



UNIVERSITE DE LILLE

DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021/2023

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE

AVANCEE

MENTION : Pathologies chroniques stabilisées

**REPERAGE DES MOTIFS NON MEDICAUX DE RE HOSPITALISATION
EVOQUES PAR LE PATIENT , LE PROCHE AIDANT ET L'AIDANT
PROFESSIONNEL : QUELLES PISTES POUR AMELIORER LE PARCOURS DE
SOINS DU PATIENT AGE ET REpondre AU MIEUX A SES BESOINS**

**Présenté et soutenu publiquement le 30 Juin 2023 à 12h00 A Lille (département
facultaire de médecine
Henri Warembourg)**

Par Margaux GILLES

JURY :

Président du jury : Professeur Éric WIEL.

Enseignant Infirmier : Madame Leone DE OLIVEIRA.

Directeur de mémoire : Madame Khadija AINAOUI.

Le 30/06/2023

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord je souhaite remercier l'ensemble des patients, aidants proches et professionnels de m'avoir accordé du temps pour répondre aux questions.

Je voudrais remercier ma directrice de mémoire, Madame Khadija AINAOUI, Cadre Supérieur de santé au Centre hospitalier de Valenciennes, pour sa confiance, son accompagnement et son soutien pour la construction de ce mémoire. Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en accédant à la formation d'infirmière en pratique avancée et de votre bienveillance durant les années travaillées dans votre service.

Je tiens à remercier le docteur Lidvine GODAERT, médecin gériatre au Centre hospitalier de Valenciennes, médecin coordinateur de l'unité de recherche clinique, qui m'a été d'une grande aide dans la réalisation de la méthodologie de recherche, j'ai beaucoup appris, je vous en remercie.

Je remercie également Madame Stéphanie PIGLA, Cadre de santé au Centre hospitalier de Valenciennes, référente de l'unité de recherche clinique, merci pour votre investissement, votre disponibilité et votre aide dans la réalisation de la méthodologie de l'étude.

Je remercie également Madame Sonia LEMOINE, Cadre de santé au Centre hospitalier de Valenciennes, pour sa disponibilité, son écoute et sa bienveillance durant ces deux années de formation.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur encadrement durant ces deux années de formation.

Je remercie mes collègues de formation, ce sont de belles rencontres. Je tiens à remercier particulièrement, Barbara pour ses encouragements, son soutien et nos nombreux appels pour se soutenir dans les moments difficiles.

A ma sœur, Mathilde, je te remercie de ton aide si précieuse et de ton soutien pour la réalisation de ce mémoire mais aussi durant ces deux années d'étude.

A mes parents, merci de vos encouragements et de m'avoir toujours soutenu durant mes études.

A mon conjoint, je suis tellement reconnaissante, tu m'as accompagné, soutenu et merci d'avoir été aussi compréhensif durant ma formation.

SOMMAIRE

Glossaire

- I) Introduction générale**
- II) Introduction théorique**
- III) Matériel et méthode**
- IV) Résultats**
- V) Analyse**
- VI) Discussion**

Conclusion

Bibliographie

Table des illustrations

Table des matières

Annexes

GLOSSAIRE

HDS : Hôpital de semaine.

HDJ : Hôpital de jour.

CHV : Centre Hospitalier de Valenciennes.

IPA : Infirmier(e) en pratique avancée.

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire.

UMAG : Unité de Médecine Aigue de Gériatrie.

ADL: Activities of Daily Living.

IADL: Instrumental Activities of Daily Living.

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat.

DAC : Dispositif d'appui à la coordination.

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

CLIC : Centres locaux d'information et de coordination.

PTA : Plateformes territoriales d'appui.

CTA : Coordination territoriale d'appui.

HAS : Haute autorité de santé.

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé.

ADILH : Association des infirmiers libéraux du Hainaut.

SAS : Service d'accès aux soins.

EMPG : Equipe mobile de psychogériatrie.

ESAD : Equipe spécialisée Alzheimer à domicile Maisons de santé pluridisciplinaires.

MSP : Maisons de santé pluridisciplinaires.

EMGIE : Equipe mobile de gériatrie inter EHPAD.

PFR : Plateforme de répit.

CCAS : Centre communal d'action sociale.

ESPRAD : Equipe spécialisée de prévention et réadaptation au domicile.

EMSSR : Equipe mobile de soins de suite et de réadaptation du CH de Saint Amand les Eaux.

I) INTRODUCTION GENERALE

Notre travail de recherche porte sur l'identification par les patients, les aidants proches et les aidants professionnels, des motifs non médicaux ayant conduit à une ré hospitalisation à 3 mois pour le patient âgé. Cette étude est réalisée au sein du Centre hospitalier de Valenciennes (CHV) dans les deux unités de Médecine aigue de Gériatrie (UMAG).

Notre questionnaire de départ est : Dans quelle mesure, identifier les motifs non médicaux de ré hospitalisation évoqués par le patient, l'aidant proche et l'aidant professionnel optimiserait-il le parcours de soins du patient âgé dans le but de limiter la ré hospitalisation ?

L'objectif principal de cette étude est d'identifier des groupes de motifs non-médicaux évoqués par le patient comme ayant contribué à la ré-hospitalisation sans prise en compte du motif médical éventuel.

Nous développerons dans un premier temps les notions théoriques afin de pouvoir amener notre questionnaire. Cette partie théorique nous permet d'étendre nos connaissances concernant le vieillissement dit « réussi » ou encore le « bien vieillir ». Mais aussi nous verrons que chez certaines personnes âgées le vieillissement peut tendre vers une fragilité pouvant avoir un impact sur son état de santé physique, mental, social et environnemental. Nous apprécierons également les principes de vulnérabilité, d'autonomie du patient, de sa qualité de vie. Ainsi, nous pourrions mettre en exergue les compétences et missions de l'infirmière en pratique avancée.

Nous dévoilerons la méthodologie utilisée pour répondre à notre étude. Cette méthodologie de recherche a été validée par l'unité de recherche du CHV au mois de mars 2023.

Dans une troisième partie, nous verrons les résultats ainsi que l'analyse de ces données recueillies.

Enfin, nous discuterons sur l'étude de recherche réalisée en apportant le savoir de la littérature. Nous exposerons les forces, les limites, les freins et les leviers de notre travail pour finir sur les perspectives que l'on pourrait apporter dans la prise en soin des patients âgés.

II) INTRODUCTION THEORIQUE

1. CONTEXTE/ CONSTAT

Je suis diplômée d'état en tant qu'infirmière depuis maintenant six ans. Mon premier service a été en médecine aiguë de gériatrie. J'exerce actuellement en service d'hôpital de semaine (HDS) et de jour (HDJ) de gériatrie du centre hospitalier de Valenciennes (CHV). J'ai appris le métier d'infirmière durant ces années auprès de la personne âgée ce qui m'a permis de développer une véritable expertise.

Afin de prendre en soin le patient âgé il a fallu que je travaille sur l'approche et le comportement à adopter face aux personnes fragiles, dépendantes ayant un déclin cognitif plus ou moins marqué dans le but de prodiguer des soins de qualité et de répondre au mieux à leurs demandes, et à leurs besoins.

Ce qui définit la gériatrie comme une spécialité à part entière est tout d'abord la prise en soins globale du patient âgé explorant la dimension biologique, physiologique, psychologique, environnementale, sociale et culturelle.

L'objectif principal des prises en soins en HDJ est de repérer les fragilités du soigné afin de limiter la perte d'autonomie et ses conséquences, et d'éviter le risque de cascade gériatrique. De plus, l'approche globale du patient s'inscrit également dans l'accompagnement et le soutien donnés aux familles.

La filière gériatrique à l'hôpital de Valenciennes comprend entre autres une hospitalisation programmée à durée déterminée qui se compose d'un hôpital de jour et un hôpital de semaine.

L'hôpital de semaine et de jour accueille des patients âgés de plus de 75 ans pour une durée de quelques heures à cinq jours. Ces lieux d'hospitalisations permettent de réaliser un bilan gériatrique complet spécifique en réponse à un symptôme particulier, ou un syndrome gériatrique tel que la chute, l'agitation, l'incontinence de novo, l'anémie ou des troubles cognitifs nouveaux ou récemment aggravés. La demande d'admission en hôpital de semaine est faite par un médecin généraliste validée secondairement par un gériatre.

L'évaluation gériatrique est effectuée par une équipe pluridisciplinaire possédant un savoir-faire spécifique à la gériatrie, elle est composée de gériatres, infirmières, aides-soignantes, assistantes sociales, neuropsychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes.

Enfin des consultations gériatriques spécialisées sont proposées selon le besoin et la pathologie du patient par exemple des consultations de psycho gériatrie, d'onco gériatrie, préopératoire et de la mémoire.

Le vieillissement est défini comme (1) « *L'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr* ».

Le vieillissement de la population française ne cesse de s'accroître, nous comptons aujourd'hui 65,62 millions de personnes vivant en France. L'évolution de la structure de la population comporte 21 % de personnes d'au moins 65 ans et plus en 2022 contre 20,7 % en 2021 et 20,4 % en 2020.

Selon l'INSEE, (2) « *Si les tendances démographiques récentes se prolongeaient, la population de la France augmenterait jusqu'en 2044 pour atteindre 69,3 millions d'habitants. Elle diminuerait ensuite, pour s'établir à 68,1 millions d'habitants en 2070, soit 700 000 de plus qu'en 2021. D'ici à 2070, la pyramide des âges serait largement modifiée. Le nombre de personnes de 60 à 74 ans resterait stable, celui des 75 ans ou plus devrait croître de 5,7 millions, tandis que celui des moins de 60 ans diminuerait de 5,0 millions. Portée par la hausse des 75 ans ou plus, la part des 65 ans ou plus dans la population augmenterait fortement, de 21 % à 29 %. Elle croîtrait ainsi au même rythme que par le passé, entre 1972 et 2021. La poursuite du vieillissement de la population jusqu'en 2040 est quasi certaine* ».

En 2019, la population sur l'arrondissement de Valenciennes est de 351 264 personnes. La densité moyenne d'habitant/km² est d'environ 553,3. Selon l'INSEE, (3) la population vieillit sur le valenciennois :

- En 2008 nous comptons 11,7% de plus de 60 à 74 ans et 7,8% de 75 ans et plus,
- En 2013 nous comptons 13,3% de plus de 60 à 74 ans et 8,1% de 75 et plus,
- En 2019 nous comptons 15,7% de plus de 60 à 74 ans et 7,8% de 75 ans et plus.

Cette politique de vieillissement a des conséquences sur les besoins et les attentes des personnes accompagnées. Les profils de prise en charge sont de plus en plus spécifiques et diversifiés.

Il est habituel de distinguer trois profils différents de personnes âgées : les personnes robustes, les personnes fragiles et enfin les personnes dépendantes.

Les causes du vieillissement de la population française sont dues à une baisse de la natalité, à une augmentation de l'espérance de vie, à une diminution de la mortalité des plus âgés et enfin le baby-boom qui devient le papy-boom.

Du fait d'une augmentation de l'espérance de vie, la personne âgée fait face à une multiplication de facteurs de risque pouvant engendrer une décompensation fonctionnelle et donc de passer d'un état robuste à un état de fragilité voire de dépendance.

Lors d'une hospitalisation, certaines personnes âgées sont à risque d'être ré admises de façon non programmée à 30 jours du fait des critères de fragilité mais aussi des facteurs de risque de ré hospitalisation. (4) Selon différents auteurs, la part des ré hospitalisations dites évitables seraient de 20 à 25 % sur la totalité des ré hospitalisations précoces.

Le repérage des facteurs de risque de ré hospitalisation mobilise l'ensemble des professionnels de santé afin d'optimiser le parcours de soins du patient. Nous pouvons remarquer qu'il existe des disparités dans ce repérage, surtout dans le suivi au cours de l'hospitalisation et à la sortie du patient ce qui contribuerait aux ré hospitalisations.

Ce qui m'a interpellé est que de nombreux auteurs ont déjà identifié des facteurs de risque de ré hospitalisation mais peu d'études ont mis en exergue le point de vue du patient, et/ou de son entourage, notamment sur les hospitalisations multiples non-programmées et sur les motifs non médicaux de ces hospitalisations.

En croisant les motifs non médicaux identifiés par le patient et/ou son entourage aux facteurs de risque identifiés dans la littérature, nous pouvons faire l'hypothèse que le suivi en post-hospitalisation serait amélioré et ainsi limiterait les ré-hospitalisations évitables non programmées.

C'est ainsi que je me suis interrogée sur le rôle de l'infirmière en pratique avancée (IPA) dans le suivi du patient en sortie d'hospitalisation. Il me semble donc intéressant grâce à une enquête quantitative de mettre en lumière les motifs non médicaux qui auraient pu favoriser la ré hospitalisation.

2. CONCEPTS DEVELOPPES

2.1 La personne âgée : étroite liaison entre le vieillissement physiologique et le vieillissement pathologique

Le vieillissement traverse au fil des années un changement de paradigme. Celui-ci n'est plus défini comme étant l'apparition de maladies, de déficits ou encore un déclin inévitable, mais comme une sorte d'équilibre entre la santé physique, mentale et sociale. Le vieillissement dit « réussi » ne comprend pas seulement le maintien de la santé, il comprend également les dimensions qui contribuent au bien vieillir.

