



HAL
open science

Ouverture d'une unité de post-urgences au CHU de Pointe-à-Pitre

Ghislain Barra

► **To cite this version:**

Ghislain Barra. Ouverture d'une unité de post-urgences au CHU de Pointe-à-Pitre. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01662083

HAL Id: dumas-01662083

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01662083>

Submitted on 12 Dec 2017

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.

OUVERTURE D'UNE UNITE DE POST-URGENCES AU CHU DE POINTE-A-PITRE : BILAN A 1 AN

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 03 Avril 2017

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

BARRA Ghislain

Examineurs de la thèse :

M le Professeur CARLES Michel	Président
Mme le Professeur HELENE-PELAGE Jeannie	Juge
M le Professeur UZEL André-Pierre	Juge
M le Docteur FERRACCI Serge	Juge
M le Docteur CHAHIM Bassel	Directeur de thèse

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Administrateur Provisoire : Jacky NARAYANINSAMY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96

- Fax : 05 96

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie

il

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Jean-Louis ROUVILLAIN

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Chirurgie Orthopédique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96

André CABIE

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 11

Philippe DABADIE

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL

Neurologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Michel CARLES

Réanimation

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie

CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie

CH de CAYENNE

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

- Fax : 05 90 75 84 38

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

DARCHE Louis

Chirurgie Générale et Viscérale

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

MARY Julia

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52

MOINET Florence

Rhumatologie et Médecine Interne

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 55 22 55

Philippe CARRERE

Médecin Générale

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 99 99 11

DE RIVOYRE Benoit

Ophtalmologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 50

SEVERYNS Mathieu

Orthopédie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 90 55 22 28

NABET Cécile

Parasitologie et Mycologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94

DOURNON Nathalie

Maladies Infectieuses

BORJA DE MOZOTA Daphné

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 96

Gynécologie Obstétrique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

DEBBAGH Hassan

Urologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0596 55 22 71

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 96 89 11 82

BANCEL Paul

ORL

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16

MONFORT Astrid

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72

PARIS Eric

Réanimation

CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 94 3953 39

SAJIN Ana Maria

Psychiatrie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

GHASSANI Ali

Gynécologie Obstétrique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

PIERRE-JUSTIN Aurélie

Neurologie

CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 40

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie

CHU de MARTINIQUE

MOUREAUX Clément

Urologie

CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 9089 13 95

MOUNSAMY Josué

Médecine Générale

CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES et Cabinet

Tel : 0590

PLACIDE Axiane

Médecine Générale

CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES et Cabinet

Tel : 0590

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale

CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES et Cabinet

Tel : 0596 55 22 28

Professeurs EMERITES

CARME Bernard

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

ARFI Serge

Médecine interne

Remerciements

Aux membres du jury

M. le Professeur CARLES Michel, Président du jury et rapporteur

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury. Merci de votre disponibilité en tant que rapporteur de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Mme le Professeur HELENE-PELAGE Jeannie

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Je vous remercie également pour votre engagement dans la formation des médecins généralistes.

M. le Professeur UZEL André-Pierre

Je suis honoré que vous participiez à mon jury, et je vous en remercie.

M. le Docteur FERRACCI Serge

Je suis honoré de te compter dans ce jury. Je te remercie encore de ton enseignement et de ta présence lors de mon passage aux urgences.

A mon directeur de thèse

M. le Docteur CHAHIM Bassel

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Je te remercie pour tous tes précieux conseils, pour avoir su prendre le temps de m'aiguiller dans ce travail, pour avoir su me laisser le temps quand j'en avais besoin, et me presser quand il le fallait.

A ceux qui m'ont aidé dans ce travail

M. TRESSIERES Benoit

Merci pour votre aide dans le travail statistique.

A ceux qui ont marqué ma formation médicale

Bien trop nombreux pour tous être cités.

Je tiens à remercier les équipes médicales et paramédicales du service de Gastro-entérologie du CHUM pour leur accueil des petits nouveaux internes.

L'équipe médicale et paramédicale du service de dermatologie du CHUM pour l'aide à la prise d'autonomie, la découverte de la médecine polyvalente, et aussi pour leur accueil chaleureux.

L'équipe médicale et paramédicale du service de pédiatrie du CHUPAP pour m'avoir enseigné la pédiatrie et m'avoir rassuré dans la prise en charge des enfants.

L'équipe des urgences, pour la confiance et l'autonomie qu'ils m'ont accordées et pour la bonne ambiance du service, malgré les conditions difficiles.

L'équipe complète du SAMU-SMUR pour leur accueil, pour l'apprentissage de la médecine hors-CHU, et pour leur bonne humeur permanente.

Mes maîtres de stages ambulatoires, qui m'ont enseigné la médecine générale telle que je l'exerce aujourd'hui et particulièrement M. le Docteur PLUMASSEAU pour m'avoir pris sous son aile et m'avoir donné le goût de la médecine préventive.

A ma famille

A mes parents, pour tout, tout simplement. Tout ce que j'ai aujourd'hui, je vous le dois.

A mes grands-parents, présents ou absents aujourd'hui, j'espère que mon travail vous rend fiers.

A mes frères et sœurs, Lauriane et Maxime, pour les chamailleries entre enfants, et aussi pour le réconfort dans les moments difficiles.

A Nohemy

Pour ta présence à mes côtés, pour avoir un grain de folie dans une vie déjà bien organisée.

Ta présence a été et reste indispensable. Ton soutien n'a aucun prix.

A mes amis

Tous ceux de la fac de Lille, pour les groupes de « travail » et les sorties. Je suis heureux d'avoir vécu un externat agréable avec vous.

Tous mes co-internes et amis depuis l'internat des Antilles : grâce à vous j'ai pu passer de belles années malgré le travail qui pesait.

Remerciements particuliers pour François, j'espère qu'on se reverra bientôt.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pointe-à-Pitre's hospital has opened in July of 2014 a new post-emergency service to improve the care pathway of patients exiting emergency department.

OBJECTIVES: Give an overview of the post-emergency service for year 2015 and identify the impact on emergency department.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective study from January of 2015 to December of 2015 in Pointe-à-Pitre's hospital. Patients hospitalized in post emergency service have been included.

RESULTS: 1357 patients have been included (55% men) with an average age of 66 years. The main reasons of hospitalization were general diseases, cardiovascular pathologies, and infectious diseases. Average Charlson's comorbidity score was 4,70 and was statistically higher for oncology, nephrology, and cardiovascular diseases ($p<0,05$). 716 patients have been oriented outside Pointe-à-Pitre's hospital (including 625 returning home) and 641 patients have been oriented in another service inside the hospital. Average length of stay was 3,13 days and was higher for social issues (6,74 days) ($p<0,05$). Endocrinology had the shortest average length of stay (2,51 days) ($p<0,05$). 1 month readmission rate was 4,5% and there were no significant differences between pathologies. 3-month readmission rate was 6,12% and was higher for internal medicine (15,2%) and cardiovascular diseases (10,8%) ($p<0,05$). Charlson's comorbidity score was higher for 1 month readmitted patients (5,36) and 3 month readmitted patients (5,84) ($p<0,05$). There was no significant difference in average length of stay or average age.

CONCLUSION: This study has demonstrated good results for the post emergency service and highlighted new working methods to improve it.

Sommaire

Remerciements	6
Sommaire.....	11
Abréviations	14
Liste des figures.....	16
Liste des tableaux	17
I. INTRODUCTION.....	18
II. MATERIELS ET METHODES.....	25
1. Etude	26
a. Type d'étude	26
b. Le service de post-urgences.....	26
c. Critères d'inclusion	27
2. Recueil de données	28
3. L'analyse statistique	32
a. Données étudiées	32
b. Impact sur le service des urgences	33
c. Méthode de travail statistique.....	34

III. RESULTATS	35
1. Inclusion.....	36
2. Données démographiques	37
a. Sexe	37
b. Age	39
3. Motifs principaux d'hospitalisation	40
a. Effectifs selon le motif d'hospitalisation.....	40
b. Effectifs des motifs d'hospitalisation en fonction du sexe	41
4. Score de Charlson	42
5. Parcours de soins	44
a. En amont du service de post-urgences	44
b. En aval du service de post-urgences.....	45
i. Orientation intra-hospitalière	45
ii. Orientation extra-hospitalière	46
c. Concordance entre orientation et spécialité.....	47
6. Durée moyenne de séjour.....	49
7. Taux de ré-hospitalisation.....	52
a. Ré-hospitalisations à 1 mois	52
b. Ré-hospitalisations à 3 mois	54
8. Impact sur le fonctionnement du SAU	58

IV. DISCUSSION	59
V. CONCLUSION	73
Bibliographie	75
Annexes	79
Serment d'Hippocrate.....	82

Abréviations

ALD : Affection longue durée

CCMU : Classification clinique des malades des urgences

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIRS-G : Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric

CRP : Protéine C Réactive

DMS : Durée moyenne de séjour

DOM : Départements d'Outre-Mer

DREES : Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EVASAN : Evacuation sanitaire

HAD : Hospitalisation à domicile

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAD : Maintien à domicile

OR : Odds Ratio

PU : Post-urgences

PUOG : Post-urgences à orientation gériatrique

RAD : Retour à domicile

SAU : Service d'accueil des urgences

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

UMPU : Unité médicale de post-urgences

UPUP : Unité de post-urgences polyvalentes

USLD : Unité de soins de longue durée

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux des inclusions des patients dans l'étude.....	36
Figure 2 : Répartition du nombre de patients en fonction de leur âge.	37
Figure 3: Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe.	38
Figure 4 : Score de Charlson par motif principal d'hospitalisation.....	42
Figure 5 : Répartition des patients accueillis en post-urgences en fonction du service d'amont.....	44
Figure 6 : Répartition des patients selon la DMS.....	50
Figure 7 : Répartition des patients retournés au domicile selon la DMS.	51

Liste des tableaux

Tableau 1 : Comparaison de l'âge moyen selon le motif d'hospitalisation.....	39
Tableau 2 : Répartition des patients du post-urgences en fonction du motif d'hospitalisation.	40
Tableau 3 : Répartition des patients en fonction du sexe et du motif d'hospitalisation.	41
Tableau 4 : Comparaison du score de Charlson en fonction du motif principal.	43
Tableau 5: Orientation intra-hospitalière des patients à la sortie du service de post-urgences.....	45
Tableau 6 : Orientation extra-hospitalière des patients à la sortie du service de post-urgences.....	46
Tableau 7 : Orientation des patients selon les spécialités.....	47
Tableau 8 : Comparaison des taux de transfert en service de spécialité et de RAD.	48
Tableau 9 : DMS selon motif d'hospitalisation et comparaison à l'échantillon.	49
Tableau 10 : Comparaison de l'âge et du score de Charlson selon les DMS.....	50
Tableau 11 : Taux de ré-hospitalisation à 1 mois selon le motif d'hospitalisation et comparaison à l'échantillon.....	52
Tableau 12 : Orientation d'aval et ré-hospitalisation à 1 mois.	53
Tableau 13 : Taux de ré-hospitalisation à 3 mois selon le motif d'hospitalisation.....	54
Tableau 14 : Orientation d'aval et nombre de ré-hospitalisation à 3 mois.	55
Tableau 15 : Orientation d'aval et taux de ré-hospitalisation, tous motifs confondus. ..	56
Tableau 16: Profil des patients ré-hospitalisés versus patients non ré-hospitalisés	57
Tableau 17 : Comparaison des statistiques du SAU entre 2013 et 2015.....	58

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène désormais bien connu. Les données actuelles de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) retrouvent que 9,9% des Français ont plus de 75 ans (6 386 793 personnes) (1). On estime que la part des plus de 75 ans atteindra 12% de la population Française en 2030 alors qu'elle n'était que de 3% en 1980 (2,3). Ce vieillissement de la population générale est principalement secondaire à ce qu'on appelle désormais la « gérontocroissance », qui signifie une augmentation relative et absolue de la population âgée en rapport avec l'augmentation de l'espérance de vie dans notre pays.

