



# **PLAN**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **RESUME**

## **INTRODUCTION**

## **MÉTHODES**

## **RÉSULTATS**

### **Population étudiée**

### **Données recueillies**

#### **1. Les réhospitalisations précoces sont-elles évitables ?**

- 1.1. Un maintien à domicile fragile
- 1.2. Des problèmes logistiques à l'origine des hospitalisations

#### **2. Qui décide ?**

- 2.1. Le patient et ses aidants familiaux
- 2.2. Déplacement des rôles professionnels
- 2.3. Ambivalence sur l'hospitalisation
- 2.4. Résistance aux solutions proposées pour éviter les hospitalisations

#### **3. Quelle place occupent la communication et le relationnel ?**

- 3.1. Interprofessionnels
- 3.2. Soignants - patient - famille
- 3.3. Conséquences du manque de communication

#### **4. Quelles sont les solutions proposées ?**

- 4.1. Amélioration des conditions du retour à domicile
- 4.2. La prise en charge de l'aidant : un enjeu majeur

## **DISCUSSION ET CONCLUSION**

### **1. Caractère évitable des réhospitalisations précoces**

### **2. Épuisement des aidants familiaux et professionnels**

### **3. L'angoisse comme facteur de risque de réhospitalisation précoce**

### **4. Forces et limites**

### **5. Implications pour la pratique**

### **6. Conclusion**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

# **DETERMINANTS BIOPSYCHOSOCIAUX DES REHOSPITALISATIONS PRECOCES DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS**

**Pannetier Alexandre<sup>1</sup>, Gouze Marie<sup>1</sup>, Chevrot Caroline<sup>1</sup>, Bonnardin Simon<sup>1</sup>, Després Philippe<sup>1</sup>, Lancrenon Maud<sup>1</sup>, Lebourrier Marie<sup>1</sup>, Verstraete Magali<sup>1</sup>, Garnier François<sup>1</sup>, Guineberteau Clément<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Université d'Angers, UFR santé, Département de Médecine Générale, rue Haute de Reculée  
49045 Angers CEDEX 1 France

# **FICHE DE RÉPARTITION DU TRAVAIL**

**Auteurs : PANNETIER Alexandre, GOUZE Marie, CHEVROT Caroline, BONNARDIN Simon, DESPRES Philippe, LANCRENON Maud, LEBEURRIER Marie, VERSTRAETE Magali**

**Fiche de thèse :** Chacun a rédigé une version ; Rédaction de la justification finale par Marie Gouze ; Rédaction de la bibliographie par Caroline Chevrot et Synthèse par l'ensemble des 8 chercheurs.

**Etude elle-même :** Préparation : répartie entre les 8 chercheurs ; Entretiens et analyse : les 8 chercheurs ; Réunions avec le Pr Garnier et/ou le Dr Guineberteau : chacun en fonction de ses disponibilités. Secrétaires des réunions : Maud Lancrenon et Marie Lebeurrier.

## **Rédaction :**

**INTRODUCTION :** Rédaction : Marie Gouze ; Relecture et corrections : l'ensemble des 8 chercheurs.

**METHODES :** Rédaction : Alexandre Pannetier ; Relecture et corrections : l'ensemble des 8 chercheurs.

**RESULTATS :** Rédaction :

- Population étudiée : Caroline Chevrot, Marie Gouze et Alexandre Pannetier
- Partie 1 : Marie Lebeurrier et Magali Verstraete
- Partie 2 : Maud Lancrenon et Alexandre Pannetier
- Partie 3 : Simon Bonnardin et Philippe Després
- Partie 4 : Caroline Chevrot et Marie Gouze

Synthèse : Marie Gouze et Caroline Chevrot ; Relecture et corrections : l'ensemble des 8 chercheurs.

DISCUSSION : Rédaction :

- Partie 1 : Maud Lancrenon et Alexandre Pannetier
- Partie 2 : Philippe Després et Simon Bonnardin
- Partie 3 : Marie Lebourrier et Magali Verstraete
- Partie 4 : Caroline Chevrot et Marie Gouze

Synthèse, relecture et corrections : l'ensemble des 8 chercheurs.

CONCLUSION : l'ensemble des 8 chercheurs.

**Résumés (français et anglais) :** Rédaction : Simon Bonnardin et Philippe Després ;  
Relecture et corrections : l'ensemble des 8 chercheurs.

**Bibliographie :** Recherches : l'ensemble des 8 chercheurs ; Rédaction et mise en page :  
Caroline Chevrot et Alexandre Pannetier.

**Mise en Page :** Pour la version publiable : Marie Gouze aidée par Alexandre Pannetier ; Pour la version « thèse » : Marie Gouze aidée par Simon Bonnardin et Caroline Chevrot ; Relecture par l'ensemble des 8 chercheurs. Suggestions de corrections par Maud Lancrenon.

**Version finale et soumission de l'article à la publication :** Alexandre Pannetier.

**Recueil de la totalité des entretiens et mise sur CD-ROM :** Philippe Després.

**Présentation de la thèse :** Répartie entre les 8 chercheurs et relecture commune.

## RESUME

Introduction : Les personnes âgées de 75 ans et plus sont une population fragile. Beaucoup présentent un état polypathologique et sont en situation de dépendance. La majorité vit à domicile avec des aides. Ces patients sont particulièrement sujets aux hospitalisations, parfois suivies d'une réhospitalisation précoce (dans les 30 jours). Plusieurs études se sont intéressées aux déterminants biomédicaux de celle-ci. Cette étude visait à explorer l'impact des facteurs psychosociaux.

Méthodes : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients âgés de 75 ans ou plus réhospitalisés précocement, ainsi que les personnes impliquées dans leur prise en charge. Approche phénoméno-pragmatique. Triangulation des données.

Résultats : Soixante entretiens ont été réalisés. Les principaux facteurs qui ressortaient étaient l'angoisse et l'épuisement des aidants. Malgré des situations de maintien à domicile difficile, une réticence aux solutions proposées était mise en évidence. Le binôme patient-aidant apparaissait comme décisionnaire des réhospitalisations. Les professionnels témoignaient de difficultés dans la communication et le relationnel.

Conclusion : Une réhospitalisation précoce devrait faire l'objet d'un diagnostic de situation biopsychosociale. L'écoute active, l'incitation au lâcher-prise et la verbalisation de l'angoisse de chacun apparaissent comme des axes de prise en charge intéressants.

## INTRODUCTION

Selon les chiffres de l'INSEE, au 1er janvier 2019, la France comptait environ 67 millions d'habitants. Parmi eux, les personnes de 75 ans ou plus sont 6.1 millions, soit près d'un habitant sur dix. Selon les prévisions de l'INSEE, en 2050 en France, 12.1 millions de personnes seront âgées de plus de 75 ans, soit 16.3% de la population.

Il s'agit d'une population décrite comme fragile [1]. Plus de la moitié est en Affection de Longue Durée (ALD) [2] et est traitée pour plusieurs pathologies. Les enquêtes Handicap-Santé réalisées en 2008 par l'INSEE montrent que 13% sont en situation de dépendance (GIR 1 à 4) [3]. Pour autant, plus de 90% vivent à domicile [4]. Près de la moitié disent bénéficier d'aide dans la vie quotidienne, par des proches ou des professionnels [3]. Des services d'aide à domicile existent pour favoriser ce mode de vie.

En Maine-et-Loire, Anjou Soins Services Accompagnement (ASSA) constitue l'une des plus importantes associations d'aide à domicile. Elle prend en charge 2400 patients dont 80% ont plus de 80 ans. Elle emploie des infirmiers diplômés d'état (IDE), des aides-soignants, des auxiliaires de vie, des aides à domicile. Ses interventions sont coordonnées en amont des sorties d'hospitalisation. Une étude récente a montré que les salariés de cette association étaient satisfaits du management et de l'utilisation d'outils connectés leur permettant une liberté d'initiative [5].

Les personnes âgées sont particulièrement sujettes aux hospitalisations. En 2017, elles représentaient 22% des séjours hospitaliers en service de Médecine, Chirurgie et Obstétrique [6]. Ces prestations représentent 20% de la dépense d'assurance maladie [7]. De nombreuses

études affirment que l'hospitalisation provoque un déclin fonctionnel et une perte d'autonomie chez les patients âgés [8].