Nous pouvons dire que c'est le résultat de l'imbrication de plusieurs facteurs qui sont présent tout au long de la vie de la personne :

- Génétiques
- Biologiques
- Psychologiques
- Sociaux
- Culturels
- Environnementaux

Le vieillissement physiologique est un phénomène d'apparition progressive, au fil des ans. Cependant il est différencié de l'apparition de maladie ou de déclin fonctionnel. (5) Nous savons que le vieillissement peut accroître la maladie chronique du fait de l'augmentation de l'espérance de vie (actuellement de 79,2 ans pour les hommes et 85,2 ans pour les femmes en 2022). Il existe aussi l'exposition aux facteurs de risque tel que le tabac, la pollution, la sédentarité, l'obésité ou encore l'hypertension artérielle.

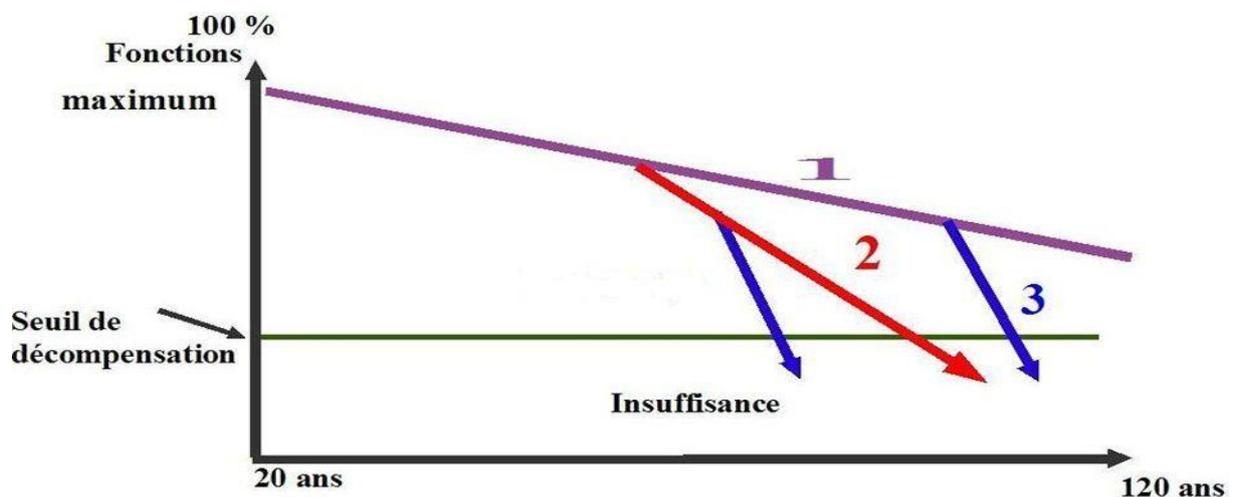
En gériatrie, la prise en soin du patient âgé ne prend pas seulement en compte l'état de santé physique, elle prend en compte le patient dans sa globalité. L'objectif est d'explorer toutes les dimensions qui pourraient influencer l'état de santé du patient âgé. Les dimensions sont : biologique, physique, psychologique, sociale et environnementale. C'est un raisonnement gériatrique qui permet de distinguer le profil du patient et donc d'adapter sa prise en soin.

Il est habituel d'identifier le patient comme :

- Robuste
- Fragile
- Dépendant

Le raisonnement gériatrique se base sur le modèle 1+2+3 de JP Bouchon de 1984 (6) qui permet de réfléchir aux conséquences d'une décompensation fonctionnelle et de prévenir le passage d'un état de santé robuste à la fragilité et/ou à la dépendance. Voici le schéma ci-dessous :

Figure 1 : Modèle 1+2+3 JP Bouchon 1984 (6)



Le modèle nous explique que le patient âgé a une réserve fonctionnelle, ce qui correspond sur le schéma de la partie supérieure du seuil de décompensation jusqu'aux fonctions maximum. La courbe 1 correspond au vieillissement physiologique. C'est le processus inévitable induit par l'âge qui diffère selon chaque patient âgé et selon chaque organe. Il fait partie intégrante des facteurs prédisposants.

La courbe 2 comprend un autre facteur prédisposant : la maladie chronique. Elle va influencer la réserve fonctionnelle du patient âgé qui sera plus ou moins importante s'il y a la présence de plusieurs maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire ou encore les maladies rhumatismales.

Enfin la courbe 3 représente les facteurs précipitants comme l'apparition d'un événement aigu (infection urinaire, infarctus du myocarde) avec une symptomatologie associée pouvant développer un syndrome gériatrique (confusion, chute, dénutrition).

Le patient âgé fragile a une diminution de sa réserve fonctionnelle et de ses capacités d'adaptation, ainsi le risque de cascade gériatrique est présent. Le risque de cascade gériatrique, chez le patient âgé fragile, est d'autant plus important lors d'une hospitalisation.

Une personne âgée peut vivre un vieillissement dit « réussi » mais elle peut présenter une décompensation fonctionnelle n'engendrant pas une perte de ses capacités. Cette personne dite « robuste » a une réserve fonctionnelle plus importante qu'une personne fragile, dépendante ce qui limite le risque d'insuffisance.

Durant notre apprentissage au métier d'infirmière nous avons appris à évaluer l'autonomie du patient. Par la suite lors de notre exercice professionnel en tant qu'infirmière de gériatrie au CHV, nous avons approfondi nos connaissances en effectuant une évaluation gériatrique standardisée du patient.

Cette évaluation gériatrique est réalisée en binôme avec une aide-soignante, cela comprend : la capacité du patient à effectuer les soins d'hygiène, l'habillage, la locomotion, la continence, l'alimentation et enfin le comportement. Cela nous permet d'avoir une vision globale concernant l'autonomie du patient âgé.

2.1.1 Le concept de l'autonomie et de l'autonomie décisionnelle

Dans le domaine de la santé, l'autonomie est définie de plusieurs façons. En pratique, nous évaluons l'autonomie physique ou fonctionnelle du patient notamment lors de son entrée en hospitalisation dans le cadre d'une évaluation gériatrique.

Nous utilisons au CHV l'échelle ADL (Activities of Daily Living) de Katz (7) qui permet d'apprécier un score sur six concernant l'autonomie du patient. Un score de six reflète une autonomie préservée.

Elle comprend différents items :

- Hygiène
- Habillage

- Aller aux toilettes
- Locomotion
- Continence
- Repas

Cela nous permet de mettre en place un plan d'action afin de soutenir le patient à préserver ou récupérer son autonomie physique.

Une deuxième échelle est utilisée nommée IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton (8) qui permet d'évaluer les activités instrumentales de la vie quotidienne. Le score de quatre reflète une autonomie dans les activités.

Une première échelle est sur un score de quatre, elle comprend :

- La gestion des médicaments
- Utilisation du téléphone
- La gestion du budget
- Transport

Puis la deuxième partie de l'échelle sur quatre comprend :

- Courses
- Repas
- Ménage
- Lessive

Cette évaluation globale permet de visualiser l'autonomie physique et psychique du patient, sa capacité à gérer son quotidien. Elle nous donne aussi des indices sur sa capacité à prendre des décisions seul.

L'autonomie ne se limite pas seulement à la réalisation des actes de la vie quotidienne, elle intègre aussi la capacité à prendre seul des décisions.

Le principe d'autonomie décisionnelle induit la notion de prise de position, de choix. Cela concerne une personne en mesure de prendre une décision tout en ayant conscience des risques et des conséquences qui pourraient en découler.

Il existe différentes définitions dans la littérature. Kant définit l'autonomie comme (9) « *la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi* ».

L'autonomie fait également parti des principes fondamentaux du Code de la Santé Publique (10) notamment de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits du patient. Enfin la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie renforce la reconnaissance de l'autonomie décisionnelle de la personne en respectant la dignité du patient.

Le consentement éclairé de la personne reste un préalable au respect du principe d'autonomie.

Le fait de consentir permet à l'individu de donner son opinion concernant son état de santé, il exprime son ressenti, ce qu'il souhaite en fonction de ses valeurs ou de ses projets de vie.

Le patient est celui qui prend la décision finale sur les questions qui le concernent. Une certaine capacité cognitive est évidemment nécessaire pour prendre des décisions, aussi des troubles cognitifs très importants ne permettront pas à la personne de décider seule.

Il est nécessaire de distinguer le concept d'autonomie décisionnelle et d'indépendance.

Nous évoquons l'autonomie comme une capacité à prendre des décisions seul, contrairement à l'indépendance qui signifie le fait d'effectuer les actes de la vie quotidienne seul.

L'autonomie décisionnelle est également mise en péril lorsque le patient âgé est dépendant physiquement. Dans la pratique professionnelle, nous observons des confusions entre les concepts de dépendance, indépendance et autonomie.

Aussi, l'autonomie décisionnelle peut être omise lorsque le patient âgé est dépendant physiquement.

Or, une personne dépendante peut être en capacité de prendre des décisions seule en ayant conscience des conséquences potentielles tout comme une personne indépendante dès lors que l'autonomie décisionnelle est conservée.

Lorsque le patient n'est plus en capacité de décider seul, il est requis d'obtenir l'avis des proches ce que nomme Fourret comme (11) « *l'autonomie substituée* », cela permet d'inclure les proches dans la prise en soin du patient et les rendre acteurs dans le parcours du patient.

Il est nécessaire de respecter l'autonomie qu'elle soit décisionnelle ou fonctionnelle de la personne âgée. Il existe une vraie corrélation entre le respect de l'autonomie de la personne et le respect de sa dignité, tenir compte de ses choix, de sa capacité de faire, d'agir et de décider.

La citation de Gandhi est éloquent : « *Tout ce que vous faites pour moi sans moi, vous le faites contre moi* ».

Nous pouvons voir dans la littérature que la perte d'autonomie est un facteur prédictif de ré hospitalisation précoce non programmée (12). L'apparition d'escarre, une altération de l'état général ainsi qu'une difficulté à s'alimenter et se déplacer sont également des motifs favorisant le retour en hospitalisation (13). Ils sont identifiés comme des facteurs de fragilité.

2.1.2 La Fragilité

La notion de fragilité a suscité de nombreuses discussions. Elle a été définie par de nombreux auteurs avec des approches différentes mais qui peuvent être complémentaires.

Selon Hogan et al. 2003 (14) « *La vision multidimensionnelle de la fragilité, proposée par Hogan et al. (2003), inclut des composantes biologiques, physiologiques, psychologiques et sociales dans l'opérationnalisation de la notion* ».

De plus la fragilité est décrite comme un syndrome selon (14)Fried et al .2001, c'est un ensemble de signes et de symptômes cliniques. Il en ressort cinq composantes :

- Perte de force musculaire
- Retentissement à la marche
- Diminution de l'énergie
- Réduction des activités physiques
- Perte involontaire de poids

D'autres auteurs ne caractérisent pas la fragilité comme un syndrome mais plutôt comme un risque. La multiplication de ces risques accroît la probabilité de survenue de décompensation fonctionnelle notamment la perte d'autonomie, un état de santé plus vulnérable pouvant

favoriser des hospitalisations plus fréquentes. Ainsi la qualité de vie du patient âgé peut être déstabilisée.

Un consensus a été identifié par les gériatres sur la notion de fragilité (15) « *la fragilité est conçue comme un état de vulnérabilité aux stress dus à la perte de réserves dans de multiples systèmes et sous-systèmes physiologiques. Au-delà de ce point, les désaccords apparaissent.* »

Il est donc nécessaire d'identifier et prévenir la fragilité chez le patient âgé afin de pouvoir mettre en place un plan de soin pour limiter le risque de décompensation fonctionnelle qui peut induire le syndrome gériatrique.

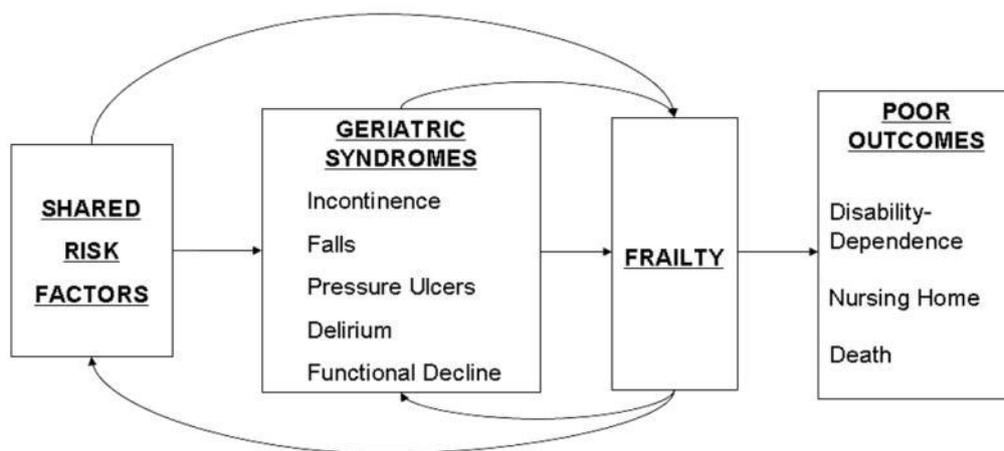
2.1.3 Le Syndrome gériatrique

Le syndrome gériatrique est défini comme (14) « *une condition qui est associée à une accumulation de déficiences en de multiples systèmes qui rend une personne vulnérable aux stress qui l'environnent* » (Flacker, 2003 ; Inouye *et al.*, 2007). Il est la conséquence d'une manifestation de multiples facteurs de risque en présence d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ce syndrome gériatrique touche le plus souvent les patients âgés fragiles avec donc un retentissement délétère sur leur santé physique, mentale et sociale. Il est nécessaire de rester vigilant lorsque le patient âgé fragile présente une affection aiguë, afin de prévenir le risque de cascade gériatrique.

