

Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Service de gériatrie et réadaptation gériatrique

Personnes âgées et séjours hospitaliers en soins somatiques et psychiatriques au CHUV

*Laurence Seematter-Bagnoud, Sarah Fustinoni, Stéphane Rochat,
Christophe Büla, Alain Pécoud, Brigitte Santos-Eggimann*

Raisons de santé 178 – Lausanne 2011

Étude financée par : Mandat du CHUV dans le cadre du Plan Stratégique 2009-2011.

Citation suggérée : Seematter-Bagnoud Laurence, Fustinoni Sarah, Rochat Stéphane, Büla Christophe, Pécoud Alain, Santos-Eggimann Brigitte. Personnes âgées et séjours hospitaliers en soins somatiques et psychiatriques au CHUV. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2011. (Raisons de santé, 178).

Remerciements : A M. Jean-Daniel Koch (CHUV, Direction Administrative et Financière, Financement Externe) pour nous avoir fourni les données ainsi que les informations nécessaires à l'élaboration de ce rapport.

Date d'édition : Septembre-2011

TABLE DES MATIERES

Résumé	7
Introduction	13
1 Glossaire.....	15
2 Soins somatiques aigus et de réadaptation	17
2.1 Données générales : séjours hospitaliers et semi-hospitaliers	17
2.1.1 Population source	17
2.1.2 Type de prise en charge : hospitalisation et semi-hospitalisation	17
2.1.3 Lieu de domicile des patients	18
2.1.4 Séjours hospitaliers : type de cas	19
2.1.5 Séjours hospitaliers : nombre d'hospitalisations en 2008	19
2.2 Séjours hospitaliers en soins aigus	20
2.2.1 Caractéristiques générales	20
2.2.2 Provenance et destination des patients.....	22
2.2.3 Diagnostic et traitement.....	24
2.2.4 Séjours hospitaliers et pathologies liées au vieillissement.....	29
2.2.5 Séjours hospitaliers et traitement des pathologies liées au vieillissement	39
2.2.6 Patients âgés de 65 ans et plus : Autres motifs d'hospitalisation.....	40
2.3 Séjours hospitaliers en soins subaigus (lit b).....	45
2.3.1 Caractéristiques générales	45
2.3.2 Séjours d'attente de transfert vers un établissement de réadaptation.....	46
2.3.3 Séjours de réadaptation.....	48
2.3.4 Patients provenant des services de soins aigus du CHUV	51
3 Psychiatrie aiguë et de réhabilitation	57
3.1 Données générales : séjours hospitaliers	57
3.1.1 Population source	57
3.1.2 Age des patients.....	57
3.1.3 Lieu de domicile des patients	57
3.1.4 Type de cas	58
3.1.5 Nombre d'hospitalisations en 2008	58
3.2 Séjours hospitaliers en soins aigus	59
3.2.1 Caractéristiques générales	59
3.2.2 Provenance et destination des patients.....	60
3.2.3 Diagnostic et traitement.....	62
3.2.4 Séjours hospitaliers et pathologies liées au vieillissement.....	65
3.2.5 Patients âgés de 65 ans et plus : autres motifs d'hospitalisation.....	70
3.3 Séjours hospitaliers de réhabilitation psychiatrique	72
3.3.1 Caractéristiques générales	72
3.3.2 Provenance et destination des patients.....	72
3.3.3 Diagnostic.....	74
4 Discussion des résultats	77
4.1 Part attribuable aux personnes âgées en soins somatiques aigus.....	77
4.1.1 Caractéristiques selon le groupe d'âge	77
4.1.2 Part attribuable aux pathologies sélectionnées	79
4.2 Utilisation de la réadaptation.....	79
4.3 Part attribuable aux personnes âgées en soins psychiatriques	80

4.3.1	Caractéristiques selon le groupe d'âge	80
4.3.2	Part attribuable aux pathologies sélectionnées	81
4.4	Lacunes et limites des données	81
5	Conclusions.....	83
6	Références.....	85
7	Méthodologie	87
7.1	Source des données	87
7.2	Critères d'exclusion spécifiques à l'analyse	88
7.2.1	Schéma des étapes de préparation des données.....	89
7.3	Traitement des séjours hospitaliers consécutifs	90
7.4	Traitement des cas particuliers du changement de groupe d'âge en cours d'année	91
7.5	Diagnostics et interventions	91
7.5.1	Identification des diagnostics de pathologies liées au vieillissement	92
7.5.2	Identification des interventions sélectionnées (données somatiques uniquement).....	94
7.6	Traitement des séjours attribués a deux pathologies	95
7.7	Calcul de la durée de séjour	95
7.8	Cas particuliers : Séjours hospitaliers de moins de 24 heures.....	96
7.9	Classement des séjours selon la provenance et la destination.....	96
7.10	Calcul du nombre de séjours cumules sur l'année 2008	96
7.11	Calcul du nombre de réadmissions	96

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

Tableau 1	Soins somatiques : Type de prise en charge.....	17
Tableau 2	Soins somatiques aigus : Caractéristiques générales.....	21
Tableau 3	Soins somatiques aigus : Provenance et destination	23
Tableau 4	Soins somatiques aigus : Diagnostic principal (CIM-10)	25
Tableau 5	Soins somatiques aigus : Traitement principal (CHOP)	27
Tableau 6	Soins somatiques aigus : Nombre de séjours et de journées enregistrés en 2008	30
Tableau 7	Soins somatiques aigus : Répartition des séjours liés aux pathologies sélectionnées	31
Tableau 8	Soins somatiques aigus : Durée moyenne et médiane de séjour pour les pathologies sélectionnées (en jours).....	32
Tableau 9	Soins somatiques aigus : Nombre de journées enregistrées pour les pathologies sélectionnées	33
Tableau 10	Soins somatiques aigus : Proportion de séjours avec admission en urgence pour certaines des pathologies sélectionnées, en %	34
Tableau 11	Soins somatiques aigus : Provenance des patients pour les séjours attribuables à certaines des pathologies sélectionnées	35
Tableau 12	Soins somatiques aigus : Destination des patients pour les séjours attribuables à certaines des pathologies sélectionnées	37
Tableau 13	Soins somatiques aigus : Répartition des séjours attribuables aux traitements sélectionnés	39
Tableau 14	Soins somatiques aigus : Répartition des séjours non liés aux pathologies sélectionnées	40
Tableau 15	Soins somatiques aigus : Traitement effectué lors des séjours non liés aux pathologies sélectionnées (CHOP, hors chap. 16)	41
Tableau 16	Soins somatiques aigus : Diagnostic principal des séjours non liés aux pathologies sélectionnées (CIM-10).....	43
Tableau 17	Soins subaigus : Deux types de situations.....	45
Tableau 18	Attente de transfert en établissement de réadaptation : Durée moyenne et médiane de séjour.....	46
Tableau 19	Attente de transfert en établissement de réadaptation : Provenance et destination des patients	47
Tableau 20	Réadaptation somatique: Durée moyenne et médiane de séjour	48
Tableau 21	Réadaptation somatique : Provenance et destination des patients	49
Tableau 22	Réadaptation somatique : Diagnostic principal (CIM-10)	50
Tableau 23	Réadaptation somatique : Durée moyenne et médiane du séjour précédent en soins aigus	51
Tableau 24	Réadaptation somatique : Diagnostic principal du séjour précédent en soins aigus ..	53
Tableau 25	Réadaptation somatique : Part des séjours pour pose de prothèse de hanche ou de genou suivis de réadaptation, en %	54
Tableau 26	Réadaptation somatique : Traitement principal du séjour précédent en soins aigus ..	55
Tableau 27	Soins psychiatriques : Répartition des séjours par groupe d'âge	57
Tableau 28	Soins psychiatriques aigus : Caractéristiques générales	59
Tableau 29	Soins psychiatriques aigus : Provenance et destination	61
Tableau 30	Soins psychiatriques aigus : Traitement.....	64
Tableau 31	Soins psychiatriques aigus : Nombre de séjours et de journées enregistrés en 2008 ..	65
Tableau 32	Soins psychiatriques aigus : Répartition des séjours liés aux pathologies sélectionnées	66
Tableau 33	Soins psychiatriques aigus : Durée moyenne et médiane de séjour pour les pathologies sélectionnées (en jours).....	66

Tableau 34	Soins psychiatriques aigus : Nombre de journées enregistrées pour les pathologies sélectionnées	67
Tableau 35	Soins psychiatriques aigus : Provenance des patients pour les séjours attribuables à certaines des pathologies sélectionnées.....	69
Tableau 36	Soins psychiatriques aigus : Destination des patients pour les séjours attribuables à certaines des pathologies sélectionnées.....	69
Tableau 37	Soins psychiatriques aigus : Répartition des séjours non liés aux pathologies sélectionnées	70
Tableau 38	Réhabilitation psychiatrique: Caractéristiques générales.....	72
Tableau 39	Réhabilitation psychiatrique : Provenance et destination des patients	73
Tableau 40	Réhabilitation psychiatrique : Diagnostic principal (CIM-10).....	75
Figure 1	Séjours semi-hospitaliers : Répartition en % selon le lieu de domicile du patient, tous âges confondus	18
Figure 2	Séjours hospitaliers : Répartition en % selon le lieu de domicile du patient	18
Figure 3	Séjours hospitaliers : Répartition selon le type de cas	19
Figure 4	Séjours hospitaliers : Répartition des patients en % selon le nombre de séjours enregistrés en 2008.....	19
Figure 5	Séjours hospitaliers en psychiatrie : Répartition selon le type de cas	58
Figure 6	Séjours hospitaliers en psychiatrie : Répartition des patients en % selon le nombre de séjours enregistrés en 2008	58
Figure 7	Soins psychiatriques aigus : Diagnostic principal (CIM-10)	63
Figure 8	Soins psychiatriques aigus : Groupe de diagnostics principaux des séjours non liés aux pathologies sélectionnées (CIM-10).....	71

RÉSUMÉ

CONTEXTE

Bien qu'il soit attendu que le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation des besoins en soins aigus et chroniques, peu de travaux ont spécifiquement évalué son impact sur le recours aux soins hospitaliers. Plusieurs observations suggèrent qu'une part importante de l'activité hospitalière est aujourd'hui déjà dédiée à la prise en charge d'une patientèle âgée. Notamment, en 1999, presque une personne sur 10 admise aux urgences du CHUV était âgée de 80 ans ou plus, cette proportion ayant doublé en seulement 6 ans. Plus récemment, presque la moitié des interventions d'urgence pré-hospitalières menées dans la région lausannoise entre 2003 et 2007 étaient effectuées pour des personnes âgées de 65 ans et plus. Cependant, des données de routine plus détaillées font encore défaut.

OBJECTIFS ET METHODES

Ce rapport, correspondant au projet prioritaire du Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement (COAV), repose sur une analyse des données 2008 de la « Statistique des établissements de santé ». Ce travail décrit les caractéristiques des séjours hospitaliers au CHUV en fonction de l'âge du patient, notamment en termes de durée moyenne de séjour, de taux de réadmission, ou d'utilisation de certaines ressources plus coûteuses ou limitées. Les diagnostics à l'origine des séjours, les traitements prodigués, et l'orientation des patients au décours de l'hospitalisation sont également comparés. De plus, cette analyse quantifie la part des séjours attribuables à certaines pathologies liées au vieillissement. Ces pathologies ont été sélectionnées lors d'un précédent travail, qui consistait à estimer le nombre de cas pour le canton de Vaud^a.

Les données utilisées regroupent tous les séjours hospitaliers enregistrés en 2008 au CHUV en lits A ou B somatiques ou psychiatriques, à l'exclusion des séjours de patients de moins de 18 ans et des séjours liés à la grossesse et à l'accouchement.

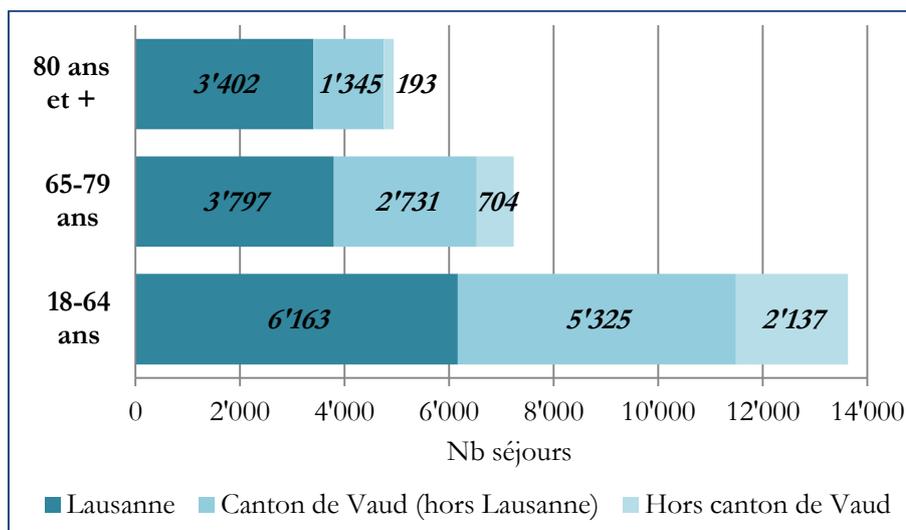
RÉSULTATS

SEJOURS HOSPITALIERS SOMATIQUES

Les résultats mettent en évidence la part importante de l'activité hospitalière somatique dédiée aux personnes âgées de 65 ans et plus, puisque ces dernières sont à l'origine de la **moitié des séjours en soins aigus** (tous services confondus) et des **trois-quarts des séjours de réadaptation**. Un point marquant est la proportion importante de résidents de Lausanne parmi les patients âgés de 80 ans et plus (69% vs 48% chez les moins de 80 ans), indiquant le recours au CHUV comme à un **hôpital de proximité** (Figure A). De plus, dans ce groupe d'âge, **75% des admissions en soins aigus sont des urgences** contre 47% des admissions chez les moins de 80 ans. Par ailleurs, toujours dans le groupe d'âge 80 ans et plus, seule **une personne sur cent est enregistrée comme provenant d'un EMS**, alors que, dans le canton de Vaud, près d'une personne sur cinq vit en institution dans ce groupe d'âge. Cette observation soulève des questions quant à la qualité de l'information recueillie par cette variable.

^a Paccaud F et al., *Vieillessement : éléments pour une politique de santé publique*. Un rapport préparé pour le Service de la santé publique du canton de Vaud par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne, 2006.

Figure A Séjours hospitaliers somatiques: Répartition selon le lieu de domicile des patients



Ce travail révèle d'autres différences d'utilisation des soins hospitaliers aigus selon l'âge des patients. Les séjours avec **admission aux soins intensifs** sont deux fois moins fréquents chez les très âgés (5% des séjours en soins aigus vs 10% chez les moins de 80 ans), et la durée moyenne de leur séjour dans cette unité est également réduite (3.3, 4.1 et 4.7 jours pour les groupes d'âge 80+, 65-79 et 18-64 ans, respectivement). Cette dernière observation peut être mise en relation avec une mortalité accrue chez les très âgés, mais aussi, probablement, avec une sélection à l'admission et une prise en charge différentes selon l'âge du patient. La nature des **traitements prodigués** varie également avec l'âge : la majorité des séjours hospitaliers aigus concernant des adultes de 18 à 64 ans comprend une intervention chirurgicale (61%), cette proportion est à peine inférieure chez les 65-79 ans, mais elle diminue nettement chez les très âgés (42%).

Finalement, **l'orientation au décours du séjour aigu** diffère selon le groupe d'âge considéré. Seuls 43% des patients très âgés (contre 84% des moins de 65 ans) rentrent directement à domicile, tandis que plus de 20% d'entre eux sont orientés vers un lit B et plus de 10% vers un EMS ou un lit C d'attente de placement.

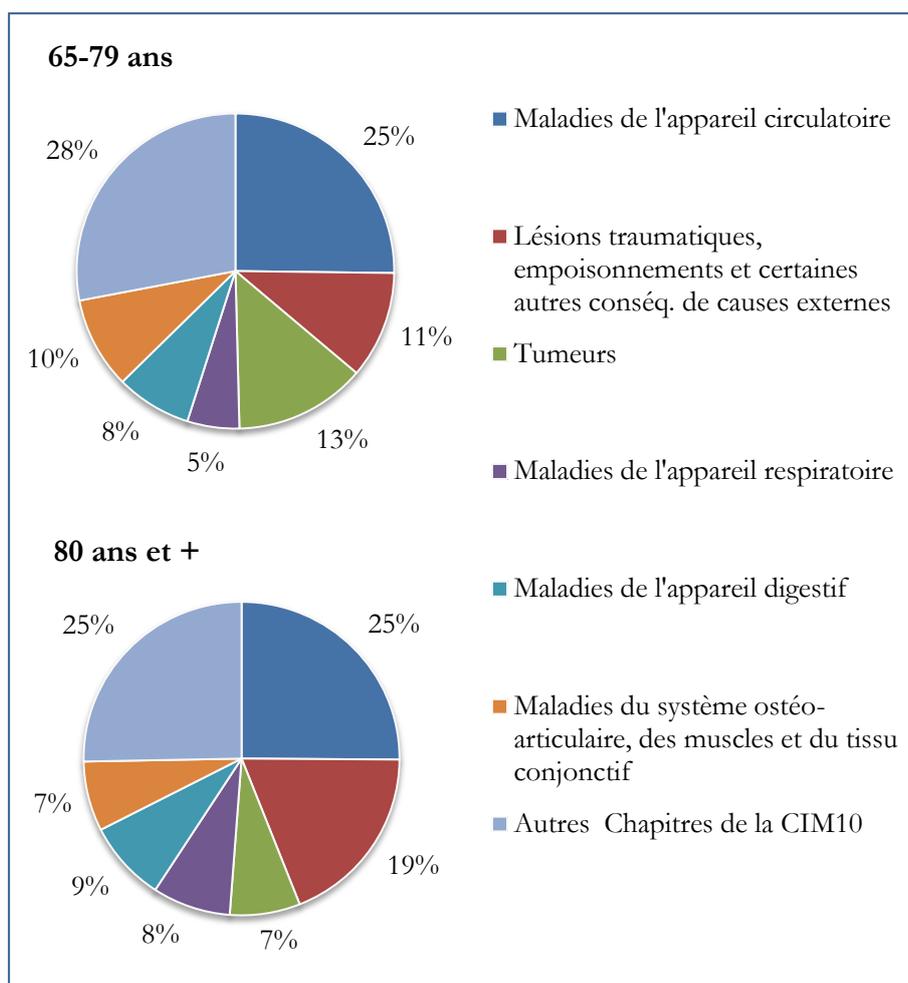
En revanche, de manière surprenante, on constate **que les patients âgés de 80 ans et plus sont semblables à ceux âgés de 65-79 ans pour plusieurs caractéristiques**:

- la **durée moyenne de séjour en soins aigus** est comparable dans les deux groupes d'âge (11.5 et 12.0 jours vs 8.1 jour chez les patients de moins de 65 ans). Cette constatation ne corrobore pas les représentations véhiculées au sujet des patients très âgés, qui occuperaient des lits aigus de manière prolongée. Cependant, il faut tenir compte du fait qu'une proportion accrue de patients très âgés est ensuite orientée vers un séjour en lit B ou C au sein du CHUV, ce qui prolonge leur durée totale de séjour dans l'institution.
- la proportion de **patients ayant séjourné au CHUV à plusieurs reprises en 2008** est d'environ 30% chez les patients âgés contre 20% chez les moins de 65 ans. De même, le **taux de réhospitalisation** en urgence dans les 30 jours suivant la sortie du CHUV est de 7-8% chez les patients de 65 ans et plus contre 4% chez les plus jeunes.
- le **nombre médian de diagnostics est de 7 dans les deux groupes de patients âgés**. Cette valeur est nettement supérieure à celle observée chez les plus jeunes (4), **mettant en évidence la prévalence** croissante des maladies chroniques avec l'avance en âge. Elle suggère néanmoins une documentation insuffisante des syndromes gériatriques, qui surviennent plus spécifiquement chez les très âgés. Par exemple, on observe qu'un diagnostic de démence est enregistré comme

comorbidité chez moins de 10% des patients âgés de 80 ans et plus, alors que les études épidémiologiques observent qu'à cet âge, une personne sur trois souffre d'une telle pathologie.

La répartition des séjours selon le type de diagnostic indique qu'un quart des admissions en soins aigus sont en lien avec les pathologies cardiovasculaires, sans différence entre les deux groupes d'âge (Figure B). Par contre, la part des hospitalisations attribuables à des lésions traumatiques est accrue chez les très âgés, représentant presque un séjour sur cinq.

Figure B Soins somatiques aigus : Répartition des séjours selon le diagnostic principal (CIM10), en %



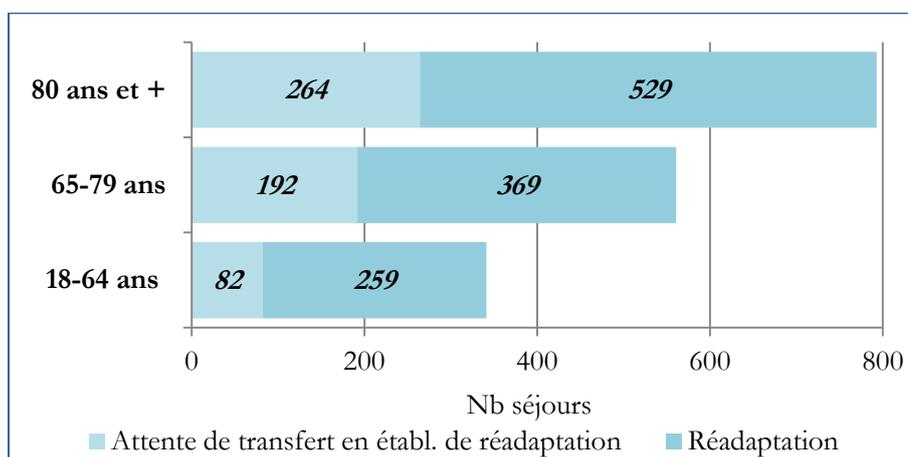
Un autre résultat étonnant concerne la **proportion de séjours attribuables aux pathologies sélectionnées** pour leur lien avec le vieillissement (*infarctus, cardiopathie ischémique chronique, insuffisance cardiaque, AVC, maladies hypertensives, diabète, cancers colorectal/broncho-pulmonaire/sein/prostate, BPCO, pneumonie, arthrose hanche/genou, fracture de la hanche*). L'ensemble de ces pathologies est à l'origine de 13% des séjours chez les patients de moins de 65 ans, et de **31% des séjours chez les plus âgés** (sans différence notable entre 65-79 ans et 80+ ans). Il est par ailleurs intéressant de noter que la durée moyenne des séjours liés aux pathologies sélectionnées reflète celle de l'ensemble des séjours hospitaliers des patients âgés. Ces pathologies ne semblent ainsi pas associées à des séjours plus longs en soins aigus.

SÉJOURS HOSPITALIERS EN SOINS SUBAIGUS (LITS B)

Les séjours en lit B comprennent les séjours de réadaptation et les séjours d'attente de transfert en établissement de réadaptation. Globalement, **on dénombre un séjour d'attente de transfert en réadaptation pour deux séjours de réadaptation**. La répartition par groupe d'âge de ces deux types de séjours est assez similaire (Figure C).

Le nombre de jours écoulés entre le reclassement en lit d'attente de transfert en réadaptation et l'admission dans une unité de réadaptation varie entre **7 et 8 jours** (médiane) selon le groupe d'âge considéré. L'orientation au terme de cette période d'attente varie aussi selon l'âge du patient. La plupart des patients de moins de 65 ans sont orientés vers un établissement externe au CHUV, tandis que la majorité des très âgés est transférée au CUTR Sylvana. Notons encore qu'un patient sur dix rentrera à domicile sans avoir bénéficié de prestations de réadaptation dispensées dans un service dédié à ce type de soins. La durée médiane de séjour en réadaptation croît avec l'âge (16, 19 et 22 jours dans les groupes d'âge 18-64, 65-79 et 80+ ans, respectivement). Les **trois-quarts des patients hospitalisés en réadaptation au CHUV retournent ensuite à leur domicile**, quel que soit le groupe d'âge.

