



Réadmissions précoces aux urgences chez les plus de 75 ans : épidémiologie et facteurs de risque

Delphine Carniello

► To cite this version:

Delphine Carniello. Réadmissions précoces aux urgences chez les plus de 75 ans : épidémiologie et facteurs de risque. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01904944

HAL Id: dumas-01904944

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01904944>

Submitted on 25 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Réadmissions précoces aux urgences chez les plus de 75 ans :
épidémiologie et facteurs de risque.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2017

Par Madame Delphine CARNIELLO

Née le 19 septembre 1989 à Ales (30)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine

Président

Monsieur le Professeur PAPAIZIAN Laurent

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Madame le Docteur DELALANDE Géraldine

Assesseur

**Réadmissions précoces aux urgences chez les plus de 75 ans :
épidémiologie et facteurs de risque.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2017

Par Madame Delphine CARNIELLO

Née le 19 septembre 1989 à Ales (30)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine

Président

Monsieur le Professeur PAPAZIAN Laurent

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Madame le Docteur DELALANDE Géraldine

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiatisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

	FIECHI Marius	PENE Pierre
	FIGARELLA Jacques	PIANA Lucien
	FONTES Michel	PICAUD Robert
	FRANCOIS Georges	PIGNOL Fernand
	FUENTES Pierre	POGGI Louis
	GABRIEL Bernard	POITOUT Dominique
	GALINIER Louis	PONCET Michel
MM	POYEN Danièle	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jean-Claude	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SERRATRICE Georges	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	
	VANUXEM Paul	
	VERVLOET Daniel	
	VIALETES Bernard	
	VIGOUROUX Robert	
	WEILLER Pierre-Jean	

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs

DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs

MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs

O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs

P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs

C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président

F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs

A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs

H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur

W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs

S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs

E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre		
Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre		
Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
		LE TREUT Yves-Patrice
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
		LEHUCHER-MICHEL Marie-
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
		MARANINCHI Dominique
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
		METZLER/GUILLEMAIN
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent
ANDRE Nicolas
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine
BACCINI Véronique
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole

CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikael

FABRE Alexandre
FOUILLOUX Virginie
FRERE Corinne
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GAUDY/MARQUESTE Caroline
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GREILLIER Laurent
GRISOLI Dominique
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
JOURDE CHICHE Noémie
KASPI-PEZZOLI Elise
KRAHN Martin
L'OLLIVIER Coralie

LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude
LAGIER Jean-Christophe
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu

MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SOULA Gérard
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
TROUSSE Delphine
VALLI Marc
VELLY Lionel
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAÏM Caroline
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite
octobre 2016)
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme

STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
LAGIER Aude (MCU-PH)	
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)	ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)
	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ALBANESE Jacques (PU-PH) AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre BRUDER Nicolas (PU-PH) KERBAUL François (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre MICHEL Fabrice (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH) PAUT Olivier (PU-PH)	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) ENJALBERT Alain (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH) VELLY Lionel (MCU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHIEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803 BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
ANDRE Nicolas (MCU-PH)	BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A l'ensemble de mon jury de thèse :

A Monsieur le Professeur Antoine ROCH,

Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse et d'en accompagner tout le travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre aide et la pertinence de vos conseils. Puisse ce travail être le premier d'une longue série !

Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir permis d'être là devant vous aujourd'hui et demain dans votre service.

A Monsieur le Professeur Laurent PAPAZIAN,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie.

La richesse de votre savoir, votre rigueur intellectuelle et vos qualités humaines demeurent exemplaires pour tous les internes et jeunes médecins.

A Madame le Docteur Aurélie DAUMAS,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre regard pertinent sur le sujet.

A Madame le Docteur Géraldine DELALANDE,

Votre aide attentive s'est révélée dès le début très précieuse, et continuera à l'être au quotidien dans le service des urgences. Merci pour votre présence aujourd'hui.

A Madame le Docteur Maeva DELAVEAU,

Tu m'as fait l'honneur et l'amitié de diriger ce travail.

Merci pour ta disponibilité, ton écoute de chaque instant et ta gentillesse.

Merci de m'avoir soutenue dans les moments de doute et de m'avoir fait confiance.

A Monsieur le Docteur Jean-Marie FOREL,

Votre collaboration attentive et chaleureuse, votre grande disponibilité et votre bienveillance m'ont beaucoup apporté. Merci pour votre aide.

A tous les médecins des urgences de l'hôpital Nord,

Vous avez su me faire partager vos connaissances, votre expérience professionnelle, et votre passion pour la médecine d'urgence.

Merci pour tous les moments déjà passés et ceux à venir.

A mes parents et ma sœur,

Pour votre aide si précieuse à la rédaction de ce travail, votre accompagnement au quotidien et votre soutien permanent depuis le premier jour.

Vous m'avez fait confiance et m'avez soutenue dans tous mes choix de vie, sans quoi je ne serai pas là aujourd'hui.

A ma famille,

Pour votre aide et votre soutien sans faille depuis de longues années.

Vous avez tous été un repère infailible qui m'a guidé jusqu'à ce jour symbolique fort de sens et d'émotion.

A François-Xavier, mon fiancé,

Pour ton aide indispensable, ta présence, et ta compréhension au quotidien.

A mes amis,

Pour votre soutien et votre amitié malgré la distance et les années d'études.

A tous mes co-internes,

Pour votre bonne humeur, votre amitié, et tous les souvenirs de ces années d'internat.

A tous les médecins qui ont fait naître en moi cette belle vocation et m'ont appris les vraies valeurs de la médecine.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
METHODE.....	6
1. Description de l'étude	7
2. Population étudiée	7
3. Facteurs étudiés	8
4. Analyse statistique.....	12
RESULTATS	13
1. Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée	14
2. Analyse univariée	17
3. Analyse multivariée	21
DISCUSSION	23
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	34
ANNEXES	37
ABREVIATIONS	41

INTRODUCTION

Les personnes de plus de 75 ans représentent en France, comme dans les autres pays développés, une part toujours plus importante de la population. Auparavant, les personnes âgées correspondaient aux personnes de plus de 65 ans, mais cette limite d'âge n'a cessé de reculer pour être fixée aujourd'hui par la Haute Autorité de Santé (HAS) à 75 ans. Actuellement, les sujets de plus de 75 ans représentent 9.3 % de la population des Bouches-du-Rhône, soit 188 358 personnes. A l'horizon 2040, cette population devrait atteindre 16.1 % (1). L'amélioration de la prise en charge des patients âgés devient donc un objectif essentiel de santé publique.

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont naturellement confrontés aux conséquences médicales et sociales de cette démographie singulière, avec un afflux croissant de personnes âgées.

La personne âgée est étudiée et prise en charge aujourd'hui dans son ensemble en la spécialité de la gériatrie. Bien que complexe et multifactorielle, la gériatrie occupe une place conséquente en médecine d'urgence. En effet, la coexistence d'une ou plusieurs pathologies avec des composantes psychologiques et/ou sociales fait du sujet âgé un être fragile et en perte progressive et constante d'autonomie. Ces personnes requièrent alors une attention particulière et leur prise en charge se veut la plus optimale possible. Voilà alors un défi permanent, dans la contrainte de temps habituelle des structures d'urgence, que d'effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale. S'intéresser au motif de recours et plus précisément aux réadmissions dans les services d'urgences des personnes âgées se révèle alors indispensable.

De même que les hospitalisations constituent souvent des facteurs aggravant de la perte d'autonomie de la personne âgée, les consultations itératives aux urgences le sont tout autant, voire même plus, du fait du changement d'environnement, des déplacements répétés, des contacts avec de multiples professionnels de santé, etc. Tous ces facteurs menacent l'équilibre précaire de la personne âgée, tant sur le plan médical et psychologique que social (2).

Le sujet âgé est donc une personne fragile dont le recours aux urgences est fréquent et peut survenir de façon répétée.

Alors qu'aux Etats-Unis, le taux de ré-hospitalisation est minutieusement étudié car il sert d'indicateur de qualité des soins avec des pénalités pour les centres hospitaliers à taux élevé de ré-hospitalisation (3), seulement quelques études françaises se sont intéressées à la ré-hospitalisation précoce des sujets âgés (4) (5), mais aucune étude ne s'est focalisée sur les réadmissions précoces aux urgences après un retour à domicile.

