ce critère, mais aussi pour le calcul de la clairance de la créatinine. Il en va de même avec la taille, rarement mesurée (directement ou indirectement par mesure de la distance talon-genou), ce qui donne un faible taux de calcul d'IMC. Enfin, concernant les patients en fin de vie, décédés lors de leur dernière hospitalisation, toutes ces données clinico-biologiques étaient souvent absentes.

Le critère « aide à domicile » reste flou car cela englobe l'aide ménagère, le CCAS, le SSIAD ou simplement l'IDE libérale, mais l'aide issue des proches du patient (famille, ami) n'était pas prise en compte. Une partie supplémentaire au recueil de données concernant le type d'aide à domicile et le nombre d'heures apportées aurait permis une meilleure connaissance de l'environnement aidant chez les patients à domicile. De plus, ces données n'étaient pas systématiquement notées dans le dossier médical. Une étude prospective aurait permis de les obtenir.

A propos des médicaments retirés et instaurés, il y a un manque d'information car certains médicaments étaient modifiés (antihypertenseur X pour un antihypertenseur Y par exemple).

Il aurait fallu spécifier « médicaments arrêtés », médicaments modifiés » et « médicaments instaurés ».

Concernant la mesure du délai de ré-hospitalisation, il existe un possible biais de mesure car un patient qui sortait le matin et était ré-hospitalisé le soir même avait un délai de ré-hospitalisation de 0 jour.

Le critère « chute » parmi les causes d'hospitalisation n'a pas été utilisé car pour tous les patients ayant fait une chute, quand une cause somatique ou iatrogène précise a été retrouvée, cette étiologie était considérée comme cause d'hospitalisation.

6.2. Résultats

6.2.1.1. Critères socio-démographiques

L'âge moyen des patients de notre étude était de 84.8 ans, ce qui correspond à l'espérance de vie nationale des femmes en 2012 (84.8 ans), mais qui dépasse celle des hommes (78.4 ans).⁽²²⁾ Il est constaté que les femmes étaient plus nombreuses (59%), ce qui peut s'expliquer par leur espérance de vie plus longue.

Sur le plan environnemental, 74.5% des patients ré-hospitalisés dans notre étude venaient du domicile dont 52.8% seuls et 70.1% bénéficiaient d'une aide à domicile. D'après l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires réalisée conjointement par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et l'Institut Nationale des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) en 2008, il est constaté que le recours à l'aide augmente graduellement avec l'âge (15% des 60-74 ans contre 50% des 75 ans ou plus). Ce recours est aussi très lié au degré de dépendance puisque la totalité des personnes âgées relevant des GIR 1 à 3, 97% des personnes estimées en GIR 4 et 85% des personnes relevant du GIR 5 sont aidées. Chez les personnes les moins dépendantes (GIR 5 et 6), la part des personnes aidées passe de 10% pour les 60-64 ans à 84% pour les 90 ans ou plus. Ainsi, le grand âge, même lorsqu'il ne se traduit pas par une perte d'autonomie prononcée oblige dans la plupart des cas à recourir à une aide extérieure.⁽²³⁾

Dans notre étude, 18% des patients sélectionnés dans notre étude venaient d'un EHPAD. La moyenne d'âge était de 86 ans, soit au-delà de l'espérance de vie nationale. D'après l'enquête sur la filière CHU-EHPAD dans le pôle de gériatrie du CHU de Poitiers, réalisée en février 2012, 33% des patients hospitalisés en gériatrie provenaient d'un EHPAD. ⁽²⁴⁾ Cette différence de proportion s'explique par le fait que l'enquête de 2012 portait sur tous les patients hospitalisés en gériatrie et non pas uniquement ceux hospitalisés au moins à 2 reprises.

6.2.1.2.Causes d'hospitalisation

Une perte d'autonomie, un problème de maintien à domicile avec plus ou moins demande de répit familial étaient rapportés pour 15.4% des patients réhospitalisés. Derrière ce motif d'admission, le praticien apporte toujours une optimisation de la prise en charge du patient polypathologique. Les difficultés de maintien au domicile sont une cause d'augmentation de la durée de séjour, rarement la cause unique d'une admission. Néanmoins, sachant que près de 70% des patients de l'étude vivant à domicile avaient une aide à domicile, la question de l'adéquation de cette aide peut se poser. Il ne faut cependant pas oublier que la description de l'aide à domicile n'a pas été suffisamment précisée : aide ménagère uniquement ? Auxiliaire de vie avec aide à la toilette ? IDE avec soins locaux ? D'après une enquête de la DREES de 2008 portant sur l'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile, 74% des personnes âgées qui sont aidées par un ou des professionnel(s) le sont par un seul intervenant. Il s'agit d'une aide à domicile ou d'une aide ménagère dans 89% des cas, et dans 8% des cas d'un intervenant professionnel du secteur sanitaire (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute,...). L'intervention des professionnels du secteur sanitaire est liée au degré de dépendance : 56% des personnes âgées aidées très dépendantes (GIR 1 et 2) sont aidées par un professionnel de santé contre 7% pour les moins dépendantes (GIR 5 et 6). ⁽²³⁾

