

RAPPORT

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

Décembre 2018

Sommaire

Synthèse	3
Eviter des hospitalisations	4
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
Réhospitalisations en MCO	7
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
Illustration clinique	17
Cas clinique.....	17
Propositions afin de limiter les ré-hospitalisations évitables.....	18
Enseignements apportés par l'étude	19
1- Interprétation des résultats	19
2- Limites	19
Qualité et exhaustivité des données	19
Problématique posée	20
3- Perspectives	20
Annexes	22
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-	Groupe de travail	27
	Calendrier.....	27
	Composition du groupe	27
4-	Sigles.....	28

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 réhospitalisations¹ est un des moyens d'évaluer cette coordination. La Haute Autorité de santé a publié en 2013 une fiche² 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 favorisant 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 réhospitalisations³ 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.

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

² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees

³ <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 réhospitalisations⁴ est un des moyens d'évaluer l'amélioration de cette coordination, en particulier dans les territoires où se déploient les projets e-parcours⁵. 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 jours⁶ (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.

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

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

⁶ <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 PAERPA⁷ 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 expérimentation⁸ 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 statistiques⁹ 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 âgée¹⁰ 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 EHPAD¹¹ avec notamment la mise en place de dossiers de liaison d'urgence¹². Une circulaire de la DGOS¹³ 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.

⁷ <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>

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

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

¹⁰ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees

¹¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad

¹² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu

¹³ 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 économiques¹⁴, 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 %
Nombre de séjours	1 669 773	271 484	16 %

¹⁴ <https://www.insee.fr/fr/accueil>

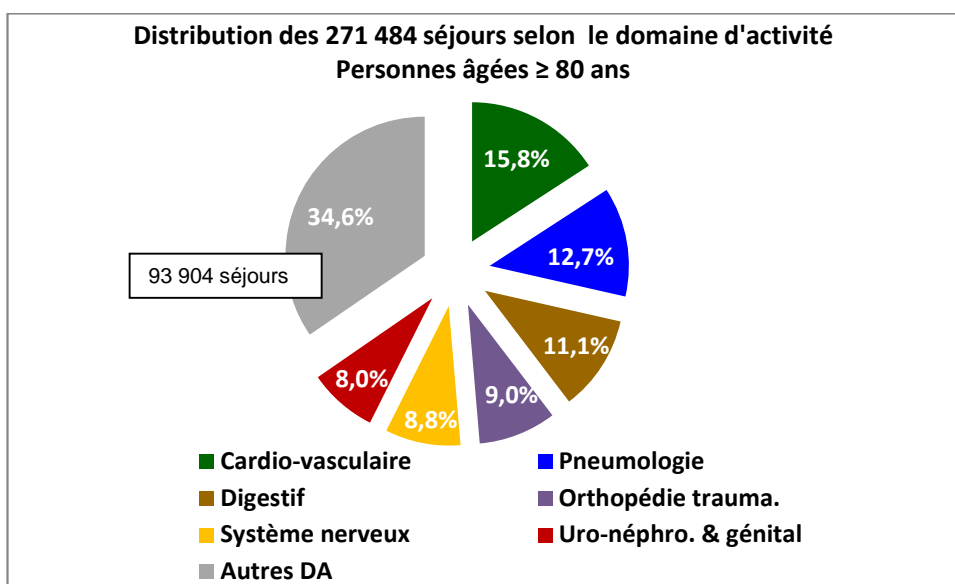
Nombre de patients	1 168 789	150 305	13 %
Séjours/patients	1.4	1.8	
France entière 2016 Hospitalisations en MCO	Tous âges	80 ans et plus	Part des 80 ans et plus
Nombre de séjours	9 130 645	2 069 509	23 %
Nombre de patients	6 118 044	1 230 068	20 %
Séjours/patient	1,5	1,7	