S'intéresser aux recours de la personne âgée aux urgences est alors primordial pour en comprendre les fragilités et mieux anticiper les réadmissions précoces.

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence des facteurs prédisposant une réadmission précoce aux urgences chez les patients de plus de 75 ans.

METHODE

1. Description de l'étude

Une étude de cohorte épidémiologique comparative et rétrospective a été réalisée du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016.

Cette étude multicentrique a pris place dans les services d'urgences adultes de deux Centres Hospitaliers Universitaires de Marseille, l'hôpital Nord et l'hôpital de la Timone Adulte.

2. Population étudiée

Les patients inclus étaient tous les patients âgés de plus de 75 ans au moment de l'admission qui avaient eu recours à l'un des deux services d'urgence entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2016.

Les patients exclus étaient tous les patients hospitalisés après leur passage aux urgences, dans un service spécialisé ou dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée des urgences, ou encore les personnes décédées aux urgences. En effet, l'objectif de cette étude était d'analyser les facteurs de réadmissions aux urgences après un retour à domicile, afin d'éviter les biais liés à une hospitalisation.

Les patients ont ensuite été classés en deux groupes distincts : ceux qui avaient eu recours une seule fois aux urgences d'un des deux centres pendant la période étudiée, et ceux dont le recours avait été multiple.

Parmi les patients venus aux urgences plusieurs fois, ont été inclus uniquement les patients dont le délai entre deux recours était inférieur à 28 jours, définissant le groupe "réadmissions précoces". Le délai qualifiant une réadmission de "précoce" a été fixé à 28 jours, en accord avec la littérature sur le sujet.

Deux sous-groupes ont été formés à partir des patients revenus précocement aux urgences, ceux dont le délai de réadmission était inférieur à 7 jours et ceux dont la période entre deux admissions était comprise entre 8 et 28 jours. Si un patient était

venu plusieurs fois et apparaissait dans les deux sous-groupes, son passage n'était alors retenu que dans le sous-groupe à plus faible délai, c'est-à-dire inférieur à 7 jours.

3. Facteurs étudiés

Lors de l'analyse, les facteurs étudiés étaient ceux du passage qui précédait immédiatement la réadmission précoce, afin de mettre en évidence des facteurs de risque de réadmission.

L'analyse principale a porté sur la comparaison entre les cohortes "admission unique" et celle des "réadmissions précoces".

Les facteurs étudiés pour comparer ces deux groupes pouvaient être classés en deux catégories : les facteurs directement liés au patient, dits facteurs intrinsèques, et ceux relatifs au passage qui précédait immédiatement la réadmission précoce, dits facteurs extrinsèques, possibles facteurs de risque de réadmission précoce (Figure 1).

Les facteurs intrinsèques au patient comprenaient le sexe ; l'âge ; le mode de vie, c'est-à-dire à domicile ou en institution (Etablissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes) ; et le lieu de vie, soit dans l'agglomération de Marseille ou en dehors. Les quelques personnes errantes sans adresse fixe, incluses dans l'étude ont été classées dans le groupe domicile, en opposition avec les institutions. Les données concernant les lieux de vie ont été extraites à partir des codes postaux.

Les facteurs extrinsèques analysés étaient les caractéristiques du passage précédant la réadmission précoce. Ils comprenaient le CHU de prise en charge du

passage, l'hôpital Nord ou l'hôpital de la Timone ; la durée du passage (en heures) ; une sortie des urgences en heures ouvrables ou non (de 8 h 00 à 20 h 00 tous les jours) ; une admission en période de permanence des soins, où le nombre de personnel médical et paramédical est réduit (de 20 h 00 à 8 h 00 les jours de semaine et à toute heure le week-end) ; une admission en circuit court, dit secteur debout, en secteur long, dit secteur couché, ou en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), dit déchoquage. Les admissions en secteur d'urgence vitale ont été regroupées dans la catégorie secteur long en raison de leur faible nombre.

Les autres facteurs extrinsèques étaient : la prise en charge par un médecin urgentiste spécialiste, ou un chef de clinique assistant d'une autre spécialité ; le type de sortie à domicile, c'est-à-dire externe simple, reconvoction en consultation externe par un spécialiste d'un autre service, fugue ou sans avis médical (patients partis avant même d'avoir vu un médecin) ; un recours aux urgences motivé par un médecin généraliste (avec courrier d'accompagnement ou appel téléphonique) ; un passage aux urgences précédé par une éventuelle prise en charge pré-hospitalière par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ; le moyen de transport jusqu'à l'admission aux urgences, SMUR, pompiers ou ambulances privées ou moyens personnels ; la prise d'un avis spécialisé au sein des urgences ; une consultation par l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) ; le nombre d'actes techniques médicaux réalisés lors du passage précédent. Les plus fréquents comme les plâtres, sutures, sondage urinaire et autres actes invasifs (ponction d'ascite, articulaire, cystocathéter, etc.) ont été étudiés séparément. Les Electro-Cardio-Grammes (ECG) ont quant à eux été compris dans le nombre d'actes total mais pas étudiés séparément de par leur manque de discrimination.

Enfin, les autres facteurs extrinsèques étudiés étaient : le nombre d'actes paramédicaux, qui comprenaient notamment les ponctions veineuses et perfusions, pansements, et surveillances continues des paramètres vitaux (monitorage) ; et enfin les catégories diagnostiques. Concernant ce dernier facteur, les données analysées ont été celles du codage diagnostic final par le médecin responsable du passage aux urgences et non de la catégorie de recours enregistrée par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO), moins précise et fiable. Les multiples diagnostics ont été regroupés en trois catégories : les diagnostics médicaux, ceux traumatologiques et les diagnostics psychiatriques.

Toutes les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Terminal Urgence, plateforme de travail fournie par l'Observatoire Régional des Urgences de la région PACA (ORU-PACA) et utilisée dans tous les services d'urgences de la région, et ont été extraites à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010.

Facteurs liés au patient : facteurs intrinsèques

- Sexe
- Âge
- Mode de vie
 - *Domicile*
 - *EHPAD*
- Lieu de vie
 - *Marseille*
 - *Hors ville de Marseille*

Facteurs liés à l'admission : facteurs extrinsèques

- Prise en charge au CHU Nord ou Timone
- Durée du passage
- Sortie en heures ouvrables
- Admission en permanence de soins
- Admission en circuit :
 - *Long*
 - *Court*
 - *SAUV*
- Prise en charge par un médecin urgentiste
- Type de sortie :
 - *Externe simple*
 - *Reconvocation en consultation externe*
 - *Fugue*
 - *Sans avis médical*
- Patient adressé par un médecin généraliste
- Prise en charge pré-hospitalière par le SAMU
- Transport :
 - *SMUR*
 - *Pompiers ou ambulance privée*
 - *Moyen personnel*
- Avis spécialisé pris aux urgences
- Consultation de l'Equipe Mobile de Gériatrie
- Nombre d'actes techniques
- Actes techniques :
 - *Plâtre*
 - *Suture*
 - *Sondage urinaire*
 - *Acte invasif (ponction)*
- Nombre d'actes paramédicaux
- Catégorie diagnostique

Figure 1 - Facteurs étudiés dans la comparaison des deux groupes

4. Analyse statistique

Une analyse statistique d'abord univariée puis multivariée a été réalisée à l'aide du logiciel de statistiques IBM New-York SPSS 20.0. Pour l'analyse univariée, les facteurs à deux variables ont fait appel au test de Chi-2 de Pearson et au test exact de Fischer pour les plus faibles effectifs. Le test de Chi-2 de tendance a été utilisé pour les variables catégorielles de plus de deux catégories, avec un résidu standardisé supérieur à 1,96. Les variables qualitatives continues ont été analysées à l'aide du T-test de Student, avec des résultats exprimés en moyenne avec écarts-types. L'analyse multivariée a été réalisée avec un modèle de régression logistique multinomiale en incluant les variables statistiquement significatives de l'analyse univariée.