Depuis 2005, la gérontocroissance s'explique par l'arrivée à l'âge de la retraite des enfants issus du baby-boom. Le nombre de personnes âgées auparavant était beaucoup plus faible suite aux effets directs et indirects de la seconde guerre mondiale (4,5).

En 2005, la part des plus de 75 ans dans les départements d'outre-mer (DOM) est plus faible que celle de France métropolitaine : on retrouve 5,1% de plus de 75 ans en Guadeloupe. L'évolution des plus de 75 ans est la plus forte dans les DOM (2), principalement à cause du départ de la jeunesse et de la population active vers la France hexagonale pour les études et le travail, ainsi qu'au retour des populations retraités vers leurs racines pour leur retraite. On estime la proportion des plus de 75 ans à 11,5% en 2030 en Guadeloupe, soit quasi-égale à la moyenne nationale.

Nous vivons plus longtemps mais pas toujours en bonne santé. Plus de la moitié (51%) des personnes de plus de 75 ans sont en affection longue durée (ALD) pour au moins une pathologie. En 2005, 66,5% des séjours hospitaliers concernent des personnes de plus de 75 ans. On estime que 41% des plus de 75 ans qui vivent à leur domicile, vivent seuls (2).

La Guadeloupe est la région avec le plus faible taux de structures d'hébergement collectif (maisons de retraite, établissements pour hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins longue durée (USLD)). On compte 3 places pour 100 personnes de plus de 75 ans ; c'est 4 fois moins élevé qu'en France hexagonale (2).

La densité des médecins généralistes est faible avec 61 omnipraticiens pour 100.000 personnes en Guadeloupe (contre 95,8 en France hexagonale) (2).

En 2004 on compte 114 860 passages aux urgences en Guadeloupe (toutes structures confondues) dont 84% dans les établissements publics. Le taux de recours aux urgences est de 257 patients pour 1000 habitants, supérieur au taux national de 237 patients pour 1000 habitants (6).

D'après l'étude nationale « Les usagers des urgences » effectuée en 2002, on note que 70% des patients consultent aux urgences de leur propre chef, sans contact médical préalable (médecin traitant, appel centre 15...) (7). L'enquête de la direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2012 détermine qu'une partie de ces patients auraient consulté leur médecin libéral s'ils avaient pu avoir un rendez-vous le jour même ou le lendemain (8).

On détermine également que 14% des admissions au service d'accueil des urgences (SAU) sont classés CCMU1 (classification clinique des malades des urgences) (Annexe 1), ce qui signifie : pas de recours à un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique nécessaire, ces patients relevant théoriquement de la médecine de ville (par exemple, angine simple, otite, plaie sans suture, certificats médicaux, placement de patient...). Parmi les 74% des patients cotés CCMU2 (état clinique jugé stable, actes

complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques nécessaires), nous pouvons nous demander quelle proportion de ces personnes auraient été traitables en ambulatoire (réalisation d'un examen cytbactériologique des urines (ECBU), d'une échographie abdominale sans urgence, d'une biologie sanguine...).

Les SAU sont victimes de leur popularité et la récente augmentation de leur fréquentation ne s'est pas accompagnée d'une augmentation suffisante des capacités matérielles et humaines. Il s'agit là d'une des causes de l'engorgement des urgences.

Cependant le rapport de SAMU-Urgences de France de 2013 précise que la surcharge des urgences n'est pas liée à ce problème, mais à un défaut d'orientation en aval des urgences (9), la recherche d'un lit d'aval étant chronophage pour le personnel médical (10). D'après plusieurs études nous savons que le taux de remplissage d'un hôpital est directement corrélé à la durée moyenne des passages au SAU (9).

Il est intéressant de préciser que la Guadeloupe possède une offre de soins hospitaliers similaire à la France hexagonale (même taux de lits par habitant, même taux de lits de soins de suite et rééducation (SSR)) (11).

Le « Plan Urgences » (2004 à 2008) propose de renforcer la prise en charge non programmée en libéral, avec l'aide du SAMU-SMUR et des maisons médicales de garde. Aux urgences, il propose un renforcement des effectifs (4,9% pour le médical en 10 ans, et 3.9% pour le personnel paramédical) mais loin de l'augmentation constatée de l'affluence aux urgences (4,3% par an). Il doit renforcer la coopération des services d'aval en réseau de soin (renforcement des lits de gériatrie, de SSR, équipe mobile de gériatrie, places en hospitalisation à domicile (HAD)) (12).

Le rapport LARCHER d'octobre 2007 reprend les mêmes objectifs et insiste sur la nécessité de privilégier les courts séjours hospitaliers avec des transferts secondaires vers les structures de SSR (13) en vue de permettre un flux de patients qui réponde à la demande croissante de soins non programmés.

Le problème de l'aval des urgences reste cependant d'actualité et est de nouveau évoqué lors des « 1ères assises des urgences » de 2002. Les solutions proposées sont déjà connues ; favoriser l'HAD, favoriser les hospitalisations programmées (14).

La situation reste problématique avec la crise de l'hiver 2012-2013 qui provoque une saturation majeure et pérenne des structures d'urgence, entraînant de lourds dysfonctionnements des SAU. L'aval des urgences est encore identifié comme facteur limitant.

Le rapport Carli (15) de 2013 propose de nombreuses nouvelles solutions, parmi elles :

- Une commission de l'admission et des soins non programmés (organisation de l'accueil des patients non programmés, déclenchement des plans « hôpital plein », « hôpital en tension »).
- Le plan « hôpital en tension » (mesure d'urgence exceptionnelle : annulation des hospitalisations programmées au profit des urgences).
- L'organisation au sein d'un même pôle du SAU et de son aval.

La création des unités de post-urgences permet de répondre à la proposition du Pr Carli en regroupant dans le même pôle les SAU et leurs lits d'aval.

De nombreux hôpitaux (Tours, Pau, Lille, Lyon, Nancy, Limoges...) ont fait ce choix. Les retours d'expérience sont positifs avec une facilitation pour les urgentistes à trouver un service d'aval aux patients (16,17), une bonne satisfaction des spécialistes quant à la prise en charge des patients (16) et un taux de ré-hospitalisation à 1 mois jugé satisfaisant (inférieur à 10%) (18).

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre a décidé de l'ouverture d'un service de post-urgences en juillet 2014 suite aux difficultés rencontrées par le SAU lors de l'épidémie de Chikungunya qui avait entraîné de nombreuses hospitalisations (640 hospitalisations sur l'année 2014) (19) avec un manque de lits d'aval pour les urgences.

L'objectif du service de post-urgences est de proposer un lieu dédié aux hospitalisations de durée prévisible inférieure à 3 jours. Il en est de même pour l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui est théoriquement destiné aux patients dont la durée prévisible de l'hospitalisation est jugée inférieure à 24h. De manière empirique nous avons constaté que l'UHCD et le service de post-urgences sont utilisés comme services d'attente pour les patients qui relèvent d'une hospitalisation en service de spécialité.

Depuis son ouverture, aucune étude n'a été réalisée sur le fonctionnement du service, et un état des lieux après 1 an de fonctionnement s'avère intéressant.

L'objectif principal de cette étude était de faire l'état des lieux du service pour l'année 2015.

L'objectif secondaire était de déterminer l'existence d'un impact de l'ouverture du post-urgences sur le fonctionnement du service des urgences.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Etude

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, longitudinale et monocentrique évaluant l'ensemble des patients hospitalisés dans le service du post-urgences du CHU de Pointe-à-Pitre du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2015.

b. Le service de post-urgences

Il s'agit d'un service de 15 lits répartis au sein des services de Médecine polyvalente (Médecine B) (7 lits) et d'Endocrinologie (Médecine C) (8 lits). Son activité a débuté en juillet 2014 au décours de l'épidémie de chikungunya. L'équipe médicale se compose de 4 médecins généralistes effectuant un roulement 7 jours sur 7 et de 2 internes de Médecine générale, en poste dans le service de post-urgences pour une durée de un mois minimum, au cours de leur semestre de stage au SAU. Il y a chaque jour de semaine au moins 2 médecins et 2 internes présents, et le weekend 1 médecin et 1 interne, de 8h à 18h. Les patients proviennent soit directement du service d'accueil des urgences, soit de l'unité d'hospitalisation de courte durée. Dans de très rares cas les patients peuvent provenir d'autres unités (Sorties de réanimations).

Les critères d'admission des patients dans le service sont :

- Un âge supérieur à 15 ans et 3 mois (sinon orientation en service de pédiatrie).
- Les patients ne relevant pas d'une réanimation.
- Les patients ne relevant pas d'une surveillance continue.
- Les patients dont la durée de séjour attendue est inférieure à 3 jours.

En journée (8h-18h), semaine, week-end et fériés compris, l'accord pour le transfert d'un patient doit être obtenu auprès du médecin senior responsable, soit par appel téléphonique, soit après passage du praticien au lit du malade au SAU ou à l'UHCD. La nuit (18h-8h) le transfert des patients relève de la responsabilité du médecin sénior des urgences qui doit s'assurer que le patient répond aux critères d'admissions du post-urgences.

Les sorties des patients peuvent être effectués tous les jours, dimanche et fériés compris et sont de la responsabilité du médecin sénior du post-urgences.

c. Critères d'inclusion

Tous les patients hospitalisés dans le service de post-urgences du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2015 ont été inclus. Le seul critère d'exclusion était d'avoir des données manquantes.

Nous avons choisi de ne pas étudier la période juillet 2014 à décembre 2014 car son fonctionnement et ses résultats ne sont plus représentatifs du fonctionnement à ce jour (changements d'équipes importants, modifications dans l'organisation interne, modifications des objectifs du service).

2. Recueil de données

Les données des patients ont été initialement recueillies depuis une archive papier manuscrite, le « carnet de bord » du service de post-urgences. Nous les avons complétées avec les données renseignées dans le dossier médical et administratif informatique « Resurgences ».