La cascade gériatrique est définie comme (16) : « *un phénomène dans lequel une affection aiguë entraîne des décompensations organiques en cascade* ».

L'apparition de cette cascade peut conduire le patient à la dépendance, à un besoin total de soins inhérent à une perte d'autonomie, voire au décès du patient âgé comme nous pouvons le voir dans le modèle représenté ci-dessous :

Figure 2 : Modèle conceptuel (Inouye SK, et al. J Am Geriatr Soc. 2007 ;55:780-91)



Ce modèle conceptuel est un outil qui permet d'avoir un regard extérieur sur l'état de santé du patient âgé. Il permet également de s'interroger en tant que professionnel sur les risques que peut engendrer la fragilité chez le patient âgé.

Ainsi les professionnels de santé ont la possibilité de mettre en place une prise en soin adaptée afin d'éviter ou de limiter les conséquences des divers facteurs de risque d'un ou plusieurs syndromes gériatriques.

Les concepts de fragilité et de vulnérabilité sont parfois amalgamés, or bien que ces deux notions soient complémentaires, il existe des distinctions à considérer.

2.2 La vulnérabilité

La vulnérabilité fait partie intégrante des concepts en sciences infirmières. Le terme de vulnérabilité est utilisé dans différents domaines : médical, socio-économique, juridique, humanitaire ou encore philosophique.

Nous retiendrons le concept de vulnérabilité dans le domaine médical.

Selon Liendle (17) « *La vulnérabilité correspond au risque de développer ou d'aggraver des incapacités, le risque étant lié à son âge, à son état physique ou mental. La notion de vulnérabilité rend compte d'un état instable qui risque de se dégrader, la dégradation elle-même dépendant de l'état de la personne et des facteurs de fragilité* ».

La vulnérabilité expose la personne par la présence d'un facteur extérieur (environnement, social, familial) influençant son état de santé physique, mentale, psychologique, familial ou

encore socio-culturel. Le patient âgé peut devenir vulnérable lorsqu'il fait face à un changement de son état de santé.

Nous pouvons remarquer que le concept de fragilité et de vulnérabilité ont un point commun, celui d'influencer l'état de santé de la personne. Cependant, la vulnérabilité d'une personne âgée concerne ses interactions avec son environnement social et humain. Elle est liée à des facteurs extrinsèques contrairement à la fragilité qui repose sur des caractéristiques individuelles, intrinsèques (âge, présence de plusieurs maladies chroniques).

La vulnérabilité et la fragilité de la personne âgée auront un impact sur sa qualité de vie. Aussi, l'évaluation de la qualité de vie est indispensable dans la prise en charge des patients âgés.

2.3 La qualité de vie

La qualité de vie est la perception qu'a un individu sur son mode de vie, sa place dans la société, son histoire. Elle est subjective et propre à chacun, elle inclut de multiples dimensions (physique, psychologique, émotionnelle, sociale, médicale, environnementale, culturelle, économique).

Selon Formarier (18) la qualité de vie est « *lié à la forte émergence des malades atteints de pathologies chroniques, aux progrès de la médecine et au vieillissement de la population* ».

De plus le patient ayant une ou plusieurs maladies chroniques verra sa qualité de vie être affectée, c'est ainsi que chaque individu aura une qualité de vie différente.

Selon Calman (19) « *La qualité de vie est un concept difficile à définir et à mesurer. Une hypothèse est proposée qui suggère que la qualité de vie mesure la différence, ou l'écart, à une période de temps particulière entre les espoirs et les attentes de l'individu et les expériences présentes de cet individu* ».

Il y a un réel intérêt de mesurer la qualité de vie des individus et plus particulièrement celle des patients. Cela permet d'évaluer l'état de bien-être complet du patient, ce qui nous rappelle la définition de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (20) « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Il existe différents types de technique pour évaluer la qualité de vie, voici trois exemples :

- Le questionnaire standardisé SF-36 qui évalue la perception de la santé dans une population générale sans maladie spécifique ainsi que sur l'état de santé.
- Une évaluation individuelle : le SEIQoL (21) (Schedule Evaluation of Individual Quality of Life) (O'Boyle et al 1992) est effectué au cours d'un entretien semi dirigé. Il comporte la représentation de la qualité de vie, le niveau de satisfaction et l'importance de certains domaines de vie plus que d'autres.
- L'entretien qualitatif individuel qui permet au patient d'exprimer son ressenti concernant sa qualité de vie.

En évaluant la qualité de vie, nous identifierons en tant que soignant les besoins, les craintes, les demandes du patient. Ainsi, la relation entre soignant et soigné va se consolider et favoriser la communication dans le but d'obtenir du patient sa propre évaluation de la qualité de vie.

L'objectif de cette évaluation est de pouvoir mettre en place un plan de soin plus personnalisé pour maintenir et/ou améliorer la qualité de vie du patient.

L'infirmière de pratique avancée peut apporter une véritable plus-value dans le parcours de soins de la personne âgée, l'émergence de ce nouveau métier permet de repenser les prises en soins. Les objectifs sont notamment d'améliorer la qualité et la sécurité des soins grâce à une approche globale.

2.4 Infirmière en pratique avancée

La pratique avancée est née aux Etats-Unis au début des années 1940, tout d'abord apparait le métier d'infirmière anesthésiste et sage-femme. Le diplôme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques est créé par Hildegarde PEPLAU ce qui permettra de mettre en place le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée.

En 1960 au Canada émerge le titre d'infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne spécialisée.

Le Conseil international des infirmiers (CII) définit la profession comme : (22)« *Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer* ».

En France, la pratique avancée a suscité une longue réflexion, le rapport BERLAN en 2002 met l'accent sur le risque de déficit en professionnel de santé notamment dans certains territoires de France. Un second rapport a permis d'identifier les collaborations entre professionnels de santé possible dans le but de répondre aux besoins en santé de la population.

De plus, (23)la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) crée en 2009 permet aux professionnels de santé d'effectuer un protocole de coopération afin de pouvoir transférer des activités ou actes de soins dans la prise en soin du patient tout en respectant le champ de compétence de par l'article 51.

C'est donc en 2016 avec la loi de Modernisation du Système de Santé que le métier d'auxiliaire médical en pratique avancée émerge(24).

Enfin le 18 juillet 2018, le Décret relatif à l'exercice de la pratique avancée est publié officiellement. Il comprend les conditions d'accès à la formation, les modalités concernant le déroulement de la formation, le référentiel des activités autorisées ainsi que le référentiel des compétences(25).

On distingue différentes mentions :

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires,
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladies rénales chroniques, dialyse et transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale
- Urgence

L'Arrêté du 22 Octobre 2021 modifie l'Arrêté du 18 Juillet 2018 dans le domaine d'intervention des urgences, il s'ajoute des autres mentions possibles.

Les compétences à acquérir au cours des deux années de formations sont :

1. Evaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
2. Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé.
3. Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
4. Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.
5. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.
6. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

Grâce à l'obtention de ce diplôme, l'IPA pourra ainsi établir en collaboration avec le médecin et le patient le protocole d'organisation qui permettra de définir les activités de l'IPA ainsi que les modalités de retour du patient vers le médecin référent.

L'une de nos missions en tant qu'IPA est de favoriser la prise en charge et le suivi du patient en coordonnant son parcours de soin et en communiquant avec les différents professionnels qui interviennent auprès du patient notamment en sortie d'hospitalisation.

Dans l'étude de Lanièce et al (13), l'hospitalisation est un facteur prédictif de retour en hospitalisation. Pour pouvoir répondre aux missions qui nous sont confiés, il est intéressant de se questionner sur les problématiques rencontrées par les patients. Ainsi, grâce à nos compétences d'IPA, nous pourrions répondre aux besoins de ces patients.

3. PROBLEMATIQUE

Lors d'une hospitalisation, certaines personnes âgées sont à risque d'être ré admises précocement de façon non programmée. Visade et al (26) ont exposé le fait que la ré hospitalisation influe également le risque de décès.

Le repérage des facteurs de risque de ré hospitalisation mobilise l'ensemble des professionnels de santé afin d'optimiser le parcours de soins du patient. Nous pouvons remarquer qu'il existe des disparités dans ce repérage, surtout dans le suivi au cours de l'hospitalisation et à la sortie du patient ce qui favoriserait la ré hospitalisation.

Les facteurs médicaux associés au risque de ré-hospitalisation ont été largement explorés dans la littérature. Le point de vue du patient sur les motifs ayant participé à sa ré-hospitalisation non programmée demeurent inexplorés de même que le point de vue de l'aidant principal.

La participation de motifs non médicaux survenus à domicile (motifs organisationnels, environnementaux, sociaux, familiaux...) sont insuffisamment connus.

L'objectif de ce travail est de recueillir l'avis du patient, de l'aidant principal et de l'aidant professionnel du domicile sur les motifs non-médicaux ayant contribué à une ré-hospitalisation non programmée.

3.1 Question et hypothèse de recherche

Dans quelle mesure, identifier les motifs non médicaux de ré hospitalisation évoqués par le patient, l'aidant proche et l'aidant professionnel optimiserait-il le parcours de soins du patient âgé dans le but de limiter la ré hospitalisation ?

Nous faisons l'hypothèse que des motifs non-médicaux participent à la survenue des ré-hospitalisations non programmées en population âgée. La prise en compte de ces motifs non-médicaux permettraient de compléter le plan d'intervention en sortie d'hospitalisation index en vue de limiter le risque de ré-hospitalisation non-programmée chez des patients âgés hospitalisés en court séjour gériatrique.

III) MATERIEL ET METHODE

3.1 Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude de recherche prospective, observationnelle, monocentrique en science humaine et sociale. Le protocole a été examiné puis validé par le comité éthique de la recherche clinique du Centre Hospitalier de Valenciennes avant sa mise en place.

L'étude s'est déroulée dans les unités de court séjour gériatrique du Centre Hospitalier de Valenciennes du 24/03/2023 au 05/05/2023.

3.2 Population étudiée

Les patients éligibles à cette étude sont les patients admis de façon non programmée dans une des unités de court séjour gériatrique du CHV (= séjour index) pendant la période de recueil ayant été hospitalisé (tout motif) dans les trois mois précédents ce séjour index quel que soit le lieu d'hospitalisation et la durée et n'ayant pas fait état de son opposition pour participer à cette étude.

3.3 Modalités d'inclusion

Les patients éligibles à l'inclusion dans le protocole présentaient les caractéristiques suivantes:

- Patient de 75 ans et plus
- hospitalisé en Unité de Médecine aigue de Gériatrie (UMAG) pour un motif non programmé sur la période de recueil définie,
- ayant déjà été hospitalisé pendant plus de 24h dans les 3 mois précédents tout motifs confondus.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Patient ayant déjà été inclus dans l'étude lors d'un séjour précédent,

- Patient ne donnant pas son accord oral pour participer ou pour les patients sous tutelle : opposition de la tutelle.

- Patient n'ayant pas la capacité de communiquer (troubles cognitifs, état comateux, soins de confort avec décès imminent).

La non-participation/l'absence de l'aidant principal et/ou de l'aidant professionnel du domicile n'était pas un critère de non-inclusion.

Les lundis, mercredis et vendredis, pendant la période de l'étude, les patients nouvellement admis dans l'unité pour un motif non programmé (patient admis via les urgences ou par admission directe non programmée) depuis le dernier recueil étaient identifiés par le médecin en charge du patient.

Le séjour index était défini comme le séjour pendant lequel le patient, son entourage familial et son entourage professionnel du domicile étaient interrogés et qui a été précédé d'un séjour hospitalier dans les 90 jours.

Le médecin vérifiait si le patient avait été hospitalisé dans les trois mois précédents (information recueillie via le dossier patient électronique ou par interrogatoire du patient et/ou de son entourage à l'entrée pour les hospitalisations hors CH Valenciennes).

Il était considéré comme séjour précédent *tout séjour hospitalier de plus de 24h quel que soit son motif, quel que soit l'établissement où le séjour s'est déroulé*. Si le patient avait été admis en hospitalisation dans les trois mois précédents, il était considéré comme éligible à cette étude.

Le patient était interrogé par le médecin pour recueillir son accord afin de participer à l'étude. Les modalités liées à l'étude (le passage du questionnaire ainsi que l'interrogatoire via un questionnaire de l'aidant à domicile et du soignant professionnel du domicile) étaient expliquées au patient préalablement au consentement.