Environ 17% des séjours hospitaliers chez les 75 ans et plus sont suivis d'une réhospitalisation précoce, entendue comme une hospitalisation non programmée survenant dans les 30 jours suivant la sortie d'une autre hospitalisation [3]. Elle constitue un facteur de risque élevé de mortalité à un an (40%) [9]. En mars 2018, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) établit un indicateur de réhospitalisation à 30 jours (RH30) et un autre relatif aux hospitalisations évitables (HPE). Ces indicateurs pourraient refléter la prise en charge des patients par les acteurs médicaux de ville et la coordination ville-hôpital. Le RH30 était de 18.2% en 2017 chez les patients de 75 ans et plus contre 11.8% dans la population générale [10]. Les réhospitalisations étaient d'autant plus fréquentes que le taux était proche de 100. Une méta-analyse de 2012 estimait que 23% des réhospitalisations seraient évitables [11].

Afin de réduire le risque de réhospitalisation précoce, la HAS proposait dans ses recommandations de bonne pratique de 2001 et 2013, d'organiser la transition entre l'hôpital et le domicile. Elle recommandait de repérer précocement les patients à risque et de mener des interventions à l'hôpital et au domicile, avant, pendant et après l'hospitalisation, à travers des réseaux de soins.

De nombreuses études se sont intéressées aux déterminants des réhospitalisations précoces des patients de 75 ans et plus. Elles retrouvaient surtout des causes biomédicales : les chutes, la polymédication, une hospitalisation dans les six mois précédents, une confusion précédant l'hospitalisation, l'état nutritionnel, la présence d'escarre [12]. La plupart se concentrait sur la réhospitalisation précoce de patients atteints de pathologies précises (insuffisance cardiaque, BPCO, démence). Peu de travaux ont étudié l'influence des facteurs psychosociaux et aucune



étude ne s'est intéressée aux regards croisés de tous les acteurs : les patients, les aidants, les aides à domicile, les médecins ambulatoires et hospitaliers.

L'objectif de l'étude était d'identifier les déterminants psychosociaux des réhospitalisations précoces des patients de 75 ans et plus.

## MÉTHODES

Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés par un groupe de 8 chercheurs, conduits jusqu'à saturation des données.

- Présupposés des chercheurs
  - Les réhospitalisations ne sont pas toujours évitables.
  - Des déterminants biopsychosociaux peuvent expliquer les réhospitalisations précoces : manque de ressources sociales, financières, familiales.
  - La mauvaise communication entre les différents intervenants peut favoriser les réhospitalisations.
  - Des patients préfèrent être régulièrement hospitalisés que d'être institutionnalisés, même si le maintien à domicile est fragile.
  - Les représentations du médecin hospitalier sur les réhospitalisations précoces sont en inadéquation avec celles du patient et des proches.

- Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

L'étude visait à interroger les intervenants professionnels et familiaux autour de chaque patient-index : patient ayant été réhospitalisé précocement.

La base de données d'ASSA a permis de sélectionner des patients répondant aux critères d'inclusion (Encadré 1) à partir du mois de septembre 2017. Un responsable d'ASSA les a contactés et leur a remis une fiche d'information expliquant l'objectif de l'étude et les modalités de recueil des données (Annexe I). Si le patient était d'accord, l'un des chercheurs réalisait un entretien avec lui. A partir de l'entretien, le chercheur déterminait les intervenants à solliciter. Ces derniers avaient joué un rôle dans la prise en charge ambulatoire ou hospitalière du patient. Cette stratégie était adoptée à chaque nouvel entretien.

## Encadré 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion du patient-index

Critères d'inclusion : Patient de 75 ans et plus, pris en charge par ASSA, première hospitalisation d'au moins deux nuits, réhospitalisation non programmée, dans les 30 jours après la première hospitalisation.

Critères d'exclusion : Patient sous protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice).

### ▪ Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide, rédigé à partir des hypothèses des chercheurs et des données de la littérature (Annexe II). Les thèmes explorés étaient la chronologie des hospitalisations, les relations entre les intervenants et le caractère évitable des hospitalisations. La date et le lieu étaient définis préalablement avec le participant. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone numérique et retranscrits en intégralité (y compris éléments non-verbaux) avec le logiciel Word®.

### ▪ Analyse

L'analyse a été réalisée dans une approche par théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Nvivo®. Un double codage en ouvert a été réalisé par un binôme de chercheurs. Le codage a ensuite été triangulé avec tous les chercheurs.

### ▪ Considérations éthiques et réglementaires

Le consentement écrit a été recueilli au préalable des entretiens. Un formulaire de révocation a été remis au participant pour pouvoir faire valoir ce droit. Compte tenu de la thématique, de la population étudiée et de la perspective de publication, l'avis du comité d'éthique du CHU d'Angers a été sollicité. Il a émis un avis favorable 2018/07 (Annexe III).

# RÉSULTATS

## Population étudiée :

La figure 1 détaille la construction du recrutement.

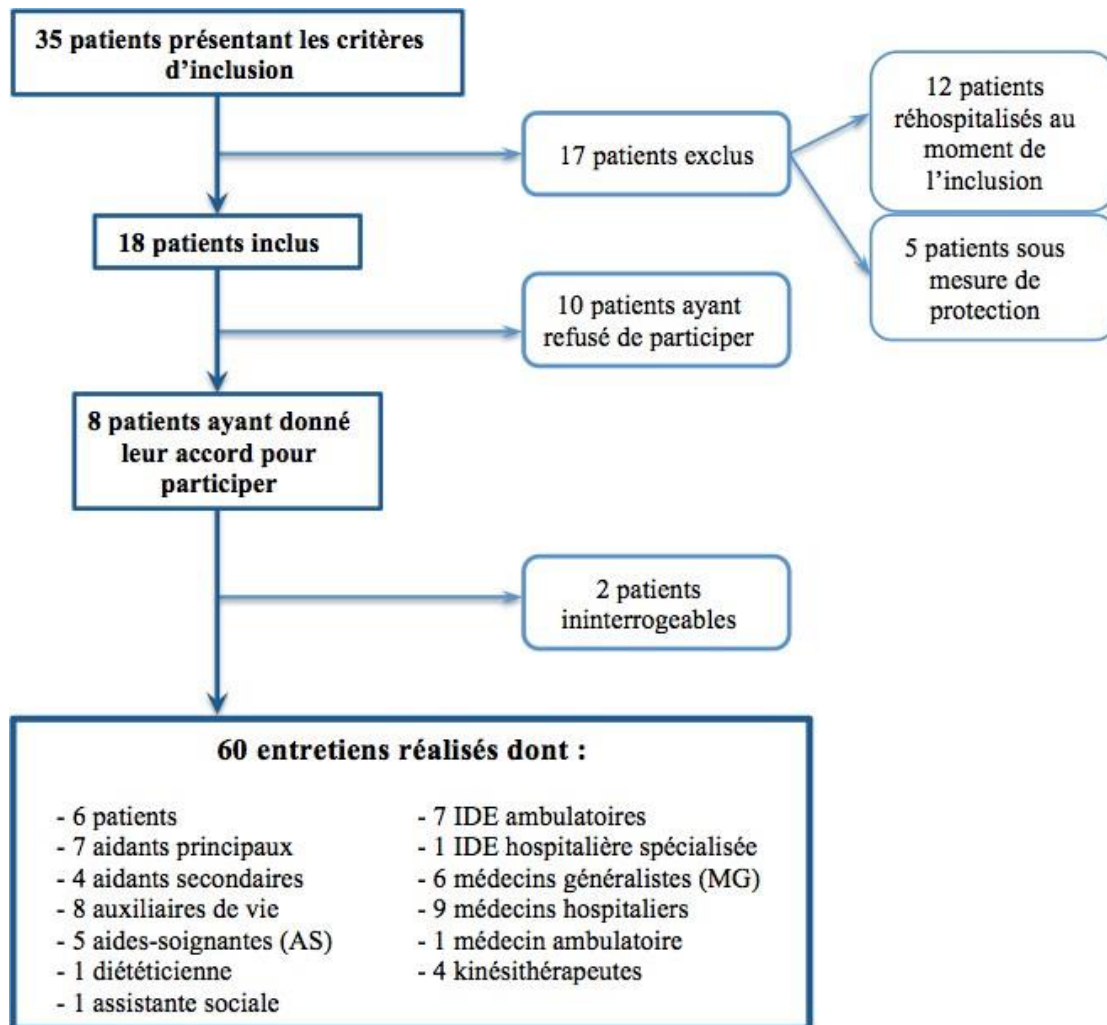


Figure 1 : Diagramme de flux

Certains entretiens d'intervenants ou d'aidants n'ont pas été réalisés à cause de refus ou de non réponse aux sollicitations. Au total, 60 entretiens ont été réalisés, de mars à septembre 2018.

