

# RAPPORT

## Réhospitalisation des patients âgés de 80 ans et plus en Ile-de-France Données 2016

Décembre 2018

## Sommaire

<b>Synthèse</b> .....	<b>3</b>
<b>Eviter des hospitalisations</b> .....	<b>4</b>
1- Pertinence des parcours de santé .....	4
2- Problématique chez les personnes âgées .....	5
3- Caractériser les parcours en Ile-de-France .....	6
Questions posées .....	6
Concept de l'étude .....	6
<b>Réhospitalisations en MCO</b> .....	<b>7</b>
1- Population étudiée .....	7
Patients considérés .....	7
Réhospitalisations .....	9
2- Facteurs explicatifs de réhospitalisation.....	12
Variations territoriales .....	12
Selon le séjour initial .....	12
Soins ambulatoires.....	16
<b>Illustration clinique</b> .....	<b>17</b>
Cas clinique.....	17
Propositions afin de limiter les ré-hospitalisations évitables.....	18
<b>Enseignements apportés par l'étude</b> .....	<b>19</b>
1- Interprétation des résultats .....	19
2- Limites .....	19
Qualité et exhaustivité des données .....	19
Problématique posée .....	20
3- Perspectives .....	20
<b>Annexes</b> .....	<b>22</b>
1- Quelques références bibliographiques.....	22
Indicateurs d'hospitalisations évitables.....	22
Réduire les hospitalisations évitables .....	23
Facteurs prédictifs de réadmission .....	24
2- Modalités de l'étude.....	25
Périmètre de l'étude .....	25
Source des données .....	26
Analyse statistique .....	27

3-	Résultats complémentaires.....	27
	Etablissements recevant le plus de patients âgés de 80 ans et plus .....	27
	Domaines d'activité des séjours en médecine et chirurgie .....	29
	Territoires et réhospitalisations .....	30
	Domaine d'activité du séjour initial et réhospitalisations.....	32
	Durée du séjour initial et réhospitalisations .....	37
	Niveau de sévérité du GHM du séjour initial et réhospitalisations.....	39
	Recours à la médecine générale dans un délai de 90 jours.....	40
	Recours aux soins infirmiers .....	43
	Recours à la kinésithérapie.....	47
	Délai de recours aux soins ambulatoires .....	50
4-	Groupe de travail .....	59
	Calendrier.....	59
	Composition du groupe .....	59
5-	Sigles.....	60

## Synthèse

Les parcours de santé se complexifient ; ils comportent désormais des recours réitérés aux dispositifs sanitaires et sociaux. En effet nous sommes confrontés à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et au vieillissement de la population portant en corollaire le risque de perte d'autonomie. Il en résulte la nécessité de repenser notre organisation avec notamment le besoin de dispositifs de coordination de parcours complexes.

Le suivi des hospitalisations potentiellement évitables et des réhospitalisations<sup>1</sup> est un des moyens d'évaluer cette coordination. La Haute Autorité de santé a publié en 2013 une fiche<sup>2</sup> pour l'organisation des parcours des personnes âgées de plus de 75 ans afin de réduire le risque de réhospitalisations évitables. La période de suivi de 30 jours peut être étendue à 90 jours pour mieux tenir compte du rôle des soins ambulatoires et évaluer des interventions plus durables.

Une étude épidémiologique des réhospitalisations complètes à partir du service des urgences dans un délai de 90 jours de patients âgés de 80 ans et plus en services de médecine ou chirurgie a été conduite sur les données de 2016, avec un focus par domaines d'activité du séjour initial, pour des patients résidant et hospitalisés en Ile-de-France.

L'objectif était d'une part de mettre en évidence des facteurs favorisants et des motifs de réhospitalisation sur lesquels il serait possible d'agir grâce à la mise en œuvre d'actions ciblées de repérage et de prévention ; d'autre part de déceler des territoires prioritaires pour un soutien à l'amélioration de la coordination ville-hôpital.

Cette étude montre que les personnes âgées de 80 ans et plus réhospitalisées sont mieux suivies en ville (consommation de soins ambulatoires post séjours initiaux) et présentent plus de pathologies que celles qui ne sont pas réhospitalisées ; leur état de santé initial est plus sévère. L'insuffisance cardiaque semble être la principale cause de réhospitalisation avec entrée par les urgences dans les 90 jours après sortie au domicile. Les patients résidant dans les départements de Seine et Marne (77), Essonne (91) et Val d'Oise (95) et hospitalisés pour des séjours médicaux lors de leur séjour initial ont plus fréquemment été réhospitalisés comparativement aux patients résidant dans les autres départements d'Ile-de-France. D'une manière générale, les personnes âgées de 80 ans et plus sont moins souvent hospitalisées en Ile-de-France par rapport à la France entière. Les réhospitalisations concernent un quart de l'ensemble des patients hospitalisés 1 fois en MCO en 2016, 43 % de l'ensemble des patients âgés de 80 ans et plus, 30 % des patients âgés de 80 ans et plus sortis au domicile. Les limites de l'étude sont liées aux limites des données de santé disponibles.

L'étude a été réalisée en 2017 par le service des études de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France avec la collaboration d'un groupe de travail. Elle a été transmise à la direction générale de l'offre de soins du Ministère des solidarités et de la santé afin d'alimenter la réflexion sur les indicateurs de suivi des réhospitalisations<sup>3</sup> développés en partenariat avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Réfléchir à l'amélioration du parcours de personnes âgées de 80 ans et plus bénéficierait d'une démarche plus qualitative sur un territoire, à partir de parcours particuliers, pour mettre en évidence et analyser des étapes qui ne donnent pas satisfaction aux patients et à leurs aidants, comme par exemple le recours aux urgences, afin de mettre en place de nouvelles organisations.

<sup>1</sup> <https://www.atih.sante.fr/actualites/nouveaux-indicateurs-de-coordination-des-soins>

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees)

<sup>3</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/re-hospitalisation-coordination>

# Eviter des hospitalisations

## 1- Pertinence des parcours de santé

L'amélioration des connaissances scientifiques a conduit à l'augmentation du nombre de personnes porteuses de pathologie chronique nécessitant des recours réitérés au système de santé, au vieillissement de la population portant en corollaire le risque de perte d'autonomie, ainsi qu'à une révolution numérique entraînant de nouvelles organisations et de nouveaux métiers.

La complexité qui en résulte à toutes les étapes du parcours des patients afin d'articuler évaluation, orientation, coordination du suivi, anticipation des aggravations aiguës, prévention ou renforcement des compétences psycho-sociales, accentue le besoin inhérent à l'exercice de la médecine de pertinence des soins, c'est-à-dire la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, par le bon professionnel. En anglais *appropriateness*, la pertinence désigne des soins nécessaires et appropriés, évitant l'excès et l'insuffisance.

La pertinence ne concerne plus seulement une intervention isolée mais la coordination des multiples acteurs qui interviennent autour du parcours de santé, à commencer par le patient et son entourage, impliquant les dispositifs sanitaires et sociaux. Eviter la redondance ou l'oubli d'une intervention en santé, agir au bon moment en mettant en œuvre la gradation des soins, articuler les actions, nécessitent de repenser notre organisation et de faire évoluer les métiers, avec notamment l'apparition du besoin de coordonnateurs de parcours, en prenant appui sur des outils numériques partagés entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, du sanitaire et du social.

Le suivi des hospitalisations potentiellement évitables (nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital mais qui auraient pu être évitées par une prise en charge appropriée des soins de premiers recours) et des réhospitalisations<sup>4</sup> est un des moyens d'évaluer l'amélioration de cette coordination, en particulier dans les territoires où se déploient les projets e-parcours<sup>5</sup>. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a développé avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) un indicateur de réhospitalisation à 30 jours<sup>6</sup> (RH30) afin d'évaluer les modalités de prise en charge et la coordination ville-hôpital au niveau d'un territoire. La mesure de ces taux permet d'identifier des zones géographiques qui méritent un diagnostic territorial approfondi et une concertation locale avec l'ensemble des acteurs.

Le patient et son entourage sont devenus des partenaires incontournables pour construire leur parcours de santé ; ils constituent d'ailleurs la meilleure source d'information pour une vue d'ensemble de ses différentes étapes. La décision d'hospitalisation doit faire l'objet d'un temps d'échange et de délibération où patient et professionnels de santé discutent les différentes options disponibles au regard des attentes et préférences du patient, du contexte clinique et des connaissances scientifiques. Cette réflexion partagée sur la balance bénéfices/risques doit être tracée dans le dossier médical du patient. Evaluer l'expérience des patients (*Patient-Reported Experience Measures* ou PREMs) et les résultats de santé perçus (*Patient-Reported Outcome Measures* ou PROMs) sont des approches complémentaires pour impliquer les patients comme partenaires de l'amélioration de notre système de santé.

<sup>4</sup> <https://www.atih.sante.fr/actualites/nouveaux-indicateurs-de-coordination-des-soins>

<sup>5</sup> <http://www.sesan.fr/projet/terr-esante>

<sup>6</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/re-hospitalisation-coordination>

## 2- Problématique chez les personnes âgées

Le Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ou dispositif PAERPA<sup>7</sup> encourage la coordination entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux au profit des personnes âgées de plus de 75 ans, en s'appuyant sur de nouvelles instances de concertation et sur des financements dérogatoires. Le nombre de territoires concernés est passé de 9 en 2013 à 16 en 2016 pour la France entière, dont 2 à Paris. Il est le précurseur du projet e-parcours, étendu à tous, en cours de déploiement. Parmi les indicateurs de résultat de cette expérimentation<sup>8</sup> développés par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé figurent :

- Durée cumulée de séjours : nombre de journées d'hospitalisation des personnes âgées réalisées en médecine et en chirurgie rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire.
- Taux de réhospitalisations à 30 jours : nombre de réhospitalisations en médecine et chirurgie à moins de 30 jours après un séjour index rapporté au nombre total de séjours index.
- Taux d'hospitalisations non programmées : nombre de séjours non programmés des personnes âgées dans les établissements de soins de courte durée en médecine et chirurgie pour 100 personnes âgées résidant au sein du territoire.
- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables : nombre d'hospitalisations sensibles à la qualité de prise en charge en soins primaires pour 100 personnes âgées résidant au sein du territoire.
- Taux de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation : nombre de visites aux urgences non suivies d'une hospitalisation pour 100 personnes âgées résidant au sein du territoire.

Les personnes âgées sont les plus à risque de réhospitalisation. Par ailleurs, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques<sup>9</sup> a montré en 2017 que la prise en charge aux urgences des personnes âgées est plus longue, plus complexe et aboutit plus souvent à une hospitalisation après 75 ans. Améliorer le recours à un avis spécialisé, en particulier pour les soins palliatifs et notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), diminue les recours inappropriés aux urgences. Des actions pour réduire les hospitalisations de la personne âgée<sup>10</sup> sont décrites par la Haute Autorité de santé, avec 3 temps d'interventions : pendant l'hospitalisation, lors de la sortie et après la sortie. Un focus concerne les résidents en EHPAD<sup>11</sup> avec notamment la mise en place de dossiers de liaison d'urgence<sup>12</sup>. Une circulaire de la DGOS<sup>13</sup> en 2017 propose une boîte à outils pour favoriser la circulation d'informations entre professionnels et assurer un accès simplifié à des expertises gériatriques pour les publics âgés ciblés.

<sup>7</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

<sup>8</sup> <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/074-methodologie-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

<sup>9</sup> <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>

<sup>10</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees)

<sup>11</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad)

<sup>12</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu)

<sup>13</sup> [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir\\_42901.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42901.pdf)

### 3- Caractériser les parcours en Ile-de-France

#### Questions posées

La finalité de l'étude est de quantifier l'ampleur du phénomène et de ses déterminants et de mettre en évidence des indicateurs d'évaluation de l'impact d'interventions visant à réduire les réhospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus.

Définir un profil de risque d'hospitalisations récurrentes chez les personnes âgées de 80 ans et plus permettrait d'améliorer la qualité des soins et leur efficacité ainsi que la qualité de vie de ces patients, grâce à la mise en œuvre d'actions ciblées de repérage et de prévention.

Par ailleurs l'étude des réhospitalisations par territoires permet de révéler des inégalités et de prioriser les lieux d'expérimentation de programmes d'amélioration de la coordination ville-hôpital.

La définition et l'évaluation de l'évitabilité d'une réhospitalisation restent floues. Une approche du caractère évitable est proposée par le suivi des réhospitalisations non programmées via les urgences à 90 jours, qui fait sens pour refléter l'efficacité de la prise en charge globale du parcours des personnes âgées, médicale et sociale, entre hôpital et ville. Ce délai implique que le motif de réhospitalisation peut différer de celui de l'hospitalisation initiale ; malgré tout, il reflète la nécessité chez les personnes âgées de 80 ans et plus de prendre en compte l'ensemble des problématiques sanitaires et sociales dès la première hospitalisation pour diminuer le risque d'un échec du maintien à domicile.

#### Objectifs de l'étude

- Faire un état des lieux, selon les territoires, des interventions de santé en ambulatoire chez les personnes âgées réhospitalisées et chez les autres.
- Tenter de trouver des facteurs de risque de réhospitalisation ou au contraire des facteurs protecteurs.
- Identifier des indicateurs de repérage et de suivi des réhospitalisations évitables.

#### Hypothèses testées (avis d'experts)

- Défaut de prise en charge de la maladie initiale
- Réhospitalisation en raison d'une co-morbidité qui a décompensé
- Réhospitalisation liée à la fragilité gériatrique

#### Concept de l'étude

La population de l'étude est constituée de l'ensemble des patients de 80 ans et plus résidant en Ile-de-France et :

- hospitalisés en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en Ile-de-France en 2016 ; les séances (chimiothérapie, dialyse, etc.), les séjours sans nuitée et les séjours non chainables (impossible de suivre le patient dans différents hôpitaux pour 1 670 séjours soit 0.6 % de l'ensemble des séjours) sont exclus ;
- sortis à domicile ou en établissement d'hébergement (par exemple EHPAD) à l'issue de leur séjour initial.

Les patients décédés dans un délai de 90 jours après le séjour initial sont exclus.

La recherche d'une éventuelle réhospitalisation avec passage par les urgences dans un délai de 90 jours (après la sortie) permet de constituer 2 groupes :

- « réhospitalisés »
- « non réhospitalisés »

La recherche de facteurs plus fréquemment associés à la réhospitalisation a été opérée par comparaison des deux groupes pour les axes d'analyse suivants :

- caractéristiques des patients avec âge, sexe, département de résidence ;
- caractéristiques de leurs séjours initiaux avec durée de séjour et niveau de sévérité ;

- caractéristiques de leur consommation de soins ambulatoires dans un délai de 90 jours après le retour à domicile avec actes de médecine générale, soins infirmiers et actes de masso-kinésithérapie.

La recherche de facteurs associés à la réhospitalisation a été effectuée pour les cinq domaines d'activité qui regroupaient la majorité (65 %) des patients réhospitalisés : cardio-vasculaire, pneumologie, digestif, uro-néphrologie et génital et système nerveux. L'analyse a été affinée en différenciant les séjours, au sein d'un domaine d'activité, selon leur activité de soins en médecine versus chirurgie.

Si un patient présentait durant la période d'étude plusieurs réhospitalisations en MCO dans un délai de 90 jours après le séjour initial, seul le premier couple d'hospitalisations (dans l'ordre chronologique) a été retenu pour l'étude.

## Réhospitalisations en MCO

### 1- Population étudiée

#### Patients considérés

##### Part des patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés en MCO en 2016

D'après les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques<sup>14</sup>, la population en France est de 66 190 280 personnes dont 3 900 994 soit 5,9 % âgées de 80 ans et plus ; la population en Ile-de-France est de 12 082 144 personnes dont **516 447 soit 4,3 % âgées de 80 ans et plus**.

29 % des personnes âgées de 80 ans et plus résidant en Ile-de-France ont été hospitalisées ; elles représentent 13 % des patients hospitalisés en MCO en 2016 en Ile-de-France (150 305) pour 16 % des séjours (271 484). Ces proportions sont plus élevées en France entière avec respectivement 20 % des patients hospitalisés en MCO et 23 % des séjours.

Cette proportion de séjours de personnes âgées de 80 ans et plus varie selon le statut des établissements de santé. Ce sont les établissements privés à but non lucratif qui ont la plus forte proportion de séjours correspondant à des personnes âgées de 80 ans et plus, avec 21 % ; les centres de lutte contre le cancer le moins avec 7 %.

Ile-de-France 2016 Hospitalisations en MCO	Tous âges	80 ans et plus	Part des 80 ans et plus
Assistance publique – Hôpitaux de Paris AP-HP (séjours)	515 107	78 405	15 %
Centre hospitalier public (séjours)	582 142	97 865	17 %
Centre de lutte contre le cancer CLCC (séjours)	21 617	1 516	7 %
Etablissement privé (séjours)	387 343	59 998	15 %
Etablissement privé à but non lucratif (séjours)	163 564	33 700	21 %
<b>Nombre de séjours</b>	<b>1 669 773</b>	<b>271 484</b>	<b>16 %</b>

<sup>14</sup> <https://www.insee.fr/fr/accueil>



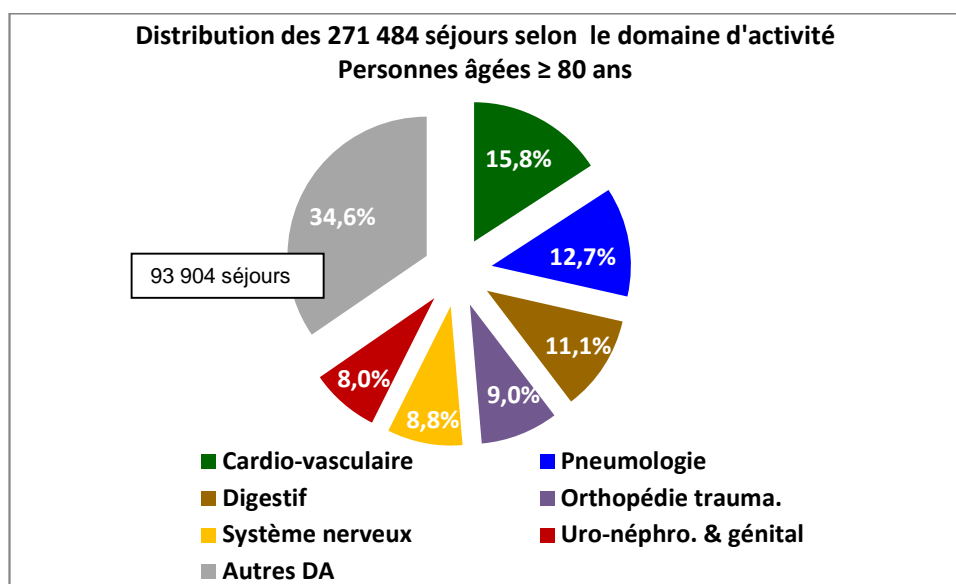
<b>Nombre de patients</b>	<b>1 168 789</b>	<b>150 305</b>	<b>13 %</b>
Séjours/patients	1.4	1.8	
France entière 2016 Hospitalisations en MCO	Tous âges	80 ans et plus	Part des 80 ans et plus
Nombre de séjours	9 130 645	2 069 509	23 %
Nombre de patients	6 118 044	1 230 068	20 %
Séjours/patient	1,5	1,7	

Tableau 1. Part des patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés en MCO en 2016

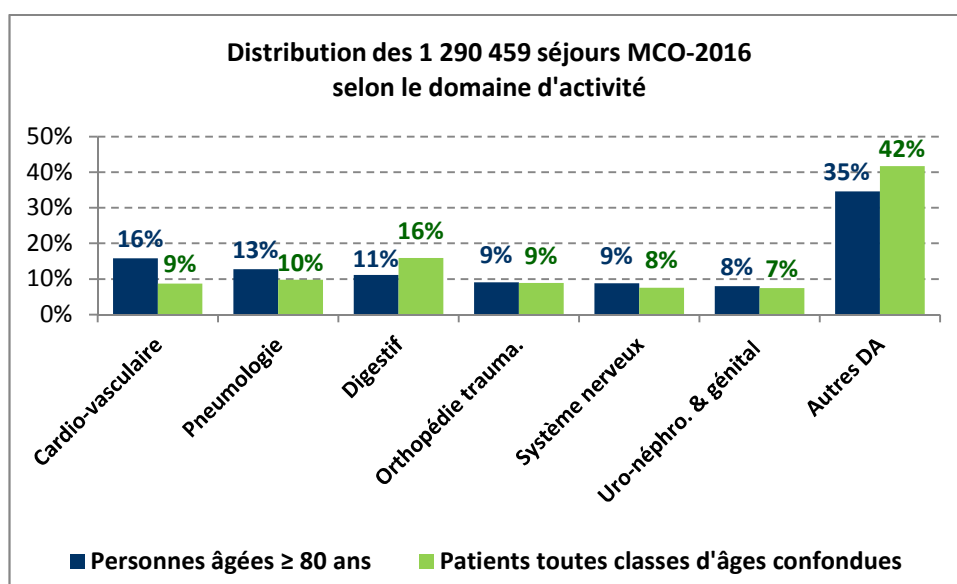
Les établissements de santé franciliens ayant les plus importants volumes et pourcentages de séjours MCO liés à des patients de 80 ans et plus sont listés en annexe (tableau 10 page 27 et tableau 11 page 28).

### Domaines d'activité des séjours de personnes âgées de 80 ans et plus

Les domaines d'activité des séjours les plus fréquents diffèrent pour les personnes âgées de 80 ans et plus avec en majorité des séjours liés au cardio-vasculaire (16 %), à la pneumologie (13 %), au digestif (11 %), à l'orthopédie traumatique (9 %) et au système nerveux (9 %) par rapport à l'ensemble des personnes hospitalisées en MCO (hors périnatalité) qui ont en majorité des séjours liés au digestif (16 %), à la pneumologie (10 %), à l'orthopédie traumatique (9 %) et au cardio-vasculaire (9 %).



Graphique 1. Domaines d'activités des séjours MCO les plus fréquents des personnes âgées de 80 ans et plus



Graphique 2. Domaines d'activités des séjours MCO les plus fréquents

Le détail des effectifs est en annexe (tableau 12 page 29).