Les SCPD sont aussi une cause fréquente d'hospitalisation chez les patients de l'étude puisque cela concerne 15% d'entre eux. Au cours des démences, les troubles du comportement sont les principaux moteurs des demandes de placement en institution et la principale cause d'épuisement physique et psychique des familles. ⁽²⁵⁾

Près de la moitié des patients de notre étude ont été ré-hospitalisés pour la même cause. Les SCPD étaient la cause majoritaire (20%), suivis des causes cardio-vasculaires (18%), de la perte d'autonomie (16%) et des causes pulmonaires (13%).

Parmi les patients venant d'un EHPAD, les SCPD étaient la cause principale d'hospitalisation (26.9%) devant les causes pulmonaires (19.2%) et cardio-vasculaires (14.4%). A noter que la perte d'autonomie était une cause quasi négligeable d'hospitalisation (2.9%), ce qui s'explique par l'encadrement et la prise en charge de la dépendance plus conséquents des patients en EHPAD. En 2007, 82% des résidents d'EHPAD présentaient au moins une affection neuro-psychiatrique. Ceci permet de comprendre le taux élevé d'hospitalisation pour cette raison. Quatre pathologies demeuraient particulièrement fréquentes dans ce groupe : le syndrome démentiel (36%), l'état dépressif (34%), l'état anxieux (27%) et les troubles du comportement (26%).⁽²⁶⁾ Dans cette même année, trois quart des résidents étaient atteints d'une affection cardio-vasculaire et un patient sur cinq d'une affection pulmonaire^(24, 26, 27).

6.2.1.3.Co-morbidité/dépendance

L'indice de co-morbidité de Charlson initial ne fait pas apparaître les pathologies fréquentes au grand âge telles que l'hypertension artérielle. L'équipe de Charlson a mené une étude prospective incluant 226 patients âgés suivis en post-opératoire pendant 5 ans et a validé une adaptation de l'indice avec, à partir de 50 ans, une augmentation du risque relatif de 1.4 par décennie. Cela détermine une pondération du score de Charlson qui varie de 1 à 5 en fonction de l'âge⁽²⁸⁾. Après pondération, 85% des patients avaient 6 points ou plus, soit moins de 20% de chance de survie à 10 ans. Ces patients ayant, pour la majorité d'entre eux, plus de 80 ans, 4 à 5 points étaient d'emblée comptabilisés. Dans la mesure où le taux de survie à 10 ans passait à moins de 20% dès l'obtention de 6 points cumulés, on comprend mieux la forte proportion de patients ayant le plus faible taux de survie. Il faut cependant retenir que cet indice peut, théoriquement, répondre uniquement aux questions relatives à la survie, excluant les conséquences des morbidités ou la qualité de vie⁽²⁸⁾. Notre étude ayant été faite de façon rétrospective, seul cet indice a pu être utilisé, même s'il n'est pas assez exhaustif car ne prend pas en compte toutes les morbidités ni les traitements.

Nous avons relevé 90% des patients de notre étude en perte d'autonomie dont 43% très dépendants (GIR 1-2). L'autonomie d'une personne dépend de ses capacités à réaliser des actes de la vie quotidienne, mais aussi de l'environnement dans lequel elle vit. Dans l'enquête Handicap-Santé 2008, il en ressort qu'aux âges élevés, les situations de forte dépendance conjuguent toujours limitations physiques absolues et troubles cognitifs graves alors qu'avant 60 ans, les situations de forte dépendance ne sont associées que dans la moitié des cas à des

troubles cognitifs graves. Le taux de dépendance augmente avec l'âge, passant de 0.5% pour les 20-39 ans, à 2.7% pour les 60-79 ans et 11.2% pour les 80 ans et plus⁽²⁹⁾. Trois variables fonctionnelles prédisent la mortalité à 90 jours et à 2 ans chez les patients âgés hospitalisés en médecine : tout déficit dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL), l'existence d'une détérioration cognitive (MMSE < 20) et de symptômes dépressifs (échelle de dépression « short GDS » ≥ 5 ⁽³⁰⁾). Plus il existe un déficit fonctionnel à l'admission, plus le patient est fragile et le pronostic défavorable avec augmentation de la mortalité pendant l'hospitalisation et à long terme⁽²⁾. Le MMSE, l'IADL et le GDS n'ont pas été exploités dans notre étude mais, pour obtenir les deux derniers, il aurait fallu réaliser une étude prospective car ces échelles ne sont pas faites systématiquement. Enfin, le fort taux de patients dépendants dans notre étude s'explique par le fait que les personnes âgées autonomes sont plus souvent prises en charge à domicile qu'en hospitalisation et sont donc peu nombreux à être inclus.

