



HAL
open science

Les patients hospitalisés via les Services d'Accueil des Urgences. Leur prise en charge hospitalière est-elle optimisée s'ils ont initialement été adressés par leur médecin traitant ?

Hortense Ducouret

► To cite this version:

Hortense Ducouret. Les patients hospitalisés via les Services d'Accueil des Urgences. Leur prise en charge hospitalière est-elle optimisée s'ils ont initialement été adressés par leur médecin traitant ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01305580

HAL Id: dumas-01305580

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305580>

Submitted on 21 Apr 2016

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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 164

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Les patients hospitalisés via les Services d'Accueil des Urgences.
Leur prise en charge hospitalière est-elle optimisée s'ils ont
initialement été adressés par leur médecin traitant ?

Présentée et soutenue publiquement
le 20 octobre 2015

Par

Hortense DUCOURET

Née le 26 octobre 1988 à Paris (75)

Dirigée par Mme le Docteur Marine Crest, MG

Jury :

M. Le Professeur Christian Ghasarossian, PU..... Président

M. Le Professeur Thomas Hanslik, PU-PH

M. Le Professeur Dominique Pateron, PU-PH

M. Le Docteur Marc Andronikof, PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Nom : DUCOURET

Prénom : HORTENSE

Date de soutenance : 20/10/2015

Titre de la thèse : Les patients hospitalisés via les Services d'Accueil des Urgences. Leur prise en charge hospitalière est-elle optimisée s'ils ont initialement été adressés par leur médecin traitant ?

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots clés : Médecin traitant - Premier recours - Adressage – Hospitalisation via un SAU – Qualité de prise en charge – Score – Santé Publique – Communication ville-hôpital

Contexte : La mission de premier recours du médecin traitant (MT) est insuffisamment reconnue. Nous voulions montrer qu'un patient nécessitant une hospitalisation avait intérêt, en terme de qualité de prise en charge globale, à passer d'abord par son MT plutôt qu'à se présenter de lui-même au service d'accueil des urgences (SAU).

Méthode : Cette étude rétrospective incluait des patients hospitalisés via un SAU, répartis en deux groupes : adressés ou non par leur MT. Un score de qualité de prise en charge hospitalière (SQUPEC) cotait la durée de séjour, le contact avec le MT, la déprescription, les complications et la ré-hospitalisation. Le critère de jugement était un score strictement supérieur à 3 (score optimal). Puis des critères secondaires ont été étudiés.

Résultats : 316 patients ont été inclus. Ceux obtenant un SQUPEC optimal étaient plus souvent adressés au SAU par leur MT ($p = 0.0002$). Pendant l'hospitalisation, le MT était plus régulièrement contacté et une déprescription plus souvent faite que chez les patients se rendant d'eux-mêmes au SAU. Ils étaient plus âgés et présentaient plus de complications iatrogènes mais moins d'escarres. La durée de séjour et les ré-hospitalisations précoces ne différaient pas entre les deux groupes. Débuter un traitement en amont et limiter les examens à l'hôpital favorisaient l'obtention d'un SQUPEC optimal.

Conclusion : Un patient admis via un SAU bénéficie d'une prise en charge hospitalière optimisée s'il y a initialement été adressé par son MT. Valoriser la mission de premier recours du MT optimiserait le parcours de soins. Le lien ville-hôpital serait encouragé et les coûts, enjeux de santé publique, pourraient être diminués.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christian GHASAROSSIAN,

Vous m'avez accompagnée au long de ce dernier semestre d'internat au travers de nos groupes d'échanges de pratiques. Aujourd'hui vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Thomas HANSLIK,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et ainsi d'éclairer ce sujet à travers votre activité quotidienne dans un service de médecine interne parisien. Recevez ici ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Dominique PATERON,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse et d'apporter votre expérience de chef de service des urgences au sein du débat. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marc ANDRONIKOF,

J'ai débuté mon internat dans votre service. Ce premier semestre m'a laissé beaucoup de souvenirs, entre mes premières angoisses d'interne et les éclats de rire partagés avec l'équipe. Vous avoir au sein de mon jury de thèse me permet en quelques sortes de « boucler la boucle ». Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Marine,

Tu m'impressionnes par ton dynamisme à toute épreuve. Merci d'avoir été aussi réactive et rigoureuse pendant la rédaction de ma thèse. Merci d'avoir été une vraie révélation à Saint-Cloud, tu resteras toujours un modèle à suivre tant sur le plan médical que sur le plan humain.

A mes parents,

Vous avez été un vrai soutien tout au long de ces études. J'ai eu de la chance de vous avoir à mes côtés dans les moments de doutes et de difficultés notamment pendant l'internat. Merci de toujours croire en moi et de me le faire savoir !

A Quentin, Cyrille, Steph et Aude,

Quelle chance d'avoir une famille comme la notre. Vous avoir à mes côtés aujourd'hui prouve encore une fois toute l'attention et l'affection dont vous me faites part. Merci spécialement à notre actuaire (et à son stagiaire) d'avoir pris le temps de vérifier mes résultats statistiques !

A Camille,

Travailler sur ce sujet ensemble a multiplié ma motivation. Merci pour ton amitié et tes conseils. Courage, c'est bientôt fini !

A Corinne,

J'ai été touchée que tu acceptes de relire ma thèse en plein mois d'août en trouvant le temps de faire des corrections entre deux calins avec ta nouvelle petite-fille. Merci sincèrement de ton aide précieuse.

A toute l'équipe de la maison médicale des Cerisiers,

Ce dernier semestre d'internat a définitivement conforté mon choix de devenir médecin généraliste. Merci pour votre accueil et votre bonne humeur. A très bientôt !

Abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH4V : Centre Hospitalier des Quatre-Villes

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique

CRH : Compte-Rendud'Hospitalisation

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EIG : Effet Indésirable Grave

FMC : Formation Médicale Continue

HDJ : Hôpital De Jour

IC : Intervalle de Confiance

IN : Infection Nosocomiale

MT : Médecin Traitant

NV : Non Valide

OR : Odd Ratio

RAD : Retour Au Domicile

SAU : Service(s) d'Accueil des Urgences

SQUPEC : Score de QUalité de Prise En Charge

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Chapitre 1 : Introduction | 11 |
| Chapitre 2 : Matériel et Méthode | 13 |
| 2.1. Les objectifs de l'étude..... | 13 |
| 2.2. La population de l'étude | 13 |
| 2.3. Le type d'étude et le protocole | 14 |
| 2.4. L'analyse statistique | 15 |
| Chapitre 3 : Résultats | 16 |
| 3.1. Description de la population | 16 |
| 3.1.1. L'organigramme | 16 |
| 3.1.2. L'âge | 17 |
| 3.1.3. Le sexe..... | 17 |
| 3.1.4. Le mode de vie | 17 |
| 3.2. Le critère de jugement principal | 18 |
| 3.2.1. Le SQUPEC..... | 18 |
| 3.2.2. Les items du SQUPEC | 20 |
| 3.2.2.1. La durée de séjour (S1, ≤ 6 jours)..... | 20 |
| 3.2.2.2 Le contact avec le MT (S2)..... | 21 |
| 3.2.2.3 L'absence de complication pendant l'hospitalisation (S3)..... | 21 |
| 3.2.2.4. La déprescription (S4) | 22 |
| 3.2.2.5. L'absence de ré-hospitalisation précoce (S5) | 22 |
| 3.2.3. Résultats croisés entre le SQUPEC et les caractéristiques de la population de l'étude | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.3.1. L'âge moyen | 23 |
| 3.2.3.2. Le sexe | 23 |
| 3.2.3.3. Le mode de vie | 24 |
| 3.3. Les critères secondaires | 24 |
| 3.3.1. L'horaire de consultation au SAU | 24 |
| 3.3.2. Le traitement du problème aigu débuté en pré-hospitalier..... | 25 |
| 3.3.3. Le score CCMU | 26 |
| 3.3.4. Le nombre d'examens complémentaires | 27 |
| 3.3.5. Le devenir du patient à la sortie | 29 |
| Chapitre 4 : Discussion | 32 |
| 4.1. La méthode..... | 32 |
| 4.1.1. La taille de l'échantillon | 32 |
| 4.1.2. Les biais | 32 |
| 4.1.3. Le choix du critère de jugement principal | 33 |
| 4.1.4. Le choix des critères du SQUPEC | 34 |
| 4.1.4.1 La durée d'hospitalisation | 34 |
| 4.1.4.2. Le contact pris avec le MT pendant l'hospitalisation..... | 34 |
| 4.1.4.3. L'absence de survenue d'une complication pendant l'hospitalisation..... | 34 |
| 4.1.4.4. La déprescription faite à la sortie de l'hospitalisation | 35 |
| 4.1.4.5. L'absence de ré-hospitalisation précoce (≤ 1 mois)..... | 35 |
| 4.1.5. Le choix des critères secondaires | 36 |
| 4.1.5.1. L'horaire de consultation au SAU..... | 36 |
| 4.1.5.2. Le traitement du problème aigu débuté en pré-hospitalier | 36 |
| 4.1.5.3. Le score CCMU | 36 |
| 4.1.5.4. Le nombre d'examens complémentaires prescrits pendant l'hospitalisation. 37 | |

| | |
|---|-----------|
| 4.1.5.5 Le devenir du patient à la sortie de l'hospitalisation | 37 |
| 4.2. La population de l'étude | 38 |
| 4.3. Les différents profils de patients identifiés..... | 40 |
| 4.3.1. Quel patient obtient un SQUPEC optimal ? | 40 |
| 4.3.2. Quel patient obtient un SQUPEC médiocre ? | 41 |
| 4.4. Les résultats non attendus de l'étude..... | 42 |
| 4.4.1. Discussion du résultat obtenu pour un SQUPEC = 3..... | 42 |
| 4.4.2. Discussion du résultat obtenu pour l'item S3..... | 43 |
| 4.5. Les solutions proposées pour améliorer la qualité de la prise en charge d'un patient hospitalisé | 44 |
| 4.5.1. Par le biais du MT..... | 44 |
| 4.5.2. Par le biais du patient | 48 |
| 4.5.3. Par le biais de l'hôpital..... | 49 |
| Chapitre 5 : Conclusion..... | 52 |
| Bibliographie..... | 55 |
| Annexes | 60 |
| Annexe 1 - Le score de qualité de prise en charge (SQUPEC) | 60 |
| Annexe 2 - Le score CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences)..... | 61 |

Liste des figures :

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Organigramme..... | 16 |
| Figure 2 : Age moyen de la population..... | 17 |
| Figure 3 : Répartition des hommes et des femmes..... | 17 |
| Figure 4 : Modes de vie de la population étudiée..... | 17 |
| Figure 5 : Répartition des modes de vie..... | 18 |
| Figure 6a : Résultats du SQUPEC..... | 18 |
| Figure 6b : Résultat du critère de jugement principal..... | 19 |
| Figure 7 : Résultats des items du SQUPEC..... | 20 |
| Figure 8 : Résultats de l'item S1 (durée de séjour)..... | 21 |
| Figure 9 : Résultats de l'item S2 (contact pris avec le MT)..... | 21 |
| Figure 10 : Résultats de l'item S3 (survenue d'une complication)..... | 21 |
| Figure 11 : Répartition des types de complications..... | 22 |
| Figure 12 : Répartition de l'item S4 (déprescription)..... | 22 |
| Figure 13 : Répartition de l'item S5 (absence de ré-hospitalisation précoce)..... | 22 |
| Figure 14 : Résultats du SQUPEC en fonction de l'âge des patients..... | 23 |
| Figure 15 : Résultats du SQUPEC selon le sexe des patients..... | 23 |
| Figure 16 : Résultats du SQUPEC en fonction du mode de vie des patients..... | 24 |
| Figure 17 : Répartition des horaires de consultation au SAU..... | 24 |
| Figure 18 : Répartition des patients ayant débuté leur traitement en pré-hospitalier..... | 25 |
| Figure 19a : Résultats du SQUPEC en fonction de l'introduction ou non d'un traitement en pré-hospitalier..... | 25 |
| Figure 19b : Comparaison de la prise de contact avec le MT pendant l'hospitalisation en fonction de l'introduction ou non d'un traitement en pré-hospitalier..... | 26 |
| Figure 20 : Répartition des scores CCMU..... | 26 |

| | |
|---|----|
| Figure 21 : Résultats du SQUPEC en fonction du score CCMU..... | 27 |
| Figure 22 : Nombre d'examens complémentaires prescrits..... | 27 |
| Figure 23a : Résultats du SQUPEC en fonction du nombre moyen d'examens complémentaires prescrits..... | 28 |
| Figure 23b : Comparaison du nombre d'examens prescrits en fonction de la durée de séjour..... | 28 |
| Figure 23c : Comparaison du nombre d'examens prescrits en fonction de la survenue d'une complication..... | 28 |
| Figure 24 : Répartition des modes de sortie de l'hospitalisation..... | 29 |
| Figure 25a : Résultats du SQUPEC en fonction du mode de sortie de l'hospitalisation..... | 29 |
| Figure 25b : Comparaison de la durée de séjour en fonction du devenir du patient..... | 30 |
| Figure 25c : Comparaison du contact pris avec le MT en fonction du devenir du patient..... | 30 |
| Figure 25d : Comparaison de la survenue ou non d'une complication en fonction du devenir du patient..... | 31 |
| Figure 25e : Comparaison de la déprescription en fonction du devenir du patient..... | 31 |
| Figure 26 : Répartition des modalités de sortie dans la population étudiée..... | 40 |
| Figure 27 : Comparaison des items du SQUPEC entre les groupes SQUPEC = 3 et SQUPEC = 4..... | 42 |

Chapitre 1 : Introduction

La médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière depuis 2004. L'une de ses missions principales est d'assurer le premier recours, comme le confirme la définition de la WONCA (1)(2). Le rapport du Professeur Druais, de mars 2015, souligne la place du médecin généraliste en tant que médecin traitant (MT) référent dans le système de santé. Il le qualifie de « médecin de soins de santé primaires qui assure un premier recours identifié et organisé dans la logique naturelle de ses missions et de ses compétences » (3).