## Réhospitalisations

### Taux de réhospitalisation à 90 jours

Parmi les 150 305 patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés en MCO en 2016, 111 736 sont sortis au domicile (ou en établissement d'hébergement) à la suite de leur premier séjour. Parmi ces derniers, 27 292 patients ont été réhospitalisés dans un délai de 90 jours, soit 24 % ; 11 471 patients ont été réhospitalisés avec entrée par les urgences, soit 10 %.

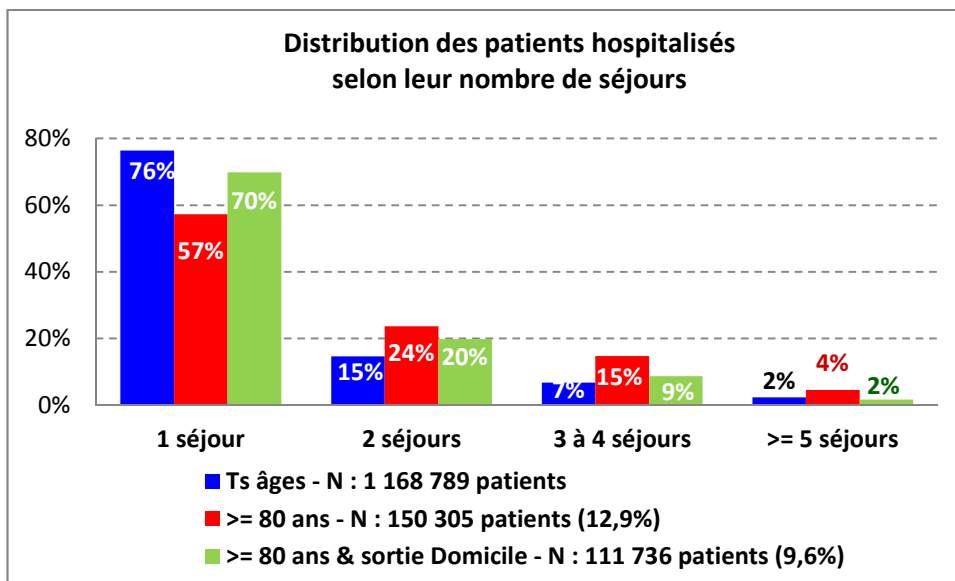
		Nombre	Taux de réhospitalisations
<b>Total des patients âgés de 80 ans et plus avec sortie au domicile après un premier séjour en MCO en 2016</b>		111 736	N / 111 736
Patients réhospitalisés	Délai des réhospitalisations		
Tous modes d'entrée confondus	7 jours	4 816	4,3 %
	30 jours	14 564	13,0 %
	90 jours	<b>27 292</b>	<b>24,4 %</b>
Mode d'entrée par les urgences	7 jours	2 134	1,9 %
	30 jours	5 908	5,3 %
	90 jours	<b>11 471</b>	<b>10,3 %</b>

Tableau 2. Délai de réhospitalisation après un séjour initial avec sortie au domicile

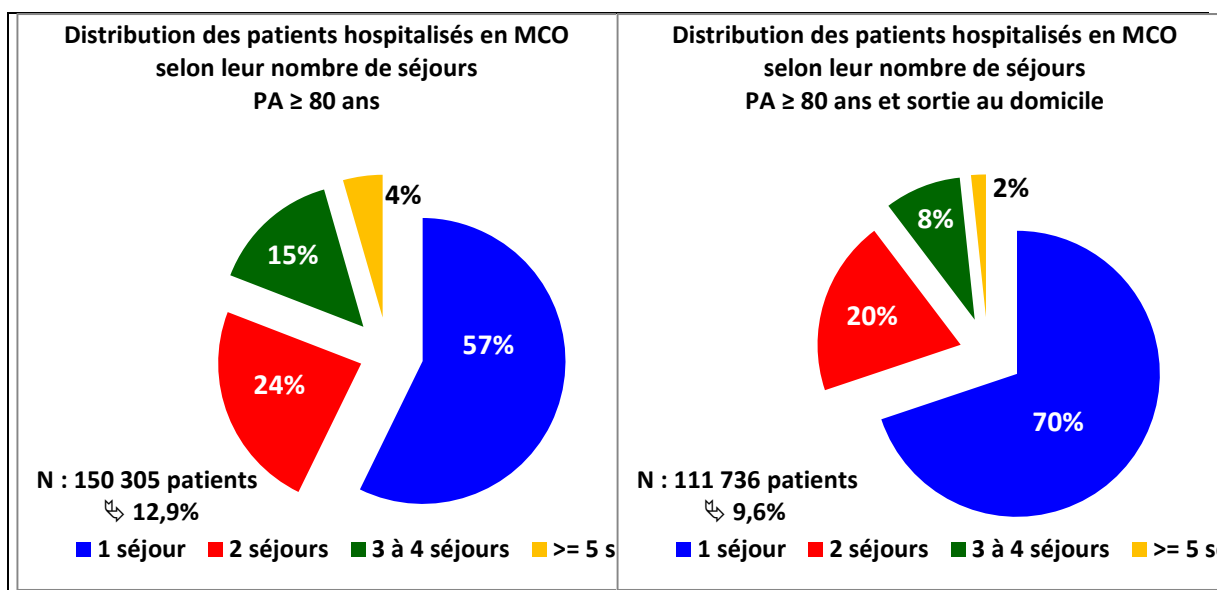
10% des patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés sont décédés en 2016 et 17% parmi ceux qui ont été réhospitalisés par le biais des urgences dans les 90j suivant une hospitalisation.

### Nombre de séjours en 2016

43% des patients de 80 ans et plus hospitalisés en 2016 ont effectué deux séjours MCO ou plus dans l'année : 24 % ont effectué 2 séjours, 15 % en ont effectué 3 ou 4 et 4 % en ont effectué 5 ou plus. Si on se limite aux séjours avec mode de sortie au domicile, ces proportions sont plus faibles : respectivement 20 %, 9 % et 2 %.



Graphique 3. Nombre de séjours par an selon l'âge et le mode de sortie

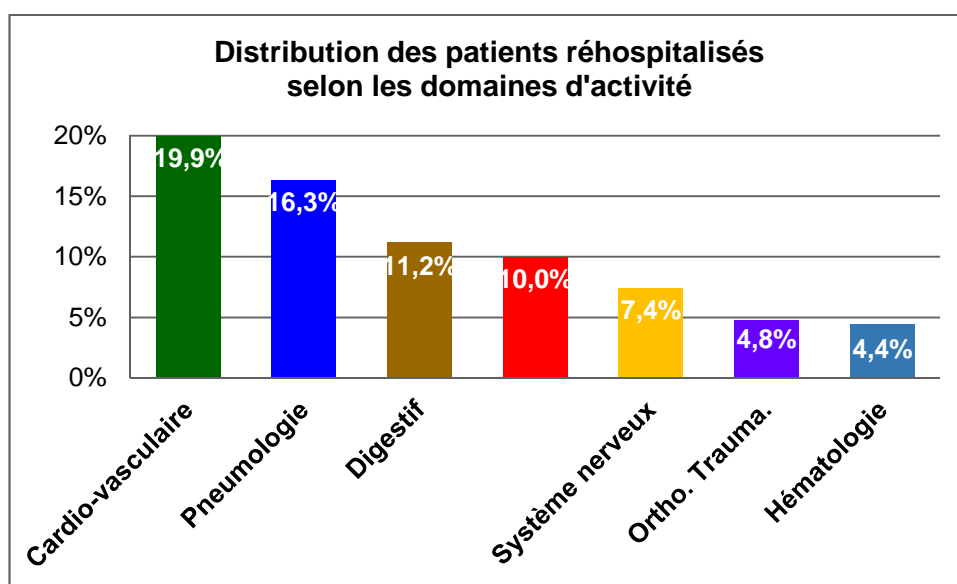


Graphique 4. Nombre de séjours en 2016 des personnes âgées de 80 ans et plus selon le mode de sortie lors de la première hospitalisation

#### Domaines d'activité prédominants

Les principaux domaines d'activité responsables des 11 471 réhospitalisations de personnes âgées de 80 ans et plus, sorties au domicile après la première hospitalisation, avec entrée par les urgences sont :

- 20 % « cardio-vasculaire » avec 2 286 patients réhospitalisés,
- 16 % « pneumologie » avec 1 869 patients réhospitalisés,
- 11 % « digestif » avec 1 286 patients réhospitalisés,
- 10 % « uro-néphrologie et génital » avec 1 142 patients réhospitalisés,
- 8 % « système nerveux » avec 877 patients réhospitalisés,
- 5 % « orthopédie traumatologie » avec 550 patients réhospitalisés,
- 4 % hématologie avec 509 patients réhospitalisés.



Graphique 5. Domaines d'activités des réhospitalisations avec entrée par les urgences

#### Selon la catégorie d'établissement, l'âge et le sexe

La proportion parmi les 111 736 personnes âgées de 80 ans et plus sorties à domicile des réhospitalisations avec passage par les urgences varie selon la catégorie d'établissement du séjour initial entre 13,4 % pour les hôpitaux publics et 2,2 % pour les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Catégorie d'établissement	Total PA ≥ 80 ans hospitalisées avec sortie au domicile	PA ≥ 80 ans réhospitalisées avec entrée par les urgences	T %
AP-HP	27 309	2 660	9,7 %
Centre hospitalier	41 022	5 501	13,4 %
CLCC	671	15	2,2 %
Privé	30 033	2 138	7,1 %
Privé à but non lucratif	12 701	1 157	9,1 %
<b>Toutes catégories</b>	<b>111 736</b>	<b>11 471</b>	<b>10,3 %</b>

Tableau 3. Réhospitalisations selon la catégorie d'établissement des séjours initiaux

Le taux de réhospitalisations varie entre 8.9 % et 12.6 % selon la classe d'âge.

Classe d'âge	PA ≥ 80 ans hospitalisées avec sortie au domicile	PA ≥ 80 ans réhospitalisées avec entrée par les urgences	N réhospitalisées/ N hospitalisées
80-84 ans	47 955 (43 %)	4 254 (37 %)	8.9 %
85-89 ans	37 011 (33 %)	3 854 (34 %)	10.4 %
90-95 ans	20 557 (18 %)	2 587 (23 %)	12.6 %
95 ans et plus	6 213 (6 %)	776 (7 %)	12.5 %
Total	111 736 (100 %)	11 471 (100 %)	12.3 %

Tableau 4. Réhospitalisations selon la classe d'âge

Le taux de réhospitalisations ne varie pas en fonction du sexe des patients.

## 2- Facteurs explicatifs de réhospitalisation

### Variations territoriales

Le taux de réhospitalisation avec passage par les urgences varie de 8,0 % pour les personnes âgées de 80 ans et plus résidant à Paris (75) à plus de 12 % pour celles résidant en Seine-et-Marne (77) ou dans le Val-d'Oise (95).

Département de résidence du patient	PA ≥ 80 ans hospitalisées avec sortie au domicile	PA ≥ 80 ans réhospitalisées avec entrée par les urgences	T %
Paris (75)	22 843	1 823	8,0 %
Seine-et-Marne (77)	12 274	1 575	12,8 %
Yvelines (78)	13 726	1 301	9,5 %
Essonne (91)	11 816	1 363	11,5 %
Hauts-de-Seine (92)	17 136	1 634	9,5 %
Seine-Saint-Denis (93)	11 533	1 250	10,8 %
Val-de-Marne (94)	12 917	1 323	10,2 %
Val d'Oise (95)	9 491	1 202	12,7 %
<b>Ile-de-France</b>	<b>111 736</b>	<b>11 471</b>	<b>10,3 %</b>

Tableau 5. Réhospitalisations selon le département de résidence

Les variations territoriales pour les 5 principaux domaines d'activité (cardio-vasculaire, pneumologie, digestif, uro-néphro et génital, système nerveux) des réhospitalisations de personnes âgées de 80 ans et plus, sorties au domicile après la première hospitalisation avec entrée par les urgences, sont détaillées en annexe selon l'activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour en médecine ou en chirurgie (tableaux 13 à 17 - pages 30 et 31).

### Selon le séjour initial

#### Domaine d'activité du séjour initial

Les domaines d'activité avec un taux de réhospitalisation supérieur à la moyenne (10,3 %) et un volume de patients réhospitalisés supérieur à 1 000 sont cardio-vasculaire, pneumologie et uro-néphrologie et génital.

- Domaine d'activité D07-Cardio-vasculaire : 18 313 patients dont 22 % réhospitalisés
- Domaine d'activité D01-Digestif : 13 822 patients hospitalisés dont 17 % réhospitalisés
- Domaine d'activité D09-Pneumologie : 13 012 patients hospitalisés dont 24 % réhospitalisés
- Domaine d'activité D15-Uro-néphrologie et génital : 9 668 patients hospitalisés dont 21 % réhospitalisés
- Domaine d'activité D05-Système nerveux : 9 179 patients hospitalisés dont 17 % réhospitalisés

Ces 5 domaines d'activité concentrent 59 % de l'ensemble des patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés et 63 % des réhospitalisations. Les pourcentages du tableau ci-dessous détaillent la répartition entre les différents domaines d'activité des réhospitalisations et de l'ensemble des patients âgés de 80 ans et plus.

Domaine d'activité déclaré lors de l'hospitalisation initiale	Réhospitalisation		Nombre de patients		
	Non	Oui			
D07-Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	14 319	3 994	19,3%	18 313	16,8%
D01-Digestif	11 435	2 387	11,6%	13 822	12,7%
D09-Pneumologie	9 949	3 063	14,8%	13 012	11,9%
D15-Uro-néphrologie et génital	7 615	2 053	9,9%	9 668	8,9%
D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	7 630	1 549	7,5%	9 179	8,4%
D02-Orthopédie traumatologie	7 041	958	4,6%	7 999	7,3%
D06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	4 939	778	3,8%	5 717	5,2%
D26-Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	3 683	819	4,0%	4 502	4,1%
D04-Rhumatologie	3 680	796	3,9%	4 476	4,1%
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	3 200	720	3,5%	3 920	3,6%
D16-Hématologie	2 681	952	4,6%	3 633	3,3%
D22-Psychiatrie	2 411	771	3,7%	3 182	2,9%
D19-Endocrinologie	2 418	612	3,0%	3 030	2,8%
D11-Ophthalmologie	2 488	254	1,2%	2 742	2,5%
D12-Gynécologie - sein	1 648	135	0,7%	1 783	1,6%
D10-ORL, Stomatologie	1 484	227	1,1%	1 711	1,6%
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	571	139	0,7%	710	0,7%
D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	411	187	0,9%	598	0,5%
D23-Toxicologie, Intoxications, Alcool	450	128	0,6%	578	0,5%
D24-Douleurs chroniques, Soins palliatifs	300	138	0,7%	438	0,4%
D03-Traumatismes multiples ou complexes graves	20	3	0,0%	23	0,0%
D21-Brûlures	13	1	0,0%	14	0,0%
D25-Transplant. d'organes	3		0,0%	3	0,0%
<b>Nombre de patients</b>	<b>88 389</b>	<b>20 664</b>			<b>109 053</b>
	<b>81,1%</b>	<b>18,9%</b>			

Tableau 6. Répartition des réhospitalisations selon le domaine d'activité du séjour initial

Les taux de réhospitalisations sont détaillés dans le tableau ci-dessous en considérant les personnes âgées de 80 ans et plus hospitalisées avec sortie au domicile puis réhospitalisées avec entrée par les urgences.

Domaine d'activité - Réhospitalisations à 90 jours entrés par les urgences MCO-2016	PA ≥ 80 ans hospitalisées avec sortie au domicile	PA ≥ 80 ans réhospitalisées avec entrée par les urgences	T %
D01-Digestif	14 169	1 286	9,1 %
D02-Orthopédie traumatique	7 897	550	7,0 %
D03-Traumatismes graves	25	2	8,0 %
D04-Rhumatologie	4 593	412	9,0 %
D05-Système nerveux (hors interventionnel)	9 167	877	9,6 %
D06-Cathétérismes vasculaires	5 893	441	7,5 %
D07-Cardio-vasculaire (hors cathétérismes)	18 922	2 286	12,1 %
D09-Pneumologie	13 616	1 869	13,7 %
D10-ORL - Stomatologie	1 716	130	7,6 %
D11-Ophtalmologie	2 757	126	4,6 %
D12-Gynécologie - sein	1 821	75	4,1 %
D15-Uro-néphrologie et génital	9 895	1 142	11,5 %
D16-Hématologie	3 800	509	13,4 %
D17-Chimiothérapie - Radiothérapie	570	37	6,5 %
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	718	73	10,2 %
D19-Endocrinologie	3 277	336	10,3 %
D20-Tissus cutané et sous-cutané	3 954	398	10,1 %
D21-Brûlures	13		0,0 %
D22-Psychiatrie	3 356	405	12,1 %
D23-Toxicologie	575	63	11,0 %
D24-Soins palliatifs	463	38	8,2 %
D25-Transplantation d'organes	3		0,0 %
D26-Activités inter spécialités	4 536	416	9,2 %
Tous domaines d'activité confondus	<b>111 736</b>	<b>11 471</b>	<b>10,3 %</b>

Tableau 7. Taux de réhospitalisation selon le domaine d'activité du séjour initial

Les racines de groupes homogènes de malades<sup>15</sup> (GHM) des séjours initiaux de personnes âgées de 80 ans et plus réhospitalisées dans un délai de 90 jours les plus fréquemment observées sont listées en annexe (tableau 18 page 31). Les principales causes sont « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire » et « Pneumonies et pleurésies banales » avec 1 789 réhospitalisations.

Les réhospitalisations sont majoritairement en médecine. Les résultats sont détaillés en annexe pour les 5 principaux domaines d'activité (cardio-vasculaire, pneumologie, digestif, uro-néphrologie et génital, système nerveux) des réhospitalisations (tableaux 19 à 23 - pages 32 et 33).

Le domaine d'activité des réhospitalisations a été caractérisé pour les 5 principaux domaines d'activité (cardio-vasculaire, pneumologie, digestif, uro-néphrologie et génital, système nerveux) des réhospitalisations après un séjour initial en médecine. Le taux de réhospitalisation dans le même domaine d'activité varie de 25 % pour le domaine d'activité système nerveux à 49 % pour

<sup>15</sup> <https://www.atih.sante.fr/regroupements-des-ghm-en-v2016>

le domaine pneumologie. A noter que pour chaque domaine d'activité des séjours initiaux, les cinq premiers domaines d'activité des réhospitalisations regroupent 73 à 81 % des séjours. Le détail des effectifs et des taux est en annexe (tableaux 24 à 28 - pages 33 à 35).

## Durée du séjour initial

Quels que soient le domaine d'activité et l'activité de soins du séjour initial, les patients réhospitalisés avaient une durée de séjour initiale significativement plus importante que les patients non réhospitalisés ; voir les boîtes à moustaches pour les 5 principaux domaines d'activité (cardio-vasculaire, pneumologie, digestif, uro-néphrologie et génital, système nerveux) des réhospitalisations en annexe (graphiques 6 à 15 pages 36 à 38). Les écarts de durée de séjours entre groupes « réhospitalisés » et « non réhospitalisés » varient de 23 à 37 jours en moyenne (4 à 6 jours en médiane).

## Sévérité du séjour initial

Les niveaux de sévérité 3 et 4 des GHM des séjours initiaux caractérisent très fortement les patients réhospitalisés.

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nombre de patients
		1 et 2	3 et 4	
	Non	91,1 %	<b>8,9 %</b>	<b>3 724</b>
	Oui	79,3 %	<b>20,7 %</b>	<b>517</b>
	<b>Nombre de patients</b>	<b>3 802</b>	<b>439</b>	<b>4 241</b>

Tableau 8. Réhospitalisations selon la sévérité du séjour initial en chirurgie

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nombre de patients
		1 et 2	3 et 4	
	Non	53,7 %	<b>46,3 %</b>	<b>8 259</b>
	Oui	41,2 %	<b>58,8 %</b>	<b>3 090</b>
	<b>Nombre de patients</b>	<b>5 711</b>	<b>5 638</b>	<b>11 349</b>

Tableau 9. Réhospitalisations selon la sévérité du séjour initial en médecine

Toutes les racines de GHM ne sont pas segmentées en niveaux de sévérité.

Les écarts de pourcentage de séjours en niveaux 3 ou 4 entre groupes « réhospitalisés » et « non réhospitalisés » varient entre 8 et 20 %. A noter que cette association n'a pas été observée pour les séjours chirurgicaux du domaine d'activité pneumologie (peu de patients concernés). Le détail des effectifs et des taux en fonction des 5 principaux domaines d'activité du séjour initial est en annexe (tableaux 29 à 38 - pages 38 et 39).

## Age et sexe

L'association de l'âge ou du sexe à la réhospitalisation des patients âgés de 80 ans et plus a été étudiée pour les principaux domaines d'activité. Dans les domaines pneumologie, digestif et uro-néphrologie et génital le sexe masculin est plus fréquemment associé à la réhospitalisation (séjours médicaux). L'association de l'âge à la réhospitalisation est moins évidente, avec un écart d'une année.



## Soins ambulatoires

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que l'on soit consommant ou non en soins de ville, on constate une plus grande fréquence de réhospitalisations en cas de sévérité de niveau 3 ( $p < 0.000$ ).

### **Actes de médecine générale, soins infirmiers et soins de masso-kinésithérapie**

La comparaison de la consommation d'actes de médecine générale, de soins infirmiers ou de soins de masso-kinésithérapie entre réhospitalisés ou non est biaisée par définition ; en effet la durée d'observation est de 90 jours pour les non réhospitalisés mais d'une durée plus courte et variable pour les patients réhospitalisés.

Les tableaux sont détaillés en annexe dans les paragraphes sur les recours à la médecine générale (tableaux 39 à 58 - pages 39 à 42), les soins infirmiers (tableaux 59 à 78 - pages 43 à 46) et la kinésithérapie (tableaux 79 à 98 - pages 46 à 49), pour chacun des 5 principaux domaines d'activité responsables de réhospitalisation.

### **Délai de recours**

Pour les patients ayant consommé des soins en ambulatoire, le délai de recours aux soins ambulatoires est plus précoce (après la sortie du séjour initial) pour les patients réhospitalisés, quels que soient le domaine d'activité ou l'activité de soins (médecine ou chirurgie).