6.2.1.4. Thérapeutique/iatrogénie

Nous comptabilisons 6.7% des hospitalisations d'origine iatrogène dont 1.9% pour les patients venant d'EHPAD. Dans une étude de 2006 déterminant la prévalence des hospitalisations en lien avec des problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP) dans une population gériatrique fragile, parmi 225 hospitalisations évaluées 31.1% étaient liées au PRP, dont 57.1% étaient jugées évitables⁽³¹⁾. Le taux plus faible de PRP de notre étude est lié au fait que seuls les patients hospitalisés au moins deux fois étaient pris en compte et non pas la globalité des hospitalisés de gériatrie.

On constate dans notre étude 46.6% de modifications thérapeutiques inter-hospitalisation avec essentiellement des retraits et/ou instaurations de médicaments cardio-vasculaires et psychotropes. Parallèlement, plus de la moitié des hospitalisations faites pour des PRP est liée à des médicaments cardio-vasculaires (39.1%) et psychotropes (34.8%). A noter que dans le pôle de gériatrie du CHU, une enquête de 2006 avait constaté la fréquence des pathologies cardio-vasculaires (75%) et neuropsychiatriques (85%) à risque de décompensation parmi les résidents d'EHPAD⁽²⁴⁾.

Dans une étude menée en 2004 évaluant le sur-risque d'accidents médicamenteux chez les sujets âgés atteints de troubles cognitifs, 85% des déments hospitalisés ne prenaient pas correctement leur traitement à domicile et 21% des hospitalisations étaient directement dues à un effet indésirable médicamenteux évitable. Il était constaté une sous-estimation de la démence, conduisant à une aide insuffisante. Les psychotropes étaient la classe

médicamenteuse la plus souvent incriminée (31%), entraînant des troubles neuropsychiatriques (26%) et des chutes (20%)⁽³²⁾. La particularité de la prescription des psychotropes chez la personne âgée repose principalement sur les variations pharmacocinétiques inhérentes au vieillissement, la polymédication et le risque iatrogène qui en découlent. Une morbidité importante est liée à ces prescriptions. Les principaux facteurs de risque étant, outre l'âge du patient, l'utilisation de doses élevées, la polypharmacothérapie et les états de démence et/ou de confusion mentale⁽³³⁾.

Concernant la sous-optimisation des prescriptions en gériatrie, une étude réalisée au CHU de Brest en 2009 constatait sa forte prévalence. Les prescriptions en « misuse » (mauvaise utilisation) étaient plus fréquentes en institution, tandis que les prescriptions en « underuse » (sous-utilisation) étaient plus élevées à domicile. Les facteurs de risque de prescription sous-optimale repérés étaient le lieu de vie, la polypathologie et la polymédication⁽³⁴⁾.

La prescription médicamenteuse de la personne âgée est un problème complexe et doit être considérée dans le cadre d'une prise en charge globale⁽³⁴⁾. Dans le cas des psychotropes, la prise en charge précoce des effets indésirables est susceptible d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel à court terme, en évitant de déclencher une pathologie en cascade⁽³³⁾.

6.2.1.5. Orientation entrée/sortie

Dans notre étude, 31% des entrées étaient des entrées directes et près de la moitié se faisait après hébergement. Dans l'étude du pôle de gériatrie du CHU de Poitiers en 2006, on notait déjà 1/3 d'entrée directe uniquement pour la part de patient venant d'EHPAD. Le but de la convention de coopération médicale ciblant les EHPAD du bassin de population de la Vienne est de prévenir les hospitalisations, accompagner les transferts et les admissions, garantir les hospitalisations personnalisées et ciblées, faciliter les retours en EHPAD⁽²⁴⁾.

En totalisant les 492 séjours de notre étude, on constate l'absence de modification du lieu de vie et des aides dans plus de la moitié des cas. Cela s'explique en partie par le fait qu'un patient en EHPAD, par exemple, peut être amené à être hospitalisé à plusieurs reprises pour une pathologie cardio-vasculaire ou neuropsychiatrique et sera ré-adressé dans son établissement à la sortie.