Figure C Soins subaigus (lits B) : Répartition entre séjours de réadaptation et séjours d'attente de transfert en établissement de réadaptation



SÉJOURS EN SOINS HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES

Globalement, les services d'hospitalisation psychiatrique dédient une part nettement moins importante de leur activité aux patients âgés, moins de 16% des séjours étant enregistrés dans le groupe d'âge 65 ans et plus. Cependant, on observe de manière caractéristique chez les 80 ans et plus un recours aux séjours psychiatriques aigus en raison **de pathologies cognitives et une grande majorité d'hospitalisations non volontaires** (84% contre 31% chez les moins de 65 ans), ainsi qu'une proportion importante de **transferts entre EMS et hôpital psychiatrique**. A l'admission, un patient sur cinq provient d'un EMS, soit une proportion correspondant aux taux d'institutionnalisation du canton pour cette classe d'âge. A la sortie, un patient sur trois est admis en EMS, mais presque le tiers de ces admissions sont des retours vers l'institution ayant adressé le patient à l'hôpital. En moyenne, les séjours psychiatriques aigus durent environ **48 jours chez les patients âgés de 65 ans et plus, soit deux fois plus longtemps** que chez les moins de 65 ans (21 jours).

La part des séjours psychiatriques attribuable aux **pathologies sélectionnées pour leur lien avec le vieillissement** (*dépressions, démences, délirium*) montre une croissance notable avec l'âge. En effet, **74% des séjours des patients âgés de 80 ans et plus, contre 45% des séjours chez les 65-79 ans sont motivés par ces pathologies (essentiellement les démences et le delirium)**. Chez les plus jeunes, cette proportion est de 19%, et les dépressions sont prépondérantes. Les durées moyennes des séjours

attribuables aux pathologies sélectionnées sont similaires à celles de l'ensemble des séjours psychiatriques aigus.

Les séjours psychiatriques non motivés par les pathologies sélectionnées sont majoritairement attribuables aux troubles de type schizophrénie ou à des troubles mentaux et du comportement sur abus de substances, la proportion de ces derniers régressant avec l'âge.

Il est frappant de constater que le **nombre médian de diagnostics en soins psychiatriques est de 1 chez les patients âgés de 65 ans et plus**, contre 2 chez les plus jeunes. Par ailleurs, une comorbidité somatique est enregistrée pour moins de 10% des patients de 80 ans et plus. Hormis l'hypertension, il s'agit en général de complications infectieuses (grippe et pneumonie). Au vu de la prévalence des maladies chroniques dans ce groupe d'âge, on peut conclure à un **sous-enregistrement**, plus marqué qu'en soins somatiques, ce qui soulève également des problèmes en regard du financement.

LACUNES

Ce travail met en évidence les limites que les données de la Statistique médicale hospitalière, recueillies à des fins de gestion et de financement, présentent pour décrire l'utilisation des soins hospitaliers par les personnes âgées. Certaines informations cruciales font défaut, tant au niveau de la documentation des diagnostics que des transferts au sein de l'hôpital. Par exemple, les données disponibles ne permettent pas de distinguer les hospitalisations pour cause de syndromes gériatriques ou liées aux répercussions de la maladie sur le fonctionnement global de la personne, qui surviennent typiquement chez les très âgés. En réadaptation, la saisie d'un diagnostic principal reflétant la pathologie source de l'admission serait plus utile que le codage actuel. En psychiatrie, l'enregistrement des diagnostics somatiques permettrait de mieux caractériser la patientèle. Par ailleurs, d'autres données concernant notamment les performances fonctionnelles et cognitives seraient requises pour mieux définir le profil des patients âgés et leurs besoins en soins au décours de l'hospitalisation. L'introduction de ce type d'informations est justifiée au vu de la part importante de l'activité hospitalière dédiée aux personnes âgées. Finalement, la documentation des transferts entre EMS et hôpital devrait être améliorée, y compris en distinguant les court- et long- séjours en EMS. Les diverses modifications de la statistique médicale introduites sur la période 2008-2011 combleront probablement certaines de ces lacunes, tout en restant insuffisantes pour constituer un système d'information approprié pour étudier une patientèle vieillissante.

IMPLICATIONS

En raison du vieillissement démographique, il faut s'attendre à une augmentation de la demande en soins aigus au cours de cette décennie, qu'elle soit ou non liée aux pathologies typiquement associées au vieillissement.

Les patients âgés de 80 ans et plus sont les principaux usagers des lits de réadaptation et d'attente de placement. L'analyse des données collectées en 2008 témoigne d'une offre insuffisante en lits subaigus. En effet, à l'issue d'un séjour aigu au CHUV, un patient sur deux pour qui un transfert en réadaptation est prévu ne peut y être admis directement, mais y sera transféré après une attente d'environ 7 jours. L'utilisation des lits C n'a pu être quantifiée précisément au moyen des données disponibles, mais indique un manque de structures de soins de longue durée. Cette pénurie s'est sans doute vue soulagée, du moins de manière temporaire, par l'ouverture de nouvelles structures d'accueil sur la période 2008-2011. Cependant, il est à prévoir que la demande en réadaptation stationnaire et en soins de longue durée augmente encore, en particulier dès 2020-2025.

INTRODUCTION

Il est attendu que le vieillissement démographique se poursuive au cours des prochaines décennies, s'accompagnant d'une augmentation du nombre de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques qu'elles soient physiques ou psychiques. Ce phénomène a diverses implications pour les besoins sanitaires : d'une part, bien sûr, une augmentation des besoins en soins de longue durée, d'autre part, un accroissement des besoins en soins aigus, ambulatoires et hospitaliers.

Si l'évolution du recours aux soins de longue durée et aux consultations ambulatoires a été estimée au niveau suisse d'ici à 2020 (*Waever F, 2008, Seematter-Bagnoud L, 2008*), peu de travaux ont évalué l'impact du vieillissement de la population sur le recours aux soins hospitaliers, en dépit du fait que le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge. Une étude a estimé au niveau cantonal l'évolution du nombre de cas de certaines pathologies associées au vieillissement, telles que l'infarctus, l'insuffisance cardiaque, la fracture de hanche ou encore les démences (*Paccand F, 2006*). Tout d'abord, cette étude a montré le peu de données de routine disponibles pour décrire l'état de santé de la population âgée et l'utilisation des différentes structures de soins par les personnes âgées. Ainsi, faute de données existantes, l'incidence des pathologies sélectionnées était estimée sur la base de données épidémiologiques internationales, plus rarement suisses ou vaudoises. Ensuite, le taux d'incidence était maintenu constant et appliqué aux prévisions démographiques du canton de Vaud. Malgré ces incertitudes méthodologiques, les prévisions effectuées étaient préoccupantes. Selon la pathologie étudiée, le nombre de nouveaux cas observés chaque année pourrait avoir augmenté de 50% à 80% en 2030. Par exemple, pour l'accident vasculaire cérébral, il faudrait s'attendre à environ 500 cas supplémentaires par an dans 15 ans, qui s'ajouteraient aux 700-900 cas actuels. Ceci a des implications importantes sur l'organisation du réseau de soins, d'autant plus que cette pathologie nécessite une prise en charge rapide et souvent spécialisée. Cependant, les implications de ces prévisions pour le CHUV n'ont pas été quantifiées. Par ailleurs, l'augmentation attendue du nombre de personnes souffrant de démences aura des répercussions sur la demande en soins tant somatiques que psychiatriques, et en particulier en soins psycho-gériatriques de longue durée.

Quelques analyses ont porté sur l'utilisation locale des services d'urgences pré-hospitaliers et hospitaliers par les personnes âgées. Elles révèlent notamment que la proportion de personnes très âgées (80 ans et plus) admises aux urgences du CHUV a doublé entre 1993 et 1999, atteignant alors presque 10% des admissions (*Santos-Eggimann B, 2002*). Une récente étude des interventions pré-hospitalières effectuées entre 2003 et 2007 dans la région lausannoise montre que presque la moitié d'entre elles concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus (*Potin M, 2009*). Ces observations suggèrent qu'une part importante de l'activité hospitalière, en particulier de l'activité somatique, est aujourd'hui déjà dédiée à la prise en charge d'une patientèle âgée, mais des données plus détaillées font défaut.

L'analyse de l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées est importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle permet de quantifier la part des séjours hospitaliers attribuables à des patients âgés, autrement dit des patients susceptibles de présenter des caractéristiques liées à l'âge telles qu'une polymorbidité, des troubles cognitifs, ou des difficultés fonctionnelles. Ces caractéristiques étant fréquemment associées à un parcours plus compliqué dans l'institution, les patients âgés mériteraient d'être évalués par des moyens adaptés à leur âge, et une partie d'entre eux bénéficierait sans doute d'une prise en charge gériatrique. Par ailleurs, certaines analyses ont mis en évidence des particularités d'utilisation chez les patients âgés sollicitant davantage les ressources hospitalières, telles que, notamment, des séjours plus longs, des taux de réadmission plus élevés ou encore une nécessité plus fréquente de soins de suite de traitement (*Ahmed NN, 2010*). Les indicateurs produits à l'heure actuelle, notamment au CHUV, ne quantifient pas ces spécificités d'utilisation. Ensuite, un tel bilan permettrait d'identifier d'éventuels besoins de cette patientèle âgée qui ne seraient pas ou insuffisamment couverts, et de proposer des pistes pour une prise en charge plus adaptée.

Ainsi, un des projets prioritaires du Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement (COAV) vise à décrire l'utilisation par les patients âgés des séjours hospitaliers somatiques et psychiatriques au sein du CHUV, dont ce premier rapport présente les résultats.

Ce travail repose sur l'analyse des données 2008 de la « Statistique des établissements de santé », qui recense des informations administratives et médicales recueillies en routine pour chaque patient hospitalisé. Les données utilisées correspondent aux séjours de patients adultes admis en unité de soins somatiques ou psychiatriques, catégorisés en trois groupes d'âge (18-64 ans, 65-79 ans, 80 ans et plus). Ces données étant recueillies à des fins de gestion et de financement, cette analyse permet également d'évaluer la faisabilité de leur exploitation dans une perspective épidémiologique, et les lacunes qu'elles peuvent présenter à cet égard. Au-delà des indicateurs classiques que sont la proportion des séjours attribuables aux patients âgés, leur durée moyenne, et l'estimation de la proportion de réadmissions, un intérêt particulier concerne l'utilisation de ressources plus coûteuses ou limitées, telles que les soins intensifs ou la cardiologie interventionnelle, de même que l'orientation des patients vers les structures de réadaptation et leur destination au sortir du CHUV. Pour chaque question de recherche, l'analyse a pour but d'identifier des caractéristiques d'utilisation particulières aux groupes d'âge. Finalement, suite à l'estimation du nombre de cas de certaines pathologies liées au vieillissement effectuée pour le canton de Vaud (*Paccaud F, 2006*), ce travail vise également à quantifier la part de ces diagnostics parmi les séjours en soins somatiques ou psychiatriques au CHUV.

Ce document est structuré en trois parties : une analyse des séjours hospitaliers en soins somatiques aigus et de réadaptation, puis une analyse similaire des séjours en soins psychiatriques, et enfin un chapitre méthodologique qui fournit des indications auxquelles le lecteur intéressé est renvoyé au cours du rapport.

1 GLOSSAIRE

Pour plus de détails, cf. Méthodologie, Source des données p. 87, ainsi que, Cas particuliers : Séjours hospitaliers de moins de 24 heures p. 96.

- **SEJOURS HOSPITALIERS^b :**

Séjours pour des traitements, des examens ou des soins de 24 heures et plus dans un lit d'une unité de soins. Les séjours incluant minuit, les urgences qui conduisent à une hospitalisation, les transferts dans un autre hôpital et les décès survenus en moins de 24 heures sont également considérés comme des séjours hospitaliers.

- **SEJOURS SEMI-HOSPITALIERS^b :**

Séjours médicalement justifiés et programmés de moins de 24 heures avec utilisation d'un lit d'une unité de soins.

- **SEJOURS EN SOINS AIGUS (LITS A)^c :**

Séjours en relation avec des patients atteints d'affections aiguës nécessitant la mise en œuvre de mesures médicales et/ou psychiatriques continues et intensives. Les moyens d'investigation, d'intervention et de traitement qui en découlent sont importants en termes d'équipement et de personnel.

- **SEJOURS EN SOINS SUBAIGUS (LITS B)^c :**

- soins somatiques (**réadaptation**): Séjours en relation avec des patients atteints d'affections aiguës ou non stabilisées, nécessitant la mise en œuvre de traitements médicaux, de mesures de réadaptation ou de soins palliatifs. Les moyens d'investigation et de traitement qui en découlent sont moins importants en termes d'équipement et de personnel que pour les patients A.

- soins psychiatriques (**réhabilitation**): Séjours en relation avec des patients présentant des troubles psychiques non stabilisés impliquant des difficultés relationnelles, sociales et professionnelles importantes ainsi qu'une incapacité à se prendre en charge dans la vie quotidienne. Le traitement est conçu comme un processus de réhabilitation leur permettant de retrouver une autonomie sociale ou professionnelle suffisante dans la perspective d'un retour à domicile.

- **SEJOURS EN LITS C :**

Les patients hospitalisés en lit C sont atteints d'affections chroniques et sont en attente de placement dans un établissement médico-social (EMS).

- **ADMISSIONS EN URGENCE :**

Séjours pour lesquels les patients sont admis de façon non planifiée avec nécessité d'un traitement dans les 12 heures.

^b Définitions issues du site du SCRIS, *Définitions : Statistique médicale*
(http://www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/6234/3/F/Stat-med_Definitions.pdf)

^c Définitions issues de l'Intranet / Direction Médicale du CHUV, *Critère de classement des séjours en lit A, B ou C.*
(http://intranet/intranet-docs/dim/dim_criteres_abc.pdf)

2 SOINS SOMATIQUES AIGUS ET DE READAPTATION

2.1 DONNEES GENERALES : SEJOURS HOSPITALIERS ET SEMI-HOSPITALIERS

2.1.1 Population source

Ensemble des séjours avec une sortie enregistrée en 2008 à l'exclusion des séjours relatifs à des patients de moins de 18 ans, des séjours liés à une grossesse ou à un accouchement, des séjours pour motifs liés à la reproduction, des séjours non achevés au 31.12.2008 et des séjours non enregistrés dans le délai imposé. Tous les séjours du fichier de données concernent des hospitalisations somatiques en lits A ou B mais non en lits C.

2.1.2 Type de prise en charge : hospitalisation et semi-hospitalisation

Cf. Tableau 1

Durant l'année 2008, 32'712 séjours d'adultes ont été enregistrés dans des services somatiques du CHUV (y compris Hôpital Orthopédique, Maternité, CUTR Sylvana,...), parmi lesquels on dénombre 25'797 séjours hospitaliers et 6'915 séjours semi-hospitaliers (21%). Près de la moitié des séjours hospitaliers (47%) est attribuable aux personnes âgées de 65 ans et plus, un séjour sur cinq (19%) concernant un patient âgé de 80 ans et plus. En revanche, l'utilisation des prestations semi-hospitalières diminue nettement avec l'âge, puisque la patientèle âgée de moins de 65 ans est à l'origine des trois-quarts des séjours, tandis que 22% et 5% des séjours concernent les groupes d'âge 65-79 ans, et 80 ans et plus, respectivement. Les séjours en division privée ou semi-privée représentent 9% de l'ensemble des séjours, variant entre 7% et 12% selon le groupe d'âge.

Tableau 1 Soins somatiques : Type de prise en charge

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séjours	N % attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge
Hospitaliers et semi-hospitaliers	32'712	18'727 57.2	8'720	26.7	5'265	16.1		
Hospitaliers	25'797	13'625 52.8	7'232	28.0	4'940	19.1		
Semi-hospitaliers	6'915	5'102 73.8	1'488	21.5	325	4.7		

2.1.3 Lieu de domicile des patients

Cf. Figure 1 et Figure 2

Globalement, les résidents de Lausanne et du Canton de Vaud hors Lausanne sont à l'origine de 47% et 38% des séjours semi-hospitaliers, respectivement, tandis que la proportion de patients résidant dans d'autres cantons suisse ou à l'étranger est de 16%, sans modification notable selon le groupe d'âge des patients.

En revanche, pour les séjours hospitaliers, la provenance des patients varie selon la catégorie d'âge observée. Ainsi, chez les 18-64 ans, les résidents de Lausanne et alentours sont à l'origine de presque la moitié des séjours (45%), mais cette proportion augmente à 69% dans le groupe d'âge le plus élevé (80+). L'utilisation du CHUV comme hôpital de proximité semble ainsi croître avec l'âge du patient.

Figure 1 Séjours semi-hospitaliers : Répartition en % selon le lieu de domicile du patient, tous âges confondus

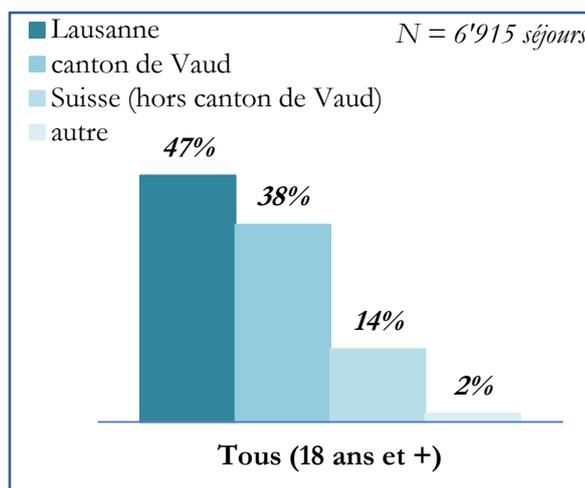
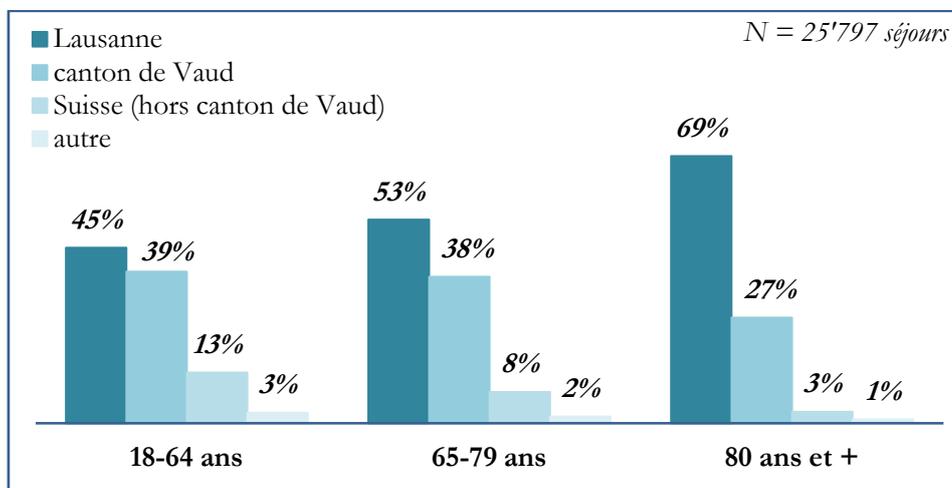


Figure 2 Séjours hospitaliers : Répartition en % selon le lieu de domicile du patient



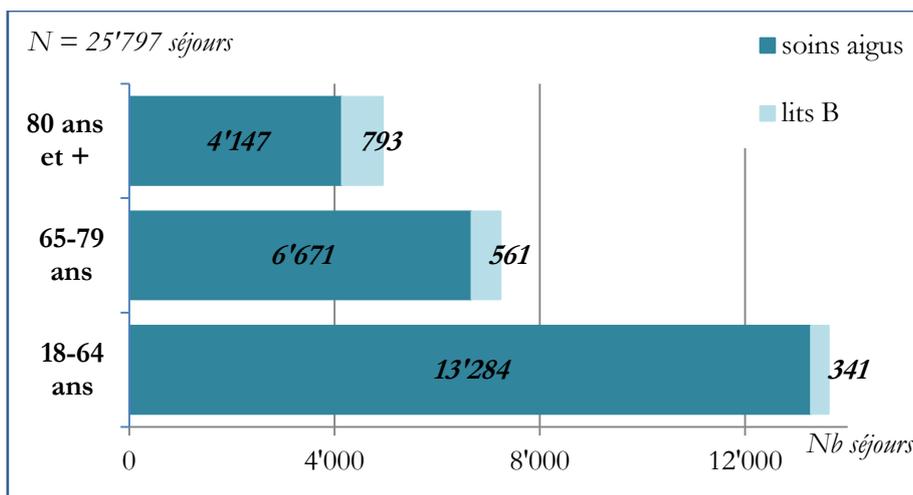
Une analyse plus détaillée des 6'915 semi-hospitalisations a montré qu'en plus des différences de structure d'âge et de provenance des patients, ces séjours sont également différents des hospitalisations en ce qui concerne les diagnostics et les interventions effectuées. Un tiers des séjours (34%) concerne des maladies de l'appareil digestif, telles que gastrite, maladie de Crohn, recto-colite ulcéro-hémorragique, ou encore ulcères, 14% des séjours sont liés à des tumeurs et presque 6% à des maladies de l'appareil circulatoire, les autres grandes catégories de diagnostic étant représentées plus faiblement. Outre les nombreuses semi-hospitalisations (30%) justifiées par des procédures diagnostiques (endoscopies digestives, biopsies, ultrasonographie, bronchoscopies), on trouve des séjours d'observation ou de contrôle, de pose de port-à-cath, et d'ablation de matériel d'ostéosynthèse. En raison des différences observées entre séjours semi-hospitaliers et hospitaliers, l'analyse s'est concentrée sur les séjours hospitaliers, auxquels la suite de ce rapport est consacrée.

2.1.4 Séjours hospitaliers : type de cas

Cf. Figure 3

La majorité des 25'797 séjours enregistrés le sont en soins aigus (93%). Les séjours en lit B sont rares chez les plus jeunes (3%) mais représentent un séjour sur six chez les plus âgés.

Figure 3 Séjours hospitaliers : Répartition selon le type de cas

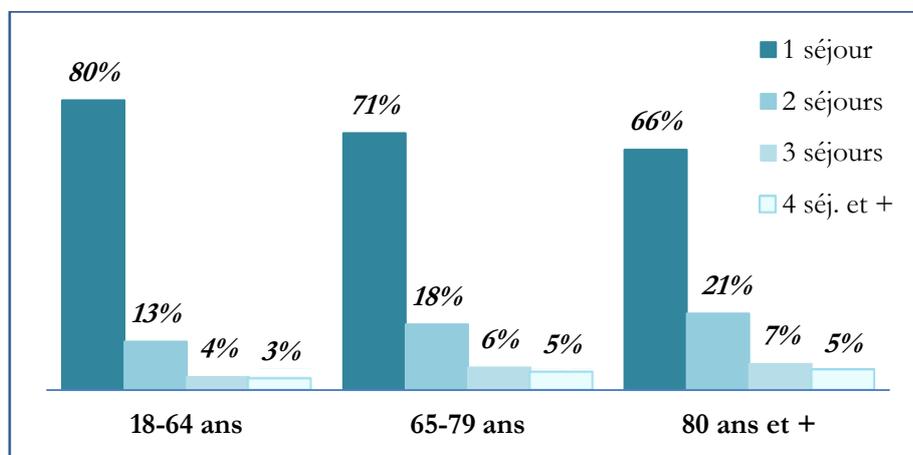


2.1.5 Séjours hospitaliers : nombre d'hospitalisations en 2008

Cf. Figure 4 et Méthodologie, Calcul du nombre de séjours cumules sur l'année 2008 (p. 96)

La majorité des patients n'a séjourné qu'une fois au CHUV en 2008. La proportion de patients connaissant des séjours multiples augmente avec l'âge, de 20% dans le groupe le plus jeune à 33% chez les plus âgés. Selon la classe d'âge, 7 à 12% des patients ont séjourné au CHUV à trois reprises au moins en 2008.