- Les données démographiques :
 - Nom et prénom des patients (secondairement anonymisés après recueil des données).
 - Sexe.
 - Age.

- Les motifs d'hospitalisation :

Ils ont été répartis en 14 motifs principaux (Cardiologique, Pneumologique, Gastroentérologique, Neurologique, Infectieux, Médecine interne, Endocrinologique, Gynécologique, Général (altération d'état général, désordres biologiques (anémie, hyponatrémie...), syndromes de sevrage...), Chirurgical, Oncologique, Néphrologique, Psychiatrique, Social).

Une hospitalisation pouvait avoir plusieurs motifs principaux : une pneumopathie sera comptabilisée pour motif infectieux et pulmonaire.

- Score de comorbidité de Charlson (Annexe 2) :

Il s'agit d'un score d'évaluation de l'état général permettant une prédiction du taux de mortalité des patients hospitalisés à 1 an et à 10 ans. Il se calcule en fonction l'âge et des antécédents connus du patient. Il donne des résultats aussi performants que d'autres scores tels que le Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric (CIRS-G) principalement (20). Ses utilisations sont nombreuses, en Onco-gériatrie (21,22), en Cardiologie (23) en Néphrologie (24) et son efficacité a été démontrée secondairement pour une population générale dans l'évaluation du risque de ré-hospitalisation des patients (25,26). Le score de Charlson présente les avantages d'être non spécifique des pathologies, d'être le plus utilisé et cité dans la littérature médicale (27). On a établi une survie à 1 an à 71,6% pour un score de Charlson > 5 (sur une cohorte de 6.6 millions de patients de 2009 à 2011) (27).

- Le service d'amont :

Nous avons défini le service d'amont à partir du dossier Resurgences. Nous avons distingué les patients provenant du SAU, les patients provenant de l'UHCD et les patients provenant d'autres services (Réanimation, entrée directe).

- Le service d'aval :

Nous avons déterminé l'orientation du patient à sa sortie du service de post-urgences. Nous avons regroupé les services de chirurgie entre eux

devant le faible effectif de patients relevant de la chirurgie, sauf pour le motif gynécologique (qui a été considéré comme une spécialité médico-chirurgicale).

Nous avons également étudié le taux de transfert vers les services de spécialité adaptés pour chaque motif d'hospitalisation. Nous avons séparé les orientations d'aval en 3 catégories : Transfert vers le service de spécialité adapté, transfert vers un autre service, retour à domicile. Le total des orientations était supérieur au nombre de patients de l'étude car il reprenait tous les motifs d'hospitalisation, qui pouvaient être multiples pour un même patient. De la même manière, les taux de transfert vers un service adapté ont été sous-estimés, car un patient présentant plusieurs motifs d'hospitalisation ne pouvait être transféré que vers 1 service.

- La durée de séjour :

La durée de séjour a été définie selon les dates d'entrée et de sortie dans le service de post-urgences consignées dans le carnet de bord du service. Nous avons considéré qu'un patient entré et sorti le même jour présentait une durée de séjour à 0 jour.

- Taux de ré-hospitalisation à 1 mois et à 3 mois :

Nous avons recherché l'existence d'une nouvelle hospitalisation au CHU de Pointe-à-Pitre, via les urgences, pour un motif identique à 1 mois et à 3 mois de la sortie du service de post-urgences. Une hospitalisation dans un délai inférieur à un mois était comptabilisée exclusivement dans

la catégorie « ré-hospitalisation à 1 mois ». Ces données ont été obtenues par le logiciel Resurgences, en recherchant de nouveaux dossiers au SAU pour chaque patient sorti du service de post-urgences (PU). Pour chaque nouveau dossier il aura été vérifié s'il a abouti à une hospitalisation (UHCD compris) où à une prise en charge ambulatoire. Pour chaque nouvelle hospitalisation, il aura été vérifié si le motif est identique à celui de l'hospitalisation initiale, ou différent. Nous avons calculé les taux de ré-hospitalisation en divisant l'effectif des patients ré-hospitalisés dans un groupe, par le nombre de patients dans ce groupe. Le taux de ré-hospitalisation est un indicateur de qualité des soins validé (28).

- Les données des urgences :

Une seconde partie des données (DMS mensuelle du SAU et de l'UHCD, nombre de passages annuels) a été générée depuis l'outil statistique intégré du logiciel « Resurgences » à partir des dates et heure d'entrée et de sortie du patient des urgences renseignées dans le dossier informatique.

3. L'analyse statistique

a. Données étudiées

Nous avons comparé pour chaque motif d'hospitalisation :

- L'âge moyen des patients.
- Le score de Charlson moyen.
- La DMS.
- Le taux de ré-hospitalisation à 1 mois et à 3 mois. Nous avons également déterminé si les ré-hospitalisations faisaient suite à un retour à domicile ou à un transfert hospitalier. Nous avons étudié les taux de ré-hospitalisations dans les sous-groupes « retour au domicile » et transfert secondaire hospitalier. Les patients décédés au cours de l'hospitalisation n'ont pas été comptabilisés pour ces calculs (n=20). Les retours en EHPAD ont été comptabilisés dans le groupe « retour à domicile » car ne correspondent pas au groupe « hospitalisé » (établissements peu médicalisés, pas d'exams complémentaires disponible, pas de visite médicale).

Le nombre total de ré-hospitalisations en fonction du motif est supérieur au nombre de ré-hospitalisations, car un même patient pouvait présenter plusieurs motifs d'hospitalisation.

- Nous avons également comparé les taux de ré-hospitalisations de chaque motif avec le score de Charlson moyen.
- L'orientation en service spécialisé, dans un autre service, ou en retour à domicile (RAD).

b. Impact sur le service des urgences

Afin de déterminer si la création du service de post-urgences a permis une amélioration du fonctionnement du service d'accueil des urgences, nous avons comparé sur 2 années pleines (2013, l'année pleine précédent l'ouverture du PU, et 2015, l'année pleine suivant son ouverture), les DMS du SAU et de l'UHCD. Nous avons également comparé différents sous-groupes : patients hospitalisés suite à leur passage aux SAU et à l'UHCD, l'objectif étant de déterminer si l'ouverture du post-urgences avait eu un impact sur la durée d'attente de tous les patients des urgences ou sur celle des patients nécessitant un lit d'aval (patients hospitalisés). Les DMS annuelles ont été obtenues en calculant la moyenne des DMS mensuelles pour les années 2013 et 2015. Nous avons comparé ces moyennes avec le test exact de Fisher.

c. Méthode de travail statistique

L'ensemble des données recueillies a été inséré dans un tableau sur le logiciel Excel 2007.

La réalisation des formules arithmétiques (somme, moyenne, médiane) a été réalisée à l'aide du logiciel Excel 2007. La concordance des données et des résultats obtenus a également été vérifiée au sein même du logiciel.

Les tests statistiques ont été effectués avec le logiciel de statistiques « R » via la page web « BiostaTGV » développée par l'université Pierre et Marie Curie (Paris VI).

L'analyse de la normalité de la répartition des DMS a été réalisé par le logiciel XLSTAT avec les tests de Shapiro-Wilk, Anderson-Darling, Lilliefors et Jarque-Bera.

L'ensemble des test statistiques a été effectué avec un risque alpha retenu à 5%. Les comparaisons des moyennes ont été réalisées par le test de Student. L'analyse des variables qualitatives a été réalisée par le test exact de Fisher. La méthodologie appliquée a été validée par le service biostatistiques du CHU.

III. RESULTATS

1. Inclusion

Du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015, 1385 patients ont été hospitalisés dans le service de post-urgences du CHU de Pointe-à-Pitre. Vingt-huit patients ont été exclus en cours de travail pour cause de données manquantes non récupérables. Les données interprétables portaient sur 1357 patients, soit 98% des patients répondants aux critères d'inclusion initiaux. (Figure 1)

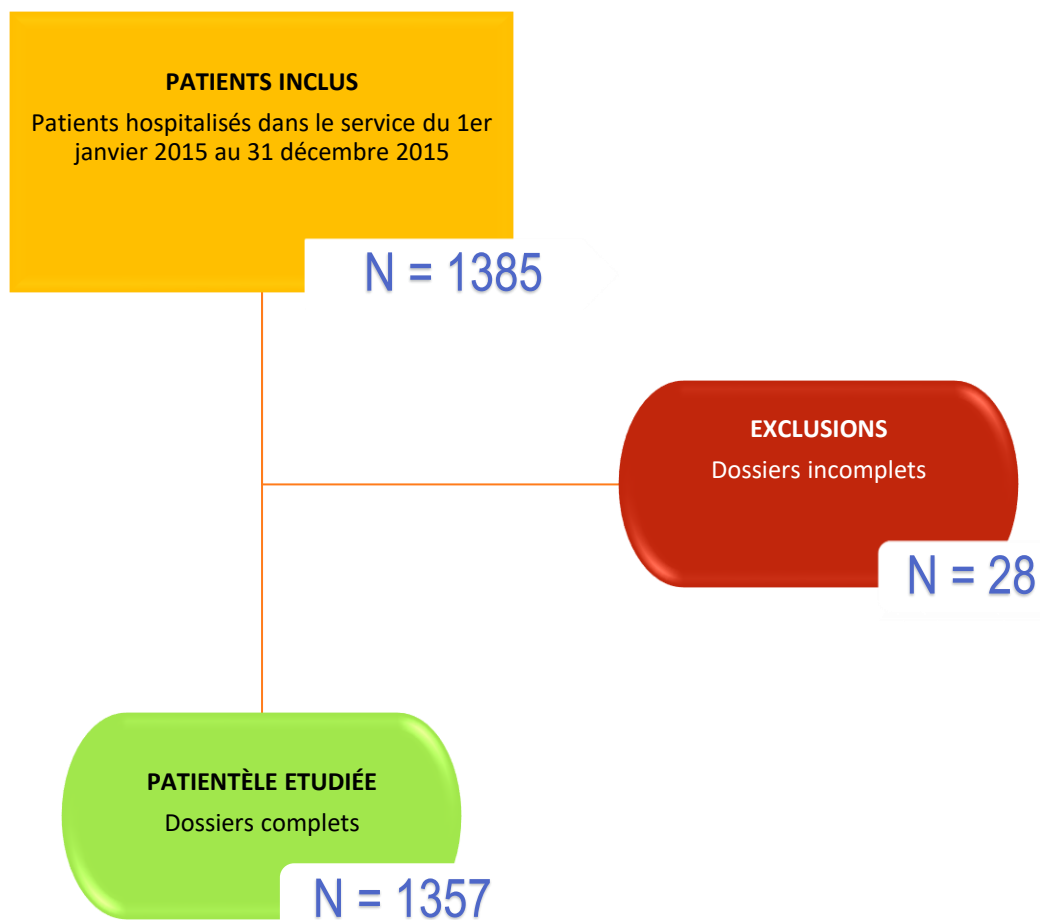


Figure 1 : Diagramme de flux des inclusions des patients dans l'étude. N=1385

2. Données démographiques

a. Sexe

Les patients étaient majoritairement des hommes : 742 hommes pour 615 femmes, soit 55% d'hommes. L'âge moyen était de 66 ± 19 ans et l'âge médian de 68 ans. Les âges extrêmes étaient 15 ans et 105 ans. Nous avons retrouvé 54,8% de patients (n=743) d'âge strictement supérieur à 65 ans et 17% de patients (n=231) d'âge strictement supérieur à 85 ans. (Figure 2)