Pour chaque analyse, le risque alpha a été fixé à 5 % et une puissance de 80 % a été retenue. La signification observée a toujours été bilatérale et le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

RESULTATS

1. Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée

Les deux CHU de Marseille, l'hôpital Nord et la Timone Adulte, ont recensé sur l'année 2016, 135 404 passages aux urgences, tout âge confondu (50 929 passages pour les urgences de l'hôpital Nord, soit une hausse de 2.1 % par rapport à l'année 2015 ; et 84 475 passages pour les urgences de la Timone Adulte, soit une augmentation de 3.5 % par rapport à l'année précédente).

Au SAU de l'hôpital Nord, les personnes de plus de 75 ans représentaient 13.2 % de l'activité et 15.6 % pour les urgences du CHU Timone. C'est donc 19 901 passages de personnes âgées de plus de 75 ans que les urgences des deux CHU ont enregistrés (6 723 entrées pour les urgences de l'hôpital Nord et 13 178 pour celles de la Timone).

Parmi ces 19 901 passages, 10 933, soit 54.9 %, étaient des passages uniques, ces patients-là n'étant pas réadmis pendant l'année 2016, et 8 968, soit 45.1 % étaient des passages multiples, correspondants à 3 190 patients. Deux groupes de patients distincts ont alors été formés, ceux au passage unique, et ceux aux passages multiples.

Dans les deux groupes, tous les patients hospitalisés après leur passage aux urgences ont été exclus, soit 5 754 patients dans le groupe passage unique et 4 684 passages dans le groupe passages multiples. Les patients décédés aux urgences ont également été exclus de l'étude, soit 268 patients dans le groupe passage unique et 144 patients dans celui passages multiples. Enfin, les patients surveillés à l'UHCD ont aussi été exclus des deux groupes, ils étaient 953 dans le groupe passage unique et 858 dans le groupe passage multiple.

Dans le groupe passage multiple, seules les réadmissions qualifiées de précoces, c'est-à-dire survenant dans les 28 jours après un premier passage, ont été retenues. Elles étaient 841, correspondants à 723 patients. 9.4 % des réadmissions sont donc précoces, c'est-à-dire survenant dans les 28 jours suivant la sortie.

Parmi elles, 487 réadmissions ont été très précoces, c'est-à-dire dans les 7 jours suivant un retour à domicile, et 354 sont survenues entre le huitième et le vingt-huitième jour.

Deux cohortes comparables ont donc été formées, la première de 841 réadmissions précoces aux urgences durant l'année 2016 chez les patients de plus de 75 ans, et une deuxième de 3 958 passages uniques chez la même population de patients (Figure 2).

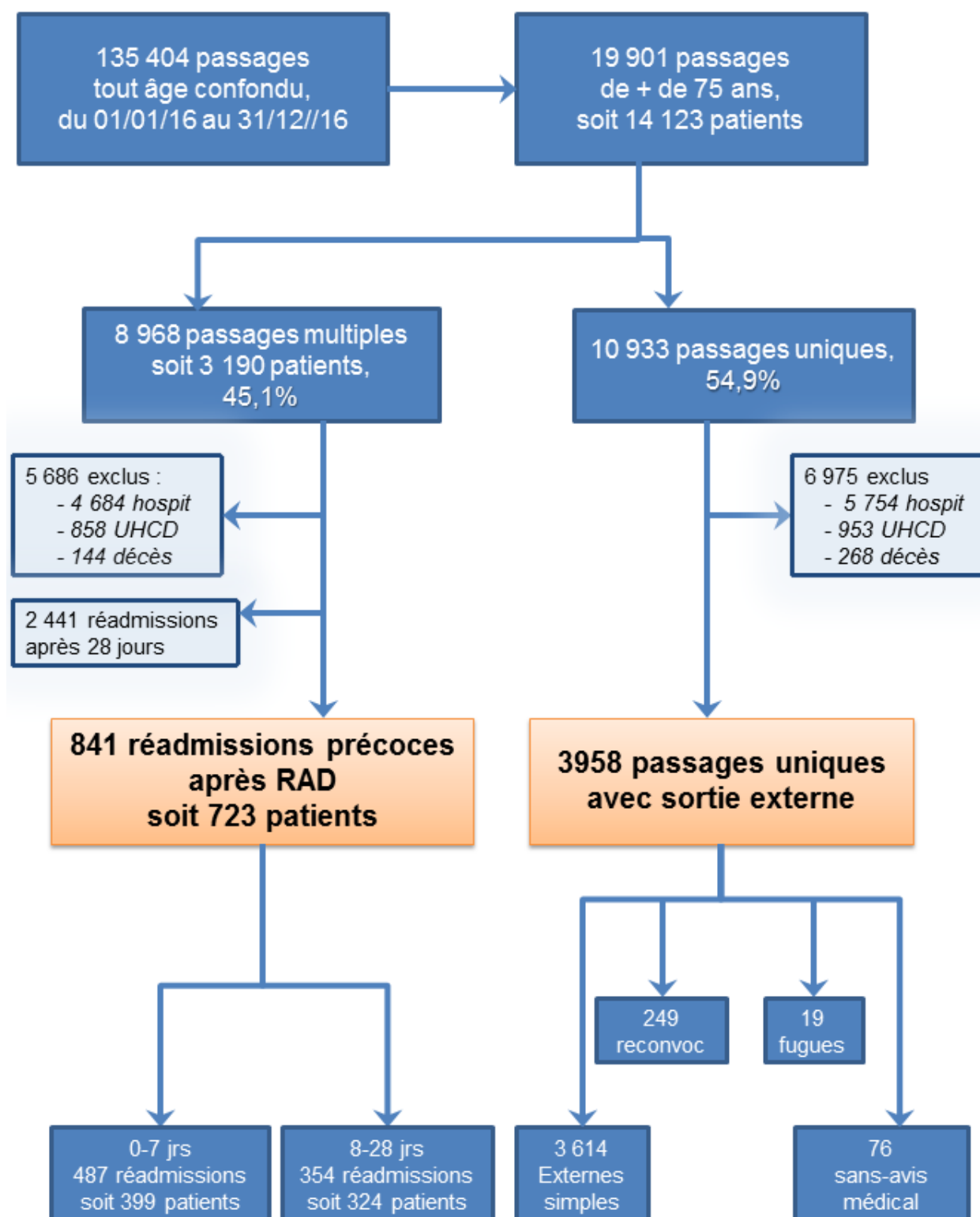


Figure 2 - Diagramme de flux

2. Analyse univariée

Une analyse univariée a d'abord été réalisée en comparant les 841 réadmissions précoces aux 3 958 passages uniques (Tableau 1).

Les patients réadmis précocement étaient majoritairement des femmes (57 % versus 43 %, $p<0.001$) vivant à domicile (841, soit 100 %, $p<0.001$) et hors de la ville de Marseille (841, soit 100 %, $p<0.001$). Aucun patient vivant en institution n'a été réadmis précocement durant la période étudiée. Et toutes les réadmissions précoces concernaient des patients vivant hors de l'agglomération marseillaise.

L'âge moyen était de 83.9 (78-89.8) ans dans le groupe admission unique et de 83.3 ans (77.5-89.1) pour les réadmissions précoces, sans différence significative entre les deux groupes ($p=0.053$).

Sur l'année 2016, le CHU Nord a enregistré pour l'ensemble des patients de plus de 75 ans, 77.7 % d'admissions uniques et 22.3 % de réadmissions précoces ($p<0.01$). L'hôpital de la Timone a quant à lui un taux de réadmissions précoces de 15.2 % avec 84.8 % de passages uniques ($p<0.001$).

La durée moyenne de passage aux urgences était de 5 heures 25 minutes (2h12-8h38) dans le groupe admission unique et de 5 heures 31 minutes (2h17-8h45) dans celui réadmissions précoces ($p<0.001$).

La totalité des réadmissions précoces se faisait en période de permanence de soins (841, soit 100 %, $p<0.001$) alors qu'elle ne représentait qu'un tiers des passages uniques (2011, 29.5 %, $p<0.001$).