Si le patient n'était pas en capacité de donner son accord du fait de troubles cognitifs importants ou si le patient était sous tutelle, une fois la non-opposition du patient recueillie, la personne de confiance (ou la tutelle) était contactée pour obtenir le consentement.

Une fois le consentement du patient et/ou de sa personne de confiance et/ou de sa tutelle recueilli et notifié dans le dossier, l'identité du patient était communiquée à l'investigateur de l'étude : l'étudiante infirmière en pratique avancée (IPA). Nous procédions à son inclusion dans l'étude et à la passation des différents questionnaires.

Le patient était vu en chambre par l'étudiante IPA pour recueillir des données permettant de caractériser la population interrogée.

L'entretien s'effectuait à l'aide d'un questionnaire fermé spécifiquement rédigé pour les patients (cf ANNEXE 1-Questionnaire destiné au patient) qui portait exclusivement sur les motifs non-médicaux présents avant la ré-hospitalisation ayant pu contribuer à la ré hospitalisation selon la personne interrogée.

Afin de ne pas influencer le patient, et après lui avoir expliqué l'objectif du travail, la première approche consistait en un entretien ouvert.

Au fur et à mesure du déroulé de la rencontre avec le patient, des motifs prédéfinis dans une liste (cf ANNEXE 1) étaient cochés, s'ils étaient cités par le patient.

Si la première approche (discours spontané du patient) ne permettait pas d'orienter le discours, des exemples de motifs étaient cités (exemples pris aléatoirement dans une liste des motifs établis pour servir d'exemple).

Le nombre de motifs cochés n'était pas limité. La personne pouvait n'évoquer aucun motif.

L'aidant principal était interrogé dans l'unité d'hospitalisation ou à défaut par téléphone, en-dehors de la présence de la personne hospitalisée.

L'aidant professionnel du domicile était interrogé par téléphone. Les modalités de recueil des motifs non-médicaux évoqués par l'aidant proche et/ou l'aidant professionnel étaient similaires aux modalités utilisées avec le patient.

Un questionnaire spécifique a été établi pour chaque catégorie de personne interrogée et sont disponibles en annexes (ANNEXES 2,3-Questionnaire destiné à l'aidant proche et à l'aidant professionnel).

3.4 Données recueillies dans l'étude

Les données recueillies concernaient les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées (sexe, tranche d'âge, lieu de vie, environnement familial ou amical, aide professionnelle ou proche en place avant le séjour index, présence d'un médecin traitant désigné).

Les motifs non-médicaux recueillis étaient classés par catégories :

- Motifs *Personnels* (âge, sentiment de solitude)
- Motifs *Sociaux* (absence de relais familial, de relais amical, de vie sociale, habitat isolé, difficulté pour se déplacer, pour s'alimenter, pour se fournir les médicaments)
- Motifs *Environnementaux* (absence de relai professionnel hors médecin, changement de l'intervenant professionnel, absence du médecin traitant habituel, médecin traitant non joignable, ergonomie du domicile inadapté, médecin traitant qui ne vient pas au domicile)
- Motifs *Organisationnels* (lien insuffisant avec les professionnels de ville en sortie d'hospitalisation, sortie précoce lors du premier séjour, difficulté pour se faire accompagner par une infirmière, un kinésithérapeute).

Les éléments d'ordre médicaux qui sont évoqués spontanément par le patient ou ses aidants ne sont pas colligés.

3.5 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'identifier des groupes de motifs non-médicaux évoqués par le patient comme ayant contribué à la ré-hospitalisation sans prise en compte du motif médical éventuel.

Le critère de jugement principal était la fréquence d'évocation des motifs non-médicaux déclarés par le patient hospitalisé en court séjour gériatrique de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index.

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les motifs non-médicaux évoqués par l'aidant principal d'un patient âgé hospitalisé en court séjour gériatrique de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index comme ayant contribué à une ré-hospitalisation non programmée
- Identifier les motifs non-médicaux évoqués l'aidant professionnel du domicile d'un patient âgé hospitalisé en court séjour gériatrique de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index comme ayant contribué à une ré-hospitalisation non programmée

- Comparer les motifs non-médicaux évoqués par le patient âgé hospitalisé en court séjour gériatrique de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index, l'aidant principal et l'aidant professionnel du domicile comme ayant contribué à une ré-hospitalisation non programmée.

Les critères de jugement secondaires sont :

- La fréquence d'évocation des motifs non-médicaux déclarés par l'aidant principal d'un patient âgé hospitalisé en court séjour gériatrique de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index.
- La fréquence d'évocation des motifs non-médicaux déclarés par l'aidant professionnel du domicile d'un patient hospitalisé en court séjour gériatrique de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index.

3.6 Ethique

Il s'agissait d'une étude prospective monocentrique relevant de la MR004 selon la loi Jardé au titre des sciences humaines et sociales.

Le but était de recueillir auprès de chaque acteur (patient, aidant principal et aidant professionnel du domicile) le type de motif qui avait, selon l'acteur interrogé, contribué à la ré-hospitalisation, en plus du motif médical.

Les motifs recueillis ne contenaient pas de données médicales ou de données de santé, aucune question ayant trait à une donnée médicale n'étant posée ou colligée.

Les données médicales spontanément évoquées par le patient et l'aidant proche ou professionnel n'étaient pas prises en considération.

3.7 Aspect statistiques

Les données anonymisées ont été recueillies sur un cahier d'observation papier. Les données ont ensuite été recueillies dans une base de données sur tableur Excel assorti d'un dictionnaire des données permettant d'en garantir le codage uniforme.

IV) RESULTATS

4.1 Description de la population étudiée et caractéristiques socio-démographique de la population étudiée

Tous les patients interrogés avaient 80 ans ou plus, aucun n'était sans domicile fixe ni célibataire lors du séjour index.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients interrogés (n=29)

Caractéristiques	n	%	
Sexe	Féminin	14	48.3
Tranche d'âge	80-95 ans	27	93.1
	> 95 ans	2	6.9
Lieu de vie	Maison/appartement	25	86.2
	EHPAD	2	6.9
	Foyer logement/résidence senior	2	6.9
Situation familiale et amicale	Marié/vie maritale	7	24.1
	Veuf/veuve	19	65.5
	Divorcé/séparé	3	10.3
	Ayant des enfants	28	96.5
	Ayant des petits-enfants	26	89.6
	Présence d'amis proches	12	41.4
Accompagnement apportée à domicile	Par un aidant proche	25	86.2
	Par un aidant professionnel	22	75.9
Santé perçue	Très bonne/bonne	3	10.3
	Moyenne	18	62.1
	Très mauvaise/mauvaise	8	27.6

4.2 Répartition des motifs non médicaux ayant contribué à la ré hospitalisation évoqués par le patient, l'aidant proche et par l'aidant professionnel

Tableau 2 : Répartition des motifs non-médicaux ayant contribué à la ré-hospitalisation selon les personnes interrogées

Motif	Patient (n=29)		Aidant proche (n=25)		Aidant professionnel (n=20)*	
	n	%	n	%	n	%
Personnel	11	37.9	6	24	3	15
Social	12	41.4	14	56	6	30
Environnemental	18	62.1	14	56	10	50
Organisationnel	1	3.4	3	12	7	35
Médical seul	0	0	0	0	2	10
Aucun	3	10.3	4	16	2	10

* Le taux de réponse a été calculé sur l'ensemble des aidants professionnels répondants soit 20.

Le nombre d'aidants proches est différent car sur les 29 patients interrogés, 25 avaient un aidant proche, 4 n'avaient pas d'aidant proche.

Concernant les aidants professionnels il y avait 22 aidants professionnels, 20 étaient présents, 2 étaient injoignables. 7 patients n'étaient pas accompagnés par un aidant professionnel.

4.3 Profil des aidants proches interrogés

Tous les aidants proches (100%) interrogés faisaient partie de la famille du patient. Le temps passé auprès du patient par les aidants proches était :

- Une fois/semaine : 5 (20%)
- Moins d'une fois/jour : 7 (28%)
- Tous les jours à plusieurs fois/ jour : 13 (52%)

Le temps passé auprès du patient jugé suffisant par les aidants proches :

Oui : 21 (84%)

NON : 4 (16%)

L'accompagnement professionnel auprès du patient jugé suffisant par les aidants proches :

OUI : 12(60%)

NON : 8 (40%)

4.4 Profil des aidants professionnels interrogés

Il y avait en totalité 22 aidants, 20 étaient présents, 2 étaient injoignables, 7 étaient absents.

La fonction des aidants professionnels était :

- Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) : 17
- Auxiliaire de vie : 5

Le temps passé auprès du patient par les aidants professionnels était :

- Tous les jours : 17
- Plusieurs fois par jours : 5

Tous les patients bénéficiant d'une aide professionnelle en bénéficient au moins une fois par jour.

Le temps passé auprès du patient jugé suffisant par les aidants professionnels :

- Oui : 18 (90%)
- Non : 2 (10%)

La majorité des aidants professionnels jugent le temps passé auprès du patient à aider suffisant.

4.5 Jugement sur le temps professionnel passé auprès du patient entre les aidants proches et les aidants professionnels

Tableau 3 : Comparaison du jugement sur le temps professionnel passé auprès du patient entre les aidants proches et les aidants professionnels

Temps auprès des patients par les aidants professionnels	Aidant proche*	Aidant professionnel
Jugé suffisant	18 (72%)	18 (90%)
Jugé non suffisant	7 (28%)	2 (10%)

4.6 Jugement sur le temps passé par l'aidant proche auprès du patient entre les proches aidants et les aidants professionnels

Tableau 4 : Comparaison du jugement sur le temps passé par l'aidant proche auprès du patient entre les proches aidants et les aidants professionnels

Temps auprès des patients par les aidants proches	Aidant proche	Aidant professionnel
Jugé suffisant	21 (84%)	12 (60%)
Jugé non suffisant	4 (16%)	8 (40%)

V) ANALYSE DES RESULTATS

5.1 Profil des patients interrogés

Les patients interrogés avaient un âge supérieur à 80 ans pour 93,1 % d'entre eux. Sur les 29 patients interrogés 14 étaient des femmes soit 48,3 %. Nous pouvons remarquer que la ré hospitalisation concerne aussi bien les femmes que les hommes avec une moyenne d'âge d'environ 80 ans.

La majorité des patients vivaient dans une maison ou un appartement à 86,2%. Notons que 14% des patients interrogés sont pris en charge au sein d'une institution, ce qui indique un besoin d'assistance face à un état de dépendance.

La situation familiale nous montre également que la majorité des patients étaient veufs ou veuves à 65,5%. 10,3 % se déclarent divorcé ou séparés. Ainsi 75,8% des patients interrogés sont seuls.

24% des patients interrogés étaient en situation de vie maritale, ils ne vivaient pas seuls.

La population interrogée ayant effectué deux séjours à l'hôpital dans les trois mois précédents sont des patients vivant au domicile et n'ayant plus leurs conjoints.

Les patients interrogés sont entourés par leurs enfants à 96,5% et par leurs petits-enfants à 89,6%.

Ils sont également accompagnés d'un aidant proche à 86,2% et par un aidant professionnel à 75,9%.

Les patients perçoivent leur santé comme moyenne à 62,1%.

Seulement 3 patients sur 29 d'entre eux se sentent en bonne voire en très bonne santé pour autant ils sont hospitalisés cela pose la question de leur propre perception de leur état de santé.

Enfin 27,6% des patients ont évalué leur état de santé comme mauvais et très mauvais. La perception de son état de santé par le patient reste subjective car c'est une appréciation propre à chacun.

5.2 Motifs évoqués par les patients interrogés

Le questionnaire était à choix multiples donc plusieurs motifs de ré hospitalisation ont pu être choisis par les patients interrogés.

10,3% des patients interrogés indiquent que selon eux qu'aucun motif non médical n'a contribué à leur ré hospitalisation. Une fois encore cela questionne la perception de leur état de santé.

Aucun patient n'a invoqué le motif médical comme seule cause de leur ré hospitalisation. Nous pouvons faire l'hypothèse que la prise en charge médicale est adaptée. Cela signifie probablement que la ré hospitalisation n'est pas seulement justifiée par la maladie.

3,4% des patients interrogés identifiaient un motif organisationnel comme ayant conduit à leur ré hospitalisation. Rappelons que le motif organisationnel comprend le lien insuffisant avec les professionnels de la ville, la sortie précoce lors du premier séjour et la difficulté pour se faire accompagner par une infirmière et/ou un kinésithérapeute.

37,9% des patients interrogés avancent leur âge et leur sentiment de solitude comme motif non médical ayant contribué au retour en hospitalisation. C'est un chiffre conséquent qui témoigne de la difficulté à vivre seul pour le patient âgé. Ce motif personnel fait ressortir de l'étude la fragilité émotionnelle due à la situation de vie personnelle du patient.

Dans le questionnaire, le motif social comprenait l'absence de relai familial, l'absence de relai amical, l'absence de vie sociale, un habitat isolé, une difficulté pour se déplacer, difficulté pour s'alimenter, difficulté pour se fournir les médicaments. 12 personnes sur les 29 patients interrogés avancent le motif social comme ayant causé leur ré hospitalisation.