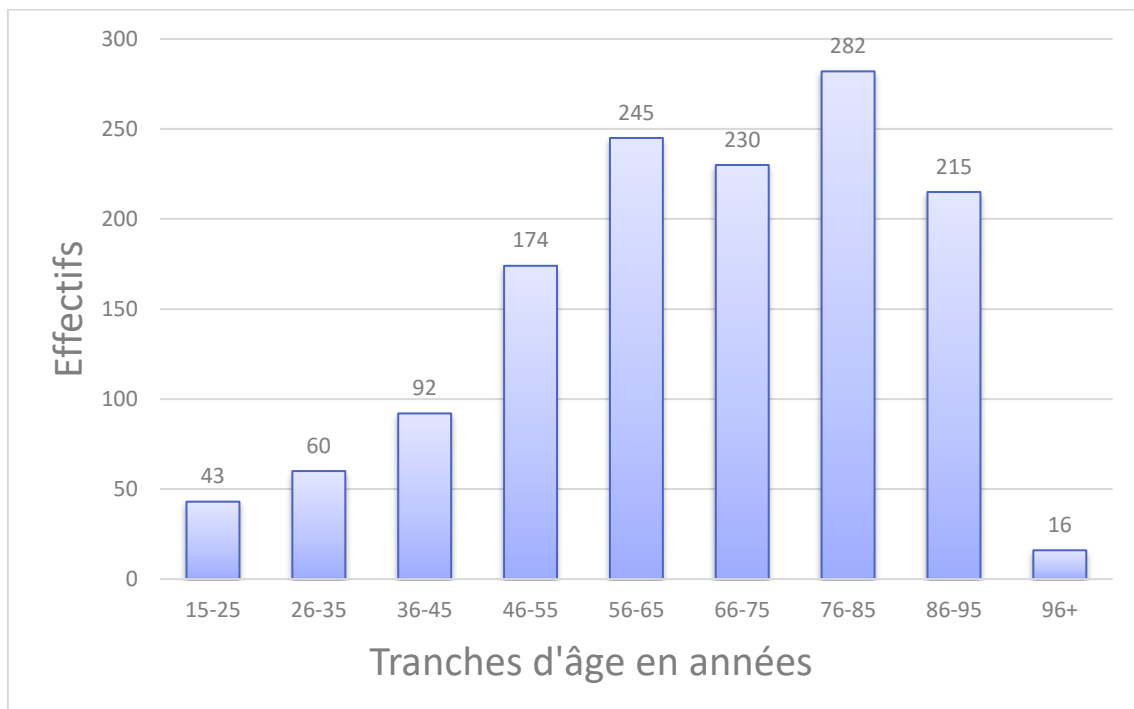


Figure 2 : Répartition du nombre de patients en fonction de leur âge. N=1357

Nous avons retrouvé une population masculine majoritaire entre 36 et 75 ans avec une inversion de la tendance aux âges extrêmes (entre 15 et 35 ans et après 85 ans). (Figure 3). Il y avait significativement plus d'hommes dans le groupe 56-65 ans et significativement plus de femme dans le groupe 86-95 ans ($p < 0,05$).

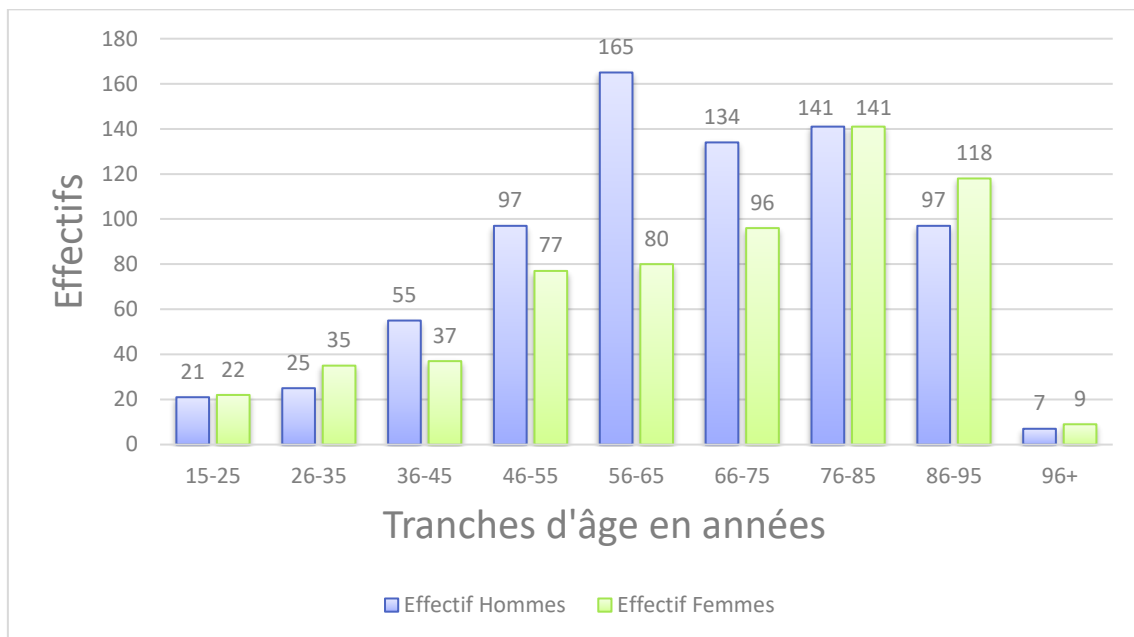


Figure 3: Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe. $N=1357$

b. Age

Avec une moyenne d'âge (tous motifs confondus) de 66 ans, nous avons retrouvé des patients statistiquement plus âgés pour les motifs Néphrologique, Cardiovasculaire, Oncologique, Pneumologique, Infectieux, Neurologique et Général. Les patients les plus jeunes étaient les patients relevant de la Médecine interne et de la Psychiatrie. Le détail des résultats est mentionné dans le tableau 1.

Tableau 1 : Comparaison de l'âge moyen selon le motif d'hospitalisation. N=2057

Spécialité	Age moyen dans la spécialité (en années)	Age moyen (hors spécialité, en années)	p
Néphrologie	77,97	65,74	<0,05
Cardiologie	73,87	63,87	<0,05
Oncologie	72,14	65,69	<0,05
Pneumologie	72,01	65,04	<0,05
Maladies Infectieuses	70,53	64,77	<0,05
Neurologie	69,08	65,72	<0,05
Général	68,84	65,65	<0,05
Social	65,83	66,14	0,92
Chirurgie	65,10	65,96	0,72
Gastro-entérologie	64,00	66,03	0,31
Gynécologie	61,83	65,94	0,71
Endocrinologie	57,09	68,12	<0,05
Médecine interne	49,80	66,66	<0,05
Psychiatrie	49,80	66,20	<0,05

3. Motifs principaux d'hospitalisation

a. Effectifs selon le motif d'hospitalisation

Les principaux motifs d'hospitalisation étaient les pathologies Générales, les pathologies Cardio-vasculaires et les Maladies infectieuses. Le détail des motifs d'hospitalisation est mentionné dans le tableau 2.

Nous avons dénombré 2057 motifs d'hospitalisation au total, car un patient pouvait présenter plusieurs motifs d'hospitalisation.

Tableau 2 : Répartition des patients du post-urgences en fonction du motif d'hospitalisation. N=2057

Motif d'hospitalisation	Effectifs N=2057	%
Général	375	27,63%
Cardiologie	334	24,61%
Maladies infectieuses	311	22,92%
Endocrinologie	257	18,94%
Neurologie	198	14,59%
Pneumologie	191	14,08%
Gastro-entérologie	108	7,96%
Chirurgie	64	4,72%
Oncologie	63	4,64%
Médecine interne	46	3,39%
Social	43	3,17%
Néphrologie	35	2,58%
Psychiatrie	26	1,92%
Gynécologie	6	0,44%

b. Effectifs des motifs d'hospitalisation en fonction du sexe

Il y avait significativement plus d'hommes que de femmes pour les pathologies Chirurgicales, Problèmes sociaux, motifs Généraux et il y avait significativement plus de femmes que d'hommes pour les pathologies Cardiologiques et de Médecine interne.

(Tableau 3)

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction du sexe et du motif d'hospitalisation. N=2057

Motif d'hospitalisation	Hommes N=1112	Femmes N=945	p
Général	226	149	0,01
Cardiologie	165	169	0,03
Maladies infectieuses	157	154	0,02
Endocrinologie	133	124	0,33
Neurologie	121	77	0,05
Pneumologie	93	98	0,09
Gastro-entérologie	65	43	0,27
Chirurgie	45	19	0,01
Oncologie	31	32	0,44
Médecine interne	17	29	0,02
Social	30	13	0,06
Néphrologie	19	16	0,90
Psychiatrie	10	16	0,14
Gynécologie	0	6	/

4. Score de Charlson

Le score de comorbidités de Charlson moyen était de $4,70 \pm 2,98$. Ses valeurs s'étalaient de 0 à 14 pour les patients. La valeur médiane était de 5. Le score de Charlson moyen variait entre 3,1 et 7,4 selon les motifs d'hospitalisation. Le détail des scores de Charlson par motif d'hospitalisation est donné dans la figure 4.

