



Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?

Les patients âgés de plus de 75 ans sont fréquemment hospitalisés et souvent de façon non programmée.

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

Cette fiche cherche à préciser les points suivants : les modalités du repérage des patients à haut risque de réhospitalisation, la sélection d'interventions ayant un effet durable et un impact potentiellement favorable sur les coûts, les rôles respectifs de l'équipe de soins primaires et de la coordination d'appui dans le suivi post-sortie, la définition de la durée de la période de suivi spécifique après la sortie.

► Les points clés

Organiser la transition entre l'hôpital et le domicile¹

L'organisation de la transition hôpital-domicile désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations évitables.

Une réhospitalisation évitable est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. Son caractère évitable suppose que la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires, ainsi que grâce à des recommandations inscrites dans le courrier de sortie de l'hospitalisation précédente.

Une priorité à traduire dans les faits

Le suivi d'une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans observe un taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours de 14 % (Laniece 2008).

La proportion de réhospitalisations évitables a été estimée à 23 % de la totalité des réadmissions (van Walraven 2012). Il est difficile de repérer ces réhospitalisations au plan macro-épidémiologique mais il a été montré une corrélation entre le taux de réhospitalisations évitables et le taux total de réhospitalisations (Halfon 2006).

Aux États-Unis, la réduction des réhospitalisations est depuis 2012 une priorité, qui se traduit par des mesures réglementaires et incitations financières pour les établissements hospitaliers (Burton 2012, Bradley 2012). Sa mise en application est cependant l'objet de débats.

- L'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées.
- Pour atteindre cet objectif il est indispensable de combiner plusieurs actions aux trois étapes de la transition : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie.
- Le repérage précoce des patients à risque de réhospitalisation est indispensable, selon des modalités identiques dans chaque établissement
- Les patients repérés à risque doivent être évalués au plan médical et social et bénéficier d'un plan personnalisé de soins et d'aides (PPS)
- Le compte rendu d'hospitalisation et les documents de sortie doivent être remis au patient le jour de la sortie.
- Les interventions débutées à l'hôpital doivent être continuées à domicile.
- Le suivi après la sortie relève de la responsabilité de l'équipe de soins primaires et repose en priorité sur des visites à domicile.
- En cas de complexité sociale, médicale ou logistique des « navigateurs » peuvent intervenir en appui.
- 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.

1. La transition hôpital-domicile pour les patients nécessitant des soins palliatifs et la transition avec les EHPAD ne sont pas abordés ici et font l'objet de fiches spécifiques.

► Une intervention efficace et probablement efficiente

Plusieurs études, nord-américaines pour la plupart, montrent avec un bon niveau de preuve que l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées et atteintes de pluripathologies. Ce résultat est robuste et peut probablement être transposé en France.

La réduction du taux de réadmissions à 30 jours varie entre 18 et 50 % selon les études et les comorbidités. Cette réduction peut être observée jusqu'à 6 à 12 mois. Le recours aux services d'urgences peut être réduit dans les mêmes proportions et dans certaines études la durée de séjour est réduite d'environ 10 %.

Cette amélioration de la transition est présumée avoir un impact favorable sur les coûts grâce à une moindre utilisation de l'hôpital. Elle ne permet pas en règle générale d'améliorer la survie des patients mais peut réduire leur risque d'institutionnalisation et de déclin fonctionnel.

Cela a été montré chez des patients atteints de comorbidités variées ; les résultats les plus favorables ont été obtenus chez les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque.

Plusieurs actions ont démontré une réduction du risque de réhospitalisation des personnes âgées. Cependant la complexité des interventions utilisées ne permet pas de déterminer quelles actions sont efficaces en particulier. L'intervention des travailleurs sociaux a fait l'objet de peu d'études. Les 2/3 des interventions efficaces utilisent pour superviser la transition et suivre les patients après la sortie des « navigateurs », qui sont dans la majorité des cas des infirmières spécialisées.

La mise en œuvre d'une seule action ou d'actions limitées à l'hôpital ne suffit pas en règle générale à réduire le risque de réhospitalisation et il est nécessaire d'associer plusieurs interventions pour atteindre cet objectif. **Les interventions entreprises à l'hôpital et poursuivies au domicile du patient ont plus de chance d'être efficaces.**

► Combiner des actions aux 3 étapes de la transition

■ **Les interventions pendant l'hospitalisation débutent par le repérage du risque de réhospitalisation et se poursuivent par l'élaboration d'un plan personnalisé de sortie (PPS)** fondé sur l'évaluation médicale et sociale du patient.