Ils ont duré en moyenne 34 minutes (écart-type de 14 minutes).

Le tableau I détaille les caractéristiques médico-socio-démographiques des patients-index.

**Tableau I : Caractéristiques des patients-index**

Age	Sexe	Lieu de vie	Vit seul	Service d'hospitalisation	Polypathologie	Aides avant l'hospitalisation	GIR
80	M	Urbain	Non	Médecine	Oui	Oui récentes	3
79	M	Semi-rural	Non	Chirurgie	Oui	Non	3
84	F	Urbain	Oui	Médecine	Oui	Oui	4
76	M	Rural	Non	Médecine	Oui	Non	2
82	M	Urbain	Non	Médecine	Oui	Oui	4
84	F	Semi-rural	Oui	Médecine	Oui	Oui	6
96	M	Semi-rural	Non	Médecine	Oui	Oui	2
76	F	Semi-rural	Non	Médecine	Non	Oui	5

## Données recueillies :

### 1. Les réhospitalisations précoces sont-elles évitables ?

#### 1.1. Un maintien à domicile fragile

Il apparaissait que la majorité des patients présentait un « certain nombre de pathologies chroniques évolutives » (Médecin hospitalier), avec une tendance aux décompensations et une récupération variable : « C'est le temps de se réhabituer aussi car c'est une personne âgée. Mais elle était très fatiguée, hyper fatiguée » (Kinésithérapeute). Un déclin cumulatif était signalé : « Elle a descendu d'une marche à l'occasion de la première hospitalisation en réa, qu'elle n'a jamais remontée » (Médecin hospitalier).

Pour le maintien à domicile : « les aidants, c'est quand même les piliers » (IDE coordinatrice). Ils assumaient de nombreuses tâches : « C'est elle qui lui donne à manger [...] elle le change aussi parce qu'il a des protections » (Fille) ; « Son épouse vide la poche dans la journée, enlève les bas le soir et aide au déshabillage » (Auxiliaire de vie). Ils assuraient la coordination des soins : « Madame gère très bien les rendez-vous, les appels d'ambulance, s'il faut aller chercher des médicaments, s'il faut aller chercher les prothèses » (IDE) et la formation des intervenants : « Maman leur a appris [...] ce qu'il fallait faire » (Fille). On assistait parfois à une inversion des rôles dans le système familial : « Tous les matins, j'allais faire la toilette de mon père... Ce qui n'est pas non plus une position très facile » (Fille).

Les professionnels estimaient les réhospitalisations précoces justifiées : « On n'aurait pas pu faire beaucoup plus à la maison » (Médecin hospitalier) ; « Quand quelqu'un sort d'une chirurgie [...] on est toujours un petit peu enclin à réhospitaliser [...] qu'à gérer le truc à domicile » (MG).

## **1.2. Des problèmes logistiques à l'origine des hospitalisations**

Le fonctionnement hospitalier était parfois inadapté à la fragilité des patients, ce dont témoignait le personnel hospitalier : « Ce souci qu'on a de faire sortir les gens vite pour une histoire de durée moyenne de séjour » ; « On risque de mettre des patients en difficulté, on risque de mettre aussi des soignants à domicile en difficulté » (IDE spécialisée). Des soins très techniques pouvaient être prescrits sans explication à la sortie : « On n'a pas eu de fiche technique, oui ! » ; « C'est [...] un peu perturbant, en se disant "Comment je vais gérer ça" ? » (IDE).

A domicile, la durée accordée pour les soins s'avérait en inadéquation avec l'autonomie du patient : « Une demi-heure pour faire une toilette, c'est court [...] il a donc ses orthèses qu'il faut lui mettre [...] c'est très difficile » (IDE). Il en résultait une priorisation des actes : «

C'était plus possible donc on a arrêté le passage sur le montauban » (AS). La difficulté du maintien à domicile résidait aussi dans le caractère ponctuel des aides : « Pour le change de la protection, j'imagine que soit c'est sa fille qui le fait, soit il n'est pas changé du matin au soir » (Coordinatrice des auxiliaires de vie) et parfois dans le manque de formation des intervenants : « Ce n'est pas toujours des gens formés pour ce qu'on leur demande de faire » (Fille).

## 2. Qui décide ?

### 2.1. Le patient et ses aidants familiaux

Les patients participaient à la décision de réhospitalisation : « Ce monsieur, c'est quelqu'un qui se prend en charge. Moi je peux vous dire qu'il sait dire non pour aller à l'hôpital. S'il se laisse hospitaliser, c'est que les choses sont compliquées » (MG) mais aussi dans leur sortie : « J'ai dit "Maintenant ça va, j'ai envie de rentrer". Alors un soir après la dialyse [...] je suis rentré » (Patient). Leur anxiété pouvait être un facteur précipitant : « Dès qu'elle a quelque chose, dès qu'elle commence à tousser ou dès qu'elle commence à avoir des vertiges, elle s'inquiète très très vite » (Auxiliaire de vie) ou des événements de vie graves : « Dernièrement j'ai perdu ma fille. Rien que ça, ça m'a redonné une crise » (Patient).

L'aidant principal pouvait aussi être à l'origine de l'hospitalisation : « C'est surtout elle qui pousse le malade, pour appeler les pompiers puis pour le faire hospitaliser » (Kinésithérapeute), guidé parfois par son angoisse : « Les deux dernières hospitalisations, c'est ça, c'est madame qui panique » (AS) ; « Il y a une angoisse un petit peu d'être toute seule avec son mari et de ne pas pouvoir l'aider s'il arrive quelque chose » (AS) ou ses limites : « Elle a fait [...] pas un burn-out mais elle a appelé ça comme ça, elle était épuisée physiquement, psychologiquement » (IDE). L'hospitalisation de répit devenait alors nécessaire

: « Elle est fatiguée, elle fait hospitaliser et elle ne cherche pas. Là, s'il est parti trois semaines, c'est qu'elle est en épuisement » (Auxiliaire de vie).

## **2.2. Déplacement des rôles professionnels**

Le rôle du médecin généraliste dans la réhospitalisation était anecdotique : « Les deux fois, je n'étais pas dans le coup du tout... ». Il était rarement consulté pour décider d'hospitaliser : « Moi, ça ne me parle pas parce que toutes ces choses-là maintenant [...] je suis shuntée ». Dans certains cas, des spécialistes d'autres disciplines se substituaient à lui : « Mais bon quelque part on est quand même leur médecin généraliste » (Médecin spécialiste ambulatoire). Les patients passaient par l'hôpital en premier recours : « Ils sont habitués, quand il y a des problèmes, à appeler dans le service pour savoir s'il faut qu'ils viennent » (Médecin hospitalier).

## **2.3. Ambivalence sur l'hospitalisation**

L'hospitalisation pouvait apparaître comme une solution automatique : « Ça a été un réflexe conditionné, on va le réhospitaliser pour qu'il nous revienne bien » (Kinésithérapeute). Un fantasme de réparation semblait exister : « Ce qu'on espère, c'est qu'après il n'y ait plus de problèmes » (Aidante).

Malgré cette idéalisation, patients et aidants se montraient parfois très critiques. Certains témoignaient d'un manque de considération des soignants : « Parce qu'ils discutent là entre eux... mais on n'est qu'un numéro » (Patiente) et d'un sentiment d'isolement : « C'est vrai que ça a été dur. Ils m'ont enfermée comme ça pendant plusieurs jours... on n'a pas de sonnette pour appeler » (Patiente). La rigidité des pratiques était dénoncée : « La seule réponse qu'on avait c'était "C'est le protocole, c'est comme ça et c'est pour tout le monde pareil" » (Fille). Dans ces cas-là, il existait une forte appréhension de l'hospitalisation : « Quand j'y suis



retournée, j'ai dit "Dans quel service je vais tomber encore ?" (souples) que je ne retourne pas en enfer » (Patiente).