Figure 4 Séjours hospitaliers : Répartition des patients en % selon le nombre de séjours enregistrés en 2008



La suite de ce rapport distingue l'analyse des séjours en soins aigus et subaigus (séjours de réadaptation ou d'attente de transfert en établissement de réadaptation). En effet, les séjours subaigus sont par nature différents. Ils s'adressent essentiellement à une patientèle âgée ayant besoin d'une prise en charge médicale spécifique, mais non aiguë, au décours d'une hospitalisation en soins aigus. De plus, l'information fournie par le diagnostic principal et les traitements est plus limitée.

2.2 SEJOURS HOSPITALIERS EN SOINS AIGUS

2.2.1 Caractéristiques générales

Cf. Tableau 2

Globalement, la moitié des hospitalisations sont des urgences ; ce type d'admission devient plus fréquent avec l'âge (45% chez les 18-64 ans, 50% chez les 65-79 ans et 75% chez les plus âgés).

La part des séjours hospitaliers d'une durée inférieure à 24 heures et qui, par définition, sont liés au transfert ou au décès du patient ou à l'utilisation d'un lit pour la nuit, varie de 4 à 6% selon le groupe d'âge.

L'admission en service de soins intensifs concerne presque un séjour aigu sur dix. On observe une utilisation moins fréquente des soins intensifs chez les patients de 80 ans et plus (5%).

La durée moyenne de séjour en soins aigus (10 jours) est accrue chez les patients de 65 ans et plus (12 jours). Toutes pathologies confondues, lorsqu'il y a eu admission en soins intensifs, les patients restent en moyenne 4 jours dans cette unité. La durée de séjour dans ce service est légèrement plus courte chez les patients les plus âgés.

Sur l'ensemble des séjours de soins aigus, le taux de réadmission, définie comme une réhospitalisation en urgence dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital, s'élève à 5.7%. On observe 4% de réadmission en urgence chez les moins de 65 ans, contre 8% chez les 65 ans et plus, sans différence entre les deux groupes de patients âgés.

Tableau 2 Soins somatiques aigus : Caractéristiques générales

N = 24'102 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séjours	%	N	%	N	%	N	%
TYPE D'ADMISSION								
urgence	12'416	51.5	5'990	45.1	3'316	49.7	3'110	75.0
annoncé, planifié	11'686	48.5	7'294	54.9	3'355	50.3	1'037	25.0
SEJOURS < 24 HEURES, LIES A UN DECES, UN TRANSFERT, OU AU PASSAGE D'UNE NUIT AU CHUV	1'377	5.7	854	6.4	261	3.9	262	6.3
SEJOURS AVEC ADMISSION AUX SOINS INTENSIFS	2'125	8.8	1'148	8.6	762	11.4	215	5.2
READMISSIONS, EN URGENCE, DANS LES 30 JOURS QUI SUIVENT LE RETOUR A DOMICILE^d	821	5.7	384	4.4	292	7.5	145	7.6
faisant suite à un séjour en soins aigus	763	5.6	377	4.4	272	7.5	114	7.4
faisant suite à un séjour de réadaptation	58	7.0	7	3.9	20	7.2	31	8.4
	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
DUREE MOYENNE ET MEDIANE DE SEJOUR, en jours^e								
soins aigus	9.7	6.0	8.1	5.0	11.5	8.0	12.0	9.0
si soins intensifs, durée du séjour dans l'unité	4.3	1.9	4.7	1.9	4.1	1.9	3.3	1.7

^d Voir pour le calcul : Méthodologie, Calcul du nombre de réadmissions (p. 96)

^e Voir pour le calcul : Méthodologie, Calcul de la durée de séjour (p. 95)

2.2.2 Provenance et destination des patients

Cf. Tableau 3

Pour la plupart des séjours (92%), le patient est admis depuis son domicile. Arrivent ensuite les séjours liés à des transferts depuis un autre hôpital ou un autre service du CHUV (de 7 à 9% selon le groupe d'âge). Finalement, l'EMS est enregistré comme provenance pour 49 patients de 80 ans et plus, soit 1% des séjours de cette classe d'âge.

La majorité des séjours résulte en un retour à domicile (72%), mais cette proportion diminue avec l'âge pour ne concerner que 43% des patients âgés de 80 ans et plus. Cette variation est à mettre en relation avec l'augmentation de l'orientation vers un établissement de réadaptation, au CHUV ou dans une autre institution. Par ailleurs chez les patients de 80 ans et plus, un séjour d'attente de transfert en établissement de réadaptation fait suite au séjour aigu dans 6% des cas. L'admission en établissement médico-social est également une modalité qui augmente avec l'âge, atteignant 10% chez les patients de 80 ans et plus. Cependant, les données disponibles sous-estiment cette proportion. En effet, en attente d'une place en EMS, certains patients restent au CHUV et voient leur séjour reclassé en lit C. Ces séjours étant absents de la base de données, il est difficile de les quantifier précisément au moyen des informations disponibles. On peut supposer que la destination des patients concernés doit être le CHUV, à l'exclusion du département de psychiatrie et de la réadaptation ou de l'attente de réadaptation. Cependant, les 425 séjours ainsi identifiés peuvent également inclure des transferts internes liés à un changement de diagnostic principal. Notons que l'orientation vers les services psychiatriques du CHUV est marginale (2%), en particulier chez les personnes âgées (1%). Finalement, la proportion de séjours se terminant par le décès du patient augmente avec l'âge et passe de 2% chez 18-65 ans à 7% chez les 80 ans et plus.

Tableau 3 Soins somatiques aigus : Provenance et destination

N=24'102 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séjours	%	N	%	N	%	N	%
LIEU DE SEJOUR AVANT L'ADMISSION								
domicile	22'221	92.2	12'374	93.1	6'033	90.4	3'814	92.0
institution hospitalière (soins intra-muros)								
CHUV - non spécifié	173	0.7	48	0.4	61	0.9	64	1.5
CHUV - département de psychiatrie ^f	148	0.6	86	0.7	41	0.6	21	0.5
autre	1'482	6.2	766	5.8	519	7.8	197	4.8
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)								
autre	64	0.3	2	0.0	13	0.2	49	1.2
autre	14	0.1	8	0.1	4	0.1	2	0.0
LIEU DE SEJOUR A LA SORTIE								
domicile	17'369	72.1	11'127	83.8	4'442	66.6	1'800	43.4
institution hospitalière (soins intra-muros)								
CHUV- non spécifié	425	1.8	74	0.6	114	1.7	237	5.7
CHUV - département de psychiatrie	471	2.0	337	2.5	80	1.2	54	1.3
CHUV - attente de transfert en établissement de réadaptation	501	2.1	75	0.6	176	2.6	250	6.0
autre	1'866	7.7	779	5.9	643	9.6	444	10.7
réadaptation								
CUTR Cevey-Sylvana	462	1.9	6	0.0	191	2.9	265	6.4
CHUV - réadaptation	113	0.5	92	0.7	10	0.1	11	0.3
autre	1'348	5.6	468	3.5	520	7.8	360	8.7
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)								
décès	615	2.6	37	0.3	177	2.7	401	9.7
autre	776	3.2	214	1.6	271	4.1	291	7.0
autre	156	0.6	75	0.6	47	0.7	34	0.8

^f Le département de psychiatrie regroupe les 3 secteurs suivant : le secteur Centre (région lausannoise, principalement sur les sites de Cery, de la Cité hospitalière du CHUV, de l'Hôpital de l'Enfance et dans diverses policliniques), le secteur Nord (notamment à Yverdon, Payerne, Orbe et Ste-Croix) et le secteur Ouest (principalement à Prangins, Nyon et Morges). Cf. rubrique « infos générales » du site internet du département : www.chuv.ch/psychiatrie

2.2.3 Diagnostic et traitement

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Cf. Tableau 4

Sans surprise, les raisons principales d'hospitalisation somatique sont les maladies de l'appareil circulatoire (18%), les traumatismes (14%), les tumeurs (11%), puis les maladies du système ostéoarticulaire (10%) et du système digestif (9%).

La distribution des diagnostics varie selon le groupe d'âge. Chez les adultes âgés (65+ ans), une hospitalisation sur quatre est attribuable aux maladies cardiovasculaires. Les traumatismes et intoxications sont la cause première d'hospitalisation chez les patients de moins de 65 ans (15%), et se trouvent en deuxième position dans le groupe d'âge 80 ans et plus (19%). L'hospitalisation pour maladie tumorale régresse chez les 80 ans et plus par rapport aux deux autres groupes (7% vs 11%). Par contre, la part des séjours attribuables à une maladie respiratoire est accrue chez les plus âgés (8% vs 5% chez les 18-79 ans). Les pathologies de l'appareil digestif représentent également 8 % des séjours chez les très âgés et devancent même les pathologies respiratoires dans les deux groupes d'âge inférieurs.

NOMBRE MEDIAN DE DIAGNOSTICS PAR SEJOUR

Le nombre médian de diagnostics s'établit à 4 chez les patients de moins de 65 ans, et à 7 chez ceux de 65 ans et plus, sans différence entre les deux sous-groupes de patients âgés.

Tableau 4 Soins somatiques aigus : Diagnostic principal (CIM-10)

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séj.	%	N	%	N	%	N	%
Total	24'102	100.0	13'284	100.0	6'671	100.0	4'147	100.0
I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	556	2.3	311	2.3	156	2.3	89	2.1
II. Tumeurs	2'597	10.8	1'401	10.5	897	13.4	299	7.2
III. Mal. du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	211	0.9	100	0.8	71	1.1	40	1.0
IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	469	1.9	314	2.4	96	1.4	59	1.4
V. Troubles mentaux et du comportement	543	2.3	367	2.8	77	1.2	99	2.4
VI. Maladies du système nerveux	771	3.2	461	3.5	208	3.1	102	2.5
VII/VIII. Maladies de l'œil et de ses annexes	154	0.6	99	0.7	39	0.6	16	0.4
IX. Maladies de l'appareil circulatoire	4'361	18.1	1'640	12.3	1'679	25.2	1'042	25.1
X. Maladies de l'appareil respiratoire	1'371	5.7	684	5.1	354	5.3	333	8.0
XI. Maladies de l'appareil digestif	2'132	8.8	1'272	9.6	517	7.7	343	8.3
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	540	2.2	323	2.4	129	1.9	88	2.1
XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2'381	9.9	1'452	10.9	630	9.4	299	7.2
XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	1'324	5.5	843	6.3	320	4.8	161	3.9
XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	134	0.6	123	0.9	9	0.1	2	0.0
XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	1'128	4.7	513	3.9	325	4.9	290	7.0
XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3'473	14.4	1'957	14.7	734	11.0	782	18.9
XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ⁸	1'957	8.1	1'424	10.7	430	6.4	103	2.5

⁸ Comprend principalement des séjours pour examens divers, actes médicaux et soins spécifiques (dont radiothérapie et chimiothérapie (>40%)...).

TRAITEMENT

Cf. Tableau 5

Globalement, une intervention chirurgicale a été effectuée lors de 57% des séjours hospitaliers aigus, tandis que des techniques diagnostiques et thérapeutiques invasives sont enregistrées pour 18% des séjours, les 25% restants n'ayant pas d'intervention répertoriée. La proportion de séjours comprenant une intervention diminue avec l'âge, passant de 61% (18-64 ans) à 42% (80 ans et +), tandis que celle des séjours sans aucune intervention répertoriée augmente de 23% à 38%. La part des séjours durant lesquels une intervention **diagnostique ou thérapeutique** est enregistrée reste plus ou moins stable (16%-20%).

Les interventions chirurgicales répertoriées concernent majoritairement les systèmes musculo-squelettique, digestif et circulatoire, suivies des interventions touchant le système tégumentaire et le sein. On retrouve ainsi une séquence similaire à celle des diagnostics. Les opérations du système musculo-squelettique occupent la première place (13% des interventions) sauf dans le groupe d'âge 65-79 ans, où elles se trouvent reléguées à la seconde position par les interventions cardiovasculaires. Tous âges confondus, les interventions digestives sont en deuxième position, mais leur fréquence diminue avec l'âge. On trouve ensuite les interventions cardiovasculaires dont la fréquence est surtout élevée chez les 65-79 ans.

Tableau 5 Soins somatiques aigus : Traitement principal (CHOP)

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séjours	%	N	%	N	%	N	%
Total	24'102	100.0	13'284	100.0	6'671	100.0	4'147	100.0
code d'intervention non renseigné	6'067	25.2	3'065	23.1	1'428	21.4	1'574	38.0
Chap. 16 : Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses	4'272	17.7	2'096	15.8	1'353	20.3	823	19.8
Sous-total	13'763	57.1	8'123	61.1	3'890	58.3	1'750	42.2
Chap. 0 : Opérations et interventions, non classées ailleurs	415	1.7	170	1.3	193	2.9	52	1.3
Chap. 1 : Opérations du système nerveux	816	3.4	499	3.8	232	3.5	85	2.0
Chap. 2 : Opérations du système endocrinien	106	0.4	85	0.6	17	0.3	4	0.1
Chap. 3 : Opérations des yeux	24	0.1	16	0.1	6	0.1	2	0.0
Chap. 4 : Opérations des oreilles	74	0.3	57	0.4	13	0.2	4	0.1
Chap. 5 : Opérations du nez, de la bouche et du pharynx	398	1.7	297	2.2	72	1.1	29	0.7
Chap. 6 : Opérations du système respiratoire	604	2.5	376	2.8	167	2.5	61	1.5
Chap. 7 : Opérations du système cardio-vasculaire	2'449	10.2	1'121	8.4	979	14.7	349	8.4
Chap. 8 : Opérations du système hématique et lymphatique	429	1.8	279	2.1	122	1.8	28	0.7
Chap. 9 : Opérations du système digestif	2'643	11.0	1'620	12.2	672	10.1	351	8.5
Chap. 10 : Opérations du système urinaire	793	3.3	393	3.0	273	4.1	127	3.1
Chap. 11 : Opérations des organes génitaux masculins	183	0.8	80	0.6	74	1.1	29	0.7
Chap. 12 : Opérations des organes génitaux féminins	423	1.8	331	2.5	74	1.1	18	0.4
Chap. 13 : Techniques obstétricales	2	0.0	2	0.0	-	-	-	-
Chap. 14 : Opérations du système musculo-squelettique	3'195	13.3	1'976	14.9	743	11.1	476	11.5
Chap. 15 : Opérations du système tégumentaire et du sein	1'209	5.0	821	6.2	253	3.8	135	3.3

2.2.4 Séjours hospitaliers et pathologies liées au vieillissement

DEFINITIONS

Cf. Méthodologie, Identification des diagnostics de pathologies liées au vieillissement, p. 92.

Les pathologies sélectionnées correspondent à certaines pathologies bien définies rencontrées lors du vieillissement. Elles ont été choisies en se référant au rapport *Vieillessement : éléments pour une politique de santé publique* (Paccard F, 2006) et au document *Hospitalisations 2008, Résultats choisis* (OFS, 2010).

Les séjours attribuables à ces pathologies ont été identifiés à partir du diagnostic principal, ou dans certaines circonstances à partir d'un diagnostic supplémentaire. Les diagnostics sélectionnés sont répertoriés ci-dessous selon les différents chapitres de la CIM-10 :

- TUMEURS :
 - cancer colorectal
 - cancer broncho-pulmonaire
 - cancer du sein
 - cancer de la prostate

- MALADIES ENDOCRINIENNES : diabète

- MALADIES DU SYSTEME NERVEUX :
 - Parkinson
 - accident ischémique transitoire

- MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE :
 - infarctus du myocarde
 - cardiopathie chronique ischémique
 - insuffisance cardiaque
 - accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique ou ischémique
 - maladies hypertensives (HTA, cardiopathies et néphropathies hypertensives)

- MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE :
 - pneumonies
 - bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

- MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE :
 - coxarthrose
 - gonarthrose

- LESIONS TRAUMATIQUES : fracture de la hanche

VOLUME GLOBAL DE SEJOURS ET JOURNEES

Cf. Tableau 6

La proportion de séjours attribuables aux diverses pathologies sélectionnées est de 13% chez les 18-64 ans, de 27% chez les 65-79 ans et de 31% chez les plus âgés, confirmant l'association de ces pathologies avec l'âge.

Dans chacun des groupes d'âge, la proportion de journées d'hospitalisation motivées par les diverses pathologies sélectionnées est comparable à celle des séjours. Cette observation infirme l'hypothèse selon laquelle ces pathologies non seulement se trouveraient être plus fréquentes chez les personnes de 65 ans et plus, mais seraient aussi associées à des durées de séjour plus longues dans cette catégorie d'âge. Par exemple, dans le groupe d'âge des 80 ans et plus, 31% des séjours sont attribuables aux pathologies sélectionnées. La proportion de journées attribuables aux pathologies sélectionnées est identique (32%) alors qu'on s'attendait à une part plus élevée, liée à des durées de séjours plus longues.

Tableau 6 Soins somatiques aigus : Nombre de séjours et de journées enregistrés en 2008

SEJOURS		Tous	18-64 ans	65-79 ans	80 ans et +
Tous diagnostics confondus	N	24'102	13'284	6'671	4'147
Séjours liés à l'une des pathologies du vieillissement sélectionnées	N	4'778	1'679	1'821	1'278
	%	19.8	12.6	27.3	30.8
JOURNEES		Tous	18-64 ans	65-79 ans	80 ans et +
Tous diagnostics confondus	N	233'766	107'095	76'917	49'754
Journées liées à l'une des pathologies du vieillissement sélectionnées	N	54'346	16'496	22'023	15'827
	%	23.2	15.4	28.6	31.8

DETAIL PAR PATHOLOGIE : NOMBRE DE SEJOURS

Cf. Tableau 7

Au sein de la sélection opérée, les diagnostics les plus fréquents sont l'infarctus du myocarde (554), la cardiopathie ischémique chronique (542), l'AVC ischémique (432), les pneumonies (421) et le cancer broncho-pulmonaire (379 séjours).

Des diagnostics sélectionnés, la fracture de hanche montre la plus forte association avec l'âge, avec deux-tiers des fractures de hanche survenant chez les personnes âgées de 80 ans et plus. De même, la moitié des hospitalisations pour insuffisance cardiaque survient dans ce groupe d'âge. En ce qui concerne les diagnostics oncologiques, 40% (cancer du sein) à 73% (cancer de la prostate) des séjours sont observés chez des patients âgés de 65 ans et plus. Dans le cas du carcinome prostatique, les très âgés sont fortement représentés puisque le quart des séjours concerne des patients âgés de 80 ans et plus. En revanche, seuls 8% des séjours liés à un cancer broncho-pulmonaire concernent ce groupe d'âge. Les hospitalisations pour arthrose du genou sont plus fréquentes chez les adultes entre 65 et 79 ans que dans les deux autres groupes d'âge. Quant aux séjours motivés par une arthrose de la hanche, on les observe majoritairement chez les patients de moins de 80 ans.

Tableau 7 Soins somatiques aigus : Répartition des séjours liés aux pathologies sélectionnées

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	
TOUS DIAGNOSTICS CONFONDUS	24'102	13'284	55.1	6'671	27.7	4'147	17.2	
TUMEURS								
Cancer colorectal	121	56	46.3	40	33.1	25	20.7	
Cancer broncho-pulmonaire	379	193	50.9	157	41.4	29	7.7	
Cancer du sein	168	100	59.5	46	27.4	22	13.1	
Cancer de la prostate	125	34	27.2	60	48.0	31	24.8	
DIABETE	187	68	36.4	87	46.5	32	17.1	
<i>dont Diabète Type II</i>	145	44	30.3	77	53.1	24	16.6	
MALADIES DU SYSTEME NERVEUX								
Parkinson	39	11	28.2	20	51.3	8	20.5	
Accident ischémique transitoire	112	49	43.8	41	36.6	22	19.6	
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE								
Infarctus du myocarde	554	246	44.4	198	35.7	110	19.9	
Cardiopathie chronique ischémique	542	235	43.4	242	44.6	65	12.0	
Insuffisance cardiaque	289	40	13.8	114	39.4	135	46.7	
Accident vasculaire cérébral hémorragique	140	46	32.9	46	32.9	48	34.3	
Accident vasculaire cérébral ischémique	432	132	30.6	165	38.2	135	31.3	
Maladies hypertensives	216	42	19.4	76	35.2	98	45.4	
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE								
Pneumonie	421	132	31.4	120	28.5	169	40.1	
BPCO	279	96	34.4	118	42.3	65	23.3	
FRACTURE DE LA HANCHE	304	33	10.9	75	24.7	196	64.5	
MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE								
Coxarthrose	233	92	39.5	95	40.8	46	19.7	
Gonarthrose	237	74	31.2	121	51.1	42	17.7	

Tableau 9 Soins somatiques aigus : Nombre de journées enregistrées pour les pathologies sélectionnées

	Tous	18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge
TOUS DIAGNOSTICS CONFONDUS (n=24'102)	233'766	107'095	45.8	76'917	32.9	49'754	21.3
TUMEURS							
Cancer colorectal	1'902	645	33.9	822	43.2	435	22.9
Cancer broncho-pulmonaire	4'811	1'993	41.4	2'323	48.3	495	10.3
Cancer du sein	1'256	641	51.0	423	33.7	192	15.3
Cancer de la prostate	1'444	309	21.4	769	53.3	366	25.3
DIABETE	4'639	1'317	28.4	2'351	50.7	971	20.9
MALADIES DU SYSTEME NERVEUX							
Parkinson	534	141	26.4	238	44.6	155	29.0
Accident ischémique transitoire	818	253	30.9	375	45.8	190	23.2
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE							
Infarctus du myocarde	4'525	1'720	38.0	1'660	36.7	1'145	25.3
Cardiopathie chronique ischémique	3'450	1'320	38.3	1'680	48.7	450	13.0
Insuffisance cardiaque	3'925	931	23.7	1'456	37.1	1'538	39.2
AVC hémorragique	1'313	507	38.6	441	33.6	365	27.8
AVC ischémique	4'693	1'353	28.8	1'857	39.6	1'483	31.6
Maladies hypertensives	2'676	420	15.7	1'045	39.1	1'211	45.3
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE							
Pneumonie	4'691	1'215	25.9	1'389	29.6	2'087	44.5
BPCO	3'810	1'415	37.1	1'485	39.0	910	23.9
FRACTURE DE LA HANCHE	3'961	347	8.8	960	24.2	2'654	67.0
MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE							
Coxarthrose	2'834	1'035	36.5	1'191	42.0	608	21.5
Gonarthrose	3'064	934	30.5	1'558	50.8	572	18.7

DETAIL PAR PATHOLOGIE : TYPE D'ADMISSION

Cf. Tableau 10

Comme on l'observait sur l'ensemble des séjours hospitaliers, la proportion de séjours en urgence augmente avec l'âge pour la plupart des diagnostics sélectionnés. Cette tendance est particulièrement marquée pour l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque, l'AVC ischémique, les maladies hypertensives, le cancer broncho-pulmonaire et celui de la prostate. Pour certaines pathologies, cette observation peut être mise en relation avec la proportion décroissante de patients transférés depuis un autre établissement hospitalier, transferts qui se font en mode planifié (*Cf. Tableau 11*). En effet, pour la plupart des diagnostics énoncés ci-dessus (infarctus, insuffisance cardiaque, AVC, maladies hypertensives), la proportion de patients admis en provenance d'un autre hôpital chute avec l'âge, en particulier chez les 80 ans et plus.

Tableau 10 Soins somatiques aigus : Proportion de séjours avec admission en urgence pour certaines des pathologies sélectionnées, en %.