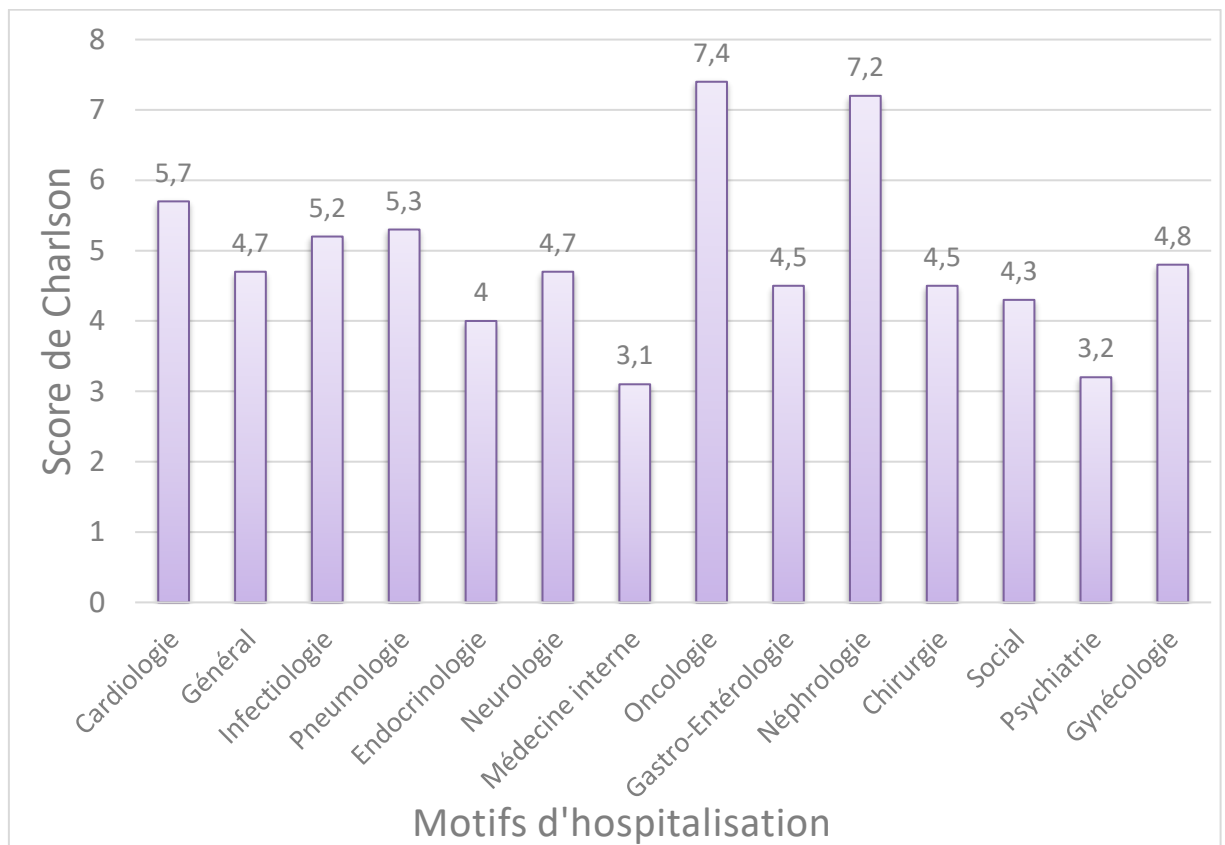


Figure 4 : Score de Charlson par motif principal d'hospitalisation. N=2057

Les patients hospitalisés pour les motifs Oncologiques, Néphrologiques, Cardiologiques, Pneumologiques et Infectieux présentaient des scores de Charlson significativement plus élevés que les autres patients. Le détail des résultats est mentionné dans le tableau 4. Il n'y avait pas de différence significative dans le score de Charlson en fonction du sexe ($p=0,12$). Le score de Charlson moyen des patients de plus de 75 ans était à 7,0.

Tableau 4 : Comparaison du score de Charlson en fonction du motif principal. N=2057

Spécialité	Score de Charlson selon spécialité	Score de Charlson en dehors de la spécialité	p
Oncologie	7,42	4,48	<0,05
Néphrologie	7,22	4,56	<0,05
Cardiologie	5,68	4,36	<0,05
Pneumologie	5,32	4,52	<0,05
Maladies Infectieuses	5,17	4,47	<0,05
Général	4,96	4,57	0,05
Gynécologie	4,83	4,64	0,93
Neurologie	4,71	4,64	0,78
Chirurgie	4,50	4,64	0,69
Gastro-entérologie	4,45	4,62	0,59
Social	4,25	4,67	0,33
Endocrinologie	3,96	4,78	<0,05
Psychiatrie	3,19	4,66	<0,05
Médecine interne	3,08	4,71	<0,05

5. Parcours de soins

a. En amont du service de post-urgences

Nous avons compté 913 entrées via les urgences, 420 entrées via l'UHCD et 24 entrées d'autres origines (transferts depuis le service de Réanimation, admissions directes avec place en service d'Endocrinologie réservée). La figure 5 illustre la provenance des patients du post-urgences.

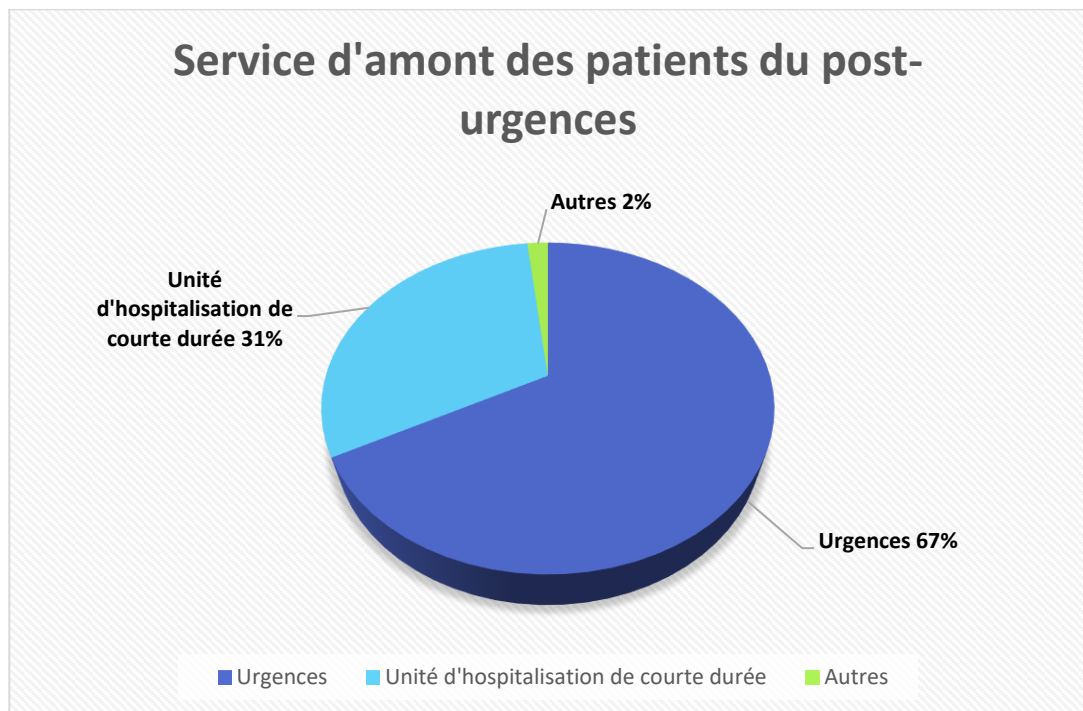


Figure 5 : Répartition des patients accueillis en post-urgences en fonction du service d'amont. N=1357

b. En aval du service de post-urgences.

i. Orientation intra-hospitalière

À la sortie du service de post-urgences, 716 patients ont été orientés en dehors du CHU de Pointe-à-Pitre et 641 patients ont été transférés dans d'autres services du CHU.

Les orientations principales au sein du CHU étaient les services d'Endocrinologie et de Médecine polyvalente qui ont accueilli 56% des patients nécessitant une hospitalisation plus longue. (Tableau 5)

Tableau 5: Orientation intra-hospitalière des patients à la sortie du service de post-urgences. N=641

Service d'aval	Effectifs patients N=641	%
Endocrinologie	191	29,80%
Médecine polyvalente	167	26,05%
Pneumologie	50	7,80%
Gastro-entérologie	49	7,64%
Neurologie	42	6,55%
Médecine interne	33	5,15%
Services de chirurgie	29	4,52%
Maladie infectieuse / dermatologie	19	2,96%
Déchoquage / Réanimation	15	2,34%
SSR CHU	11	1,72%
Cardiologie	10	1,56%
Néphrologie	10	1,56%
Psychiatrie	9	1,40%
Oncologie	6	0,94%

ii. Orientation extra-hospitalière

87% des patients qui sortaient du CHU rentraient au domicile. Parmi les 625 retours au domicile, il y avait 58 retours en hospitalisation à domicile (HAD) et 31 services de maintien au domicile (MAD). Le détail des orientations hors CHU est mentionné dans le tableau 6.

Tableau 6 : Orientation extra-hospitalière des patients à la sortie du service de post-urgences. N=716

Orientation	Effectifs patients N=716	%
Retour à domicile	625	87,29%
Clinique	21	2,93%
Décès	20	2,79%
SSR hors CHU	20	2,79%
Autre centre hospitalier	15	2,34%
EHPAD	10	1,40%
EVASAN	5	0,70%

Chez les patients de plus de 65 ans (n=743), il y avait 48% (n=363) de RAD. Chez les patients de plus de 85 ans (n=231), le taux de RAD était de 55% (n=127).

c. Concordance entre orientation et spécialité

23% des patients ont été transférés dans un service de spécialité adapté. Les services qui accueillait le plus les patients qui relevaient de leur spécialité étaient les services d'Endocrinologie, de Chirurgie, de Gastro-entérologie et de Psychiatrie. Les taux de retour à domicile étaient plus élevés pour les motifs Infectieux, Cardiologiques et Généraux. Les détails des résultats sont mentionnés dans les tableaux 7 et 8.

Tableau 7 : Orientation des patients selon les spécialités. N=2057

Spécialité	Patients transférés vers le service de spécialité N=479	Patients RAD N=926	Patients transférés vers un autre service N=652
Endocrinologie	184	46	27
Général	69	198	108
Gastro-entérologie	47	38	23
Pneumologie	45	94	52
Neurologie	41	90	67
Chirurgie	29	20	15
Maladies Infectieuses	18	179	114
Médecine interne	14	24	8
Cardiologie	10	188	136
Psychiatrie	9	5	12
Néphrologie	7	13	15
Oncologie	6	12	45
Social	0	15	28
Gynécologie	0	4	2

Tableau 8 : Comparaison des taux de transfert en service de spécialité et de RAD. N=2057

Spécialité	Taux de transfert dans la spécialité	Taux de RAD	p
Endocrinologie	71,6%	17,9%	<0,05
Chirurgie	45,3%	31,3%	<0,05
Gastro-entérologie	43,5%	35,2%	<0,05
Psychiatrie	34,6%	19,2%	<0,05
Médecine interne	30,4%	52,2%	0,73
Pneumologie	23,6%	49,2%	0,74
Neurologie	20,7%	45,5%	0,55
Néphrologie	20,0%	37,1%	1,00
Général	18,4%	52,8%	<0,05
Oncologie	9,5%	19,0%	1,00
Maladies Infectieuses	5,8%	57,6%	<0,05
Cardiologie	3,0%	56,3%	<0,05
Gynécologie	0,0%	66,7%	1,00
Social	0,0%	34,9%	1,00

6. Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour dans le service était de **3,13** ± 2,93 jours, avec des valeurs extrêmes allant de 0 à 44 jours. La DMS hors problèmes sociaux était à **3,01** jours et la DMS spécifique aux problèmes sociaux était à **6,74** jours. Il y avait en moyenne **3,7** admissions dans le service par jour.