Le délai de recours est plus rapide pour les soins infirmiers ou les actes de masso-kinésithérapie que pour les actes de médecine générale.

Les tableaux sont détaillés en annexe pour les 5 principaux domaines d'activité (graphiques 16 à 30 – pages 50 à 58).

# Illustration clinique

## Cas clinique

Monsieur L., 84 ans, est hospitalisé dans le service de gériatrie aiguë d'un hôpital parisien le 15 novembre 2018 pour altération de l'état général et chutes au domicile.

### Antécédents

- Cardiopathie ischémique stentée en 2001 avec dysfonction du ventricule gauche à 20 % (diagnostic d'insuffisance cardiaque systolique si < 40 %). Pose d'un défibrillateur automatique implantable de resynchronisation épiscopale en 2015
- Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire permanente
- Ischémie aiguë du membre inférieur gauche par occlusion d'allure embolique de l'axe artériel fémoro-poplité gauche
- Insuffisance rénale chronique stade IIIb liée à une néphroangiosclérose (traitement médicamenteux)
- Syndrome des apnées du sommeil
- Hypertrophie prostatique

### Mode de vie

Marié, 2 enfants. Ancien patron d'une agence d'édition. Vit au domicile avec son épouse dans un appartement au 9<sup>ème</sup> étage avec ascenseur. Pas d'aide au domicile. Son épouse s'occupe des courses et des repas.

Partiellement autonome d'après l'échelle d'autonomie ADL (*activities of daily living*). Marche avec une canne, autonome pour la toilette et l'habillage.

### Traitement à l'entrée

Préviscan 20 mg 0.25 cp, Cordarone 200 mg le matin, Ramipril 1.25 mg le soir, Lasilix spécial 500 mg 1 cp le matin, Diffu-K 3 gélules matin midi et soir, Lévothyrox 100 µg le matin, Tamsulosine LP 0.4 mg 1 cp par jour, Chibro proscar 5 mg 1 cp le matin, Lexomil 6 mg 0.5 cp le soir, Paroxétine 20 mg 1 cp le matin

### Histoire de la maladie

Patient hospitalisé en août et octobre 2018 en cardiologie pour décompensation cardiaque globale sans facteur déclenchant retrouvé. Arrêt du traitement bêta-bloquant du fait d'une hypotension artérielle et augmentation du Lasilix de 125 mg à 500 mg par jour. Poids de sortie à 78 kg.

Depuis 1 semaine, asthénie avec anorexie et amaigrissement. Chutes à domicile à 2 reprises compliquée de 2 volumineux hématomes du tronc et du bras droit.

Adressé par son médecin traitant aux urgences le 14 novembre puis transfert dans le service de gériatrie.

### Examen clinique à l'entrée

Hypotension artérielle 90/50 mm Hg ; fréquence cardiaque 77/minute ; saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) à 95 % en air ambiant ; poids de 72 kg.

Hématomes du tronc et du membre supérieur droit.

Pas de signes de décompensation cardiaque.

### La prise en charge dans le service a constitué en :

- Adaptation thérapeutique avec diminution de la posologie de Lasilix à 250 puis 125 mg par jour, arrêt de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion et du traitement par tamsulosine.
- Arrêt du traitement anti-vitamine K compte tenu des événements hémorragiques.
- Reprise progressive de la marche avec déambulateur sur de courtes distances.

- Organisation du retour à domicile avec mise en place d'un passage d'infirmier diplômé d'état (IDE) tous les matins 7 jours sur 7 pour la surveillance des constantes et du poids et mobilisation du réseau de santé. Rendez-vous de contrôle systématique avec le médecin traitant dans les 7 jours.

### Synthèse

Il s'agit d'un patient de 84 ans présentant une cardiopathie sévère responsable d'hospitalisations à répétition.

### Propositions afin de limiter les ré-hospitalisations évitables

Sollicitation du **dispositif PRADO**<sup>16</sup> ; le conseiller de l'Assurance maladie est un facilitateur entre le patient et les professionnels de santé pour organiser à la fois son retour à domicile et son entrée dans le programme d'accompagnement. Les programmes et les outils sont réalisés en partenariat avec les sociétés savantes de spécialité, selon les guides de parcours de soins élaborés par la Haute Autorité de santé. Ce dispositif existe pour l'insuffisance cardiaque, la bronchopneumopathie chronique obstructive, la chirurgie orthopédique, l'accident vasculaire cérébral et les personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit le motif de leur hospitalisation.

Sollicitation du **réseau de santé** pour évaluer la faisabilité du maintien à domicile.

**Surveillance** pour dépistage précoce des décompensations aigües de la maladie chronique :

- mise en place d'une IDE quotidienne pour surveillance des constantes et du poids avec des consignes d'adaptation de traitement ;
- consultation systématique avec le médecin traitant dans les 7 jours suivant la sortie puis régulière ;
- possibilité de consultation semi urgente en unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque en collaboration avec les équipes de gériatrie.

**Education thérapeutique** du patient et de son entourage ; éventuellement service de soins de suite et de réadaptation en hôpital de jour.

Création d'un dossier de coordination du cercle de soins sur la plateforme régionale Terr-eSanté, dans le cadre des projets territoriaux **e-parcours**<sup>17</sup>.

Discuter de la possibilité de mobiliser l'**équipe mobile de gériatrie au domicile ou en EHPAD**, dans les cas où les médecins généralistes ne peuvent se déplacer et afin d'apporter leur expertise, pour ajuster le traitement en fonction des alertes générées par la surveillance.

<sup>16</sup> <https://www.ameli.fr/infirmier/votre-exercice-liberal/service-patient/prado>

<sup>17</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/extension-de-la-plateforme-regionale-numerique-support-au-parcours-patient-2nd-appel-projet>

# Enseignements apportés par l'étude

## 1- Interprétation des résultats

La proportion de personnes âgées de 80 ans et plus est plus faible en Ile-de-France qu'en France entière, avec 4.3 % contre 5.9 %. Leur nombre est de 516 447.

Elles sont 150 305 personnes âgées de 80 ans et plus, soit 29 %, à avoir été hospitalisées en MCO en 2016 avec 271 484 séjours (soit 1.8 séjour par patient). Elles représentent 13 % des patients hospitalisés en Ile-de-France et 16 % des séjours ; ces taux sont respectivement de 20 % et 23 % en France entière. Le principal domaine d'activité est cardio-vasculaire avec 16 % des séjours. **Les personnes âgées de 80 ans et plus sont moins souvent hospitalisées en Ile-de-France par rapport à la France entière.**

D'une manière plus générale, **les réhospitalisations concernent un quart de l'ensemble des patients hospitalisés 1 fois en MCO en 2016**, 43 % de l'ensemble des patients âgés de 80 ans et plus, 30 % des patients âgés de 80 ans et plus sortis au domicile.

Parmi les 111 736 personnes âgées de 80 ans et plus sorties au domicile (ou en établissement d'hébergement) après leur première hospitalisation, 27 292 soit un quart ont été réhospitalisées dans un délai de 90 jours, dont 11 471 soit 10 % avec une entrée par les urgences. Pour ces derniers, le domaine d'activité est cardio-vasculaire dans 20 % des cas avec 2 286 patients. **L'insuffisance cardiaque semble être la principale cause de réhospitalisation avec entrée par les urgences dans les 90 jours après sortie au domicile.**

Le taux de réhospitalisations est **supérieur au taux régional de 10.3 % en Seine et Marne (77) avec un taux de 12.8 %, Val d'Oise (95) avec un taux de 12.7 %** et en Essonne (91) avec un taux de 11.5 % ; il est **inférieur à Paris (75) avec un taux de 8.0 %**, dans les Yvelines (78) et les Hauts de Seine (92) avec des taux de 9.5 %.

**L'état de santé initial des personnes réhospitalisées est plus sévère.** La durée du séjour initial est significativement plus élevée quel que soit le domaine d'activité, avec environ un mois d'écart des moyennes. Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), **que l'on soit consommant ou non en ville**, on constate une plus grande fréquence de réhospitalisations en cas de sévérité de niveau 3 ( $p < 0,000$ ).

Pour les patients ayant consommé des soins en ambulatoire, le **délai de recours aux soins ambulatoires est plus précoce** (après la sortie du séjour initial) pour les patients réhospitalisés, quels que soient le domaine d'activité ou l'activité de soins (médecine ou chirurgie).

## 2- Limites

### Qualité et exhaustivité des données

La qualité du codage dans le programme de médicalisation des systèmes d'information<sup>18</sup> en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) de certaines variables (mode d'entrée « urgences », mode de sortie « EHPAD », complications et morbidité associées) est inégale selon les établissements. Ce défaut d'information peut constituer un biais ou une limite à l'exploitation des données. Par exemple l'EHPAD est confondu avec le domicile privé.

<sup>18</sup> <https://www.atih.sante.fr/mco/presentation>

Concernant la consommation en ambulatoire, nous ne disposons pas d'informations pour certains patients en EHPAD et pour ceux pris en charge par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

## Problématique posée

Le critère de passage par le service des urgences a une signification variable selon l'organisation des établissements de santé. En effet certains établissements admettent tous leurs patients à partir du service des urgences ; d'autres au contraire privilégient des réadmissions directement dans le service de l'hospitalisation précédente.

Le contexte social influence la décision d'hospitaliser. Il n'a pas été pris en compte dans cette étude car l'information n'est pas disponible dans les bases de données médico-administratives.

Par ailleurs, aucune information relative à la qualité des soins n'a été mobilisée, en raison de défaut de disponibilité dans les bases de données de cette étude.

Les caractéristiques territoriales de l'offre et du système de soins ne sont pas prises en compte dans cette analyse.

## 3- Perspectives

Il conviendrait de modéliser pour confirmer les résultats issus des tests statistiques, afin de caractériser un profil de risque de réhospitalisation et mettre en évidence les variables sur lesquelles agir.

Le groupe de travail a identifié différentes données pour la poursuite de cette étude :

- Facteur lié à l'établissement du séjour initial :
- ❖ Indice de performance de la durée moyenne de séjour<sup>19</sup> (IP-DMS) : global / pour les sujets âgés de 80 ans et plus (données ATIH).
  - Facteurs liés à l'organisation du séjour initial et au patient
- ❖ Sortie en fin de semaine : vendredi, samedi, dimanche
- ❖ Code de diagnostic principal (DP) en « R » ou « Z » ;
- ❖ Présence de certains codes de la classification internationale des maladies (CIM-10)<sup>20</sup> traçant la « fragilité gériatrique » ; codes complets ou codes racines (incluant donc les codes avec digit supplémentaire) :
  - Démences : F00, F01, F02, F03, G23, G30, G31, G32,
  - Confusion : F05,
  - Chutes à répétition et troubles de la marche : R26, R296,
  - Dénutrition : E 41, E43, E44,
  - Escarre : L89,
  - Insuffisance rénale aiguë : N17,
  - Difficulté liée à l'environnement social : Z608, Z609.
- Facteurs liés à la prise en charge post-hospitalisation
- ❖ Modalités de recours à des soins en ambulatoire à partir des données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie<sup>21</sup> (SNIIRAM) :
  - Focus sur les soins consommés dans les 48 heures précédant la réhospitalisation
  - Prescriptions de médicaments à risque : anticoagulants (antivitamines K : B01AA, NACO : B01AF & B01AE07) ; psychotropes (neuroleptiques : N05A, anxiolytiques :

<sup>19</sup> [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss14\\_annexe1\\_pge\\_maladie\\_indicateur4\\_11.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss14_annexe1_pge_maladie_indicateur4_11.pdf)

<sup>20</sup> <https://www.atih.sante.fr/cim-10-fr-2018-usage-pmsi>

<sup>21</sup> <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sniiram/finalites-du-sniiram.php>

N05B, hypnotiques et sédatifs : N05C, antidépresseurs : N06A) ; charge en psychotropes : 3 et plus de psychotropes prescrits

- Recours à des examens biologiques + délai de recours de la 1ère analyse en post-hospitalisation
- ❖ Modalités de recours à l'hôpital (données PMSI-MCO) :
  - Nombre de consultations externes entre les deux hospitalisations
  - Passage aux urgences sans réhospitalisation
  - Facteurs liés au territoire de résidence des patients
- ❖ Indice de pauvreté pour les plus de 75 ans par commune
- ❖ Les communes déficitaires en médecin

D'autres axes d'analyse ou études pourraient être envisagés en complément, comprenant d'autres hypothèses touchant au parcours de soins du patient avant son hospitalisation initiale, aux caractéristiques de l'offre de soins du territoire où réside le patient, à l'organisation territoriale du système de soins

- Comparer les établissements comportant une unité de gériatrie aigüe (UGA) ou non, afin de mesurer la place des UGA dans le parcours des patients.
- Affiner l'analyse des caractéristiques des services et des prises en charge (motif, examens, ...) lors des séjours initiaux et des réhospitalisations.
- Considérer une pathologie donnée pour étudier l'impact du service de retour à domicile PRADO<sup>22</sup> (par exemples en cas d'insuffisance cardiaque chronique ou de bronchopneumopathie chronique obstructive) ou des marqueurs de la prise en charge ambulatoire (exemples dans l'insuffisance cardiaque chronique de la prise de médicaments inhibiteurs de l'enzyme de conversion et de bêtabloqueurs)
- Considérer l'offre de soins du territoire et la consommation de soins et en pharmacie avant la 1ère hospitalisation, en comparant notamment un territoire utilisant la plateforme Terr-eSanté<sup>23</sup> avec les résultats de la région.

---

<sup>22</sup> <https://www.ameli.fr/paris/infirmier/exercice-liberal/service-patient/prado>

<sup>23</sup> <https://www.terr-esante.fr/>

# Annexes

## 1- Quelques références bibliographiques

### Indicateurs d'hospitalisations évitables

Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les indicateurs de réhospitalisation et de coordination; 2018.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/re-hospitalisation-coordination>

Les résultats sont disponibles sur ScanSanté, plateforme de l'ATIH. <https://www.scansante.fr/>

- Guide méthodologique de calcul de l'indicateur des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) et présentation des principaux résultats.
- Guide méthodologique de calcul de l'indicateur des réhospitalisations à 30 jours (RH30) et présentation des principaux résultats.

L'indicateur RH30 évalue la prise en charge des patients par les acteurs de la médecine de ville et la coordination ville-hôpital au niveau d'un territoire. Il est présenté sous la forme d'un taux compris entre 0 et 100. Les réhospitalisations sont d'autant plus fréquentes que le taux est proche de 100. La détermination de cette méthodologie, fruit de travaux menés par la DGOS et l'ATIH en lien étroit avec l'équipe de recherche du Professeur Catherine QUANTIN du CHU de Dijon, se base sur la littérature scientifique internationale. La méthodologie dite du premier couple de séjours, basée sur une approche patient et adoptée par l'Agence régionale de santé Île-de-France, est détaillée dans le guide.

Les *Accountable Care Organizations* (ACO) sont des groupements de prestataires de soins volontaires, ambulatoires et hospitaliers, qui s'engagent collectivement pour l'amélioration du service rendu à une population. En cas d'économies réalisées, un partage est effectué entre le payeur (*Medicare*<sup>24</sup>) et l'ACO. L'ambition est de favoriser la coordination entre les acteurs pour atteindre un triple objectif : amélioration de l'expérience du patient, de la santé de la population et maîtrise des dépenses. Le taux de réhospitalisation à 30 jours toutes causes est l'un des indicateurs sur lesquels ces organisations s'engagent.

L'identification de facteurs explicatifs des réadmissions à 30 jours pourrait aider les acteurs à trouver des leviers d'action afin de réduire ces réhospitalisations. Aux Etats-Unis, des différences géographiques importantes entre États étaient observées en 2004, variant de 13,3 % à 23,2 % de réhospitalisations à 30 jours. Ces disparités étaient notamment associées à des différences de consommations de soins. D'autre part, les réhospitalisations étaient concentrées sur un nombre resserré de pathologies. Les séjours index les plus fréquemment associés à des réhospitalisations étaient liés aux insuffisances cardiaques chroniques, pneumopathies infectieuses et bronchopneumopathies obstructives (BPCO), et pathologies psychiatriques. En chirurgie, les prises en charge vasculaires et les chirurgies des intestins étaient l'objet de nombreuses réhospitalisations. Les résultats des premières études françaises mettent en évidence les mêmes pathologies associées aux réhospitalisations à 30 jours. L'autonomie et le statut fonctionnel des patients ainsi que les facteurs socio-économiques entrent également en jeu.

12% des patients ayant eu au moins un séjour index en 2015 ont eu une réhospitalisation dans un délai de 1 à 30 jours. Ce taux est stable entre 2014 et 2015 ; il varie de 10.9 à 14.3 selon les régions (11.5 à 11.9 en Ile-de-France). Le taux de réhospitalisation est plus élevé pour les hommes (13,4 % en 2015) que pour les femmes (10,7 %). Cet écart s'accroît avec l'âge. Le taux

<sup>24</sup> Programme national d'assurance maladie américain pour les patients âgés de 65 ans et plus, les patients plus jeunes atteints de handicap ou les insuffisants rénaux terminaux.

de réhospitalisation augmente avec l'âge, il atteint 16,3 % pour les patients âgés de 65 ans et plus et 18,4 % pour les patients âgés de 75 ans et plus.

Bricard D, Or Z, Penneau A. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) Document de travail n° 74. Juin 2018 <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/074-methodologie-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

Définition des indicateurs de résultats

- **Durée cumulée de séjours (DCS)** : nombre de journées d'hospitalisation des personnes âgées réalisées en médecine et en chirurgie rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Taux de réhospitalisations à 30 jours (RH30)** : nombre de réhospitalisations en médecine et chirurgie à moins de 30 jours après un séjour index rapporté au nombre total de séjours index.
- **Taux d'hospitalisations non programmées (HNP)** : nombre de séjours non programmés des personnes âgées dans les établissements de soins de courte durée en médecine et chirurgie pour 100 personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Taux d'hospitalisations potentiellement évitables (HPE)** : nombre d'hospitalisations sensibles à la qualité de prise en charge en soins primaires pour 100 personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Taux de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation (URG)** : nombre de visites aux urgences non suivies d'une hospitalisation pour 100 personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Polyprescription continue (Poly\_cont)** : Proportion de personnes âgées ayant eu au moins dix codes de la Classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) délivrés au moins trois fois dans les douze mois dans la population résidant au sein du territoire.
- **Polyprescription continue cumulative (Poly\_cum)** : nombre de personnes âgées ayant eu au moins dix classes ATC différentes remboursées par trimestre dans l'année pour 100 personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Prescription inappropriée (Pim)** : nombre de personnes âgées ayant au moins une prescription inappropriée (cf. Rapport) au cours de l'année pour 100 personnes âgées résidant au sein du territoire.

### Réduire les hospitalisations évitables

Rahman F, Guan J, Glazier RH, Brown A, Bierman AS, Croxford R, et al. (2018) *Association between quality domains and health care spending across physician networks*. PLoS ONE 13(4): e0195222. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195222>

Les réseaux ville-hôpital sur le modèle des *Accountable Care Organizations* (ACOs) permettent de diminuer les taux d'admissions évitables et de réhospitalisations, notamment en fonction du suivi à 7 jours et à 30 jours après la sortie.

STARAQs, structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des prises en charge en Île-de-France. Lettre de sortie. Document de liaison pour sécuriser la coordination des soins. 2017. [http://docs.wixstatic.com/ugd/c4476e\\_4a37ed254c0b41edb1413aa881d43356.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/c4476e_4a37ed254c0b41edb1413aa881d43356.pdf) <http://www.starags.com/>

INSTRUCTION N°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.

L'amélioration des prises en charge des personnes âgées en perte d'autonomie passe par la fluidification des échanges et l'approfondissement de l'articulation entre secteurs sanitaire et médico-social. Dans un objectif notamment de limitation des hospitalisations évitables, une fiche méthodologie et quatre fiches action, « boîte à outils » à destination des établissements de santé MCO et des EHPAD, ont ainsi été élaborées pour favoriser la circulation d'informations entre



professionnels et assurer un accès simplifié à des expertises gériatriques pour les publics âgés ciblés.

Haute Autorité de santé.

- Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad. Fiche points clés organisation des parcours. 2015.  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad)
- Dossier de liaison d'urgence (DLU). 2015  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu)
- Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Points clés et solutions - Organisation des parcours. 2013.  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees)

Le repérage précoce des patients à risque de réhospitalisation est indispensable, selon des modalités identiques dans chaque établissement. La période de suivi de 30 jours peut être étendue à 90 jours pour mieux tenir compte du rôle des soins ambulatoires et évaluer des interventions plus durables.

Gand S, Periac E, Bloch MA, Henaut L. « Évaluation qualitative PAERPA - RAPPORT FINAL », Document de travail, Série Études et recherche, n°135, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Mai 2017.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/evaluation-qualitative-paerpa-rapport-final>

Diminuer les réadmissions évitables, recommandations et outils d'amélioration. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/Topics/Readmissions/Pages/default.aspx>

- Améliorer l'organisation de la sortie et la transition entre hôpital et ville. SMART *Discharge Protocol (Signs, Medications, Appointments, Results, and Talk with me)*
- Améliorer la coordination du parcours
- Améliorer le soutien aux compétences du patient pour l'autogestion de sa santé
- Analyse des motifs de réadmission

Boutwell, A. Hwu, S. *Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Survey of the Published Evidence*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/EffectiveInterventionsReduceRehospitalizationsASurveyPublishedEvidence.aspx>

20 % des personnes âgées sont réhospitalisées dans les 30 jours. Diminuer les réhospitalisations évitables est bénéfique pour les patients et leurs familles, les payeurs et les opérateurs de soins.

Les études se répartissent entre quatre catégories d'interventions :

- Améliorer les soins et le soutien durant la transition entre séjour hospitalier et domicile, avec coordination par une infirmière dédiée
- Améliorer l'éducation thérapeutique et les outils de support à l'autogestion de la pathologie
- Suivi par une équipe multidisciplinaire
- Organisation des soins en fin de vie proactive centrée sur le patient et conseillée par une équipe spécialisée

La plupart des études concernent l'insuffisance cardiaque.