## **2.4. Résistance aux solutions proposées pour éviter les hospitalisations**

Un défaut de compliance à la prise en charge pouvait s'observer : « J'aurais pu la forcer à marcher un peu plus [...] mais après le souci c'est que quand elle ne veut pas, elle ne veut pas » (Kinésithérapeute). Il pouvait y avoir un refus des soins : « Il y a eu des heures de douche, des demi-heures de toilette que Madame C. a refusé » (Auxiliaire de vie) ou des aides techniques « Je veux pas prendre ma canne ! » (Patient).

Les aidants pouvaient également s'opposer aux propositions faites : « Pour faire des modifications de prise en charge [...] c'est compliqué [...] elle est fermée "Mais non papa va bien, il n'y a pas besoin de tout ça" » (AS). Des séjours en soins de suite et réadaptation (SSR) étaient déclinés : « On a proposé de la convalescence, il me semble. Et c'est madame qui souhaite que son mari rentre rapidement » (AS).

Lorsque l'institutionnalisation était proposée, les patients y étaient réfractaires : « D'aller [...] dans des maisons de retraite et en fait, elle refuse systématiquement d'emblée, mais d'une manière catégorique [...] "C'est niet, je ne veux pas" » (Auxiliaire de vie).

Les soignants s'accommodaient de ces refus par respect des choix du patient : « C'est son choix. Elle est bien là où elle est mais je suis sûr qu'elle retombera, c'est évident. Je pense qu'elle-même le sait. Son fils le sait » (IDE).

## **3. Quelle place occupent la communication et le relationnel ?**

### **3.1. Interprofessionnels**

Au sein du réseau de soins, la réalisation d'un acte simple pouvait être laborieuse : « J'ai appelé l'infirmière en demandant à ce qu'elle vienne lui faire un Normacol®. Elle m'a dit "Non,

il faut appeler le médecin" » [...] Au final, le médecin il a fait une ordonnance et puis il a appelé l'infirmière [...] Mais alors ça... 1 jour, 2 jours, 3 jours... » (AS). Les médecins n'étaient pas forcément disponibles pour les autres soignants : « C'est un réel problème de faire intervenir les médecins à la maison. Parfois [...] on les appelle, ils sont débordés, ils viennent deux jours après » (AS), notamment la nuit et le week-end : « On doit se trouver encore dans des weekends. Ça va devenir un gros problème ça, la permanence des soins » (MG). Ces difficultés étaient retrouvées dans le lien ville-hôpital : « C'est vrai la communication elle est assez... elle est pas inexistante hein ! Elle existe mais voilà par l'intermédiaire d'ordonnances » (IDE). Il en résultait un sentiment d'exclusion des intervenants, retentissant sur la prise en charge : « En tant qu'intervenant libéral, on est assez à l'écart de toutes ces infos qui transitent. C'est compliqué [...] pour avoir une prise en charge cohérente avec des objectifs bien précis » (Kinésithérapeute). Ce manque d'échange impactait l'éducation thérapeutique : « Comment moi je peux après faire l'éducation thérapeutique d'un patient si je ne sais pas ce qu'il a eu, ce qu'on lui a fait exactement ? » (IDE). Même si tous semblaient déplorer un manque d'interaction, la plupart restait ambivalent : « Trop d'informations tue l'information aussi, c'est-à-dire si on est submergé... » (MG).

### **3.2. Soignants - patient – famille**

Les patients et leurs familles étaient vecteurs d'informations : « On communique toutes les informations à Madame et Monsieur L. qui eux finalement retransmettent les informations à tout le monde » (IDE). Ils éprouvaient aussi le besoin d'échanger avec les professionnels hospitaliers : « C'était beaucoup de la communication et c'était assez rassurant [...] ce que j'avais apprécié, c'était que parfois j'avais des craintes ou des peurs [...] et à chaque fois, il y avait quelqu'un au téléphone pour me rassurer » (Fils).

Parfois, les interactions pouvaient être perturbées par l'aidant : « Il a des difficultés d'élocution mais ce n'est pas pour ça qu'il faut que sa femme parle à sa place [...] ça ne nous aide pas à communiquer avec lui si elle finit ses phrases » (AS) ou par le patient : « C'est peut-être ça qui a pu pêcher un petit peu parce que du coup, Madame L. qui peut être un peu réticente à l'hôpital [...] et nous transmet peut-être finalement pas tout » (IDE).

Une forte implication émotionnelle dans la relation pouvait influencer les médecins hospitaliers dans leur décision d'hospitaliser le patient : « On les hospitalise entre guillemets un petit peu plus souvent [...] ou on leur fait des "conval" [...] parce qu'on se connaît bien [...] on est un peu attaché ».

A l'inverse, une mauvaise qualité relationnelle entre le patient et les soignants ambulatoires compromettait le maintien à domicile. La multiplicité des intervenants contribuait à la dégradation des relations : « C'est peut-être ça le plus difficile, il passe beaucoup de monde [...] on s'habitue, on s'adapte mais c'est quand même très très important le nombre de personnes qui passent à la maison » (Aidante). Leur turn-over contraignait l'aidant à réexpliquer : « Ça change un peu trop. Donc à chaque fois qu'il y a une nouvelle, il faut expliquer » (Aidante) et mettait en difficulté les soignants dans la réalisation des soins : « Il faut un petit peu les guider parce que Madame C., elle est tellement autoritaire que les aides à domicile n'ont pas l'aplomb pour dire "Mais non, je suis là pour vous aider" » (IDE). Le manque de temps limitait aussi la création d'une relation satisfaisante : « La relation est difficile parce que c'est que du soin, que du soin, elles peuvent pas déborder » (IDE).

### **3.3. Conséquences du manque de communication**

L'absence de communication induisait une méconnaissance de l'autonomie des patients : « Quand je l'ai vu la dernière fois il était en fauteuil, enfin il ne marche plus quoi, et donc en tout cas moi je ne l'ai pas vu marcher » (Médecin hospitalier) [le patient se déplace avec une aide

technique] et de leur environnement : « Je ne sais même pas comment il s'appelle son médecin traitant » (Auxiliaire de vie).

## **4. Quelles sont les solutions proposées ?**

### **4.1. Amélioration des conditions du retour à domicile**

Les participants rapportaient une sortie de première hospitalisation précaire : « Un appareillage qui n'est pas fonctionnel sur une chirurgie toute récente et en plus [...] on retrouve pas de transmission pour l'équipe libérale ! Alors pas d'ordonnance de sortie... » (IDE spécialisée).

Pour améliorer cela, il y avait une volonté unanime d'organiser le retour à domicile. La réévaluation du plan d'aide était prioritaire : « On a fait la rencontre médico-sociale, avec majoration des aides, mise en place d'aide au coucher tous les soirs » (Médecin hospitalier).

Un médecin hospitalier évoquait l'idée d'une « mise en place de retour d'information systématique sur les patients réhospitalisés, du genre "pourquoi ils sont réhospitalisés, qu'est-ce qu'on aurait pu faire mieux ?" ». Les intervenants à domicile proposaient d'anticiper le devenir du patient : « Ils ont été très clairs sur le fait que malgré toutes les difficultés [...] avec la dépendance, ils ne souhaitent pas du tout que Monsieur Y. aille en structure [...] parce qu'on a quand même évoqué les choses clairement » (IDE coordinatrice).

L'EHPAD a été très régulièrement cité par les soignants comme solution pour éviter les réhospitalisations : « Le seul moyen d'éviter cette hospitalisation, c'est de le placer en institution » (Médecin hospitalier) même si certains en doutaient : « Est-ce qu'en milieu de maison de retraite, il y a moins de réhospitalisation qu'à domicile ? Je ne suis pas sûre d'ailleurs car les chutes sont toujours là » (IDE). Parfois, les professionnels avaient une image très négative des EHPAD : « Une personne qui était restée chez soi et qui rentre en institution, très souvent dans les 3 mois, on la retrouve plus du tout comme avant ! [...] Ils attendent que le

temps passe » (Kinésithérapeute). Pour un des médecins traitants, c'était un sujet difficile à aborder : « Je ne me verrais pas leur proposer d'aller en maison de retraite ». Les soignants apparaissaient très solidaires des patients dans leur choix de rester à la maison.