	Tous	18-64 ans	65-79 ans	80 ans et +
TOUS DIAGNOSTICS CONFONDUS (n=24 102)	51.5	45.1	49.7	75.0
TUMEURS				
Cancer colorectal	24.8	14.3	35.0	32.0
Cancer broncho-pulmonaire	33.8	26.4	37.6	62.1
Cancer du sein	8.9	7.0	13.0	9.1
Cancer de la prostate	31.2	8.8	31.7	54.8
DIABETE	57.2	66.2	49.4	59.4
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE				
Infarctus du myocarde	72.0	68.3	69.7	84.5
Cardiopathie chronique ischémique	18.5	23.8	12.4	21.5
Insuffisance cardiaque	83.7	57.5	77.2	97.0
Accident vasculaire cérébral hémorragique	95.0	97.8	89.1	97.9
Accident vasculaire cérébral ischémique	94.9	91.7	95.8	97.0
Maladies hypertensives	76.9	52.4	72.4	90.8
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE				
Pneumonie	92.6	90.2	92.5	94.7
BPCO	91.8	87.5	93.2	95.4
FRACTURE DE LA HANCHE	98.7	97.0	98.7	99.0
MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE				
Gonarthrose	4.2	1.4	2.5	14.3
Coxarthrose	3.4	-	3.2	10.9

DETAIL PAR PATHOLOGIE : PROVENANCE DES PATIENTS

Cf. Tableau 11

Pour la plupart des pathologies sélectionnées, le lieu de séjour avant l'admission est le plus souvent le domicile (70-93% des patients), ce qui n'est pas très différent de ce qu'on observe sur l'ensemble des séjours. En revanche, chez les patients de moins de 80 ans, les séjours liés aux infarctus du myocarde et aux AVC hémorragiques se distinguent par une plus faible proportion de patients admis depuis leur domicile au profit de transferts depuis un autre établissement de soins aigus.

Tableau 11 Soins somatiques aigus : Provenance des patients pour les séjours attribuables à certaines des pathologies sélectionnées

	18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%
MALADIES DE L'APP. CIRCULATOIRE						
Infarctus du myocarde						
domicile	143	58.1	123	62.1	89	80.9
institution hospitalière	103	41.9	75	37.9	21	19.1
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	-	-	-	-	-	-
Cardiopathie chronique ischémique						
domicile	195	83.0	196	81.0	53	81.5
institution hospitalière	40	17.0	46	19.0	12	18.5
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	-	-	-	-	-	-
Insuffisance cardiaque						
domicile	29	72.5	106	93.0	124	91.9
institution hospitalière	11	27.5	8	7.0	8	5.9
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	-	-	-	-	3	2.2
AVC hémorragique						
domicile	27	58.7	21	45.7	38	79.2
institution hospitalière	19	41.3	25	54.3	10	20.8
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	-	-	-	-	-	-
AVC ischémique						
domicile	105	79.5	146	88.5	126	93.3
institution hospitalière	24	18.2	19	11.5	6	4.4
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	1	0.8	-	-	3	2.2
autre	2	1.5	-	-	-	-
MALADIES DE L'APP. RESPIRATOIRE						
Maladies hypertensives						
domicile	39	92.9	69	90.8	93	94.9
institution hospitalière	3	7.1	7	9.2	4	4.1
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	-	-	-	-	1	1.0
Pneumonies						
domicile	121	91.7	110	91.7	155	91.7
institution hospitalière	11	8.3	10	8.3	10	5.9
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	-	-	-	-	4	2.4
BPCO						
domicile	90	93.8	111	94.1	61	93.8
institution hospitalière	6	6.2	6	5.1	4	6.2
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	-	-	-	-	-	-
autre	-	-	1	0.8	-	-
FRACTURE DE LA HANCHE						
domicile	30	90.9	66	88.0	179	91.3
institution hospitalière	3	9.1	7	9.3	12	6.1
établ. de santé non hosp. médicalisé (EMS)	-	-	2	2.7	5	2.6

DETAIL PAR PATHOLOGIE : DESTINATION DES PATIENTS

Cf. Tableau 12

Sur l'ensemble des séjours hospitaliers en soins aigus, 76% des patients admis depuis leur domicile y retournent au sortir du CHUV, mais cette proportion diminue avec l'âge et n'est plus que de 46% chez les 80 ans et plus. En parallèle, l'orientation vers un séjour de réadaptation (y compris les attentes de transfert) augmente avec l'âge mais reste relativement peu fréquente, passant de 4% à 21%.

Pour ce qui est des séjours motivés par les pathologies sélectionnées, 73% des patients âgés de moins de 65 ans retournent à leur domicile après le séjour aigu tandis qu'ils ne sont que 58% chez les 65-79 ans et 37% chez les 80 ans et plus. L'orientation vers un séjour de réadaptation concerne respectivement 12%, 21% et 28% des patients dans ces trois groupes d'âge.

Cependant, la destination à la sortie varie également en fonction du diagnostic: en particulier, les hospitalisations suite à un infarctus, à un AVC, notamment hémorragique, à une insuffisance cardiaque, à une pneumonie et à une fracture de la hanche sont associées à une diminution importante du retour à domicile chez les personnes âgées.

Pour ce qui est de l'infarctus du myocarde, si la moitié des personnes de moins de 80 ans rentrent directement à domicile, un tiers seulement des 80 ans et plus sont dans cette situation. Ceci s'explique en partie par un taux de décès très élevé dans ce dernier groupe d'âge (26%), l'orientation vers la réadaptation étant aussi une option plus fréquente (20%).

L'AVC hémorragique se caractérise aussi par une létalité importante, touchant environ 40% des patients au-delà de 65 ans (ces chiffres devant toutefois être interprétés avec prudence vu le petit nombre de cas).

Après une pneumonie, 41% des patients âgés de 80 ans et plus retournent à domicile, 11% sont admis en EMS, 14% sont orientés vers un séjour de réadaptation, et 26% sont transférés en milieu hospitalier.

Chez les personnes de 80 ans et plus admises avec une fracture de la hanche, outre 5% qui décèdent durant l'hospitalisation, 51% sont dirigés vers un séjour en réadaptation, 17% quittent l'hôpital pour rentrer directement à domicile, 13% sont admises en EMS, les 14% restantes étant transférées vers d'autres services hospitaliers. En revanche, chez les moins de 80 ans, les décès s'élèvent à 2%, 45% sont orientés vers un séjour de réadaptation, 36% des patients rentrent directement chez eux, et seuls 4% entrent en EMS.

Tableau 12 Soins somatiques aigus : Destination des patients pour les séjours attribuables à certaines des pathologies sélectionnées

Ici, seuls les séjours des patients provenant de leur domicile sont considérés.

	18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Infarctus du myocarde												
retour à domicile	79	55.2	63	51.2	30	33.7						
réadaptation ou attente de transfert B	18	12.6	19	15.5	18	20.2						
institution hospitalière	36	25.2	30	24.4	15	16.9						
décès	7	4.9	10	8.1	23	25.8						
autre	3	2.1	1	0.8	3	3.4						
Cardiopathie chronique ischémique												
retour à domicile	171	87.7	170	86.7	40	75.5						
réadaptation ou attente de transfert B	19	9.7	17	8.7	5	9.4						
institution hospitalière	5	2.6	8	4.1	7	13.2						
décès	-	-	-	-	-	-						
autre	-	-	1	0.5	1	1.9						
Insuffisance cardiaque												
retour à domicile	21	72.4	65	61.3	45	36.3						
réadaptation ou attente de transfert B	2	6.9	13	12.3	16	12.9						
institution hospitalière	4	13.8	23	21.7	44	34.7						
décès	1	3.4	5	4.7	9	7.3						
autre	1	3.4	-	-	10	8.1						
AVC hémorragique												
retour à domicile	5	18.5	3	14.3	6	15.8						
réadaptation ou attente de transfert B	10	37.0	3	14.3	6	15.8						
institution hospitalière	5	18.5	2	9.5	9	23.7						
décès	7	25.9	10	47.6	14	36.8						
autre	-	-	3	14.3	3	7.9						
AVC ischémique												
retour à domicile	54	51.4	70	47.9	38	30.2						
réadaptation ou attente de transfert B	32	30.5	49	33.6	43	34.1						
institution hospitalière	14	13.3	12	8.2	12	9.5						
décès	4	3.8	11	7.5	19	15.1						
autre	1	1.0	4	2.7	14	11.1						
Maladies hypertensives												
retour à domicile	38	97.4	56	78.9	53	54.6						
réadaptation ou attente de transfert B	1	2.6	7	10.1	15	16.1						
institution hospitalière	-	-	3	4.4	14	15.1						
décès	-	-	1	1.4	7	7.2						
autre	-	-	2	2.9	4	4.3						
Pneumonies												
retour à domicile	107	88.4	70	63.6	63	40.6						
réadaptation ou attente de transfert B	-	-	11	10.0	22	14.2						
institution hospitalière	10	8.3	17	15.5	40	25.8						
décès	2	1.7	7	6.4	10	6.5						
autre	2	1.7	5	4.5	20	12.9						
BPCO												
retour à domicile	56	62.2	54	48.6	27	44.3						
réadaptation ou attente de transfert B	4	4.4	10	9.0	7	11.5						
institution hospitalière	22	24.4	39	35.1	15	24.6						
décès	4	4.4	6	5.4	8	13.1						
autre	4	4.4	2	1.8	4	6.6						
Fracture de la hanche												
retour à domicile	18	60.0	17	25.8	30	16.8						
réadaptation ou attente de transfert B	8	26.7	36	54.6	91	50.8						
institution hospitalière	4	13.3	8	12.1	25	14.0						
décès	-	-	2	3.0	9	5.0						
autre	-	-	3	4.5	24	13.4						

2.2.5 Séjours hospitaliers et traitement des pathologies liées au vieillissement

DEFINITION

Cf. Méthodologie, Identification des interventions sélectionnées (données somatiques uniquement), p. 94.

Certaines interventions ont été sélectionnées pour leur association avec les pathologies liées au vieillissement, leur coût élevé, ou leur disponibilité limitée. Les séjours attribuables à ces interventions ont été identifiés à partir du traitement principal et des traitements supplémentaires.

- PTCA ou artériectomie coronaire avec ou sans insertion de stent coronaire
- Pontage coronarien
- Hémodialyse
- Prothèse totale ou partielle de hanche
- Prothèse totale de genou

REPARTITION PAR GROUPE D'ÂGE

Cf. Tableau 13

Si l'on s'intéresse uniquement aux cardiopathies ischémiques aiguës et chroniques, les patients âgés de 65-79 ans et ceux âgés de 80 ans et plus sont à l'origine de 40% et 16% des séjours liés à ces pathologies, respectivement. La distribution des angioplasties coronaires avec ou sans pose de stent indique que 44% sont effectuées chez les 65-79 ans et 12% chez les plus âgés, se révélant similaire à la distribution des diagnostics. De même, une intervention de pontage coronarien sur dix concernait un patient âgé de 80 ans ou plus.

Un traitement par hémodialyse, en tant qu'intervention principale ou supplémentaire, a été effectué pour la moitié des cas chez les 18-64 ans. Seules 13% des hémodialyses concernent les plus de 80 ans, ce qui paraît peu en regard de l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale avec l'avance en âge.

Les interventions pour pose de prothèse de hanche se répartissent de manière assez équilibrée dans les trois groupes d'âge. Néanmoins, ces interventions sont réalisées pour des motifs différents selon l'âge du patient. Chez les moins de 80 ans, la plupart des interventions (77%) font suite à un diagnostic d'arthrose de la hanche. Chez les plus âgés, cette proportion diminue à 41%, en raison de l'augmentation du nombre d'interventions liées à une fracture de la hanche.

Les séjours durant lesquels une intervention pour prothèse de genou a été réalisée s'observent pour près de 30% chez les moins de 65 ans, pour la moitié chez les 65-79 ans, et pour 19% chez les plus âgés. Notons qu'environ 90% de ces séjours ont pour diagnostic principal une arthrose du genou, indépendamment du groupe d'âge.

Tableau 13 Soins somatiques aigus : Répartition des séjours attribuables aux traitements sélectionnés

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	
PTCA ou artériectomie coronaire	736	322	43.8	326	44.3	88	12.0	
Pontage coronarien	177	74	41.8	84	47.5	19	10.7	
Hémodialyse	289	144	49.8	109	37.7	36	12.5	
Prothèse de hanche	315	102	32.4	122	38.7	91	28.9	
Prothèse de genou	215	61	28.4	114	53.0	40	18.6	

2.2.6 Patients âgés de 65 ans et plus : Autres motifs d'hospitalisation

Cf. Tableau 14

Les séjours attribuables aux pathologies sélectionnées en raison de leur lien avec l'âge (*cf. page 29*) représentent presque le tiers des séjours enregistrés chez les patients âgés (65+ ans).

Parmi les séjours restants, on observe une part significative (44%) d'hospitalisations liées à une intervention chirurgicale chez les 65-79 ans, tandis que cette proportion n'est plus que de 30% chez les très âgés, et que la part des séjours sans traitement chirurgical augmente. Il nous semblait intéressant d'examiner les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour les séjours avec ou sans intervention chirurgicale, respectivement.

Tableau 14 Soins somatiques aigus : Répartition des séjours non liés aux pathologies sélectionnées

	65-79 ans		80 ans et +	
	N séj.	%	N séj.	%
Total	6'671	100.0	4'147	100.0
Séjours avec diagnostic de pathologie liée au vieillissement	1'821	27.3	1'278	30.8
Autres séjours avec traitement chirurgical ^h	2'903	43.5	1'247	30.1
Autres séjours sans traitement chirurgical ⁱ	1'947	29.2	1'622	39.1

AUTRES SEJOURS ASSOCIES A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Cf. Tableau 15

Chez les 65-79 ans, lorsqu'une intervention a été effectuée, elle concerne le plus souvent le système cardiovasculaire (23%), suivi du système digestif (21%), puis musculo-squelettique (16%). Chez les 80 ans et plus, les interventions du système digestif prennent la première place (25%), suivies des interventions cardiovasculaires (22%), puis musculo-squelettiques (18%). Au sein de ces chapitres, les interventions les plus fréquentes sont les mêmes dans les deux groupes d'âge. Les interventions cardiovasculaires les plus souvent effectuées sont les cathétérismes cardiaques, les tests électrophysiologiques, et les implantations de pacemaker. Les endoscopies représentent les interventions digestives les plus fréquentes, suivies des interventions de l'intestin, de la vésicule biliaire, et des réparations de hernie.

^h Exclusion des codes diagnostiques appartenant au chap. 16 (actes diagnostiques non chirurgicaux et mesures thérapeutiques).

ⁱ Inclusion des codes diagnostiques appartenant au chap. 16 (actes diagnostiques non chirurgicaux et mesures thérapeutiques).

Tableau 15 Soins somatiques aigus : Traitement effectué lors des séjours non liés aux pathologies sélectionnées (CHOP, hors chap. 16).

N=4'150 séjours

	65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%
Total	2'903	100.0	1'247	100.0
Chap. 0 : Opérations et interventions, non classées ailleurs	64	2.2	13	1.0
Chap. 1 : Opérations du système nerveux	198	6.8	70	5.6
Chap. 2 : Opérations du système endocrinien	17	0.6	4	0.3
Chap. 3 : Opérations des yeux	6	0.2	2	0.2
Chap. 4 : Opérations des oreilles	13	0.4	4	0.3
Chap. 5 : Opérations du nez, de la bouche et du pharynx	71	2.4	27	2.2
Chap. 6 : Opérations du système respiratoire	109	3.8	39	3.1
Chap. 7 : Opérations du système cardio-vasculaire	678	23.4	269	21.6
Chap. 8 : Opérations du système hématique et lymphatique	74	2.5	17	1.4
Chap. 9 : Opérations du système digestif	620	21.4	312	25.0
Chap. 10 : Opérations du système urinaire	260	9.0	114	9.1
Chap. 11 : Opérations des organes génitaux masculins	55	1.9	18	1.4
Chap. 12 : Opérations des organes génitaux féminins	73	2.5	17	1.4
Chap. 14 : Opérations du système musculo-squelettique	455	15.7	222	17.8
Chap. 15 : Opérations du système tégumentaire et du sein	210	7.2	119	9.5

AUTRES SEJOURS SANS INTERVENTION

Cf. Tableau 16

Lorsque l'hospitalisation n'est motivée ni par l'un des diagnostics sélectionnés (*Cf. p. 39*) ni par une intervention chirurgicale, les maladies de l'appareil circulatoire se trouvent à nouveau en première position chez les 65-79 ans, tandis que les lésions traumatiques occupent la première place chez les très âgés. Par ailleurs, à un niveau de détail plus fin, on observe que les séjours liés à des actes médicaux spécifiques tels qu'une chimiothérapie sont très fréquents chez les patients âgés de 65-79 ans, la part de ces séjours reculant nettement dans le groupe d'âge supérieur. Finalement, chez les très âgés, un séjour sur 7 est enregistré comme étant la conséquence de symptômes, signes et résultats anormaux de laboratoire, non classés ailleurs. On trouve dans ce chapitre des hospitalisations suite à un malaise, une syncope, ou une anomalie de la marche. L'hypothèse que certains séjours de ce chapitre, en particulier les hospitalisations pour résultats anormaux de laboratoire, soient liés à des effets secondaires médicamenteux ne peut être vérifiée au moyen du relevé de données actuel et nécessiterait l'examen des dossiers.

Notons finalement que les troubles mentaux organiques (inclus dans le chapitre V) représentent moins de 2% des diagnostics principaux même dans le groupe d'âge des 80 ans et plus.

Tableau 16 Soins somatiques aigus : Diagnostic principal des séjours non liés aux pathologies sélectionnées (CIM-10).

N=3'569 séjoursⁱ

	65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%
Total	1'947	100.0	1'622	100.0
I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	115	5.9	75	4.6
II. Tumeurs	135	6.9	50	3.1
III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	35	1.8	17	1.0
IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	41	2.1	41	2.5
V. Troubles mentaux et du comportement	68	3.5	89	5.5
VI. Maladies du système nerveux	108	5.5	63	3.9
VII/VIII. Maladies de l'œil et de ses annexes	24	1.2	14	0.9
IX. Maladies de l'appareil circulatoire	299	15.4	239	14.7
X. Maladies de l'appareil respiratoire	63	3.2	73	4.5
XI. Maladies de l'appareil digestif	157	8.1	124	7.6
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	45	2.3	37	2.3
XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	122	6.3	105	6.5
XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	92	4.7	82	5.1
XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	4	0.2	1	0.1
XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	212	10.9	243	15.0
XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes ^k	244	12.5	334	20.6
XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	183	9.4	35	2.2

ⁱ Ici, seuls les séjours sans intervention chirurgicale sont dénombrés.

^k Ici, les lésions traumatiques représentent l'essentiel du chapitre (>80%).

2.3 SEJOURS HOSPITALIERS EN SOINS SUBAIGUS (LIT B)

Les séjours de soins subaigus comprennent :

- les séjours d'attente de transfert en établissement de réadaptation
- les séjours de réadaptation

2.3.1 Caractéristiques générales

Cf. Tableau 17

Globalement, on dénombre un séjour d'attente de transfert en établissement de réadaptation pour deux séjours de réadaptation.

La répartition par groupe d'âge de ces deux types de séjours est assez similaire. Ainsi, parmi les 1'695 séjours enregistrés en lit B au CHUV en 2008, près de la moitié (47%) concernaient des patients âgés de 80 ans et plus, tandis que les patients âgés de moins de 65 ans étaient à l'origine d'un séjour sur cinq.

Tableau 17 Soins subaigus : Deux types de situations

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	
Attente de transfert en établ. de réadaptation	538	82	15.2	192	35.7	264	49.1	
Réadaptation	1'157	259	22.4	369	31.9	529	45.7	

2.3.2 Séjours d'attente de transfert vers un établissement de réadaptation

DUREE DE SEJOUR

Cf. Tableau 18

Le nombre de jours écoulés entre le reclassement en lit d'attente de transfert en établissement de réadaptation et l'admission dans une unité de réadaptation varie entre 7 et 8 (médiane) selon le groupe d'âge considéré.

Tableau 18 Attente de transfert en établissement de réadaptation : Durée moyenne et médiane de séjour

N=538 séjours	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
DUREE MOYENNE ET MEDIANE, en jours	9.6	7.0	10.4	8.0	10.3	8.0	8.8	7.0

PROVENANCE ET DESTINATION DES PATIENTS

Cf. Tableau 19

La plupart des séjours d'attente de transfert en établissement de réadaptation est directement consécutive à un séjour en soins aigus (90% des cas).

Le lieu de séjour suivant cette période d'attente varie selon l'âge du patient : les 80 ans et plus sont davantage transférés en établissement de réadaptation (80% vs 60% pour les plus jeunes). En outre, la proportion de transferts vers le CUTR Sylvana augmente avec l'âge. Si les trois-quarts des patients de moins de 65 ans orientés vers un service de réadaptation sont admis dans un établissement externe au CHUV, la majorité des très âgés (63%) est transférée au CUTR Sylvana. En ce qui concerne la proportion de retour à domicile, celle-ci suit une tendance inverse et diminue avec l'âge. De 17% chez les moins de 65 ans, elle ne concerne plus que 5% des séjours d'attente des 80 ans et plus.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Les séjours d'attente de transfert sont associés au code diagnostique Z75.1 («dans l'attente d'être admis dans un établissement adéquat»). Les diagnostics supplémentaires ainsi que les informations relatives au traitement ne sont pas renseignés dans la plupart des cas.

Tableau 19 Attente de transfert en établissement de réadaptation : Provenance et destination des patients

N = 538 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%
LIEU DE SEJOUR AVANT L'ADMISSION								
domicile	44	8.2	6	7.3	15	7.8	23	8.7
institution hospitalière (soins intra-muros)								
CHUV - non spécifié	487	90.5	76	92.7	174	90.6	237	89.8
autre	7	1.3	-	-	3	1.6	4	1.5
LIEU DE SEJOUR A LA SORTIE								
domicile	48	8.9	14	17.1	22	11.5	12	4.5
institution hospitalière (soins intra-muros)								
CHUV - non spécifié	64	11.9	6	7.3	33	17.2	25	9.5
autre	18	3.2	6	7.3	9	4.7	3	1.1
réadaptation								
CUTR Cevey-Sylvana	188	34.9	3	3.7	53	27.6	132	50.0
CHUV - réadaptation	10	1.9	8	9.8	-	-	2	0.8
autre	175	32.5	39	47.6	62	32.3	74	28.0
décès	20	3.7	3	3.7	9	4.7	8	3.0
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	12	2.2	2	2.4	3	1.6	7	2.7
autre	3	0.7	1	1.2	1	0.5	1	0.4

2.3.3 Séjours de réadaptation

DUREE DE SEJOUR

Cf. Tableau 20

Tous âges confondus, la durée moyenne de séjour en unité de réadaptation avoisine les 26 jours. Elle est paradoxalement plus longue chez les patients les plus jeunes. En revanche la durée médiane, beaucoup moins sensible aux valeurs extrêmes, augmente avec l'âge. Ainsi, la moitié des séjours des 80 ans et plus dure plus de 22 jours contre 16 jours chez les 18-64 ans. Ceci peut s'expliquer par la présence de quelques cas lourds, chez les patients de moins de 65 ans, qui influencent fortement la moyenne.