## Facteurs prédictifs de réadmission

Échevin D, Li Q, Morin MA. Hospital Readmission is Highly Predictable from Deep Learning. Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques. Canada 2017. <https://www.cedia.ca/fr/hospital-readmission-highly-predictable-deep-learning>

À l'aide d'algorithmes d'apprentissage-machine de pointe et de données administratives portant sur 1 633 099 séjours hospitaliers au Québec entre 1995 et 2012, nous prédisons lors de l'admission initiale (78 %) et au moment du congé (87 %) la probabilité d'une réadmission dans

les 30 jours. Les facteurs en cause sont liés à l'âge, aux comorbidités et à la durée du séjour initial.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Etudes et résultats n°1007. Mars 2017. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>

Laborde C, Rodwin VG. Hospitalisations potentiellement évitables: une analyse d'entretiens auprès des acteurs locaux d'Ile-de-France. Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2015, 62p. <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/76-offre-de-soins/311-lisations>

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) ou les hospitalisations sensibles aux soins de premier recours sont des hospitalisations qui sont nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital, mais qui auraient pu être évitées par une prise en charge appropriée des soins de premiers recours. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre ce qui se passe en amont des HPE, en recueillant les perceptions des acteurs locaux sur l'organisation des soins de premier recours dans leur territoire. Cette étude se penche sur l'apport de l'indicateur des HPE dans le cadre d'un diagnostic territorial et plus particulièrement dans l'évaluation des parcours de soins, dans trois zones distinctes d'Ile-de-France.

Dans les zones au taux d'HPE élevé où nous avons conduit des entretiens, les participants identifient des problèmes :

- d'accessibilité aux soins pour des raisons financières, sociales, physiques, d'aménagement du territoire et/ou d'insuffisance de densité médicale
- de recours tardif aux soins ;
- de continuité des soins, à travers la non-observance du parcours coordonné, le manque de communication et d'échange des données informatisées entre les médecins de ville et ceux qui travaillent à l'hôpital.

Ces dysfonctionnements observés à l'échelle du territoire correspondent aux facteurs de risque des HPE identifiés dans la littérature.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

## 2- Modalités de l'étude

### Périmètre de l'étude

Cible : les personnes d'âge supérieur ou égal à 80 ans résidant en Ile-de-France (âge donné dans le PMSI-MCO au moment de la première hospitalisation)

- réhospitalisées via les urgences au moins une fois dans les 90 jours suivants la première hospitalisation, quel que soit l'endroit de cette réhospitalisation (affectée à l'établissement de l'hospitalisation initiale)
- en cas de réhospitalisations multiples, seul le premier couple « hospitalisation initiale – réhospitalisation » est retenu
- sont exclus les patients décédés à 90 j (données PMSI-MCO + SNIIRAM)

La période d'observation concerne l'année complète 2016 pour les séjours initiaux, l'année complète 2016 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2017 pour les réhospitalisations dans un délai de 90 jours et la consommation de soins en ambulatoire.

Territoires d'analyse : les établissements de santé MCO franciliens

Taux de réhospitalisations à 90 jours :

- global

- via les urgences (correspondant aux malades venant du domicile, la non programmation de la réhospitalisation approchant ainsi la notion de la part possible d'évitabilité)

Variables explicatives (ex PMSI-MCO/SNIIRAM, maintenant Système national des données de santé)

- Variables structure
- ❖ Selon le statut de l'établissement de santé
- ❖ Volume d'activité quelle qu'en soit la nature : nombre de séjours/an en distinguant le chiffre global / chez les personnes âgées de 80 ans et plus
- ❖ Chez les sujets âgés de 80 ans et plus : nombre de passages aux urgences / taux d'hospitalisation moyen par passage aux urgences
  - Variables séjour et malade
- ❖ Mode d'entrée de l'hospitalisation initiale (urgence ou non)
- ❖ Hospitalisation en médecine et chirurgie (code GHM)
- ❖ Motif de l'hospitalisation initiale et motif de la réhospitalisation via les urgences par GHM
- ❖ Nombre total d'hospitalisations par malade de plus de 80 ans dans l'année (base ATIH)
  - Variables de la prise en charge post-hospitalisation
- ❖ Modalités de recours à des soins en ambulatoire (SNIIRAM) en post-hospitalisation avec le nombre d'actes de médecin, d'infirmier et de masseur-kinésithérapeute.

## Source des données

Les données concernant les hospitalisations sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information<sup>25</sup> en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO).

L'étude des domaines d'activité a été faite en comparaison avec une population tous âges après exclusion des catégories majeures de diagnostic (CMD) correspondant à l'obstétrique : CMD 14 - Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum et CMD 15 - Nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale. Il a été vérifié que cela ne modifiait pas les données concernant les personnes âgées de 80 ans et plus.

Toutes CMD				Hors CMD 14-15			
	Tous âges	80 ans et plus	Part des 80 ans et plus		Tous âges	80 ans et plus	Part des 80 ans et plus
Séjours 2016	1 669 773	271 484	16%	Séjours 2016	1 290 459	271 484	21%
Nombre de patients	1 168 789	150 305	13%	Nombre de patients	839 994	150 305	18%
Séjours/patients	1,4	1,8		Séjours/patients	1,5	1,8	

\*CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic  
\*\* CMD 14-15 = Périnatalité

La consommation de soins ambulatoires post-séjour initial MCO a été analysée à partir des données du SNIIRAM de l'année 2016 et du 1er trimestre 2017 pour les catégories de professionnels de santé suivantes :

- Médecins généralistes (consultations, visites) libéraux ou en centre de santé ou salariés des établissements de santé publics ou privés non commerciaux
- Infirmiers et kinésithérapeutes libéraux ou en centre de santé ou salariés des établissements de santé publics ou privés non commerciaux

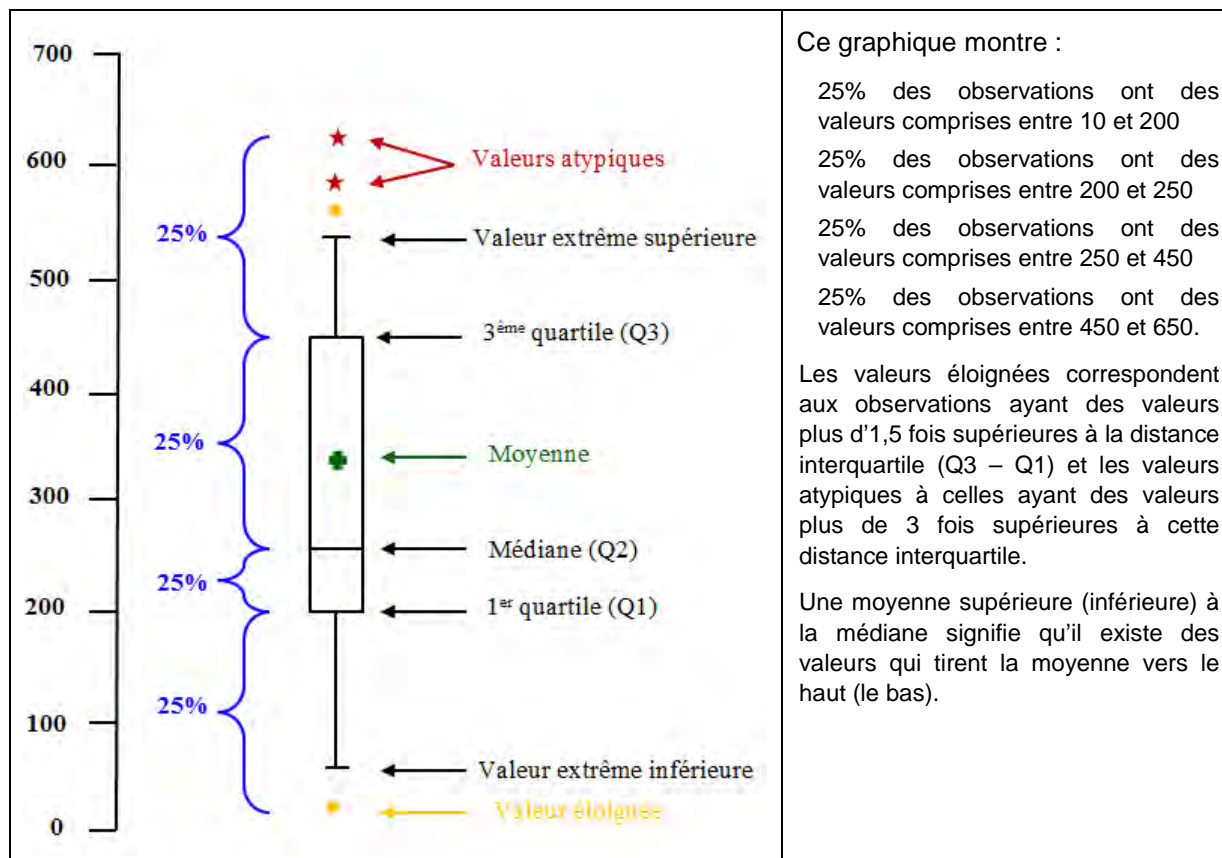
<sup>25</sup> <https://www.atih.sante.fr/mco/presentation>

## Analyse statistique

Les analyses statistiques bi-variées (tests du chi-deux et de Fisher) ont été effectuées avec les logiciels SAS (*Statistical Analysis Software*) et SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

### Guide de lecture des boîtes à moustache ou *Box-and-whisker plot*

Dans les représentations graphiques de données statistiques, la boîte à moustaches<sup>26</sup> est un moyen rapide de figurer le profil essentiel d'une série statistique quantitative.



## 3- Résultats complémentaires

### Etablissements recevant le plus de patients âgés de 80 ans et plus

Quatorze établissements de santé franciliens réalisent plus de 4 000 séjours par an pour des personnes âgées de 80 ans et plus ; 8 sont à l'AP-HP. La part de ces séjours dans leur activité varie entre 11 et 31 %. Dix établissements ont une majorité d'activité de séjours pour cette population âgée de 80 ans et plus, dont 5 avec un taux de séjours supérieur à 80 %.

<sup>26</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Bo%C3%AEte\\_%C3%A0\\_moustaches](https://fr.wikipedia.org/wiki/Bo%C3%AEte_%C3%A0_moustaches)

➤ En nombre de séjours MCO de personnes âgées de 80 ans et plus (volume > 4 000 séjours)

FINESS	Raison sociale	Catégorie	Nb total de séjours	Nb de séjours PA ≥ 80 ans	T %
750000523	GH Paris Saint-Joseph (75)	Privé non lucratif	35 321	7 702	22 %
940100027	Site Henri-Mondor (94) AP-HP	CHU	30 500	6 464	21 %
750100125	Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (75) AP-HP	CHU	56 779	6 303	11 %
750803447	Hôpital européen Georges-Pompidou (75) AP-HP	CHU	28 211	6 076	22 %
780800256	Site André-Mignot à Versailles (78)	Public	28 382	5 754	20 %
750100232	Hôpital Bichat-Claude-Bernard (75)	CHU	33 469	5 586	17 %
750100091	Hôpital Saint-Antoine (75) AP-HP	CHU	23 322	5 354	23 %
750100166	Hôpital Cochin (75) AP-HP	CHU	41 101	5 127	12 %
920100013	Hôpital Ambroise-Paré (92) AP-HP	CHU	16 580	5 061	31 %
950000323	GHEM Simone Veil à Eaubonne (95)	Public	23 201	5 014	22 %
940100043	Hôpital Kremin-Bicêtre (94) AP-HP	CHU	36 806	4 939	13 %
910020254	Site Jean-Jaurès CH Sud-Francilien (91)	Public	35 430	4 857	14 %
950000307	Hôpital Victor-Dupouy à Argenteuil (95)	Public	24 984	4 727	19 %
920000650	Hôpital Foch (92)	Privé non lucratif	27 014	4 315	16 %

Tableau 10. Etablissements avec le plus de **nombre** de séjours de patients âgés de 80 ans et plus en MCO en 2016

Nb = nombre

PA = personnes âgées

GH = groupe hospitalier

CHU = centre hospitalo-universitaire

GHEM = groupement hospitalier Eaubonne – Montmorency

CH = centre hospitalier

➤ En taux de séjours de personnes âgées de 80 ans et plus (% > 50 % et volume > 1 000 séjours)

FINESS	Raison sociale	Catégorie	Nb total de séjours	Nb de séjours PA ≥ 80 ans	T %
920000569	Site Courbevoie CH Rives-de-Seine (92)	Public	1 445	1 293	89 %
750150146	Hôpital Léopold-Bellan (75)	Privés non lucratif	1 345	1 164	87 %
910150069	Hôpital Les Magnolias (91)		2 039	1 703	84 %
780150066	Hôpital La porte verte à Versailles (78)		3 213	2 681	83 %
940100035	Hôpital Charles-Foix AP-HP (94)	CHU	4 477	3 689	82 %
780000303	CH de Plaisir site Grignon (78)	Public	1 487	1 128	76 %
920000601	CH Stell à Rueil-Malmaison (92)	Public	1 418	1 039	73 %
940100050	Hôpital Emile-Roux (94) AP-HP	CHU	1 487	1 053	71 %
930100011	Hôpital René-Muret à Sevran (93) AP-HP	CHU	1 622	1 007	62 %
920000627	CH des Quatre Villes site de Sèvres (92)	Public	2 172	1 183	54 %

Tableau 11. Etablissements avec le plus de **taux** de séjours de patients âgés de 80 ans et plus en MCO en 2016

## Domaines d'activité des séjours en médecine et chirurgie

### Tous séjours hors périnatalité

Par rapport à l'ensemble des personnes hospitalisées en MCO tous âges confondus, les séjours des personnes âgées de 80 ans et plus concernent plus souvent les domaines d'activité cardiovasculaire, pneumologie, psychiatrie et système nerveux, moins souvent digestif, gynécologie, ORL-stomatologie, toxicologie et chimiothérapie-radiothérapie.

Domaine d'activité	Séjours MCO-2016				
	Tous âges confondus	T %	PA ≥ 80 ans	T %	Ecart PA / Tous âges
D01-Digestif	205 536	15,9 %	30 127	11,1 %	-4,8
D02-Orthopédie traumatique	114 201	8,8 %	24 493	9,0 %	+0,2
D03-Traumatismes graves	1 149	0,1 %	135	0,0 %	-0,0
D04-Rhumatologie	40 140	3,1 %	11 252	4,1 %	+1,0
D05-Système nerveux (hors interventionnel)	97 707	7,6 %	23 806	8,8 %	+1,2
D06-Cathétérismes vasculaires	61 342	4,8 %	11 356	4,2 %	-0,6
D07-Cardio-vasculaire (hors cathétérismes)	111 849	8,7 %	42 945	15,8 %	+7,2
D09-Pneumologie	126 841	9,8 %	34 512	12,7 %	+2,9
D10-ORL - Stomatologie	45 505	3,5 %	2 881	1,1 %	-2,5
D11-Ophthalmologie	17 749	1,4 %	4 186	1,5 %	+0,2
D12-Gynécologie	50 072	3,9 %	2 701	1,0 %	-2,9
D15-Uro-néphrologie et génital	95 623	7,4 %	21 697	8,0 %	+0,6
D16-Hématologie	41 121	3,2 %	9 381	3,5 %	+0,3
D17-Chimiothérapie - Radiothérapie	38 041	2,9 %	3 587	1,3 %	-1,6
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	17 225	1,3 %	2 208	0,8 %	-0,5
D19-Endocrinologie	50 847	3,9 %	7 656	2,8 %	-1,1
D20-Tissus cutané et sous-cutané	32 029	2,5 %	8 638	3,2 %	+0,7
D21-Brûlures	1 192	0,1 %	54	0,0 %	-0,1
D22-Psychiatrie	23 848	1,8 %	9 801	3,6 %	+1,8
D23-Toxicologie	2 888	2,2 %	1 382	0,5 %	-1,7
D24-Soins palliatifs	18 206	1,4 %	5 897	2,2 %	+0,8
D25-Transplantation d'organes	1 161	0,1 %	3	0,0 %	-0,1
D26-Activités inter spécialités	70 187	5,4 %	12 786	4,7 %	-0,7
<b>Total (hors périnatalité CMD 14-15)</b>	<b>1 290 459</b>		<b>271 484</b>		

Tableau 12. Domaines d'activité de tous les séjours MCO hors périnatalité

## Territoires et réhospitalisations

### Domaine d'activité D07 – Cardio-vasculaire

#### ► Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
Non	91,3%	88,1%	84,8%	86,1%	87,8%	88,3%	88,3%	87,2%	3 889	
Oui	8,7%	11,9%	15,2%	13,9%	12,2%	11,7%	11,7%	12,8%	525	
Nb de patients	901	481	501	503	592	489	580	367	4 414	

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont **statistiquement peu significatives** (p : 0,021).

#### ► Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
Non	78,5%	69,5%	77,4%	73,7%	75,1%	76,0%	75,7%	72,0%	10 387	
Oui	21,5%	30,5%	22,6%	26,3%	24,9%	24,0%	24,3%	28,0%	3 449	
Nb de patients	2 607	1 647	1 718	1 491	1 981	1 477	1 603	1 312	13 836	

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont **statistiquement très significatives** (p : < 0,000).

Tableau 13. Variations territoriales pour le cardio-vasculaire (20 % des réhospitalisations)

## Domaine d'activité D09-Pneumologie : Analyse selon le département de résidence des patients

### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
	Non	89,7%	79,5%	85,4%	84,1%	87,0%	72,2%	83,3%	74,1%	290
	Oui	10,3%	20,5%	14,6%	15,9%	13,0%	27,8%	16,7%	25,9%	59
	Nb de patients	68	44	48	44	46	36	36	27	349

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont statistiquement non significatives (p : 0,350)

### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
	Non	79,9%	72,6%	78,9%	74,8%	77,1%	75,4%	75,6%	72,3%	9 639
	Oui	20,1%	27,4%	21,1%	25,2%	22,9%	24,6%	24,4%	27,7%	2 991
	Nb de patients	2 422	1 494	1 556	1 339	1 975	1 354	1 377	1 113	12 630

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont statistiquement très significatives (p : < 0,000)

Tableau 14. Variations territoriales pour la pneumologie (16 % des réhospitalisations)

## Domaine d'activité D01-Digestif : Analyse selon le département de résidence des patients

### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
	Non	89,0%	83,2%	84,5%	85,2%	84,1%	84,0%	86,2%	85,5%	3 886
	Oui	11,0%	16,8%	15,5%	14,8%	15,9%	16,0%	13,8%	14,5%	658
	Nb de patients	952	517	581	508	668	455	484	379	4 544

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont statistiquement non significatives (p : 0,050)

### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
	Non	85,3%	79,7%	81,2%	77,9%	80,3%	81,2%	82,0%	80,0%	7 524
	Oui	14,7%	20,3%	18,8%	22,1%	19,7%	18,8%	18,0%	20,0%	1 723
	Nb de patients	1 812	1 115	1 126	910	1 331	952	1 189	812	9 247

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont statistiquement très significatives (p : < 0,000)

Tableau 15. Variations territoriales pour le digestif (11 % des réhospitalisations)

## Domaine d'activité D15-Uro-néphro. et génital : Analyse selon le département de résidence des patients

### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
	Non	88,9%	81,7%	85,4%	80,4%	81,8%	80,6%	81,9%	81,5%	3 298
	Oui	11,1%	18,3%	14,6%	19,6%	18,2%	19,4%	18,1%	18,5%	649
	Nb de patients	865	409	534	419	567	381	443	329	3 947

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont statistiquement très significatives (p : < 0,000)

### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
	Non	76,0%	75,2%	77,6%	72,8%	78,6%	72,7%	75,8%	72,3%	4 303
	Oui	24,0%	24,8%	22,4%	27,2%	21,4%	27,3%	24,2%	27,7%	1 398
	Nb de patients	1 149	636	710	610	842	587	679	488	5 701

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont statistiquement non significatives (p : < 0,054)

Tableau 16. Variations territoriales pour l'uro-néphrologie et génital (10 % des réhospitalisations)



## Domaine d'activité D05-Système nerveux : Analyse selon le département de résidence des patients

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
Non	87,6%	80,9%	84,4%	86,5%	88,1%	77,9%	82,5%	81,7%	1 550	
Oui	12,4%	19,1%	15,6%	13,5%	11,9%	22,1%	17,5%	18,3%	281	
Nb de patients	459	225	212	193	268	131	212	131	1 831	

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont statistiquement peu significatives (p : 0,040)

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Département de résidence du patient								Nb de patients
		75	77	78	91	92	93	94	95	
Non	84,5%	81,0%	85,2%	79,6%	83,5%	79,4%	83,2%	81,3%	6 062	
Oui	15,5%	19,0%	14,8%	20,4%	16,5%	20,6%	16,8%	18,7%	1 264	
Nb de patients	1 844	680	853	706	1 158	718	822	545	7 326	

Les différences dans la distribution des patients réhospitalisés selon leur département de résidence sont statistiquement très significatives (p : 0,004)

Tableau 17. Variations territoriales pour le système nerveux (8 % des réhospitalisations)

## Domaine d'activité du séjour initial et réhospitalisations

### Selon les racines de GHM les plus fréquentes du séjour initial

#### ➤ Taux de réhospitalisation > 10 et volume > 100 par racine

Racine	Libellé	Nb total de séjours PA ≥ 80 ans	Nb de séjours en réhospi.	T %
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	6 588	1167	17,7 %
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	4 822	622	12,9 %
16M11	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	2 581	351	13,6 %
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	1 498	326	21,8 %
19M06	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	2 411	304	12,6 %
11M04	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	2 497	304	12,2 %
05M08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	2 237	238	10,6 %
06M03	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	2 161	218	10,1 %
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	1 551	215	13,9 %
10M16	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	1 703	206	12,1 %
23M20	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	2 242	203	9,1 %

Tableau 18. Taux de réhospitalisation selon les racines de GHM du séjour initial

### Part des séjours en médecine ou en chirurgie

Quel que soit le domaine d'activité, les personnes âgées de 80 ans et plus réhospitalisées ont eu majoritairement des séjours initiaux et de réhospitalisation en médecine. Cette proportion varie de 59 % pour le domaine d'activité uro-néphrologie et génital à 91 % pour le domaine pneumologie.

## Domaine d'activité D07 – Cardio-vasculaire

2 290 patients réhospitalisés relevaient du domaine d'activité cardio-vasculaire lors de leur hospitalisation initiale. Près de 80 % d'entre eux ont bénéficié de nouveau d'une activité de soins en médecine.