En comparant le lieu de vie entre la 1^{ère} hospitalisation et la dernière de chacun des 200 patients, on constate une nette diminution du domicile (74.5% à 34%) et une augmentation d'EHPAD (18% à 52%). Ces chiffres montrent bien la difficulté du maintien à domicile chez des patients susceptibles d'être hospitalisé à plusieurs reprises.

Dans le cadre des patients ayant des SCPD, on comprend le besoin régulier de répit des aidants familiaux. Dans ce but, l'un des principaux axes du Plan Alzheimer 2008-2012 est d'apporter un soutien accru à ces aidants et d'offrir « sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures ». Ainsi, des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ont été créées⁽³⁵⁾.

Enfin, l'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter au sujet âgé une désadaptation et la perte de ses repères. Elle n'est possible que s'il existe un entourage familial ou social fiable et performant. En 2007, plus de deux demandes sur trois provenaient d'un service hospitalier ou d'un centre de convalescence. La présence d'aides à domicile s'impose le plus souvent. Le niveau de médicalisation est élevé, les patients âgés en HAD étant souvent poly-pathologiques et lourdement dépendants. Une collaboration étroite entre médecin coordonnateur de l'HAD et médecin traitant est nécessaire⁽³⁶⁾. Depuis 2007, l'HAD s'est étendue aux EHPAD⁽²⁴⁾. Cependant, la situation géographique constitue un facteur majeur pour la bonne marche d'une HAD. Le milieu rural crée un frein à celle-ci d'où l'inégalité actuelle entre la ville et la campagne⁽³⁶⁾.

6.2.1.6.Délai/durée d'hospitalisation

Le délai entre deux hospitalisations était très variable mais dans 40.4% des cas celui-ci était inférieur à 1 mois. D'après l'étude de Laniece suivant une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans, le taux de ré-hospitalisation non programmée à 30 jours était de 14%⁽³⁷⁾. Après passage aux urgences, les plus de 75 ans présentent un risque accru de réadmission à l'hôpital dans les 2 semaines ou mois suivants. Ceux qui ont le risque le plus important d'admission sont ceux ayant les scores les plus bas aux activités quotidiennes (ADL) et au MMS, et ceux ayant des aides à domicile. Il existe aussi une surmortalité passant de 4.5% chez les moins de 75 ans à 20.7% au-delà de 75 ans, ainsi qu'un passage en institution à deux ans dans 50% des cas⁽²⁾. Les scores ADL et MMS n'ont pas été recueillis

dans notre étude du fait de son recueil rétrospectif et de la faible utilisation en particulier du score ADL au profit du score GIR dans le pôle de gériatrie.

La durée moyenne d'hospitalisation de notre étude était proche d'une étude pilote réalisée au CHU de Strasbourg en 2002 portant sur les indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés (25 versus 21 jours). Les personnes âgées hospitalisées sont exposées à un risque de dégradation fonctionnelle, physique et/ou psychique durant leur séjour qui fait le lit de la perte d'autonomie. Cela rime avec fardeau pour l'entourage, recours à des aides professionnelles, entrée en institution, voire le décès. Ce risque est d'autant plus important que le séjour se prolonge. L'âge est considéré comme le principal facteur associé à la durée de séjour. Le risque de malnutrition et les troubles de l'humeur sont identifiés comme des indicateurs précoces de séjours prolongés⁽³⁸⁾. Quant au déclin cognitif, il est lui aussi associé à une durée d'hospitalisation plus longue et à une mauvaise récupération fonctionnelle⁽²⁾. Il manque dans notre étude le recueil du MMS qui aurait permis d'analyser le rapport MMS bas et durée de séjour prolongée. Néanmoins une hospitalisation, en particulier en court séjour, n'est pas la période idéale pour une passation pertinente d'un test de mémoire.

Des pistes sur la prévention des réadmissions et des hospitalisations évitables ont été évoquées en 2011 lors de sessions et communications consacrées à l'organisation des soins et une meilleure continuité des soins. D'après l'américain J.A. Miltelburger, plus de 50% des personnes du MEDICARE, système d'assurance santé des USA, hospitalisées une première fois sont ré-hospitalisées dans l'année et pour près d'un tiers d'entre elles, la ré-hospitalisation a lieu dans les 30 jours. La moitié des patients réadmis n'ont pas eu de contact préalable avec leur médecin traitant. D'après lui, la prévention des réadmissions repose essentiellement sur la transmission de l'information. Différentes innovations technologiques sont en cours d'évaluation : programme CCHT (Care Coordination/HomeTélé Hels) avec un boîtier interactif contribuant à l'éducation thérapeutique du patient et montrant déjà une diminution du taux d'hospitalisation, le système Distrorge Wisard constituant un dossier informatisé du patient et un outil d'aide à la transmission des informations automatiques entre l'hôpital et le médecin traitant, etc. Ainsi des systèmes informatiques interactifs, partagés par les acteurs d'un réseau de soins permettraient d'améliorer la transmission d'information mais aussi le suivi et l'éducation des patients⁽³⁹⁾.