Le recours au MT plutôt qu'à l'hôpital est souligné dans une enquête menée par la DREES en 2004, où seulement 5% des recours urgents ou non programmés en médecine de ville débouchaient sur une hospitalisation. La moitié des patients de plus de 70 ans disaient s'être rendus aux urgences sur avis de leur MT ou d'un autre médecin (4). Un recours initial au MT permet de débiter une prise en charge précoce comme l'illustre une étude dans laquelle 22.7% des patients adressés par leur MT ont bénéficié d'examen complémentaires préalables à leur admission aux urgences (5).

Le médecin généraliste travaille en collaboration avec d'autres professionnels de santé en fonction des besoins et des ressources disponibles (6). Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) restent actuellement la principale porte d'accès aux services hospitaliers. En 2010, un travail de thèse a montré que 54 % des médecins généralistes ayant adressé un patient aux urgences dans les 30 derniers jours l'ont fait pour un besoin d'hospitalisation (7). En 2012, une thèse a montré que les venues spontanées aux urgences représentaient 11% des hospitalisations totales de la journée (8).

Nous assistons aujourd'hui à une saturation des hôpitaux en termes de lits disponibles et de personnel, avec un vrai engorgement des services d'urgences. Le nombre de prises en charge aux urgences ne cesse d'augmenter, passant de 14 millions de passages en 2002 à 18 millions en 2011 (9). Favoriser l'accès direct aux services hospitaliers pourrait pallier, en partie, ce problème, mais il existe un réel manque de communication entre la médecine de ville et l'hôpital.

Des études ont cherché à montrer l'importance du lien ville-hôpital dans la coordination et la continuité des soins ainsi que le rôle fondamental du MT en amont de l'hospitalisation (10)(11). La programmation des hospitalisations par le médecin généraliste a été étudiée : dans 60 % des cas, l'admission ne peut être organisée, en raison de l'absence d'un interlocuteur compétent ou de lit disponible (10). Dans sa thèse en 2010, A. Le Gall a étudié les obstacles à l'hospitalisation programmée. Sont ainsi retrouvés : le manque de lit, l'impossibilité de trouver des places dans un délai raisonnable, l'accessibilité limitée aux consultations spécialisées, l'absence d'interlocuteur disponible, la difficulté à joindre les personnes responsables des admissions, le manque de temps pour le médecin généraliste. Elle a voulu également proposer des alternatives à l'hospitalisation programmée telles que les hôpitaux de jour, les réseaux et les filières adaptées aux personnes âgées (11).

Pour permettre un maximum de transparence et de continuité dans la prise en charge des patients, il semble nécessaire de dépasser les frontières ville-hôpital et d'envisager des interactions entre la médecine de ville et la médecine hospitalière avant, pendant et après l'hospitalisation des patients.

C'est dans ce contexte, que nous avons conduit notre étude. Nous avons cherché à identifier et à mesurer le rôle et l'impact du MT dans la qualité de la prise en charge globale d'un patient hospitalisé après un passage aux urgences (ce recours étant le plus fréquent actuellement). Nous voulions montrer que l'adressage par le MT permet d'améliorer significativement cette prise en charge et qu'il conviendrait donc de promouvoir le rôle clef du MT dans les interfaces avec l'hôpital et le patient. Nous proposons des solutions pratiques au manque de communication ville-hôpital et pensons qu'il pourrait aussi, à terme, en résulter un désengorgement des SAU.

Chapitre 2 : Matériel et Méthode

2.1. Les objectifs de l'étude

Notre étude a cherché à déterminer si un patient hospitalisé via un SAU bénéficiait d'une prise en charge optimisée s'il y avait été adressé initialement par son MT.

L'objectif principal était de montrer qu'un patient relevant d'une prise en charge hospitalière avait intérêt, en terme de qualité de prise en charge globale, à passer d'abord par son MT plutôt qu'à se présenter de lui-même aux urgences.

L'objectif secondaire était d'essayer d'optimiser le parcours de soins du patient, en présentant le MT comme une solution pour le désengorgement des SAU et en proposant des moyens pour améliorer la communication entre la ville et l'hôpital.

2.2. La population de l'étude

Notre étude s'est déroulée au sein du Centre Hospitalier des Quatre-Villes (CH4V), sur le site de Saint-Cloud (92). Cet établissement comprend notamment, un service de médecine polyvalente de court séjour d'une capacité de 29 lits avec un nombre de séjours en hospitalisation complète de 2142 par an (données au 01/01/2013). En 2013, le nombre moyen de passages par jour aux urgences de l'établissement était de 38 (12).

Nous avons étudié les patients hospitalisés dans le service de médecine polyvalente entre le 01/05/2013 et le 01/11/2013 inclus.

La population cible comprenait tous les patients hospitalisés dans le service après un passage par un service d'accueil des urgences (SAU du CH4V ou autre SAU) pendant la période donnée. Ces patients, tous majeurs sans limite supérieure d'âge, ont été inclus jusqu'à obtenir deux groupes de même taille.

Les patients dialysés à Saint-Cloud et ceux suivis en hôpital de jour (HDJ) ont été exclus, leur prise en charge relevant d'un parcours de soins spécifique.

Les patients adressés aux urgences par un autre médecin que leur médecin traitant (SOS médecins et SAMU notamment) ont également été exclus.

Le nombre de sujets à inclure a été établi à partir du calcul statistique du nombre de sujets nécessaires pour obtenir une différence significative sur le critère de jugement principal entre les deux groupes (pour un $p < 0.05$) (13).

2.3. Le type d'étude et le protocole

Il s'agissait d'une étude quantitative comparative. Les patients ont été inclus de manière rétrospective via la base de données ORBIS de l'hôpital de Saint-Cloud. L'accord administratif de l'hôpital avait été obtenu en amont, pour l'utilisation de ces données.

Nous avons comparé le groupe de patients hospitalisés, adressés initialement aux urgences par leur MT et le groupe de patients s'y étant présentés d'eux-mêmes.

Pour les comparer, nous avons élaboré un score : le SQUPEC (Score de QUalité de Prise En Charge) composé de 5 items (Annexe 1) :

- la durée de l'hospitalisation (1 point si la durée était inférieure ou égale à 6 jours) ;
- le contact pris par l'équipe médicale avec le MT pendant l'hospitalisation (1 point si Oui) ;
- l'absence de survenue d'une complication au cours de l'hospitalisation : escarre, infection nosocomiale, iatrogénie (1 point si Oui) ;
- une déprescription faite au cours de l'hospitalisation (1 point si Oui) ;
- l'absence de ré-hospitalisation précoce (≤ 1 mois) dans le service (1 point si Oui).

Plus le résultat du score était élevé, plus la prise en charge du patient était définie comme optimale.

L'étude s'est faite en deux parties. Les caractéristiques des patients (l'âge, le sexe et le mode de vie) ont été analysées dans les deux groupes (étude observationnelle). Leur prise en charge hospitalière dans le service de médecine a ensuite été comparée (étude analytique) avec un résultat de SQUPEC > 3 (ou SQUPEC optimal) comme critère de jugement principal ; en opposition à un résultat de SQUPEC ≤ 3 (ou SQUPEC médiocre).

D'autres items participent à la qualité de la prise en charge globale du patient hospitalisé. Bien que nous ayons choisi de ne pas les inclure dans le SQUPEC, il nous a semblé important de les prendre en compte. C'est pourquoi nous avons étudié les critères secondaires suivants :

- l'horaire de consultation au SAU ;
- la gravité de l'état initial mesurée en fonction du score CCMU (classification clinique des malades aux urgences) utilisé par les services d'urgences ;
- l'introduction précoce d'un traitement adapté en pré-hospitalier ;
- le nombre d'examens complémentaires prescrits pendant l'hospitalisation ;
- l'avenir du patient à sa sortie : retour au domicile (RAD) avec ou sans aide(s), soins de suite et de réadaptation (SSR), institutionnalisation.

2.4. L'analyse statistique

Les données ont été recueillies dans un fichier Excel. L'analyse des résultats s'est faite à l'aide des logiciels Epiinfo et BiostaTGV. Nous avons utilisé le test de Student pour les variables continues et le test de Chi2, ou le test de Fisher, pour les variables catégorielles.

Chapitre 3 : Résultats

3.1. Description de la population

3.1.1. L'organigramme

316 patients ont été inclus du 01/05/2013 au 01/11/2013 (inclus) :

- 158 avaient été adressés au SAU par leur MT ;
- 158 étaient venus au SAU sans avoir précédemment consulté leur MT.

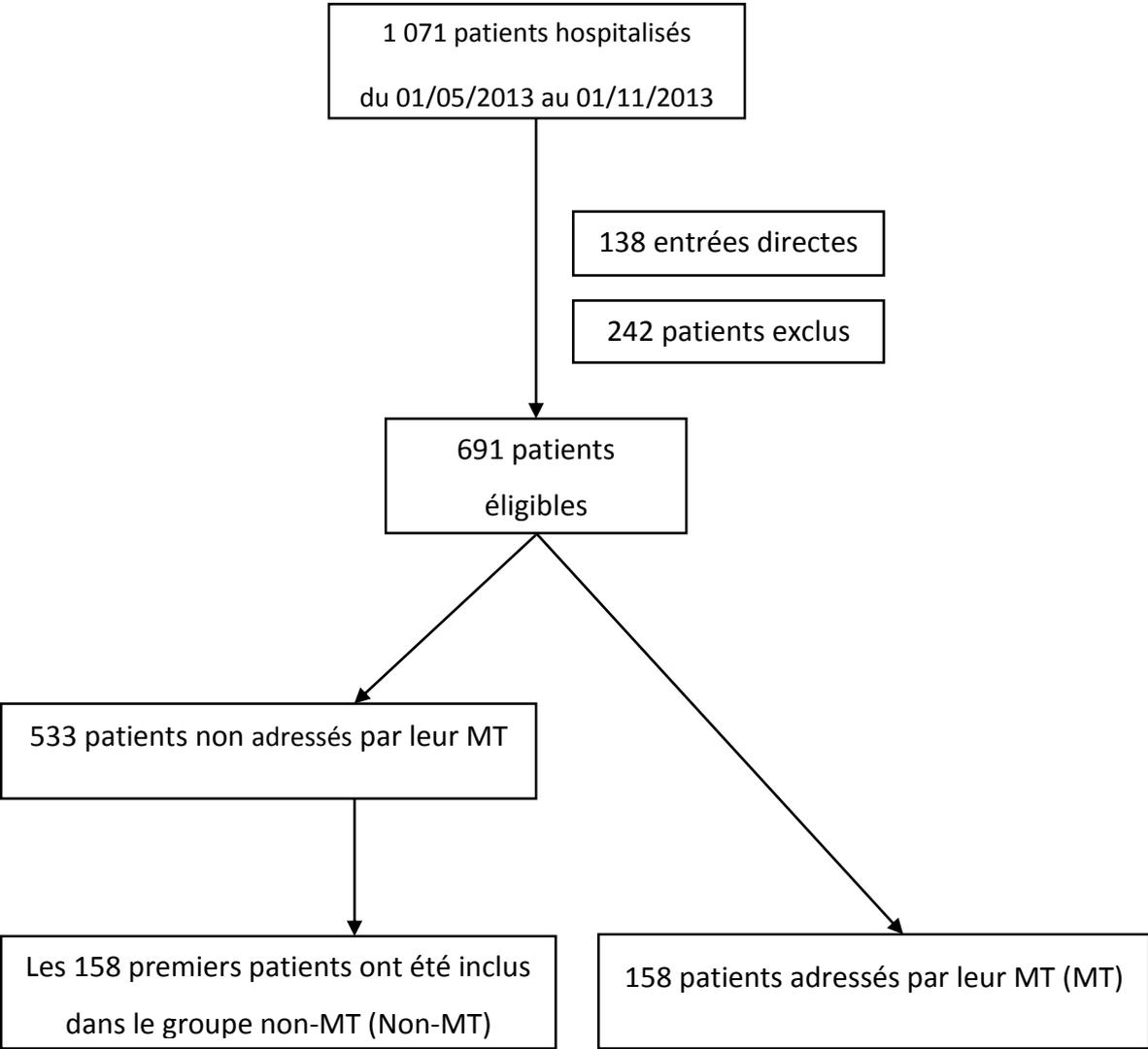


Figure 1 : Organigramme

3.1.2. L'âge

L'âge moyen de la population étudiée était de 77.8 ans ; variant de 21 à 101 ans.

| | AGE MOYEN (ANNEES) | AGE MINIMAL-MAXIMAL (ANNEES) |
|---------------|---------------------------|-------------------------------------|
| MT | 80.316 | 23-101 |
| NON-MT | 75.348 | 21-101 |

Figure 2 : Age moyen de la population.