De même, l'intégralité des réadmissions précoces concernait des patients admis en secteur long dit secteur couché (841, 100 %), alors que ce secteur des urgences ne représentait qu'un tiers des admissions uniques (2636 patients, soit 66.6 %). Une minorité des patients de plus de 75 ans était admise en salle d'urgences vitales, dit

déchoquage (59 patients, soit 1.5 %), et aucun d'entre eux n'était revenu précocement.

Les patients dont la sortie était externe simple, c'est-à-dire sans reconvoction dans un autre service, sans fugue ou sans avis médical représentaient la majorité des deux groupes (respectivement 3 614, soit 91.3 % pour les passages uniques et 791, soit 94 % pour les réadmissions précoces). Aucun patient reconvoqué dans un autre service pour des soins à distance ne revenait précocement (0 versus 249 patients, tous à passage unique, $p<0.001$). La majorité des patients sortant des urgences par fugue était réadmise précocement (28, 3.4 % versus 19, 0.5 %, $p<0.001$). L'analyse des patients sortis sans avis médical n'était pas significative mais avait la même tendance (2.6 % pour les réadmissions précoces versus 1.9 % pour les admissions uniques, $p=0.195$).

Parmi tous les patients étudiés, une très faible minorité était adressée aux urgences par un médecin généraliste (0.6 % dans les deux groupes, sans différence significative, $p=1.000$). De même, l'analyse des patients pris en charge par le SAMU en pré-hospitalier n'était pas significative (0.5 % versus 0.8 % pour les réadmissions uniques, $p=0.206$).

Le transport jusqu'aux urgences était effectué majoritairement par un VSAV des pompiers ou des ambulances privées, et ce, dans les deux groupes (70 % et 74.5 %, $p=0.215$). Un transport médicalisé par le SMUR représente dans les deux groupes un quart des admissions aux urgences des patients de plus de 75 ans (29.3 % et 24.7 %, $p=0.114$). Les moyens personnels de transport restent minoritaires dans cette tranche d'âge de patients (0.7 % et 0.8 %, $p=0.214$).

La prise d'un avis spécialisé aux urgences était majoritaire dans le groupe réadmissions précoces (837 réadmissions, 99.5 % contre 935 soit 23.6 % des patients dans le groupe passage unique, $p<0.001$), alors qu'une consultation par l'Equipe Mobile de Gériatrie ne permettait pas de mettre en évidence une différence statistiquement significative entre les deux groupes (0.02 % contre 0.02 %, $p=0.690$).

Le nombre d'actes techniques médicaux réalisés aux urgences était de 0.91 (0.01-1.81) dans le groupe admission unique, et de 0.75 (0.00-1.61) dans celui réadmissions précoces ($p<0.001$).

Avoir un plâtre, une sonde urinaire à demeure suite au passage aux urgences, ou avoir subi un acte invasif lors du séjour, était plus fréquent pour les patients répertoriés dans le groupe réadmissions précoces en comparaison à celui des passages uniques (respectivement 3.4 % contre 3.3 %, $p=0.373$ pour les plâtres, 3 % contre 0.7 %, $p<0.001$ pour les sondages urinaires et 0.4 % versus 0.02 %, $p=0.452$ pour les actes invasifs), sans être statistiquement significatif pour les plâtres et les actes invasifs. Avoir été suturé aux urgences était au contraire plus fréquent dans le groupe admission unique (7.9 % contre 4.3 %, $p<0.001$).

Le nombre moyen d'actes paramédicaux comptabilisés pendant la durée de passage aux urgences était de 3.71 (1.21-6.21) dans le groupe admissions uniques, versus 3,34 actes (0.78-5.9) dans le groupe réadmissions précoces ($p=0.003$).

Enfin, la majorité des réadmissions précoces concernait des patients venus pour des motifs médicaux (69.6 %, $p<0.001$). Les recours traumatologiques étaient plus fréquents dans les admissions uniques (34.6 % contre 26.8 %, $p<0.001$), alors que les patients psychiatriques étaient plus nombreux dans le groupe réadmissions précoces (3.6 % versus 1.8 %, $p<0.001$).

		Pas de réadmission précoce (n=3958)	Réadmission précoce (n=841)	p-value
Facteurs intrinsèques				
Sexe - nb. (%)	<i>Masculin</i>	1430 (36,1)	362 (43)	<0,001
	<i>Féminin</i>	2528 (63,9)	479 (57)	<0,001
Âge médian - années (écart-type)		83,9 (78-89,8)	83,3 (77,5-89,1)	0,053
Mode de vie - nb. (%)	<i>Domicile</i>	3714 (93,8)	841 (100)	<0,001
	<i>EHFAD</i>	244 (6,2)	0 (0)	<0,001
Lieu de vie - nb. (%)	<i>Marseille</i>	3235 (81,7)	0 (0)	<0,001
	<i>Autres</i>	723 (18,3)	841 (100)	<0,001
Facteurs extrinsèques - nb. (%)				
CHU	<i>Nord</i>	1231 (77,7)	354 (22,3)	<0,001
	<i>Timone</i>	2727 (84,8)	487 (15,2)	<0,001
Durée de séjour - heure (écart-type)		5h25 (2h12-8h38)	5h31 (2h17-8h45)	<0,001
Prise en charge	<i>Permanence des soins</i>	2011 (50,8)	841 (100)	<0,001
	<i>Autre</i>	1947 (49,2)	0 (0)	<0,001
Admission	<i>Circuit court</i>	1263 (31,9)	0 (0)	<0,001
	<i>Circuit long</i>	2636 (66,6)	841 (100)	<0,001
	<i>SALIV</i>	59 (1,5)	0 (0)	<0,001
Sortie	<i>Externe</i>	3614 (91,3)	791 (94)	0,008
	<i>Reconvocation</i>	249 (6,3)	0 (0)	<0,001
	<i>Fugue</i>	19 (0,5)	28 (3,4)	<0,001
	<i>Sans avis médical</i>	76 (1,9)	22 (2,6)	0,195
Adressé par un médecin généraliste		25 (0,6)	5 (0,6)	1,000
Prise en charge préhospitalière par le SAMU		19 (0,5)	7 (0,8)	0,206
Transport	<i>Pompiers ou ambulance privée</i>	2769 (70)	624 (74,5)	0,215
	<i>Moyens personnels</i>	1161 (29,3)	208 (24,7)	0,114
	<i>SMUR</i>	28 (0,7)	9 (0,8)	0,214
Avis spécialisé aux urgences		935 (23,6)	837 (99,5)	<0,001
Consultation EMG		8 (0,02)	2 (0,02)	0,690
Actes techniques médicaux - nb. (écart-type)		0,91 (0,01-1,81)	0,75 (0,00-0,161)	<0,001
<i>Plâtre</i>		131 (3,3)	33 (3,4)	0,373
<i>Suture</i>		313 (7,9)	36 (4,3)	<0,001
<i>Sondage urinaire</i>		27 (0,7)	25 (3)	<0,001
<i>Acte invasif</i>		9 (0,02)	3 (0,4)	0,452
Actes paramédicaux - nb. (écart-type)		3,71 (1,21-6,21)	3,34 (0,78-5,9)	0,003
Diagnostic de sortie	<i>Traumatologie</i>	1369 (34,6)	225 (26,8)	<0,001
	<i>Médical</i>	2517 (63,6)	586 (69,6)	<0,001
	<i>Psychiatrique</i>	72 (1,8)	30 (3,6)	<0,001

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques et épidémiologiques

Nb : nombre ; H : hommes, F : femmes ; PDS : permanence des soins ; EMG : équipe mobile de gériatrie.

3. Analyse multivariée

Une analyse multivariée a ensuite été réalisée selon un modèle de colinéarité, où toutes les données cliniquement pertinentes et statistiquement significatives de l'analyse univariée ont été introduites. Ainsi, le sexe, le mode et le lieu de vie, l'admission en permanence des soins, le moyen de transport pour l'admission, les avis spécialisés, les sutures et sondages urinaires et la catégorie diagnostique à la sortie, ont été étudiés.

Le sexe n'avait que très peu d'influence (1.02 pour le sexe masculin, IC 95 % 0.59-1.74). Vivre à domicile augmentait de près de 70 fois le risque de réadmissions précoces aux urgences (OR 70.39, IC 95 % 6.51-761.19), de même qu'une résidence hors de l'agglomération marseillaise qui majorait le risque de réadmission de 2963 (OR 2 963.47, IC 95 % 690.08-12 726.33).