62,1% des patients interrogés soit 18 patients indiquent le motif environnemental pour expliquer le retour en hospitalisation. Le motif environnemental comprend l'absence de relai professionnel hors médecin, le changement de l'intervenant professionnel, l'absence du médecin traitant habituel, le médecin traitant non joignable, l'ergonomie du domicile inadaptée et le médecin traitant qui ne vient pas au domicile.

L'étude menée auprès de 29 patients ré hospitalisés à trois mois au sein de l'UMAG au CHV nous montre que la majorité des patients (62,1%) estiment que leur environnement est inadapté à leurs besoins et que cela favorise le retour en hospitalisation.

5.3 Motifs évoqués par les aidants proches interrogés

Dans cette étude tous les aidants proches qui ont acceptés de répondre aux questions sont des membres de la famille du patient. (100%)

Le temps passé auprès du patient par les aidants proches était en majorité à 52% avec un passage chaque jour voire plusieurs fois par jour. Ce pourcentage nous révèle l'importance de la présence de l'aidant proche pour le patient qui a besoin de soutien que ce soit physique, mental, environnemental et social.

84 % des aidants proches estiment que le temps passé auprès du patient est jugé suffisant. Nous pouvons imaginer que les aidants jugent qu'ils sont suffisamment présents. En revanche il convient d'être prudent car c'est une question à haut risque de biais : par culpabilité ou complaisance.

Sur la question du jugement par les aidants proches du temps passé par les aidants professionnels avec le patient âgé, les avis sont partagés même si nous notons une majorité à 72% d'aidants proches qui estiment que les aidants professionnels accordent suffisamment de temps aux patients.

16% des aidants proches nous indiquent que selon eux aucun des motifs mentionnés dans le questionnaire ont été la cause d'une ré hospitalisation.

Aucun d'entre eux n'a identifié la maladie (le motif médical seul) comme seule cause à la ré hospitalisation.

12% des aidants proches indiquent un motif organisationnel c'est-à-dire lien insuffisant avec les professionnels de ville en sortie d'hospitalisation, sortie précoce lors du premier séjour et une difficulté pour se faire accompagner par une IDE ou un kinésithérapeute. Cela représente trois personnes sur 25 aidants ce qui est relativement peu.

Concernant le motif personnel, six aidants proches sur 25 interrogés soit 24% ont identifiés ce motif comme une cause de retour en hospitalisation.

L'étude montre qu'à égalité le motif social et le motif environnemental sont identifiés par les aidants proches comme la cause principale de ré hospitalisation.

En effet il apparait que malgré une implication dans la prise en charge quotidienne des patients, les aidants proches soient en mesure de prendre du recul sur la situation.

Les aidant proches ont mis en lumière le fait que la réponse aux besoins des patients sur le plan environnemental et social ne soit pas suffisamment adaptée.

5.4 Motifs évoqués par les aidants professionnels interrogés

Sur les 29 patients interrogés, 22 bénéficiaient d'un aidant professionnel, 20 étaient présents, 2 professionnels sont restés injoignables et 7 patients n'avaient pas d'aidant professionnel au domicile.

Dans le cadre précis de notre étude, les aidants professionnels sont représentés par les infirmiers diplômés d'état (17) et les auxiliaires de vie (5).

Le temps passé auprès du patient par les aidants professionnels était pour 17 d'entre eux un passage journalier et pour 5 professionnels un passage plusieurs fois par jours.

A 90% les aidants professionnels jugent le temps passé auprès du patient suffisant. Seul 10% des aidants professionnels jugent insuffisant le temps consacré au patient.

L'intensité de l'intervention des aidants professionnels pose la question du soutien qui leur est apporté ainsi que sur la connaissance des dispositifs de ville.

10% des aidants professionnels estiment que seul un motif médical est à l'origine de la ré hospitalisation à trois mois.

Le motif personnel est avancé pour 15% des aidants professionnels comme ayant contribué au retour en hospitalisation. Cela démontre une réelle prise en compte des fragilités émotionnelles des patients rendus vulnérables du fait de leur sentiment de solitude.

Pour 30% des aidants professionnels, le motif social influence le retour en hospitalisation.

Ce résultat est sensiblement le même que pour le motif organisationnel puisque 35% des aidants professionnels ont évalué ce motif comme favorisant le retour en hospitalisation.

Le motif environnemental : ergonomie du domicile, absence du médecin traitant habituel, médecin traitant non joignable est la principale cause (50%) des motifs non médicaux ayant participé à la ré hospitalisation des patients âgés selon les aidants professionnels.

5.5 Exploitations croisées des différents résultats obtenus

Au regard des réponses apportées par les différentes personnes interrogées, il apparaît que seuls les aidants professionnels mettent en avant le motif médical seul comme ayant conduit à la ré hospitalisation. Ni le patient ni l'aidant proche n'ont identifiés cette cause. Cela nous montre que le point de vue de l'aidant professionnel est différent de celui du patient et de l'aidant proche. Le regard extérieur, dénué d'affect et étayé par le savoir professionnel technique, est plus éclairé sur la maladie. De par sa formation professionnelle, son évaluation est réalisée en lien avec ses connaissances.

En revanche, le patient peut avoir une méconnaissance de sa maladie et donc être en difficultés pour en repérer les symptômes, et les identifier comme symptômes. Notre expérience professionnelle, nous rappelle de ne prendre en compte qu'une part non négligeable de patients, par crainte des conséquences, rencontrent des difficultés à reconnaître leur maladie. Cela pourrait expliquer qu'aucun des patients que nous avons interrogés n'a exprimé le motif médical seul comme ayant favorisé la ré hospitalisation.

Concernant les aidants proches, 100% des personnes interrogées sont des membres de la famille du patient âgé. 52% d'entre eux, interviennent auprès du patient, tous les jours, à plusieurs fois par jour. Ils ont donc accès à l'entièreté de la prise en charge quotidienne et globale du patient. Leur présence n'étant pour la plupart, pas restreinte à des soins médicaux, ou des soins de nursing, et même s'ils n'ont pas nécessairement le savoir technique médical : leur investissement au quotidien leur accorde une expertise dans l'accompagnement et le suivi du patient âgé. Malgré la dimension affective qui biaise le regard sur l'état de santé du patient, le fait que l'aidant proche éprouve ce quotidien lui donne une vision globale des difficultés rencontrées. Cela explique que les aidants proches n'identifient pas le motif médical seul comme unique cause de ré hospitalisation.

35% des aidants professionnels ont indiqué le motif organisationnel comme une cause de ré hospitalisation à 3 mois. Le motif organisationnel comprend le lien insuffisant avec les professionnels de ville en sortie d'hospitalisation, la sorte précoce de l'hôpital lors du premier séjour et la difficulté pour se faire accompagner par des professionnels paramédicaux en extra hospitalier.

Durant les échanges téléphoniques avec les aidants professionnels, il ressort des réponses apportées au questionnaire et de leurs réflexions, que les difficultés de communication et d'organisation entre les différents intervenants et services autour du patient, peuvent-être la cause d'une ré hospitalisation. Ce qui contraste avec le point de vue des patients et des aidants proches qui ne perçoivent pas nécessairement le motif organisationnel comme la cause d'un retour en hospitalisation.

Les difficultés d'organisation inter-dispositifs n'auraient donc que peu d'impact selon les patients et les aidants proches sur la prise en charge quotidienne du patient. Cela induit qu'ils n'auraient pas conscience du niveau de compensation fournie par les aidants proches et les aidants professionnels pour palier à ces écarts.

Sur la question du motif environnemental, qui concerne essentiellement l'ergonomie du lieu de vie. Les patients, leurs aidants proches et professionnels s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un motif régulier favorisant la ré-hospitalisation. Tant le patient qui l'éprouve au quotidien, en vivant dans un domicile qui n'est plus adapté à ses capacités et son niveau d'autonomie, que pour l'aidant proche qui doit par son intervention compenser la perte d'autonomie et intervenir dans un environnement qui n'est pas sécurisé ou adapté pour le patient (marches dans le domicile, WC non surélevé, chambre et salle de bain à l'étage, logement non adapté aux personnes à mobilité réduite, absence de matériels médicalisés). Les aidants professionnels partagent cet avis, puisqu'eux même peuvent être amenés à réaliser des soins au domicile qui nécessiteraient des moyens supplémentaires (moyens humains et matériels).

A l'instar du motif environnemental, le motif social est régulièrement cité par les 3 catégories de personnes interrogées. Les difficultés à se déplacer ont forcément des conséquences à la fois sur des gestes de la vie quotidienne : soin d'hygiène, cuisine, se rendre aux toilettes, vider les poubelles, ouvrir une conserve, et à la fois sur la vie extérieure au domicile : sortie avec des amis, faire des courses, participer aux activités seniors de la commune.

Le fait d'avoir des difficultés à se déplacer contribue à un isolement social, en effet, seul 12 patients sur 29, ont pu nous dire qu'ils avaient des amis qu'ils rencontraient régulièrement. La présence d'amis même s'ils ne substituent pas l'aidant, permet de soulager l'aidant proche et de maintenir une vie sociale pour le patient. A contrario, 17 patients sur 29 déclarent n'avoir aucun ami proche.

La rupture avec l'entourage amical provoquée par la perte d'autonomie ou la difficulté à se déplacer favorise un retour en hospitalisation à 30% selon les aidants professionnels, le chiffre

augmente à 56% pour les aidants proches. C'est une donnée significative dans l'analyse des motifs conduisant à la ré hospitalisation. Les patients également confirment cette perception de leurs aidants à 41,4%.

Cela nous permet de faire le lien avec le motif personnel qui est évoqué par 37,9% des patients. En effet, l'âge et le sentiment de solitude alimentent la fragilité émotionnelle des patients, les rendant plus vulnérable. L'étude montre que 65,5% des patients sont veufs et 10,3% sont séparés ou divorcés, autant de patients vivent seuls au quotidien. Ces chiffres sont en partie corroborés par les aidants proches à hauteur de 24%, seulement 15% pour les aidants professionnels. Il apparaît que le sentiment de solitude ressenti par les patients alimente l'isolement social. Isolement social que les aidants proches et les aidants professionnels tentent de rompre, ainsi selon l'étude menée, 84% des aidants proches jugent qu'ils passent suffisamment de temps auprès du patient, et 90% pour les aidants professionnels. Cela témoigne de leur investissement quotidien, qu'il faut nuancer par un sentiment possible d'épuisement, induit par la notion de suffisance. Le sentiment d'épuisement des aidants proches revient à se questionner sur le soutien qui peut être apporté à l'aidant par le biais des dispositifs mis en place sur le territoire comme la plateforme de répit.

Pour rappel, la question de recherche était : Dans quelle mesure, identifier les motifs non médicaux de ré hospitalisation évoqués par le patient, l'aidant proche et l'aidant professionnel optimiserait-il le parcours de soins du patient âgé dans le but de limiter la ré hospitalisation ?

Au regard des résultats obtenus après analyse de l'étude menée, il apparaît que les patients, les aidants proches et les aidants professionnels ont identifié en grande majorité des motifs non médicaux comme une cause majeure de retour en hospitalisation. Le motif médical est totalement écarté par les patients et les aidants proches, et très peu mentionné par les aidants professionnels. Ainsi, les motifs les plus cités, à la fois par les patients, les aidants proches et professionnels sont les motifs environnementaux, sociaux, personnels et organisationnels. Tant de motifs qui mobilisent un grand nombre de professionnels en intra et en extra hospitalier et de proches (famille/ami) autour du patient.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier des groupes de motifs non médicaux évoqués par le patient comme ayant contribué à la ré hospitalisation sans prise en compte du motif médical éventuel. L'étude menée par la réalisation des questionnaires a permis l'identification d'un grand nombre de motifs non médicaux évoqués par le patient. Le critère de jugement principal était la fréquence d'évocation des motifs non médicaux déclarés par le

patient hospitalisé en UMAG de façon non programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index. Nous avons pu constater que le motif environnemental a été cité pour 62,1% des patients interrogés.

Les objectifs secondaires étaient : identifier les motifs non-médicaux évoqués par l'aidant proche, d'un patient âgé hospitalisé en court séjour gériatrique, de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index, comme ayant contribué à une ré-hospitalisation non programmée ; Identifier les motifs non-médicaux évoqués par l'aidant professionnel d'un patient âgé hospitalisé en court séjour gériatrique de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index comme ayant contribué à une ré-hospitalisation non programmée ; Comparer les motifs non-médicaux évoqués par le patient âgé hospitalisé en court séjour gériatrique de façon non-programmée à 90 jours ou moins d'un séjour index, l'aidant principal et l'aidant professionnel comme ayant contribué à une ré-hospitalisation non programmée.

Tous ces objectifs ont été identifiés à la fois par les patients, leurs aidants proches et leurs aidants professionnels.

Les critères de jugement secondaires étaient la fréquence d'évocation des motifs non-médicaux déclarés par les aidants proches et les aidants professionnels. En effet, l'analyse des données a démontré que le motif médical seul était très minoritairement invoqué contrairement aux motifs non-médicaux largement cités.