Tableau 20 Réadaptation somatique: Durée moyenne et médiane de séjour

<i>N=1'157 séjours</i>	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
DUREE MOYENNE ET MEDIANE, en jours	26.0	20.0	34.0	16.0	22.2	19.0	24.6	22.0

PROVENANCE ET DESTINATION DES PATIENTS

Cf. Tableau 21

Plus des trois-quarts des séjours de réadaptation font suite à un séjour au CHUV, le plus souvent en soins aigus (6 à 8 séjours sur 10 selon la classe d'âge considérée), parfois suite à un séjour d'attente de transfert (4% chez les 18-64 ans, 20% chez les 80 ans et plus). L'admission depuis le domicile diminue avec l'âge, variant d'environ un tiers des patients âgés de 18-64 ans à 7% des plus âgés. Environ 2% des patients sont enregistrés comme résidents d'EMS

Après leur séjour en réadaptation, les trois-quarts des patients retournent à leur domicile, quel que soit le groupe d'âge. Le transfert direct en établissement médico-social n'est mentionné que pour 2% des séjours environ. Cette proportion ne reflète cependant pas correctement la réalité. Comme mentionné précédemment (*cf. p. 22*), certains patients sont d'abord orientés vers un lit C du CHUV, en attendant de trouver une place en EMS. Ces séjours en lit C ne sont pas enregistrés dans les données à notre disposition.

Tableau 21 Réadaptation somatique : Provenance et destination des patients

N = 1'157 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%
LIEU DE SEJOUR AVANT L'ADMISSION								
domicile	157	13.6	89	34.4	32	8.7	36	6.8
institution hospitalière (soins intra-muros)								
CHUV - non spécifié	718	62.1	148	57.1	248	67.2	322	60.9
CHUV - département de psychiatrie	6	0.5	2	0.8	2	0.5	2	0.4
CHUV - attente de transfert en établissement de réadaptation	172	14.9	9	3.5	52	14.1	111	21.0
autre	78	6.7	11	4.3	29	7.9	38	7.2
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	26	2.2	-	-	6	1.6	20	3.8
LIEU DE SEJOUR A LA SORTIE								
domicile	888	76.8	201	77.6	294	79.7	393	74.3
institution hospitalière (soins intra-muros)								
CHUV - non spécifié	104	9.0	39	15.1	32	8.7	33	6.2
CHUV- département de psychiatrie	9	0.8	1	0.4	3	0.8	5	0.9
autre	7	0.6	5	1.9	1	0.3	1	0.2
réadaptation								
CUTR Cevey-Sylvana	6	0.5	-	-	3	0.8	3	0.6
CHUV- réadaptation	62	5.4	3	1.2	8	2.2	51	9.6
autre	14	1.2	4	1.5	7	1.9	3	0.6
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	24	2.1	2	0.8	9	2.4	13	2.5
décès	42	3.6	3	1.2	12	3.3	27	5.1
autre	1	0.1	1	0.4	-	-	-	-

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Cf. Tableau 22

Pour 9 séjours de réadaptation sur 10, le diagnostic principal est renseigné par le code Z501 (prise en charge pour d'autres thérapies physiques), qui ne fournit pas d'indications quant à la pathologie à l'origine de l'hospitalisation. Néanmoins, une faible proportion de séjour contient un code diagnostique «précis», tel que l'insuffisance cardiaque par exemple.

Le nombre médian de diagnostics associés au diagnostic principal est de 12 chez les patients âgés de 65 à 79 ans et de 14 chez les plus âgés, ce qui est plus élevé qu'en soins aigus (*Cf. p. 24*).

Le traitement enregistré pour la grande majorité des séjours (95%) est un traitement de médecine physique et réadaptation (CHOP, Chap. 16).

Tableau 22 Réadaptation somatique : Diagnostic principal (CIM-10)

N=1 157 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Chapitre XXI, Z50.1	1'009	87.2	204	78.8	322	87.3	483	91.3
Chapitre XXI, autre diagnostic principal	85	7.3	13	5.0	33	8.9	39	7.4
Chapitres I à XX	63	5.4	42	16.2	14	3.8	7	1.3

2.3.4 Patients provenant des services de soins aigus du CHUV

Parmi les 1'205 séjours de soins sub-aigus avec une provenance *institution hospitalière* : CHUV, 1'131 sont liés à un séjour antérieur en soins somatiques aigus en 2008.

DUREE DU SEJOUR ET NOMBRE DE DIAGNOSTICS LORS DE L'HOSPITALISATION PRECEDENTE

Cf. Tableau 23

Pour les séjours aigus précédant le séjour de réadaptation, on observe une durée moyenne de séjour de 22 jours, ce qui se trouve être largement supérieur à la durée moyenne observée sur l'ensemble des séjours de soins aigus (9.7 jours).

Le nombre médian de diagnostics associés au séjour précédent en soins aigus est de 10 chez les patients âgés de 65 ans et plus contre 8 chez les moins de 65 ans. Pour comparaison, le nombre médian de diagnostics observés sur l'ensemble des séjours aigus est de 7 chez les patients âgés de 65 ans et plus et de 4 chez les plus jeunes.

Tableau 23 Réadaptation somatique : Durée moyenne et médiane du séjour précédent en soins aigus

N = 1'131 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
DUREE MOYENNE ET MEDIANE, en jours	22.0	16.0	23.6	15.0	24.9	17.0	19.1	15.0

AFFECTION AIGUË DIAGNOSTIQUEE LORS DE L'HOSPITALISATION PRECEDENTE

Cf. Tableau 24

Le codage des diagnostics selon la CIM-10 n'étant pas adapté aux diagnostics de réadaptation, il est nécessaire de rechercher le diagnostic principal associé au séjour antérieur en soins aigus pour connaître l'affection à l'origine du séjour de réadaptation.

Ainsi, dans plus de 25% des cas, le séjour de réadaptation fait suite à un séjour de soins aigus pour maladie de l'appareil circulatoire (cardio- et cérébrovasculaire), et cela quel que soit le groupe d'âge.

Chez les 65-79 ans, outre les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies du système ostéoarticulaire (gonarthrose et coxarthrose en particulier) occupent une place prépondérante et ont motivé 24% des séjours. Arrivent ensuite les lésions traumatiques (15%), puis les tumeurs (8%) ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire (7%).

Chez les plus âgés, les lésions traumatiques surviennent en première place, largement devant les maladies de l'appareil circulatoire (29% vs 20%). On retrouve également, dans les trois premières causes de soins de réadaptation, identiquement aux deux autres groupes d'âge, les maladies du système ostéoarticulaire (17%).

Comme chez les 65-79 ans, ces trois premiers grands groupes de diagnostics sont suivis des tumeurs et des maladies respiratoires (6% chacune).

Tableau 24 Réadaptation somatique : Diagnostic principal du séjour précédent en soins aigus

N=1'131 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	34	3.0	6	2.9	12	3.0	16	3.0
II. Tumeurs	86	7.6	25	12.2	32	8.0	29	5.5
III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	9	0.8	1	0.5	6	1.5	2	0.4
IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	30	2.7	9	4.4	9	2.3	12	2.3
V. Troubles mentaux et du comportement	13	1.1	6	2.9	1	0.3	6	1.1
VI. Maladies du système nerveux	38	3.4	12	5.9	17	4.3	9	1.7
VII/VIII. Maladies de l'œil et de ses annexes	2	0.2	0	0.0	1	0.3	1	0.2
IX. Maladies de l'appareil circulatoire	233	20.6	45	22.0	85	21.3	103	19.6
X. Maladies de l'appareil respiratoire	60	5.3	4	2.0	27	6.8	29	5.5
XI. Maladies de l'appareil digestif	45	4.0	6	2.9	18	4.5	21	4.0
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	31	2.7	5	2.4	12	3.0	14	2.7
XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	217	19.2	34	16.6	96	24.0	87	16.5
XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	16	1.4	3	1.5	5	1.3	8	1.5
XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2	0.2	2	1.0	-	-	-	-
XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	55	4.9	3	1.5	15	3.8	37	7.0
XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	243	21.5	32	15.6	61	15.3	150	28.5
XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	17	1.5	12	5.9	3	0.8	2	0.4

TRAITEMENT PRINCIPAL ASSOCIE A L'HOSPITALISATION PRECEDENTE

Cf. Tableau 25 et Tableau 26

Parmi les séjours de réadaptation faisant suite à un séjour en soins aigus au CHUV, on observe que la moitié fait suite à une intervention chirurgicale (hors chapitre 16). Cette proportion semble légèrement supérieure dans le groupe d'âge intermédiaire (65-79 ans : 56%).

Le détail de la répartition par chapitres de la CHOP montre quelques différences d'un groupe d'âge à l'autre. Néanmoins les séjours des patients des deux groupes d'âge supérieurs (65-79 et 80+) possèdent des caractéristiques assez similaires.

Ainsi, chez les patients âgés de 65 ans et plus, les opérations les plus fréquentes concernent le système musculo-squelettique avec une part plus importante chez les 65-79 ans par rapport aux 80 ans et plus (32% vs 25%). On retrouve ensuite les opérations du système digestif puis cardio-vasculaire.

Si l'on s'intéresse aux séjours aigus motivés par la pose d'une prothèse de hanche ou de genou, interventions fréquentes chez les personnes âgées et nécessitant de la physiothérapie en phase post-opératoire, on observe que suite à une intervention pour prothèse de hanche, seuls 57% des patients âgés de 65 ans et plus sont orientés en réadaptation.

En ce qui concerne la prothèse de genou, la proportion de patients transférés en réadaptation est également de 61% chez les 65-79 ans, elle est plus élevée chez les patients âgés de 80 ans et plus (88%).

Tableau 25 Réadaptation somatique : Part des séjours pour pose de prothèse de hanche ou de genou suivis de réadaptation, en %

		Tous	18-64 ans	65-79 ans	80 ans et +
		%	%	%	%
PROTHESE DE HANCHE					
	Total	47.9	28.4	55.7	59.3
	CHUV/ CUTR Cevey-Sylvana / attente de transfert en établissement de réadaptation	19.4	1.0	23.8	34.1
	autre institution de réadaptation	28.6	27.5	32.0	25.3
PROTHESE DE GENOU					
	Total	59.5	39.3	60.6	87.5
	CHUV/ CUTR Cevey-Sylvana / attente de transfert en établissement de réadaptation	21.4	1.6	24.6	42.5
	autre institution de réadaptation	38.1	37.7	36.0	45.0

Tableau 26 Réadaptation somatique : Traitement principal du séjour précédent en soins aigus

N=1'131 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	1'131	100.0	205	100.0	400	100.0	525	100.0
code d'intervention non renseigné	232	20.5	34	16.6	55	13.8	142	27.0
Chap. 16 : Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses	332	29.4	71	34.6	120	30.0	141	26.9
Sous-total	567	50.1	100	48.8	225	56.3	242	46.1
Chap. 0 : Opérations et interventions, non classées ailleurs	14	1.2	-	-	7	1.8	7	1.3
Chap. 1 : Opérations du système nerveux	53	4.7	29	14.1	13	3.3	11	2.1
Chap. 2 : Opérations du système endocrinien	1	0.1	-	-	-	-	1	0.2
Chap. 5 : Opérations du nez, de la bouche et du pharynx	5	0.4	-	-	1	0.3	4	0.8
Chap. 6 : Opérations du système respiratoire	18	1.6	6	2.9	6	1.5	6	1.1
Chap. 7 : Opérations du système cardio-vasculaire	58	5.1	11	5.4	24	6.0	23	4.4
Chap. 8 : Opérations du système hématique et lymphatique	5	0.4	1	0.5	3	0.8	1	0.2
Chap. 9 : Opérations du système digestif	75	6.6	7	3.4	28	7.0	40	7.6
Chap. 10 : Opérations du système urinaire	7	0.6	-	-	4	1.0	3	0.6
Chap. 11 : Opérations des organes génitaux masculins	1	0.1	-	-	1	0.3	-	-
Chap. 12 : Opérations des organes génitaux féminins	2	0.2	-	-	1	0.3	1	0.2
Chap. 14 : Opérations du système musculo-squelettique	292	25.8	36	17.6	126	31.5	130	24.8
Chap. 15 : Opérations du système tégumentaire et du sein	36	3.2	10	4.9	11	2.8	15	2.9

3 PSYCHIATRIE AIGUË ET DE REHABILITATION

3.1 DONNEES GENERALES : SEJOURS HOSPITALIERS

3.1.1 Population source

De façon similaire aux soins somatiques, les données de psychiatrie rassemblent l'ensemble des séjours avec une sortie enregistrée en 2008 à l'exclusion des séjours relatifs à des patients de moins de 18 ans, des séjours non achevés au 31.12.2008 et des séjours non enregistrés dans le délai imposé. Tous les séjours du fichier de données concernent des hospitalisations dans le Département de psychiatrie du CHUV, en lits A ou B mais non en lits C. Les prises en charge à la journée ou à la demi-journée en hôpital de jour ayant pour but la réinsertion du patient dans son milieu familial, scolaire ou professionnel sont considérées comme ambulatoires. Contrairement aux données somatiques, la *base psychiatrie* ne contient pas de séjours semi-hospitaliers.

Depuis le 1er janvier 2008, le Département comprend toutes les structures de la psychiatrie publique du Secteur psychiatrique Centre (région lausannoise, principalement sur les sites de Cery, de la Cité hospitalière du CHUV, de l'Hôpital de l'Enfance et dans diverses polycliniques), du Secteur psychiatrique Nord (notamment à Yverdon, Payerne, Orbe et Ste-Croix) et du Secteur psychiatrique Ouest (principalement à Prangins, Nyon et Morges).

3.1.2 Age des patients

Cf. *Tableau 27*

En 2008, 4'149 séjours hospitaliers ont été enregistrés dans les services de psychiatrie du CHUV. La majorité des séjours concerne des adultes de moins de 65 ans, 16% étant attribuables aux patients de 65 ans et plus. La proportion de séjours est presque la même au sein des deux groupes de patients âgés, ce qui correspond sans doute à un taux d'hospitalisation plus élevé chez les très âgés que chez les 65-79 ans. La plupart des séjours (98%) sont à charge de l'assurance-maladie, dont moins de 2% à charge de l'assurance-maladie privée.

Tableau 27 Soins psychiatriques : Répartition des séjours par groupe d'âge

Tous	18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
N séjours	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge
4'149	3'497	84.3	363	8.7	289	7.0

3.1.3 Lieu de domicile des patients

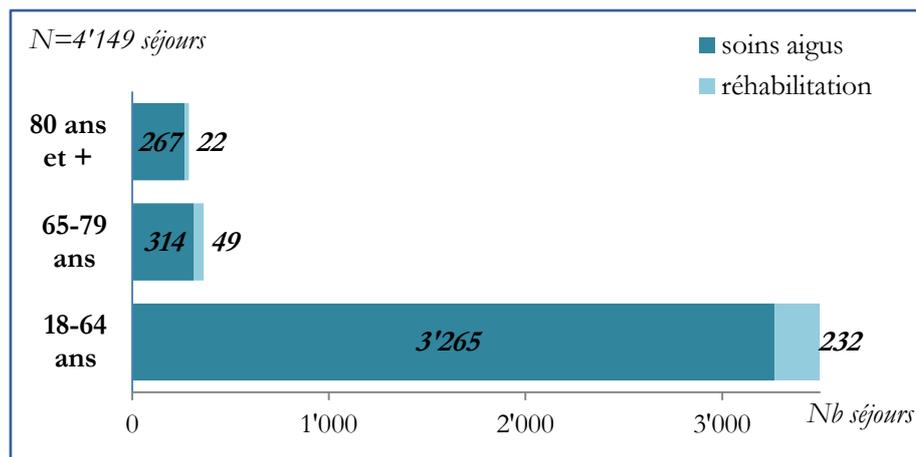
L'essentiel des hospitalisations (environ 98%) est attribuable à des personnes domiciliées dans le canton de Vaud, ce qui peut être mis en relation avec le fait que le Département de Psychiatrie du CHUV inclut les services de psychiatrie des hôpitaux publics des secteurs Centre, Nord et Ouest du Canton. Seuls 2-3% des patients sont domiciliés dans un autre canton suisse ou à l'étranger.

3.1.4 Type de cas

Cf. Figure 5

Globalement, plus de 90% des séjours se sont déroulés en soins aigus. Les séjours de réhabilitation sont plus fréquents dans la classe d'âge 65-79 ans (14% vs 7% environ dans les autres classes d'âge). Il faut relever que seules 71 personnes âgées (65 ans et plus) ont séjourné en réhabilitation.

Figure 5 Séjours hospitaliers en psychiatrie : Répartition selon le type de cas

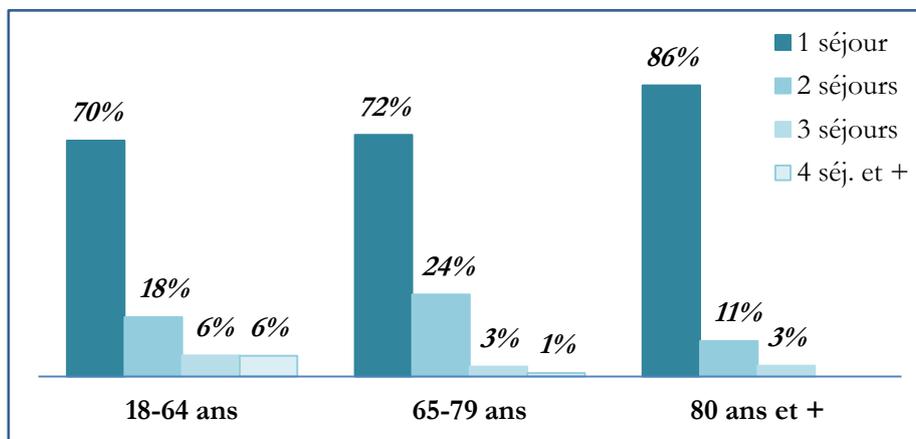


3.1.5 Nombre d'hospitalisations en 2008

Cf. Figure 6

La majorité des patients n'a séjourné qu'une fois en unité psychiatrique en 2008. La proportion de patients pour lesquels au moins deux séjours ont été enregistrés décroît avec l'âge, et en particulier la proportion de patients hospitalisés à 3 reprises ou plus.

Figure 6 Séjours hospitaliers en psychiatrie : Répartition des patients en % selon le nombre de séjours enregistrés en 2008



Comme dans le contexte des soins somatiques, la suite de l'analyse distingue les soins aigus de la réhabilitation psychiatrique.

3.2 SEJOURS HOSPITALIERS EN SOINS AIGUS

3.2.1 Caractéristiques générales

Cf. Tableau 28

On dénombre 3'846 hospitalisations en soins aigus, la majorité (83%) étant annoncée par un médecin. Environ un tiers de tous les patients sont hospitalisés de façon non volontaire, cette proportion augmente fortement avec l'âge pour concerner 84% des très âgés. Globalement, la durée de séjour est longue, en moyenne 25 jours. Cependant, les séjours enregistrés chez les patients âgés durent environ 48 jours contre 21 jours chez les patients de moins de 65 ans. L'observation des durées médianes de séjour montre un allongement encore plus marqué avec l'avance en âge.

Tableau 28 Soins psychiatriques aigus : Caractéristiques générales

<i>N = 3'846 séjours</i>	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séj.	%	N	%	N	%	N	%
HOSPITALISATION NON VOLONTAIRE	1'369	36.8	966	30.7	184	59.7	219	83.6

<i>DUREE MOYENNE ET MEDIANE, en jours</i>	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
	25.1	15.0	20.9	13.0	48.6	36.0	48.3	43.0

3.2.2 Provenance et destination des patients

Cf. Tableau 29

Trois-quarts des patients âgés de moins de 65 ans sont admis depuis leur domicile alors que les transferts en provenance d'une unité de soins somatiques ou psychiatriques représentent respectivement 12% et 7% des admissions. Chez les patients âgés de 65 ans et plus, la part des transferts depuis une unité somatique est accrue (30%), de même que la proportion de résidents d'EMS, qui atteint 21% des admissions chez les 80 ans et plus.

Globalement, 75% des patients retournent à domicile à la sortie de l'hôpital, mais cette proportion diminue avec l'âge. En effet, environ un quart des patients âgés sont transférés vers un autre secteur du Département de Psychiatrie. Le transfert en EMS représente l'orientation la plus fréquente des patients âgés de 80 ans et plus (34%), ce qui s'explique en partie par le fait que plus d'un tiers de ces transferts concerne des patients qui retournent en EMS après leur hospitalisation en psychiatrie.

Tableau 29 Soins psychiatriques aigus : Provenance et destination

N=3'846 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séj.	%	N	%	N	%	N	%
LIEU DE SEJOUR AVANT L'ADMISSION								
domicile	2'745	71.3	2'470	75.7	167	53.2	108	40.4
institution hospitalière - soins somatiques								
CHUV- soins aigus	216	5.6	134	4.1	45	14.3	37	13.9
autre	359	9.3	265	8.1	44	14.0	50	18.7
institution hospitalière - soins psychiatriques								
CHUV – autre secteur du département de psychiatrie	245	6.4	202	6.2	27	8.6	16	6.0
autre	27	0.7	23	0.7	3	1.0	1	0.4
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	116	3.0	35	1.1	26	8.3	55	20.6
autre	138	3.6	136	4.2	2	0.6	-	-
LIEU DE SEJOUR A LA SORTIE								
domicile	2'897	75.3	2'680	82.1	154	49.0	63	23.6
institution hospitalière (soins somatiques)								
CHUV – soins aigus	26	0.7	9	0.3	13	4.1	4	1.5
autre	37	1.0	29	0.9	3	1.0	5	1.9
institution hospitalière (soins psychiatriques)								
CHUV – autre secteur du département de psychiatrie	355	9.2	200	6.1	80	25.5	75	28.1
autre	56	1.5	52	1.6	2	0.6	2	0.7
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	225	5.9	90	2.8	45	14.3	90	33.7
institution de réhabilitation	17	0.4	5	0.2	5	1.6	7	2.6
décès	23	0.6	4	0.1	5	1.6	14	5.2
autre	210	5.5	196	6.0	7	2.2	7	2.6

3.2.3 Diagnostic et traitement

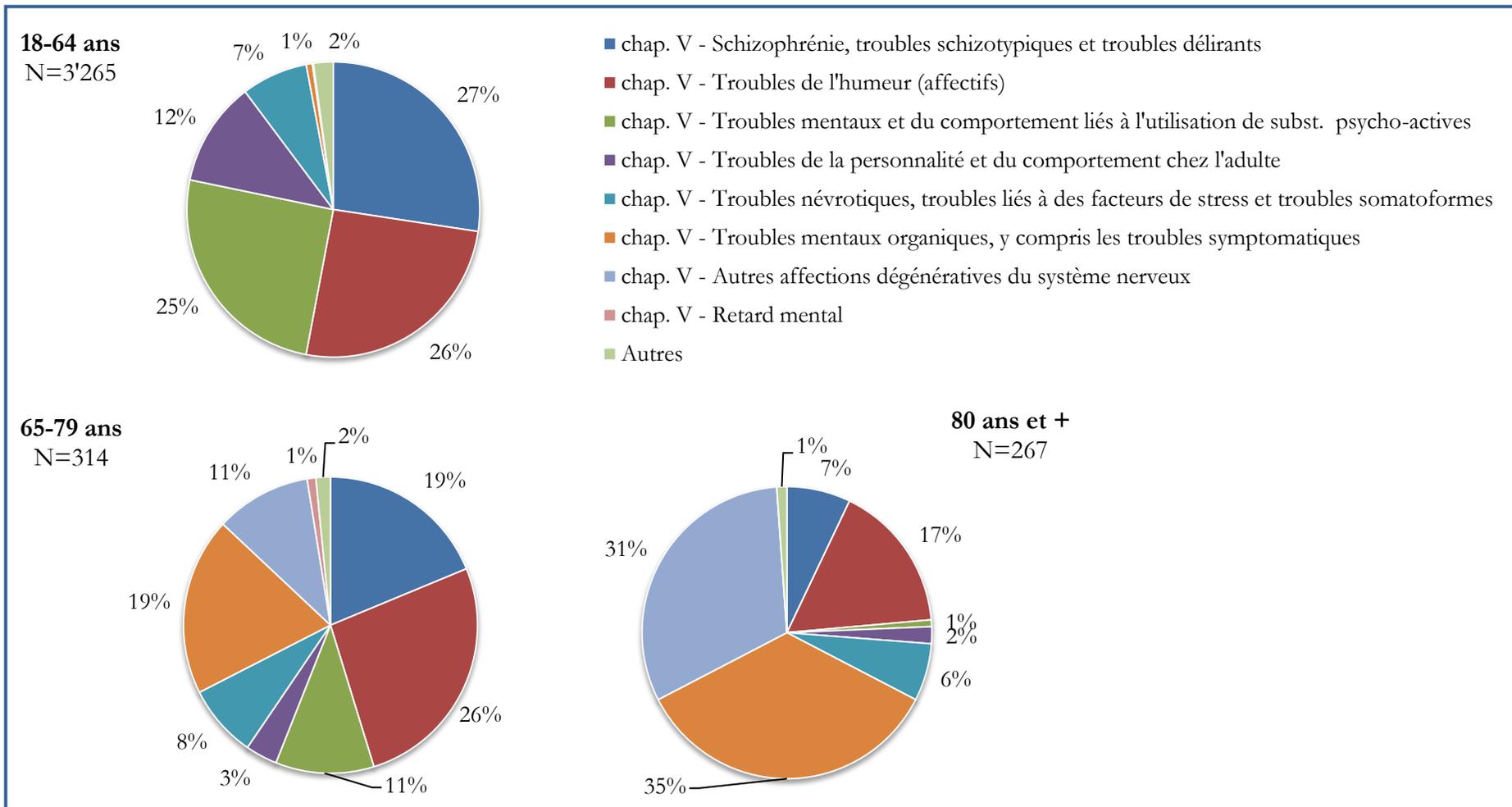
DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Cf. Figure 7

Le nombre médian de diagnostics est de 2 chez les patients âgés de moins de 65 ans. En revanche, contrairement à ce qu'on observe en soins somatiques, un seul diagnostic est enregistré chez la moitié des patients âgés, avec un maximum de 6 diagnostics par patient. L'observation des diagnostics supplémentaires suggère que les comorbidités somatiques sont sous-enregistrées lors des séjours en psychiatrie. En effet, moins de 10% des patients de 80 ans et plus avaient un diagnostic supplémentaire de nature somatique. Les codes correspondaient le plus souvent à l'hypertension, à une cardiopathie ou une insuffisance cardiaque, ou à une pneumonie.