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

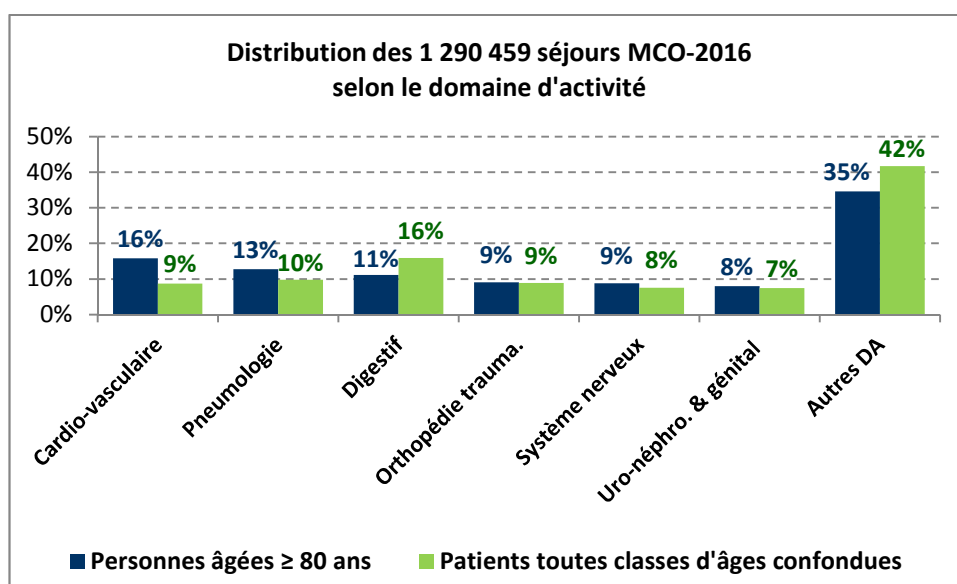
Les établissements de santé franciliens ayant les plus importants volumes et pourcentages de séjours MCO liés à des patients de 80 ans et plus sont listés en annexe (tableau 10 page 27 et tableau 11 page 28).

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 %.

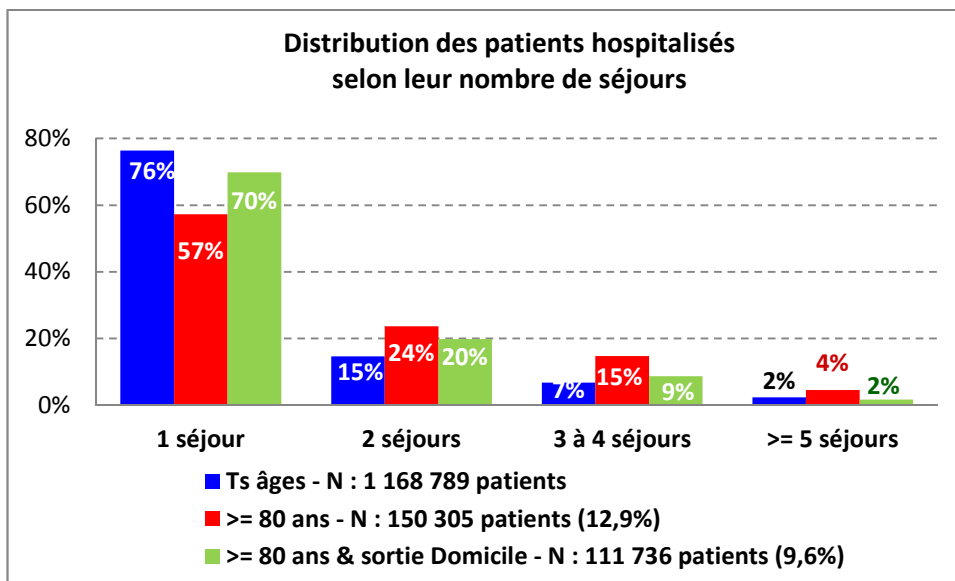
		Nombre	Taux de réhospitalisations
Total des patients âgés de 80 ans et plus avec sortie au domicile après un premier séjour en MCO en 2016		111 736	N / 111 736
Patients réhospitalisés	Délai des réhospitalisations		
Tous modes d'entrée confondus	7 jours	4 816	4,3 %
	30 jours	14 564	13,0 %
	90 jours	27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

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

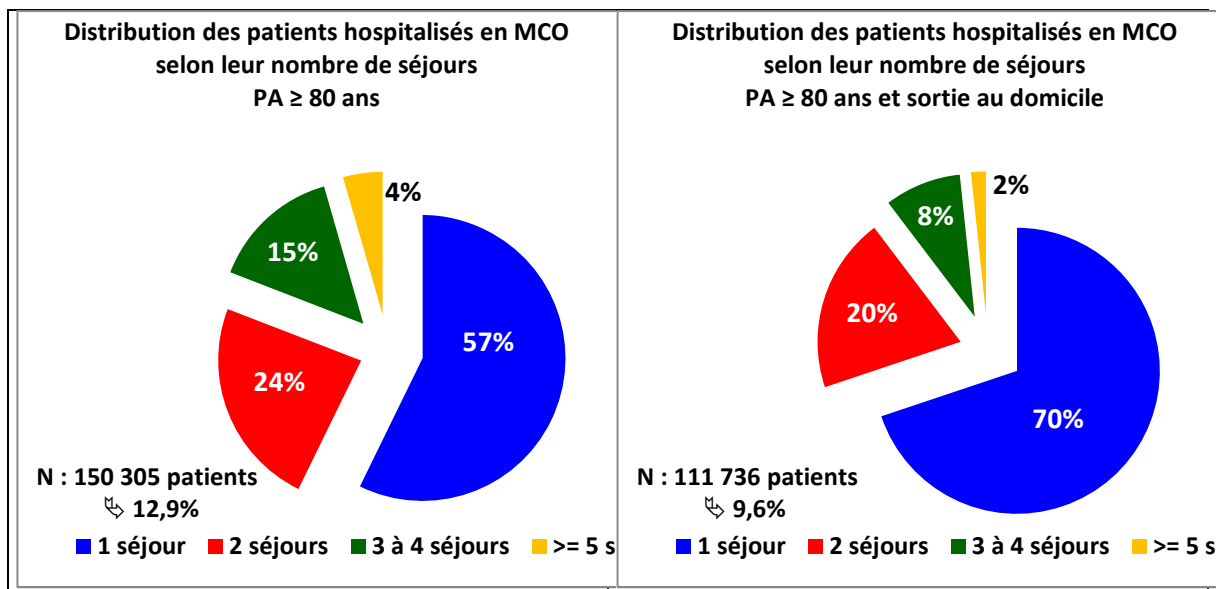
10% des patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés sont décédés en 2016 et 17% parmi ceux qui ont été réhospitalisés par le biais des urgences dans les 90j suivant une hospitalisation.