Enfin, notre hypothèse de départ se reposait sur la participation des motifs non médicaux comme facteur de ré hospitalisation non programmées chez le patient âgé. Notre étude a démontré que selon le ressenti des patients, des aidants proches et professionnels, les motifs non médicaux contribuent à la ré hospitalisation.

VI) DISCUSSION

1. Données épidémiologiques de ré hospitalisation

Au commencement de ce travail de recherche, la première étude consultée, était celle de Van Walravens et al (4). Le travail de ces auteurs consistait à recenser via deux bases de données *MEDLINE* et *EMBASE* toutes les études portant sur la ré admission à l'hôpital depuis 1966 jusqu'à 2010 et qui précisaient combien de ces hospitalisations auraient pu être évitées. Ainsi, il apparaît que 27% de ces ré hospitalisations auraient pu être évitées. Notre travail de recherche portait lui sur l'identification des motifs non médicaux ayant conduit à une ré hospitalisation à 3 mois pour le patient âgé. Il supposait donc un nombre conséquent de patients ré hospitalisé en UMAG dans le 3 mois suivant le précédent séjour. Durant les 6 semaines d'inclusion, notre étude a recensé 29 patients se trouvant dans cette situation.

Cela nous amène à l'étude de Pérès et al (27) qui ont travaillé en 2002 sur l'incidence des facteurs de risque sur une ré hospitalisation précoce du patient âgé. Ils identifient deux facteurs principaux comme ayant influés sur le retour en hospitalisation des patients dont le besoin d'aide pour se déplacer et la sortie précoce lors du précédent séjour. En 2023, les résultats obtenus par notre étude, montrent que le motif social comprenant les difficultés à se déplacer constitue toujours un facteur prédictif de retour précoce en hospitalisation, selon le ressenti des patients, des aidants proches et des aidants professionnels. La réponse apportée par Pérès et al (27) à ce constat était la nécessité d'adapter la durée moyenne de séjour et de s'assurer de l'adéquation des aides mises en place aux besoins de la personne âgée suite à une perte d'autonomie. Ce que nous pouvons mettre en lien avec nos résultats qui mettent en exergue le motif environnemental, le motif organisationnel et le motif social.

Nous retrouvons également ces éléments dans l'étude de Schwarz et al (12) qui identifient des facteurs de fragilité chez le patient âgé insuffisant cardiaque. La distinction est faite entre la pathologie cardiaque stabilisée et l'altération de l'état fonctionnel et cognitif qui cause dans 44% des cas un retour en hospitalisation dans les 3 mois qui suivent le précédent séjour. Cette étude met également en évidence l'épuisement, le stress et la dépression vécu par l'aidant comme un facteur qui contribue au retour en hospitalisation. Dans notre étude, la globalité de la prise en charge du patient a été prise en compte, au-delà de son état de santé : environnement de vie, intervention d'aidants au quotidien, entourage familial et amical, ergonomie du domicile, lieu de vie, etc.

L'ensemble des aidants proches et professionnels estiment que le temps passé auprès du patient est suffisant. Comme indiqué dans notre analyse, la suffisance peut signifier soit qu'il n'est pas nécessaire d'en faire plus, soit qu'ils ne pourraient pas en faire davantage. Cela nous interroge sur la réalité de l'accompagnement d'une personne âgée nécessitant une intervention et une présence quotidienne. Les aidants proches et professionnels mettent régulièrement et majoritairement en avant, dans notre étude, les motifs sociaux et environnementaux comme facteurs de ré hospitalisation. Ce sont les facteurs qui pèsent le plus au quotidien, à la fois sur le patient qui peut se mettre plus en danger, sur les aidants proches qui peuvent être amenés à compenser davantage sur les gestes de la vie courante et sur les aidants professionnels qui peuvent être contraints de dépasser le cadre de leur intervention. C'est l'effet cascade. Nous pouvons supposer que les limites de l'intervention paramédicale et l'épuisement des aidants proches est un facteur prédictif de ré hospitalisation.

Une autre étude menée par Lanièce et al (13) s'accorde avec les différentes études citées dans notre recherche et aux résultats de notre étude. Après identification des facteurs prédictifs à une ré hospitalisation, Lanièce et al mettent en exergue les motifs de mauvais état général, incapacité à s'autoalimenter, la présence d'escarre et une hospitalisation antérieure. Leur travail a permis de constater l'incidence de ces facteurs sur une ré hospitalisation du patient, puisque 14,2% des patients faisant l'objet d'un retour en hospitalisation à 3 mois présentaient au moins l'un des facteurs prédictifs identifiés par l'étude de Lanièce et al.

Dans l'étude de Lanièce et al, l'hospitalisation est identifiée comme un facteur de risque de retour précoce en hospitalisation. Ce que vient confirmer l'étude de Visade et al (26) qui va plus loin en indiquant que cela peut également favoriser le décès du patient âgé. L'hospitalisation comme facteur de risque, n'apparaît pas dans notre étude. Aucune des catégories de personnes interrogées ne l'ont mentionnée. Pourtant les circuits de retour en hospitalisation : adressage par le médecin de ville ou intervention des secours, admission par le service des urgences générales adultes, rencontre avec l'équipe mobile de gériatrie sur demande du médecin urgentiste, et enfin admission dans le service selon les capacités d'accueils sont autant d'étapes éprouvantes pour toute personne âgée.

2. Prise en considération du ressenti du patient, de son aidant proche et professionnel

En gériatrie, nous n'avons trouvé aucune étude sur le ressenti du patient âgé relatif à sa prise en charge globale. Contrairement à d'autres spécialités telles que la psychiatrie ou encore les soins palliatifs qui ont fait l'objet d'étude sur le ressenti du patient quant à sa prise en charge globale.

Nous nous interrogeons sur les raisons de cette absence. En effet, les patients âgés sont très peu interrogés au contraire des professionnels de santé très sollicités. Or, pour favoriser l'adhésion du patient au plan de soin, il est nécessaire de prendre en compte son ressenti et celui de son aidant. Cela demande d'être à l'écoute du patient et de ses aidants proches et professionnels.

Les résultats obtenus dans l'étude, qui ciblent majoritairement des motifs non médicaux, font l'état d'une vulnérabilité physique et affective du patient en perte d'autonomie. L'étude nous montre que la présence journalière des aidants proches et des aidants professionnels, suppose un degré de dépendance évolué des patients âgés maintenus au domicile.

Nous avons conscience que la notion de ressenti est subjective, cependant c'est un élément d'indication de l'état du patient que nous devons prendre en compte lors de l'interrogatoire d'examen clinique d'entrée par exemple. Cela nécessite d'être à l'écoute du patient, cette écoute active permet de déterminer les demandes et besoins des patients âgés, et si des réponses sont apportées à ces mêmes besoins.

Durant la formation d'IPA, les cours dispensés ont insistés sur l'importance de l'interrogatoire lors de l'examen clinique. Le stage est venu compléter cet enseignement par la réalisation d'examens cliniques d'entrées en hospitalisation mais également lors de consultations mémoire, onco gériatrique et psycho gériatrique. L'interrogatoire doit permettre d'obtenir l'ensemble des informations qui ont amené le patient à consulter.

Au-delà de la dimension médicale de la prise en charge du patient, il convient de le questionner sur le mode de vie : lieu de vie, situation familiale, présence d'aidant proche ou professionnel, ergonomie du domicile, habitudes de vie, autonomie, loisirs, matériel médical présent sur le lieu de vie. L'ensemble de ces éléments nous permet de faire un constat des conditions de vie du patient.

L'interrogatoire lors de l'examen clinique peut trouver ses limites lorsque le patient souffre de troubles neurocognitifs. Cependant, même en présence de troubles neurocognitifs au regard du respect de la dignité du patient et de ses droits (10) il convient d'évaluer son autonomie décisionnelle (9).

L'autonomie décisionnelle est la capacité pour le patient à prendre une décision éclairée tenant compte des conséquences de son choix. Si lors de l'interrogatoire, le patient n'est pas en mesure de prendre une décision, si celui-ci bénéficie d'une mesure de protection juridique (curatelle, curatelle renforcée, tutelle) il conviendra de solliciter le mandataire judiciaire en charge du patient. En revanche, si le patient ne bénéficie pas d'une mesure de protection juridique, il faudra interpeller la personne de confiance désignée. Le principe de la personne de confiance a été instauré par la loi Claeys-Leonetti du 02 Février 2016 qui prévoit la désignation par le patient d'une personne qui devra prendre des décisions lorsque le patient ne sera plus en mesure de le faire (28).

Si lors de l'examen clinique, il apparaît que le patient se trouve en perte d'autonomie décisionnelle. Il convient, en tant que professionnel de santé, et afin de respecter les droits du patient et sa dignité, de l'informer de son état de santé, et de lui demander son ressenti. Cela nous permettra ensuite de pouvoir lui expliquer les examens et les soins qui vont lui être apportés, et les aides mises en place au besoin. L'objectif est de prévenir toute infantilisation du patient âgé en l'impliquant dans la prise en soin malgré ses difficultés de compréhension. Une écoute active et la prise en compte du ressenti du patient et de ses aidants proches et professionnels, permet une mise en confiance du patient vis-à-vis de l'équipe pluriprofessionnelle et donc une meilleure adhésion au plan de soin.

Certes la prise en charge est différente chez le patient avec des troubles neurocognitifs mais il est important de pouvoir anticiper avec le patient ses souhaits avant l'évolution de la maladie. L'identification du plan de soin avec le patient, son entourage et ses aidants proches et professionnels va favoriser la communication entre les différents intervenants, l'organisation et la coordination des soins autour du patient pour une meilleure adhésion et une meilleure efficacité des soins.

C'est ce que notre étude a identifié également : si les aidants proches et les patients ne perçoivent pas nécessairement les difficultés d'articulation entre les différents intervenants professionnels, les aidants professionnels le soulignent et le désignent comme facteur de ré hospitalisation (motif organisationnel).

Le ressenti du patient, de l'aidant proche et professionnel est donc une voie d'entrée pour comprendre les raisons d'un retour en hospitalisation. Le ressenti est un critère à prendre en compte pour identifier les motifs de ré hospitalisation.

3. Forces, limites, freins et leviers

Les forces de l'étude sont d'avoir permis, par la multiplicité des profils de personnes interrogés, d'identifier un grand nombre d'indicateurs non médicaux de retour en hospitalisation. Plusieurs études effectuées auparavant, que nous avons pu citer dans notre discussion, ont identifié des facteurs prédictifs de ré hospitalisation. Dans notre étude, nous avons retrouvé des similitudes dans les résultats concernant les motifs non médicaux favorisant le retour en hospitalisation mais surtout nous avons pu distinguer un grand nombre de motifs, cela a été rendu possible car nous avons permis par la méthodologie de recherche, la prise en compte de différents points de vue : patient, aidant proche, aidant professionnel, de leur ressenti, et de leurs particularités. Cela nous a donc permis de dégager un grand nombre de catégories de motifs et de sous motifs.

Les limites sont constituées par : le manque de temps, étude effectuée sur un temps limité de 6 semaines. Cela influe donc sur le volume de personnes interrogées qui restent faible. Nous avons choisi tout d'abord de poser une question ouverte, puis de proposer des éléments de réponse aux patients, et aux aidants s'ils se trouvaient en difficultés. Les propositions de réponses, bien que standardisée, car toujours les mêmes pour toutes les personnes interrogées, créent un biais au sens où cela peut induire la réponse de la personne interrogée. Sur la question du temps passé juger suffisant par l'aidant proche et l'aidant professionnel, il existe un biais de complaisance et/ou de culpabilité. C'est un élément perçu lors de la réalisation des questionnaires. Les sous motifs n'ont pas pu être exploités du fait du manque de quantité de personnes interrogées. Cela aurait pu apporter de la précision sur les facteurs prédictifs d'un retour en hospitalisation.

Par ailleurs, 10 patients n'ont pas pu être intégrés à l'étude car ils présentaient des troubles cognitifs trop avancé. En outre, plusieurs professionnels sont restés injoignables et certains patients n'avaient pas d'aidants professionnels. Tout comme certains n'avaient pas d'aidants proches. L'étude a été réalisée en fin de journée, après les heures de stage, à une heure où les aidants professionnels sont toujours en activités donc peu disponible, où les patients sont plus fatigués et donc moins disponible psychologiquement. Durant les entretiens réalisés avec les aidants

proches, il a été nécessaire de recentrer l'échange sur le questionnaire, puisque l'attention portée a pu déclencher l'expression du mécontentement par les aidants proches de la prise en charge à l'hôpital. Ce qui n'était pas notre sujet et nous a demandé de ramener l'objet de notre étude au centre de la discussion.

Pour un approfondissement de l'étude et un résultat plus représentatif, la recherche devrait pouvoir se réaliser sur un temps donné d'au moins une année. Cela permettrait d'obtenir un échantillon de personnes interrogées plus significatif. Les patients vivant en institution bénéficiant à priori déjà d'une prise en charge globale, il conviendrait de concentrer l'étude sur les patients vivant encore à leur domicile. Il faudra alors envisager d'inclure un membre de l'entourage qui ne soit ni aidant proche, ni aidant professionnel à la réalisation de l'étude afin d'avoir un regard extérieur à la prise en charge globale du patient.