Plus récemment, en juin 2013, a été publié par la Haute Autorité de Santé une fiche « points-clés et solutions » sur l'organisation du parcours de soins des personnes âgées devant servir de référentiels pour prévenir les hospitalisations et les ré-hospitalisations. L'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de ré-hospitalisation précoce des personnes âgées. Le repérage des patients à risque de ré-hospitalisation doit se faire dans les 72 premières heures d'hospitalisation. Ces derniers doivent alors être évalués au plan médical et social et bénéficier d'un plan personnalisé de soins et d'aides (PPS). Le compte rendu d'hospitalisation (CRH) et les documents de sortie doivent être remis au patient le jour de la sortie et les interventions débutées à l'hôpital doivent être continuées à domicile. La période de suivi de 30 jours après la sortie relève de la responsabilité de l'équipe de soins primaires et repose en priorité sur des visites à domicile. Cette période peut être étendue à 90 jours pour mieux tenir compte du rôle des soins ambulatoires et évaluer des interventions plus durables⁽³⁷⁾.

6.2.1.7.Critères bio-cliniques

La dénutrition est très fréquente et largement sous-diagnostiquée chez la personne âgée, associée à un mauvais pronostic. Ainsi 10 à 25% des sujets âgés vivant en communauté présentent un déficit nutritionnel et ce taux pourrait atteindre 50% des personnes âgées admis en hospitalisation. Il n'existe pas de marqueurs biologiques de fragilité, néanmoins l'albuminémie, le taux d'hémoglobine et la clairance de la créatinine sont des éléments utiles à la prise en charge des personnes âgées en tant que facteurs pronostiques et en données pré-thérapeutiques⁽²⁾.

Dans notre étude, on constate que près d'un tiers des patients ont une hypo-albuminémie lors de leur première hospitalisation, et que ce taux augmente à 42% au cours de la dernière hospitalisation ($p = 0,02$). Cependant, il faut noter un biais de mesure, vu le taux de données manquantes (17.5%).

Le taux d'hémoglobine lors de la première hospitalisation est en moyenne identique chez les hommes que chez les femmes à près de 12.2 g/dl, et la baisse reste faible en comparaison avec la dernière hospitalisation (significatif uniquement pour les hommes : $p = 0,008$). Si de manière globale, les patients de notre étude n'étaient pas anémiés, il n'y a pas eu d'étude en

sous-groupe évaluant le rapport entre anémie et décompensation cardio-vasculaire, qui était une cause fréquente d'hospitalisation. Ce n'était pas l'objectif de l'étude.

Près d'un patient sur cinq présentait une clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min lors de la première hospitalisation et un patient sur quatre lors de la dernière hospitalisation. Cette proportion non négligeable de patient en insuffisance rénale sévère nécessite dans la vie quotidienne d'adapter les posologies des médicaments à élimination rénale pour éviter les accidents iatrogènes. Par ailleurs, plus de la moitié des patients de notre étude avait une insuffisance rénale modérée qui pouvait à tout moment, à l'occasion d'une déshydratation ou d'une quelconque défaillance organique, passer au stade sévère, d'où l'intérêt majeur de doser la créatininémie chez les patients âgés et de calculer sa clairance.

Quant à la 25(OH)vitamine D3, 89% des patients de notre étude sont en dessous du seuil bas de Vitamine D recommandé (30 µg/l ou 75 nmol/l) et 47% sont en carence. D'après plusieurs études et méta-analyses, en comparaison avec des taux bas de vitamine D, il est constaté lorsque ce taux est proche de 75 nmol/l, que le risque de décès est plus faible, que le risque de survenue de cancer est réduit et que la durée de vie après diagnostic de cancer est augmentée. A contrario, un déficit est associé à une augmentation d'incidence de pathologies telles que l'hypertension artérielle, la maladie coronarienne, la cardiomyopathie et le diabète. Outre son rôle dans la régulation du métabolisme phosphocalcique et dans la modulation de la santé osseuse, la vitamine D a des effets modulateurs sur le fonctionnement du système immunitaire et dans la réduction du risque infectieux. Il est souhaitable, en Europe, de prendre une supplémentation en vitamine D à une dose comprise entre 1000 et 4000 UI/l par jour d'octobre à mai. Cette dose semble permettre de façon sécurisée d'arriver à des taux circulants de vitamine D de l'ordre de 75 à 100 nmol/l, en l'absence d'un apport naturel suffisant lié aux rayonnements UV-B solaires⁽⁴⁰⁾.