- **Repérer le risque de réhospitalisation** est indispensable pour identifier les patients qui doivent bénéficier d'une organisation de la sortie, car il n'est ni nécessaire ni efficient d'intervenir pour tous les patients. Ce repérage peut être réalisé dès les urgences ou sinon le plus tôt possible après l'admission (au maximum dans les 72 premières heures). Il doit être fondé sur l'évaluation

globale de la situation du patient et non seulement sur son âge ou sa pathologie. Les scores de comorbidité paraissent trop peu performants ou trop complexes pour être utilisés en pratique clinique. Il n'existe pas de modèle unique de prédiction suffisamment fiable : il est proposé de se baser sur la présence des critères suivants, qui sont associés à un risque élevé de réhospitalisation précoce :

- une hospitalisation en rapport avec une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de BPCO, un syndrome coronaire aigu ;
- un « syndrome gériatrique » selon la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre ;
- l'existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation selon l'anomalie d'au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ), en particulier d'une incapacité à se nourrir soi-même de survenue récente ;
- un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois ;
- une situation sociale (précarité, isolement) défavorable.

En présence de deux ou plus de ces facteurs, il est nécessaire d'évaluer le patient et d'élaborer un **plan personnalisé de soins (PPS)** et d'aide pour organiser la transition à son domicile, en complément du PPS élaboré par l'équipe de soins primaire s'il a été fait.

Le score TRST (*Triage Risk Screening Tool*), est validé en service d'urgences pour prédire le risque élevé de réhospitalisation et d'événements défavorables s'il est ≥ 2 . Il peut être réalisé en quelques minutes par un non-médecin. Il comporte 5 items :

- troubles cognitifs ;
- troubles de la marche, des transferts ou chutes récentes ;
- polymédication (> 5 médicaments par jour) ;
- antécédents d'hospitalisation depuis 90 jours ou d'admission aux urgences depuis 30 jours ;
- anomalie antérieure à l'hospitalisation d'au moins d'une ADL ou isolement social selon l'évaluation fonctionnelle réalisée par un soignant ;

Son utilisation pendant l'hospitalisation constitue une alternative à tester en termes de faisabilité et de valeur prédictive.

- **L'évaluation médicale et sociale des patients repérés à risque** doit être réalisée selon les modalités habituelles à chaque équipe. Le recours à l'expertise d'une équipe mobile gériatrique est souhaitable pour l'évaluation et l'élaboration du plan de soins et d'aides. Selon les cas l'intervention du service social est également souhaitable.

Les bénéfices de l'évaluation génétique standardisée (EGS) sur l'état fonctionnel et le maintien à domicile sont démontrés dans les services de gériatrie aiguë. Les indications de sa réalisation hors de ces services par une équipe mobile doivent être précisées : en préopératoire ou avant une chimiothérapie notamment.

- **L'optimisation des traitements et l'éducation** du patient et de son entourage sont des interventions fréquemment utilisées par les programmes qui réduisent le

risque de réadmission des personnes âgées. L'optimisation des traitements peut se traduire par l'application des référentiels de la HAS visant à optimiser la prescription médicamenteuse tels que la PMSA (prescription médicale chez le sujet âgé) et par la mise en œuvre de la « conciliation médicamenteuse » par un pharmacien. Tout changement thérapeutique doit être justifié dans le courrier de sortie. L'éducation peut porter sur la gestion du traitement, les alertes liées aux symptômes, les modes de recours aux soins.

- **Impliquer dès cette étape le patient lui-même, son entourage et ses soignants habituels** est un facteur de succès. Le contact avec les soignants du domicile et la discussion avec le patient d'un plan de sortie écrit, incluant des informations pratiques et la programmation d'éventuels rendez-vous de suivi, font partie des interventions recommandées.
- **Au moment de la sortie plusieurs moyens peuvent être utilisés pour améliorer la communication** entre les établissements hospitaliers et les soignants du domicile.
 - Le minimum est la mise à la disposition du patient du **compte rendu d'hospitalisation (CRH) et des documents de sortie le jour même de la sortie**. Le risque de réhospitalisation et d'événements indésirables est en effet augmenté en l'absence de transmission en temps utile des informations de sortie. Une première condition pour cela est **la structuration du CRH sous un format court** en y insérant les informations utiles à la continuité des soins. Une deuxième condition est **la remise du CRH et des documents de sortie au patient le jour de la sortie**. Une troisième condition est leur transmission rapide au médecin traitant. Pour cela, l'utilisation de l'informatique et de l'Internet sécurisé est recommandée, bien qu'il n'existe pas de preuve formelle de leur efficacité pour réduire le risque de réadmission. En fonction des possibilités locales, des besoins des patients et des souhaits des professionnels, on peut aussi utiliser des personnels de liaison, le téléphone ou les réseaux de santé.
 - Pour les cas les plus complexes, en particulier en cas d'intrication de problèmes médicaux et sociaux, **la continuité du suivi par un même professionnel pendant et après l'hospitalisation doit être recherchée**. Cette continuité peut être obtenue grâce à des visites du médecin traitant ou de l'infirmière de ville pendant l'hospitalisation et/ou à l'intervention pour assurer la transition d'un « navigateur » : dans le contexte français ce peut être des infirmières libérales formées aux pratiques avancées, des équipes mobiles de gériatrie, des gestionnaires de cas, des coordonnateurs de réseaux ou des travailleurs sociaux.
- **La continuation à domicile des actions initiées pendant l'hospitalisation est un point clé.**