Les problèmes sociaux représentaient la plus grande DMS (6,74 jours). Les DMS étaient statistiquement plus élevées pour les motifs Généraux, Neurologiques, Infectieux et Cardiologiques. Les patients relevant de l'Endocrinologie présentaient la DMS la plus courte (2,51 jours). Le détail des résultats est retranscrit dans le tableau 9.

Tableau 9 : DMS selon motif d'hospitalisation et comparaison à l'échantillon. N=2057

Spécialité	DMS selon spécialité (en jours)	DMS en dehors de la spécialité (en jours)	p
Endocrinologie	2,51	3,13	<0,05
Gastro-entérologie	2,56	3,05	<0,05
Médecine interne	2,67	3,02	0,22
Chirurgie	2,82	3,02	0,53
Oncologie	3,01	3,03	0,97
Pneumologie	3,21	2,98	0,29
Cardiologie	3,46	2,95	<0,05
Gynécologie	3,50	3,01	0,66
Maladies Infectieuses	3,63	2,94	<0,05
Neurologie	3,67	2,86	<0,05
Général	3,77	2,81	<0,05
Psychiatrie	4,19	2,97	0,46
Néphrologie	4,22	2,97	0,32
Social	6,74	2,87	<0,05

916 patients (68%) ont été hospitalisés pour une durée inférieure ou égale à 3 jours. La médiane des DMS était à 2 jours. La répartition des DMS ne suivait pas une loi statistique normale ($p < 0,05$) (Figure 6).

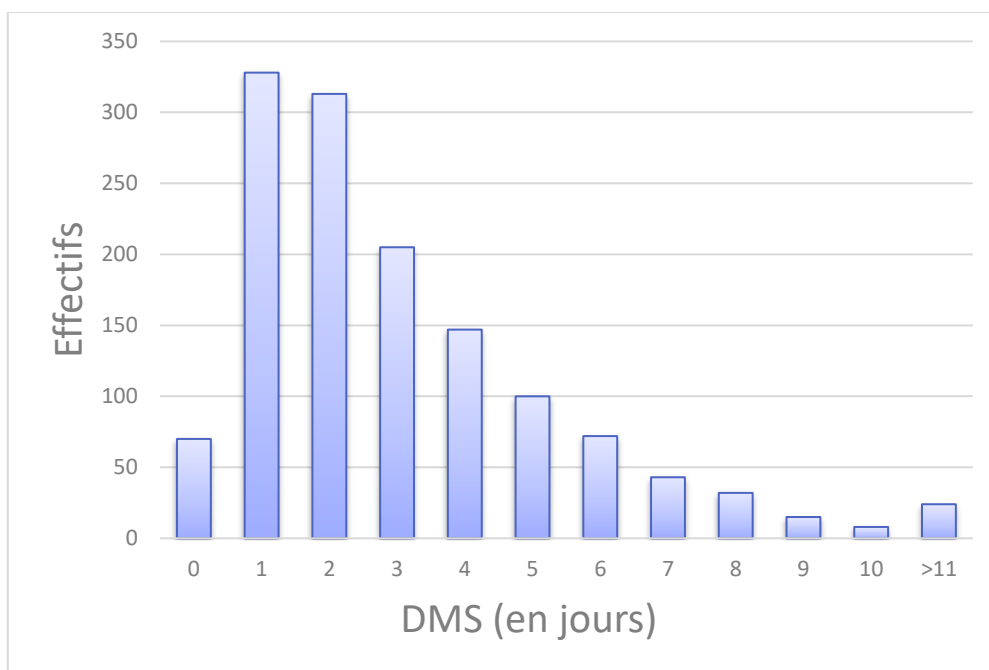


Figure 6 : Répartition des patients selon la DMS. N=1357

Les patients hospitalisés plus de 3 jours étaient statistiquement plus âgés et présentaient un score de Charlson plus élevé (tableau 10).

Tableau 10 : Comparaison de l'âge et du score de Charlson selon les DMS. N=1357

DMS (jours)	0 à 3 (n=916)	4 et plus (n=441)	p
Age moyen (années)	63,0	71,9	<0,05
Score de Charlson	4,3	5,3	<0,05

La DMS des patients retournés au domicile était à 3,46 jours. 377 (60%) patients sont retournés au domicile en 3 jours ou moins. La répartition des DMS de ces patients ne correspondait pas à une distribution normale ($p < 0,05$) (Figure 7).

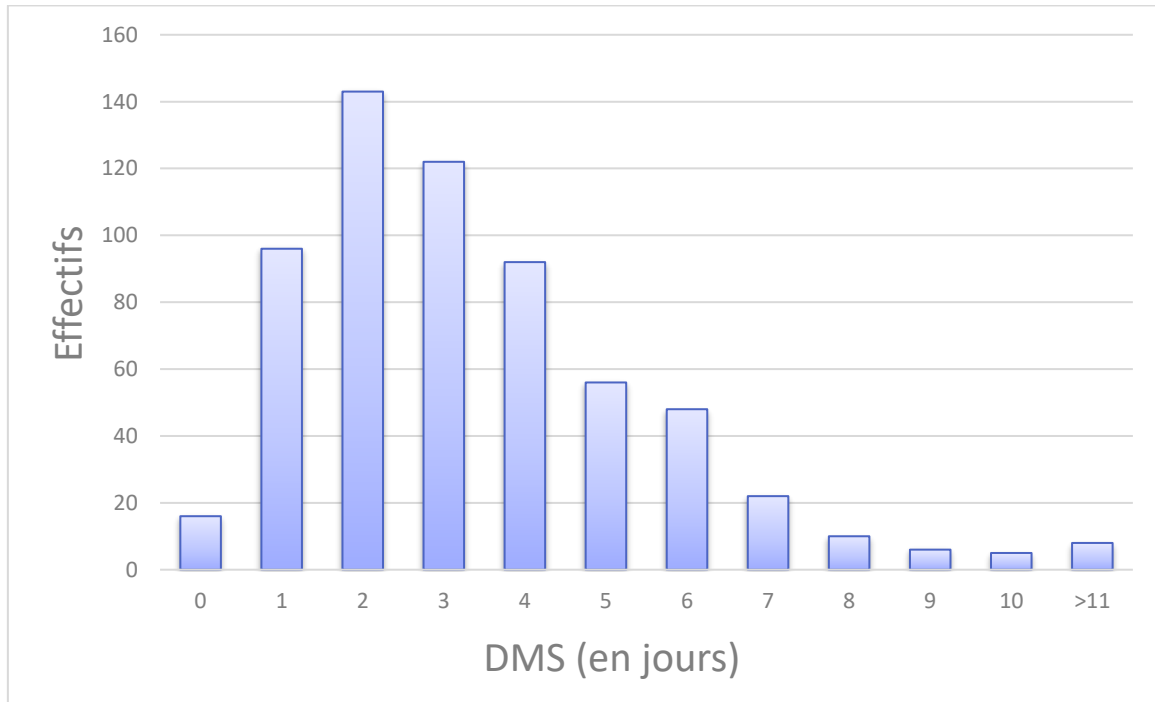


Figure 7 : Répartition des patients retournés au domicile selon la DMS. N=625

7. Taux de ré-hospitalisation

a. Ré-hospitalisations à 1 mois

61 patients ont été ré-hospitalisés à 1 mois. Le taux global de ré-hospitalisation était de 4,5%.

Il n'y avait pas de différence significative selon les motifs d'hospitalisation. Le détail des résultats est mentionné dans le tableau 11.

Tableau 11 : Taux de ré-hospitalisation à 1 mois selon le motif d'hospitalisation et comparaison à l'échantillon. N=100

Spécialité	Ré-hospitalisations dans la spécialité. N=100	Taux de ré-hospitalisation dans la spécialité	Taux de ré-hospitalisation hors spécialité	p
Social	4	9,3%	4,3%	0,12
Médecine interne	4	8,7%	4,4%	0,14
Oncologie	5	7,9%	4,3%	0,20
Pneumologie	12	6,3%	4,2%	0,19
Général	21	5,6%	4,1%	0,24
Maladies Infectieuses	16	5,1%	4,3%	0,53
Endocrinologie	12	4,7%	4,5%	0,86
Cardiologie	15	4,5%	4,5%	1,00
Psychiatrie	1	3,8%	4,5%	1,00
Chirurgie	2	3,1%	4,6%	1,00
Néphrologie	1	2,9%	4,5%	1,00
Gastro-entérologie	3	2,8%	4,6%	0,47
Neurologie	4	2,0%	4,9%	0,09
Gynécologie	0	0,0%	4,5%	1,00

31 patients ont été ré-hospitalisés après un retour direct au domicile et 30 patients ont été ré-hospitalisés après un transfert dans un autre service. Il y avait significativement plus de ré-hospitalisations après un RAD pour les motifs Oncologiques, Neurologique et Général. Le détail des résultats est mentionné dans le tableau 12.

Tableau 12 : Orientation d'aval et ré-hospitalisation à 1 mois. N=100

Motif d'hospitalisation	Ré-hospitalisations suite transfert N=42	Ré-hospitalisations suite RAD N=58	p
Général	5	16	<0,05
Cardiologie	6	9	0,94
Infectiologie	7	9	1,00
Pneumologie	4	8	0,37
Neurologie	0	4	<0,05
Endocrinologie	9	3	0,45
Oncologie	2	3	<0,05
Social	1	3	0,11
Gastro-Entérologie	1	2	0,26
Médecine interne	3	1	0,34
Néphrologie	1	0	1,00
Chirurgie	2	0	1,00
Psychiatrie	1	0	1,00
Gynécologie	0	0	1,00

b. Ré-hospitalisations à 3 mois

83 patients ont été ré-hospitalisés à 3 mois (dont 17 patients déjà ré-hospitalisés à 1 mois), soit un taux général de 6,1%.

Il y avait significativement plus de ré-hospitalisations pour la Médecine interne et la Cardiologie, respectivement à 15,2% et 10,8%. Le détail des résultats est mentionné dans le tableau 13.

Tableau 13 : Taux de ré-hospitalisation à 3 mois selon le motif d'hospitalisation. N=122

Spécialité	Ré-hospitalisations dans la spécialité. N=122	Taux de ré-hospitalisation dans la spécialité	Taux de ré-hospitalisation hors spécialité	p
Médecine interne	7	15,2%	5,8%	<0,05
Cardiologie	36	10,8%	4,6%	<0,05
Néphrologie	3	8,6%	6,1%	0,47
Social	3	7,0%	6,1%	0,74
Oncologie	4	6,3%	6,1%	0,79
Général	21	5,6%	6,3%	0,70
Pneumologie	10	5,2%	6,3%	0,74
Chirurgie	3	4,7%	6,2%	0,79
Maladies Infectieuses	14	4,5%	6,6%	0,22
Psychiatrie	1	3,8%	6,2%	1,00
Gastro-entérologie	4	3,7%	6,3%	0,40
Neurologie	7	3,5%	6,6%	0,11
Endocrinologie	9	3,5%	6,7%	0,06
Gynécologie	0	0,0%	6,1%	1,00

39 patients ont été ré-hospitalisés à 3 mois après un retour direct au domicile et 44 patients ont été ré-hospitalisés après un transfert secondaire. Il n'y avait pas de différence significative entre les patients transférés ou retournés au domicile. Le détail des résultats est mentionné dans le tableau 14.