Les patients adressés par leur MT au SAU sont significativement plus âgés ($p = 0.013$; IC95% [1.0352 ; 8.9015]) que ceux y consultant de leur propre chef.

3.1.3. Le sexe

Dans notre population il y avait un nombre plus important de femmes (196 femmes pour 120 hommes).

| | HOMMES | FEMMES |
|---------------|---------------|---------------|
| MT | 62 | 96 |
| NON-MT | 58 | 100 |

Figure 3 : Répartition des hommes et des femmes.

La proportion d'hommes et de femmes dans chaque groupe était semblable.

3.1.4. Le mode de vie

| MDV = 1 | MDV = 2 | MDV = 3 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| VIVENT AU DOMICILE SANS AIDE | VIVENT AU DOMICILE AVEC AIDE | PATIENTS INSTITUTIONNALISES |
| 168 (53.16%) | 80 (25.32%) | 68 (21.52%) |

Figure 4 : Modes de vie de la population étudiée.

Dans la population de notre étude, les patients étaient majoritairement autonomes au domicile.

| MDV | MT | NON-MT | OR ; IC 95% | P |
|-----|----|--------|----------------------------|--------------------|
| 1 | 70 | 98 | 0.4881 ; [0.3031 ; 0.782] | 0.0022 |
| 2 | 36 | 44 | 0.7652 ; [0.4441 ; 1.3121] | 0.3652 |
| 3 | 52 | 16 | 4.3337 ; [2.2853 ; 8.6029] | < 0.0001 |

Figure 5 : Répartition des modes de vie.

Les patients institutionnalisés ont plus souvent consulté leur MT avant de se rendre au SAU.
Les patients autonomes au domicile se rendaient plus souvent d'eux-mêmes au SAU.

3.2. Le critère de jugement principal

3.2.1. Le SQUPEC

| SQUPEC | MT | NON MT | OR ; IC95% | P |
|--------|----|--------|----------------------------|---------------|
| 0 | 1 | 0 | NV | NV |
| 1 | 8 | 9 | 0.8833 ; [0.2881 ; 2.6572] | 1 |
| 2 | 30 | 38 | 0.7408 ; [0.4149 ; 1.3139] | 0.3380 |
| 3 | 56 | 79 | 0.5501 ; [0.3408 ; 0.8835] | 0.0122 |
| 4 | 56 | 27 | 2.6554 ; [1.5275 ; 4.7019] | 0.0003 |
| 5 | 7 | 5 | 1.417 ; [0.3777 ; 5.7919] | 0.7700 |

NV : score non validé, test statistique impossible (nombre de cas insuffisant)

Figure 6a : Résultats du SQUPEC.

| SQUPEC | MT | NON MT | OR ; IC95% | P |
|--------|----|--------|----------------------------|---------------|
| > 3 | 63 | 32 | 2.6031 ; [1.5377 ; 4.4693] | 0.0002 |
| ≤ 3 | 95 | 126 | | |

Figure 6b : Résultat du critère de jugement principal.

La probabilité d’avoir un SQUPEC optimal était de 39.87% pour les patients ayant été adressés par leur MT au SAU, contre 20.25 % pour les patients n’ayant pas consulté leur MT avant de venir au SAU (OR = 2.6031 ; IC95% : [1.5377 ; 4.4693] ; p = 0.0002).

Le SQUPEC était significativement plus optimal (>3) chez les patients qui avaient été adressés au SAU par leur MT avant d’être hospitalisés.

Les scores étaient moins bons (SQUPEC = 0, 1 ou 2) chez les patients non adressés au SAU par leur MT. A l’inverse, un SQUPEC élevé (égal à 4 ou 5) était plus souvent obtenu chez les patients adressés par leur MT. Il s’agissait d’une différence significative pour un SQUPEC à 4.

Pour un SQUPEC à 5, la différence n’a pas été significative car la population n’était pas suffisamment importante mais une tendance positive était cependant visible (7 vs. 5).

En revanche, un SQUPEC égal à 3, score qui ne rentre pas dans la catégorie « optimale » mais qui reste un score correct, a été obtenu principalement chez les patients non adressés par leur MT. Il s’agissait d’un résultat significatif.

3.2.2. Les items du SQUPEC

| | MT | Non-MT | OR ; IC95% | P |
|---|--------------------|--------|--------------------------------|--------------------|
| | Nombre de patients | | | |
| S1 : DUREE DE SEJOUR OPTIMALE | 70 | 82 | 0.738 ; [0.4622 ; 1.1756] | 0.2155 |
| S2 : CONTACT PRIS AVEC LE MT | 101 | 31 | 7.2069 ; [4.2389 ; 12.5162] | < 0.0001 |
| S3 : ABSENCE DE COMPLICATION PENDANT L'HOSPITALISATION | 129 | 152 | 0.1765 ; [0.0581 ; 0.4504] | < 0.0001 |
| S4 : DEPRESCRIPTION | 51 | 47 | 1.1252 ; [0.6793 ; 1.8666] | 0.7153 |
| S5 : ABSENCE DE RE- HOSPITALISATION PRECOCE | 144 | 143 | 1.0786 ; [0.4664 ; 2.5093] | 1 |

Figure 7 : Résultats des items du SQUPEC.

3.2.2.1. La durée de séjour (S1, ≤ 6 jours)

La durée moyenne de séjour dans la population globale était de 8.5 jours, allant de 1 à 57 jours. Chez les patients adressés par leur MT, elle était de 8.7 jours (entre 1 et 35 jours). Chez les patients non adressés par leur MT, elle était de 8.3 jours (entre 1 et 57 jours). La durée de séjour ne différait pas significativement entre les deux groupes de patients ($p = 0.664$; IC95% : [-1.1807 ; 1.8516]).

| | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|----------------------------------|----|--------|---------------------------|--------|
| S1 (DUREE DE SEJOUR ≤ 6J) | 70 | 82 | 0.738 ; [0.4622 ; 1.1756] | 0.2155 |

Figure 8 : Résultats de l'item S1 (durée de séjour)

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes concernant la durée d'hospitalisation optimale.

3.2.2.2 Le contact avec le MT (S2)

| | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|-----------------|-----|--------|-----------------------------|----------------------|
| S2 = OUI | 101 | 31 | 7.2069 ; [4.2389 ; 12.5162] | p < 0.0001 |

Figure 9 : Résultats de l'item S2 (contact pris avec le MT).

Un contact avec le MT était plus souvent pris pendant l'hospitalisation lorsque les patients avaient été adressés au SAU par leur MT.

3.2.2.3 L'absence de complication pendant l'hospitalisation (S3)

| | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|-----------------|-----|--------|----------------------------------|--------------------|
| S3 = OUI | 129 | 152 | 0.1765 ; IC95% [0.0581 ; 0.4504] | < 0.0001 |

Figure 10 : Résultats de l'item S3 (survenue d'une complication).

Les patients adressés par leur MT au SAU ont fait significativement plus de complications pendant leur hospitalisation que les autres. Il s'agissait essentiellement d'accidents iatrogènes.

| TYPE DE COMPLICATION | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|------------------------------|-------------|------------|------------------------------|---------------|
| IATROGENIE | 24 (82.76%) | 2 (33.33%) | 8.7727 ; [3.3446 ; 123.5512] | 0.0273 |
| ESCARRE | 3 (10.34%) | 3 (50%) | 0.1269 ; [0.0581 ; 0.4504] | 0.0488 |
| INFECTION NOSOCOMIALE | 2 (6.90%) | 1 (16.67%) | 0.3841 ; [0.0167 ; 26.1777] | 0.4417 |
| TOTAL | 29 | 6 | | |

Figure 11 : Répartition des types de complications.

3.2.2.4. La déprescription (S4)

| | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|-----------------|----|--------|----------------------------|--------|
| S4 = OUI | 51 | 47 | 1.1252 ; [0.6793 ; 1.8666] | 0.7153 |

Figure 12 : Répartition de l'item S4 (déprescription).

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes mais le taux de déprescription était un peu plus élevé dans la population adressée par son MT.

3.2.2.5. L'absence de ré-hospitalisation précoce (S5)

| | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|-----------------|-----|--------|----------------------------|---|
| S5 = OUI | 144 | 143 | 1.0786 ; [0.4664 ; 2.5093] | 1 |

Figure 13 : Répartition de l'item S5 (absence de ré-hospitalisation précoce).

Il n'existait pas de différence significative en terme de ré-hospitalisation précoce entre les deux groupes.

3.2.3. Résultats croisés entre le SQUPEC et les caractéristiques de la population de l'étude

3.2.3.1. L'âge moyen

| SQUPEC | AGE | IC95% | P |
|--------|--------|----------------------|---------------|
| 0 | 84 | [-29.1628 ; 41.5374] | 0.7131 |
| 1 | 82,294 | [-2.2404 ; 11.6714] | 0.1725 |
| 2 | 77,294 | [-5.7235 ; 4.3521] | 0.7872 |
| 3 | 74,993 | [-9.0134 ; -0.9019] | 0.0168 |
| 4 | 81,807 | [1.2655 ; 9.5163] | 0.0107 |
| 5 | 78,5 | [-10.6667 ; 12.0549] | 0.8962 |
| > 3 | 81.389 | [1.0605 ; 9.1121] | 0.0135 |

Figure 14 : Résultats du SQUPEC en fonction de l'âge des patients.

Les patients ayant obtenu un SQUPEC optimal étaient significativement plus âgés que les autres.

3.2.3.2. Le sexe

| SQUPEC | FEMMES | HOMMES | OR ; IC95% | P |
|--------|--------|--------|----------------------------|--------|
| 0 | 1 | 0 | NV | NV |
| 1 | 7 | 10 | 0.4086 ; [0.8142 ; 7.8068] | 0.0770 |
| 2 | 46 | 22 | 1.3647 ; [0.7504 ; 2.5391] | 0.3245 |
| 3 | 83 | 52 | 0.9606 ; [0.592 ; 1.5619] | 0.9069 |
| 4 | 52 | 31 | 1.0366 ; [0.6006 ; 1.8078] | 1 |
| 5 | 7 | 5 | 0.8523; [0.2268 ; 3.4891] | 0.7708 |
| > 3 | 59 | 36 | 1.0049; [0.5958 ; 1.7073] | 1 |

Figure 15 : Résultats du SQUPEC selon le sexe des patients.

La répartition hommes/femmes était semblable, quel que soit le résultat du SQUPEC.

3.2.3.3. Le mode de vie

| SQUPEC | MDV = 1 | MDV = 2 | MDV = 3 | P |
|--------|---------|---------|---------|--------|
| 0 | 0 | 1 | 0 | NV |
| 1 | 8 | 5 | 4 | NV |
| 2 | 37 | 17 | 14 | 0.9687 |
| 3 | 77 | 32 | 26 | 0.4804 |
| 4 | 42 | 20 | 21 | 0.6208 |
| 5 | 4 | 5 | 3 | NV |
| > 3 | 46 | 25 | 24 | 0.4692 |

Figure 16 : Résultats du SQUPEC en fonction du mode de vie des patients.

Le mode de vie des patients n'interfère pas de manière significative dans le résultat du SQUPEC.

3.3. Les critères secondaires

3.3.1. L'horaire de consultation au SAU

| HORAIRE DE CONSULTATION | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|--|-----|--------|------------------------------|----------|
| PENDANT LES HEURES OUVREES DES CABINETS | 100 | 54 | 3.3071 ; [2.041 ; 5.4099] | < 0.0001 |
| EN DEHORS DES HEURES OUVREES DES CABINETS | 58 | 104 | | |

Figure 17 : Répartition des horaires de consultation au SAU.

Les patients ayant consulté leur MT avant d'être hospitalisés étaient, de façon significative, venus au SAU pendant les heures ouvrées des cabinets médicaux de ville.

Les patients ayant directement consulté au SAU l'ont fait, en majorité, hors des heures ouvrées des cabinets médicaux de ville.

3.3.2. Le traitement du problème aigu débuté en pré-hospitalier

| | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|------------|----|--------|----------------------------|--------------------|
| OUI | 74 | 22 | 5.4152 ; [3.0607 ; 9.8821] | < 0.0001 |

Figure 18 : Répartition des patients ayant débuté leur traitement en pré-hospitalier.

Le traitement du problème aigu a été, de façon significative, plus souvent débuté en pré-hospitalier chez les patients adressés par leur MT.

| SQUPEC | TRAITEMENT | PAS DE TRAITEMENT | OR ; IC95% | P |
|---------------|------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 0 | 0 | 1 | NV | NV |
| 1 | 1 | 16 | 0.1347 ; [0.0032 ; 0.8923] | 0.0274 |
| 2 | 20 | 48 | 0.9431 ; [0.4949 ; 1.7496] | 0.8828 |
| 3 | 39 | 96 | 0.8841 ; [0.526 ; 1.4772] | 0.7108 |
| 4 | 32 | 51 | 1.6542 ; [0.9397 ; 2.8926] | 0.0708 |
| 5 | 4 | 8 | 1.1516 ; [0.2475 ; 4.4288] | 0.7596 |
| > 3 | 36 (37.5%) | 59 (26.8%) | 1.6347 ; [0.9485 ; 2.8044] | 0.0627 |

Figure 19a : Résultats du SQUPEC en fonction de l'introduction ou non d'un traitement en pré-hospitalier.