Concernant le poids, on constate dans notre étude une baisse significative de près de 2kg en moyenne chez les hommes ($p = 0,0006$) et les femmes ($p = 0,0004$) entre leur première et leur dernière hospitalisation. Le calcul de l'IMC était impossible dans 50 à 60% des cas, du fait de l'absence de mesure de la taille. Avec ce biais de mesure évident, les proportions calculées de patients en dénutrition ou en obésité sont à analyser avec précaution. Cependant, entre la première et la dernière hospitalisation, le taux de patients analysés sur le critère IMC est relativement semblable. On constate alors une augmentation de patients amaigris que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

En associant l'analyse de l'albuminémie et de l'IMC, on constate une tendance significative à la dénutrition chez les patients hospitalisés plusieurs fois dans la même année. Le risque de malnutrition étant un indicateur précoce de séjour prolongé, on peut se demander s'il n'est pas non plus un indicateur de réadmission précoce à l'hôpital, en particulier pour cause infectieuse.

7. CONCLUSION

Ce travail a permis d'analyser les causes d'hospitalisations multiples des patients dans le pôle de gériatrie du CHU de Poitiers ainsi que l'influence de l'environnement sur ces hospitalisations.

Outre les problèmes de maintien à domicile liés à la perte d'autonomie, ce sont principalement les symptômes psycho-comportementaux de la démence qui sont responsables de réadmission à l'hôpital à court ou moyen terme, de manière générale et plus particulièrement parmi les résidents d'EHPAD. Trois quart des patients inclus dans notre étude vivaient à domicile dont près de 70% avaient déjà une aide à domicile et la moitié vivait seule. Cependant, il existe un manque d'informations concernant les aides à domicile, notamment le type d'aide et le nombre d'heures accordées à chaque patient, ce qui aurait permis une analyse plus exhaustive et meilleure de ces aides et de leurs influences sur les ré-hospitalisations.

Ces résultats sont dans l'ensemble concordant avec la littérature. Le faible taux d'annonce de risque d'échec du retour dans les courriers de sortie montre bien la difficulté à prédire les ré-hospitalisations plus ou moins précoces. Le repérage précoce des patients à risque de ré-hospitalisation avec mise en place d'un PPS, la remise du CRH et des documents de sorties au patient à sa sortie ainsi qu'une période de suivi de 30 jours par l'équipe de soins primaires pour poursuivre les interventions débutées à l'hôpital devraient permettre de réduire le taux de ré-hospitalisation précoce des personnes âgées.

Concernant le volet « iatrogénie », son rôle n'est pas négligeable dans les causes de ré-hospitalisation. Les psychotropes et les médicaments à visée cardio-vasculaire sont fréquemment mis en cause dans ces accidents iatrogènes. Vu le taux important de patients âgés poly-pathologiques et insuffisants rénaux, il semble primordial d'évaluer les effets indésirables secondaires à des prescriptions sous-optimales et les risques d'interactions médicamenteuses liés à la poly-médication.

Parmi les résidents d'EHPAD, un travail de maintien à l'EHPAD est réalisé depuis quelques années avec la mise en place d'une convention avec l'HAD. Cependant, il existe encore une inégalité sur le plan géographique puisque cette convention est possible

uniquement en milieu urbain. Un travail important semble encore nécessaire pour maintenir les résidents en EHPAD en milieu rural.