Avant de faire sortir un patient, les équipes hospitalières doivent s'assurer que le suivi médical et les services sociaux nécessaires à son maintien à domicile sont organisés.

- **Ce suivi doit reposer en priorité sur des visites régulières à domicile**, en débutant dès la première semaine après la sortie. Ces visites peuvent être renforcées par des appels téléphoniques, mais les données sur l'efficacité du suivi téléphonique isolé ne permettent pas de conclure à son efficacité. Les actions initiées pendant l'hospitalisation doivent être poursuivies, notamment en matière d'éducation
- **Il relève prioritairement de la responsabilité du médecin traitant en coopération avec les infirmières de ville, les pharmaciens** et les autres professionnels de l'équipe de proximité, médicale et sociale. Des « navigateurs » peuvent intervenir en appui des professionnels de premier recours, voire s'y substituer s'ils font défaut ou si les problèmes sociaux ou liés à l'aménagement du domicile prédominent. Les patients qui présentent une inadéquation manifeste entre leurs besoins et les ressources mobilisables peuvent être adressés à un gestionnaire de cas.

La période de suivi post-hospitalisation débute dès la sortie et s'étend au minimum jusqu'à 30 jours après la sortie. Le critère de réduction des réhospitalisations à 30 jours après la sortie (le plus fréquemment utilisé) reflète cependant pour l'essentiel la qualité des prises en charge intra-hospitalières et au moment de la sortie ; son adoption peut aboutir à retarder plutôt qu'à réduire les réhospitalisations. **Étendre ce critère à 90 jours peut être envisagé** afin de prendre en compte le rôle important des soins ambulatoires dans la prévention des réhospitalisations et afin de sélectionner des interventions ayant un effet plus durable.

L'organisation de la transition hôpital-ville exige une approche globale fondée sur le déploiement simultané de stratégies en milieu hospitalier et en soins de ville. Il est nécessaire d'adapter ces actions aux ressources et habitudes locales.

► Indicateurs de pratique clinique proposés

- Nombre de patients faisant l'objet d'un repérage du risque de réhospitalisation/nombre de patients de plus de 75 ans hospitalisés en MCO.
- Nombre de patients identifiés à risque/nombre de patients ayant fait l'objet d'un repérage.
- Nombre de patients sortant avec le CRH/nombre de patients sortants.
- Nombre de patients ayant eu un contact avec un soignant ou un coordonnateur de soins dans la première semaine après leur sortie/nombre de patients repérés à risque de réhospitalisation.
- Nombre de patients repérés à risque et réhospitalisés dans les 30 jours pour le même motif/nombre de patients non repérés et réhospitalisés dans les 30 jours pour le même motif.

► Exemples de réalisations ou de projets en cours

- **La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)** projette d'évaluer la faisabilité et la valeur prédictive du score TRST pendant l'hospitalisation pour prédire le risque de réhospitalisation à 30 jours.
- **De nombreux établissements de santé** envisagent d'implanter l'intervention OMAGE.
- **L'ARS Nord-Pas-de-Calais** organise le parcours de soins des patients âgés de plus de 65 ans avec 65 établissements de soins.
- **L'ARS Aquitaine** organise une permanence téléphonique destinée aux médecins libéraux mobilisant les gériatres seniors des établissements de soins.
- **L'AP-HP** déploie depuis décembre 2012 un dispositif d'amélioration de la sortie des patients hospitalisés en MCO à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne-Billancourt.

- **La maison de santé pluriprofessionnelle du Franc-Moisin** à Saint-Denis rémunère un médecin généraliste plusieurs heures par semaine pour une activité de liaison avec l'hôpital.
- **Au CHU de Montpellier** une commission de coordination gériatrique a été créée pour organiser la sortie des patients âgés.
- **Le centre hospitalier de Dreux** emploie trois « médiatrices » chargées de l'évaluation des patients et de l'organisation des sorties.
- **Le réseau gérontologique des Vals de Saintonge et l'hôpital de Saint-Jean d'Angely** ont mis en place une coopération entre le cadre de santé et l'infirmière coordinatrice du réseau pour organiser la sortie des patients.

La note de méthodologie et de synthèse bibliographique annexée à ce document est disponible sur le site.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00