La répartition des diagnostics principaux varie fortement selon le groupe d'âge. Chez les adultes de moins de 80 ans, la moitié des séjours est justifiée par les troubles du spectre de la schizophrénie et les troubles de l'humeur. Viennent ensuite les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psycho-actives (alcool en particulier), qui sont responsables de 25% des séjours dans le groupe d'âge 18-64 ans, et de 11% des séjours chez les 65-79 ans. On voit apparaître dans le groupe d'âge 65-79 ans les troubles mentaux organiques (19%) et les affections dégénératives du système nerveux (11%). Ces deux groupes de diagnostics sont nettement plus fréquents chez les patients très âgés, et sont ainsi la cause de deux-tiers des séjours chez les 80 ans et plus. Notons que les troubles de l'humeur représentent la troisième cause d'hospitalisation dans cette classe d'âge.

Figure 7 Soins psychiatriques aigus : Diagnostic principal (CIM-10)



TRAITEMENT

Cf. Tableau 30

Nous bénéficions de peu d'information sur les traitements, les données relatives à la prescription de psychotropes n'étant pas transmises. Un traitement psychiatrique intégré^m est enregistré pour la majorité des séjours (75%). On trouve ensuite les traitements administrés en situation ou en période de crise, dont la proportion augmente avec l'âge.

Tableau 30 Soins psychiatriques aigus : Traitement

N=3'738 séjours^l

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séj.	%	N	%	N	%	N	%
traitement psychiatrique intégré ^m	2'786	74.5	2'356	74.6	234	74.8	196	73.4
intervention de crise	605	16.2	496	15.7	54	17.3	55	20.6
traitement /assistance socio psychologique	91	2.4	64	2.0	19	6.1	8	3.0
autres ⁿ	256	6.8	242	7.7	6	1.9	8	3.0

^l Pour 108 séjours de soins aigus, l'information est absente car il manque le questionnaire complémentaire.

^m Traitement qui englobe différentes activités : examen ou diagnostic psychiatrique ou somatique, traitement thérapeutique ou pharmaceutique spécifique, mesures sociothérapeutiques, offres de thérapies spécifiques (www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind26.indicator.149045.260104.html)

ⁿ Ici, sont regroupés les consultations, les psychothérapies individuelles/de groupe/de couples/familiale, l'activité de diagnostic, d'expertise et de conseils de médecins et la modalité *autre traitement* (1.3 %).

3.2.4 Séjours hospitaliers et pathologies liées au vieillissement

DEFINITION

Certaines pathologies psychiatriques liées au vieillissement ont été sélectionnées pour une analyse plus détaillée. Il s'agit des démences et des dépressions, deux groupes de pathologies également identifiées dans le rapport *Vieillessement : éléments pour une politique de santé publique* (Paccard F., 2006), ainsi que du delirium. Les séjours attribuables à ces pathologies ont été identifiés à partir du diagnostic principal, codé selon la CIM-10.

- DEPRESSIONS :
 - Episode dépressif (léger, moyen, sévère)
 - Trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger, moyen, sévère)
- DEMENCES :
 - Démence vasculaire
 - Maladie d'Alzheimer
 - Démence au cours d'autres maladies (Parkinson, Pick, Huntington).
 - Démence sans précision
 -
- DELIRIUM, NON INDUIT PAR L'ALCOOL ET D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES:
 - Delirium, surajouté à une démence
 - Delirium, non surajouté à une démence
 - Autre forme de delirium

VOLUME GLOBAL DE SEJOURS ET JOURNEES

Cf. Tableau 31

Globalement, le quart des séjours en soins psychiatriques aigus est attribuable aux trois pathologies sélectionnées. Cette proportion croît fortement selon le groupe d'âge : presque un séjour sur deux dans le groupe d'âge 65-79 ans et presque trois-quarts des séjours chez les très âgés. La répartition en termes de journées est proche de celle des séjours.

Tableau 31 Soins psychiatriques aigus : Nombre de séjours et de journées enregistrés en 2008

		SEJOURS			
		Tous	18-64 ans	65-79 ans	80 ans et +
Tous diagnostics confondus	N	3'846	3'265	314	267
Séjours liés à l'une des pathologies du vieillissement sélectionnées	N	949	611	141	197
	%	24.7	18.7	44.9	73.8

		JOURNEES			
		Tous	18-64 ans	65-79 ans	80 ans et +
Tous diagnostics confondus	N	96'489	68'345	15'254	12'890
Journées liées à l'une des pathologies du vieillissement sélectionnées	N	30'290	13'070	7'225	9'995
	%	31.4	19.1	47.4	77.5

DETAIL PAR PATHOLOGIE : NOMBRE DE SEJOURS

Cf. Tableau 32

La répartition par groupe d'âge des séjours liés aux pathologies sélectionnées indique que la majorité des hospitalisations pour dépression est attribuable aux adultes de moins de 65 ans (86%). En revanche, les séjours justifiés par une démence ou un delirium se concentrent dans les groupes d'âge 65-79 ans et 80 ans et plus. Ainsi, plus de la moitié de ces séjours sont enregistrés chez les très âgés, alors que ces derniers sont à l'origine de 17% de l'ensemble des hospitalisations psychiatriques.

Tableau 32 Soins psychiatriques aigus : Répartition des séjours liés aux pathologies sélectionnées

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	
Tous diag. confondus	3'846	3'265	55.1	314	27.7	267	17.2	
Diagnostics sélectionnés								
Dépression	702	604	86.0	60	8.5	38	5.4	
Alzheimer	119	3	2.5	33	27.7	83	69.7	
Autres démences	80	3	3.8	31	38.8	46	57.5	
Délirium	48	1	2.1	17	35.4	30	62.5	

DETAIL PAR PATHOLOGIE : DUREES ET JOURNEES

Cf. Tableau 33 et Tableau 34

La durée des séjours justifiés par les pathologies sélectionnées augmente avec l'âge. Notamment, les séjours justifiés par une dépression durent environ deux fois plus longtemps chez les patients âgés de 65 ans et plus, de sorte qu'un quart des journées d'hospitalisation pour dépression est attribuable aux patients âgés. Les séjours liés à une maladie d'Alzheimer sont également particulièrement longs puisque la durée moyenne avoisine les deux mois.

Tableau 33 Soins psychiatriques aigus : Durée moyenne et médiane de séjour pour les pathologies sélectionnées (en jours)

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
Tous diag. confondus (n=3'846)	25.1	15.0	20.9	13.0	48.6	36.0	48.3	43.0
Diagnostics sélectionnés								
Dépression	24.7	16.0	21.4	15.0	42.3	31.0	48.5	36.5
Alzheimer	60.2	57.0	21.3	10.0	67.3	60.0	58.7	58.0
Autres démences	46.8	41.0	19.3	20.0	55.9	40.0	42.5	42.0
Délirium	42.9	41.5	3.0	3.0	42.8	42.0	44.2	41.5

Tableau 34 Soins psychiatriques aigus : Nombre de journées enregistrées pour les pathologies sélectionnées

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	N	% attribuable au grp d'âge	
Tous (n=3'846)	96'489	68'345	70.8	15'254	15.8	12'890	13.4	
Diag. sélectionnés								
Dépression	17'328	12'945	74.7	2'541	14.7	1'842	10.6	
Alzheimer	7'159	64	0.9	2'222	31.0	4'873	68.1	
Autres démences	3'745	58	1.5	1'734	46.3	1'953	52.1	
Délirium	2'058	3	0.1	728	35.4	1'327	64.5	

DETAIL PAR PATHOLOGIE : PROVENANCE DES PATIENTS

Cf. Tableau 35

Globalement, 53% des patients âgés de 65-79 ans et 40% des 80+ ans sont admis en psychiatrie en provenance de leur domicile. Les séjours causés par une dépression ou la maladie d'Alzheimer se distinguent par une proportion plus élevée de patients provenant du domicile, en particulier chez les 65-79 ans. Pour ce qui est des séjours justifiés par un autre type de démence, environ un tiers des patients de 65-79 ans est transféré d'un autre service de psychiatrie. Sans surprise, malgré le nombre de cas restreints, on observe qu'une part significative des patients atteints de delirium est transférée depuis un service de soins somatiques. Finalement, un patient âgé de 80 ans ou plus sur cinq réside en EMS.

DETAIL PAR PATHOLOGIE : DESTINATION DES PATIENTS

Cf. Tableau 36

La majorité des patients âgés hospitalisés pour une dépression rentre à domicile à l'issue du séjour en soins psychiatriques. Par contre, les patients admis en psychiatrie en raison d'une démence ou d'un delirium semblent plus fréquemment orientés vers d'autres structures, notamment les EMS. Notons que ces observations reposent sur un nombre de cas restreints.

Tableau 35 Soins psychiatriques aigus : Provenance des patients pour les séjours attribuables à certaines des pathologies sélectionnées

	65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%
DEPRESSIONS				
Domicile	39	65.0	14	36.8
soins somatiques aigus : CHUV/autre	16	26.7	15	39.5
établ. de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	-	-	7	18.4
soins psychiatriques : CHUV/autre	5	8.3	2	5.3
ALZHEIMER				
Domicile	23	69.7	38	45.8
soins somatiques aigus : CHUV/autre	6	18.2	22	26.5
établ. de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	3	9.1	18	21.7
soins psychiatriques : CHUV/autre	1	3.0	5	6.0
AUTRES DEMENCES				
Domicile	8	25.8	16	34.8
soins somatiques aigus : CHUV/autre	10	32.3	17	37.0
établ. de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	3	9.7	12	26.1
soins psychiatriques : CHUV/autre	10	32.3	1	2.2
DELIRIUM				
Domicile	5	29.4	7	23.3
soins somatiques aigus : CHUV/autre	10	58.8	12	40.0
établ. de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	-	-	7	23.3
soins psychiatriques : CHUV/autre	2	11.8	4	13.3

Tableau 36 Soins psychiatriques aigus : Destination des patients pour les séjours attribuables à certaines des pathologies sélectionnées

Ici, seuls les séjours des patients provenant de leur domicile sont considérés.

	65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%
DEPRESSIONS				
retour à domicile	29	74.3	8	57.1
autre	10	25.7	6	42.8
MALADIE D'ALZHEIMER				
retour à domicile	7	30.4	7	18.4
autre	16	69.6	31	81.6
AUTRES DEMENCES				
retour à domicile	1	12.5	1	6.3
autre	7	87.5	14	93.7
DELIRIUM				
retour à domicile	1	20.0	3	42.9
autre	4	80.0	4	57.1

3.2.5 Patients âgés de 65 ans et plus : autres motifs d'hospitalisation

Cf. Tableau 37 et Figure 8

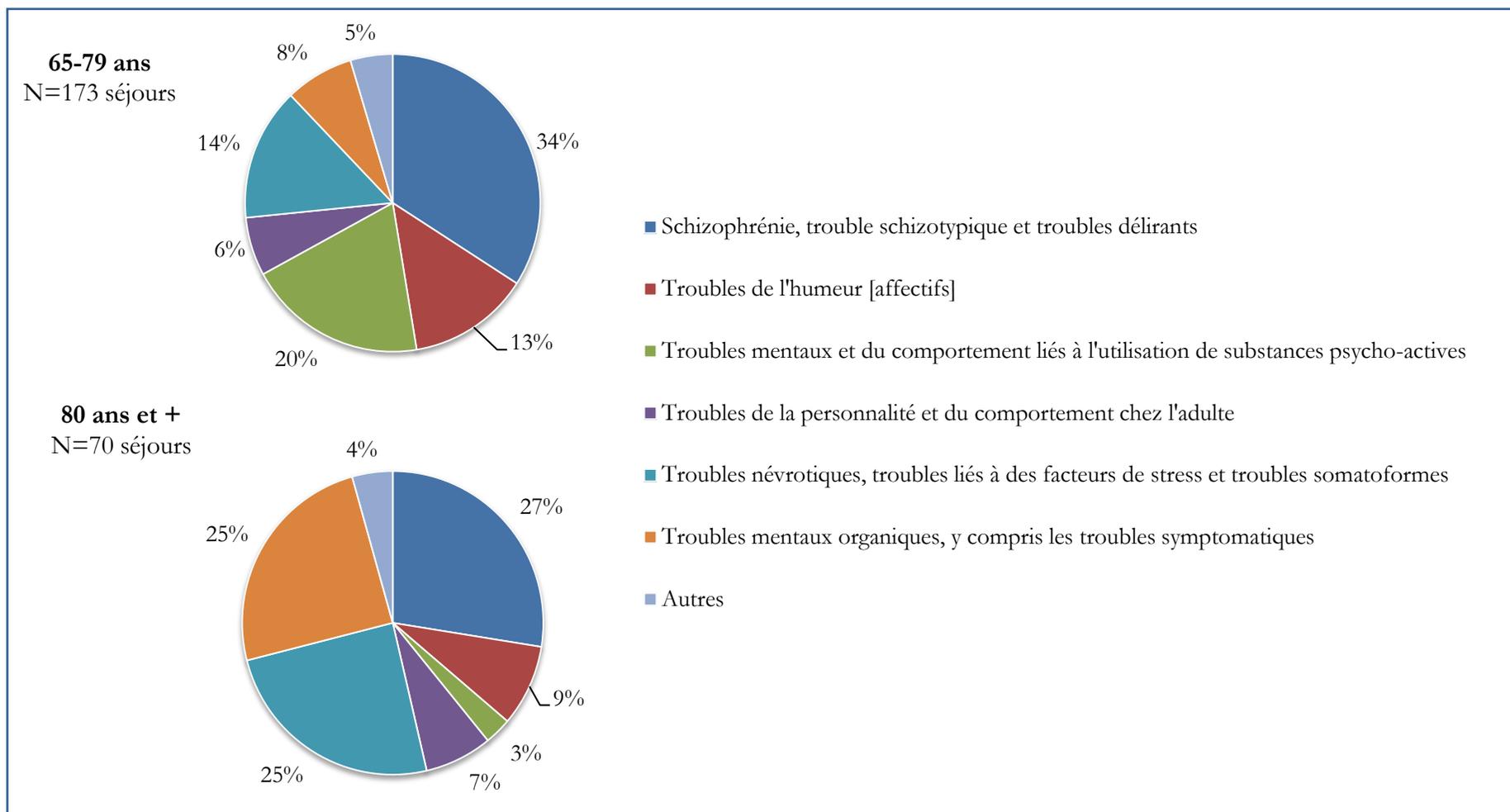
Comme mentionné précédemment, les diagnostics de dépression, de démence et de delirium sont source d'une petite moitié des hospitalisations psychiatriques chez les 65-79 ans. Les hospitalisations non justifiées par l'un de ces trois diagnostics sont pour un tiers liées aux troubles du spectre de la schizophrénie, suivis des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psycho-actives (20%), essentiellement l'alcool. Viennent ensuite les troubles anxieux et de l'adaptation (15%) et les troubles bipolaires (12%).

Chez les patients âgés de 80 ans et plus, les trois pathologies sélectionnées engendrent les trois-quarts des hospitalisations. Le quart restant est essentiellement expliqué à part égales par les troubles du spectre de la schizophrénie (28%), les troubles anxieux et de l'adaptation (25%) et les troubles mentaux organiques ne correspondant pas à un diagnostic de démence (25%).

Tableau 37 Soins psychiatriques aigus : Répartition des séjours non liés aux pathologies sélectionnées

	65-79 ans		80 ans et +	
	N séj.	%	N séj.	%
Total	314	100.0	267	100.0
Séjours avec diagnostic de pathologie liée au vieillissement	141	44.9	197	73.8
Autres séjours	173	55.1	70	26.2

Figure 8 Soins psychiatriques aigus : Groupe de diagnostics principaux des séjours non liés aux pathologies sélectionnées (CIM-10).



3.3 SEJOURS HOSPITALIERS DE REHABILITATION PSYCHIATRIQUE

3.3.1 Caractéristiques générales

Cf. Tableau 38

Les séjours en réhabilitation se caractérisent par une proportion élevée d'hospitalisations non volontaires chez les plus de 65 ans.

La durée moyenne des séjours de réhabilitation est de 26 jours, et montre un accroissement important avec l'âge, soit des valeurs proches de celles des séjours en soins psychiatriques aigus.

Tableau 38 Réhabilitation psychiatrique: Caractéristiques générales

<i>N</i> = 303 séjours	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N séj.	%	N	%	N	%	N	%
HOSPITALISATION NON VOLONTAIRE	60	19.8	18	7.8	23	46.9	19	86.4
	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
DUREE MOYENNE ET MEDIANE, en jours	26.1	21.0	21.0	20.0	41.0	31.0	47.0	37.0

3.3.2 Provenance et destination des patients

Cf. Tableau 39

Chez les plus jeunes (18-64 ans), la provenance est majoritairement le domicile ; néanmoins, 19 % des séjours sont liés à des transferts internes entre les différents secteurs du Département de psychiatrie du CHUV. Ces derniers se trouvent être, pour la plupart, des transferts depuis la psychiatrie aiguë.

Cette répartition se trouve être totalement différente pour les patients plus âgés. En effet, chez les 65 ans et plus, les transferts depuis un autre secteur, notamment la psychiatrie aiguë, représentent plus de 80 % des séjours.

Quant au lieu de séjour après la réhabilitation, l'âge semble là encore jouer un rôle important. Ainsi, plus des trois quart des patients de moins de 65 ans retournent à domicile. Cette proportion diminue chez les 65-79 ans (58%) et chute à moins de 20 % chez les 80 ans et plus.

En conséquence, chez les personnes des 65-79 ans et celles de 80 ans et plus, les deux autres principales modalités de prise en charge après la réhabilitation sont, d'une part, les EMS (respectivement 18% et 23%) et d'autre part les autres unités du Département de psychiatrie (respectivement 16% et 55 %). En ce qui concerne ces dernières, il est probable qu'une grande partie de ces transferts soient des reclassements en lit C d'attente de placement en EMS. Néanmoins, nous ne pouvons le vérifier car les séjours en lits C ne sont pas inclus dans les données fournies.

Tableau 39 Réhabilitation psychiatrique : Provenance et destination des patients

N = 303 séjours

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%
LIEU DE SEJOUR AVANT L'ADMISSION								
domicile	176	58.1	169	72.8	7	14.3	-	-
institution hospitalière (soins somatiques)								
CHUV – soins aigus	13	4.3	11	4.7	2	4.1	-	-
autre	3	1.0	3	1.3	-	-	-	-
institution hospitalière (soins psychiatriques)								
CHUV – autre secteur du département de psychiatrie	105	34.7	43	18.5	40	81.6	22	100.0
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	-	-	-	-	-	-	-	-
autre	6	2.0	6	2.6	-	-	-	-
LIEU DE SEJOUR A LA SORTIE								
domicile	215	71.0	182	78.5	29	58.2	4	18.2
institution hospitalière (soins somatiques)								
CHUV – soins aigus	2	0.7	1	0.4	1	2.0	-	-
autre	-	-	-	-	-	-	-	-
institution hospitalière (soins psychiatriques)								
CHUV – autre secteur du département de psychiatrie	23	7.6	3	1.3	8	16.3	12	54.5
établissement de santé non hospitalier médicalisé (EMS)	25	8.3	11	4.7	9	18.4	5	22.7
décès	2	0.7	-	-	1	2.0	1	4.6
autre	36	11.9	35	15.1	1	2.0	-	-

3.3.3 Diagnostic

Cf. Tableau 40

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Le nombre médian de diagnostics enregistrés lors des séjours en réhabilitation est de 1 ou 2 selon le groupe d'âge, soit similaire aux valeurs observées pour les séjours en soins psychiatriques aigus.

Chez les 18-64 ans, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, principalement l'alcool, sont la cause principale des séjours de réhabilitation (86%). Chez les très âgés, les troubles mentaux organiques (démences) et les autres affections dégénératives du système nerveux sont à l'origine de près de 80% des séjours. En revanche, la dispersion des diagnostics est plus marquée dans le groupe d'âge 65-79 ans : on y trouve en première position les troubles de l'humeur, suivis des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et des troubles du spectre de la schizophrénie, et enfin les troubles mentaux organiques et les autres affections dégénératives du système nerveux.

Tableau 40 Réhabilitation psychiatrique : Diagnostic principal (CIM-10)

	Tous		18-64 ans		65-79 ans		80 ans et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	303	100.0	232	100.0	49	100.0	22	100.0
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	210	69.3	199	85.8	11	22.5	-	-
Troubles de l'humeur [affectifs]	24	7.9	9	3.9	12	24.5	3	13.6
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	22	7.3	13	5.6	8	16.3	1	4.6
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	17	5.6	-	-	7	14.3	10	45.5
Autres affections dégénératives du système nerveux	14	4.6	-	-	7	14.3	7	31.8
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	8	2.6	4	1.7	3	6.1	1	4.6
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	7	2.3	7	3.0	-	-	-	-
Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité	1	0.3	-	-	1	2.0	-	-

4 DISCUSSION DES RESULTATS

Cette analyse descriptive de l'utilisation des séjours hospitaliers par les personnes âgées montre une situation différente dans les services de soins somatiques comparés aux services psychiatriques. Hors de l'activité pédiatrique et obstétricale, près de la moitié des séjours hospitaliers somatiques aigus au CHUV concerne des patients âgés de 65 ans et plus, ce qui confirme la part importante de l'activité hospitalière qui leur est dédiée. A ceci s'additionnent les séjours de réadaptation, respectivement d'attente de réadaptation, attribuables pour 80 % aux patients âgés. Finalement, il faut y ajouter les séjours d'attente de placement, en lit C, qui ne sont pas enregistrés dans la base de données à disposition, mais dont on sait qu'ils concernent essentiellement les personnes âgées de 80 ans et plus. En soins psychiatriques, la part des patients âgés est moins marquée, et, en raison de la nature différente de la prise en charge aiguë et subaiguë, on n'observe pas de manque de structures de réadaptation. Là encore, l'utilisation de lits C d'attente de placement ne peut être quantifiée par ces données.