A propos des SCPD, il est possible de demander un avis téléphonique ou, mieux, par courriel, au neuro-gériatre du pôle de gériatrie du CHU de Poitiers et aux IDE de liaison. Ceci permettrait d'éviter les passages traumatisants aux urgences, les hospitalisations non programmées ainsi que les accidents iatrogènes liés aux psychotropes. Encore faut-il que les médecins généralistes sachent que ce système existe. Une information auprès des médecins généralistes de la Vienne pourrait être faite dans ce but.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Collège National des Enseignants de Gériatrie. La personne âgée malade. Université Médicale Virtuelle Francophone 2009
<http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/1.html>.
Site consulté le 02/04/2013
- 2) Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Urgences et gériatrie. NPG 2011;11:205-213
- 3) Bouchon JP. Particularités diagnostiques et grands principes thérapeutiques en gériatrie. EMC-Médecine 2004;1:513–519
- 4) Bouchon JP. 1+2+3 où comment tenter d’être efficace en Gériatrie. Rev Prat 1984;34:888
- 5) INSEE. Projection de population par grand groupe d’âge en 2060. Projections de population 2007/2060.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02164.
Site consulté le 02/04/2013
- 6) Prévot J. Les résidents des établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2007. DREES. Etudes et résultats N° 699, août 2009.
http://www.drees.sante.gouv.fr/les-residents-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2007_4211.html.
Site consulté le 02/04/2013
- 7) Boddaert J, Gouronnec A, Bouchon JP, Congy F, Riou B, Verny M. Vieillissement de la population : conséquences en médecine d’urgence. Elsevier, Médecine d’urgence 2003:7-19.
- 8) Moulias S. L’insuffisance cardiaque diastolique. Successful Aging SA 2003
http://www.saging.com/mise_au_point/linsuffisance-cardiaque-diastolique-du-sujet-age/key~cardiovasculaire
Site consulté le 02/04/2013

- 9) Juillière Y, Trochu JN, De Groote P et al. Insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée : un algorithme diagnostique pour une définition pragmatique. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux 2006 ; 99 : n° 4
<http://www.resic38.org/doc/File/TAP%20TACTIC%20030406%20.pdf>.
Site consulté le 02/04/2013
- 10) Guide ALD de la Haute Autorité de Santé sur la fibrillation auriculaire. Juillet 2007
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald5_fibrillation_auriculaire.pdf.
Site consulté le 02/04/2013
- 11) Hanon O. L'hypertension artérielle du sujet très âgé. Mise au point. La lettre du cardiologue 2006;391:17-21
- 12) Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Gilberg S. Déficits neurosensoriels. Médecine Générale. Collège National des Généralistes Enseignants. Masson 2^{ème} édition 2009:339
- 13) Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. « La chirurgie de la cataracte en France » L'Assurance Maladie, Mise au point. 11 septembre 2008
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Cataracte.pdf.
Site consulté le 02/04/2013
- 14) Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Gilberg S. Déficits visuels progressifs. Médecine Générale. Collège National des Généralistes Enseignants. Masson 2^{ème} édition 2009:341
- 15) Recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé sur la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge, juin 2012
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/09r09_reco_dmla.pdf.
Site consulté le 02/04/2013

- 16) Recommandation en santé publique de la Haute Autorité de Santé sur le dépistage et le diagnostic précoce du glaucome. Novembre 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistage_et_diagnostic_precoce_du_glaucome_problematique_et_perspectives_en_france_rapport.pdf.
Site consulté le 02/04/2013
- 17) Bouccara D, Ferrary E, Mosnier I, Bozorg Grayeli A, Sterkers O. Presbyacousie. EMC-Oto-rhino-laryngologie 2005;2:329–342
- 18) Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Gilberg S. Altérations de l'oreille interne. Médecine Générale. Collège National des Généralistes Enseignants. Masson 2^{ème} édition 2009:342
- 19) Verny M. Circonstances d'hospitalisation des patients âgés atteints de maladie d'Alzheimer. Rev Med Interne 2011;325:14-16
- 20) Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. Conférences : personne âgée en structures d'urgence 2011. Chapitre 28
http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf.
Site consulté le 24/03/2013
- 21) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987;4:373-83.
- 22) Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population 2012
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229.
Site consulté le 20/05/2013
- 23) Soulier N. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. DREES, Etudes et résultats n° 771, août 2011
<http://www.drees.sante.gouv.fr/l-implication-de-l-entourage-et-des-professionnels-aupres-des-personnes-agees-a-domicile,9279.html>.
Site consulté le 20/05/2013
- 24) Pradère C, Alonso L, Bègue r. La filière CHU-EHPAD depuis 2006, Gériatrie médipool. Février 2012