Les patients n'ayant pas reçu de traitement en pré-hospitalier obtenaient significativement plus de SQUPEC égal à 1 (ou SQUPEC médiocre).

Les patients ayant obtenu un SQUPEC optimal avaient plus souvent débuté leur traitement précocement (résultats non significatifs).

| Contact pris avec MT (S2) | S2 = 0 | S2 = 1 | OR ; IC95% | P |
|---------------------------|--------|--------|----------------------------|---------------|
| Traitement | 46 | 50 | 0.5477 ; [0.3271 ; 0.9143] | 0.0183 |
| Pas de traitement | 138 | 82 | | |

Figure 19b : Comparaison de la prise de contact avec le MT pendant l'hospitalisation en fonction de l'introduction ou non d'un traitement en pré-hospitalier.

L'introduction d'un traitement en pré-hospitalier augmente de manière significative la prise de contact avec le MT pendant l'hospitalisation.

3.3.3. Le score CCMU

| CCMU | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|----------|----|--------|----------------------------|--------------------|
| 1 | 2 | 0 | NV | NV |
| 2 | 67 | 111 | 0.313 ; [0.1905 ; 0.5089] | < 0.0001 |
| 3 | 58 | 30 | 2.4675 ; [1.4408 ; 4.2902] | 0.0007 |
| 4 | 30 | 14 | 2.4041 ; [1.1751 ; 5.1365] | 0.0141 |
| 5 | 1 | 3 | 0.3301 ; [0.0062 ; 4.1623] | 0.6226 |

Figure 20 : Répartition des scores CCMU.

Les patients adressés par leur MT étaient plus fréquemment associés à des scores CCMU élevés (3 et 4) que les patients ayant directement consulté au SAU. Ils présentaient donc des tableaux cliniques plus graves à leur arrivée.

Les patients qui consultaient d'eux-mêmes au SAU avaient significativement plus de score CCMU égal à 2, donc associés à des tableaux cliniques moins graves.

| SQUPEC | CCMU 1 | CCMU 2 | CCMU 3 | CCMU 4 | CCMU 5 | P |
|--------|--------|-------------|-------------|-------------|--------|--------|
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | NV |
| 1 | 0 | 10 | 5 | 2 | 0 | 1 |
| 2 | 0 | 44 | 16 | 6 | 2 | 0.2188 |
| 3 | 0 | 78 | 37 | 19 | 1 | 0.7150 |
| 4 | 0 | 37 | 29 | 16 | 1 | 0.0982 |
| 5 | 1 | 9 | 1 | 1 | 0 | 0.0670 |
| > 3 | 1 | 46 (25.84%) | 30 (34.09%) | 17 (38.64%) | 1 | 0.3858 |

Figure 21 : Résultats du SQUPEC en fonction du score CCMU.

Il n'existait pas de corrélation entre le SQUPEC et le score CCMU. La gravité de la situation clinique initiale ne préjugeait pas du score SQUPEC final.

3.3.4. Le nombre d'examens complémentaires

Le nombre moyen d'examens complémentaires prescrits par patient pendant l'hospitalisation était de 3.038 pour la population globale de l'étude.

| | MT | NON-MT |
|---|-------|--------|
| NOMBRE MINIMAL D'EXAMENS PRESCRITS | 0 | 0 |
| NOMBRE MAXIMAL D'EXAMENS PRESCRITS | 8 | 13 |
| NOMBRE MOYEN D'EXAMENS PRESCRITS | 3.006 | 3.069 |

Figure 22 : Nombre d'examens complémentaires prescrits.

Il n'existait pas de différence significative (IC95% : [-0.5048 ; 0.3782] ; p = 0.778) entre les deux groupes pour ce qui est du nombre d'examens complémentaires prescrits pendant le séjour hospitalier. On notait cependant des chiffres plus élevés chez les patients ayant directement consulté au SAU.

| SQUPEC | NOMBRE MOYEN D'EXAMENS PRESCRITS | P ; IC 95% |
|--------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 0 | 2 | 0.6025 [-4.9708 ; 2.8882] |
| 1 | 3,588 | 0.2422 [-0.395 ; 1.558] |
| 2 | 3,912 | < 0.0001 [0.5905 ; 1.6362] |
| 3 | 2,948 | 0.4895 [-0.4547 ; 0.2447] |
| 4 | 2,590 | 0.0169 [0.1099 ; 1.1042] |
| 5 | 1,5 | 0.0062 [-2.7402 ; -0.4572] |
| > 3 | 2.453 | 0.0005 [-1.3094 ; -0.3645] |

Figure 23a : Résultats du SQUPEC en fonction du nombre moyen d'examens complémentaires prescrits.

Pour les patients ayant obtenu un SQUPEC optimal, le nombre d'examens prescrits était significativement inférieur par rapport aux autres patients.

Le score 2 du SQUPEC était obtenu majoritairement lorsque le nombre d'examens complémentaires prescrits pendant l'hospitalisation était élevé.

| Durée de séjour (S1) | S1 = 0 | S1 = 1 | IC95% | P |
|-------------------------------|--------|--------|-------------------|--------------------|
| Nombre moyen d'examens | 3.847 | 2.164 | [1.2884 ; 2.0778] | < 0.0001 |

Figure 23b : Comparaison du nombre d'examens prescrits en fonction de la durée de séjour.

La durée de séjour est significativement plus courte lorsqu'il y a moins d'examens complémentaires prescrits.

| Survenue d'une complication (S3) | S3 = 0 | S3 = 1 | IC95% | P |
|----------------------------------|--------|--------|------------------|---------------|
| Nombre moyen d'examens | 4.223 | 2.890 | [0.475 ; 2.2028] | 0.0033 |

Figure 23c : Comparaison du nombre d'examens prescrits en fonction de la survenue d'une complication.

La survenue d'une complication pendant l'hospitalisation augmente significativement le nombre d'examens complémentaires.

3.3.5. Le devenir du patient à la sortie

| DEVENIR DU PATIENT | MT | NON-MT | OR ; IC95% | P |
|-----------------------------------|----|--------|----------------------------|--------------------|
| D1 : RAD SANS AIDE | 38 | 67 | 0.4313; [0.2573 ; 0.7155] | 0.0008 |
| D2 : RAD AVEC AIDE | 37 | 23 | 1.7915 ; [0.9743 ; 3.3504] | 0.0616 |
| D3 : TRANSFERT | 12 | 9 | 1.3594 ; [0.5082 ; 3.7716] | 0.6525 |
| D4 : SSR | 18 | 33 | 0.4881 ; [0.2457 ; 0.9436] | 0.0316 |
| D5 : INSTITUTIONNALISATION | 43 | 13 | 4.1523 ; [2.0726 ; 8.8372] | < 0.0001 |
| D6 : DECES | 10 | 13 | 0.7543 ; [0.2862 ; 1.9295] | 0.6658 |

Figure 24 : Répartition des modes de sortie de l'hospitalisation.

Les patients ayant directement consulté au SAU rentraient plus souvent chez eux à la sortie, sans mise en place d'aide au domicile, ou alors en SSR.

Les patients adressés au SAU par leur MT étaient plus souvent institutionnalisés à la sortie de leur hospitalisation.

| SQUPEC | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 | P |
|---------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|--------|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | NV |
| 1 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 2 | 0.4614 |
| 2 | 18 | 13 | 1 | 20 | 10 | 6 | 0.1431 |
| 3 | 53 | 20 | 13 | 20 | 20 | 9 | 0.0941 |
| 4 | 28 | 17 | 6 | 7 | 20 | 5 | 0.2087 |
| 5 | 4 | 5 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0.2828 |
| > 3 | 32 (30.5%) | 22 (21.7%) | 6 (28.6%) | 7 (13.7%) | 22 (39.3%) | 6 (26.1%) | 0.0701 |

Figure 25b : Résultats du SQUPEC en fonction du mode de sortie de l'hospitalisation.

Les patients obtenant un SQUPEC optimal rentraient plus fréquemment au domicile ou dans leur EHPAD (avec ou sans aide) et étaient plus fréquemment institutionnalisés à la sortie de l'hôpital.

| Durée de séjour (S1) | S1 = 0 | S1 = 1 | OR ; IC95% | P |
|----------------------|--------|--------|-----------------------------|--------------------|
| D1 | 31 | 74 | 0.2468 ; [0.1432 ; 0.418] | < 0.0001 |
| D2 | 37 | 23 | 1.6315 ; [0.8874 ; 3.0506] | 0.1142 |
| D3 | 9 | 12 | 0.6783 ; [0.2444 ; 1.8143] | 0.4990 |
| D4 | 45 | 6 | 9.1439 ; [3.4368 ; 25.0136] | < 0.0001 |
| D5 | 30 | 26 | 1.0847 ; [0.5842 ; 2.0245] | 0.8829 |
| D6 | 12 | 11 | 1.0119 ; [0.3946 ; 2.6205] | 1 |

Figure 25b : Comparaison de la durée de séjour en fonction du devenir du patient.

La durée de séjour est moins longue lorsque le patient rentre au domicile sans aide. Elle est significativement augmentée lorsque le patient est transféré en SSR.

| Contact avec MT (S2) | S2 = 0 | S2 = 1 | OR ; IC95% | P |
|----------------------|--------|--------|----------------------------|---------------|
| D1 | 73 | 32 | 2.0506 ; [1.22 ; 3.4965] | 0.0052 |
| D2 | 30 | 30 | 0.6632 ; [0.3621 ; 1.214] | 0.1903 |
| D3 | 12 | 9 | 0.9537 ; [0.3561 ; 2.6483] | 1 |
| D4 | 32 | 19 | 1.2512 ; [0.6496 ; 2.4647] | 0.5366 |
| D5 | 22 | 34 | 0.3926 ; [0.2059 ; 0.7358] | 0.0026 |
| D6 | 15 | 8 | 1.3744 ; [0.5274 ; 3.8663] | 0.5190 |

Figure 25c : Comparaison du contact pris avec le MT en fonction du devenir du patient.

Le contact avec le MT est significativement plus souvent pris lorsque le patient est institutionnalisé. Le MT est significativement moins contacté lorsque le patient rentre au domicile sans aide.

| Survenue d'une complication (S3) | S3 = 0 | S3 = 1 | OR ; IC95% | P |
|----------------------------------|--------|--------|----------------------------|--------------------|
| D1 | 2 | 103 | 0.1052 ; [0.012 ; 0.4261] | < 0.0001 |
| D2 | 4 | 56 | 0.5193 ; [0.1279 ; 1.5578] | 0.2628 |
| D3 | 4 | 17 | 1.9983 ; [0.4601 ; 6.6783] | 0.2694 |
| D4 | 10 | 41 | 2.3337 ; [0.9291 ; 5.4994] | 0.0485 |
| D5 | 11 | 45 | 2.3955 ; [0.9868 ; 5.5209] | 0.0336 |
| D6 | 4 | 19 | 1.7754 ; [0.4128 ; 5.8355] | 0.3020 |

Figure 25d : Comparaison de la survenue ou non d'une complication en fonction du devenir du patient.

Le retour au domicile sans aide est significativement plus fréquent lorsque le patient ne présente pas de complication pendant son hospitalisation.

| Déprescription (S4) | S4 = 0 | S4 = 1 | OR ; IC95% | P |
|---------------------|--------|--------|----------------------------|---------------|
| D1 | 84 | 21 | 2.2928 ; [1.2863 ; 4.2155] | 0.0029 |
| D2 | 35 | 25 | 0.5595 ; [0.3014 ; 1.0482] | 0.0621 |
| D3 | 14 | 7 | 0.8925 ; [0.3239 ; 2.7044] | 0.8101 |
| D4 | 31 | 20 | 0.6475 ; [0.334 ; 1.2765] | 0.1869 |
| D5 | 36 | 20 | 0.7721 ; [0.4054 ; 1.5017] | 0.4275 |
| D6 | 18 | 5 | 1.6715 ; [0.575 ; 5.9383] | 0.3607 |

Figure 25e : Comparaison de la déprescription en fonction du devenir du patient.

La déprescription est moins souvent réalisée lorsque le patient rentre au domicile sans aide.

Chapitre 4 : Discussion

4.1. La méthode

4.1.1. La taille de l'échantillon

La population de notre étude était de 316 patients inclus sur 6 mois. Le nombre de patients hospitalisés sur cette même période était de 1 071, soit un taux d'inclusion de 29.50 % à l'origine d'un manque de reproductibilité.

La puissance de l'étude aurait pu être augmentée en allongeant la période d'inclusion, mais nous avons choisi le nombre de patients suffisant pour obtenir une différence significative ($p < 0.05$) sur notre critère de jugement principal.

4.1.2. Les biais

Notre étude fait l'objet de différents biais :

- Les biais de sélection :

Pour plus de clarté dans la comparaison des deux groupes, nous avons fait le choix d'obtenir in fine deux groupes de taille identique. Notre étude s'apparente donc plus à une étude de cas-témoins qu'à une étude de cohorte.