## **4.2. La prise en charge de l'aidant : un enjeu majeur**

De façon unanime, les participants étaient préoccupés par l'aidant. Tous étaient sensibles à sa souffrance psychique et physique : « Je la sens quand même très fragile, on est assez soucieux avec l'équipe » (IDE Coordinatrice) et avaient conscience de son dévouement : « Elle a vraiment abandonné tout ce qui lui faisait plaisir, tout ce qu'elle aimait, sa vie sociale » (IDE). Ce rôle les isolait socialement et ils allaient jusqu'à négliger leur propre santé : « Elle a une opération du bras ou de l'épaule qui est un peu en suspens, justement parce qu'elle hésite à laisser son mari » (AS). Dans un cas, les intervenants s'inquiétaient que l'épuisement puisse se répercuter sur le patient.

Face à ce constat, le médecin généraliste avait un rôle majeur dans la protection de l'aidant : « Donc le Docteur Y. est venu me voir à la maison et puis il m'a dit "Ben votre mari va pas rentrer, c'est pas possible, il faut qu'il aille en médecine, il faut que vous vous reposiez" » (Aidante). Il prenait en considération ses angoisses : « Ça repose beaucoup sur sa femme, on ne peut pas ne pas tenir compte de son sentiment à elle » (MG). Pour les médecins hospitaliers, « l'hospitalisation est un moyen [...] de soulager l'aidant ».

Les intervenants à domicile faisaient en sorte de se substituer à l'aidant : « Quand l'infirmière est venue, elle m'a dit "Ecoutez, je vais pas vous laisser faire ça et puis vous regarder, donc je vais le faire" » (Aidante). Ils avaient une part active dans son soutien psychologique : « Sur la demi-heure qui nous est attribuée, je vais tenter de m'occuper vingt minutes de lui vraiment et je prends dix minutes avec madame [...] ça lui permet parfois de dire les choses, de pleurer » (AS). Ils se rendaient disponibles pour évaluer rapidement les situations d'urgence ressenties

par l'aidant : « Madame Y. les appelle très régulièrement. Elles [IDE] répondent présentes, elles se déplacent, même si c'est parfois pour rassurer ou des choses comme ça » (IDE Coordinatrice), évitant parfois un recours aux urgences : « J'étais présente pendant qu'il a fait un malaise. Mais si j'avais pas été là, je pense qu'elle aurait rappelé les pompiers » (AS). Enfin, certains évoquaient la formation de l'aidant pour éviter les complications pour le patient : « Il y a eu un souci avec du pain par exemple, où il arrivait à l'attraper sur la table... Donc on a dit à Madame Y. d'enlever les choses » (IDE Coordinatrice).

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Caractère évitable des réhospitalisations précoces

Dans ce travail, les réhospitalisations précoces semblaient justifiées et difficilement évitables pour les intervenants. Selon la HAS, le caractère évitable suppose que « la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires et par des recommandations inscrites dans le courrier de sortie ». Les critères définissant l'indicateur HPE, reflet de l'accessibilité, de la qualité des soins primaires et de la coordination ville-hôpital, ne sont basés que sur une liste de six maladies chroniques [10]. Au regard de notre étude, il serait intéressant de prendre aussi en compte des paramètres psychosociaux dans un futur indicateur. On peut se demander si le caractère inévitable exprimé dans les entretiens aurait été jugé comme évitable selon les critères d'HPE.

L'EHPAD a été très régulièrement cité par les soignants comme solution pour éviter les réhospitalisations. Cette question a été peu explorée. Des études françaises montrent que les patients institutionnalisés étaient, au contraire, plus souvent réhospitalisés que les patients à domicile (90,9% vs 75,7% ;  $p = 0.02$ ) [13]. Dans notre étude, les patients opposaient des résistances à l'entrée en EHPAD. Nos interviewés avaient une vision négative de l'EHPAD, qui était partagée par 56% des français en 2017 [14], ainsi que par des médecins généralistes qui qualifiaient même les EHPAD « d'antichambre de la mort », de « mouiroir » [15]. Même si l'anticipation de l'entrée en EHPAD semblait importante, les freins évoqués par les médecins généralistes étaient : la crainte de précipiter une dégradation clinique, le déracinement du patient, les désaccords entre les proches et leur culpabilité [15]. L'entrée en EHPAD apparaît souvent comme un « non-choix », faite dans des conditions de grande dépendance et souvent en urgence [16]. Néanmoins, discutée au préalable l'urgence peut devenir « une situation préparée ».

Les entretiens ont révélé des situations de maintien à domicile fragiles, pour des patients souvent porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ce sont ces mêmes patients qui présentent un surrisque de pathologies aiguës. A l'heure actuelle, il n'existe pas de solution simple pour gérer la perte d'autonomie aiguë à domicile, l'hospitalisation devenant souvent le seul recours. L'alternative pourrait être de doter les structures d'aides à domicile de capacité à renforcer en urgence les plans d'aide, sans forcément qu'il y ait nécessité de soins techniques.

## **2. Épuisement des aidants familiaux et professionnels**

L'aidant apparaissait comme le pilier du maintien à domicile. Il est défini dans la Charte Européenne de l'aidant familial de 2009 comme « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne ». Ce rôle peut être source d'épuisement. Dans l'étude PIXEL, la moitié des 1410 aidants de malades déments se sentait déprimée et/ou épuisée. Les principales difficultés rapportées étaient le retentissement de l'état du malade sur l'aidant, l'inquiétude de laisser le malade seul à domicile, le temps passé auprès de lui, la solitude et la culpabilité. La notion de fardeau semblait être un élément important dans l'épuisement de l'aidant [17]. Selon Garand et al, il serait plus à risque de développer une symptomatologie anxieuse ou dépressive [18]. La grande majorité des études s'intéresse spécifiquement à l'épuisement des aidants de patients avec des troubles cognitifs. Il serait donc pertinent de l'étudier pour l'ensemble de la population gériatrique.

Pour autant, dans notre étude, l'aidant pouvait être un obstacle aux aides censées le soulager. Ces résistances participent à l'épuisement [19]. Selon la théorie du coping, la réticence aux aides peut s'expliquer par la mise en place de stratégies d'évitement face à une situation de



“stress”. Ceci entraîne des réactions de fuite et/ou de déni faisant obstacle à la mise en place d’aide [20]. Selon un autre travail, l’un des freins majeurs à l’acceptation des aides serait la culpabilité de l’aidant, son sens du devoir, un sentiment de dette envers le patient et parfois son besoin de tout contrôler [21]. Ces caractéristiques font écho à ce que nous avons pu percevoir chez certains aidants.

Dans notre étude, les professionnels de santé au domicile étaient eux-aussi soumis à une tension physique et psychologique face à la charge de travail, à l’adaptabilité nécessaire à ces situations complexes et parfois aux résistances du binôme patient-aidant. L’étude de la DREES de 2008 a interrogé 2589 aides à domicile sur ce sujet. Un des facteurs de risque était les contraintes liées aux demandes “hors rôle” et inadaptées des bénéficiaires [22]. Ainsi se pose la question de la souplesse de la fiche de poste et de l’influence de la fragilité personnelle des soignants. Enfin, il serait intéressant d’étudier l’impact de l’épuisement professionnel sur la réhospitalisation des patients.

### **3. L’angoisse comme facteur de risque de réhospitalisation précoce**

Au cours des entretiens, l’angoisse était présente chez les patients et les aidants. L’anxiété du sujet âgé est principalement causée par la perte d’autonomie, la solitude imposée, la maladie ou la mort [23]. Elle peut s’exprimer par un refus de soin [24]. Malgré son importance, le trouble anxieux fait l’objet de peu de publications chez le sujet âgé car il est généralement intégré dans le cadre plus global de la dépression.