Tableau 14 : Orientation d'aval et nombre de ré-hospitalisation à 3 mois. N=122

Motif d'hospitalisation	Ré-hospitalisations suite transfert N=70	Ré-hospitalisations suite RAD N=52	p
Cardiologie	17	19	0,47
Général	11	10	0,65
Maladies infectieuses	9	5	0,10
Pneumologie	7	3	0,21
Endocrinologie	8	1	1,00
Neurologie	4	3	1,00
Médecine interne	2	5	0,42
Gastro-entérologie	3	1	1,00
Oncologie	3	1	1,00
Chirurgie	1	2	0,22
Social	1	2	0,58
Néphrologie	3	0	0,28
Psychiatrie	1	0	1,00
Gynécologie	0	0	1,00

Lorsque nous nous sommes intéressés au sous-groupe des patients retournés au domicile directement après leur hospitalisation en post-urgences (n=625), nous avons retrouvé des résultats similaires, avec un taux de ré-hospitalisation à 1 mois de 4,8% (n=30) et à 3 mois de 6,0% (n=38).

Tous motifs confondus, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les taux de ré-hospitalisation des patients secondairement transférés ou retournés au domicile, à 1 mois (p=0,6) ou à 3 mois (p=1). Le détail des résultats est mentionné dans le tableau 15.

Tableau 15 : Orientation d'aval et taux de ré-hospitalisation, tous motifs confondus. N=1337

A 1 mois		
	Transfert	RAD
Ré-hospitalisations n=61	30	31
Absence de ré-hospitalisation n=1276	672	604
A 3 mois		
	Transfert	RAD
Ré-hospitalisations n=83	44	39
Absence de ré-hospitalisation n=1254	658	596

Les scores de Charlson étaient significativement supérieurs chez les patients ré-hospitalisés (à 1 mois et à 3 mois). Il n’y avait pas de différence significative pour l’âge moyen et la DMS. Les détails des résultats sont repris dans le tableau 16.

Tableau 16: Profil des patients ré-hospitalisés versus patients non ré-hospitalisés N=1337

	Ré-hospitalisés à 1 mois n=61	Non ré-hospitalisés n=1276	p
Score de Charlson	5,36	4,61	<0,05
DMS (jours)	2,73	3,03	0,29
Age moyen (années)	62,98	66,2	0,24
	Ré-hospitalisés à 3 mois n=83	Non ré-hospitalisés n=1254	p
Score de Charlson	5,84	4,56	<0,05
DMS (jours)	3,25	3,03	0,53
Age moyen (années)	65,66	66,02	0,24

Il n’y avait pas de différence significative entre le taux de ré-hospitalisation des hommes et des femmes à 1 mois (p=0,63) et à 3 mois (p=0,17).

8. Impact sur le fonctionnement du SAU

Il y avait une diminution significative de la DMS du SAU et une diminution (non significative) de la DMS des patients qui seront hospitalisés. Les résultats sont détaillés dans le tableau 17.

Tableau 17 : Comparaison des statistiques du SAU entre 2013 et 2015.

	Année 2013	Année 2015	p
Patients du SAU	39314	37186	
Patients Hospitalisés après SAU	7989	9144	
DMS SAU	9h42	8h01	<0,05
DMS patients hospitalisés après SAU	12h01	11h03	0,05
Patients de l'UHCD	1866	2176	
Patients hospitalisés après UHCD	1030	1261	
DMS UHCD	27h57	27h42	0,88
DMS patients hospitalisés après UHCD	27h57	28h18	0,86

Les 913 patients hospitalisés depuis le SAU représentent 10% des hospitalisations du SAU (n=9144). Les 420 patients hospitalisés depuis l'UHCD représentent 33,3% des hospitalisations de l'UHCD (n=1261). Au total, les patients hospitalisés dans le service de post-urgences représentent 14,6% des hospitalisations du « pôle urgences » (SAU + UHCD).

IV. DISCUSSION

- *Rappel des principaux résultats*

L'étude a porté sur 1357 patients hospitalisés dans le service de post-urgences du CHU de Pointe-à-Pitre. La population était masculine à 55%, d'âge moyen 66 ans. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient d'ordre Général, Cardiovasculaire et Infectieux.

Le score de Charlson moyen était de 4,70. Les patients d'Oncologie et de Néphrologie étaient les plus fragiles avec un score de Charlson moyen supérieur à 7.

Les patients provenaient à 98% des urgences dont 67% du SAU et 31% de l'UHCD. A leur sortie du service de post-urgences, les patients étaient principalement orientés au domicile, dans le service d'Endocrinologie et dans le service de Médecine polyvalente.

La durée moyenne de séjour était de 3,13 jours et 3,03 jours en dehors des problèmes sociaux. 68% des patients présentaient une DMS inférieure ou égale à 3 jours. Le motif « Endocrinologie » présentait la DMS la plus basse à 2,5 jours. La durée moyenne de séjour était plus importante pour les problèmes sociaux, les pathologies Néphrologiques et Psychiatriques (supérieure à 4 jours).

Le taux de ré-hospitalisation moyen à 1 mois était de 4,50% et à 3 mois de 6,10%. A 3 mois nous avons retrouvé des taux de ré-hospitalisation plus élevés pour les motifs Cardiologiques et de Médecine interne.

La DMS aux urgences a diminué de 1h41 entre 2013 et 2015, sans différence significative pour les patients orientés en service d'hospitalisation ou en unité d'UHCD.

- *Limites du travail*

Le taux de ré-hospitalisation des patients ne prenait pas en compte les patients qui auraient été ré-hospitalisés pour un problème similaire dans un autre centre hospitalier que le CHU de Pointe -à-Pitre. En cas d'urgence, le CHU étant le centre receveur privilégié des transports médicaux et non médicaux, nous pouvons nous attendre à ce que le nombre d'erreurs soit faible. De plus, l'organisation sanitaire Française privilégie un centre hospitalier de référence selon la localisation géographique, et nous savons donc que sauf demande personnelle ou déplacement des personnes, les consultations aux urgences d'une même personne doivent se faire dans le même centre hospitalier.

L'amélioration de la DMS aux urgences s'inscrivait au cours d'une période de profonde modification des urgences (changement de l'organisation, du fonctionnement des équipes, des locaux). Ces changements ont exposé notre étude à des biais de confusion qui rendent difficile l'interprétation de ce résultat.

Le choix de classer les motifs d'hospitalisations en « grandes familles » nous a permis d'éviter de créer des listes longues et sans intérêt statistique. Afin d'éviter les biais de sélection nous avons décidé de comptabiliser les patients répondant à plusieurs motifs dans tous ces motifs pour ne pas déséquilibrer une spécialité par rapport à une autre lorsque la question du classement était discutable. Cette stratégie a pu participer à la création de nouveaux biais dans l'étude.

- *Forces du travail*

Le travail réalisé englobait la totalité des patients hospitalisés dans le service de post-urgences sur une année complète. L'effectif des patients était élevé.

Il s'affranchissait de biais de sélections liés à un échantillonnage imparfait. La durée de l'étude permettait de s'affranchir des biais de confusion liés aux variations saisonnières dans les pathologies rencontrées (principalement en Pneumologie avec les manifestations asthmatiques allergiques selon les pics de pollution, la brume des sables... en Cardiologie avec les décompensations cardiaques ponctuelles suites aux fêtes de fin d'année, à la période de Pâques, etc.)

Le nombre de dossiers incomplets était faible et permettait une précision importante à l'analyse statistique. Il s'agit également d'une première étude sur le fonctionnement du service depuis son ouverture, qui apporte de nombreuses réponses pratiques sur sa place au sein de l'hôpital et sur les rouages de son fonctionnement.

La concordance entre les données du dossier Resurgences et la conclusion du dossier (diagnostic retenu et orientation) a été vérifiée manuellement pour chaque dossier (relecture complète du dossier Resurgences, comparaison des résultats de l'examen clinique et de la paraclinique avec les conclusions du dossier) afin de limiter le risque d'erreurs. Nous avons parfois retrouvé des dossiers étiquetés retour à domicile dans le codage alors que la conclusion manuelle du dossier est « Hospitalisation en post-urgences ». Les diagnostics retenus ont été vérifiés de la même manière.

- *Discussions sur les résultats du service et comparaisons avec la littérature*

Discussion sur la démographie

L'âge moyen de nos patients (66 ans) était inférieur à celui des patients du CHRU de Tours qui était de 72 ans (avec une médiane à 78 ans) (18) et était similaire aux résultats obtenus au CHRU de Lille (16). Il était supérieur à celui du CHU de Lyon (62,5 ans) (29).

Notre patientèle à majorité masculine (55%) se démarquait de la patientèle des autres CH de l'Hexagone qui retrouvaient une population féminine majoritaire à 57% au sein de l'UMPU du CHRU de Lille (16), à 53% dans l'unité de post-urgences du CH Amiens, à 66% dans l'unité PUG de Limoges et à 65% au PUG de Pau. Lorsque nous comparons à la démographie française du 1^{er} Janvier 2016 (Données INSEE) (1) pour laquelle le sex-ratio est de 0,94 en faveur des femmes et de 0,75 pour la population âgée de plus de 65 ans, nous pouvons relever la question des inégalités en santé entre hommes et femmes sur le territoire Guadeloupéen.

Discussion sur les motifs d'hospitalisation

Les principaux motifs d'hospitalisations retrouvés dans notre étude étaient : Général, Cardio-vasculaire et Endocrinologique.

Les motifs principaux d'hospitalisation étaient hétérogènes dans la littérature, avec la Gastro-entérologie en première place au CHRU de Lille, suivi par Infectiologie et Gériatrie, alors que le PUOG de Limoges retrouvait la Cardiologie en premier lieu (>50%) puis l'Infectiologie et la Neurologie. Au CH de Pau, le PUOG retrouvait le motif « autre » (équivalent du motif général chez nous) majoritaire.

Ces différences s'expliquent par les spécificités locales des régions. En Guadeloupe, les pathologies cardio-vasculaires (30,31) et diabétologiques sont plus fréquentes. La prévalence du diabète était de 8,6% en Guadeloupe en 2013 alors qu'elle était à 4,7% sur l'ensemble de la France (32). Les pathologies cardio-vasculaires représentaient la première cause de décès en Guadeloupe entre 2007 et 2009 avec une mortalité prématurée (< 65 ans) supérieure à la population hexagonale (33).