D07 : Cardio-vasculaire		Réhospitalisation					
Activité de soins		Chirurgie (C)		Médecine (M)		C&M	
			T%		T%		T%
Hospi. Initiale	Chirurgie (C)	46	2,0%	244	10,7%	290	12,7%
	Médecine (M)	185	8,1%	1 815	79,3%	2 000	87,3%
	C&M	231	10,1%	2 059	89,9%	2 290	

Tableau 19. Réhospitalisations en chirurgie ou médecine pour le cardio-vasculaire

## Domaine d'activité D09 – Pneumologie

1 890 patients réhospitalisés relevaient du domaine d'activité pneumologie lors de leur hospitalisation initiale. Plus de 90 % d'entre eux ont bénéficié de nouveau d'une activité de soins en médecine.

D09 : Pneumologie		Réhospitalisation					
Activité de soins		Chirurgie (C)		Médecine (M)		C&M	
			T%		T%		T%
Hospi. Initiale	Chirurgie (C)	6	0,3%	29	1,5%	35	1,9%
	Médecine (M)	133	7,0%	1 722	91,1%	1 855	98,1%
	C&M	139	7,4%	1 751	92,6%	1 890	

Tableau 20. Réhospitalisations en chirurgie ou médecine pour la pneumologie

## Domaine d'activité D01 – Digestif

1 321 patients réhospitalisés relevaient du domaine d'activité digestif lors de leur hospitalisation initiale. Près des 2/3 d'entre eux ont bénéficié de nouveau d'une activité de soins en médecine.

D01 : Digestif		Réhospitalisation					
Activité de soins		Chirurgie (C)		Médecine (M)		C&M	
			T%		T%		T%
Hospi. Initiale	Chirurgie (C)	123	9,3%	254	19,2%	377	28,5%
	Médecine (M)	113	8,6%	831	62,9%	944	71,5%
	C&M	236	17,9%	1 085	82,1%	1 321	

Tableau 21. Réhospitalisations en chirurgie ou médecine pour le digestif

## Domaine d'activité D15 – Uro-néphrologie et génital

1 152 patients réhospitalisés relevaient du domaine d'activité uro-néphrologie et génital lors de leur hospitalisation initiale. Près des 60 % d'entre eux ont bénéficié de nouveau d'une activité de soins en médecine.

D15 : Uro-néphro. & génital		Réhospitalisation					
Activité de soins		Chirurgie (C)		Médecine (M)		C&M	
			T%		T%		T%
Hospi. Initiale	Chirurgie (C)	65	5,6%	299	26,0%	364	31,6%
	Médecine (M)	105	9,1%	683	59,3%	788	68,4%
	C&M	170	14,8%	982	85,2%	1 152	

Tableau 22. Réhospitalisations en chirurgie ou médecine pour l'uro-néphrologie et génital

## Domaine d'activité D05 – Système nerveux

861 patients réhospitalisés relevaient du domaine d'activité système nerveux lors de leur hospitalisation initiale. Près des 71 % d'entre eux ont bénéficié de nouveau d'une activité de soins en médecine.

D05 : Système nerveux Activité de soins		Réhospitalisation					
		Chirurgie (C)		Médecine (M)		C&M	
Hospi. Initiale	Chirurgie (C)	41	4,8%	117	13,6%	158	18,3%
	Médecine (M)	95	11,0%	610	70,7%	705	81,7%
	C&M	136	15,8%	727	84,2%	863	

Tableau 23. Réhospitalisations en chirurgie ou médecine pour le système nerveux

## Domaines d'activité après un séjour médical

Les tableaux présentés sous ce chapitre informent de la distribution des patients selon les différents domaines d'activité constatés lors de leur réhospitalisation en séjour médical. On observe qu'une très forte proportion de ces patients ont été réhospitalisés dans les 5 domaines d'activité retenus dans le cadre de l'étude.

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D07 – Cardio-vasculaire

2 290 patients réhospitalisés avec entrée par les urgences relevaient du domaine d'activité cardio-vasculaire lors de leur hospitalisation initiale. Plus de 78 % des 1 815 patients réhospitalisés en médecine relevaient d'un des 5 domaines d'activité retenus dans le cadre de l'étude, près de la moitié relevant du même domaine d'activité cardio-vasculaire.

HOSPI. INITIALE EN MEDECINE - DOMAINE D'ACTIVITES : D07 - Cardio-vasculaire							
REHOSPI. EN MEDECINE - DOMAINES D'ACTIVITES :	Hommes	T% ↓	Femmes	T% ↓	H&F	T% ↓	
D07 - Cardio-vasculaire	295	43,3%	539	47,5%	834	46,0%	} 78,1%
D09 - Pneumologie	101	14,8%	185	16,3%	286	15,8%	
D01 - Digestif	57	8,4%	65	5,7%	122	6,7%	
D15 - Uro-néphrologie et génital	43	6,3%	53	4,7%	96	5,3%	
D05 - Système nerveux	33	4,8%	45	4,0%	78	4,3%	
D16 - Hématologie	33	4,8%	37	3,3%	70	3,9%	
D19 - Endocrinologie	15	2,2%	35	3,1%	50	2,8%	
D06 - Cathétérisme	22	3,2%	25	2,2%	47	2,6%	
D22 - Psychiatrie	16	2,3%	31	2,7%	47	2,6%	
D26 - Activités inter spécialités, suivi ...	18	2,6%	28	2,5%	46	2,5%	
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	9	1,3%	24	2,1%	33	1,8%	
D04 - Rhumatologie	10	1,5%	21	1,9%	31	1,7%	
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	6	0,9%	21	1,9%	27	1,5%	
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	9	1,3%	8	0,7%	17	0,9%	
D10 - ORL, Stomatologie	6	0,9%	8	0,7%	14	0,8%	
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	6	0,9%	3	0,3%	9	0,5%	
D02 - Orthopédie traumatologie	1	0,1%	3	0,3%	4	0,2%	
D11 - Ophtalmologie	1	0,1%	2	0,2%	3	0,2%	
D12 - Gynécologie - sein	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%	
Tous domaines d'activité confondus	681	37,5%	1 134	62,5%	1 815		

Tableau 24. Domaines d'activité des réhospitalisations pour le cardio-vasculaire

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D09 – Pneumologie

1 890 patients réhospitalisés avec entrée par les urgences relevaient du domaine d'activité pneumologie lors de leur hospitalisation initiale. Plus de 81 % des 1 722 patients réhospitalisés en médecine relevaient d'un des 5 domaines d'activité retenus dans le cadre de l'étude, près de la moitié relevant du même domaine d'activité pneumologie.

HOSPI. EN MEDECINE - DOMAINE D'ACTIVITES : D09 - PNEUMOLOGIE						
REHOSPI. EN MEDECINE - DOMAINES D'ACTIVITES :	Hommes	T% ↓	Femmes	T% ↓	H&F	T% ↓
D09 - Pneumologie	394	50,8%	444	46,9%	838	48,7%
D07 - Cardio-vasculaire	125	16,1%	183	19,3%	308	17,9%
D15 - Uro-néphrologie et génital	45	5,8%	47	5,0%	92	5,3%
D01 - Digestif	42	5,4%	49	5,2%	91	5,3%
D05 - Système nerveux	33	4,3%	39	4,1%	72	4,2%
D16 - Hématologie	23	3,0%	30	3,2%	53	3,1%
D26 - Activités inter spécialités, suivi ...	21	2,7%	30	3,2%	51	3,0%
D19 - Endocrinologie	15	1,9%	27	2,9%	42	2,4%
D22 - Psychiatrie	19	2,5%	22	2,3%	41	2,4%
D04 - Rhumatologie	17	2,2%	20	2,1%	37	2,1%
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	13	1,7%	14	1,5%	27	1,6%
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	8	1,0%	16	1,7%	24	1,4%
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	7	0,9%	6	0,6%	13	0,8%
D06 - Cathétérisme	7	0,9%	4	0,4%	11	0,6%
D10 - ORL, Stomatologie	2	0,3%	4	0,4%	6	0,3%
D11 - Ophtalmologie	1	0,1%	5	0,5%	6	0,3%
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	2	0,3%	3	0,3%	5	0,3%
D02 - Orthopédie traumatologie	1	0,1%	2	0,2%	3	0,2%
D12 - Gynécologie - sein	0	0,0%	2	0,2%	2	0,1%
Tous domaines d'activité confondus	775	45,0%	947	55,0%	1 722	

81,4%

Tableau 25. Domaines d'activité des réhospitalisations pour la pneumologie

#### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D01 – Digestif

1 321 patients réhospitalisés avec entrée par les urgences relevaient du domaine d'activité digestif lors de leur hospitalisation initiale. Près de 72 % des 831 patients réhospitalisés en médecine relevaient d'un des 4 domaines d'activité retenus dans le cadre de l'étude, plus d'1/3 relevant du même domaine d'activité digestif.

HOSPI. INITIALE EN MEDECINE - DOMAINE D'ACTIVITES : D01 - DIGESTIF						
REHOSPI. EN MEDECINE - DOMAINES D'ACTIVITES :	Hommes	T% ↓	Femmes	T% ↓	H&F	T% ↓
D01 - Digestif	129	37,6%	183	37,5%	312	37,5%
D09 - Pneumologie	50	14,6%	60	12,3%	110	13,2%
D07 - Cardio-vasculaire	43	12,5%	66	13,5%	109	13,1%
D15 - Uro-néphrologie et génital	23	6,7%	41	8,4%	64	7,7%
D16 - Hématologie	17	5,0%	21	4,3%	38	4,6%
D19 - Endocrinologie	17	5,0%	20	4,1%	37	4,5%
D26 - Activités inter spécialités, suivi ...	9	2,6%	21	4,3%	30	3,6%
D05 - Système nerveux	16	4,7%	13	2,7%	29	3,5%
D04 - Rhumatologie	6	1,7%	15	3,1%	21	2,5%
D22 - Psychiatrie	9	2,6%	12	2,5%	21	2,5%
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	6	1,7%	9	1,8%	15	1,8%
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	4	1,2%	6	1,2%	10	1,2%
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	4	1,2%	6	1,2%	10	1,2%
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	5	1,5%	3	0,6%	8	1,0%
D06 - Cathétérisme	3	0,9%	3	0,6%	6	0,7%
D10 - ORL, Stomatologie	1	0,3%	5	1,0%	6	0,7%
D02 - Orthopédie traumatologie	1	0,3%	2	0,4%	3	0,4%
D11 - Ophtalmologie	0	0,0%	1	0,2%	1	0,1%
D12 - Gynécologie - sein	0	0,0%	1	0,2%	1	0,1%
Tous domaines d'activité confondus	343	41,3%	488	58,7%	831	

76,1%

Tableau 26. Domaines d'activité des réhospitalisations pour le digestif

#### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D15 – Uro-néphrologie et génital

1 152 patients réhospitalisés avec entrée par les urgences relevaient du domaine d'activité uro-néphrologie et génital lors de leur hospitalisation initiale. Plus de 2/3 des 683 patients dépendant

du domaine d'activité uro-néphrologie et génital lors de leur réhospitalisation en médecine relevaient d'un des 4 domaines d'activité retenus dans le cadre de l'étude, plus d'1/3 relevant du même domaine d'activité uro-néphrologie et génital.

HOSPI. INITIALE EN MEDECINE - DOMAINE D'ACTIVITES : D15 - URO-NEPHRO GENITAL						
REHOSPI. EN MEDECINE - DOMAINES D'ACTIVITES :	Hommes	T% ↓	Femmes	T% ↓	H&F	T% ↓
D15 - Uro-néphrologie et génital	163	45,0%	72	22,4%	235	34,4%
D09 - Pneumologie	43	11,9%	52	16,2%	95	13,9%
D07 - Cardio-vasculaire	29	8,0%	50	15,6%	79	11,6%
D01 - Digestif	19	5,2%	34	10,6%	53	7,8%
D19 - Endocrinologie	21	5,8%	22	6,9%	43	6,3%
D05 - Système nerveux	15	4,1%	21	6,5%	36	5,3%
D16 - Hématologie	17	4,7%	16	5,0%	33	4,8%
D04 - Rhumatologie	8	2,2%	11	3,4%	19	2,8%
D26 - Activités inter spécialités, suivi ...	11	3,0%	7	2,2%	18	2,6%
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	9	2,5%	6	1,9%	15	2,2%
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	4	1,1%	7	2,2%	11	1,6%
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	6	1,7%	4	1,2%	10	1,5%
D22 - Psychiatrie	3	0,8%	7	2,2%	10	1,5%
D02 - Orthopédie traumatologie	4	1,1%	3	0,9%	7	1,0%
D06 - Cathétérisme	7	1,9%	0	0,0%	7	1,0%
D10 - ORL, Stomatologie	0	0,0%	5	1,6%	5	0,7%
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	3	0,8%	2	0,6%	5	0,7%
D11 - Ophtalmologie	0	0,0%	2	0,6%	2	0,3%
Tous domaines d'activité confondus	362	53,0%	321	47,0%	683	

Tableau 27. Domaines d'activité des réhospitalisations pour l'uro-néphrologie et génital

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D05 – Système nerveux

863 patients réhospitalisés avec entrée par les urgences relevaient du domaine d'activité système nerveux lors de leur hospitalisation initiale. 610 d'entre eux ont bénéficié de nouveau d'un séjour médical. On observe que près de 3/4 de ces patients relèvent des 5 domaines d'activité retenus dans le cadre de l'étude et 1/4 du même domaine d'activité système nerveux.

HOSPI. INITIALE EN MEDECINE - DOMAINE D'ACTIVITES : D05 - SYSTÈME NERVEUX						
REHOSPI. EN MEDECINE - DOMAINES D'ACTIVITES :	Hommes	T% ↓	Femmes	T% ↓	H&F	T% ↓
D05 - Système nerveux	50	22,2%	101	26,2%	151	24,8%
D09 - Pneumologie	36	16,0%	61	15,8%	97	15,9%
D07 - Cardio-vasculaire	34	15,1%	59	15,3%	93	15,2%
D15 - Uro-néphrologie et génital	30	13,3%	26	6,8%	56	9,2%
D01 - Digestif	17	7,6%	32	8,3%	49	8,0%
D22 - Psychiatrie	11	4,9%	19	4,9%	30	4,9%
D19 - Endocrinologie	7	3,1%	21	5,5%	28	4,6%
D04 - Rhumatologie	9	4,0%	18	4,7%	27	4,4%
D26 - Activités inter spécialités, suivi ...	12	5,3%	15	3,9%	27	4,4%
D16 - Hématologie	1	0,4%	8	2,1%	9	1,5%
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	4	1,8%	5	1,3%	9	1,5%
D06 - Cathétérisme	5	2,2%	3	0,8%	8	1,3%
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	2	0,9%	6	1,6%	8	1,3%
D10 - ORL, Stomatologie	2	0,9%	4	1,0%	6	1,0%
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	2	0,9%	4	1,0%	6	1,0%
D02 - Orthopédie traumatologie	2	0,9%	1	0,3%	3	0,5%
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	1	0,4%	1	0,3%	2	0,3%
D11 - Ophtalmologie	0	0,0%	1	0,3%	1	0,2%
Tous domaines d'activité confondus	225	36,9%	385	63,1%	610	

Tableau 28. Domaines d'activité des réhospitalisations pour le système nerveux

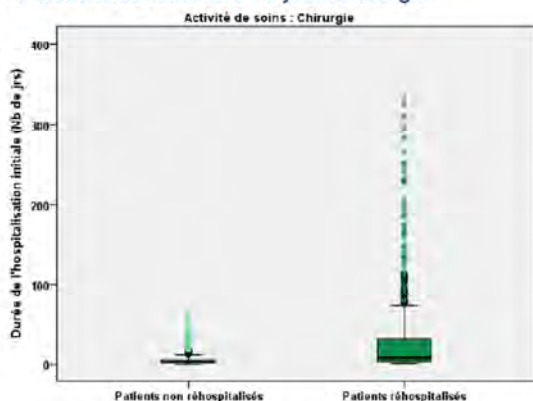
## Durée du séjour initial et réhospitalisations

Les durées des séjours sont présentées à l'aide de boîtes à moustaches. Cet outil graphique permet de visualiser la distribution des patients selon la durée de leur séjour (axe verticale), notamment au regard de 5 données statistiques : le minimum, le 1er quartile, le 2ème quartile (médiane), le 3ème quartile et le maximum. L'interprétation statistique de la distribution des séjours se fait plutôt en référence à la valeur de la médiane.

Quels que soient le domaine d'activité et le secteur de soins, on constate que la durée médiane des séjours des patients réhospitalisés est plus élevée que celle des patients non réhospitalisés.

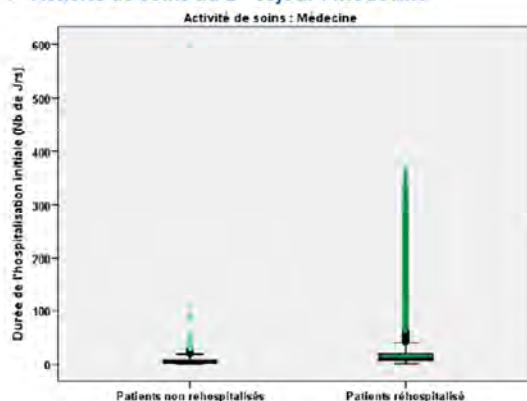
### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D07 – Cardio-vasculaire

#### ➤ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie



La durée moyenne (médiane) des séjours initiaux en chirurgie des patients réhospitalisés est de 34,2 jours (8,0 jours) contre 5 jours (3 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p^5 < 0,000$ ).

#### ➤ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

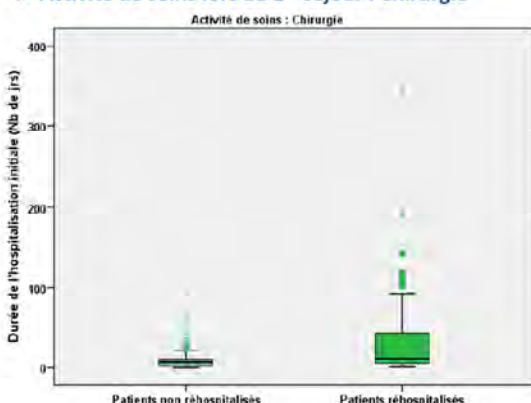


La durée moyenne (médiane) des séjours initiaux en médecine des patients réhospitalisés est de 36,0 jours (10,0 jours) contre 6,6 jours (5,0 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

Graphiques 6 et 7. Durée des séjours initiaux pour le cardio-vasculaire

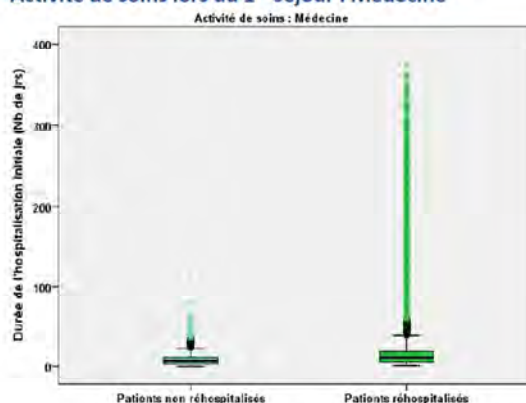
### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D09 - Pneumologie

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie



La durée moyenne (médiane) des hospitalisations initiales en chirurgie des patients réhospitalisés est de 37,9 jours (11,0 jours) contre 8,1 jours (7,0 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

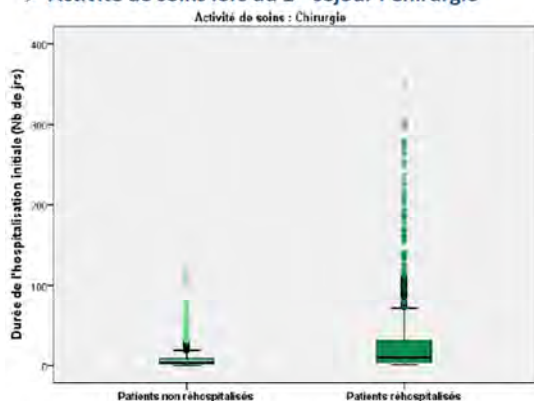


La durée moyenne (médiane) des hospitalisations initiales en médecine des patients réhospitalisés est de 35,8 jours (11,0 jours) contre 7,9 jours (7,0 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

Graphiques 8 et 9. Durée des séjours initiaux pour la pneumologie

Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D01 - Digestif

➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie



La durée moyenne (médiane) des hospitalisations initiales en chirurgie des patients réhospitalisés est de 36,4 jours (10,0 jours) contre 7,1 jours (4 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

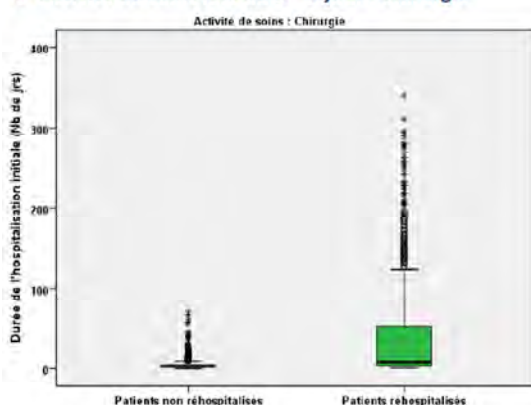


La durée moyenne (médiane) des hospitalisations initiales en médecine des patients réhospitalisés est de 36,5 jours (8,0 jours) contre 5,1 jours (3,0 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

Graphiques 10 et 11. Durée des séjours initiaux pour le digestif

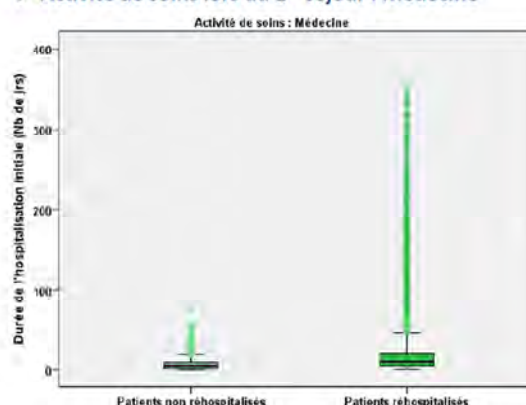
Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D15 – Uro-néphrologie et génital

➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie



La durée moyenne (médiane) des hospitalisations initiales en chirurgie des patients réhospitalisés est de 42,4 jours (8,0 jours) contre 4,7 jours (3,0 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

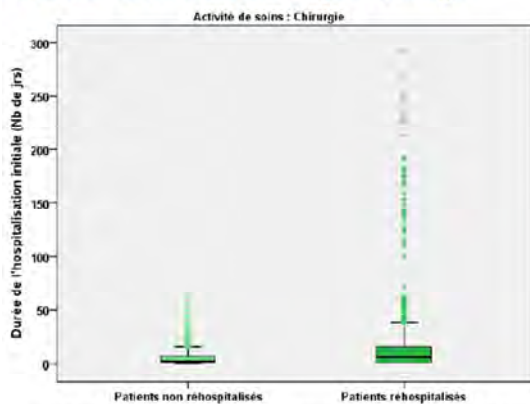


La durée moyenne (médiane) des hospitalisations initiales en médecine des patients réhospitalisés est de 37,6 jours (10,0 jours) contre 6,4 jours (5,0 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

Graphiques 12 et 13. Durée des séjours initiaux pour l'uro-néphrologie et génital

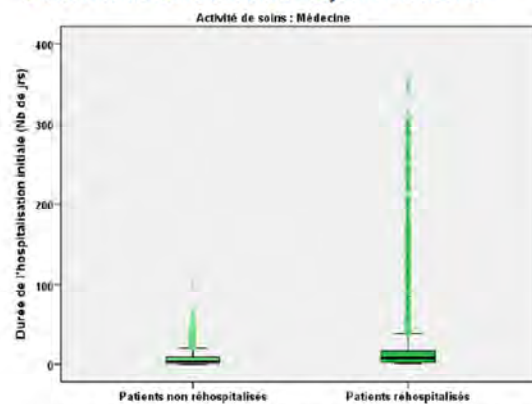
## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D05 – Système nerveux

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie



La durée moyenne (médiane) des hospitalisations initiales en chirurgie des patients réhospitalisés est de 28,2 jours (6,0 jours) contre 4,6 jours (2,0 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine



La durée moyenne (médiane) des hospitalisations initiales en médecine des patients réhospitalisés est de 31,3 jours (8,0 jours) contre 6,3 jours (4,0 jours) des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

Graphiques 14 et 15. Durée des séjours initiaux pour le système nerveux

## Niveau de sévérité du GHM du séjour initial et réhospitalisations

Les tableaux ci-dessous informent par domaine d'activité de la distribution des patients réhospitalisés et non réhospitalisés selon leur niveau de sévérité déclaré lors de leur hospitalisation initiale en séjour médical. On constate que les patients réhospitalisés ont plus fréquemment des niveaux de sévérité élevés comparativement aux patients non réhospitalisés.