L'admission en période de permanence des soins augmentait le risque de réadmission précoce de 976 (OR 976,43, IC 95 % 128.24-7 434.60).

Par rapport à un transport effectué par les pompiers ou des ambulances privées, un transport jusqu'à l'admission par des moyens personnels diminuait le risque de réadmission précoce de 0.39 (OR 0.39, IC 95 % 0.22-0.69), alors que l'analyse démontrait que ce risque était augmenté pour les patients venus aux urgences par le SMUR (OR 1.66, IC 95 % 0.68-40.66).

La prise d'un avis spécialisé lors de la prise en charge aux urgences constituait aussi un facteur de risque de réadmission précoce (OR 544.08, IC 95 % 209.62-1 412.19).

Une suture aux urgences était un facteur protecteur de réadmission précoce (OR 0.29, IC 95 % 0.08-0.97) alors qu'un sondage urinaire était un facteur de risque de réadmission précoce (OR 2.31, IC 95 % 0.35-15.19).

Concernant les diagnostics de sortie, par rapport aux recours médicaux, un motif traumatologique diminuait le risque de réadmissions précoces de 0,35 (OR 0.35, IC 95 % 0.16-0.74), de même qu'une admission psychiatrique (OR 0.91, IC 95 % 0.12-6.9).

	OR	IC 95 %
Facteurs intrinsèques		
Sexe (Masculin)	1,02	0,59-1,74
Mode de vie (Domicile)	70,39	6,51-761,19
Lieu de vie (hors Marseille)	2963,47	690,08-12726,33
Facteurs extrinsèques		
Prise en charge (Permanence des soins)	976,43	128,24-7434,60
Transport (Moyens personnels)	0,39	0,22-0,69
(SMUR)	1,66	0,68-40,66
Avis spécialisé aux urgences	544,08	209,62-1412,19
Actes techniques médicaux (Suture)	0,29	0,08-0,97
(Sondage urinaire)	2,31	0,35-15,19
Diagnostic de sortie (Traumatologie)	0,35	0,16-0,74
(Psychiatrique)	0,91	0,12-6,9

Tableau 2 - Analyse multivariée

OR : Odd-Ratio, IC 95% : intervalle de confiance à 95 %.

DISCUSSION

Au cours de cette étude, nous avons évalué les caractéristiques épidémiologiques et démographiques des patients de plus de 75 ans consultant aux urgences de deux hôpitaux de Marseille durant l'année 2016. La comparaison de deux groupes -celui des patients dont l'admission avait été unique pendant la durée étudiée à celui des patients dont le recours avait été multiple et précoce-, a permis de mettre en évidence tout à la fois plusieurs facteurs de risque de réadmission précoce, ainsi que certains facteurs pouvant se révéler protecteurs.

L'intérêt d'une étude multicentrique dans deux CHU de Marseille a présenté l'avantage de diminuer les biais de sélection. En effet, les services d'urgences adultes de l'hôpital Nord et de la Timone représentent les deux plus grands services d'accueil des urgences de la ville et de ses alentours.

En 2016 et sur l'ensemble de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), les personnes de plus de 75 ans représentaient 14 % des passages aux urgences tout motif confondu, soit 242 075 patients avec un sex-ratio hommes/femmes de 0,7.

53 % de ces patients étaient âgés de 75 à 85 ans inclus et 47 % avaient entre 86 et 120 ans (1).

Dans notre étude, les personnes de plus de 75 ans représentaient 13,2 % des admissions pour l'hôpital Nord et 15,6 % pour celui de la Timone. La population étudiée était à prédominance féminine (63,7 %), constat qui impose alors une nuance à faire sur le résultat de l'analyse univariée avec des réadmissions précoces concernant majoritairement les femmes (57 % contre 43 %, $p < 0.001$). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les sexes dans l'analyse multivariée (OR 1.02, IC 95 % 0.59-1.74).

Selon les données régionales, l'admission de ces patients s'est faite à 22 % pendant la nuit (20 heures - 8 heures), 41 % en horaire de permanence des soins et 27 % le week-end (1).

Notre étude a mis en évidence un taux de recours aux urgences en permanence des soins à 59,4 %, correspondant aux admissions la nuit de 20 heures à 8 heures, et le weekend. Les analyses uni- et multivariée ont montré que l'intégralité des réadmissions précoces faisait suite à une admission en permanence de soins

($p < 0.001$; OR 976.43, IC 95 % 128.24-7434.60). Cela s'explique ainsi aisément par les effectifs de personnels médicaux et paramédicaux réduits en période de permanence des soins, qui sont de facto moins disponibles pour une prise en charge optimale, contrainte temporelle oblige. Egalement, l'anticipation du retour à domicile reste plus délicate à organiser en dehors des horaires de journée et de semaine, en raison surtout de la relative indisponibilité des prestataires à domicile.

Une récente étude observationnelle américaine multicentrique a par ailleurs étudié la mortalité en fonction des admissions, réadmissions et de "l'effet week-end" aux urgences. 550 000 patients ont été inclus pendant 5 ans, et il a été observé qu'une réadmission le week-end augmentait le risque de mortalité à 30 jours par rapport aux réadmissions un jour de semaine (OR 1.10, IC 95 % 1.01-1.20). Aucune différence n'a été mise en évidence concernant les comorbidités et le contexte social sur le taux de mortalité. Mais les réadmissions concernaient les personnes les plus âgées, avec des comorbidités et un contexte social défavorable (6).

Sur l'ensemble de la région PACA en 2016, les arrivées aux urgences se faisaient dans 36 % des cas par un moyen personnel, 33 % par les pompiers, 28 % par des ambulances privées et 3 % par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Le diagnostic principal était à 71 % médico-chirurgical, 24 % traumatologique, 1 % psychiatrique, moins de 1 % toxicologique et autre dans les 3% restants. La durée moyenne de passage était de 6h05 et la durée médiane 4h37. Enfin, 54 % des patients restaient hospitalisés (1).

Notre étude aboutit à des taux similaires. En effet, le transport jusqu'aux urgences était effectuée à 70,7 % par les pompiers ou des ambulances privées, à 28,5 % par des moyens personnels, et à 0,8 % par le SMUR. Le diagnostic principal était à 64,7 % médico-chirurgical, 33,2 % traumatologique et 2,1 % psychiatrique. La durée moyenne de séjour aux urgences était de 5h28 et 52,4 % des patients étaient restés hospitalisés après leur admission aux urgences.

Après analyse multivariée, être transporté aux urgences par le SMUR était associé à une augmentation du risque de réadmissions précoces aux urgences de 1,66, sans pour autant être significatif (OR 1.66, IC 95 % 0.68-40.66), peut-être du fait de la gravité clinique de ces patients bénéficiant d'un transport pré-hospitalier médicalisé.

En revanche, venir aux urgences par ses propres moyens était un facteur protecteur de réadmissions précoces (OR 0.39, IC 95 % 0.22-0.69). Cette différence n'est probablement pas liée au moyen de transport mais à l'état général des patients et leur gravité médicale. En effet, les patients venant aux urgences par leurs propres moyens avaient très certainement une pathologie moins grave, d'où une plus faible fréquence de réadmissions précoces.

Une étude réalisée dans trois états américains a comparé les réadmissions à 7 jours contre celles à 30 jours après une sortie de soins de suite et de réadaptation pour des patients âgés de plus de 5 ans. Les patients réadmis lors de la première semaine après leur sortie étaient plus âgés, de race blanche, habitaient en milieu urbain, présentaient moins de comorbidités mais un nombre plus important d'admissions hospitalières précédentes. Une durée de séjour hospitalière plus longue était associée à un moindre risque de réadmissions précoces (7).

Contrairement à l'étude de Carolyn Horney (7), notre étude a montré qu'habiter en dehors de Marseille était associé à un risque 2963 fois plus élevé de réadmissions précoces (OR 2 963.47, IC 95 % 690.08-12 726.33). Ce chiffre peut être expliqué en partie par la difficulté d'accès aux soins hors des agglomérations. En effet, médecins généralistes et cabinets paramédicaux d'infirmières ou de kinésithérapeutes sont plus rares dans les zones plus rurales, compliquant les prises en charges des personnes âgées.