Nos critères d'inclusion sont larges afin d'étudier un maximum de patients et de réduire les biais de sélection. Cependant il nous a semblé nécessaire d'exclure certains patients aux parcours de soins spécifiques et dont la prise en charge hospitalière qui en découle est particulière (les patients dialysés et les patients hospitalisés via l'HDJ).

Notre étude est monocentrique, fondée sur un seul centre hospitalier (CH4V de Saint-Cloud), et entraîne ainsi un manque de validité extrinsèque. Pour palier à ce biais, il faudrait développer une étude à plus grande échelle sur plusieurs centres hospitaliers.

- Les biais de mesure ou de classement :

Le recueil des données fait via un logiciel informatique sur des dossiers médicaux informatisés expose à des erreurs et à des informations incomplètes ou erronées. Le recueil a été réalisé par une seule personne et les données n'ont pas été entièrement vérifiées. Nous avons pu cependant croiser certaines de nos données (du groupe adressé par le MT) avec celles du travail de thèse de C.Azoulay (37).

- Les biais de confusion :

Certains critères influencent indirectement le résultat du critère de jugement principal : l'âge du patient et le degré de gravité du tableau clinique initial. Pour s'affranchir de ces biais de confusion, nous les avons étudiés en les comparant à la fois entre les deux groupes et à la fois en fonction du résultat du SQUPEC. Nous avons donc regardé comment ces items interfèrent dans le fait de passer ou non par son MT avant de consulter aux urgences.

Une étude par régression logistique pourrait permettre de raisonner à l'insu de ces biais de confusion.

4.1.3. Le choix du critère de jugement principal

Pour notre étude nous avons élaboré un score à 5 items. La médiane du score étant à 2.5 nous avons choisi de définir de manière arbitraire un score «optimal» lorsque celui-ci était strictement supérieur à 3.

4.1.4. Le choix des critères du SQUPEC

4.1.4.1 La durée d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour (DMS) est un indicateur d'efficacité des établissements de santé (14). Limiter la durée de séjour permet de limiter le risque d'évènement iatrogène (15). D'après une étude nationale qui a comptabilisé les évènements indésirables graves (EIG) dans un service de 30 lits, il y a eu 6.2 EIG pour mille jours d'hospitalisation soit un EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits. Selon l'INSERM, le risque d'infection nosocomiale diminue lui aussi en fonction de la durée d'hospitalisation puisqu'il y a 15 fois plus d'infections nosocomiales chez les patients hospitalisés entre 30 à 89 jours que ceux dont l'hospitalisation dure de 2 à 7 jours (16).

D'après les données récentes de la littérature, la durée moyenne de séjour dans les services de court séjour de médecine est en légère diminution et s'établissait à 5.7 jours en 2011 (5.8 jours en 2010) (17). Il n'existe cependant pas de définition de la durée optimale d'une hospitalisation et nous avons choisi de la caractériser par une durée de séjour inférieure ou égale à 6 jours.

4.1.4.2. Le contact pris avec le MT pendant l'hospitalisation

La communication entre la ville et l'hôpital est primordiale pour permettre une bonne continuité des soins et assurer la sécurité du patient. Le MT doit être l'interlocuteur privilégié des médecins hospitaliers en charge du patient. Nous nous sommes demandé si l'adressage du patient au SAU facilitait le contact avec le MT pendant l'hospitalisation. C'est pourquoi nous avons choisi cet item dans notre score de qualité de prise en charge.

4.1.4.3. L'absence de survenue d'une complication pendant l'hospitalisation

Cet item a été sélectionné dans notre score devant l'importance donnée actuellement aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (18)(19)(20), à la lutte contre la iatrogénie et à la polymédication (21)(22).

Le MT joue un rôle de prévention en amont de la prise en charge d'un patient hospitalisé, en particulier avec la prévention du risque d'escarre par des mesures de lutte contre la dénutrition (poids et IMC à chaque consultation, prescription d'un régime enrichi...).

4.1.4.4. La déprescription faite à la sortie de l'hospitalisation

La déprescription se définit par « l'action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux » ou par «le fait d'arrêter de façon volontariste une prescription» (23)(24). Elle permet de limiter la polyprescription et donc le risque iatrogène et les problèmes d'observance. Les médecins sont de plus en plus sensibilisés à la notion de déprescription qui semble être une solution en termes de qualité de soins et de réduction de coûts (25). Une hospitalisation est l'occasion de réévaluer le traitement de fond du patient en discutant notamment avec son MT sur la balance bénéfique/risque de chaque médicament.

4.1.4.5. L'absence de ré-hospitalisation précoce (≤ 1 mois)

Les ré-hospitalisations précoces sont fréquentes et représentent un sur-risque en termes de morbidité pour le patient et de coût financier pour la société (26)(27). A la sortie d'hospitalisation, le MT est l'interlocuteur privilégié pour assurer le suivi de son patient, comme l'atteste la revalorisation de «la consultation de sortie d'hospitalisation» qui peut être effectuée par le MT dans les suites d'un séjour hospitalier (28).

En aval de l'hospitalisation, le MT joue ainsi un rôle clé de relais en assurant la continuité des soins. Il s'assure de la bonne convalescence de son patient et en effectuant des consultations rapprochées, il préviendrait la ré-hospitalisation précoce (dans les 30 jours suivants la sortie) (29).

4.1.5. Le choix des critères secondaires

4.1.5.1. L'horaire de consultation au SAU

Les cabinets de médecine générale et les SAU diffèrent par leurs horaires d'ouverture. Les SAU ont la caractéristique principale d'être ouverts 24h/24, 7j/7. Les plages de consultation des cabinets sont très variables mais ceux-ci sont fermés la nuit et dans la plupart des cas le dimanche et les jours fériés. Leur accessibilité pourrait être un argument en faveur d'une consultation directement aux urgences.

Nous avons voulu étudier l'horaire de consultation des patients au SAU en regardant s'ils consultaient pendant ou en dehors des heures ouvrées des cabinets, que nous avons fixées entre 9h et 18h les jours de semaine en s'inspirant des horaires moyens des médecins généralistes en France (30). Nous souhaitons regarder si l'horaire de passage au SAU était ou non un déterminant d'une consultation directe dans un service d'urgences.

4.1.5.2. Le traitement du problème aigu débuté en pré-hospitalier

Cet item a été choisi afin d'étudier l'impact d'une prise en charge précoce. Nous voulions voir si le passage par le MT, avec sa mission de premier recours, permettait de débiter précocement un traitement ciblé et d'améliorer ainsi la qualité de la prise en charge hospitalière.

Cet item n'a pas fait partie du SQUPEC car la prise d'un traitement en pré-hospitalier dépend d'autres facteurs, notamment de la pathologie et des symptômes (leur intensité et leur gravité), ainsi que de l'observance du patient et de l'accessibilité du traitement.

4.1.5.3. Le score CCMU

La qualité de la prise en charge hospitalière dépend de la gravité du tableau clinique initial. Le score CCMU illustre ce degré de gravité (Annexe 2). Plus le score est élevé, plus le tableau clinique est grave. Il était intéressant de voir si l'état des patients qui consultaient directement au SAU était plus grave que celui de ceux qui consultaient leur MT avant.

Cet item n'a pas fait partie du SQUPEC puisqu'il s'agit déjà d'un score. Sa valeur est donnée selon l'appréciation du médecin urgentiste en charge du patient. Il manque de reproductibilité et pouvait constituer un biais de classement au sein de notre étude.

4.1.5.4. Le nombre d'examens complémentaires prescrits pendant l'hospitalisation

Nous souhaitons montrer que les patients qui avaient été adressés par leur MT au SAU avaient déjà débuté leur prise en charge, notamment diagnostique avec des examens complémentaires faits en ville en amont de l'hospitalisation. Le nombre d'examens prescrits pendant l'hospitalisation serait alors moins élevé, pour limiter la répétition d'examens. Il en résulterait une diminution des coûts hospitaliers, enjeu majeur de santé publique.

Cet item n'a pas fait partie du SQUPEC puisque le nombre d'examens prescrits dépend de chaque pathologie et de chaque patient (exemples : contre-indication à l'IRM, mauvaise échogénicité, femme enceinte, etc.) et aurait constitué ainsi un biais de confusion.

4.1.5.5 Le devenir du patient à la sortie de l'hospitalisation

Le devenir du patient est un élément important de la prise en charge hospitalière puisqu'il conditionne la durée d'hospitalisation et prévient le risque de ré-hospitalisation précoce. Nous souhaitons regarder si les modalités de sortie du patient pouvaient être liées au fait d'avoir été adressé ou non à l'hôpital par son MT afin de mettre en valeur sa mission de coordination des soins.

Cet item n'a pas fait partie du SQUPEC puisque le devenir du patient à la sortie de l'hôpital dépend d'autres facteurs qui auraient constitué de nombreux biais de confusion, notamment l'âge du patient, ses pathologies, son degré d'autonomie, son entourage, ses moyens financiers, etc.

4.2. La population de l'étude

La population de notre étude avait les caractéristiques suivantes :

- Un âge moyen de 77.8 ans.

D'après le travail de thèse de C.Ross, l'âge moyen des patients hospitalisés dans le service de médecine polyvalente du CH4V du 1^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2011 était de 67.3 ans (29). Notre population apparaît donc plus âgée. Dans l'étude de C.Ross, les patients ayant été hospitalisés via l'HDJ étaient inclus. Ces patients sont souvent plus autonomes et donc plus jeunes. En effet, nous avons exclu de notre échantillon 37 patients hospitalisés via l'HDJ, dont l'âge moyen était de 62.2 ans, allant de 44 à 81 ans.

- Un nombre plus important de femmes (196 pour 120 hommes).

En effet, les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes (30). Elles sont donc plus présentes au sein de la population gériatrique qui est une population fragile, à risque d'hospitalisation.

Les items du SQUPEC :

- La durée de séjour a été de 8.5 jours en moyenne.

Elle était supérieure à la durée moyenne de séjour dans les services de court séjour de médecine qui s'établissait à 5.7 jours en 2011 (17). Cette différence peut être mise en rapport avec l'âge élevé de notre population qui pourrait s'apparenter à la population d'un service de court séjour gériatrique (âge > 75 ans). La durée moyenne de séjour y est plus élevée : entre 8 et 10 jours (31).

- Une complication est survenue chez 35 patients (11.08%) : 26 accidents iatrogènes (8.23%), 6 escarres (1.90%) et 3 infections nosocomiales (0.95%).

Dans une étude faite sur 1 565 patients hospitalisés dans un service de court séjour gériatrique sur un an (âge moyen : 85,1 ± 6,2 ans), l'incidence des infections nosocomiales (IN) bactériennes était de 9.4 % (32). Dans une autre enquête réalisée sur une durée de 5 mois

auprès de patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés dans un service de médecine interne, le taux d'incidence d'IN était de 14.6% (33). Nous avons donc obtenu un taux d'IN bien inférieur à ceux retrouvés ces études. Il pourrait s'agir d'un biais de recueil avec des infections nosocomiales non identifiées comme telles pendant l'hospitalisation, ou avec un compte rendu d'hospitalisation (CRH) mal rempli (il existe une case à cocher en fin de page en cas de survenue d'IN). Il pourrait également s'agir d'une meilleure politique d'hygiène au sein du service de médecine polyvalente du CH4V.

- Une déprescription a été faite chez 98 patients (31.01%).

Ce taux apparaît relativement faible. Une étude publiée en 2012 a comparé le nombre de médicaments à l'entrée et à la sortie de 691 patients hospitalisés en unité de gériatrie aigüe (34). Elle a montré une diminution significative du nombre de médicaments en passant de (moyenne \pm écart-type) $5,2 \pm 0,11$ à $4,5 \pm 0,07$. L'équipe médicale d'un service de médecine polyvalente est peut-être moins formée ou moins motivée par la déprescription que les médecins gériatres.

- Nous avons obtenu un taux de ré-hospitalisation précoce de 9.18%.

Dans sa thèse, C.Ross avait répertorié 55 ré-hospitalisations précoces sur 1470 hospitalisations (sur une période de 1 an) soit un taux d'incidence de 3.74% (et 96.26% d'absence de ré-hospitalisation précoce) (29). Le taux de ré-hospitalisation précoce dans notre étude était plus élevé. Ces deux travaux de thèse ayant été réalisés au sein du même service sur deux années différentes, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une augmentation du nombre de ré-hospitalisations précoces entre la période 2010-2011 et 2013. Mais, surtout, nous avons vu plus haut que notre population était plus âgée que celle étudiée dans la thèse de C.Ross. Les patients âgés sont plus fragiles et donc risquent plus d'être ré-hospitalisés de manière précoce.

Les critères secondaires :

- Les modalités de sortie des patients étaient réparties de la manière suivante :

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| D1 : RAD sans aide | 105 (33.23%) |
| D2 : RAD avec aides | 60 (18.99%) |
| D3 : Transfert | 21 (6.64%) |
| D4 : SSR | 51 (16.14%) |
| D5 : Institutionnalisation | 56 (17.72%) |
| D6 : Décès | 23 (7.28%) |

Figure 26 : Répartition des modalités de sortie dans la population étudiée.

Une majorité des patients rentrait au domicile.