La mise en perspective de ces résultats doit tenir compte du fait que les données utilisées ont été collectées en 2008, soit peu avant que les premières cohortes issues du baby-boom n'atteignent l'âge de 65 ans. La part d'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées, de même que leurs caractéristiques en termes de pathologies, de type de prise en charge ou de traitement vont probablement s'amplifier au cours de la prochaine décennie. Par ailleurs, la croissance du nombre de personnes âgées d'environ 65 ans prévue au cours des années 2010 se traduira par une augmentation importante des personnes de 80 ans et plus dès 2025 environ. Il peut ainsi être utile de distinguer les pathologies surtout liées aux personnes de 65-79 ans, qui exerceront une pression accrue sur le système de santé dans un avenir très proche et celles liées aux personnes plus âgées, dont les effets, bien que déjà présents, s'amplifieront encore dans une dizaine d'années.

4.1 PART ATTRIBUABLE AUX PERSONNES AGEES EN SOINS SOMATIQUES AIGUS

4.1.1 Caractéristiques selon le groupe d'âge

PATIENTS DE 65-79 ANS

Tout d'abord, cette analyse montre que les patients âgés de 65-79 ans sont comparables aux adultes plus jeunes pour un nombre limité de caractéristiques. Notamment, la proportion de séjours planifiés et celle de séjours comportant une intervention chirurgicale ne diminuent que chez les patients très âgés. Notons que ces deux paramètres sont en partie liés, puisque l'activité chirurgicale élective implique une admission planifiée.

En revanche, les patients de 65-79 ans ont un statut intermédiaire entre les adultes plus jeunes et les très âgés pour d'autres indicateurs, comme la proportion des séjours attribuables à une pathologie du vieillissement et l'orientation vers un séjour de réadaptation. Relevons encore que les pathologies circulatoires et tumorales pèsent fortement sur ce groupe d'âge, puisqu'elles sont à l'origine d'un tiers des séjours.

Finalement, les patients âgés de 65-79 ans sont comparables aux très âgés lorsqu'il s'agit du nombre de diagnostics enregistrés, de la durée de séjour et du taux de réadmission.

- Comparés aux patients de moins de 65 ans, les patients âgés (65+) présentent en moyenne 3 diagnostics supplémentaires. Ceci illustre l'apparition des maladies chroniques chez les adultes d'âge moyen, avant l'âge de 65 ans déjà. Il peut sembler étonnant que le nombre moyen de diagnostics enregistrés soit semblable dans les groupes d'âge 65-79 ans, et 80+ ans. Deux

hypothèses peuvent expliquer cette observation. Tout d'abord, les personnes âgées de 80 ans et plus représentent une sélection de survivants, ayant probablement joui d'une meilleure santé que les personnes décédées plus jeunes. Ensuite, il est probable que certains diagnostics typiquement gériatriques, affectant principalement les plus âgés, ne soient pas enregistrés durant le séjour en soins aigus. Notamment, un diagnostic de démence figure comme comorbidité chez seulement 10% des patients de 80 ans et plus. L'observation d'un plus grand nombre de diagnostics enregistrés durant les séjours de réadaptation soutient par ailleurs cette supposition, de même qu'une étude menée sur un collectif de patients déments admis en réadaptation. Une analyse des dossiers du séjour en soins aigus précédant la réadaptation a montré qu'un diagnostic de démence n'apparaissait que pour un tiers de ces patients (*Feretti M, 2010*).

- La durée moyenne de séjour en soins aigus est allongée de 4 jours chez les patients âgés (65+) par rapport aux plus jeunes. L'utilisation de l'hôpital pour ses prestations en soins aigus est donc accrue chez les personnes âgées, ce à quoi s'ajoute l'utilisation des séjours de réadaptation et des séjours en lit C.
- La proportion de séjours multiples au cours de l'année est plus élevée chez les patients âgés. L'orientation plus fréquente vers un séjour de réadaptation contribue à cette différence, deux séjours étant enregistrés lorsqu'un patient est admis en soins aigus puis en réadaptation. Elle n'en explique cependant pas la totalité puisqu'on constate également que les patients âgés (65+) sont plus à risque d'être réadmis en urgence dans les 30 jours après leur retour à domicile.

PATIENTS DE 80 ANS ET PLUS

Les patients très âgés présentent des caractéristiques particulières quant au type de recours à l'hôpital et à l'orientation au décours du séjour aigu.

- Une admission en urgence est enregistrée chez 75% des patients de 80 ans et plus, alors que ce n'est le cas que chez la moitié des patients plus jeunes. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette constatation : différences au niveau des pathologies, de leur stade de sévérité, de la prise en charge ou du contexte social. L'examen plus détaillé de quelques cas choisis parmi les pathologies sélectionnées (notamment cancer bronchique) n'a pas révélé de différences au niveau de la sévérité de la maladie ou de la survenue de complications, tels qu'elles pourraient être révélées par les diagnostics secondaires ou les traitements effectués. Le récent travail portant sur les prestations pré-hospitalières constatait également que si les patients âgés (65+ ans) arrivaient plus fréquemment en ambulance que les plus jeunes, le degré de sévérité de leurs cas était moindre (*Potin M, 2009*). Il semble ainsi que le contexte social et les répercussions de la maladie sur le fonctionnement global de la personne soient en cause.
- La patientèle très âgée se distingue aussi comme étant majoritairement constituée de patients domiciliés à Lausanne, le CHUV faisant office d'hôpital de proximité plutôt que de centre tertiaire. Cette observation est confirmée par le fait que les transferts en provenance d'autres hôpitaux diminuent avec l'âge. On peut postuler que des mesures médicales moins sophistiquées sont proposées à certains patients très âgés, en fonction du pronostic ou du profil de risque/bénéfice. Par exemple, les recommandations locales de prise en charge lors de suspicion d'AVC ischémique mentionnent une limite d'âge pour l'orientation vers le CHUV en vue d'une thrombolyse (*Michel P*). On observe également cette tendance en examinant l'admission aux soins intensifs du CHUV : le séjour dans cette unité concerne une proportion inférieure de patients très âgés, et, pour ceux qui y sont admis, la durée du séjour dans cette unité est plus courte que celle observée dans les deux groupes d'âge inférieurs.

4.1.2 Part attribuable aux pathologies sélectionnées

Comme mentionné ci-dessus, on peut s'attendre à une augmentation du nombre de « jeunes vieux » au cours des années 2010, entraînant une augmentation du nombre de « très vieux » dès 2025 environ. Il est ainsi utile de distinguer les pathologies surtout liées aux personnes de 65-79 ans et celles liées aux plus âgées, dans le but de planifier les ressources nécessaires à leur prise en charge en temps voulu.

Ce travail identifie les diagnostics de cardiopathie ischémique, de diabète, de BPCO, et d'arthrose (genou et hanche) comme affectant plus fréquemment le groupe d'âge 65-79 ans. Par contre, les séjours liés à l'insuffisance cardiaque, aux pneumonies, aux maladies hypertensives et aux fractures de hanche sont observés majoritairement chez les personnes très âgées.

Même si certaines de ces pathologies sont à l'origine d'un nombre de séjours non négligeables sur l'année 2008 (plus de 500 pour la cardiopathie ischémique, plus de 400 pour les pneumonies), l'ensemble des pathologies sélectionnées ne représente qu'un petit tiers des séjours, respectivement des journées d'hospitalisation, attribuables aux personnes âgées. Différents facteurs peuvent expliquer cette proportion relativement limitée. Notamment, les pathologies sélectionnées représentent des entités cliniques bien définies, correspondant à un petit nombre de codes diagnostiques.

L'analyse des séjours non liés aux pathologies sélectionnées et durant lesquelles il n'y a pas eu intervention chirurgicale montre que, chez les 65-79 ans, les actes médicaux spécifiques, notamment les chimiothérapies représentent des causes d'hospitalisation très fréquentes. Si l'on considère les chapitres de la CIM, les maladies du système circulatoire occupent la première place chez les 65-79 ans, notamment via les diagnostics de fibrillation auriculaire et de syncope, entre autres.

Chez les 80 ans et plus, les lésions traumatiques sont très fréquentes. Cependant, il y a une dispersion marquée des diagnostics, et la construction d'indicateurs supplémentaires est difficilement réalisable. Ces observations indiquent qu'en plus des pathologies classiquement associées au vieillissement, toute une série de pathologies qui nécessitent une prise en charge en urgence conduit également des personnes âgées à l'hôpital. Il serait ainsi réducteur d'estimer la part des ressources hospitalières attribuables aux personnes âgées sur la base de ces diagnostics classiques en alléguant que les autres raisons d'hospitalisation relèvent de conditions sociales défavorables (source de soins impossibles à domicile).

4.2 UTILISATION DE LA READAPTATION

La part des séjours en lit B de réadaptation s'élève à 8% dans le groupe d'âge 65-79 ans et à 16% chez les 80+ ans. Très grossièrement, on peut interpréter cette observation comme le fait qu'un patient très âgé sur six est admis en réadaptation au CHUV après une hospitalisation aiguë, une proportion finalement assez réduite. En comparaison aux patients âgés qui rentrent à domicile après le séjour en soins aigus, ceux qui sont orientés vers la réadaptation sont restés plus longtemps en soins aigus. Leur séjour en soins aigus est plus fréquemment attribuable à l'une des pathologies sélectionnées (39% vs 27% des séjours préalables en soins aigus). Finalement, ces patients présentent plus de comorbidités que les patients qui ne sont pas orientés vers la réadaptation.

Les données de routine dont nous disposons illustrent le fait que la capacité d'accueil en réadaptation au CHUV en 2008 ne correspondait pas aux besoins : On compte ainsi un séjour d'attente de réadaptation pour deux séjours de réadaptation. Il est probable que ces séjours d'attente soient peu favorables au reconditionnement des patients âgés, en l'absence de réelles prestations de réadaptation. La capacité d'accueil insuffisante en réadaptation induisait ainsi une utilisation inappropriée des lits aigus et une perte d'efficacité du système. Par ailleurs, il est possible que la durée totale du séjour de ces patients soit allongée par cette période d'attente.

Il est surprenant de constater que seuls 10% des patients de 80 ans et plus sont orientés vers un EMS à la sortie des soins aigus, respectivement 3% après un séjour de réadaptation. Comme mentionné dans les commentaires, ces proportions sont sous-estimées, puisque les séjours d'attente d'une place en EMS ne sont pas inclus dans la base de données à disposition. Pour comparaison, en 2008, les données enregistrées au CUTR Sylvana indiquent que 7% de patients sont admis en EMS pour un long séjour suite à leur séjour en réadaptation, auxquels il faut ajouter 2% de patients admis en court-séjour.

4.3 PART ATTRIBUABLE AUX PERSONNES AGEES EN SOINS PSYCHIATRIQUES

Contrairement à ce qui est observé en soins somatiques, les patients âgés de 65 ans et plus sont à l'origine de 16% des séjours aigus et de 24% des séjours de réhabilitation seulement et la fréquence des séjours multiples décroît avec l'avance en âge. Par contre, leurs séjours durent environ deux fois plus longtemps que ceux des patients âgés de moins de 65 ans. Les séjours des patients âgés se distinguent aussi par une majorité d'admissions non volontaires, par une proportion accrue d'admission de résidents d'EMS, et par une fréquence élevée de sorties vers un autre service du Département de Psychiatrie, parmi lesquelles des transferts vers un lit C d'attente de placement.

4.3.1 Caractéristiques selon le groupe d'âge

PATIENTS DE 65-79 ANS

Un quart des séjours est attribuable aux dépressions et aux troubles bipolaires, un autre quart est associé aux démences et delirium, tandis que les maladies du spectre de la schizophrénie représentent 19% des séjours et les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool presque 10%. Ainsi, les diagnostics enregistrés dans cette classe d'âge se distribuent d'une manière intermédiaire entre ce qui est observé chez les adultes plus jeunes et chez les très âgés.

PATIENTS DE 80 ANS ET PLUS

Les démences représentent la cause prépondérante d'hospitalisation psychiatrique chez les très âgés, puisqu'il s'agit du diagnostic principal chez la moitié des patients. Ce groupe d'âge se caractérise par une énorme proportion d'hospitalisations non volontaires (>90%), et par le fait qu'un patient sur cinq provient d'un EMS. Ceci peut s'expliquer par le fait que la majorité des résidents d'EMS souffrent de pathologies cognitives souvent associées à des troubles du comportement (*Zumbach S, 2009*).

Il est frappant de constater qu'une comorbidité somatique n'est que rarement enregistrée (<10% des séjours). Hormis l'hypertension, il s'agit en général de complications infectieuses (grippe et pneumonie). Au vu de la prévalence des maladies chroniques dans ce groupe d'âge, un sous-enregistrement est probable.

4.3.2 Part attribuable aux pathologies sélectionnées

Globalement, les pathologies sélectionnées (dépressions, démences, delirium) sont à l'origine de la moitié des hospitalisations psychiatriques chez les 65-79 ans et des trois-quarts chez les 80 ans et plus. Dans une perspective d'évolution démographique, il est à nouveau utile de séparer les pathologies selon le groupe d'âge qu'elles affectent. Chez les patients âgés de 65-79 ans, les pathologies dépressives, y inclus troubles bipolaires, sont un motif d'hospitalisation psychiatrique aussi fréquent que les démences. Il est probable que le vieillissement des cohortes issues du baby-boom entraînera une augmentation du nombre de personnes requérant une hospitalisation pour dépression. Les données indiquent que les troubles du spectre de la schizophrénie sont aussi un motif important d'hospitalisation en psychiatrie chez les personnes âgées, et que le nombre de personnes affectées par ces maladies augmentera également en lien avec l'évolution démographique. Chez les 80 ans et plus, les démences sont au premier plan. Au vu de leur survenue tardive, on peut postuler un accroissement progressif du nombre de personnes souffrant de démence, suivi d'une hausse marquée après les années 2020.

4.4 LACUNES ET LIMITES DES DONNEES

Les données de la statistique médicale présentent certaines lacunes qui compliquent l'étude du recours aux ressources hospitalières. Notamment, plusieurs facteurs contribuent à rendre difficile l'analyse du parcours des personnes âgées au sein de l'hôpital et vers les différentes institutions sanitaires.

- Les transferts entre les différents services du CHUV sont difficilement repérables car aucune variable ne permet de les identifier. Cependant, dès 2009, suite à la révision partielle de la Statistique médicale des hôpitaux, les variables 'mode d'admission' et 'décision de sortie' comprennent une nouvelle modalité : 'transfert interne'. Cette dernière est valable pour le transfert interne d'une division pour maladies aiguës vers une division pour maladies non aiguës (réadaptation ou gériatrie) au sein du même établissement ou pour les cas considérés comme étant en attente de placement.
- Il est surprenant de constater que seul 1% des patients de 80 ans et plus est enregistré comme provenant d'un EMS, alors que, dans le canton de Vaud, 20% des personnes de ce groupe d'âge y résident. Ceci soulève la question quant à la qualité de cette information.
- L'information quant à la destination à la sortie du CHUV ne différencie actuellement pas les courts-séjours des longs séjours en EMS ; il serait intéressant d'introduire une variable supplémentaire précisant le type d'hébergement envisagé.
- Il est difficile de quantifier la proportion de séjours d'attente de placement en EMS (lit C) car ces derniers ne sont pas inclus dans le relevé. Cette information serait néanmoins intéressante dans la mesure où elle permettrait d'évaluer le nombre moyen de jours qui s'écoulent entre le reclassement des patients en lit C et leur sortie vers un EMS.
- L'analyse du type de prise en charge après le séjour au CHUV est quelquefois difficile à déterminer. En effet, certaines informations quant à la destination et la prise en charge à la sortie sont collectées de manière équivoque. ex : Pour 6% des patients orientés vers un institut de réadaptation, la prise en charge à la sortie indiquée est « guéri, aucun besoin de suivi ».

Par ailleurs, le codage des données médicales par la CIM-10 présente d'importantes limites. Premièrement, les séjours liés à des syndromes gériatriques, comme les chutes ou les troubles cognitifs, sont difficilement identifiables au moyen du codage actuel des données. A cet égard, les modifications

de codage instaurées dès janvier 2011 au CHUV apporteront une information intéressante, sous la forme d'une variable correspondant au motif d'admission. L'examen du contenu de cette nouvelle variable permettra de juger de l'utilité de l'information ainsi collectée.

Ensuite, pour les patients en lit B, le codage diagnostique est peu favorable à l'analyse de la pathologie à l'origine du séjour de réadaptation. En effet, le code Z50.1 (autres thérapies physiques) utilisé pour la plupart des cas ne donne aucune indication sur l'affection à l'origine du séjour. La difficulté réside alors à aller rechercher le séjour antérieur en soins aigus afin de connaître le motif de l'hospitalisation.

En ce qui concerne les données relatives aux séjours en psychiatrie, celles-ci ne contiennent pratiquement pas d'informations sur les comorbidités somatiques des patients âgés.

Finalement, hormis la charge diagnostique, la Statistique médicale ne comprend pas d'information sur la lourdeur des cas, telles que les performances fonctionnelles et cognitives des patients par exemple, qui déterminent aussi leur orientation au décours du séjour aigu.

5 CONCLUSIONS

Ce travail montre la part importante de l'activité hospitalière dédiée aux personnes âgées, puisqu'elles sont à l'origine de la moitié des séjours aigus (tous services confondus) et des trois-quarts des séjours de réadaptation. Étonnamment, seul un séjour sur quatre est attribuable au « bouquet » de pathologies sélectionnées comme étant liées au vieillissement. Parmi les autres causes d'hospitalisation, les maladies cardiovasculaires sont prépondérantes dans le groupe d'âge 65-79 ans, tandis que les traumatismes sont un motif d'admission fréquent chez les 80 ans et plus. Les données ne permettent pas de distinguer les hospitalisations pour syndromes gériatriques ou liées aux répercussions de la maladie sur le fonctionnement global de la personne, qui surviennent typiquement chez les très âgés. En raison du vieillissement démographique, il faut s'attendre à une augmentation de la demande en soins aigus au cours de cette décennie, qu'elle soit ou non liée aux pathologies typiquement liées au vieillissement.

Les patients âgés de 80 ans et plus sont les principaux usagers des lits de réadaptation et d'attente de placement. L'analyse des données de 2008 témoigne d'une offre insuffisante en lits B. En effet, à l'issue d'un séjour aigu au CHUV, un patient sur deux pour qui un transfert en- réadaptation est prévu ne peut y être admis directement, mais y sera transféré après une attente d'environ 7 jours. L'utilisation des lits C n'a pu être quantifiée précisément au moyen des données disponibles, mais indique un manque de structures de soins de longue durée. Cette pénurie s'est sans doute vue soulagée, du moins de manière temporaire, par l'ouverture de nouvelles structures d'accueil sur la période 2008-2011. Cependant, il est à prévoir que la demande en réadaptation stationnaire et en soins de longue durée augmente encore, en particulier dès 2020-2025.

Globalement, les services d'hospitalisation psychiatrique dédient une moindre part de leur activité aux patients âgés. Cependant, on observe de manière caractéristique chez les 80 ans et plus un recours aux séjours psychiatriques aigus lié aux pathologies cognitives, avec une proportion importante de transferts entre EMS et hôpital psychiatrique.

L'arrivée à un grand âge des nombreuses cohortes issues du baby-boom ayant pour corollaire attendu une augmentation du nombre de personnes souffrant de démence, il faudra doter les structures de long séjour de ressources suffisantes et adaptées de manière à ne pas surcharger les unités de soins aigus psychiatriques.

Ce travail met également en évidence les limites des données de routine disponibles pour décrire l'utilisation des soins hospitaliers par les personnes âgées, en dépit de la place importante qu'elles occupent au sein de l'hôpital. Certaines informations cruciales font défaut, tant au niveau de la documentation des diagnostics que des transferts au sein de l'hôpital. En réadaptation notamment, la saisie d'un diagnostic principal reflétant la pathologie ayant mobilisé la plus grande part de ressources, accompagné d'une variable indiquant la pathologie source de l'admission en soins aigus, serait plus utile que le codage actuel. En psychiatrie, l'enregistrement des diagnostics somatiques permettrait de mieux caractériser la patientèle. Par ailleurs, d'autres données concernant notamment les performances fonctionnelles et cognitives seraient requises pour mieux définir le profil des patients âgés et leurs besoins potentiels en soins au décours de l'hospitalisation.

Les diverses modifications de la statistique médicale introduites sur la période 2008-2011 combleront probablement certaines de ces lacunes, tout en restant insuffisantes pour aboutir à un système d'information approprié pour étudier une patientèle vieillissante.

6 REFERENCES

- 1 Ahmed NN, Pearce SE. Acute care for the elderly: A literature review. *Popul Health Manag* 2010; 13 (4): 219-225.
- 2 Ferretti M et al. New diagnoses of dementia among older patients admitted to postacute care. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11:371-6.
- 3 Michel P et al. Protocole : Prise en charge pré-hospitalière de la suspicion d'AVC et d'AIT, « Filière thrombolyse AVC », Service de Neurologie, DMI.
- 4 Office fédéral de la statistique, Division Économie spatiale, environnement, santé. Variables de la statistique médicale Spécifications valables dès 2009. Neuchâtel, 2008.
- 5 Office fédéral de la statistique, Section de la santé. Hospitalisations 2008, Résultats choisis. Neuchâtel, 2010.
- 6 Office fédéral de la statistique, Section de la santé. Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros) Statistique médicale des hôpitaux. Neuchâtel, 2005.
- 7 Paccaud F et al. Vieillesse : éléments pour une politique de santé publique. Un rapport préparé pour le Service de la santé publique du canton de Vaud par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2006.
- 8 Potin M et al. Urgences gériatriques pré-hospitalières: étude rétrospective des interventions des ambulances et des SMUR sur 5 ans.(abstract) In: 77. *Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin, Basel, 13.-15. Mai 2009*. Forum Médical Suisse 9(Suppl. 46), 65S-66S, 2009.
- 9 Santos-Eggimann B. Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases. *BMJ*. 2002 ;324:1186-7.
- 10 Seematter-Bagnoud L et al. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel 2008.
- 11 Weaver F et al. Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel 2008.
- 12 Zumbach S. Psychiatrie de liaison dans les EMS fribourgeois. *Rev Med Suisse*. 2009;5:1388-91.

7 METHODOLOGIE

7.1 SOURCE DES DONNEES

Les informations du présent rapport sont issues des données transmises par le CHUV au Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistiques (SCRIS) dans le cadre du programme de relevé du projet « Statistique des établissements de santé ».

Ce programme annuel s'appuie sur le recensement et le regroupement obligatoires des données administratives et médicales relatives aux séjours dans l'ensemble des établissements de santé suisses. Il a pour objectif de fournir les indicateurs administratifs, épidémiologiques et statistiques nécessaires aux instances fédérales et cantonales mais aussi aux établissements hospitaliers eux-mêmes.

Les données ayant servi à l'élaboration de ce rapport sont plus particulièrement issues de la « Statistique médicale des hôpitaux » et recensent, de manière exhaustive, les informations relatives aux séjours hospitaliers enregistrés au CHUV durant l'année 2008 dans les unités de soins aigus et réadaptation somatiques, ainsi que de soins aigus et réhabilitation psychiatriques. Jusqu'en 2008, les séjours semi-hospitaliers en soins somatiques font également partie de ce relevé annuel.

Sont donc inclus dans le fichier :

- les séjours pour affection aiguë nécessitant la mise en œuvre de mesures médicales continues et intensives (lits A).
- les séjours pour affections aiguës ou non stabilisées nécessitant la mise en œuvre de traitements médicaux, de mesures de réadaptation ou de soins palliatifs (lits B).