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

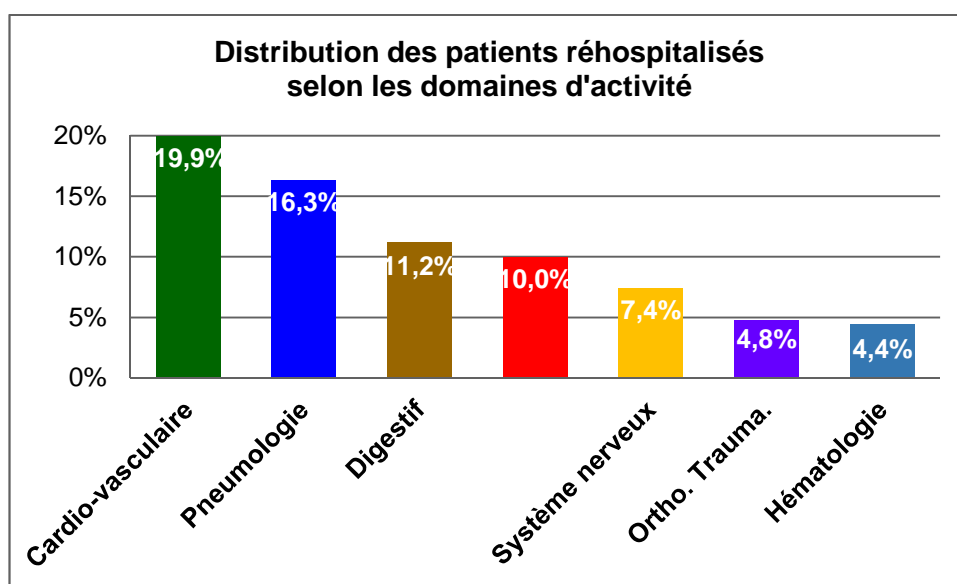


Graphique 4. Nombre de séjours en 2016 des personnes âgées de 80 ans et plus selon le mode de sortie lors de la première hospitalisation

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 %
Toutes catégories	111 736	11 471	10,3 %

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 %
Ile-de-France	111 736	11 471	10,3 %

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^{er} 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%
Nombre de patients	88 389	20 664			109 053
	81,1%	18,9%			

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	111 736	11 471	10,3 %

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

Les racines de groupes homogènes de malades¹⁵ (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

¹⁵ <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 %	8,9 %	3 724
	Oui	79,3 %	20,7 %	517
	Nombre de patients	3 802	439	4 241

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 %	46,3 %	8 259
	Oui	41,2 %	58,8 %	3 090
	Nombre de patients	5 711	5 638	11 349

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 épicaudique 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^{ème} 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 (SaO₂) 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**¹⁶ ; 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 aiguës 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**¹⁷.

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.

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

¹⁷ <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'information¹⁸ 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.

¹⁸ <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 séjour¹⁹ (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)²⁰ 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 maladie²¹ (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 :

¹⁹ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss14_annexe1_pge_maladie_indicateur4_11.pdf

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

²¹ <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 PRADO²² (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-eSanté²³ avec les résultats de la région.