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D07 – Cardio-vasculaire

#### ➤ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1&2	3&4	
	Non	77,7%	22,3%	3 392
Oui	68,8%	31,2%	410	
Nb de patients	2 918	884	3 802	

31,2% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 22,3% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

#### ➤ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1&2	3&4	
	Non	37,7%	62,3%	4 439
Oui	28,0%	72,0%	1 272	
Nb de patients	2 029	3 682	5 711	

72,0% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 62,3% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

Tableaux 29 et 30. Sévérité des séjours initiaux pour le cardio-vasculaire

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D09 - Pneumologie

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1&2	3&4	
	Non	51,1%	48,9%	221
Oui	55,8%	44,2%	52	
Nb de patients	142	131	273	

44,2% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 48,9% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative ( $p < 0,328$ ).

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1&2	3&4	
	Non	45,1%	54,9%	8 370
Oui	37,0%	63,0%	2 852	
Nb de patients	4 833	6 389	11 222	

63,0% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 54,9% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

Tableaux 31 et 32. Sévérité des séjours initiaux pour la pneumologie



## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D01 - Digestif

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1 & 2	3 & 4	
Non		66,5%	33,5%	3 767
Oui		50,9%	49,1%	637
Nb de patients		2 828	1 576	4 404

49,1% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 33,5% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1 & 2	3 & 4	
Non		68,8%	31,2%	5 162
Oui		56,7%	43,3%	1 337
Nb de patients		4 311	2 188	6 499

43,2% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 31,2% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

Tableaux 33 et 34. Sévérité des séjours initiaux pour le digestif

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D15 – Uro-néphrologie et génital

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1&2	3&4	
Non		77.1%	22.9%	3 297
Oui		57.5%	42.5%	650
Nb de patients		2 915	1 032	3 947

42,5% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 22,9% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1&2	3&4	
Non		43.0%	57.0%	3 678
Oui		29.4%	70.6%	1 231
Nb de patients		1 943	2 966	4 909

70,6% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 57,0% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

Tableaux 35 et 36. Sévérité des séjours initiaux pour l'uro-néphrologie et génital

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D05 – Système nerveux

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1&2	3&4	
Non		82.6%	17.4%	1 544
Oui		72.1%	27.9%	280
Nb de patients		1 477	347	1 824

27,9% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 17,4% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale : Médecine	Réhospitalisation	Niveaux de sévérité Hospitalisation initiale		Nb de patients
		1&2	3&4	
Non		66.7%	33.3%	3 931
Oui		53.8%	46.2%	827
Nb de patients		3 066	1 692	4 758

46,2% des patients réhospitalisés présentaient lors de leur hospitalisation initiale des niveaux de sévérité 3 et 4 contre 33,3% des patients non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

Tableaux 37 et 38. Sévérité des séjours initiaux pour le système nerveux

## Recours à la médecine générale dans un délai de 90 jours

En fonction des domaines d'activité, 52 à 82 % des patients ont consommé des actes de médecine générale dans les 90 jours suivants la sortie de leur séjour initial.

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D07 – Cardio-vasculaire

18 308 patients ont été hospitalisés en 2016 avec un domaine d'activité cardio-vasculaire dont 22 % réhospitalisés.



## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D01 – Digestif

Domaine d'activité D01-Digestif : 13 820 patients dont 17% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire en Médecine générale (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (C ou V) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

#### ➤ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
		Non	77,0%	
Oui	58,6%	41,4%	659	
Nb de patients		1 168	3 380	4 548

58,6% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en médecine générale contre 77,0% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

#### ➤ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
		Non	78,0%	
Oui	62,0%	38,0%	1 728	
Nb de patients		7 019	2 253	9 272

62,0% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en médecine générale contre 78,8% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative (p : < 0,000).

Tableaux 47 et 48. Recours à la médecine générale pour le digestif

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que l'on soit consommant ou non en médecine générale en ville, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** (p : < 0,000).

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	31,8%	35,0%	27,0%	
Oui	23,5%	29,5%	35,2%	11,7%	375	
Nb de patients		1 009	1 124	914	221	3 268

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	38,7%	31,5%	29,3%	
Oui	24,3%	34,7%	32,8%	8,6%	826	
Nb de patients		1 756	1 552	1 243	288	4 839

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	35,4%	29,9%	27,9%	
Oui	21,0%	26,7%	37,8%	14,5%	262	
Nb de patients		364	331	343	98	1 136

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	34,8%	28,9%	28,1%	
Oui	22,9%	29,9%	38,8%	9,7%	511	
Nb de patients		517	485	523	134	1 659

Tableaux 49 et 50. Recours à la médecine générale pour le digestif, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D15 – Uro-néphrologie et génital

Domaine d'activité D15-Uro-néphro. et génital : 9 666 patients dont 21% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire en Médecine générale (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (C ou V) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

#### ➤ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
		Non	77,6%	
Oui	61,1%	38,9%	650	
Nb de patients		2 957	993	3 950

61,1% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en médecine générale contre 77,6% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

#### ➤ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
		Non	76,2%	
Oui	64,3%	35,7%	1 403	
Nb de patients		4 188	1 528	5 716

64,3% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en médecine générale contre 76,2% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

Tableaux 51 et 52. Recours à la médecine générale pour l'uro-néphrologie et génital

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que le patient soit consommant ou non en médecine générale en ville, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** ( $p < 0,000$ ).

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Chirurgie	Non	34.1%	42.8%	<b>17.7%</b>	<b>5.4%</b>	2 558
	Oui	16.6%	37.5%	<b>33.2%</b>	<b>10.6%</b>	397
	Nb de patients	946	1 243	585	181	2 955

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Chirurgie	Non	34.3%	43.5%	<b>17.3%</b>	<b>4.5%</b>	738
	Oui	27.3%	32.4%	<b>24.9%</b>	<b>15.3%</b>	253
	Nb de patients	322	401	190	76	991

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Médecine	Non	22.1%	21.3%	<b>28.5%</b>	<b>20.1%</b>	2 808
	Oui	10.6%	18.1%	<b>30.9%</b>	<b>40.3%</b>	803
	Nb de patients	705	744	1 049	1 113	3 611

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Médecine	Non	22.9%	18.7%	<b>27.0%</b>	<b>11.4%</b>	870
	Oui	12.1%	18.7%	<b>29.8%</b>	<b>39.3%</b>	428
	Nb de patients	251	243	363	441	1 298

Tableaux 53 et 54. Recours à la médecine générale pour l'uro-néphrologie et génital, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D05 – Système nerveux

Domaine d'activité D05-Système nerveux : 9 177 patients dont 17% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire en Médecine générale (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (C ou V) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

### ↳ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire		Nb de patients
		Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		
		Oui	Non	
Chirurgie	Non	<b>76.7%</b>	23.3%	1 553
	Oui	<b>52.5%</b>	47.5%	282
	Nb de patients	1 330	496	1 835

52,5% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en médecine générale contre 76,7% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

### ↳ Activité de soins du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire		Nb de patients
		Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		
		Oui	Non	
Médecine	Non	<b>77.6%</b>	22.4%	6 075
	Oui	<b>65.3%</b>	34.7%	1 267
	Nb de patients	5 442	1 800	7 342

65,3% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en médecine générale contre 77,6% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,000$ ).

Tableaux 55 et 56. Recours à la médecine générale pour le système nerveux

Concernant les patients hospitalisés en activité de soins de médecine lors de leur séjour initial, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** ( $p < 0,000$ ), qu'ils soient consommateurs ou non en médecine générale en ville. Pour ceux hospitalisés en activité de soins de chirurgie, les différences ne sont pas statistiquement aussi significatives ( $p < 0,01$ )

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire			Nb de patients
		Distribution des consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale			
		1 & 2	3	4	
Chirurgie	Non	82.4%	<b>17.6%</b>	1 184	
	Oui	71.2%	<b>28.8%</b>	146	
	Nb de patients	250	1 330	1 330	

$p < 0,001$

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Chirurgie	Non	83.1%	<b>15.9%</b>	360		
	Oui	73.1%	<b>26.9%</b>	134		
	Nb de patients	97	494	494		

$p < 0,011$

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Médecine	Non	35.8%	32.3%	<b>28.1%</b>	<b>3.4%</b>	3 036
	Oui	20.6%	35.7%	<b>38.1%</b>	<b>5.4%</b>	540
	Nb de patients	1 199	1 174	1 072	131	3 576

Hospi. Initiale :	Réhospitalisation	Médecine générale ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Médecine	Non	32.2%	29.4%	<b>31.3%</b>	<b>7.0%</b>	894
	Oui	22.6%	26.5%	<b>43.7%</b>	<b>7.7%</b>	287
	Nb de patients	353	339	404	85	1 181

68

Tableaux 57 et 58. Recours à la médecine générale pour le système nerveux, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Recours aux soins infirmiers

En fonction des domaines d'activité, 31 à 69 % des patients ont consommé des soins infirmiers dans les 90 jours suivants la sortie de leur séjour initial.

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D07 – Cardio-vasculaire

Domaine d'activité « Cardio-vasculaire » : 18 308 patients dont 22% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins infirmiers

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire		Nb de patients
		Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		
		Oui	Non	
Non		69,4%	30,6%	3 889
Oui		65,4%	34,6%	529
Nb de patients		3 046	1 372	4 418

65,4% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 69,4% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative (p : 0,064).

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire		Nb de patients
		Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		
		Oui	Non	
Non		38,8%	61,2%	10 425
Oui		39,6%	60,4%	3 465
Nb de patients		5 414	8 476	13 890

39,6% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 38,8% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative (p : 0,399).

Tableaux 59 et 60. Recours aux soins infirmiers pour le cardio-vasculaire

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que l'on soit consommant ou non de soins infirmiers en ville, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveau 3** (p : < 0,000).

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire			Nb de patients
		Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale			
		1 & 2	3	4	
Non		92,2%	7,8%	2 593	
Oui		80,4%	19,6%	341	
Nb de patients		2 664	270	2 934	

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire			Nb de patients
		Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale			
		1 & 2	3	4	
Non		88,6%	11,4%	1 131	
Oui		77,3%	22,7%	176	
Nb de patients		1 138	169	1 307	

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Non		17,8%	33,4%	36,8%	12,0%	3 372
Oui		10,3%	29,3%	46,7%	13,7%	1 266
Nb de patients		731	1 497	1 833	577	4 638

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Non		22,0%	33,5%	37,7%	11,8%	4 882
Oui		12,3%	29,9%	43,6%	14,2%	1 824
Nb de patients		1 297	2 181	2 393	835	6 706

Tableaux 61 et 62. Recours aux soins infirmiers pour le cardio-vasculaire, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D01 - Digestif

Domaine d'activité D01-Digestif : 13 820 patients dont 17% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins infirmiers (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Methodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (AMI et AIS) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire		Nb de patients
		Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		
		Oui	Non	
Non		47,2%	52,8%	3 889
Oui		43,4%	56,6%	659
Nb de patients		2 122	2 426	4 548

43,4% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 47,2% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement peu significative (p : 0,038).

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire		Nb de patients
		Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		
		Oui	Non	
Non		34,5%	65,5%	7 544
Oui		36,7%	63,3%	1 728
Nb de patients		3 233	6 030	9 272

36,7% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 34,5% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement peu significative (p : 0,042).

Tableaux 63 et 64. Recours aux soins infirmiers pour le digestif

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que l'on soit consommant ou non de soins infirmiers en ville, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** ( $p < 0,000$ ).

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Non		26,3%	36,7%	30,0%	8,4%	1 801
Oui		21,2%	26,5%	39,6%	12,7%	283
Nb de patients		534	736	663	151	2 084

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Non		33,0%	33,0%	31,6%	8,3%	1 917
Oui		22,5%	36,2%	34,4%	8,9%	506
Nb de patients		747	815	703	158	2 423

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Non		38,5%	31,2%	24,2%	6,2%	1 966
Oui		23,4%	29,9%	33,6%	13,9%	354
Nb de patients		839	719	594	168	2 320

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Non		40,8%	29,7%	21,9%	5,8%	3 244
Oui		24,5%	30,9%	34,3%	8,9%	831
Nb de patients		1 526	1 222	1 063	264	4 075

Tableaux 65 et 66. Recours aux soins infirmiers pour le digestif, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D09 - Pneumologie

Domaine d'activité D09-Pneumologie : 13 011 patients dont 24% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins infirmiers (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (AMI et AIS) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

### ↳ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire		Nb de patients
		Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		
		Oui	Non	
Non		51,7%	48,3%	290
Oui		45,8%	54,2%	59
Nb de patients		177	172	349

45,8% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 51,7% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative ( $p = 0,244$ ).

### ↳ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire		Nb de patients
		Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		
		Oui	Non	
Non		31,4%	68,6%	9 658
Oui		30,1%	69,9%	3 004
Nb de patients		3 935	8 727	12 662

30,1% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 31,4% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative ( $p = 0,103$ ).

Tableaux 67 et 68. Recours aux soins infirmiers pour la pneumologie

Concernant les patients hospitalisés en activité de soins de médecine lors de leur séjour initial, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** ( $p < 0,000$ ), qu'ils soient **consommants** ou non en médecine générale en ville. Pour ceux hospitalisés en activité de soins de chirurgie, les différences sont statistiquement non significatives ( $p > 0,05$ ).

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire		Nb de patients
		Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale		
		1 & 2	3 & 4	
Non		65,3%	34,7%	124
Oui		65,4%	34,6%	26
Nb de patients		52	150	150

$p = 0,993$

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Non		15,2%	30,3%	47,7%	6,7%	2 716
Oui		9,0%	27,2%	54,3%	9,5%	876
Nb de patients		493	1 061	1 772	266	3 592

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1 & 2	3 & 4			
Non		33,0%		67,0%	97	
Oui		46,2%		53,8%	26	
Nb de patients		79		123	123	

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire				Nb de patients
		Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				
		1	2	3	4	
Non		18,4%	26,6%	46,7%	4,1%	5 653
Oui		11,1%	26,3%	38,3%	1,7%	1 976
Nb de patients		1 258	2 020	3 837	514	7 629

Tableaux 69 et 70. Recours aux soins infirmiers pour la pneumologie, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D15 – Uro-néphrologie et génital

Domaine d'activité D15-Uro-néphro. et génital : 9 666 patients dont 21% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins infirmiers (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (AMI et AIS) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
Non		36,5%	63,5%	3 300
Oui		41,5%	58,5%	650
Nb de patients		1 474	2 476	3 950

41,5% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 36,5% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : 0,009).

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
Non		39,7%	60,3%	4 313
Oui		38,1%	61,9%	1 403
Nb de patients		2 248	3 468	5 716

38,1% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 39,7% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative (p : 0,153).

Tableaux 71 et 72. Recours aux soins infirmiers pour l'uro-néphrologie et génital

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que le patient soit consommant ou non de soins infirmiers en ville, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** (p : < 0,000).

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	31,9%	38,3%	22,6%	
Oui	17,4%	38,5%	48,9%	15,2%	270	
Nb de patients		430	564	349	127	1 470

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	19,7%	21,2%	39,1%	
Oui	10,2%	22,3%	55,2%	34,2%	479	
Nb de patients		341	421	613	584	1 959

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	35,4%	45,6%	14,0%	
Oui	25,3%	33,4%	39,5%	10,8%	380	
Nb de patients		838	1 082	426	130	2 476

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	24,0%	20,4%	26,5%	
Oui	11,7%	15,7%	39,3%	42,8%	752	
Nb de patients		615	566	799	970	2 950

Tableaux 73 et 74. Recours aux soins infirmiers pour l'uro-néphrologie et génital, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D05 – Système nerveux

Domaine d'activité D05-Système nerveux : 9 177 patients dont 17% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins infirmiers (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (AMI et AIS) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
Non		45,3%	54,7%	1 553
Oui		34,4%	65,6%	282
Nb de patients		801	1 034	1 835

34,4% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 45,3% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
Non		31,2%	68,8%	6 075
Oui		32,8%	67,2%	1 267
Nb de patients		2 308	5 034	7 342

32,8% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte en soins infirmiers contre 31,2% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative (p : 0,141).

Tableaux 75 et 76. Recours aux soins infirmiers pour le système nerveux

Concernant les patients hospitalisés en activité de soins de médecine lors de leur séjour initial, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** ( $p : < 0,000$ ), qu'ils soient **consommateurs** ou non en médecine générale en ville. Pour ceux hospitalisés en activité de soins de chirurgie, les différences ne sont pas statistiquement aussi significatives ( $p : < 0,01$ )

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale		Nb de patients
		1 & 2	3 & 4	
	Non	84,6%	15,4%	701
	Oui	74,0%	26,0%	96
	Nb de patients	133	797	797

$p : 0,009$

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Distribution des consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
	Non	29,7%	36,0%	30,6%	3,9%	1 177
	Oui	17,4%	34,5%	41,3%	6,8%	281
	Nb de patients	398	521	479	60	1 458

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale		Nb de patients
		1 & 2	3 & 4	
	Non	80,9%	19,1%	843
	Oui	71,2%	28,8%	184
	Nb de patients	214	1 027	1 027

$p : 0,003$

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins infirmiers en ambulatoire Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
	Non	37,3%	29,8%	20,4%	4,3%	2 753
	Oui	23,3%	31,5%	23,4%	5,9%	546
	Nb de patients	1 154	992	997	156	3 299

70

Tableaux 77 et 78. Recours aux soins infirmiers pour le système nerveux, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Recours à la kinésithérapie

En fonction des domaines d'activité, 16 à 51 % des patients ont consommé des actes de masso-kinésithérapie dans les 90 jours suivants la sortie de leur séjour initial.

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D07 – Cardio-vasculaire

Domaine d'activité « Cardio-vasculaire » : 18 308 patients dont 22% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins de kinésithérapie

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

#### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
	Non	23,9%	76,1%	3 889
	Oui	22,9%	77,1%	529
	Nb de patients	1 049	3 369	4 418

22,9% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 23,9% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative ( $p : 0,663$ ).

#### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
	Non	31,8%	68,2%	10 425
	Oui	29,4%	70,6%	3 465
	Nb de patients	4 331	9 559	13 890

29,4% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 31,8% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement peu significative ( $p : 0,011$ ).

Tableaux 79 et 80. Recours à la kinésithérapie pour le cardio-vasculaire

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que l'on soit consommant ou non de soins de kinésithérapie en ville, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveau 3** ( $p : < 0,000$ ).

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale		Nb de patients
		1 & 2	3 & 4	
	Non	88,3%	11,7%	891
	Oui	79,2%	20,8%	120
	Nb de patients	882	129	1 011

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
	Non	15,6%	32,1%	38,9%	14,2%	2 554
	Oui	10,1%	28,1%	46,8%	14,8%	917
	Nb de patients	491	1 077	1 405	498	3 471

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
	Non	72,9%	19,0%	8,7%	1,3%	2 833
	Oui	57,7%	21,7%	18,6%	4,0%	397
	Nb de patients	2 295	625	257	53	3 230

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommateurs selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
	Non	22,4%	34,1%	33,7%	10,8%	5 700
	Oui	12,1%	30,3%	44,0%	13,6%	2 173
	Nb de patients	1 537	2 601	2 821	914	7 873

Tableaux 81 et 82. Recours à la kinésithérapie pour le cardio-vasculaire, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial



## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D01 - Digestif

Domaine d'activité D01-Digestif : 13 820 patients dont 17% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins de kinésithérapie (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (AMK et AMC) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
	Non	23,9%	76,1%	3 889
	Oui	22,9%	77,1%	659
	Nb de patients	1 082	3 466	4 548

22,9% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 23,9% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative (p : 0,302).