Les analyses univariée et multivariée de notre étude ont révélé plusieurs résultats statistiquement significatifs.

Ainsi, l'âge médian tendait à être statistiquement significatif ($p=0.053$), mais sans grande différence clinique (83,3 versus 83,9 ans), de même que la durée de séjour (5 heures 25 contre 5 heures 31) qui était pourtant statistiquement significative ($p<0.001$). Cela peut s'expliquer par la taille de la population étudiée. En effet, les deux cohortes réunies représentaient un total de 4 799 patients. Les analyses statistiques ayant été réalisées avec un risque alpha de 5 %, l'amplitude de la

population étudiée rendait des résultats statistiquement significatifs sans différence clinique notable, et constituait une des limites de l'étude.

En revanche, le mode de vie montrait quant à lui une franche différence puisque l'intégralité des réadmissions précoces concernait des patients de plus de 75 ans vivant à domicile ($p < 0.001$), vivre à domicile représentait ainsi un risque 70,39 fois plus élevé de réadmissions précoces. Ces résultats s'expliquent aisément par l'organisation des soins paramédicaux à domicile en comparaison de ceux dispensés en EHPAD médicalisé, dans lesquels la personne âgée est en permanence encadrée et aidée.

L'intégralité des réadmissions précoces concernait des patients ayant été admis en circuit long, dit secteur couché ($p < 0.001$). L'absence de réadmission des patients du secteur court peut s'expliquer par une prédominance de patients cliniquement moins graves dans ce secteur, souvent associé à des consultations de médecine générale. Par ailleurs, l'absence de réadmission précoce suite à une admission en salle d'urgences vitales (SAUV) réside certainement dans la gravité médicale immédiate de ces patients, qui ne rentrent probablement pas à domicile au décours, et sont hospitalisés et donc exclus de notre étude.

Les sorties à domicile encadrées par une reconvoction pour des soins ou un contrôle à distance était associée à une absence de réadmission précoce. Une sortie protocolisée et la confiance et réassurance du patient grâce à des soins reprogrammés, comme les consultations post-urgences de traumatologie par exemple, permettent ainsi d'expliquer la chose. Notre étude n'intègre cependant pas le délai de reconvoction, qui peut être inférieur ou supérieur à notre seuil de réadmission précoce de 28 jours. Il peut toutefois être permis de penser que l'organisation du suivi du patient via une reconvoction ou une consultation de contrôle chez le médecin traitant par exemple, renforce l'assurance d'un retour à domicile sans réadmission précoce aux urgences. Pour ce faire, une évolution de la communication et de l'interaction entre les urgences et le médecin traitant s'avère nécessaire (8).

La prédominance dans le groupe réadmissions précoces de patients ayant nécessité un avis spécialisé aux urgences (99.5 % versus 23.6 %, $p < 0.001$) peut s'expliquer par la gravité médicale de ces patients. En effet, la nécessité d'un avis médical au-

delà de celui que peut donner le médecin urgentiste, témoigne d'une prise en charge plus complexe et d'un patient plus grave cliniquement.

Dans notre étude, l'analyse des interventions de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) aux urgences n'a pu conclure à des résultats statistiquement significatifs ($p=0.690$) par un manque de puissance. En effet, le nombre de consultations de l'EMG (20 consultations, soit 0,4 %) n'est certainement pas représentatif de la réalité aux urgences et cette différence peut trouver son origine d'une part dans un recueil de données non-exhaustif et des paramètres du Terminal Urgences insuffisamment complétés car non-obligatoires, et d'autre part dans des interventions de ces spécialistes non-répertoriées et qui ne sont donc pas pris en compte.

Afin de développer l'action des gériatres en dehors des services, le Centre Départemental de Gérontologie de Marseille a réalisé depuis 2012 une étude composée de deux volets dont le premier avait pour objectif de prévenir les passages des personnes âgées par le Service d'Accueil des Urgences, et a permis la création d'une équipe mobile extrahospitalière intervenant sur tous les Etablissements d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de Marseille (40/70 à ce jour). Véritable lien physique entre les EHPAD et l'hôpital, cette équipe apporte notamment une expertise gériatrique hospitalière, une compétence dans la gestion des situations complexes et permet l'orientation adaptée et sans délai dans la filière gériatrique. Le nombre d'interventions de ces professionnels n'a cessé d'augmenter depuis avec des demandes de plus en plus ciblées. L'année 2016 a permis une aide toujours plus importante à la mise en place des recommandations et la programmation de solutions ambulatoires comme les Hospitalisations de Jour (HDJ). L'expérimentation se poursuit actuellement sur le Service d'Accueil aux Urgences de l'hôpital Nord avec la présentation aux urgentistes d'un outil simple de dépistage des personnes âgées les plus fragiles. Cet outil est accompagné d'une sensibilisation à l'importance du repérage des facteurs de risque d'aggravation et d'entrée dans la dépendance, et ce, afin de les corriger au plus vite (9). Par ailleurs, la nécessaire prise en charge globale et pluridisciplinaire de la personne âgée laisse penser qu'une meilleure interaction hospitalo-universitaire, notamment par l'action de l'Equipe Mobile de Gériatrie et l'organisation de soins et hospitalisations programmés,

constituerait aussi un facteur protecteur à des réadmissions répétées et précoces aux urgences chez les patients de plus de 75 ans.

A l'issue de notre étude, il convient de relever que les nombres d'actes techniques médicaux ou paramédicaux étaient eux aussi statistiquement significatifs (respectivement $p<0.001$ et $p=0.003$) sans grande différence clinique (0.91 contre 0.75 pour les actes médicaux et 3.71 contre 3.34 pour ceux paramédicaux). Ici encore, la taille de la cohorte étudiée rendait les résultats plus statistiquement significatifs, ce qu'il convenait encore une fois de relativiser.

S'agissant donc des actes techniques médicaux et paramédicaux, les sutures en revanche, se révélaient plus fréquentes dans le groupe admission unique (7.9 % contre 4.3 %, $p<0.001$), cela découlant de l'organisation même du retour à domicile de ces patients. En effet, des soins locaux de pansement tout comme une consultation pour le retrait des points de suture sont dans ces cas nécessaires, d'où une surveillance à domicile par des infirmières libérales voire une consultation chez le médecin traitant immédiatement organisés. Le retour à domicile du patient et la prise en charge sont alors bien protocolisés dès la sortie du service des urgences.

Au contraire, un retour à domicile avec une sonde urinaire, prédominant dans le groupe réadmissions précoces (0.7 % versus 3 %, $p<0.001$) est source de nombreuses complications telles que infections, hématuries, caillots, obstacles, retraits, etc, difficilement gérables à domicile, malgré des soins bien organisés.

Enfin, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée concernant les patients sortant des urgences avec un plâtre (3.3 % versus 3.4 %, $p=0.373$).

Selon une récente étude de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), les personnes âgées arrivent aux Services d'Urgences adressées dans plus de 75 % des cas par un médecin (généraliste ou du SAMU/Centre 15), elles sont donc une minorité à venir par elles-mêmes (10).

Notre étude a montré un taux beaucoup plus faible de patients adressés aux urgences par un médecin généraliste ou par le SAMU (respectivement 0.6 % et 0.5

%). Cette différence est liée à un biais d'information, conséquence de données insuffisamment complétées. En effet, lors de l'utilisation du Terminal Urgences, de nombreuses informations ne sont pas obligatoirement fournies et donc trop souvent manquantes lors du recueil de données.

S'agissant des personnes adressées par le centre 15, l'étude de la SFMU a montré qu'elles sont moins souvent laissées à domicile (niveau de preuve 5). 90 % de leurs admissions sont justifiées par une pathologie aiguë ou subaiguë nécessitant une prise en charge dans une structure hospitalière. Par ailleurs, le motif d'admission ne semblerait pas significativement différent entre les personnes vivant au domicile et celles résidant en institution (niveau de preuve 3) et le diagnostic est principalement d'ordre médical (>80 %). Les problèmes environnementaux et sociaux sont quant à eux vraisemblablement sous déclarés ; ils expliquent le pourcentage important d'hospitalisation des personnes âgées (> 50 %).