4. Perspectives

Les différentes études consultées durant notre travail de recherche, nos propres observations à la fois sur notre lieu de stage mais également sur notre lieu de travail ainsi que l'étude menée dans le cadre du travail de recherche nous ont permis d'identifier que des motifs non médicaux étaient à l'origine d'une ré hospitalisation à trois mois. Il convient désormais de s'interroger sur le rôle de l'IPA dans la poursuite de l'identification de ces facteurs et ainsi construire sa pratique professionnelle.

Les compétences attribuées à l'IPA dans le domaine des pathologies chroniques stabilisées et prévention et polypathologies courantes en soins primaires sont essentiellement : (29) « *Recueil de données sur la qualité de vie, les capacités d'adaptation, les ressources, les représentations de la maladie, les retentissements de la maladie sur la vie personnelle, sociale et professionnelle, notamment dans le cadre d'un diagnostic domiciliaire – Repérage et évaluation de la situation de la personne en prenant en compte le contexte de vie, les différentes pathologies et les différents traitements – Réalisation des examens et tests requis dans le cadre du suivi des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées – Evaluation de l'état de santé global d'un patient polypathologique – Bilans de prévention adaptés à la situation du patient et suivi des actions de prévention mises en œuvre – Analyse et anticipation des besoins en soins de support et en accompagnement social aux différentes étapes du parcours de soins, orientation de la personne en conséquence, pour prévenir les ruptures de soins – Repérage et*

évaluation des événements de vie pouvant avoir un impact sur la situation du patient – Repérage en cas de polymédication et bilan préparatoire pour une concertation pluriprofessionnelle de conciliation médicamenteuse et d'évaluation du risque iatrogénique – Repérage des événements indésirables associés aux soins et bilan préparatoire à la déclaration par le médecin traitant – Repérage et évaluation des troubles cognitifs – Repérage et évaluation de la perte d'autonomie et de ses conséquences ».

L'IPA est donc compétente dans le suivi du patient chronique, et travaille en lien avec tous les partenaires intervenants auprès du patient en intra et en extra hospitalier sur le territoire.

A ce jour, un nouveau dispositif vient d'être créé, il s'agit du Dispositif d'Appui à la Coordination (30). Sa mise en œuvre a pour objectif de regrouper plusieurs dispositifs en un seul interlocuteur. Il regroupe ainsi : (31) les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie : à destination des personnes dont le maintien à domicile est compromis) ; les PTA (Plateforme territoriale d'Appui : destinée à soutenir les aidants professionnels dans la prise en charge de patient en situation complexe) ; les CTA (Coordination Territoriale d'Appui : destinée à soutenir les professionnels pour les orienter vers le réseau de soin le plus adapté) ; Les réseaux de santé. Le DAC peut être sollicité par le patient ou toute personne participant à sa prise en charge, avec une priorité donnée aux professionnels de soins.

Sur le territoire de Valenciennes, le CLIC (Centre Locaux d'Informations et de Coordination : en soutien des patients et des aidants proches) est resté indépendant du DAC.

Le DAC ayant pour mission de rassembler l'ensemble des professionnels et dispositifs existant sur le territoire pour optimiser la prise en charge du patient et éviter les ruptures de soin, il est un partenaire important de l'IPA.

L'IPA assure une mission dans la prévention primaire chez le patient âgé par le biais d'une évaluation gériatrique standardisée afin d'identifier de potentielles vulnérabilités du patient tant sur le plan physique, mentale, environnementale et sociale. Le repérage et la prévention des vulnérabilités constituent un enjeu de santé publique. Il pourrait être envisagé qu'en collaboration avec les médecins de ville et de l'hôpital, une orientation puisse être faite vers l'IPA pour une évaluation globale du patient en prévention de décompensation fonctionnelle.

Afin de sécuriser la sortie d'hospitalisation du patient, l'IPA peut jouer un rôle dans la coordination des différents dispositifs intervenant auprès du patient : professionnels de l'hôpital

(médecin gériatre, kinésithérapeute, ergothérapeute, IDE, aide-soignant, assistant social, éducateur d'activités physiques renforcées, diététicienne, psychologue) et professionnels libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, podologues...) dont les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Sur le territoire du Valenciennois, l'IPA peut ainsi travailler en collaboration et avoir un rôle dans la coordination des différents dispositifs suivant : l'association des infirmiers libéraux du Hainaut (ADILH) ; le service d'accès aux soins (SAS) ; l'équipe mobile de psychogériatrie (EMPG) ; l'équipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESAD) ; les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ; L'équipe mobile de gériatrie inter EHPAD (EMGIE) ; le DAC ; la plateforme de répit (PFR) ; les CLICS ; le centre communal d'action sociale (CCAS) ; l'équipe spécialisée de prévention et réadaptation au domicile (ESPRAD) ; l'équipe mobile de soins de suite et de réadaptation (EMSSR) du CH de Saint Amand les Eaux.

En outre, il serait intéressant que le médecin gériatre en charge du patient, confie à l'IPA une consultation de suivi, à 15 jours de la sortie d'hospitalisation pour les patients identifiés à risque de ré hospitalisation. La consultation aurait pour objectif de s'assurer de la bonne observance du traitement, de l'adéquation du plan d'aide selon les besoins du patient et de pouvoir repérer les éventuelles difficultés rencontrées par l'aidant proche.

En France, le 30 Novembre 2022, Santé publique France (32) publie un rapport dans lequel il est préconisé la mise en œuvre d'une sensibilisation à destination des personnes de 40 ans et plus sur le mode de vie et son impact sur le vieillissement et l'apparition de maladie chronique. Ce programme de sensibilisation pourrait également être réfléchi à destination de la population âgée de 75 ans et plus, tel que également recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) en 2013 (33) qui préconise le repérage et le dépistage des fragilités chez le patient âgé de plus de 75 ans.

CONCLUSION

Notre étude de recherche nous a permis de prendre en considération le ressenti du patient, des aidants proches et des aidants professionnels sur la ré hospitalisation. Chacune des personnes interrogées ont identifié des motifs non médicaux comme facteurs ayant favorisé le retour en hospitalisation.

En effet, le motif médical n'a pas été évoqué ni par les patients, ni pas les aidants proches comme seule cause de ré hospitalisation. Seuls deux aidants professionnels sur 22 ont mis en exergue ce motif. Cela établit une divergence de point de vue entre les différentes personnes interrogées.

Rappelons que les motifs environnementaux et sociaux ont été les plus cités dans notre étude.

Nous avons pu constater dans la littérature que ces causes avaient déjà été identifiées auparavant. Cela nous amène à penser que si nous intervenons sur ces motifs non médicaux, nous pourrions réfléchir à mettre en place des stratégies visant à agir sur la ré hospitalisation précoce, notamment à travers les missions de l'IPA dans la communication et la coordination du parcours de soin du patient âgé en sortie d'hospitalisation.

L'élaboration du plan de soin avec le patient, son entourage et ses aidants proches et professionnels viendra soutenir la communication entre les différents intervenants et permettra de trouver une organisation des soins autour du patient pour une meilleure adhésion et une meilleure efficacité des soins.

En s'appuyant sur les partenaires mis à disposition tel que le DAC, nous aurions la possibilité de favoriser la coordination entre les professionnels de santé de ville et de l'hôpital.

De plus, au regard des compétences et des activités qui pourraient être confiées à l'infirmière en pratique avancée, nous pensons qu'il y a un rôle dans la prévention primaire chez le patient âgé de 75 ans et plus.

La rédaction d'un mémoire de recherche s'est révélée être un travail difficile puisque dans notre profession d'infirmière nous sommes peu amenées à écrire hormis lors des transmissions ciblées. Cela demande d'apprendre et d'intégrer une méthodologie de travail très rigoureuse. Ce travail commence par l'apprentissage de la lecture d'articles scientifiques avec tous les critères de lecture. Ces lectures m'ont permis de faire du lien entre ma pratique professionnelle de terrain et les observations faites par d'autres professionnels qui ont théorisé ces phénomènes.

Cela m'a apporté à la fois des connaissances théoriques et généré de la réflexion sur ma pratique professionnelle. Ce travail a enrichi les valeurs que je souhaite porter en tant qu'IPA. La recherche de concept dans la littérature, a permis d'approfondir mes connaissances et de pouvoir mettre en perspective la problématique constatée sur le terrain avec des concepts déjà repérés et établis dans la littérature. Cela permet d'illustrer notre propos et de pousser la réflexion pour toujours faire évoluer notre pratique professionnelle. Ce travail m'a fait prendre conscience de la nécessité de toujours entretenir la veille professionnelle.

Nous réfléchissons à l'opportunité, en qualité d'IPA, de participer à une étude de recherche à plus grande échelle. Cette recherche pourrait s'orienter sur une étude comparative des motifs non médicaux de ré hospitalisation entre des patients résidant au domicile et des patients accueillis en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'objectif étant de toujours améliorer la prise en charge globale du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Livre : Gériatrie : la référence, iECN 2016-2017-2018 écrit par Edouard Karoubi - Vernazobres-Grego [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://www.lalibrairie.com/livres/geriatrie--la-referance-iecn-2016-2017-2018_0-2862588_9782818313619.html
2. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée—Insee Première—1881. [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
3. Dossier complet – Arrondissement de Valenciennes (596) | Insee [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ARR-596#chiffre-cle-1>
4. van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 19 avr 2011;183(7):E391-402.
5. Espérance de vie à la naissance selon le sexe - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/20_DEM/23_DME/23E_Figure5
6. Pradines B. Bouchon : un concept simple et génial [Internet]. *GérontoLiberté.* 2015 [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <http://free-geriatrics.overblog.com/2015/11/bouchon-un-concept-simple-et-genial.html>
7. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in Development of the Index of ADL1. *The Gerontologist.* 1 mars 1970;10(1_Part_1):20-30.
8. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living1. *The Gerontologist.* 1 oct 1969;9(3_Part_1):179-86.
9. Warchol N. Autonomie. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 20 janv 2023]. p. 87-9. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-87.htm>
10. Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13) - Légifrance [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006170991/#LEGISCTA000006170991
11. Foureur N. Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées. *Gérontologie Société.* 2016;vol. 38 / 150(2):141-54.
12. Schwarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart Lung J Crit Care.* 2003;32(2):88-99.
13. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical

inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. juill 2008;37(4):416-22.

14. Béland F, Michel H. Explorer la fragilité : d'un syndrome gériatrique à une notion polymorphe ? In: *La fragilité des personnes âgées* [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013 [cité 2 mars 2023]. p. 7-30. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-fragilite-des-personnes-agees--9782810901234-p-7.htm>
15. Béland F, Michel H. Explorer la fragilité : d'un syndrome gériatrique à une notion polymorphe ? In: *La fragilité des personnes âgées* [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013 [cité 3 mars 2023]. p. 7-30. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-fragilite-des-personnes-agees--9782810901234-p-7.htm>
16. Guilbaud A, Mailliez A, Boulanger É. Vieillesse: Une approche globale, multidimensionnelle et préventive. *médecine/sciences*. déc 2020;36(12):1173-80.
17. Liendle M. Vulnérabilité. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 29 janv 2023]. p. 304-6. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-304.htm>
18. Formarier M. Qualité de vie. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 29 janv 2023]. p. 260-2. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-260.htm>
19. Calman KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics*. 1 sept 1984;10(3):124-7.
20. Constitution [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
21. Zenasni F, Botella M. Les mesures individualisées de la qualité de vie : des théories aux outils. In: Bacro F, éditeur. *La qualité de vie : Approches psychologiques* [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2019 [cité 6 mars 2023]. p. 25-41. (Psychologies). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/61241>
22. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Santé Publique*. 2017;29(2):241-54.
23. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 17 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543
24. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
25. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.