Sont exclus :

- les prises en charge d'ordre ambulatoire
- les séjours pour affections chroniques pour lesquelles l'hospitalisation se justifie par la nécessité de soins ainsi que de prestations permettant de pallier, maintenir, voire récupérer la perte de leur autonomie (lit C - attente de transfert EMS).

Il est à noter que les données relatives aux hospitalisations en psychiatrie sont complétées par un questionnaire complémentaire fourni de manière facultative par les établissements de soins. Celui-ci contient notamment des précisions quant à certaines des informations apportées par le questionnaire de base. En ce qui concerne l'année 2008, le questionnaire complémentaire est manquant pour 109 séjours hospitaliers (en majorité des séjours de moins de 24 heures liés à des transferts dans une autre unité du Département ou un autre établissement).

7.2 CRITERES D'EXCLUSION SPECIFIQUES A L'ANALYSE

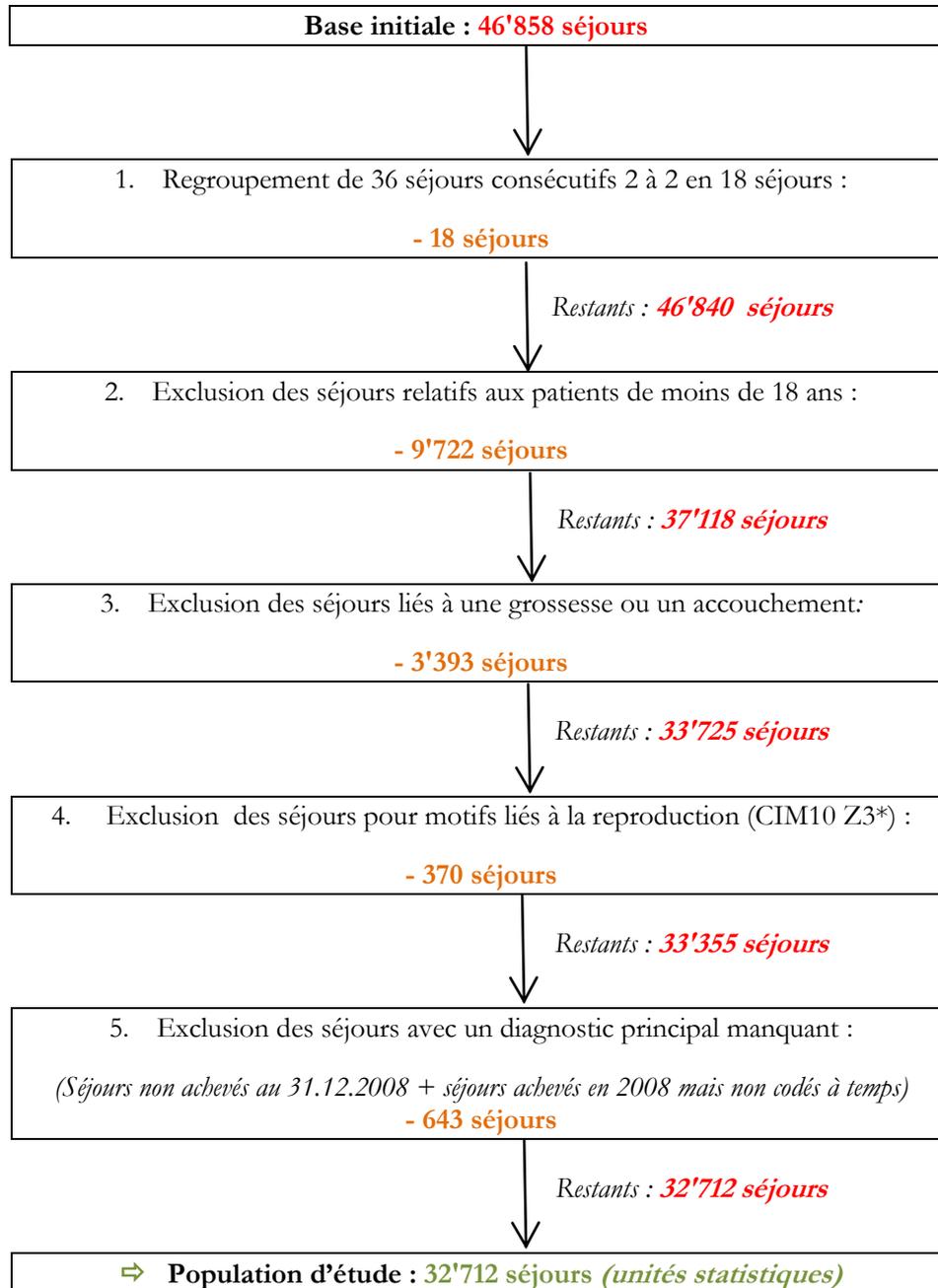
A partir du fichier initial, nous avons décidé d'exclure tous les séjours non pertinents pour l'étude des séjours hospitaliers des personnes âgées. Ainsi, pour ce rapport, nous n'avons pas tenu compte des séjours:

- des personnes de moins de 18 ans.
- non achevés au 31.12.2008^o.
- achevés en 2008 mais non enregistrés dans les délais impartis pour le bouclage.
- liés à une grossesse ou un accouchement (CIM-10 O00-O99). *concerne uniquement le somatique*
- pour motifs liés à la reproduction (CIM-10 Z3*). *concerne uniquement le somatique*

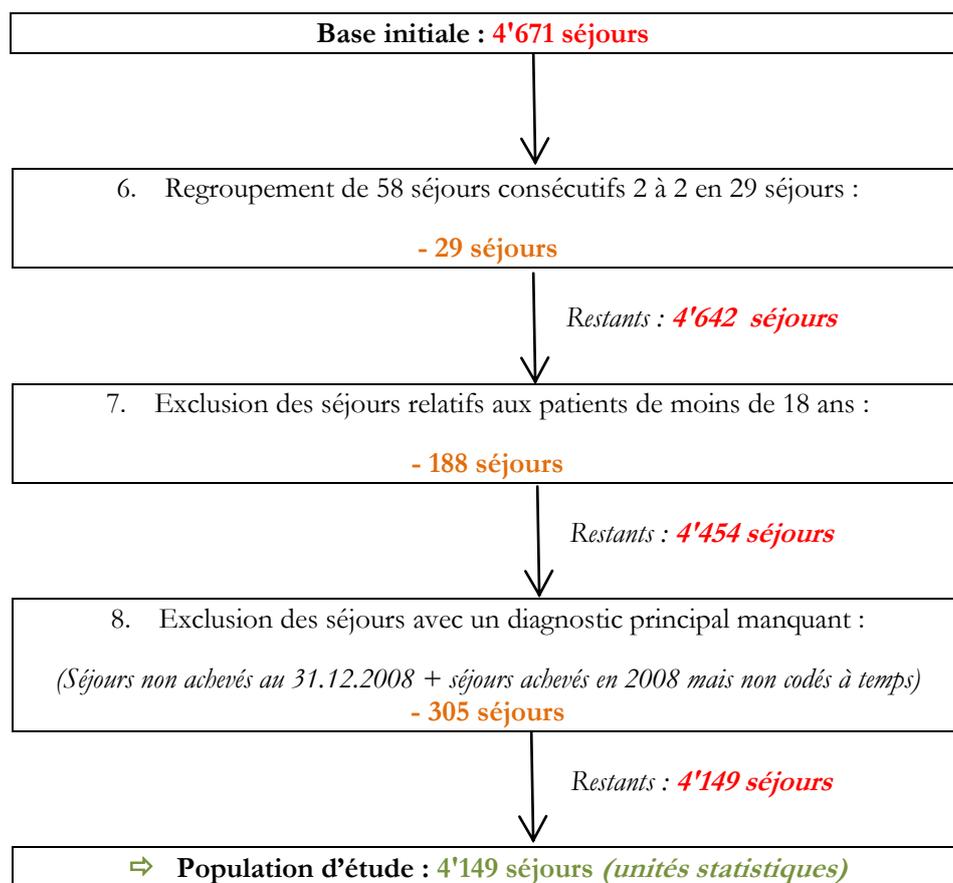
^o En effet, l'enregistrement complet du séjour étant établi au moment de la sortie du patient, il en résulte que les données médicales relatives aux séjours non achevés au 31.12.2008 sont manquantes.

7.2.1 Schéma des étapes de préparation des données

SOINS SOMATIQUES



PSYCHIATRIE



7.3 TRAITEMENT DES SEJOURS HOSPITALIERS CONSECUTIFS

On décide de réunir en un seul séjour les enregistrements remplissant les 4 conditions suivantes:

- prise en charge = séjour hospitalier
- même diagnostic principal
- même centre de prise en charge des coûts^p
- 6 heures maximum entre la date de sortie du premier séjour et la date d'admission du deuxième séjour

Ainsi, 36 séjours des données somatiques et 58 séjours de psychiatrie doivent être regroupés respectivement en 18 et 29 séjours. Il est à noter que 2'696 séjours hospitaliers en soins somatiques, ainsi que 381 séjours hospitaliers en psychiatrie, sont des séjours consécutifs (≤ 6 heures) avec changement de diagnostic ou prise en charge.

^p Ceci entraîne que deux séjours consécutifs, l'un en soins aigus, l'autre en réadaptation restent distincts, conformément à la « Révision partielle de la statistique médicale des hôpitaux » de l'OFS, datée du 30 juin 2008 (cf. page 3 et 9).

7.4 TRAITEMENT DES CAS PARTICULIERS DU CHANGEMENT DE GROUPE D'AGE EN COURS D'ANNEE

Pour 179 patients des unités somatiques, le groupe d'âge change en cours d'année (passage de 18-64 ans à 65-79, ou de 65-79 à 80 ans et +). En effet, l'âge initial étant calculé à partir du jour, du mois et de l'année de naissance du patient, celui-ci peut varier en cours d'année si la date d'anniversaire se situe entre deux séjours.

Afin de ne pas prendre en compte plusieurs fois ces mêmes patients lors des analyses portant sur les nombres de patients par groupe d'âge, nous avons décidé d'attribuer tous les séjours d'un patient au même groupe d'âge. Nous avons donc attribué tous les séjours d'un même patient au groupe d'âge du premier séjour.

7.5 DIAGNOSTICS ET INTERVENTIONS

Chaque séjour est lié à un ou plusieurs diagnostics et traitements :

Le diagnostic principal, défini selon l'OMS comme « l'affection qui, au terme du traitement, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits » peut être complété par des diagnostics supplémentaires. Ces derniers sont utilisés dans le cas d'une maladie ou lésion, concomitante avec le diagnostic principal ou qui apparaît pendant l'hospitalisation et qui remplit l'une des caractéristiques suivantes:

- *le diagnostic nécessite un examen clinique exigeant.*
- *le diagnostic nécessite un examen diagnostique exigeant.*
- *la maladie ou lésion nécessite des ressources sensiblement accrues (suivi, soins, surveillance et / ou ressources médicales).*

Sont considérés comme exigeants : les adaptations de thérapie, les changements de thérapie et les mesures invasives liées à cette maladie ou lésion (OFS, *Le manuel officiel des règles de codage en Suisse, Version 2.0, 2008*).

L'ensemble de ces diagnostics est codé conformément à la CIM-10 (*Classification Internationale des Maladies de l'OMS, Dixième révision*).

Exemple tiré du manuel de codage (OFS, version 2009):

Une patiente est hospitalisée pour le traitement d'une leucémie myéloïde chronique (LMC sans rémission). Dix ans auparavant, elle a été opérée d'une lésion au ménisque et n'en a plus souffert depuis. Elle souffre par ailleurs d'une affection coronarienne, pour laquelle elle reçoit un traitement médicamenteux durant son hospitalisation. L'examen échographique visant à contrôler les ganglions lymphatiques abdominaux ne révèle rien d'autre qu'un myome utérin, déjà connu. Ce myome ne nécessite pas d'autres investigations, ni de traitements. Pendant son hospitalisation, la patiente a une réaction dépressive, qui est traitée avec des antidépresseurs. Elle bénéficie aussi d'une physiothérapie pour la soulager d'une lombalgie persistante.

Diagnostic Principal	C92.10	Leucémie myéloïde chronique, sans mention de rémission complète
Diagnostics supplémentaires	F32	Episode dépressif
	M54.86	Autres dorsalgies, région lombaire
	I25.19	Cardiopathie artérioscléreuse, sans précision

Ici, Codes CIM-10 GM (German Modification), version obligatoire en Suisse depuis le 1er janvier 2011 pour le codage des diagnostics.

Les autres diagnostics (myome utérin et statut après l'opération du ménisque) ne remplissent pas les conditions nécessaires et ne sont par conséquent pas codés.

Le traitement principal est défini par l'OFS comme « la procédure chirurgicale (ou éventuellement médicale) ou la mesure diagnostique majeure induite par le diagnostic principal, ou encore la mesure qui s'est révélée la plus décisive pour l'établissement du diagnostic ou le processus de guérison ».

L'OFS donne pour directive d'ajouter au traitement principal les éventuels traitements supplémentaires effectués soit dans le cadre du diagnostic principal soit dans le cadre de diagnostics supplémentaires.

L'ensemble des interventions est codé selon la liste des codes d'opérations, procédures et mesures thérapeutiques et diagnostiques contenues dans la CHOP (*Classification suisse des interventions chirurgicales, traduction et adaptation suisse du volume 3 de la classification américaine ICD-9-CM*).

7.5.1 Identification des diagnostics de pathologies liées au vieillissement

Après avoir sélectionné certaines pathologies liées au vieillissement, une liste des codes diagnostics principaux liés à ces pathologies a été établie (cf. tableau ci-après).

Cependant, les règles de codage des diagnostics entraînent que dans certains cas la pathologie sous jacente est codée en tant que diagnostic supplémentaire. Par exemple, en cas d'hospitalisation suite à une complication, un contrôle, une récurrence ou un traitement par chimio- ou radiothérapie d'une tumeur, cette dernière sera indiquée dans les diagnostics supplémentaires et la cause actuelle du séjour (ex : séance de radiothérapie) figurera en tant que diagnostic principal.

Exemple tiré du manuel de codage de l'OFS :

Diagnostic principal = motif d'hospitalisation, c'est-à-dire	
<ul style="list-style-type: none">• Tumeur primaire• Tumeur supplémentaire• Tumeur récidivante• Complication	} faisant l'objet de soins
<ul style="list-style-type: none">• Chimiothérapie/radiothérapie• Examen(s) de contrôle	
Diagnostic(s) supplémentaire(s)	
<ul style="list-style-type: none">• La tumeur encore existante	
ou	
<ul style="list-style-type: none">• L'existence passée de la tumeur (antécédents, Z85.-)	

Le tableau de la page suivante liste les différents codes diagnostics utilisés pour la sélection des pathologies du rapport.

SOINS SOMATIQUES : Codes diagnostics associés aux pathologies liées au vieillissement (CIM-10, OMS)

Pathologies sélectionnées	Diagnostic principal	Diag. principal si la pathologie d'intérêt figure parmi les diag. supplémentaires	
Cancer colorectal	C18, C19, C20	K56.5	C77, C78, C79, D63.0, D70, M49.5, M90.7, Z08, Z45.2, Z51.0, Z51.1, Z51.2, Z51.5
Cancer broncho-pulmonaire	C34	I87.1, J18, J96, R04.2, R04.8, R06, R07.4	
Cancer du sein	C50		
Cancer de la prostate	C61	N13, N42.1, R31, R33	
Diabète <i>Diabète Type I / Type II</i>	E10, E11, E12, E13, E14 <i>E10 / E11</i>	I70.2, L97	
Parkinson	G20		
Accident ischémique transitoire	G45	I65	
Infarctus du myocarde	I21, I22, I23	I20.0, I46.0, I47, I48, I49	
Cardiopathie chronique ischémique	I25.0, I25.1, I25.8, I25.9		
Insuffisance cardiaque	I50		
Accident vasculaire cérébral hémorragique	I61, I62	G40, G41	
Accident vasculaire cérébral ischémique	I63		
Accident vasculaire cérébral sans autres précisions	I64		
Maladie hypertensive	I10, I11, I12, I13, I14, I15		
Pneumonie grippale	J10.0, J11.0		
Pneumonie virale	J12		
Pneumonie bactérienne	J13, J14, J15		
Autre pneumonie	J16, J17, J18		
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	J42, J44	J96	
Emphysème	J43		
Asthme	J45		
Coxarthrose	M16		
Gonarthrose	M17		
Fracture de la hanche	S72.0, S72.1	S72	

PSYCHIATRIE : Codes diagnostics associés aux pathologies liées au vieillissement (CIM-10)

Pathologies sélectionnées	Diagnostic principal
DEPRESSIONS	
- Episode dépressif (léger, moyen, sévère)	F32
- Trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger, moyen, sévère)	F33
DEMENCES	
- Maladie d'Alzheimer	F00, G30
- Démence vasculaire	F01
- Démence au cours d'autres maladies (Parkinson, Pick, Huntington,...)	F02
- Démence sans précision	F03
DELIRIUM (non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives)	
- Délirium surajouté à une démence	F05.1
- Délirium non surajouté à une démence	F05.0
- Autre forme de délirium	F05.8, F05.9

7.5.2 Identification des interventions sélectionnées (données somatiques uniquement)

Afin de correctement évaluer le nombre de séjours liés aux interventions choisies, nous avons considérés non seulement le traitement principal, mais aussi les traitements supplémentaires.

En effet, nous avons observé que dans certains cas, une intervention telle qu'une pose de prothèse de hanche, ou encore un pontage coronarien, est codée en tant que traitement supplémentaire, le traitement principal est alors un geste technique associé à cette intervention (ex : ablation de matériel implanté dans l'os du fémur, greffe osseuse ...). Nous avons donc décidé de considérer ces séjours comme associés à l'intervention « pose de prothèse de hanche » (ou pontage suivant le cas). Après vérifications sur l'ensemble des données, on décide de procéder ainsi pour tous les traitements sélectionnés pour le rapport.

Le tableau ci-dessous indique les différents codes de traitements utilisés pour l'identification des interventions choisies pour le rapport :

SOINS SOMATIQUES : Codes correspondant aux interventions chirurgicales sélectionnées (CHOP)

Interventions chirurgicales sélectionnées	Code du trait. principal ou de l'un des traitements supplémentaires
PTCA ou artériectomie coronaire avec ou sans insertion de stent(s) coronaires	00.66
Anastomose de pontage pour revascularisation du cœur	36.1
Hémodialyse	39.95
Prothèse totale ou partielle de la hanche	81.51, 81.52
Prothèse totale du genou	81.54

7.6 TRAITEMENT DES SEJOURS ATTRIBUES A DEUX PATHOLOGIES

Après la création des variables indicatrices liées aux pathologies sélectionnées, 18 séjours se sont vu attribuer un double indicateur de diagnostic. Afin qu'un séjour soit classé sous un seul diagnostic principal, nous avons décidé de traiter ces différents cas de la manière suivante :

- diagnostic de cancer du colon et de cancer de la prostate : 1 séjour

On décide d'attribuer le séjour à l'indicateur de cancer de la prostate car c'est la pathologie la plus fréquente des deux.

- diagnostic de cancer broncho-pulmonaire et de cancer du sein : 1 séjour

Pour la même raison que dans le cas précédent, on décide d'attribuer le séjour à l'indicateur de cancer du sein.

- diagnostic d'accident vasculaire cérébral hémorragique et d'accident vasculaire cérébral ischémique : 1 séjour

On décide d'attribuer le séjour à l'indicateur d'accident vasculaire cérébral ischémique parce que d'une part c'est la pathologie la plus fréquente des deux, et d'autre part, parce que le code CHOP de traitement chirurgical principal associé à ce séjour est en lien avec ce diagnostic.

- diagnostic de cancer broncho-pulmonaire et diagnostic d'autre pneumonie : 15 séjours

En réalité, le code de diagnostic principal indique une pneumonie mais un cancer broncho-pulmonaire figure par conséquent dans les diagnostics supplémentaires. La maladie sous-jacente ayant entraîné la pneumonie et l'hospitalisation étant très probablement le cancer, on décide d'attribuer ces séjours à l'indicateur de cancer broncho-pulmonaire.

- diagnostic de cancer broncho-pulmonaire et un diagnostic de BPCO : 4 séjours

Ces 4 séjours ont un diagnostic principal d'insuffisance respiratoire. On suppose que le diagnostic de broncho-pneumopathie chronique obstructive a précédé celui du cancer et on décide donc de classer ces séjours sous le diagnostic le plus récent des deux : le cancer broncho-pulmonaire.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral sans autre précision ne concernant qu'un seul séjour, celui-ci a été regroupé avec les accidents vasculaires cérébraux ischémiques dans les tableaux de résultats.

7.7 CALCUL DE LA DUREE DE SEJOUR

$\begin{aligned} & \text{Durée (en jours)} \text{ } ^9 \\ & = \\ & \text{Date de sortie} - \text{Date d'admission} - \text{Jours de congés éventuels} + 1 \end{aligned}$
--

⁹ Définition issue du site du SCRIS, *Définitions : Statistique médicale* (www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/6234/3/F/Stat-med_Definitions.pdf)

7.8 CAS PARTICULIERS : SEJOURS HOSPITALIERS DE MOINS DE 24 HEURES

Cf. intranet «Support Gestion Administrative des Patients », procédure «Règles et directives relatives aux admissions et mouvements particuliers», p.44

Ensemble des séjours qui, malgré leur durée inférieure à 24 heures, remplissent une condition particulière amenant à les considérer comme hospitaliers. Ainsi, on retrouve l'un des critères suivants pour ces séjours :

- moins de 24 heures et décès
- moins de 24 heures et transfert dans un établissement de soins aigus conventionné
- moins de 24 heures et présence à minuit et passage dans une unité d'hospitalisation
- moins de 24 heures et présence à minuit aux urgences et intervention au bloc opératoire

7.9 CLASSEMENT DES SEJOURS SELON LA PROVENANCE ET LA DESTINATION

Parmi les données fournies à l'OFS dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux figurent le lieu de séjour avant l'admission et après la sortie du CHUV (domicile, autre institution hospitalière, EMS...), sans renseignement précis sur l'éventuel établissement de soins qui accueille ou envoie le patient. Néanmoins, le SCRIS demande de compléter cette information par le nom de l'établissement de provenance ou destination lorsque celui-ci est un établissement de soins (CHUV, HUG, Clinique de Montchoisi...). Par conséquent, ce dernier est aussi inclus dans les données à notre disposition.

Ces deux informations réunies nous ont permis de déterminer le lieu de séjour avant et après le séjour au CHUV. Nous avons également utilisé l'information concernant le code diagnostic afin d'identifier les séjours en soins aigus s'achevant par un transfert interne (destination = CHUV) qui se voient reclassés en attente de placement vers un établissement adéquat (code diagnostic principal Z751 pour le séjour qui suit).

7.10 CALCUL DU NOMBRE DE SEJOURS CUMULES SUR L'ANNEE 2008

Ce calcul tient compte des cas aigus et de réadaptation quel que soit le diagnostic principal. C'est le nombre de séjours enregistrés, et donc achevés, en 2008 pour un même patient, répondant à l'un des deux critères suivants :

- séjours non consécutifs : délai de plus de 6 heures entre deux séjours.
- séjours consécutifs mais avec changement de diagnostic principal ou de type de cas (aigu vs réadaptation).

7.11 CALCUL DU NOMBRE DE READMISSIONS

$$\boxed{\text{TAUX DE READMISSIONS} = \text{NB READMISSIONS (a)} / \text{NB SEJOURS INITIAUX (b)}}$$

(a) séjours hospitaliers avec admission en urgence, d'une durée de 24 heures minimum, faisant suite à un premier séjour dans un délai supérieur à 6 heures et inférieur à 30 jours.

(b) séjours hospitaliers avec sortie antérieure au 1er décembre 2008, d'une durée de 24 heures minimum et s'achevant par le renvoi à domicile (domicile = canton VD).