Ces chiffres différaient peu de ceux retrouvés dans la littérature, notamment dans une étude pilote effectuée au sein de 6 établissements. Sur 656 patients hospitalisés en médecine aigüe gériatrique, 50 % rentraient au domicile, 25% étaient admis en SSR, 10% étaient institutionnalisés, 3% transférés dans un autre service de médecine aigüe. Le taux de décès était de 12% (35). Ces différences peuvent être mises en rapport avec la taille de notre échantillon et avec le fait que notre étude soit réalisée au sein d'un service de médecine polyvalente et non de gériatrie aigüe.

4.3. Les différents profils de patients identifiés

4.3.1. Quel patient obtient un SQUPEC optimal ?

D'après les résultats significatifs de notre étude, le profil type du patient obtenant un SQUPEC optimal est un patient adressé au SAU par son MT, ce qui valide notre hypothèse. Il est âgé (81 ans en moyenne). Il consulte au SAU pendant les heures ouvrées des cabinets médicaux (puisque'il arrive directement de chez son MT). Pendant son hospitalisation, il passe moins d'examens complémentaires (puisque'ils ont été faits en amont par le MT).

Bien que le score CCMU et le mode de vie n'interviennent pas dans le résultat final du SQUPEC, il est important de noter que le patient adressé par son MT est souvent institutionnalisé et présente un tableau clinique significativement préoccupant avec un score CCMU élevé (3 et 4). Le MT effectue donc un vrai «tri» en amont de l'hospitalisation et adresse au SAU les patients qui nécessitent une prise en charge hospitalière.

Comme le patient obtenant un SQUPEC optimal a été initialement adressé au SAU, le contact avec son MT est plus souvent pris par l'équipe médicale hospitalière. Il présente significativement plus de complications iatrogènes en raison de son âge et de sa fragilité (patient institutionnalisé).

De manière non significative mais tout de même intéressante, le patient obtenant un SQUPEC optimal a bénéficié d'une prise en charge précoce avec la mise en route d'un traitement adapté en pré-hospitalier. A la sortie, son ordonnance est allégée et il rentre à son domicile (ou dans son EHPAD) ou est institutionnalisé.

4.3.2. Quel patient obtient un SQUPEC médiocre ?

D'après les résultats significatifs de notre étude, il s'agit d'un patient qui consulte de lui-même au SAU sans avoir été adressé par son MT. Il est plus jeune (âge moyen de 76 ans), plus autonome et consulte au SAU en dehors des heures ouvrées des cabinets médicaux de ville. A son arrivée au SAU, il présente un tableau clinique moins grave avec un score CCMU bas.

Il passe d'avantage d'examens complémentaires pendant son séjour hospitalier et la survenue d'escarres est significativement plus fréquente chez ce type de patient (par manque de prise en charge nutritionnelle et d'éducation en amont de l'hospitalisation).

A la sortie, il rentre au domicile sans mise en place d'aide ou part en SSR, bien que ces résultats ne soient pas totalement significatifs.

4.4. Les résultats non attendus de l'étude

4.4.1. Discussion du résultat obtenu pour un SQUPEC = 3

Les patients ayant obtenu un SQUPEC égal à 3 étaient significativement plus souvent venus consulter directement au SAU. Il s'agit d'un résultat acceptable en terme de qualité de prise en charge alors que ces patients constituaient l'opposé de notre profil-type (patients adressés par le MT). Nous avons cherché à comprendre ce résultat en regardant les items du SQUPEC et en les comparant aux patients ayant obtenu un SQUPEC égal à 4.

| | SQUPEC = 3 | | SQUPEC = 4 | | P ; IC95% | P |
|-----------|------------|--------|------------|--------|----------------------------|--------------------|
| | MT | Non-MT | MT | Non-MT | | |
| S1 | 15 | 51 | 45 | 23 | 0.1528 ; [0.0649 ; 0.3433] | < 0.0001 |
| S2 | 37 | 12 | 48 | 13 | 0.8365 ; [0.3106 ; 2.2648] | 0.8195 |
| S3 | 45 | 79 | 52 | 27 | 0.2977 ; [0.1564 ; 0.5563] | < 0.0001 |
| S4 | 17 | 18 | 26 | 18 | 0.6574 ; [0.2431 ; 1.7553] | 0.3730 |
| S5 | 54 | 77 | 54 | 27 | 0.3524 ; [0.1881 ; 0.6491] | 0.0004 |

Figure 27 : Comparaison des items du SQUPEC entre les groupes SQUPEC = 3 et SQUPEC = 4.

Les deux groupes étaient significativement différents pour les items S1 (durée de l'hospitalisation), S3 (survenue d'une complication pendant l'hospitalisation) et S5 (ré-hospitalisation précoce). Dans le groupe SQUPEC = 3, ces items étaient plus présents chez les patients consultant d'eux-mêmes aux urgences alors que dans le groupe SQUPEC = 4, ils étaient plus présents chez les patients adressés par leur MT au SAU.

Ce résultat était en lien avec le fait que les patients du groupe SQUPEC = 3 étaient significativement plus jeunes (âge moyen : 74.993) que les autres (âge moyen : 81.807 ; $p = 0.0066$).

En effet, les patients plus jeunes avaient une durée d'hospitalisation plus courte ($p = 0.0002$; IC95% : [-11.5846 ; -3.7161]). Ils étaient moins à risque de complication ($p < 0.0001$; IC95% :

[-13.1097 ; -6.3528]). Et ils étaient moins à risque de ré-hospitalisation précoce (différence non significative, $p = 0.554$; IC95%: [-4.5372 ; 8.3236])

4.4.2. Discussion du résultat obtenu pour l'item S3

Nous avons vu que les patients adressés par leur MT au SAU avaient fait significativement plus de complications pendant leur hospitalisation que les autres (il s'agit de l'item S3). Ce résultat, non attendu, peut être expliqué ainsi :

- les patients adressés par le MT avaient un score CCMU plus élevé, donc la situation clinique initiale était plus grave ;
- les patients adressés par le MT étaient plus souvent des patients institutionnalisés. Or, les patients institutionnalisés, souvent polypathologiques et polytraités, sont à risque de surdosage et d'interaction médicamenteuse ;
- les patients adressés par le MT étaient plus âgés. La survenue de complications était significativement plus fréquente que chez les sujets plus jeunes ($p < 0.0001$; IC95% [- 3.1097 ; - 6.3528]).

Il est toutefois important de souligner que les complications du groupe adressé par le MT étaient majoritairement des accidents iatrogènes. Les accidents iatrogènes sont moins en lien avec le MT que la survenue d'escarres (liée, entre autres, à l'état nutritionnel du patient). Lorsque l'on compare la survenue d'escarres par rapport au nombre de complications dans chaque groupe, on retrouve une différence significative ($p = 0.0488$; OR : 0.1269 ; IC95% [0.0581 ; 0.4504]) en faveur du groupe de patients non adressés par leur MT.

4.5. Les solutions proposées pour améliorer la qualité de la prise en charge d'un patient hospitalisé

Suite aux différents profils de patients identifiés, nous avons tenté de proposer des solutions pour améliorer la qualité de la prise en charge hospitalière des patients admis via un SAU, afin qu'un maximum de patients obtiennent un SQUPEC optimal.

4.5.1. Par le biais du MT

Etant donné qu'un patient adressé au SAU par son MT aura une meilleure prise en charge pendant son séjour hospitalier qu'un patient se rendant de lui-même aux urgences, il semble fondamental d'approfondir certaines missions du MT.

Promouvoir sa mission de premier recours et assurer la continuité des soins :

Il est important pour chaque médecin généraliste de se concentrer sur sa mission de premier recours et d'organiser son activité en fonction. Puisque les patients qui consultent d'eux-mêmes au SAU le font principalement hors des heures ouvrées des cabinets médicaux, il s'agit de travailler sur l'accessibilité du cabinet. Il est nécessaire d'élargir les horaires de consultation et d'aménager des plages de consultation en fonction des besoins (travailleurs, enfants, ...).

La mise en place de dossiers partagés dans les cabinets de groupe, le développement de maisons médicales, le recours à des médecins remplaçants pendant les congés sont des mesures qui favorisent la continuité des soins et la cohérence de la prise en charge du patient.

La délégation de tâches, par le biais d'infirmiers et de réseaux, est une mesure phare afin de permettre une meilleure disponibilité du MT.

Il faudrait également aider les médecins à faire appliquer la majoration de leurs honoraires lorsqu'ils consultent hors des heures ouvrables et de réfléchir à ce qu'il adviendra de cette rémunération à la mise en place du tiers payant généralisé.

Assurer une prise en charge précoce :

Un patient obtient un SQUPEC optimal lorsqu'il a débuté un traitement adapté en pré-hospitalier. Le recours au MT en premier recours a pour but de démarrer une prise en charge la plus précoce possible en termes de traitement et d'examen complémentaires et d'améliorer ainsi la qualité de la prise en charge du séjour hospitalier du patient.

Il s'agit donc de trouver des moyens afin de favoriser cette prise en charge précoce en passant notamment par l'éducation des patients et de leurs aidants. C'est l'exemple de la récente campagne d'information à propos des signes évocateurs d'accident vasculaire cérébral (AVC). A cela s'ajoute la question de la télémédecine et des plates-formes téléphoniques de conseils médicaux (déjà proposées par certaines mutuelles).

Accroître la surveillance des patients âgés :

Les patients adressés par leur MT sont souvent âgés et institutionnalisés, d'où l'importance d'une prise en charge particulière chez les sujets âgés. Le MT a un rôle clé dans cette prise en charge avec le maintien des visites au domicile chez les sujets âgés ou peu autonomes. Il peut repérer, parfois par l'intermédiaire d'un proche, les patients fragiles en perte d'autonomie et initier les démarches d'institutionnalisation de manière précoce en sensibilisant leur famille et/ou leur tuteur. Développer des formations en gériatrie pour les médecins de ville, notamment par le biais de la formation médicale continue (FMC) semble nécessaire. Le MT doit travailler en réseau et apprendre à déléguer certaines tâches. La transmission des informations aux aidants, notamment aux auxiliaires de vie est importante. Le dossier patient informatisé pourra favoriser cette transmission de données entre les différents professionnels de santé en charge du patient. Mais encore faudra-t-il s'assurer du strict respect du secret médical...

Lutter contre la dénutrition :

Les patients non adressés par leur MT et donc pour qui le MT ne constitue pas forcément un premier recours, présentent plus d'escarres au cours de leur séjour hospitalier. Le principal facteur de risque d'escarre est la dénutrition. Celle-ci peut avoir des conséquences majeures

notamment sur la perte d'autonomie et le risque de chute (36). Le MT doit pouvoir la diagnostiquer, la traiter voire même la prévenir chez certains patients à risque (âge, maladie chronique, dépression, ...). Le MT peut se mettre en lien avec des nutritionnistes et des diététiciens par le biais de réseaux. L'aide sociale joue un rôle préventif avec le portage des repas. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les infirmiers libéraux et l'hospitalisation à domicile (HAD) sont également des aides dans la prévention et le repérage des situations à risque notamment au sein de la population gériatrique.

Encourager la communication avec l'hôpital :

Cette étude prouve bien toute l'importance du lien ville-hôpital et les conséquences de ce lien en terme de qualité de prise en charge d'un patient hospitalisé. Etablir un lien avec la structure où est hospitalisé son patient assure une continuité des soins. Ecrire un courrier en adressant le patient est une mesure primordiale. Dans sa thèse, F.Chaumel décrit 7 items devant figurer dans un courrier d'admission au SAU: la lisibilité, l'identité précise du patient et du médecin, les coordonnées du médecin, les antécédents du patient, ses traitements, l'histoire de la maladie actuelle et le tableau clinique (37). Elle propose ensuite des solutions avec notamment une lettre-type, disponible chez les médecins généralistes, qui comporterait tous ces items. Dans notre étude, la mise en place d'un traitement adapté en pré-hospitalier a un impact direct sur la qualité de la prise en charge du patient pendant son séjour hospitalier (notamment sur la prise de contact avec le MT par l'équipe médicale). Il semble donc nécessaire pour le MT de bien le préciser dans son courrier d'adressage.

De même, le contenu du compte rendu d'hospitalisation joue un rôle important dans la cohérence entre soins ambulatoires et soins hospitaliers. Le document de sortie doit être remis au patient le jour même de sa sortie et non plus dans les 8 jours. Le MT doit être informé de la sortie de son patient (38).

M.Coutellier a voulu étudier l'impact d'une hospitalisation sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale (39). Cette étude montre un niveau de cohérence élevé entre les traitements prescrits en ambulatoire et en hospitalier; ce niveau a été significativement plus élevé par la communication d'informations via le compte rendu hospitalier. Les modifications

thérapeutiques explicitées dans les comptes rendus d'hospitalisation avaient un taux de maintien significativement plus élevé à la sortie du patient que celles non explicitées.

Prévenir le risque de ré-hospitalisation précoce :

Les patients adressés par leur MT à l'hôpital sont autant ré-hospitalisés de manière précoce que les patients s'étant rendus d'eux-mêmes au SAU. Or nous avons montré que ces patients étaient plus âgés et plus fragiles (car institutionnalisés). Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que l'adressage par le MT limite le risque de ré-hospitalisation précoce. En effet, le MT effectue le relais de la prise en charge médicale à la sortie du patient. En analysant des comptes rendus étudiés dans sa thèse, C.Ross a retrouvé plusieurs cas de ré-hospitalisations précoces consécutives à des défauts de communication entre le milieu hospitalier et l'ambulatoire notamment lors de décision d'abstention diagnostique ou thérapeutique. Elle a montré ainsi qu'établir un contact précoce avec le médecin traitant permettait de mieux cerner le projet thérapeutique du patient hospitalisé et donc d'adapter la suite de la prise en charge (29).