Concernant les réadmissions précoces, la conférence de consensus de la SFMU estime à plus de 8 % le nombre de personnes âgées réadmis dans les 15 jours. Notre étude a montré un taux de réadmissions précoces de 5,1 %. La Société Française de Médecine d'Urgences précise que la prévention de ces réadmissions précoces est multifactorielle et passe notamment par le nécessaire évitement d'un retour à domicile nocturne (10).

Trois études anglophones ont précisé les pathologies les plus fréquemment associées à une réhospitalisation du sujet âgé à 30 jours : l'insuffisance cardiaque, les pneumonies, les hépatopathies et l'infarctus du myocarde à sa phase aiguë. Les taux de réhospitalisation à 30 jours sont respectivement de 24.8 % pour l'insuffisance cardiaque, de 19.9 % pour l'infarctus et de 18.3 % pour les pneumonies, et les 2/3 des réhospitalisations surviennent dans les 15 jours suivant la sortie (11).

Sans avoir autant de précision sur les diagnostics médicaux, notre étude a révélé que les motifs de recours traumatologiques étaient protecteurs de réadmissions précoces aux urgences (OR 0.35, IC 95 % 0.16-0.74). Cela peut se comprendre tout à la fois par l'état des patients alors moins graves, disposant de plus de soins

infirmiers à domicile voire d'une consultation de contrôle avec un spécialiste ou le médecin traitant.

Plusieurs études sur les réadmissions après un séjour d'hospitalisation ont été réalisées et montrent que les réadmissions sont souvent une conséquence inévitable à une sortie trop précoce (12). Après leur sortie de l'hôpital, les patients passent tout d'abord par une période à haut risque de réadmissions, possible conséquence d'une sortie prématurée. S'ils ne sont pas réadmis pendant cette première période, ils entrent alors dans une autre phase à faible risque de réadmissions (13).

Une des limites des études américaines sur les réadmissions et la durée de séjour, s'exprime par une durée de séjour hospitalier écourtée au maximum en raison du coût élevé des soins de santé aux Etats-Unis.

Notre étude est construite sur une analyse rétrospective de dossiers et possède donc les biais et les limites inhérents à cette méthodologie. Les données ont été saisies rétrospectivement, impliquant des informations manquantes au moment du recueil, comme par exemple le fait d'être adressé par un médecin traitant ou par le SAMU.

De plus, l'analyse des facteurs de réadmissions précoces n'a été réalisée qu'à partir des données disponibles du Terminal Urgences. L'état clinique et la gravité de chaque patient n'ont donc pas pu être appréciés.

L'analyse en deux sous-groupes des réadmissions précoces n'a à ce jour pas pu être réalisée (résultats non-exploitable).

Au-delà des facteurs organisationnels analysés dans cette étude, d'autres facteurs intrinsèques au patient peuvent être envisagés comme de potentiels facteurs de risque de réadmissions précoces, tels que les antécédents et notamment les facteurs de risque cardiovasculaires, les troubles cognitifs ou encore les chutes, le traitement habituel et la polymédication, la dénutrition, alors que d'autres pourraient être protecteurs, comme les soins infirmiers à domicile, un suivi régulier par le médecin traitant, un entourage familial favorable, etc. (14).

CONCLUSION

Les 4 799 patients de plus de 75 ans rentrés à domicile après leur passage aux urgences durant l'année 2016 ont permis d'élaborer deux groupes de personnes : ceux à risque élevé de réadmission précoce et ceux à plus faible risque, qui ne sont pas revenus aux urgences dans les 28 jours après un premier passage. Des analyses uni- et multivariées ont permis de mettre en évidence certains facteurs, comme de potentiels facteurs de risque ou au contraire protecteurs de réadmissions précoces.

L'analyse univariée a montré qu'aucun des patients réadmis précocement n'avait été reçu en circuit court lors de son précédent passage. De même, aucun patient reconvoqué pour une consultation ou des soins à distance n'avait été réadmis précocement ($p < 0.001$).

Après ajustement, les facteurs de risque de réadmissions précoces étaient de vivre à domicile (OR 70.39, IC 95 % 6.51-761.19), de résider en dehors de l'agglomération de Marseille (OR 2 963.47, IC 95 % 690.08-12 726.33), d'être pris en charge aux urgences en période de permanence de soins (OR 976.43, IC 95 % 128.24-7434.60), ou encore d'avoir bénéficié d'un avis spécialisé lors du passage aux urgences (OR 544.08, IC 95 % 209.62-1 412.19).

Les facteurs protecteurs d'une réadmission précoce étaient quant à eux d'avoir été suturé lors de la prise en charge aux urgences (OR 0.29, IC 95 % 0.08-0.97), d'avoir eu recours aux urgences pour un motif traumatologique (OR 0.35, IC 95 % 0.16-0.74), ou encore d'être venu aux urgences par ses propres moyens (OR 0.39, IC 95% 0.22-0.69).

Sans être statistiquement significatifs, d'autres résultats méritent attention. C'est le cas par exemple des patients orientés en pré-hospitalier par le SAMU ($p = 0.206$) ou adressés par un médecin généraliste ($p = 1.000$). Si la communication et l'interaction entre médecins urgentistes et libéraux arrivent à s'améliorer, la prise en charge des patients âgés n'en serait que plus efficiente et pourrait diminuer le nombre de réadmissions précoces. D'autre part, l'analyse des consultations des Equipes Mobiles de Gériatrie n'a pas trouvé de différence statistiquement significative ($p = 0.690$), de par leur faible développement au moment de la réalisation de l'étude. Depuis, leur action dans les services d'urgences s'est amplifiée et il serait alors intéressant d'apprécier cette évolution d'un point de vue statistique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire Régional des Urgences PACA. Panorama 2016, activité des service d'urgence. Hyères: ARS; 2016 p. 134.
2. HAS, Collège National Professionel de Gériatrie, Sté française de Gériatrie et de Gériatologie. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? In 2013.
3. Congress of the United states of America. The Patient Protection And Affordable Care Act. In Washington; 2010. p. 906.
4. Lavéna NEDELEC ep NARGASSANS. EVALUATION ET ANALYSE DE LA REHOSPITALISATION PRECOCE DES PATIENTS DE PLUS DE 65 ANS DANS UN CENTRE HOSPITALIER DE PROXIMITE . Étude observationnelle rétrospective au centre hospitalier d'Oloron Ste Marie du 1er octobre 2013 au 30 septembre 2014. Bordeaux;
5. Benoît BESSE B. Réadmissions à 30 jours par le service des urgences : fréquence, pertinence et étude des déterminants à l'aide de deux grilles d'évaluation. 2014.
6. Shive I, McMeekin P, Price C. Retrospective observational study of emergency admission, readmission and the « weekend effect ». BMJ Open. mars 2017;2 ; 7 (3).
7. Carolyn Horney, MD,*† Roberta Capp, MD, MHS,‡ Rebecca Boxer, MD, MS,*§ and. Factors Associated With Early Readmission Among Patients Discharged to Post-Acute Care Facilities.
8. CARNIELLO-BONNETON D. Communication entre médecins généralistes et urgentistes : Epidémiologie en région PACA. [Mémoire de DES]. [Marseille]: Faculté de Médecine de Marseille; 2017.

9. APHM, Centre de Gériologie Départemental. BILAN D'ACTIVITE 2015-2016 PACA. 2016 nov.
10. SFMU. 10ème conférence de consensus. PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES. In STRASBOURG; 2003.
11. Golden AG et al. Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. Gerontologist. 25 févr 2010;50(4):451-8.
12. S. Capewell. Stemming the tide of readmissions: Patient, practice or practitioner ? Br MedJ. 1996;312, p. 991–992.
13. Demir E1, Chaussalet TJ, Xie H, Millard PH. Emergency readmission criterion: a technique for determining the emergency readmission time window. IEEE Trans Inf Technol Biomed. sept 2008;
14. GERARD, S. Les outils d'évaluation de la fragilité. 2015. Pp. 37-48. 2015. Pp 37-48. (In Livre Blanc; vol. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles.).