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
	Non	25,3%	74,7%	7 544
	Oui	22,4%	77,6%	1 728
	Nb de patients	2 298	6 974	9 272

25,3% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 22,4% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement significative (p : 0,006).

Tableaux 83 et 84. Recours à la kinésithérapie pour le digestif

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que l'on soit consommant ou non de soins de kinésithérapie en ville, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** (p : < 0,000).

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	27,9%	30,0%	39,7%	
Oui	14,6%	31,9%	37,5%	16,0%	144	
	Nb de patients	264	307	339	105	1 015

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	32,4%	32,2%	28,2%	
Oui	17,8%	31,7%	37,0%	13,5%	303	
	Nb de patients	475	515	479	135	1 604

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	34,1%	35,0%	26,2%	
Oui	24,7%	27,4%	35,2%	12,0%	493	
	Nb de patients	1 109	1 148	918	214	3 389

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	39,7%	30,5%	24,1%	
Oui	25,5%	33,3%	33,4%	7,8%	1 034	
	Nb de patients	1 798	1 522	1 287	287	4 894

33

Tableaux 85 et 86. Recours à la kinésithérapie pour le digestif, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D09 - Pneumologie

Domaine d'activité D09-Pneumologie : 13 011 patients dont 24% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins de kinésithérapie (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (AMK et AMC) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
	Non	51,4%	48,6%	290
	Oui	44,1%	55,9%	59
	Nb de patients	175	174	349

44,1% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 51,4% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative (p : 0,189).

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
	Non	40,9%	59,1%	9 658
	Oui	36,0%	64,0%	3 004
	Nb de patients	5 033	7 629	12 662

36,0% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 40,9% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

Tableaux 87 et 88. Recours à la kinésithérapie pour la pneumologie

Concernant les patients hospitalisés en activité de soins de médecine lors de leur séjour initial, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** ( $p < 0,000$ ), qu'ils soient **consommants** ou non en médecine générale en ville. Pour ceux hospitalisés en activité de soins de chirurgie, les différences sont statistiquement non significatives ( $p > 0,05$ )

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1 & 2		3 & 4		
		1	2	3	4	
Non		48,8%		51,2%	121	
Oui		50,0%		50,0%	24	
Nb de patients		74		145	145	

$p : 0,544$

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1		2		
		1	2	3	4	
Non		18,3%	24,9%	49,5%	17,2%	3 299
Oui		9,3%	24,8%	56,7%	9,2%	1 037
Nb de patients		701	1 080	2 215	340	4 336

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1 & 2		3 & 4		
		1	2	3	4	
Non		54,0%		46,0%	100	
Oui		60,7%		39,3%	28	
Nb de patients		57		128	128	

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1		2		
		1	2	3	4	
Non		16,7%	29,6%	47,7%	6,0%	5 070
Oui		11,2%	27,5%	53,9%	7,4%	1 815
Nb de patients		1 050	2 001	3 394	440	6 885

Tableaux 89 et 90. Recours à la kinésithérapie pour la pneumologie, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D15 – Uro-néphrologie et génital

Domaine d'activité D15-Uro-néphro. et génital : 9 666 patients dont 21% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins de kinésithérapie (suite)

Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (AMK et AMC) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

#### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
		Non	19,0%	
Oui	15,8%	84,2%	650	
Nb de patients		729	3 221	3 950

15,8% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 19,0% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement peu significative ( $p : 0,033$ ).

#### Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
		Non	31,3%	
Oui	31,2%	68,8%	1 403	
Nb de patients		1 789	3 927	5 716

31,2% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 31,3% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement non significative ( $p : 0,485$ ).

Tableaux 91 et 92. Recours à la kinésithérapie pour l'uro-néphrologie et génital

Quelle que soit l'activité de soins du séjour initial (chirurgie ou médecine), que le patient soit consommant ou non de soins de kinésithérapie en ville, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** ( $p < 0,000$ ).

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	31,9%	39,7%	50,3%	
Oui	13,0%	32,0%	37,3%	16,3%	103	
Nb de patients		213	281	167	66	727

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	22,9%	13,9%	26,2%	
Oui	9,5%	15,7%	30,7%	44,1%	388	
Nb de patients		309	226	431	609	1 575

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	34,7%	43,7%	57,6%	
Oui	23,6%	36,2%	26,3%	11,9%	547	
Nb de patients		1 055	1 365	608	191	3 219

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1	2	3	4	
		Non	22,0%	24,0%	23,1%	
Oui	11,9%	19,5%	30,5%	30,2%	843	
Nb de patients		647	761	981	945	3 334

Tableaux 93 et 94. Recours à la kinésithérapie pour l'uro-néphrologie et génital, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D05 – Système nerveux

Domaine d'activité D05-Système nerveux : 9 177 patients dont 17% réhospitalisés

↳ Consommation ambulatoire de soins de kinésithérapie (suite)

**Période prise en compte pour l'analyse : Délai de consommation de 90 jours en ambulatoire**

### Méthodologie

- Consommant : Patients ayant eu au moins un acte (AMK et AMC) en ambulatoire dans les 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial ;
- Non consommant : Patients n'ayant eu aucun de ces actes en ambulatoire ainsi que ceux ayant eu un acte au-delà de 90 jours après la date de sortie de leur séjour initial.

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Chirurgie

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
Non		47,1%	52,9%	1 553
Oui		30,1%	69,9%	282
	Nb de patients	817	1 018	1 835

30,1% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 47,7% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

#### ➤ Activité de soins lors du 1<sup>er</sup> séjour : Médecine

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Consommation dans un délai de 90 jours au plus :		Nb de patients
		Oui	Non	
Non		42,1%	57,9%	6 078
Oui		34,7%	65,3%	1 261
	Nb de patients	2 997	4 345	7 342

34,7% des patients réhospitalisés ont eu au moins un acte de kinésithérapie contre 42,1% des non réhospitalisés. Cette différence est statistiquement très significative (p : < 0,000).

Tableaux 95 et 96. Recours à la kinésithérapie pour le système nerveux

Concernant les patients hospitalisés en activité de soins de médecine lors de leur séjour initial, on constate une **plus grande fréquence de réhospitalisations** en cas de **sévérité de niveaux 3 et 4** (p : < 0,000), qu'ils soient **consommants** ou non en médecine générale en ville. Pour ceux hospitalisés en activité de soins de chirurgie, les différences ne sont pas statistiquement aussi significatives (p : < 0,01)

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1 & 2		3 & 4		
		1	2	3	4	
Non		80,9%		19,1%		727
Oui		66,7%		33,3%		84
	Nb de patients	167		811		811

p : 0,003

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1		2		
		1	2	3	4	
Non		32,7%	31,8%	33,4%	4,1%	1 576
Oui		20,6%	32,3%	40,5%	6,5%	291
	Nb de patients	575	595	613	84	1 867

Hospi. initiale : Chirurgie	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1 & 2		3 & 4		
		1	2	3	4	
Non		84,1%		15,9%		817
Oui		74,5%		25,5%		196
	Nb de patients	180		1 013		1 013

p : 0,003

Hospi. initiale : Médecine	Réhospitalisation	Soins de kinésithérapie en ambulatoire Distribution des non consommants selon le niveau de sévérité du GHM de l'hospitalisation initiale				Nb de patients
		1		2		
		1	2	3	4	
Non		36,6%	31,6%	37,0%	4,7%	2 354
Oui		21,6%	32,6%	39,7%	6,0%	536
	Nb de patients	977	918	863	132	2 890

77

Tableaux 97 et 98. Recours à la kinésithérapie pour le système nerveux, en fonction du niveau de sévérité et du type du séjour initial

## Délai de recours aux soins ambulatoires

Comparaison du délai de recours à des soins ambulatoires des patients âgés de 80 ans et plus réhospitalisés (courbes rouges) ou non réhospitalisés (courbes vertes) dans les 90 jours suivant la sortie d'un séjour hospitalier initial en 2016 en Ile-de-France :

- à la sortie de chirurgie, le délai moyen varie entre 3 et 17 jours pour les patients réhospitalisés et entre 14 et 93 jours pour les patients non réhospitalisés ;
- à la sortie de service de médecine, le délai moyen varie entre 5 et 13 jours pour les patients réhospitalisés et entre 28 et 69 jours pour les patients non réhospitalisés.

## Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D07 – Cardio-vasculaire

18 308 patients ont été hospitalisés en 2016 avec un domaine d'activité cardio-vasculaire dont 22 % réhospitalisés.

Le délai moyen (médian) de la 1<sup>ère</sup> consultation à la sortie du séjour initial en **service de chirurgie** est de :

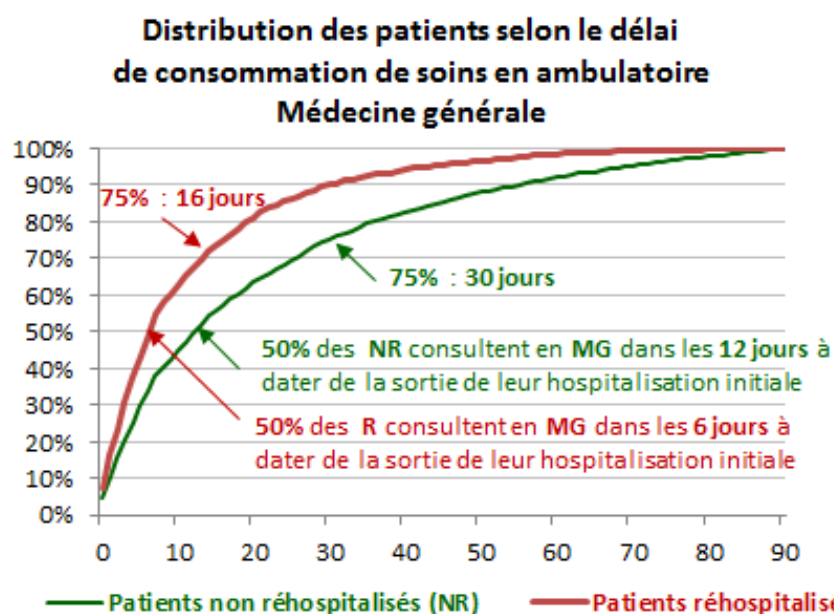
- 16,5 jours (9,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 40,9 jours (21,0 jours) pour les patients non réhospitalisés (p < 0,000) ;
- 2,7 jours (2,0 jours) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 13,8 jours (2,0 jours) pour les patients non réhospitalisés (p < 0,000) ;
- 8,8 jours (2,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 74,0 jours (25,0 jours) pour les patients non réhospitalisés (p < 0,000).

Le délai moyen (médian) de la 1ère consultation à la sortie du séjour initial en **service de médecine** est de :

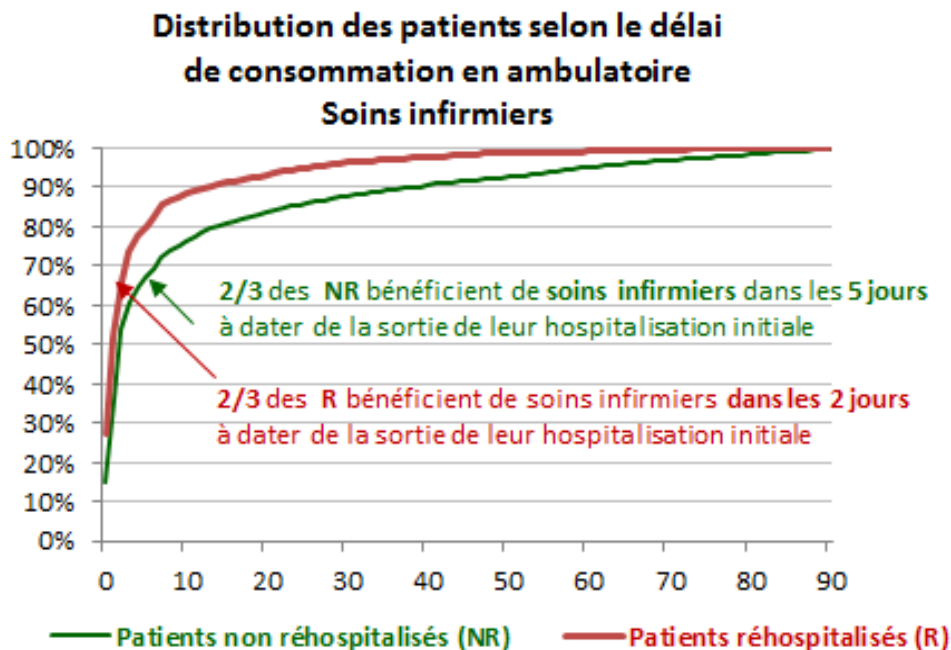
- 11,4 jours (7,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 29,2 jours (13,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 5,4 jours (1,0 jours) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 53,0 jours (10,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 6,6 jours (13,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 60,5 jours (11,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ).

Quel que soit l'acte dispensé en ambulatoire (médecine générale, soins infirmiers ou kinésithérapie), les patients réhospitalisés ont recours à des soins dans des délais plus courts comparativement aux patients non réhospitalisés :

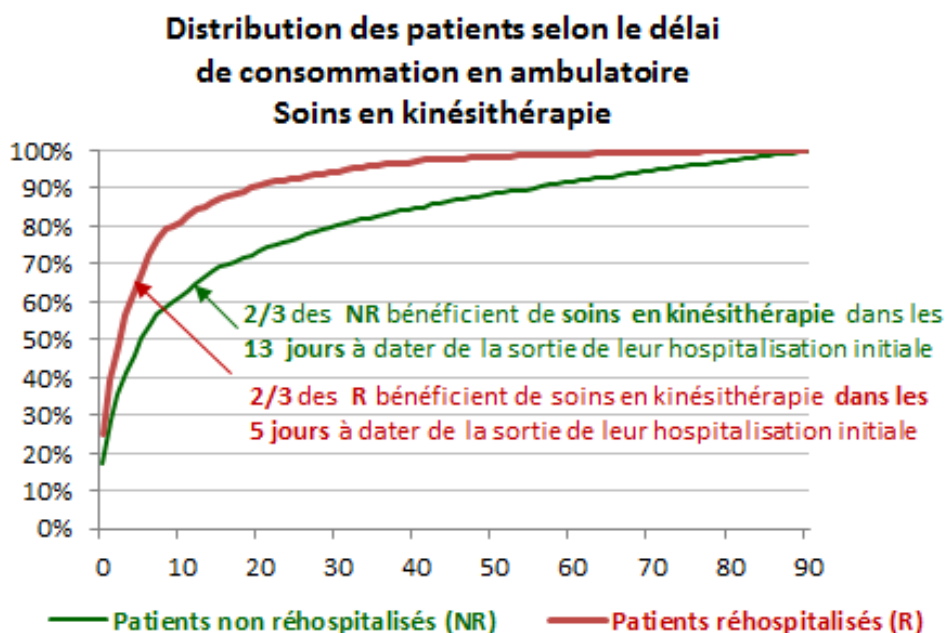
- 6 jours en médecine générale pour 50 % des patients réhospitalisés contre 12 jours pour 50% des patients non réhospitalisés ;
- 2 jours en soins infirmiers pour 2/3 des patients réhospitalisés contre 5 jours pour 2/3 des patients non réhospitalisés ;
- 5 jours en kinésithérapie pour 2/3 des patients réhospitalisés contre 13 jours pour 2/3 des patients non réhospitalisés.



Graphique 16. Délai de recours à la médecine générale pour le cardio-vasculaire



Graphique 17. Délai de recours aux soins infirmiers pour le cardio-vasculaire



Graphique 18. Délai de recours à la kinésithérapie pour le cardio-vasculaire

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D01 – Digestif

13 820 patients ont été hospitalisés en 2016 avec un domaine d'activité digestif dont 17 % réhospitalisés.

Le délai moyen (médian) de la 1<sup>ère</sup> consultation à la sortie de l'hospitalisation initiale en **service de chirurgie** est de :

- 12,8 jours (6,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 37,1 jours (19,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 4,1 jours (1,0 jour) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 35,4 jours (2,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;

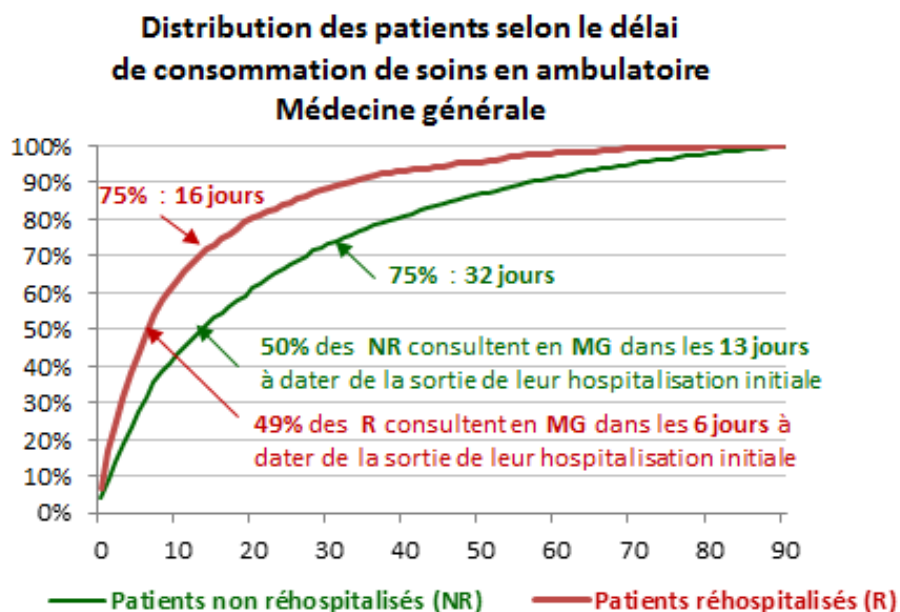
- 7,3 jours (3,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 74,1 jours (29,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ).

Le délai moyen (médian) de la 1ère consultation à la sortie de l'hospitalisation initiale en **service de médecine** est de :

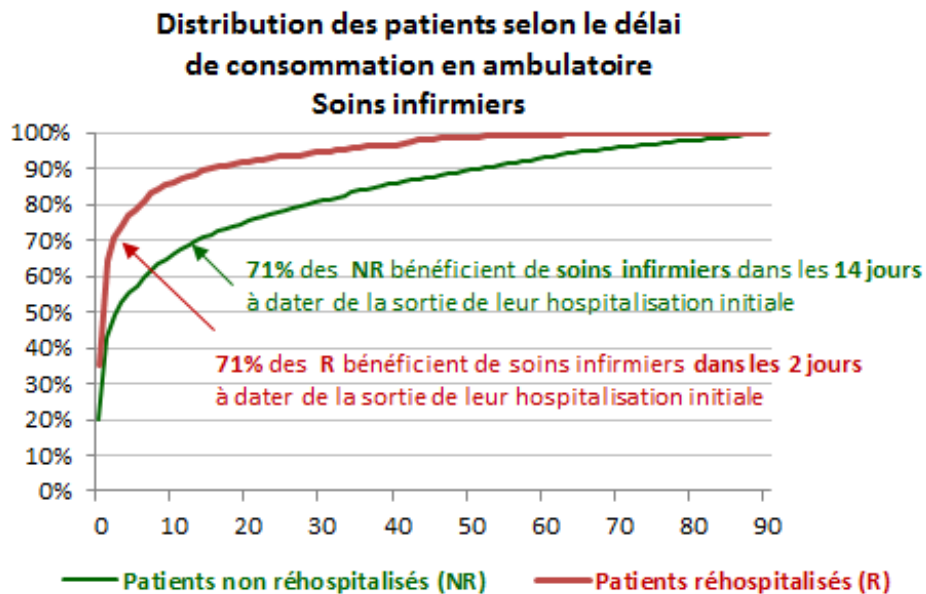
- 12,5 jours (7,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 32,0 jours (15,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 5,7 jours (1,0 jour) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 64,8 jours (22,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 8,0 jours (3,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 69,2 jours (20,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ).

Quel que soit l'acte dispensé en ambulatoire (médecine générale, soins infirmiers ou soins de kinésithérapie), les patients réhospitalisés ont disposé de soins dans des délais plus courts comparativement aux patients non réhospitalisés :

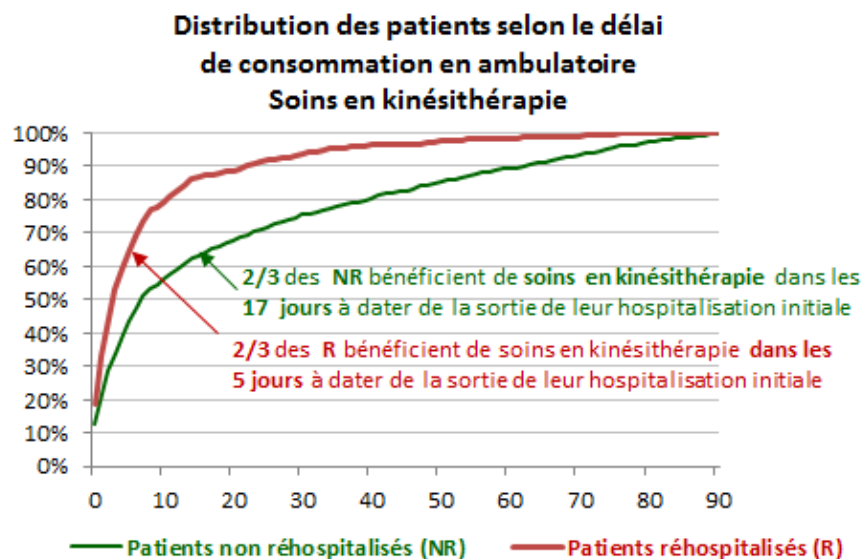
- 6 jours en médecine générale pour près de 49 % des patients réhospitalisés contre 13 jours pour 50 % des patients non réhospitalisés ;
- 2 jours en soins infirmiers pour 71 % des patients réhospitalisés contre 14 jours pour 71 % des patients non réhospitalisés ;
- 5 jours en soins en kinésithérapie pour 2/3 des patients réhospitalisés contre 17 jours pour 2/3 des patients non réhospitalisés.