Pour le patient, la dégradation de son état de santé peut induire une anxiété, précipitant sa réhospitalisation, comme observé dans certaines études [25]. La nécessité de soins ressentis comme urgents la nuit et le week-end, en lien avec l’angoisse et l’absence du médecin traitant, aboutissent également à des réhospitalisations. Celles-ci pourraient peut-être être évitées par

une anticipation explicite de l'attitude à adopter en cas d'événement aigu. Dans la littérature, les appels au SAMU sont décrits comme plus anxiogènes chez la personne âgée, perdant ses repères en situation aiguë et face à un interlocuteur inconnu [26]. Dans notre étude, nombre des sorties étaient décrites comme précipitées, source d'angoisse pour le patient et ses aidants. Au cours des entretiens, les intervenants à domicile évoquaient l'angoisse de l'aidant, notamment dans la prise de décision du recours aux soins. L'appréhension anxieuse de l'hospitalisation par le patient peut contribuer à reporter la responsabilité de la décision sur l'aidant. Cette angoisse est également identifiée comme une charge, secondaire à la relation d'aide avec le malade [27]. Elle peut entraîner des mécanismes de distanciation dans la relation, pouvant altérer la qualité des soins [28], voire mener à un risque de maltraitance, rappelant la situation d'un de nos aidants. Ces mécanismes peuvent aller jusqu'à influencer sur la mortalité du patient [29].

L'angoisse existe aussi chez les aidants professionnels. On peut faire l'hypothèse que les difficultés techniques ou organisationnelles avancées par les soignants interviewés étaient parfois des reflets indirects de ces angoisses. L'accompagnement à domicile, par sa singularité, rend le soignant vulnérable dans les soins et dans l'approche relationnelle. L'angoisse des soignants professionnels, au même titre que celle de l'aidant, peut-elle influencer la réhospitalisation ?

#### **4. Forces et limites**

Trois entretiens ayant été réalisés en présence d'un tiers, la liberté d'expression des interviewés peut être interrogée pour ces entretiens. Par ailleurs, notre recrutement excluait les patients ne disposant pas d'aide à domicile et ceux sous mesure de protection, ce qui limite l'extrapolation de nos résultats.

Néanmoins, la réalisation des entretiens par une équipe de 8 chercheurs a permis de réaliser un grand nombre d'entretiens, avec un large panel d'intervenants différents et ainsi d'obtenir la saturation des données. En dépit d'un échantillonnage raisonné, les profils des patients présentaient une grande variabilité. Enfin, la triangulation des codages et la construction du cadre analytique avec deux chercheurs plus expérimentés a permis d'enrichir l'analyse.

## 5. Implications pour la pratique

L'angoisse et l'épuisement du patient et de l'aidant semblent être des éléments centraux. La communication interprofessionnelle à ce sujet est souvent succincte ou inexistante. Dans l'article R1112-2 du Code de la santé publique, les éléments devant figurer dans les dossiers de soins médicaux et paramédicaux sont strictement d'ordre biomédical et administratif, les données psychosociales n'étant pas mentionnées. Communiquer sur la santé de l'aidant peut être limité par le cadre médico-légal : « Même entre médecins, le secret ne se partage pas dès lors qu'ils ne participent pas à la prise en charge d'un même patient » [30]. A l'issue de ce travail, on peut pourtant considérer que la santé de l'aidant participe également à la santé du patient, ce qui permet peut-être de lever cet obstacle.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement reconnaît le statut d'aidant non professionnel et leur prévoit un droit au répit, via des heures d'aides à domicile, un hébergement temporaire du patient en structure ou son accueil de jour ou de nuit. Elle mentionne la possibilité de formation et de congés de proche aidant [31]. Concernant le soutien aux aidants, les recommandations de la HAS ne concernent que les aidants de patients atteints de démence. Elle propose une consultation annuelle avec le médecin généraliste et recommande de repérer et d'accompagner l'aidant épuisé, de le former et de l'informer de ses droits. Les mesures concrètes de prise en charge de l'angoisse de

l'aidant ne sont évoquées que par des associations de malades [32]. Il serait intéressant de généraliser ces interventions aux patients âgés fragiles et à leur entourage. Ceci a été réalisé à titre expérimental en Belgique avec la mise en place d'un trio infirmière/psychologue/ergothérapeute, pour la gestion de cas à domicile et de coordination interprofessionnelle. Les résultats montrent un effet bénéfique pour les patients [33].

Il apparaît donc nécessaire de développer des compétences dans le domaine de la communication et du relationnel. Des formations adressées aux professionnels de santé existent. Il s'agit pour la plupart de permettre de développer les compétences psychosociales chez le patient afin qu'il puisse mieux appréhender sa maladie [34]. D'après la définition de l'OMS, « les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ». Mais face aux angoisses de mort et à l'épuisement des aidants, ces formations semblent insuffisantes et inadaptées. Comme le soutenait le Professeur Longneaux, philosophe : « le danger pour l'éducateur en santé c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'un apprentissage alors que la mort, la souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute ». Il s'agirait donc plutôt de mettre en place une écoute active et bienveillante.

Quel professionnel est le mieux qualifié pour aborder ces sujets ? Concernant la mort, les patients semblent désigner le médecin généraliste comme un interlocuteur de choix potentiel par sa proximité avec les familles et ses compétences d'évaluation pluridimensionnelle. Or, dans notre étude, les patients et les familles n'abordaient pas ces thèmes avec eux. Dans nos entretiens, les médecins généralistes n'évoquaient pas la possibilité que leur patient décède malgré leur âge et leur fragilité. Ces résultats ont pu être retrouvés dans d'autres études :

même si le médecin généraliste était désigné comme l'interlocuteur privilégié, la mort restait sujette à des non-dits, à une absence de communication [35].

D'autres interlocuteurs de proximité pourraient donc remplir ce rôle. De très nombreuses revues infirmières s'intéressent à la souffrance psychologique du patient, à l'angoisse et à l'épuisement de l'aidant et au développement des compétences psychosociales des soignants. La revue de recherche en soins infirmiers évoque les compétences psychosociales attendues dans l'accompagnement du patient à domicile : le concept de « sollicitude » désigne un mode relationnel bienveillant qui respecte l'altérité du patient et lui permet de "cheminer" [36]. Cela reflète nos résultats : outre les soins techniques, les infirmiers à domicile évoquaient la dimension psychologique et les enjeux relationnels. Il pourrait donc être intéressant de désigner un soignant ou, en suivant le modèle belge [33], un binôme de soignants dédié à l'évaluation, à la verbalisation et au soutien psychologique des patients et des aidants. Il s'agirait aussi d'aborder avec l'aidant ses réticences à la mise en place d'aides dans le but de l'inciter au lâcher-prise. Dans ce cas, pourquoi ne pas impliquer d'autres intervenants à domicile non infirmiers, qui semblent parfois mieux connaître les patients et avoir un rôle de confident [5] ?

Ce rôle est difficile à endosser en raison de sa charge émotionnelle. Cela nécessite que les soignants puissent, de leur côté également, communiquer au sujet de leur ressenti, de leurs difficultés, parfois de leur épuisement et de leurs angoisses. La formation, l'analyse de pratique, la supervision, les groupes de type Balint sont autant de moyens disponibles. La parole libérée permettrait au soignant « d'accepter la finitude comme un facteur anti-burn-out qui le libérerait de cette contrainte morale sociétaire de toute puissance à guérir ce qui est inguérissable » [37]. Ces groupes d'échange intra et interdisciplinaires sont parfois organisés par les structures hospitalières, de manière institutionnelle. A l'inverse, pour les acteurs de santé ambulatoires, il s'agit très souvent d'une initiative personnelle.

## 6. Conclusion

L'angoisse et l'épuisement de tous apparaissent comme des facteurs déterminant la réhospitalisation précoce des patients âgés de 75 ans et plus. L'action sur les seuls facteurs biomédicaux ne peut suffire à l'éviter. Elle devrait faire l'objet d'un diagnostic de situation psychosociale. L'écoute active, l'incitation au lâcher-prise et la verbalisation de l'angoisse notamment de mort, apparaissent comme des axes de prise en charge intéressants.

## BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Fiche points clés et solutions. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires [10/01/2019] [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf)
2. Calvet L. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. Les comptes nationaux de la santé. 2012 ; 55-70 [23/01/2019] [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012\\_doss2.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_doss2.pdf)
3. DREES. Enquête Handicap et dépendance [23/01/2019] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance/article/les-enquetes-handicap-sante>
4. Fiches Population France, portrait social. INSEE [23/01/2019] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492220?sommaire=2492313>
5. Hervé E, Legrand C, Ménard J, Mermoud M, Mézerai L, Robin N. Étude de la circulation de l'information autour du sujet âgé dépendant au sein d'une association de soins à domicile du Maine et Loire. Thèse méd. Université d'Angers, UFR Médecine, 2017 : 2017ANGE203M
6. Toutes activités: Fiche nationale. Statistique ATIH [23/01/2019] <https://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-nationale>
7. Fiche éclairage maladie. Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale (Juillet 2012) [23/01/2019] [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/eclairage\\_maladie\\_prise\\_en\\_charge\\_hospitaliere\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitaliere_personnes_agees.pdf)
8. HAS. Fiche points clés organisation des parcours. [23/01/2019] [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir\\_la\\_dependance\\_iatrogene\\_liee\\_a\\_lhospitalisation\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees\\_-\\_fiche\\_points\\_cles.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf)

9. Lum HD, Studenski SA, Degenholtz HB, Hardy SE. Early Hospital Readmission is a Predictor of One-Year Mortality in Community-Dwelling Older Medicare Beneficiaries. *J Gen Intern Med* 2012 ; 27(11):1467–74.
10. ATIH. Indicateur de coordination (RH30 et HPE) [23/01/2019] <https://scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination>
11. Walraven C van, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract* 2012;18(6):1211–8.
12. 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* 2008 ; 37(4) : 416–22.
13. H. Gil, P. Tervel, S. Humbert, J. Razanamahery, N. Méaux-Ruault, N. Magy-Bertrand. Fréquence et causes des réhospitalisations dans les 30 jours après un séjour dans un service de post-accueil. *Rev Med Interne* 2017 ; 38 : A64.
14. Odoxa©. Baromètre santé 360 : Grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement [19/12/2018] <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-grand-age-dependance-accompagnement-vieillissement/>
15. Tholence M, Cognat V, Vercherin P, Gonthier R, Vallée J. Après l'hôpital : retour à domicile ou institutionnalisation ? *Exercer* 2015 ; 119 : 62–71.
16. Auzzino DT. La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. *Gérontologie et société* 2009 ; 32(131) : 99–121.
17. Thomas P, Hazif-Thomas C, Delagnes V, Bonduelle P, Clément J-P. La vulnérabilité de l'aidant principal des malades déments à domicile. L'étude Pixel. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005 ; 3(3) : 207–20.



18. Garand L, Dew MA, Eazor LR, DeKosky ST, Reynolds CF. Caregiving burden and psychiatric morbidity in spouses of persons with mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 ; 20(6) : 512–22.
19. Bouati N, Sagne A, Hunsicker M, Gavazzi G, Couturier P. L'épuisement des aidants familiaux : une crise intrafamiliale masquée ? Approche psychodynamique et systémique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016 ; 14(1) : 67–76.
20. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New-York : Springer, 1984.
21. Pierron G. Les enjeux psychiques de la relation d'aide entre l'aidant familial et son proche atteint de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, lorsque le patient vit à domicile. Thèse Psychologie. Université de Franche-Comté, 2015.
22. DREES Dossier Solidarité et santé. Marquier R, Nahon S. Les conditions de travail des aides à domicile. 2012 [23/01/2019] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier30.pdf>
23. Monfort J-C. Spécificités psychologiques des personnes très âgées. *Gérontologie et société* 2001 ; 24(98) : 159–87.
24. Bouquier JJ. Du droit au consentement au droit et au refus de soins. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins des 29 et 30 janvier 2004 (France) [23/01/2019] <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/refusdesoins.pdf>
25. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD : role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J* 2005 ; 26(3) : 414–9.
26. Vergne M. Régulation et sujets très âgés. Congrès Urgences, Paris. 2012.
27. Pinquart M, Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood : a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003 ; 58(2) : 112–128.

28. Fromage B, Goutany E. Le « burn out » de l'aidant familial âgé. *Eur Rev Appl Psychol* 2007 ; 57(3) : 145–50.
29. Lwi SJ, Ford BQ, Casey JJ, Miller BL, Levenson RW. Poor caregiver mental health predicts mortality of patients with neurodegenerative disease. *Proc Natl Acad Sci USA* 2017 ; 114(28) : 7319-24.
30. Conseil national de l'Ordre des médecins. Code de déontologie. Article 4-Secret professionnel [23/01/2019] <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
31. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
32. Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques. Brochure [23/01/2019] [https://www.arsep.org/library/media/other/docs\\_patients/Brochures%202016/Les-aidants-brochure-web-avril-2016.pdf](https://www.arsep.org/library/media/other/docs_patients/Brochures%202016/Les-aidants-brochure-web-avril-2016.pdf)
33. Van Durme T, Lambert AS, Cès S, Anthierens S, Arias y Arenas J et al. Accompagner les personnes âgées fragiles qui souhaitent vivre chez elles ainsi que leurs aidants proches par un trio d'intervenants : deux exemples d'approches innovantes. Journées itinérantes francophones d'éthique des soins de santé (Tours, France, du 09/11/2017 au 10/11/2017).
34. Saugeron B, Sonnier P, Marchais S. COMETE : un outil pour développer les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient. *Sante Publique* 2016 ; 28(2) : 157–61.
35. Guineberteau C. Parler de la mort en médecine générale : points de vue de patients. Une communication freinée par les non-dits. Thèse méd. Université d'Angers, UFR Médecine 2015 : 2015ANGE131M
36. Furstenberg C. La clé des soins relationnels : la sollicitude en chemin au domicile. *Rech Soins Infirm* 2011 ; 107(4) : 76–82.
37. Delbrouck M. Le burn-out du médecin soignant. *Sens-Dessous* 2017 ; 19(1) : 5–18.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Diagramme desflux

# **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Caractéristiques des patients-index

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>MÉTHODES</b> .....	<b>8</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>10</b>
<b>Population étudiée</b> .....	<b>10</b>
<b>Données recueillies</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Les réhospitalisations précoces sont-elles évitables ?</b> .....	<b>11</b>
1.1. Un maintien à domicile fragile .....	11
1.2. Des problèmes logistiques à l'origine des hospitalisations.....	12
<b>2. Qui décide ?</b> .....	<b>13</b>
2.1. Le patient et ses aidants familiaux .....	13
2.2. Déplacement des rôles professionnels .....	14
2.3. Ambivalence sur l'hospitalisation .....	14
2.4. Résistance aux solutions proposées pour éviter les hospitalisations.....	15
<b>3. Quelle place occupent la communication et le relationnel ?</b> .....	<b>15</b>
3.1. Interprofessionnels .....	15
3.2. Soignants - patient - famille .....	16
3.3. Conséquences du manque de communication .....	17
<b>4. Quelles sont les solutions proposées ?</b> .....	<b>18</b>
4.1. Amélioration des conditions du retour à domicile .....	18
4.2. La prise en charge de l'aidant : un enjeu majeur.....	19
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION</b> .....	<b>21</b>
<b>1. Caractère évitable des réhospitalisations précoces</b> .....	<b>21</b>
<b>2. Épuisement des aidants familiaux et professionnels</b> .....	<b>22</b>
<b>3. L'angoisse comme facteur de risque de réhospitalisation précoce</b> .....	<b>23</b>
<b>4. Forces et limites</b> .....	<b>24</b>
<b>5. Implications pour la pratique</b> .....	<b>25</b>
<b>6. Conclusion</b> .....	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>29</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>33</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>34</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>35</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>36</b>

# **ANNEXES**

Annexe I : Fiches d'informations aux participants

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Avis favorable du comité d'éthique du CHU d'Angers

## **Annexe I : Fiches d'informations aux participants**

Département de Médecine Générale et  
Faculté de Santé d'Angers  
Rue Haute de Reculée  
49045 Angers CEDEX 01

Anjou Soins Services Accompagnement  
25, Avenue Jean XXIII  
BP 11032  
49010 Angers CEDEX 01

Angers, le 18/12/2017

Objet : Lettre d'information pour les patients

Madame, Monsieur,

Nous sommes 8 internes en médecine générale. Dans le cadre de notre travail de thèse, nous menons une étude qui s'intéresse aux hospitalisations des patients âgés de 75 ans et plus.