Prévenir le risque iatrogène :

Les patients âgés présentent de nombreuses complications iatrogènes. La déprescription doit être au cœur de chaque consultation, à tout âge et pour toute pathologie. Comme le souligne M.Crest dans son travail de thèse, la déprescription est une démarche pédagogique qui consiste à informer, à expliquer et à rassurer le patient. Elle propose ainsi la mise en place, pour tout patient polymédiqué, d'un « Projet de Déprescription Personnalisé » avec des campagnes de santé publique en impliquant différents acteurs: les patients, les MT, les pharmaciens et les autres professionnels de santé (25).

4.5.2. Par le biais du patient

Déclarer un MT :

Etant donné qu'un patient adressé au SAU par son MT obtient un SQUPEC optimal, il semble fondamental de déclarer un MT.

Depuis 2005 tout patient de plus de 16 ans doit déclarer un MT (40). En réalité, peu de patients l'ont fait. Dans son travail de thèse, J.Minost a voulu comparer, sur une cohorte de patients consultant au SAU d'Argenteuil, les patients ayant déclaré un MT et ceux qui n'en n'avaient pas déclaré. Au total, 29.6 % des patients recourant au SAU n'avaient pas déclaré de MT. Il a montré que les patients sans MT étaient notamment plus jeunes que les autres (41). Au-delà des modalités de remboursement par la sécurité sociale, il s'agit surtout pour le patient d'être acteur de son parcours de soins et de choisir le médecin vers lequel il se tournera en cas de nécessité (par choix de proximité géographique, disponibilité et/ou par affinité). Cette mesure permet de lutter contre le nomadisme médical (42). Mais la solution est-elle de contraindre financièrement les patients afin qu'ils déclarent un MT ? Ne faudrait-il pas plutôt prendre le temps de façon globale de responsabiliser les patients ?

Connaître les enjeux de santé publique :

Dans notre étude, la qualité de la prise en charge d'un patient hospitalisé dépend en partie de la durée de séjour. Celle-ci est liée à la survenue ou non d'une complication (notamment iatrogène) et au nombre d'exams complémentaires prescrits pendant l'hospitalisation. La durée de séjour s'allonge lors de la survenue d'une complication ou avec le nombre d'exams complémentaires. Etant donné l'importance donnée à la santé publique, les patients se doivent d'y être sensibilisés, notamment en termes de réduction des coûts (en limitant, par exemple, la demande d'exams redondants), et de risque iatrogène (lutter contre l'automédication). La déprescription est également un critère de qualité de prise en charge hospitalière. Elle est mal connue du grand public. Comme l'a montré M.Crest dans sa thèse, il faut continuer d'informer les patients pour qu'ils puissent exercer leur esprit critique sur leurs traitements. Elle a démontré que, contrairement à ce que pouvaient dire les médecins, les patients ne sont pas réticents à la déprescription (25).

Le MT, en amont de l'hospitalisation, joue un rôle dans l'information et l'éducation de son patient, notamment en ce qui concerne la prévention des accidents iatrogènes (lutte contre l'automédication) et l'intérêt de la déprescription.

Cas des EHPAD :

Les patients institutionnalisés représentent la majorité des patients adressés au SAU par leur MT. Ils bénéficient ainsi d'une qualité de prise en charge optimale lors de leur séjour hospitalier. Il semble donc nécessaire de favoriser la communication entre le personnel des EHPAD et le MT d'un patient vivant en EHPAD afin d'assurer une bonne continuité des soins et une bonne observance. Les médecins coordonnateurs d'EHPAD jouent ici un rôle majeur. Les patients institutionnalisés sont souvent plus fragiles et plus à risque de dégradation clinique rapide. Ils nécessitent des consultations précoces et rapprochées. Une revalorisation des consultations pour les MT lorsqu'ils se rendent en EHPAD pourrait sans doute accroître la disponibilité de ces médecins.

4.5.3. Par le biais de l'hôpital

Favoriser l'accès direct aux services :

Nous avons étudié uniquement les patients hospitalisés via le SAU puisqu'il s'agit aujourd'hui de la principale porte d'entrée des patients à l'hôpital. Dans l'objectif de désengorger les SAU, il semble nécessaire de privilégier les entrées directes dans les services. De nombreux services de médecine interne (comme par exemple à l'hôpital Saint-Joseph, à Paris 14^{ème}) proposent une ligne médicale téléphonique (43). Les MT peuvent téléphoner dans le service pour organiser une hospitalisation rapide de leur patient sans les faire passer par le SAU. Le travail de thèse de C.Azoulay, réalisé à partir du même SQUPEC au sein de l'hôpital de Saint-Cloud, a montré qu'un patient adressé à l'hôpital par son MT obtenait un SQUPEC optimal lorsqu'il était admis directement dans le service de médecine polyvalente plutôt que lorsqu'il passait par le SAU (44).

Nous pouvons aussi envisager des moyens de rencontre et d'échanges entre médecins hospitaliers et médecins de ville notamment par le biais de formations communes.

Réduire la prescription d'examens complémentaires :

La durée de séjour s'allonge avec le nombre d'examens complémentaires prescrits. Dans un souci de réduction des coûts, et afin de prévenir la survenue de complications iatrogènes (néphrotoxicité, irradiation, etc.), il est nécessaire de limiter la répétition d'examens déjà réalisés en ville. Il s'agit de pouvoir récupérer facilement et rapidement les images et les comptes rendus des examens faits au préalable, prescrits par le MT.

Diminuer ainsi la prescription d'examens complémentaires pendant l'hospitalisation permettrait de raccourcir la durée de séjour et d'améliorer le score de qualité de prise en charge hospitalière du patient.

Consulter d'abord son MT entraîne, certes, des frais de consultation supplémentaires mais, en réalité, le passage par le MT permet ultérieurement une diminution des coûts intrahospitaliers avec, notamment, une limitation des examens.

Développer un parcours de soins spécifique pour les patients en perte d'autonomie :

En raison du vieillissement de la population, les personnes âgées sont nombreuses à l'hôpital. Comme nous l'avons vu dans notre étude, ces patients sont plus à risque de complications, d'allongement de la durée d'hospitalisation et de ré-hospitalisation précoce. Envisager un parcours de soins spécifique pourrait améliorer leur prise en charge avec, en particulier, le développement de réseaux de soins gériatriques (45). Il s'agirait, notamment, de repérer les patients en perte d'autonomie à l'aide des critères de fragilité (comme les critères de Fried) pour lesquels l'institutionnalisation au décours serait favorable (notamment les patients âgés avec un score CCMU élevé). En ville, le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) permet le repérage des situations précaires.

Nous avons vu que les patients qui présentaient une complication étaient plus souvent transférés dans un service de SSR. La durée de séjour est significativement plus longue lorsque le patient est transféré en SSR. Démarrer rapidement les demandes de SSR permettrait ainsi

de diminuer la durée d'hospitalisation et d'accélérer la prise en charge rééducative lorsque le patient est âgé ou qu'il présente une complication intercurrente pendant son hospitalisation.

Modifier les mœurs actuelles :

Il persiste encore aujourd'hui une vraie dualité entre la médecine de ville et l'hôpital. L'absence de communication est particulièrement flagrante et ne profite pas à la bonne prise en charge du patient (10)(11)(29)(38). Au regard de notre étude, il conviendrait d'infléchir les pratiques actuelles afin de rompre cette dichotomie et d'encourager une alliance entre les différents acteurs de soins autour du patient. En faisant preuve d'une estime et d'une reconnaissance mutuelles des compétences de chacun, les médecins hospitaliers et les médecins de ville pourraient travailler « côte à côte » et non « dos à dos ».

Chapitre 5 : Conclusion

Notre étude a permis de valider notre hypothèse de départ : un patient hospitalisé via un SAU a une prise en charge optimisée, au cours de son séjour hospitalier, lorsqu'il a initialement été adressé par son MT. Un score optimal de qualité de prise en charge hospitalière (soit un SQUPEC > 3) est, de manière significative, plus fréquemment obtenu chez les patients adressés au SAU par leur MT que chez les patients venus d'eux-mêmes aux urgences.

Les profils des patients diffèrent entre les deux groupes étudiés. Le patient adressé par son MT à l'hôpital est âgé et souvent institutionnalisé. A son arrivée au SAU, il présente un tableau clinique significativement préoccupant avec un score CCMU élevé.

Parmi les items du SQUPEC, le contact avec le MT est plus souvent pris pendant le séjour hospitalier lorsque le patient y a été initialement adressé. Il présente significativement plus de complications iatrogènes en raison de son âge et de sa fragilité mais moins d'escarres que les patients qui n'ont pas été adressés par leur MT. Il n'existe pas de différence entre les patients adressés à l'hôpital par leur MT et les autres en ce qui concerne la durée de séjour et le taux de ré-hospitalisation précoce.

Les critères secondaires de notre étude permettent de dessiner le profil type d'un patient obtenant un SQUPEC optimal. En plus d'avoir été adressé par son MT, il a bénéficié d'une prise en charge précoce avec la mise en route d'un traitement adapté en pré-hospitalier. Il passe moins d'examens complémentaires au cours de son hospitalisation. A la sortie, il rentre à son domicile (ou dans son EHPAD) ou est institutionnalisé.

A partir de cette étude, nous avons développé des pistes afin d'améliorer la qualité de la prise en charge hospitalière d'un patient hospitalisé via un SAU. Celle-ci pourrait être optimisée en créant des interfaces entre les trois acteurs principaux que sont le MT, le patient et l'hôpital.

Trois axes ont été retenus :

- promouvoir la mission de premier recours du MT afin de permettre la mise en route d'une prise en charge précoce en amont de l'hospitalisation et d'optimiser la qualité de la prise en charge du patient à l'hôpital. Il est nécessaire que chaque patient déclare un MT et que les médecins de ville s'assurent d'une bonne continuité des soins au sein de leur cabinet ainsi qu'une accessibilité adaptée. L'accès direct à certains services hospitaliers par le biais du MT doit pouvoir se développer afin de désengorger les SAU et d'optimiser le parcours de soins du patient ;
- améliorer la prise en charge des patients âgés en tenant compte de leurs spécificités, notamment nutritionnelles et sociales. Encourager le lien entre le MT et le médecin coordonnateur d'EHPAD et développer un parcours de soins spécifiques pour ces patients fragiles semblent être des mesures nécessaires pour assurer une qualité de prise en charge optimale lors de leur hospitalisation ;
- sensibiliser les patients et les médecins aux différents enjeux de santé publique comme le coût des examens complémentaires, la iatrogénie et la ré-hospitalisation précoce. Il s'agirait de débiter des campagnes d'information pour le grand public et de développer des formations adaptées pour les médecins, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital.

Notre étude se fonde sur un score que nous avons nous-mêmes créé : le SQUPEC. Les items choisis pour l'élaborer ont été sélectionnés selon les données de la littérature. Il serait intéressant d'aller plus loin et d'essayer de faire valider ce score à partir d'études sur plusieurs centres hospitaliers et d'en permettre ainsi une utilisation plus courante. Il pourrait être utile dans l'évaluation des pratiques afin de juger de la qualité d'un service hospitalier, en mettant notamment l'accent sur le lien ville-hôpital.

Au vu des résultats de cette étude, il faudrait conseiller aux patients nécessitant une prise en charge hospitalière de consulter d'abord leur MT avant de se rendre au SAU. Ils bénéficieraient ainsi d'une meilleure qualité de prise en charge au cours de leur séjour hospitalier et à terme, nous pourrions espérer un désengorgement des services d'urgences en favorisant les hospitalisations directes. En parallèle, s'ajouterait une diminution des coûts pour la société, enjeu majeur de santé publique, avec une réduction des examens complémentaires à

l'hôpital, une optimisation de la durée de séjour et une meilleure prévention des accidents iatrogènes et des ré-hospitalisations précoces. C'est donc au MT, premier recours, d'effectuer un tri et d'identifier les patients qui relèvent d'une réelle prise en charge hospitalière, au vu de leur pathologie ou de leur fragilité, afin de les orienter au mieux.

Malgré ces résultats et ces réflexions, il semble réaliste de penser que certains patients continueront de consulter directement aux urgences. Il est intéressant de se demander pourquoi. S'agit-il du stress et/ou de l'angoisse engendrés par la pathologie ? S'agit-il d'une mauvaise connaissance du parcours de soins ?

Une campagne d'information semble ainsi nécessaire, à la fois pour les patients et pour les médecins. Les médecins devraient également bénéficier d'une formation plus approfondie, notamment sur leur mission de premier recours et sur l'organisation de leur cabinet (horaires d'ouverture, continuité des soins, etc.) mais également sur la communication avec l'hôpital (lettre d'adressage, contact téléphonique, fax et scanner disponibles, lecture du CRH, ...).