Graphique 19. Délai de recours à la médecine générale pour le digestif



Graphique 20. Délai de recours aux soins infirmiers pour le digestif



Graphique 21. Délai de recours à la kinésithérapie pour le digestif

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D09 – Pneumologie

13 011 patients ont été hospitalisés en 2016 avec un domaine d'activité pneumologie dont 24 % réhospitalisés.

Le délai moyen (médian) de la 1ère consultation à la sortie de l'hospitalisation initiale en **service de chirurgie** est de :

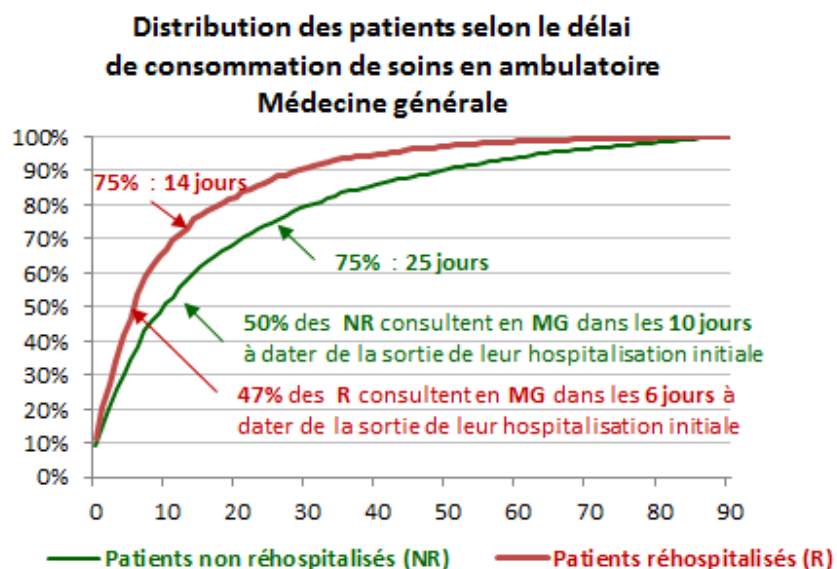
- 16,5 jours (6,5 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 31,6 jours (14,0 jours) pour les patients non réhospitalisés (p 0,423) ;
- 4,2 jours (1,0 jour) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 37,3 jours (5,0 jours) pour les patients non réhospitalisés (p 0,001) ;
- 4,0 jours (2,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 36,2 jours (9,0 jours) pour les patients non réhospitalisés (p < 0,000).

Le délai moyen (médian) de la 1ère consultation à la sortie de l'hospitalisation initiale en **service de médecine** est de :

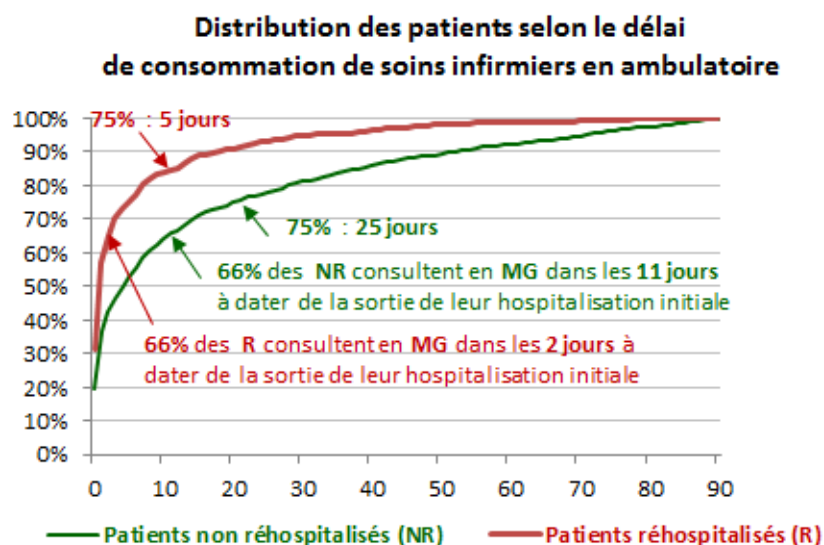
- 10,9 jours (6,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 28,3 jours (12,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 6,0 jours (1,0 jour) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 57,6 jours (12,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 5,7 jours (2,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 42,5 jours (5,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ).

Quel que soit l'acte dispensé en ambulatoire (médecine générale, soins infirmiers ou soins de kinésithérapie), les patients réhospitalisés ont disposé de soins dans des délais plus courts comparativement aux patients non réhospitalisés :

- 6 jours en médecine générale pour près de 47 % des patients réhospitalisés contre 10 jours pour 50 % des patients non réhospitalisés ;
- 2 jours en soins infirmiers pour 66 % des patients réhospitalisés contre 11 jours pour 66 % des patients non réhospitalisés ;
- 2 jours en soins en kinésithérapie pour 54 % des patients réhospitalisés contre 3 jours pour 50 % des patients non réhospitalisés.

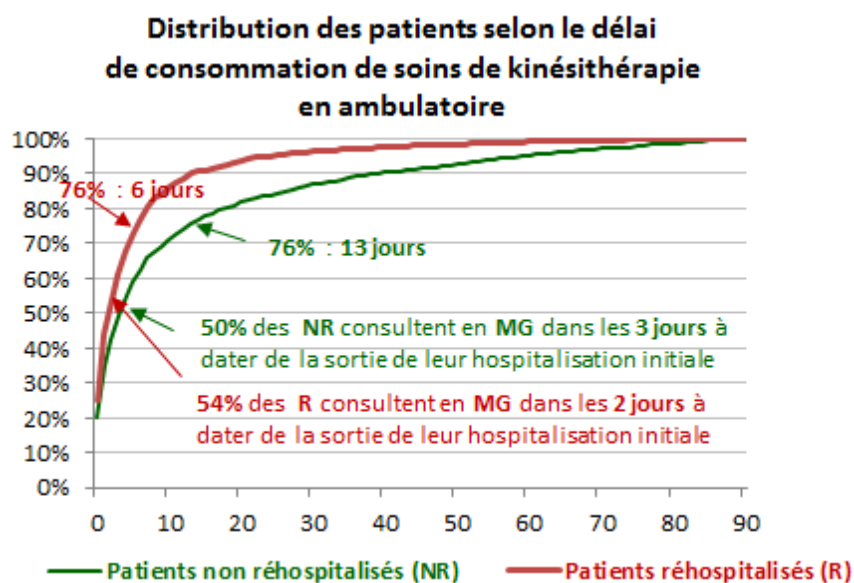


Graphique 22. Délai de recours à la médecine générale pour la pneumologie



Graphique 23. Délai de recours aux soins infirmiers pour la pneumologie





Graphique 24. Délai de recours à la kinésithérapie pour la pneumologie

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D15 – Uro-néphrologie et génital

9 666 patients ont été hospitalisés en 2016 avec un domaine d'activité uro-néphrologie et génital dont 21 % réhospitalisés.

Le délai moyen (médian) de la 1<sup>ère</sup> consultation à la sortie de l'hospitalisation initiale en **service de chirurgie** est de :

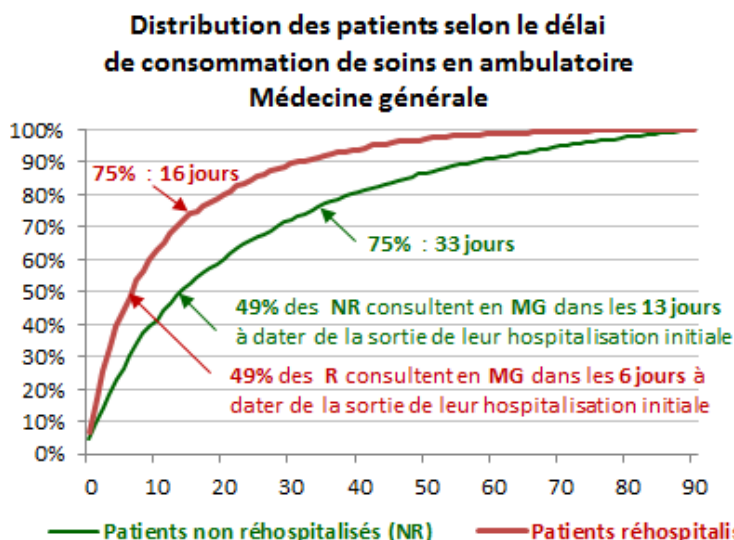
- 13,7 jours (8,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 41,3 jours (22,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 6,8 jours (1,0 jour) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 69,1 jours (15,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 11,8 jours (3,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 92,7 jours (47,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ).

Le délai moyen (médian) de la 1<sup>ère</sup> consultation à la sortie de l'hospitalisation initiale en **service de médecine** est de :

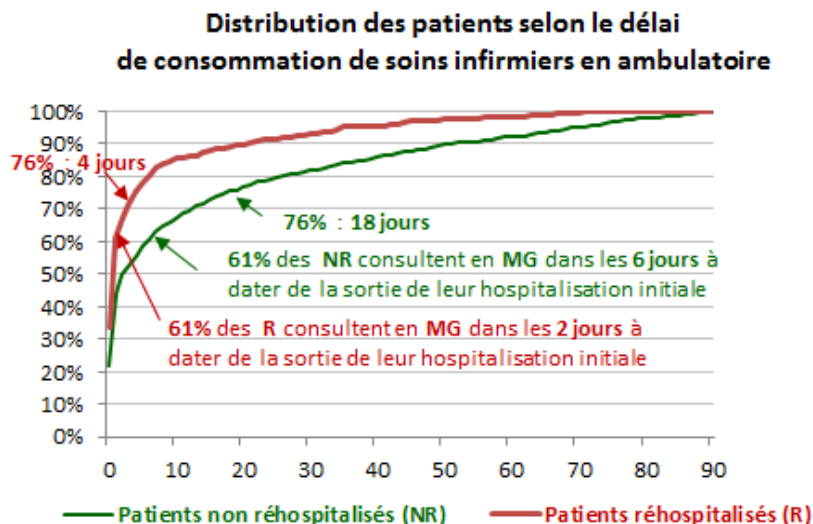
- 11,3 jours (6,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 30,5 jours (13,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 5,8 jours (1,0 jour) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 44,0 jours (6,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 5,8 jours (2,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 55,3 jours (11,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ).

Quel que soit l'acte dispensé en ambulatoire (médecine générale, soins infirmiers ou soins de kinésithérapie), les patients réhospitalisés ont disposé de soins dans des délais plus courts comparativement aux patients non réhospitalisés :

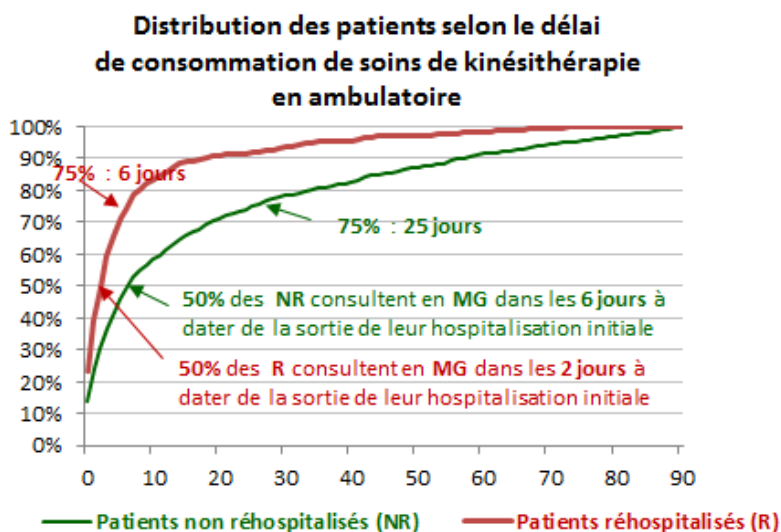
- 6 jours en médecine générale pour près de 49 % des patients réhospitalisés contre 13 jours pour 49 % des patients non réhospitalisés ;
- 2 jours en soins infirmiers pour 61 % des patients réhospitalisés contre 6 jours pour 61 % des patients non réhospitalisés ;
- 2 jours en soins en kinésithérapie pour 50 % des patients réhospitalisés contre 6 jours pour 50 % des patients non réhospitalisés.



Graphique 25. Délai de recours à la médecine générale pour l'uro-néphrologie et génital



Graphique 26. Délai de recours aux soins infirmiers pour l'uro-néphrologie et génital



Graphique 27. Délai de recours à la kinésithérapie pour l'uro-néphrologie et génital

### Domaine d'activité de l'hospitalisation initiale D05 – Système nerveux

9 177 patients ont été hospitalisés en 2016 avec un domaine d'activité système nerveux dont 17 % réhospitalisés.

Le délai moyen (médian) de la 1ère consultation à la sortie de l'hospitalisation initiale en **service de chirurgie** est de :

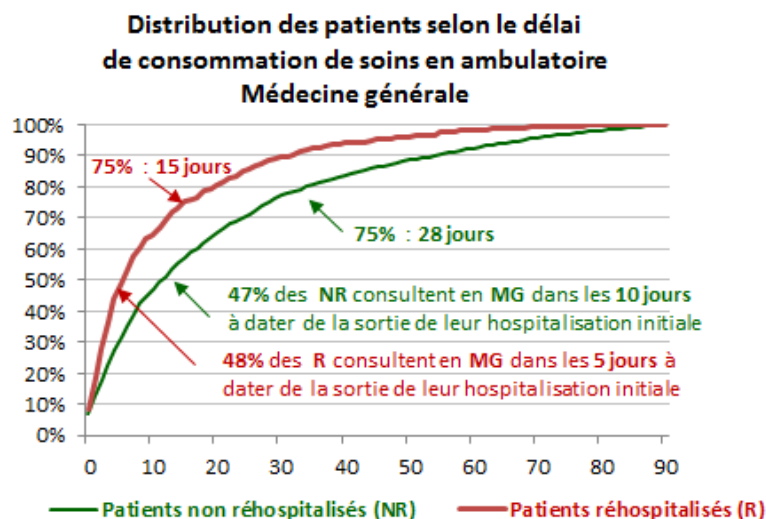
- 11,0 jours (6,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 32,3 jours (15,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 3,9 jours (1,0 jour) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 37,1 jours (3,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 5,5 jours (3,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 41,4 jours (7,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ).

Le délai moyen (médian) de la 1ère consultation à la sortie de l'hospitalisation initiale en **service de médecine** est de :

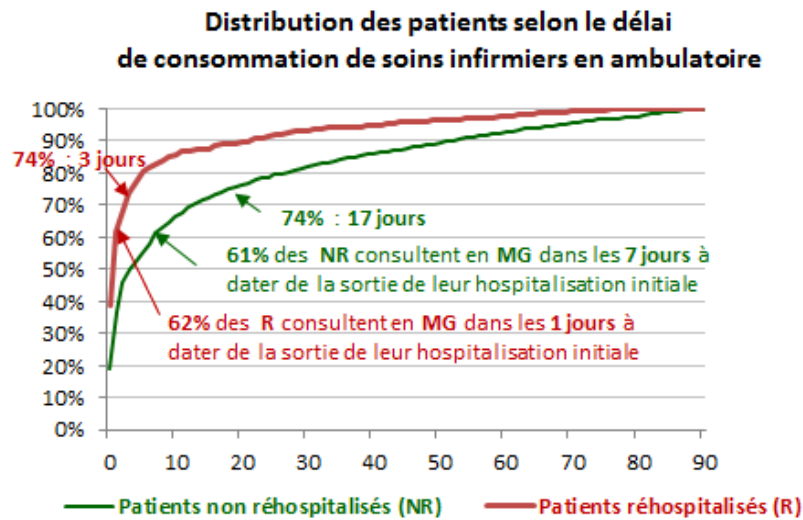
- 11,9 jours (6,0 jours) en médecine générale pour les patients réhospitalisés contre 30,5 jours (14,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 6,8 jours (1,0 jour) en soins infirmiers pour les patients réhospitalisés contre 62,1 jours (16,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ) ;
- 8,2 jours (4,0 jours) en soins de kinésithérapie pour les patients réhospitalisés contre 48,2 jours (10,0 jours) pour les patients non réhospitalisés ( $p < 0,000$ ).

Quel que soit l'acte dispensé en ambulatoire (médecine générale, soins infirmiers ou soins de kinésithérapie), les patients réhospitalisés ont disposé de soins dans des délais plus courts comparativement aux patients non réhospitalisés :

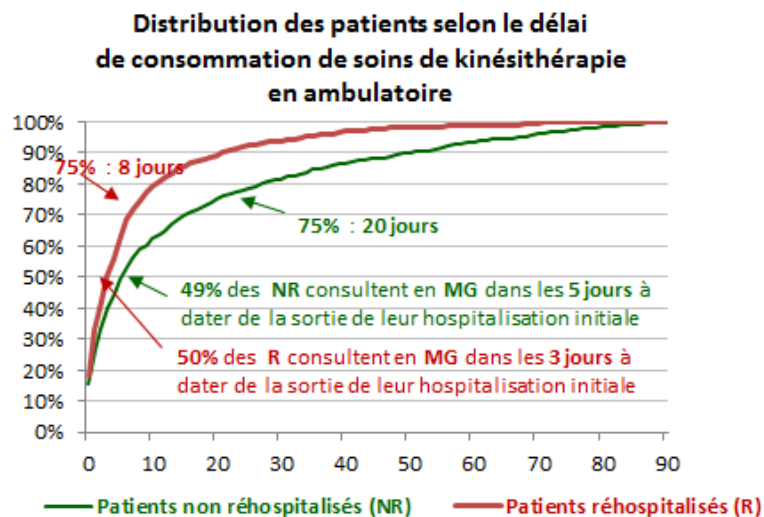
- 5 jours en médecine générale pour près de 48 % des patients réhospitalisés contre 10 jours pour 47 % des patients non réhospitalisés ;
- 1 jour en soins infirmiers pour 62 % des patients réhospitalisés contre 7 jours pour 61 % des patients non réhospitalisés ;
- 3 jours en soins en kinésithérapie pour 50 % des patients réhospitalisés contre 5 jours pour 49% des patients non réhospitalisés.



Graphique 28. Délai de recours à la médecine générale pour le système nerveux



Graphique 29. Délai de recours aux soins infirmiers pour le système nerveux



Graphique 30. Délai de recours à la kinésithérapie pour le système nerveux

## 4- Groupe de travail

### Calendrier

L'étude a été conduite par la direction de la stratégie de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS) en 2017.

Un groupe de travail a participé à la définition de la méthode de l'étude, à la vérification de la cohérence des résultats et à son analyse. Les participants ont contribué par voie électronique ou au cours de trois réunions en juillet, octobre et décembre 2017 ; ils ont relu le rapport en 2018.

### Composition du groupe

*Par ordre alphabétique :*

D<sup>r</sup> Sophie BATAILLE, référente thématique pour les maladies cardiovasculaires à l'ARS

D<sup>r</sup> Elise BLERY, responsable du département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS

D<sup>r</sup> Nathalie CERVANTES, chef du service de médecine gériatrique et polyvalente au centre hospitalier Sud-Francilien (Essonne)

D<sup>r</sup> Sophie de CHAMBINE, chef du service Parcours patients et organisations médicales innovantes au siège de l'AP-HP

D<sup>r</sup> Laure DAO-THEPOT gériatre au sein de l'équipe mobile de gériatrie du centre hospitalier Sud-Francilien (Essonne)

Gilles ECHARDOUR, délégué départemental de Paris à l'ARS

P<sup>r</sup> Olivier HANON, gériatre à l'hôpital Cochin (Paris), AP-HP, vice-président de la Société française de gériatrie et gérontologie, chef de service

Abdel IAZZA, infirmier libéral, élu de l'Union régionale des professionnels de santé libéraux (URPS) infirmiers d'Ile-de-France

D<sup>r</sup> Eric JACQUES, urgentiste, praticien hospitalier (PH) à l'hôpital Simone-Veil (Val-d'Oise), chef de pôle

Pascal LASALLE, statisticien au département des études à l'ARS

D<sup>r</sup> Rémi LECOENT, responsable du secteur médico-social à la délégation départementale du Val d'Oise de l'ARS

P<sup>r</sup> Eric LEPAGE, directeur du pôle information et données en santé à l'ARS

Delphine DUPRE-LEVEQUE, responsable du secteur Personnes âgées à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

D<sup>r</sup> Samia LEVY-DJEBBOUR, chef de projet au département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS

D<sup>r</sup> Marina MARTINOWSKY, chef de projet au département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS

D<sup>r</sup> Michel MARTY, responsable de la mission établissements de santé parcours et services en santé à la Direction régionale du service médical d'Ile-de-France de l'Assurance maladie

D<sup>r</sup> Axelle MENU, responsable du département des études à l'ARS

Alain MICHAULT, statisticien au département des études à l'ARS

Sophie MICHEL, directrice de l'URPS infirmiers

Charlotte ROUDIER-DAVAL, chef de projet au département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS

P<sup>r</sup> Olivier SAINT-JEAN, gériatre à l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris), AP-HP, chef de service

D<sup>r</sup> Oriana SALTEL-FULERO, hôpital Cochin-Celton (Paris), AP-HP

D<sup>r</sup> Albert SCÉMAMA, chef de projet à la Haute Autorité de santé

D<sup>r</sup> Philippe TAURAND, gériatre, PH à l'hôpital Simone-Veil (Val-d'Oise), chef de pôle

## 5- Sigles

*Par ordre d'apparition dans le texte*

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

RH30 : réhospitalisation à 30 jours

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

MCO : service de médecine-chirurgie-obstétrique

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

CLCC : centre de lutte contre le cancer

GHM : groupe homogène de malades

IDE : infirmier diplômé d'état

PMSI-MCO : programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

UGA : unité de gériatrie aigüe

HPE : hospitalisations potentiellement évitables

ACO : *Accountable Care Organizations*

CMD : catégorie majeure de diagnostic

CHU : centre hospitalo-universitaire

CH : centre hospitalier

ARS : Agence régionale de santé d'Ile-de-France

URPS : Union régionale des professionnels de santé libéraux

PH : praticien hospitalier



Direction de la stratégie

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)

Directeur de Publication : Aurélien Rousseau - © ARS Île-de-France  
Date : décembre 2018 - -

Dépôt légal :

N° ISBN : 978-2-36950-106-0