L'objectif de ce travail est de permettre de mieux comprendre la répétition des hospitalisations des patients âgés.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience sur vos deux dernières hospitalisations.

Nous souhaiterions échanger avec vous sur cette question pendant 45 minutes à 1h, dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite rendues anonymes.

Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez. Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée.

La participation à ce travail ne change en rien votre prise en charge médicale.

Si vous acceptez de participer à ce projet, l'un de nous vous contactera par téléphone, au numéro qui nous sera remis par Anjou Soins Services Accompagnement.

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,



*Rapport-gratuit.com*

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRE



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

Département de Médecine Générale et  
Faculté de Santé d'Angers  
Rue Haute de Reculée  
49045 Angers CEDEX 01

Anjou Soins Services Accompagnement  
25, Avenue Jean XXIII  
BP 11032  
49010 Angers CEDEX 01

Angers, le 18/12/2017

Objet : Lettre d'information aux acteurs intervenant auprès du patient

Madame, Monsieur

Nous sommes 8 internes en médecine générale. Dans le cadre de notre travail de thèse, nous menons une étude qui s'intéresse aux hospitalisations des patients âgés de 75 ans et plus.

L'objectif de ce travail est de permettre de mieux comprendre la répétition des hospitalisations des patients âgés.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience sur les deux dernières hospitalisations de Monsieur ou Madame X et sur son passage à domicile entre les deux.

Nous souhaiterions échanger avec vous sur cette question pendant 45 minutes à 1h, dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite rendues anonymes. Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez. Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

- Par téléphone au :
- Ou par email :

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,





## **Annexe II : Guide d'entretien :**

### **Présentation**

Bonjour, je suis NOM PRENOM, je suis interne en médecine générale OU je viens de terminer mon internat de médecine générale. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je réalise avec d'autres internes un projet de recherche. L'objectif est de trouver ce qui pourrait expliquer la deuxième hospitalisation précoce des personnes prises en charge par l'association Anjou Soins Services Accompagnement. Cet entretien va être enregistré, il devrait durer environ 1 heure. Il sera retranscrit mot à mot et toutes les données permettant de vous identifier ou d'identifier les personnes citées seront modifiées. Vous pouvez demander l'interruption de l'enregistrement à tout moment. Avez-vous des questions avant que nous commençons ?

### **Entretien**

#### **Racontez-moi ce qu'il s'est passé pour que vous vous retrouviez hospitalisé(e) [pour que Monsieur ou Madame X se retrouve] ?**

- Comment ça se passait à la maison avant la première hospitalisation ? Sur qui pouviez-vous compter au quotidien [le patient pouvait-il compter] ?  
*Thème : autonomie du patient/rôle des intervenants*
- En pratique, comment les événements se sont enchaînés ?  
*Thème : motif d'hospitalisation*

#### **Parlez-moi de la première hospitalisation et du retour à la maison ?**

- Qu'avez-vous compris de la prise en charge à l'hôpital ?
- Comment a-t-on organisé le retour à la maison ?  
*Thème : coordination entre les intervenants*
- Que pensez-vous de la communication et des échanges entre les intervenants ? Et eux avec vous [avec le patient] ?  
*Thème : Communication entre les intervenants et avec le patient.*

#### **Que s'est-il passé entre les deux hospitalisations ?**

- En quoi votre quotidien a-t-il changé [le quotidien du patient] ?  
*Thème : adaptation au changement*
- Qui s'est occupé de vous à la maison et comment [de Monsieur ou Madame X] ?  
*Thème : rôle des intervenants*
- Comment cela s'est passé avec les personnes qui se sont occupées de vous [de Monsieur ou Madame X] ?  
*Thème : relation avec les intervenants*

**Racontez-moi ce qu'il s'est passé pour que vous retrouviez réhospitalisé(e)  
[pour que Monsieur ou Madame X se retrouve] ?**

- Qui a décidé ?
  - Qu'est ce qui n'a pas fonctionné ?
- Thème : motif de réhospitalisation*

**La deuxième hospitalisation aurait-elle pu être évitée et comment ?**

- Qu'auriez-vous fait différemment ?
- Comment votre première hospitalisation a influencé la deuxième hospitalisation ?

**Commentaire : Avez-vous quelque chose à rajouter ?**

**Caractéristiques des participants**

Rôle (patient, aidant, médecin, aide-soignant, pharmacien...) Age, Sexe,  
Statut patient (célibataire, marié, veuf, enfants), Localisation (rural, urbain, ville)

**Clôture**

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé pour cet entretien.  
Souhaitez-vous recevoir la retranscription anonyme de notre échange ? Vous pourrez  
me transmettre les modifications que vous jugeriez utiles.

## **Annexe III : Avis favorable du comité d'éthique du CHU d'Angers**



### **COMITE D'ETHIQUE**

**Pr Christophe Baufreton**

Angers, le 12 février 2018

**Dr Aurore Armand**  
Département de Médecine d'Urgence  
aumarmand@chu-angers.fr

A Mr BONNARDIN Simon  
Mme CHEVROT Caroline  
Mr DESPRES Philippe  
Mme GOUZE Marie  
Mme LANCRENON Maud  
Mme LEBEURRIER Marie  
Mr PANNETIER Alexandre  
Mme VERSTRAETE Magali  
CHU ANGERS

Mesdames, Messieurs,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 31 janvier 2018 votre étude « **Comprendre les déterminants biopsychosociaux de la réhospitalisation précoce des patients âgés pris en charge par Anjou Soins Services Accompagnement.** » enregistrée sous le numéro 2018/07.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton



## **Déterminants biopsychosociaux des réhospitalisations précoces des patients de 75 ans et plus**

### **RÉSUMÉ**

Introduction : Les personnes âgées de 75 ans et plus sont une population fragile. Beaucoup présentent un état polyopathologique et sont en situation de dépendance. La majorité vit à domicile avec des aides. Ces patients sont particulièrement sujets aux hospitalisations, parfois suivies d'une réhospitalisation précoce (dans les 30 jours). Plusieurs études se sont intéressées aux déterminants biomédicaux de celle-ci. Cette étude visait à explorer l'impact des facteurs psycho-sociaux.

Méthodes : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients âgés de 75 ans ou plus réhospitalisés précocement, ainsi que les personnes impliquées dans leur prise en charge. Approche phénoméno-pragmatique. Triangulation des données.

Résultats : Soixante entretiens ont été réalisés. Les principaux facteurs qui ressortaient étaient l'anxiété et l'épuisement des aidants. Malgré des situations de maintien à domicile difficile, une réticence aux solutions proposées était mise en évidence. Le binôme patient-aidant apparaissait comme décisionnaire des réhospitalisations. Les professionnels témoignaient de difficultés dans la communication et le relationnel.

Conclusion : Une réhospitalisation précoce devrait faire l'objet d'un diagnostic de situation biopsychosociale. L'écoute active, l'incitation au lâcher-prise et la verbalisation de l'anxiété de chacun apparaissent comme des axes de prise en charge intéressants.

**Mots-clés** : personne âgée fragile, réadmission du patient, aidants, anxiété

## **Biopsychosocial factors of early readmission about patients aged 75 and over**

### **ABSTRACT**

Introduction : Elderly people are described as fragile. Many have polypathology conditions and are dependent. Most are still cared for in their home. They are particularly prone to hospitalization sometimes followed by early readmission (within 30 days). Several studies have focused on the determinants of early readmission and found mainly biomedical causes. This study aimed to explore the impact of psycho-social factors.

Methods : A qualitative study with semi-directed interviews was conducted among patients age 75 or older who were readmitted early, as well as their caregivers. Analysis in grounded theory approach. Triangulation of analysis.

Results : Sixty interviews were conducted. Anxiety and exhaustion of caregivers appeared as key readmission factors. Despite the challenges encountered with staying at home, our study showed a reluctance to accept suggested alternatives. The patient-caregiver binomial appeared as the key decision maker behind hospital readmissions. Professionals reported difficulties with communication and relationships.

Conclusion : Every early readmission should require a diagnostic survey of patients biopsychosocial situation. Active listening, invitation to let go and verbalisation of anxiety of patients as well as their carers should be considered as valid options for future treatments options.

**Keywords** : frail elderly, patient readmission, caregivers, anxiety