Si encourager la mission de premier recours du MT permet d'améliorer la prise en charge de son patient à l'hôpital, il semble nécessaire de faire évoluer les mœurs, d'endiguer cette dualité ville-hôpital où l'absence de communication est souvent flagrante et de promouvoir une vision triangulaire de la médecine actuelle avec des interfaces entre le MT, l'hôpital et le patient.

Bibliographie

- (1) Collège national des généralistes enseignants. La marguerite des compétences. Disponible sur : <http://www.cnge.fr/>
- (2) WONCA EUROPE (World family doctors. Caring for people). La définition européenne de la Médecine Générale – Médecine de famille. 2002, p. 5-14. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/>
- (3) DRUAIS Pierre-Louis. Rapport. « La place et le rôle de la Médecine Générale dans le système de santé». Travaux réalisé à la demande de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de femmes. Rapport remis à Madame Marisol Touraine, Mars 2015, p. 4-8.
- (4) GOUYON M. Les Urgences en Médecine Générale. DREES, document de travail n°94, Avril 2006, p. 5-23.
- (5) DEVALLOIS -AMEZIANNE D. L'influence du Médecin Généraliste dans la prise en charge des patients aux Urgences. 70 p. Thèse d'exercice, Médecine Générale, Aix-Marseille, 2010.
- (6) WIKIPEDIA. Définition de la médecine générale. Mars 2015. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/wiki/Médecine_générale
- (7) SEVRIN Yveline. Motivations des médecins généralistes de Haute-Normandie pour adresser leurs patients aux Urgences. Comparaison en fonction des caractéristiques des médecins. 146 p. Thèse d'exercice, Médecine Générale, Rouen, 2010.
- (8) BOUNIORT Lisa. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. 127 p. Thèse d'exercice, Médecine Générale, Poitiers, 2012.
- (9) La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, Juin 2013. Publiée le 17 octobre 2014. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/>
- (10) ANDRONIKOF M., THALMANN A. Programmation d'une hospitalisation sur appel du Médecin Généraliste, évaluation de l'organisation de quatre spécialités par l'utilisation de cas simulés. La Presse Médicale, 2005, vol. 34, n°12, p 847-850.

- (11) LE GALL Aveline. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. 181 p. Thèse d'exercice, Médecine, Dijon, septembre 2010.
- (12) Haute Autorité de Santé (HAS). Scope Santé. CH des Quatre Villes Site Saint-Cloud. Indicateurs de volumétrie d'activité de l'établissement. Disponible sur: <http://www.scopesante.fr/fiches-detaillees/920000619/>
- (13) Biostatgv. Calcul du nombre de sujets nécessaires. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
- (14) Sécurité Sociale. IP-DMS MCO : indice de performance – durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique. Annexe 1 – Programme qualité et efficience (PQE) Maladie. Extrait du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PFLSS), indicateurs n°4-11, 2014. p150.
- (15) DUMAY MF., LEBLANC G. Etude nationale des évènements indésirables liés aux soins. Réduire les risques en santé. L'APAJH 94, décembre 2012, p 11.
- (16) INSERM. Infections nosocomiales. Février 2015. Disponible sur: www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/infections-nosocomiales
- (17) Sécurité Sociale. Nombre de séjours dans les établissements de santé par activité de soins autorisée pour 10 000 habitants par région par grande discipline et type d'hospitalisation. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), indicateur n°12, 2013, p. 50-54.
- (18) Haute Autorité de Santé (HAS). Manuel de certification des établissements de santé. ACC01-T052-E, Janvier 2014, p. 4-8.
- (19) Haute Autorité de Santé (HAS). Indicateurs de pratique clinique – efficacité, sécurité, accès. Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Mars 2011, p. 1-2. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/fiche_ipc-v4-ppp_web.pdf
- (20) Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et des Droits des femmes. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé. 8 avril 2015. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante.html>

- (21) Haute Autorité de Santé (HAS). Prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé (PMSA) Programme Pilote 2006-2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013
- (22) L'Assurance Maladie. La iatrogénie médicamenteuse. Mise à jour le 28 Juin 2010. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/la-iatrogenie-medicamenteuse.php>
- (23) Académie Nationale de médecine. Commission XIX-Langue française, 2008.
- (24) QUENEAU P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de déprescrire. Paris, Masson, 2004.
- (25) CREST Marine. La déprescription: les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. 145 p. Thèse d'exercice, Médecine Générale, Paris, octobre 2012.
- (26) L'Assurance Maladie. Majorations pour des consultations de suivi de la sortie d'hospitalisation - MSH, MIC. Contrat d'accès aux soins. Mise à jour le 17 novembre 2014. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/contrat-d-acces-aux-soins/cotation-et-facturation.php>
- (27) JENKS S., WILLIAMS M., COLEMAN E. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360, 14, p. 18-28.
- (28) MUDGE A., KASPER K., CLAIR A., et al. Recurrent readmissions in medical patients: a prospective study. *Journal of Hospital Medicine*, 2011, 6, 2, p. 61-67
- (29) ROSS RAZAFINDRAZAKA Cécile. Etude de 55 cas de réhospitalisations précoces dans un service de médecine polyvalente d'Ile-de-France et recueil des suggestions des différents partenaires pour améliorer la continuité des soins. Thèse d'exercice, Médecine Générale, Paris, octobre 2013.
- (30) LE FUR P, BOURGUEIL Y., CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé*. juillet 2009, n°144, p. 1-8.
- (31) Institut national de la statistique et des études économiques, INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015, France. Disponible sur: <http://www.insee.fr/>

- (32) PUISIEUX F. L'hôpital et la filière gériatrique. Capacité de gérontologie, cours de DESC de gériatrie. CHRU de LILLE, année 2012-2013, p. 10.
- (33) BOURDEL-MARCHASSON I., KRAUS F., PINGANAUD G., TEXIER-MAUGEIN J., RAINFRAY M., EMERIAU J.P. Incidence sur un an et facteurs de risque des infections nosocomiales bactériennes dans un service de médecine interne gériatrique. La revue de médecine interne, octobre 2001, vol 22, n°11, p 1056-1063.
- (34) BOUSSARIE M., FANELLO S., FOUCAULT J.F., ROQUELAURE Y., MOREL-LE CARDINAL S. Enquête d'incidence des infections nosocomiales et communautaires chez des sujets âgés de plus de 75 ans. SANTE PUBLIQUE, 1996/06, n°2, pages 105-116, tabl. 13, réf. ISSN 0995-3914.
- (35) LACHAMP M., PAULY V., SAMBUC R., THIRION X., POTARD I., MOLINES C., et al. Costeffectiveness of drugs modifications for inpatients hospitalised in acute care geriatric units. La Revue de médecine interne. Juin 2012. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22726238>
- (36) BEUSCART J.B., PUISIEUX F., CHARPENTIER A., LEURS P., CHASSAGNE P., JOUANNY P., BERNACHON E., LESCURE P. Etude du Devenir Après une Hospitalisation en Médecine Aiguë Gériatrique « DAMAGE ». N°1 de version 1.1, 12/09/2013.
- (37) Société francophone nutrition clinique et métabolisme (FNEP). Dénutrition, une pathologie méconnue dans en société d'abondance. Programme national nutrition santé. Septembre 2010. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
- (38) CHAUMEL Florence. Etude prospective descriptive des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des personnes de plus de 69 ans aux Urgences. 47 p. Thèse d'exercice, Médecine Générale, Créteil, 2005
- (39) Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie d'hospitalisation : continuité des soins et sécurité du patient. Lettre d'information de la HAS. N°41. Octobre-décembre 2014.
- (40) COUTELLIER Martin. Impact d'une hospitalisation dans un service de médecine sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale. 45 p. Thèse d'exercice, Médecine Générale, Paris, octobre 2012.
- (41) Loi Douste-Blazy du 13/08/2004. Réforme de l'assurance maladie. Entrée en vigueur le 01/01/2005.

- (42) MINOST Jérôme André Charles. Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences ? Thèse d'exercice, Médecine Générale, Paris 2009.
- (43) ABECASSIS P., BATIFOULIER P., GANNON F., HAAG A. Nomadisme médical et médecin de référence : Une modélisation de la dynamique de choix des patients. Disponible sur: <http://economix.fr/docs/101/CES2000.pdf>
- (44) Site internet du Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph. Médecine interne. Disponible sur: <http://www.hpsi.fr/nos-specialites/medecine/medecine-interne>
- (45) AZOULAY Camille. Où le médecin traitant doit-il adresser son patient nécessitant une prise en charge hospitalière ? Comparaison des admissions directes dans un service et des passages par le SAU. Thèse d'exercice, Médecine Générale, Paris.
- (46) Conférence de consensus, Journal Européen de Urgences. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences. JEUR, septembre 2004, vol 17 – n°3-c2. P183-201.

Annexes

Annexe 1 - Le score de qualité de prise en charge (SQUPEC)

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| S1: DUREE D'HOSPITALISATION OPTIMALE (\leq 6 JOURS) | 1 | 0 |
| S2: CONTACT PRIS AVEC LE MT PENDANT L'HOSPITALISATION | 1 | 0 |
| S3: ABSENCE DE SURVENUE DE COMPLICATION PENDANT L'HOSPITALISATION | 1 | 0 |
| S4: DEPRESCRIPTION FAITE A LA SORTIE DE L'HOSPITALISATION | 1 | 0 |
| S5: ABSENCE DE RE-HOSPITALISATION PRECOCE (\leq 1 MOIS) | 1 | 0 |

Annexe 2 - Le score CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences)

La classification CCMU subdivise les patients en 5 classes selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial. Les deux premières incluent les malades dont l'état clinique est jugé stable, la classe 3 regroupe les patients dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé, les classes 4 et 5 comprennent les malades dont le pronostic vital est jugé engagé.

Classe 1 : Etat lésionnel ou pronostic vital jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe 2 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe 3 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, il n'engage pas le pronostic vital et la décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manœuvres de réanimation aux urgences.

Classe 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge comporte la pratique de manœuvres de réanimation.

Les patients hospitalisés via les Services d'Accueil des Urgences. Leur prise en charge hospitalière est-elle optimisée s'ils ont initialement été adressés par leur médecin traitant ?

Contexte : La mission de premier recours du médecin traitant (MT) est insuffisamment reconnue. Nous voulions montrer qu'un patient nécessitant une hospitalisation avait intérêt, en terme de qualité de prise en charge globale, à passer d'abord par son MT plutôt qu'à se présenter de lui-même au service d'accueil des urgences (SAU).

Méthode : Cette étude rétrospective incluait des patients hospitalisés via un SAU, répartis en deux groupes : adressés ou non par leur MT. Un score de qualité de prise en charge hospitalière (SQUPEC) cotait la durée de séjour, le contact avec le MT, la déprescription, les complications et la ré-hospitalisation. Le critère de jugement était un score strictement supérieur à 3 (score optimal). Puis des critères secondaires ont été étudiés.

Résultats : 316 patients ont été inclus. Ceux obtenant un SQUPEC optimal étaient plus souvent adressés au SAU par leur MT ($p = 0.0002$). Pendant l'hospitalisation, le MT était plus régulièrement contacté et une déprescription plus souvent faite que chez les patients se rendant d'eux-mêmes au SAU. Ils étaient plus âgés et présentaient plus de complications iatrogènes mais moins d'escarres. La durée de séjour et les ré-hospitalisations précoces ne différaient pas entre les deux groupes. Débuter un traitement en amont et limiter les examens à l'hôpital favorisaient l'obtention d'un SQUPEC optimal.

Conclusion : Un patient admis via un SAU bénéficie d'une prise en charge hospitalière optimisée s'il y a initialement été adressé par son MT. Valoriser la mission de premier recours du MT optimiserait le parcours de soins. Le lien ville-hôpital serait encouragé et les coûts, enjeux de santé publique, pourraient être diminués.

Mots clés : Médecin traitant - Premier recours - Adressage - Hospitalisation via un SAU - Qualité de prise en charge - Score - Santé Publique - Communication ville-hôpital

Patients hospitalized through Emergency Departments. Is their hospital's quality of care optimized if they were originally addressed by their general practitioner?

Context: General practitioner's (GP) duty of first recourse is underserved. We wanted to show that patients who require hospitalization should rather, in terms of quality of care, first pass through the GP rather than present themselves to the emergency department (ED).

Method: This retrospective study included patients hospitalized through ED, divided into two groups addressed or not addressed by their GP. A score (SQUPEC) evaluated quality of hospital care by different items : length of stay, contact with GP, deprescribing, complications and readmission. The primary endpoint was a strictly higher score to 3 (best score). Secondary criterias were also considered.

Results: 316 patients were included. Patients getting the best SQUPEC were more often addressed to ED by their GP ($p = 0.0002$). During their hospitalization, the GP was more frequently contacted and deprescribing more usually done than for patients consulting by themselves at ED. They were older and got more iatrogenic complications but fewer bedsores. Lengths of stay and early readmissions did not differ between the two groups. Starting an upstream treatment and limiting tests at the hospital promoted optimal SQUPEC.

Conclusion: A patient admitted through an ED receives an optimized hospital care if he was initially addressed by his GP. Developing GP's duty of first recourse would optimize care's pathway. Communication between ambulatory's and hospital's doctors would be encouraged and costs, real public health's issue, could be reduced.

Keywords : First recourse's duty - General practitioner - Hospitalized through ED - Hospital care's quality - Public health - Communication.