ANNEXES

ANNEXE 1

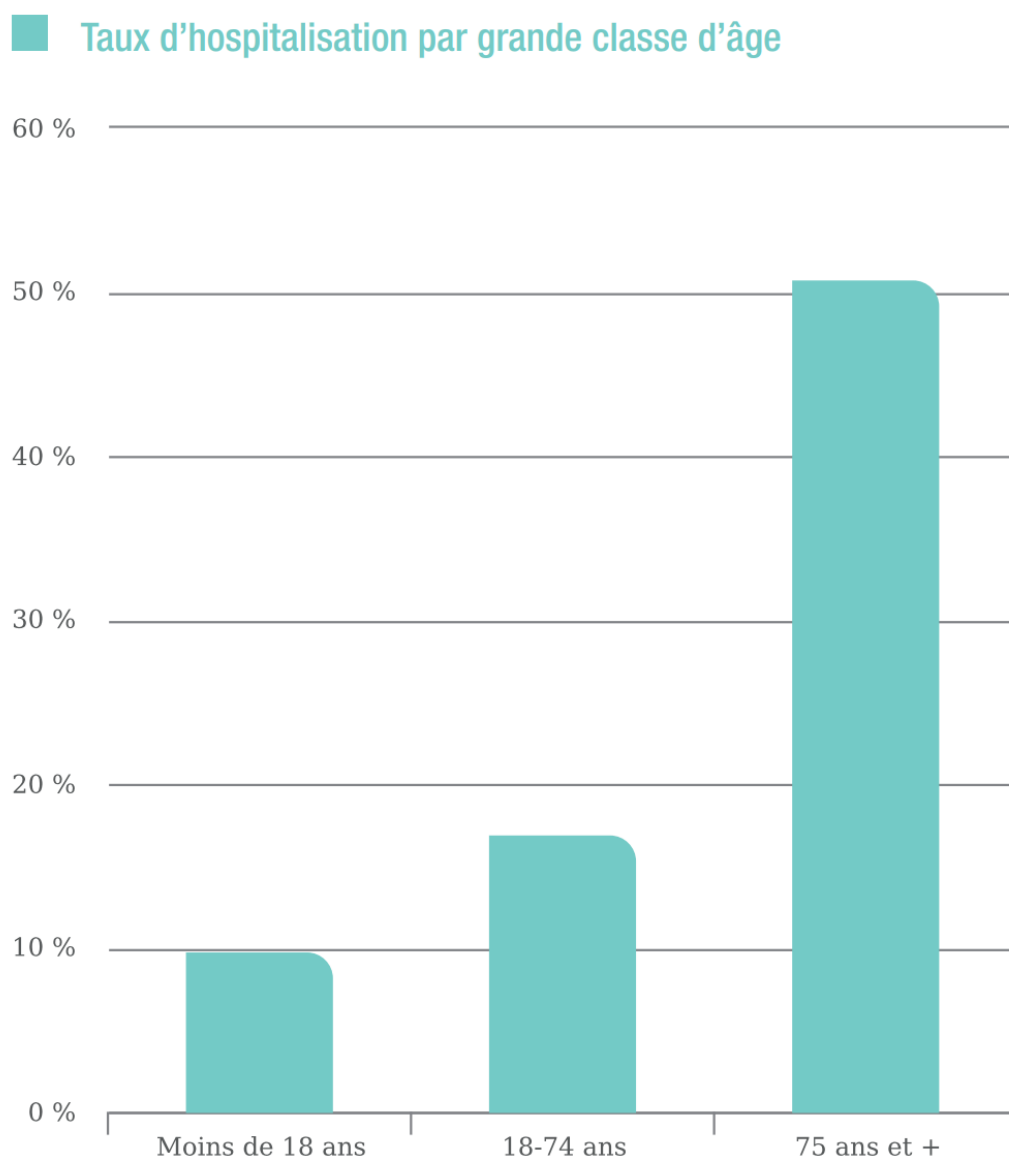
Caractéristiques épidémiologiques des personnes âgées aux urgences en 2016 dans la région PACA.

■ LA VARIABLE EN DÉTAIL PAR CLASSE D'ÂGE

		75 ans et +
SEXE	Femmes	59%
	Hommes	41%
TRANCHE HORAIRE	Matinée - 8h-12h	29%
	Déb après-midi - 12h-16h	27%
	Fin après-midi - 16h-20h	23%
	Soirée - 20h-0h	12%
	Nuit profonde - 0h-08h	10%
WEEK-END/SEMAINE	Semaine	73%
	Week-end	27%
MODE DE TRANSPORT	Ambulance	28%
	Forces de l'Ordre	0%
	Moyens personnels	36%
	SMUR	3%
	VSAV	33%
CCMU	CCMU 1	4%
	CCMU 2	53%
	CCMU 3	38%
	CCMU 4 et 5	5%
DIAGNOSTIC PRINCIPAL	Médico-chirurgical	73%
	Psychiatrique	1%
	Toxicologique	0%
	Traumatologique	25%
DUREE PASSAGE	<4h	42%
	>=4h	58%
MODE DE SORTIE	Mutation	51%
	Transfert	3%
	Retour à domicile	45%

ANNEXE 2

Taux d'hospitalisation par tranche d'âge suite à une admission aux urgences en 2016 en région PACA.



➔ Les personnes âgées sont plus hospitalisées que les moins de 18 ans.

ANNEXE 3

Diagnostic principal retenu aux urgences chez les personnes âgées de plus de 75 ans en 2016 en région PACA.

75 ans et +		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL	Nombre de passages	Pourcentage
Altération [baisse] de l'état général	6 100	2,75%
Pneumopathie, sans précision	5 536	2,50%
Malaise	5 455	2,46%
Fracture fermée du col du fémur	5 172	2,33%
Syncope et collapsus (sauf choc)	4 529	2,04%
Dyspnée	4 425	2,00%
Insuffisance ventriculaire gauche	4 091	1,85%
Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	3 813	1,72%
Douleur thoracique, sans précision	3 638	1,64%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	3 215	1,45%

ABREVIATIONS

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ECG : Electro-Cardio-Gramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisations De Jour

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %

OR : Odd-Ratio

ORU-PACA : Observatoire Régional des Urgences de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TU : Terminal Urgence

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VSAV : Véhicule Sanitaire d'Aide aux Victimes

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Contexte : Une étude rétrospective observationnelle a été réalisée au sein des services d'urgences adultes des deux CHU marseillais du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

Objectif : L'objectif était de mettre en évidence des facteurs de risque de réadmissions précoces aux urgences après un retour à domicile chez des patients âgés de plus de 75 ans.

Méthode : Tous les passages aux urgences des patients de plus de 75 ans rentrés à domicile ont été recueillis et classés en deux groupes : une cohorte de patients à admissions uniques et une dont les patients avaient été réadmis précocement, c'est-à-dire dans les 28 jours après une première admission.

Résultats : 3 958 patients ont été inclus dans le groupe admission unique et 841 réadmissions précoces ont été recensées. Les réadmissions précoces étaient majoritairement des femmes ($p < 0,001$) et correspondaient toutes à des patients admis en secteur long ($p < 0,001$). Vivre à domicile majorait le risque de réadmissions précoces (OR 70.39, IC 95 % 6.51-761.19), tout comme résider hors Marseille (OR 2963.47, IC 95 % 690.08-12726.33), être pris en charge en permanence de soins (OR 976.43, IC 95 % 128.24-7434.60), et avoir un avis spécialisé aux urgences (OR 544.08, IC 95 % 209.62-1412.19). Alors qu'avoir eu une suture diminuait le risque de réadmissions (OR 0.29, IC 95 % 0.08-0.97), de même qu'une admission pour motif traumatologique (OR 0.35, IC 95 % 0.16-0.74), et être venu aux urgences par ses propres moyens (OR 0.39, IC 95 % 0.22-0.69).

Conclusion : Vivre à domicile, résider hors Marseille ainsi qu'une prise en charge en permanence de soins et un avis spécialisé ont été retrouvés comme potentiels facteurs de risque de réadmissions précoces, alors que venir par ses propres moyens, pour un motif traumatologique, ou avoir été suturé constitueraient des facteurs protecteurs.

Mots-clés : - Réadmissions précoces

- Urgences