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

²³ <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*²⁴) 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

²⁴ 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://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
- Dossier de liaison d'urgence (DLU). 2015
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

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^{er} 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'information²⁵ 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%	1 290 459	271 484	21%
Nombre de patients	1 168 789	150 305	13%	839 994	150 305	18%
Séjours/patients	1,4	1,8		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

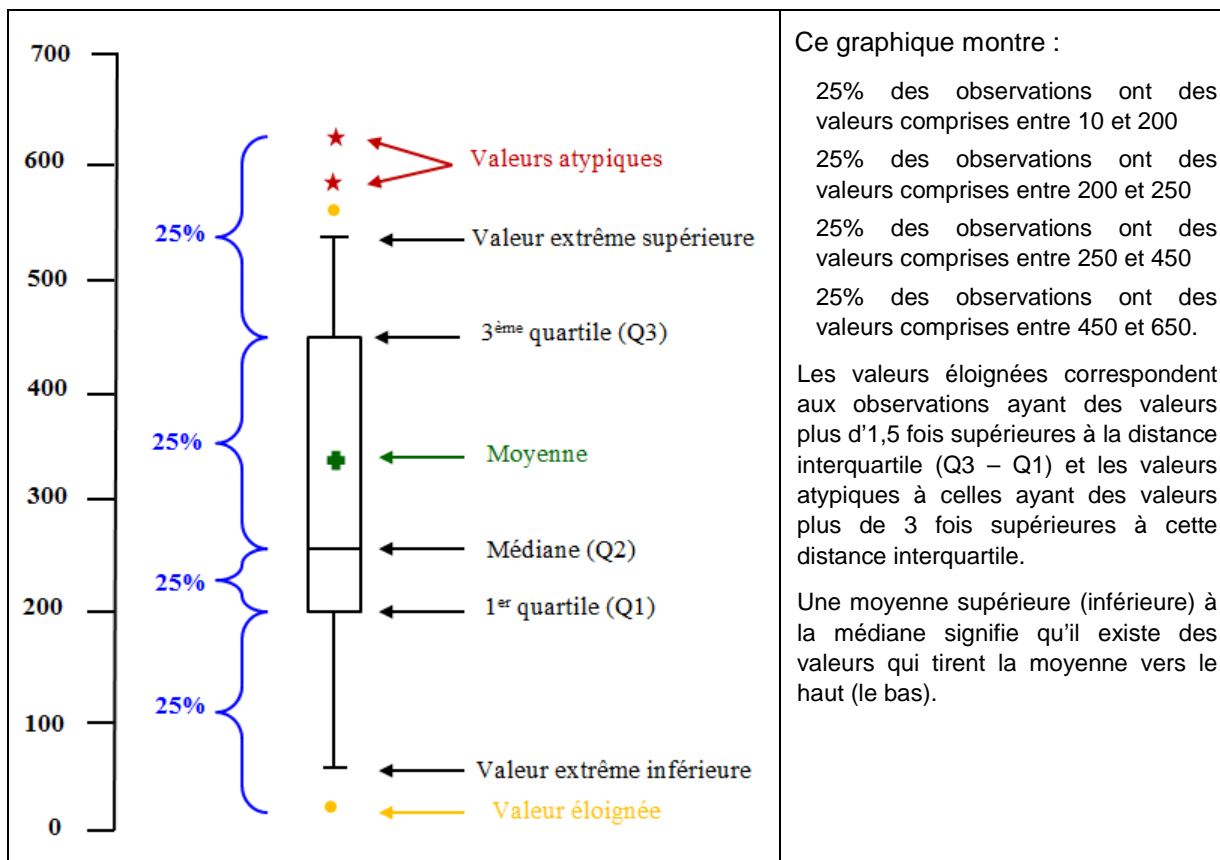
²⁵ <https://www.atih.sante.fr/mco/presentation>

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 moustaches²⁶ est un moyen rapide de figurer le profil essentiel d'une série statistique quantitative.



3- 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 :

²⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Bo%C3%AEte_%C3%A0_moustaches

- D^r Sophie BATAILLE, référente thématique pour les maladies cardiovasculaires à l'ARS
- D^r Elise BLERY, responsable du département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS
- D^r Nathalie CERVANTES, chef du service de médecine gériatrique et polyvalente au centre hospitalier Sud-Francilien (Essonne)
- D^r Sophie de CHAMBINE, chef du service Parcours patients et organisations médicales innovantes au siège de l'AP-HP
- D^r 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^r 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^r 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^r Rémi LECOENT, responsable du secteur médico-social à la délégation départementale du Val d'Oise de l'ARS
- P^r 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^r Samia LEVY-DJEBBOUR, chef de projet au département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS
- D^r Marina MARTINOWSKY, chef de projet au département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS
- D^r 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^r 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^r Olivier SAINT-JEAN, gériatre à l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris), AP-HP, chef de service
- D^r Oriana SALTEL-FULERO, hôpital Cochin-Celton (Paris), AP-HP
- D^r Albert SCAMAMA, chef de projet à la Haute Autorité de santé
- D^r Philippe TAURAND, gériatre, PH à l'hôpital Simone-Veil (Val-d'Oise), chef de pôle

4- 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

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

Dépôt légal :

N° ISBN : 978-2-36950-106-0