26. Visade F, Babykina G, Puisieux F, Bloch F, Charpentier A, Delecluse C, et al. Risk Factors for Hospital Readmission and Death After Discharge of Older Adults from Acute Geriatric Units: Taking the Rank of Admission into Account. *Clin Interv Aging*. 2021;16:1931-41.
27. Pérès K, Rainfray M, Perrié N, Emeriau JP, Chêne G, Barberger-Gateau P. [Incidence, risk factors and adequation of early readmission among the elderly]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. avr 2002;50(2):109-19.
28. Comprendre la loi Claeys-Léonetti de 2016 [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/la-prise-en-charge-palliative-et-les-droits-des-personnes-malades-et-ou-en-fin/article/comprendre-la-loi-claeys-leonetti-de-2016>
29. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
30. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
31. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>
32. Avancer en âge en bonne santé, une priorité de santé publique [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/avancer-en-age-en-bonne-sante-une-priorite-de-sante-publique>
33. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients interrogés (n=29).....	23
Tableau 2 : Répartition des motifs non-médicaux ayant contribué à la ré-hospitalisation selon les personnes interrogées.....	24
Tableau 3 : Comparaison du jugement sur le temps professionnel passé auprès du patient entre les aidants proches et les aidants professionnels	26
Tableau 4 : Comparaison du jugement sur le temps passé par l'aidant proche auprès du patient entre les proches aidants et les aidants professionnels	26
Figure 1 : Modèle 1+2+3 JP Bouchon 1984 (6).....	6
Figure 2 : Modèle conceptuel (Inouye SK, et al. J Am Geriatr Soc. 2007;55:780-91).....	11

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	4
GLOSSAIRE	5
I) INTRODUCTION GENERALE	1
II) INTRODUCTION THEORIQUE	2
1. CONTEXTE/ CONSTAT	2
2. CONCEPTS DEVELOPPES	5
2.1 La personne âgée : étroite liaison entre le vieillissement physiologique et le vieillissement pathologique.....	5
2.1.1 Le concept de l'autonomie et de l'autonomie décisionnelle	7
2.1.2 La Fragilité	10
2.1.3 Le Syndrome gériatrique	11
2.2 La vulnérabilité	12
2.3 La qualité de vie	13
3. PROBLEMATIQUE	17
3.1 Question et hypothèse de recherche.....	17
III) MATERIEL ET METHODE	18
3.1 Description de l'étude.....	18
3.2 Population étudiée	18
3.3 Modalités d'inclusion	18
3.4 Données recueillies dans l'étude	20
3.5 Objectifs de l'étude.....	21
3.6 Ethique.....	22
3.7 Aspect statistiques	22
IV) RESULTATS	23
4.1 Description de la population étudiée et caractéristiques socio-démographique de la population étudiée.....	23
4.2 Répartition des motifs non médicaux ayant contribué à la ré hospitalisation évoqués par le patient, l'aidant proche et par l'aidant professionnel	24
4.3 Profil des aidants proches interrogés	24
4.4 Profil des aidants professionnels interrogés	25
4.5 Jugement sur le temps professionnel passé auprès du patient entre les aidants proches et les aidants professionnels	25
4.6 Jugement sur le temps passé par l'aidant proche auprès du patient entre les proches aidants et les aidants professionnels	26
V) ANALYSE DES RESULTATS	27

5.1 Profil des patients interrogés	27
5.2 Motifs évoqués par les patients interrogés	28
5.3 Motifs évoqués par les aidants proches interrogés	29
5.4 Motifs évoqués par les aidants professionnels interrogés	30
5.5 Exploitations croisées des différents résultats obtenus.....	31
VI) DISCUSSION.....	35
1. Données épidémiologiques de ré hospitalisation	35
2. Prise en considération du ressenti du patient, de son aidant proche et professionnel ...	37
3. Forces, limites, freins et leviers.....	39
4. Perspectives.....	40
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	1
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	4
TABLE DES MATIERES	5
ANNEXES.....	7

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire destiné au patient.....	20
Annexe 2 : Questionnaire destiné à l'aidant proche.....	20
Annexe 3 : Questionnaire destiné à l'aidant professionnel.....	20

Annexe 1 : Questionnaire destiné au patient

Questionnaire destiné au patient

Vous êtes actuellement hospitalisé en court séjour gériatrique au centre hospitalier de Valenciennes. Vous avez déjà été hospitalisé récemment. Ce questionnaire a pour but d'identifier les motifs non-médicaux ayant contribué à votre séjour actuel en hospitalisation.

Je vais d'abord vous poser quelques questions sur vous :

- 1) Votre genre : • Femme • Homme
- 2) Votre tranche d'âge : • < 80 ans • 80 – 95 ans • > 95 ans
- 3) Votre type d'habitat : • Maison • Appartement • EHPAD • résidence autonomie
• Famille d'accueil • Sans domicile /hébergé temporairement
- 4) Votre situation familiale : • Célibataire • Marié(e)/vie maritale
• Veuf/veuve • Divorcé/séparé
- 5) Avez-vous des enfants ? : • Oui • Non
- 6) Avez-vous des petits-enfants ? : • Oui • Non
- 7) Avez-vous un animal de compagnie ? • Oui • Non
- 8) Avez-vous des ami(e)s ? • Oui • Non
- 9) Avez-vous un médecin traitant ? • Oui • Non
- 10) Êtes-vous accompagnés par un aidant familial ? • Oui • Non
- 11) Êtes-vous accompagnés par un aidant professionnel ? • Oui • Non
- 12) Selon vous, comment qualifieriez-vous votre état de santé par rapport aux gens de votre âge ? • Bon/très bon • Moyen • Mauvais/très mauvais

Maintenant je voudrais savoir si, à part la maladie, il existe, selon vous une ou plusieurs raisons pour que vous ayez été hospitalisé deux fois en peu de temps.

Groupes de motifs :

Motifs personnels :

- Age (vieillesse) • Sentiment de solitude

Motifs sociaux :

- Absence de relai familial • Absence de relai amical • Absence de vie sociale
- Habitat isolé/Résidence en milieu rural/perçu comme isolé
- Difficulté pour se déplacer • Difficulté pour s'alimenter • Difficulté pour effectuer sa toilette
- Difficulté pour se fournir les médicaments/matériel de soins

Motifs environnementaux :

- Absence de relai professionnel (hors médecin) • Changement de l'intervenant professionnel
- Désert médical • Ergonomie du domicile inadapté

Motifs organisationnels :

- Lien insuffisant avec les professionnels de ville en sortie d'hospitalisation
- Sortie précoce lors du premier séjour
- Difficulté pour se faire accompagner (kinésithérapeute, infirmière, SSIAD...)
- Aucun motif évoqué par le patient
- Seule la maladie à l'origine de l'hospitalisation est évoquée

Annexe 2 : Questionnaire destiné à l'aidant principal

Questionnaire destiné à l'aidant principal

Votre proche actuellement hospitalisé en court séjour gériatrique au centre hospitalier de Valenciennes. Il a déjà été hospitalisé récemment. Ce questionnaire a pour but d'identifier les motifs non-médicaux ayant contribué à la survenue de deux séjours en hospitalisation dans un intervalle court.

Je vais d'abord vous poser quelques questions sur vous :

- 1) Votre lien avec la personne hospitalisée : • Famille • Ami • Voisin
- 2) Temps de présence moyen auprès d'elle : • Une fois/semaine ou moins
• Entre 2 et 4 fois/semaine
• Tous les jours
• Plusieurs fois par jour
- 3) Ce temps de présence est-il suffisant selon vous ? : • Oui • Non
- 4) Votre proche est-il accompagné par un aidant professionnel • Oui • Non
- 5) Cet accompagnement est-il suffisant selon vous ? : • Oui • Non

Maintenant je voudrais savoir si, à part la maladie, il existe, selon vous une ou plusieurs raisons pour que votre proche ait été hospitalisé deux fois en peu de temps.

Groupes de motifs :

Motifs personnels :

- Age (vieillesse) • Sentiment de solitude

Motifs sociaux :

- Absence de relai familial • Absence de relai amical • Absence de vie sociale
- Habitat isolé/Résidence en milieu rural/perçu comme isolé

- Difficulté pour se déplacer • Difficulté pour s'alimenter • Difficulté pour effectuer sa toilette

- Difficulté pour se fournir les médicaments/matériel de soins

Motifs environnementaux :

- Absence de relai professionnel (hors médecin) • Changement de l'intervenant professionnel
- Désert médical • Ergonomie du domicile inadapté

Motifs organisationnels :

- Lien insuffisant avec les professionnels de ville en sortie d'hospitalisation
- Sortie précoce lors du premier séjour
- Difficulté pour se faire accompagner (kinésithérapeute, infirmière, SSIAD...)

- Aucun motif évoqué par l'aidant principal

- Seule la maladie à l'origine de l'hospitalisation est évoquée

Annexe 3 : Questionnaire destiné à l'aidant professionnel

Questionnaire destiné à l'aidant professionnel

Un de vos patients est actuellement hospitalisé en court séjour gériatrique au centre hospitalier de Valenciennes. Il a déjà été hospitalisé récemment. Ce questionnaire a pour but d'identifier les motifs non-médicaux ayant contribué à la survenue de deux séjours en hospitalisation dans un intervalle court.

Je vais d'abord vous poser quelques questions sur vous :

- 1) Vous intervenez auprès de la personne hospitalisée en tant que :
 - IDE
 - Aide-soignant
 - Kinésithérapeute
 - Auxiliaire de vie
 - Autre : _____

- 2) Votre temps de présence moyen auprès d'elle :
 - Une fois/semaine ou moins
 - Entre 2 et 4 fois/semaine
 - Tous les jours
 - Plusieurs fois par jour

- 3) Ce temps de présence est-il suffisant selon vous ? :
 - Oui
 - Non

- 4) Votre proche est-il accompagné par un aidant principal non professionnel ?
 - Oui
 - Non

- 5) Ce plan d'accompagnement est-il suffisant selon vous ? :
 - Oui
 - Non

Maintenant je voudrais savoir si, à part la maladie, il existe, selon vous une ou plusieurs raisons pour que votre patient ait été hospitalisé deux fois en peu de temps.

Groupes de motifs :

Motifs personnels :

- Age (vieillesse) • Sentiment de solitude

Motifs sociaux :

- Absence de relai familial • Absence de relai amical • Absence de vie sociale
- Habitat isolé/Résidence en milieu rural/perçu comme isolé
- Difficulté pour se déplacer • Difficulté pour s'alimenter • Difficulté pour effectuer sa toilette
- Difficulté pour se fournir les médicaments/matériel de soins

Motifs environnementaux :

- Absence de relai professionnel (hors médecin) • Changement de l'intervenant professionnel
- Désert médical • Ergonomie du domicile inadapté

Motifs organisationnels :

- Lien insuffisant avec les professionnels de ville en sortie d'hospitalisation
- Sortie précoce lors du premier séjour
- Difficulté pour se faire accompagner (kinésithérapeute, infirmière, SSIAD...)
- Aucun motif évoqué par l'aidant professionnel
- Seule la maladie à l'origine de l'hospitalisation est évoquée

Repérage des motifs non médicaux de ré hospitalisation évoqués par le patient, le proche aidant et l'aidant professionnel : Quelles pistes pour améliorer le parcours de soins du patient et répondre au mieux à ses besoins

Mots-clés libres : motifs non médicaux, ré hospitalisation, patient, aidant proche, aidant professionnel, infirmière en pratique avancée

Objectifs : La participation de motifs non médicaux survenus à domicile (motifs organisationnels, environnementaux, sociaux, familiaux...) est insuffisamment connue. L'objectif de ce travail est de recueillir l'avis du patient, de l'aidant principal et de l'aidant professionnel du domicile sur les motifs non-médicaux ayant contribué à une ré-hospitalisation non programmée.

Méthode : Etude de recherche quantitative, prospective, observationnelle, monocentrique en science humaine et sociale. Un questionnaire spécifique a été établi pour chaque catégorie de personne interrogée : les patients, les aidants proches et professionnels. Le questionnaire comprenait des groupes de motifs non médicaux : personnel, social, environnemental, organisationnel.

Résultats : Le nombre de patient interrogé est de 29, 25 aidants proches et 20 aidants professionnels. Le motif environnemental a été identifié à 62,1% par les patients, à 56% pour les aidants proches et à 50% pour les aidants professionnels. Le motif social a été cité également à 41,4% par les patients, 56% par les aidants proches et 30% par les aidants professionnels. Enfin, la majorité des aidants proches et professionnels estiment que le temps passé auprès du patient est suffisant.

Conclusion : La prise en considération du ressenti du patient, de l'aidant proche et professionnel nous a permis d'identifier des motifs non médicaux favorisant le retour en hospitalisation. Donc si nous intervenons sur ces motifs non médicaux, nous pourrions réfléchir à mettre en place des stratégies visant à agir sur la ré hospitalisation précoce, notamment par les missions de l'IPA dans la communication et la coordination du parcours de soin du patient âgé en sortie d'hospitalisation.

Purposes : The involvement of non-medical reasons that occurred at home (organizational, environmental, social, family reasons...) is insufficiently known. The aim is to collect the opinions of the patient, the primary caregiver and the professional caregiver at home on the non-medical reasons that contributed to an unscheduled re-hospitalization.

Method : Quantitative study, prospective, observational, single-center human and social science research. A specific questionnaire was drawn up for each category of person involved: patients, family and professional caregivers. Questionnaire included groups of non-medical grounds: personal, social, environmental, organizational.

Results : Number of patients interviewed was 29, 25 family caregivers and 20 professional caregivers. The environmental reason was identified by 62.1% of patients, 56% of family caregivers and 50% of professional caregivers. The social reason was also cited by 41.4% of patients, 56% of family caregivers and 30% of professional caregivers. Finally, the majority of family and professional caregivers felt that the time spent with the patient was sufficient.

Conclusion : Taking into consideration the feelings of the patient, the family and professional caregivers has allowed us to identify non-medical reasons that favor the return to hospital. Therefore, if we intervene on those non-medical reasons, we could think about setting up strategies aiming to act on early re-hospitalization, in particular through the missions of the APN in the communication and coordination of the care pathway of the elderly patient after hospitalization. I think it's important to highlight how the APN is going to be able to detect and follow the care pathway of the elderly patient.

Directeur de mémoire : Madame Khadija AINAOUI