- 25) Dufresne C, Gallarda T. La place des antipsychotiques dans la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée. *L'Encéphale* 2008;6:242-248
- 26) Perrin-Haynes J. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Dossiers solidarité et santé. Les personnes âgées en institution ; DREES 2011;22:4-15*
- 27) Dutheil N, Scheidegger S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *DREES, Etudes et résultats n° 494, juin 2006*
<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-pathologies-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement,4473.html>.
Site consulté le 20/05/2013
- 28) De Decker L. L'indice de co-morbidité de Charlson. *Ann Gerontol* 2009;2:1-3.
- 29) Dos Santos S, Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. *DREES, Etudes et résultats n° 718, février 2010*
<http://www.drees.sante.gouv.fr/une-approche-de-l-autonomie-chez-les-adultes-et-les-personnes-agees,5538.html>.
Site consulté le 20/05/2013
- 30) Short-GDS. <http://geriatrie-albi.com/shortGDS.html>
Site consulté le 31/07/13
- 31) Payot I, Monette J, Béland F, et al. Problèmes reliés à la pharmacothérapie comme cause d'hospitalisation chez la personne âgée fragile. *La revue de Gériatrie* 2006;31:785-794
- 32) Granjon C, Beyens MN, Frederico D, Blanc P, Gonthier R. Existe-t-il un sur-risque d'accidents médicamenteux chez les sujets âgés atteints de troubles cognitifs ? *NPG* 2006;35:21-28
- 33) Khammassi N. Les effets indésirables des psychotropes chez le sujet âgé : étude rétrospective de 35 cas. *Annales Médico-Psychologiques* 2012;170:251-255
- 34) Andro M, Estivin S, Gentric A. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. *Rev Med Interne* 2012;33:122-127

- 35) Chantel C, Falinower I. l'activité en 2009 des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour personnes âgées. Dossiers solidarité et santé. Les personnes âgées en institution, DREES 2011;22:24-32
- 36) Marilier S, Micheli E, Martin-Pfitzenmeyer I, et al. Place de l'hospitalisation à domicile dans la filière de soins gériatrique : étude rétrospective de 48 patients âgés pris en charge en hospitalisation à domicile. La revue de Gériatrie 2009;34:87-93
- 37) Haute Autorité de la Santé. Comment éviter les ré-hospitalisations évitables des personnes âgées. Juin 2013 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1603223/fr/fiches-points-cles-et-solutions-organisation-des-parcours
Site consulté le 08/07/2013
- 38) Lang PO, Heitz D, Meyer N, et al. Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés. Presse Med 2007;36:389-398
- 39) Barrellon MO, Mailland V, Jouanny P. Prévenir les réadmissions et les hospitalisations évitables grâce aux innovations technologiques. La revue de gériatrie 2011;36:33-35
- 40) Grant WB. Ce que nous avons appris sur les effets bénéfiques de la vitamine D en 2012. NPG 2013;13:89-95

RESUME

INTRODUCTION : Le vieillissement pathologique correspond à une insuffisance de réserve des organes, fragilisant la personne âgée qui, lors d'une affection aiguë, présente des décompensations en cascade, avec risque d'hospitalisations multiples. L'objectif principal est d'analyser la cause la plus fréquente de ré-hospitalisation des patients gériatriques au cours de la même année.

METHODE : recueil des données socio-démographiques et clinico-biologiques, des motifs d'hospitalisation et des aides mises en place à partir de 200 dossiers médicaux (tirage aléatoire) de patients hospitalisés au moins à 2 reprises dans le Service de Gériatrie au cours de l'année 2011.

RESULTATS : Les 200 patients (59% de femmes) comptabilisaient 492 séjours hospitaliers au cours de l'année 2011. L'âge moyen des patients était de 84.8 ans, [54 – 97]. Lors de l'hospitalisation initiale, 3/4 des patients vivaient à domicile, la moitié seule, près de 70% bénéficiaient d'une aide à domicile et 18% résidaient en Ehpad. Le score GIR était ≤ 2 dans 43% des cas ; La cause principale d'hospitalisation était la perte d'autonomie (15.4%). Les symptômes psycho-comportementaux associés à la démence (SCPD) représentaient la cause principale de ré-hospitalisation pour le même motif (20%) et de ré-hospitalisation des résidents en Ehpad (26.9%). Les hospitalisations pour causes iatrogènes représentaient 6.7% des admissions, principalement dues aux médicaments cardio-vasculaires (39.1%) et psychotropes (34.8%). Dans 56% des cas, il n'était pas noté de modification du plan d'aide en sortie d'hôpital. Dans 40.4% des cas, la ré-hospitalisation survenait dans les 30 jours après sortie d'hôpital.

CONCLUSION : D'après cette évaluation, l'exacerbation des SCPD semblent être la difficulté majeure d'échec du maintien à domicile malgré la mise en place d'aides. Le repérage précoce des patients à risque de ré-hospitalisation avec optimisation du plan personnalisé de soins et d'aide, ainsi qu'un suivi et une vigilance accrue au cours du mois qui suit la sortie d'hôpital pourraient aider à réduire le taux de ré-hospitalisation précoce des personnes âgées.

MOTS CLES : ré-hospitalisation, gériatrie, trouble psycho-comportemental



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