Discussion sur les orientations d'amont

98% des patients provenaient du pôle des urgences (SAU + UHCD). C'est un résultat satisfaisant et en accord avec la finalité du service : désengorger le SAU. Les 420 entrées de l'UHCD n'étaient pas attendues : un patient dont la durée d'hospitalisation prévisible est supérieure à 24h ne devrait pas passer par l'UHCD. Il devrait être hospitalisé directement en service de médecine spécialisé ou en post-urgences. Ce grand nombre d'entrées est explicable par les difficultés initiales à prévoir la durée de l'hospitalisation (diagnostic incertain, absence d'amélioration clinique...) ou par l'impossibilité d'hospitaliser les patients dans le service adapté d'emblée (manque de places).

Discussion sur les orientations d'aval

Le taux de retour au domicile de 46% était superposable aux taux retrouvés dans les autres services de post-urgences : il était de 40,5% au CHRU de Lille, 46% au CH Dijon, 60% au CH d'Amiens et 54% au PUOG de Limoges (34). Il était inférieur au taux de RAD du CHRU de Tours (60%) (18) mais il faut préciser que le score de Charlson moyen de leurs patients de plus de 75 ans était de 3 alors qu'il était à 7 au sein de notre service, ce qui peut expliquer la différence dans le taux de RAD.

Concernant les patients très âgés (>85 ans) nous avons retrouvé un taux de RAD identique au service de PUOG de Limoges (55%), ce qui est encourageant compte tenu du fait que notre service n'est pas spécialisé en gériatrie.

Ces résultats témoignent de l'efficacité du service à soigner les patients, et prouvent qu'il n'est pas à considérer comme un service d'attente avant une hospitalisation en service de spécialité.

Le taux de décès de 1,5% de notre service de post-urgences était inférieur au taux retrouvé dans le PUOG de Limoges (3,8%) (34) et de l'UPUG de Pau (2,94%) (35) mais c'était attendu car il s'agit d'unités gériatriques, à la patientèle plus fragile. Il était plus bas que pour l'unité de post-urgences polyvalentes (UPUP) de Nancy qui était de 2,8% (17) mais l'âge moyen de leurs patients (76 ans) était supérieur à celui de nos patients (66 ans).

L'analyse des taux de transferts vers les services de spécialité adaptés nous a démontré les facilités de transfert qu'il peut exister au sein de plusieurs services, comme en Endocrinologie. Cette facilité s'explique par la coexistence du service de post-urgences et d'Endocrinologie au sein d'une même aile de l'hôpital, favorisant les

interactions (avis spécialisés disponibles, transfert facilités d'un point de vue organisationnel et matériel).

Nous pouvons expliquer les taux de transfert bas (Cardiologie, Maladies infectieuses, motif Général) par le fait que le service de post-urgences soit aussi un service de Médecine polyvalente qui est capable de prendre en charge des pathologies courantes dans ces 3 spécialités.

Ces résultats permettaient également de mettre en évidence le nombre de patients qui auraient pu relever d'un service de spécialité et qui ont été pris en charge exclusivement par le service de post-urgences. Le total des 625 retours à domicile représentait autant de places épargnées dans les services de spécialité, disponibles alors pour la prise en charge des patients nécessitant des soins spécialisés.

Discussion sur la DMS

Notre DMS de 3,1 jours s'inscrivait parfaitement dans les objectifs du post-urgences, et s'avérait être plus courte que celles de l'UMPU de Lille (3,7 jours) (16), des PUOG du CH Dijon (3,7 jours), du CH Limoges (3,74 jours) (34), du CH de Pau (4,1 jours) et que celle du PU du CHU de Lyon (4,5 jours) (29). Elle était superposable avec la DMS du PU de Tours (3 jours) (18). Ce résultat est favorable au bon fonctionnement du service et lui permet de continuer à accueillir rapidement les patients provenant des urgences. Les patients qui présentaient des DMS supérieures à 3 jours étaient plus âgés et en moins bon état général ($p < 0.05$). L'Endocrinologie présentait la DMS la plus courte (2,5 jours) et cela s'explique par la proximité géographique des 2 services (localisés sur une même aile de l'hôpital).

Discussion sur les taux de ré-hospitalisation

Le taux de ré-hospitalisation à 1 mois de 4,5% était satisfaisant comparé à la littérature existante des services de post-urgences : 5,3% pour l'UPUP de Nancy (17,18,31).

Nous avons retrouvé dans une étude sur l'unité de post-urgences gériatrique de Pau un taux de ré-hospitalisation à 1 mois de 10% même s'il faut prendre en compte qu'il s'agit d'une unité gériatrique (35) et un taux de 12% pour le service de post-urgences de Tours (18).

Sur le plan plus général, le taux de ré-hospitalisation à 1 mois a été calculé dans une vaste étude du CHU de Grenoble, sur plus de 40.000 séjours hospitaliers, toutes spécialités confondues. 3,9% des séjours étaient des ré-hospitalisations pour motif similaire à 1 mois d'une précédente sortie (28).

Ces bons résultats peuvent être en rapport avec l'existence d'un réseau de soins extra-hospitaliers déjà présent en Guadeloupe, qui comprend des SSR et des services d'HAD répartis sur l'ensemble du territoire.

Discussion sur le score de Charlson

Nous avons retrouvé une différence significative dans le score de Charlson des patient ré-hospitalisés comparé à celui des patients non ré-hospitalisés. Cette différence révélait que les patients ré-hospitalisés étaient des patients lourds, aux comorbidités élevées, pour lesquels le recours à l'hôpital après la sortie était parfois prévisible (pathologies à risque de décompensation, évolution défavorable prévisible dans le cadre des soins palliatifs...).

Il est aussi utile de noter que certaines pathologies, par leur nature, induisent un sur-risque de ré-hospitalisation, comme pour les patients drépanocytaires ou les patients diabétiques.

Enfin, dans l'étude nous avons retrouvé plusieurs patients consommateurs de soins, à l'observance thérapeutique nulle et sans prise en charge sociale, les conduisant à des hospitalisations répétées.

Nous n'avons pas retrouvé de différence en fonction du sexe malgré des données de littérature en ce sens (Le sexe masculin étant un facteur de risque) (36).

Discussion sur l'impact aux urgences

La modification de la DMS des patients hospitalisés aux urgences n'était pas spécifique du service de post-urgences. Elle regroupait tous les patients hospitalisés, dans tous les services du CHU. Il existait des biais rendant l'interprétation de ce résultat difficile. Il existe aussi de nombreux freins aux transferts qui augmentent la durée de séjour aux urgences, alors que le patient est « cadré » (dossier bouclé, place en service réservée) : On peut citer le temps nécessaire au nettoyage des chambres après la sortie d'un patient, les difficultés de brancardage (brancardiers indisponibles, ascenseurs occupés). Il s'agit d'un temps mort durant lequel le patient est toujours dans les locaux des urgences alors qu'il n'y a plus sa place.

Le caractère horodaté des dossiers « Resurgences » était un facteur limitant car nous savons que le délai de clôture du dossier est variable selon le praticien et ses habitudes informatiques. C'est un facteur non corrigeable lorsque nous voulons surveiller la DMS des patients.

- *Hypothèses, implications.*

En amont du service de post-urgences, il convient de repenser les urgences : le SAU est conçu pour prendre en charge des patients qui présentent un diagnostic souvent unique et aigu. Il y a discordance entre ce fonctionnement théorique et la réalité des patients âgés et fragiles. Les services d'urgences gériatriques permettent une prise en charge adaptée aux spécificités de la population âgée et sont source de moins de complications (escarres sur brancards inadaptés, désorientation devant l'agitation environnante, et défaut d'attention devant le manque de personnel (repas, soins d'hygiène)).

La circulaire du 16 avril 2003 (37), puis celle du 28 mars 2007 (38), relatives à la prise en charge des urgences recommandent l'existence d'une équipe mobile de gériatrie et d'un court séjour gériatrique avec la possibilité d'admissions directes en service sans passage par le SAU.

Nous pouvons également nous inspirer du CHRU de Brest qui propose une consultation médico-sociale (aux horaires ouvrés) afin de répondre aux problèmes sociaux dans le cadre de la gériatrie, et qui oriente les patients vers les SSR ou la filière gérontologique en externe, qui comprend des consultations externes de gérontologies, ou un hôpital de jour gériatrique pour la réalisation des bilans, au lieu d'une hospitalisation classique.

Il conviendrait de réduire les temps morts dans les transferts des patients. Certains patients peuvent passer plusieurs heures aux urgences, principalement la nuit, car les services d'aval ne sont pas en capacité sur le plan matériel ou humain à recevoir le patient. Cependant il est rare que l'impossibilité à recevoir le patient soit due à une situation urgente à gérer (distribution des médicaments, prise des constantes, soins de nursing...)

Il semble nécessaire de revoir l'organisation des transferts en service afin de limiter ces temps morts qui sont délétères au patient avant tout.

Au niveau du post-urgences, il paraît judicieux de renforcer la coopération déjà existante avec les services de spécialité. A l'instar de l'UMPU de Lille(16), négocier un accord de principe pour l'obtention des échographies cardiaques et des examens d'imagerie courants (Scanner, échographie) sous 24h permettrait de réduire les temps morts au cours de l'hospitalisation (en particulier pour les patients hospitalisés pour un bilan d'AVC). Il est également nécessaire de renforcer le lien et de faciliter les transferts des patients vers les services spécialisés en cas de prise en charge attendue supérieure à 72h (39). Nous pouvons proposer la création de lits réservés aux admissions des urgences ou du post-urgences dans les services spécialisés, ou à minima le passage systématique d'un spécialiste ou d'un interne du service au chevet du patient en vue de sa prise en charge optimale.

Nous pouvons également proposer l'ouverture d'un service de gériatrie au sein du CHU ou d'une unité de post-urgences gériatrique comme réalisé au CH de Pau (40), ou d'un court séjour gériatrique (41), avec du personnel spécifiquement formé au profil complexe des patients et à leurs spécificités (Iatrogénie, polypathologies, autonomie au domicile...). Ce service travaillerait en collaboration avec l'équipe mobile d'assistantes sociales afin de décharger le personnel médical des lourdes démarches administratives relatives à l'admission des patients isolés et dépendants dans les structures existantes (EHPAD, SSR).

Après la sortie du patient, il existe également des services de soins infirmiers à domicile organisés en réseaux : ce sont les SSIAD (42) ; Ces réseaux spécialisés dans la

prise en charge à domicile des patients âgés ont également un rôle de relais entre les différents acteurs médicaux et non médicaux de la prise en charge du patient (Services d'aide à domicile, kinésithérapie, portage des repas...). Ces services permettent également de limiter l'isolement social des patients, qui est un facteur de risque de ré-hospitalisation (43) et de décès (26).

La création de consultations externes post-urgences pourrait également limiter les hospitalisations en favorisant le retour au domicile des patients avec une consultation de contrôle rapide à 24h ou 48h. Ces consultations seraient orientées sur les pathologies traumatiques (plaies, fractures, brûlures) comme aux CH de Saint-Paul ou de Quimperlé.

Au niveau de la santé publique, le renforcement des campagnes d'information pour le grand public et l'amélioration de la prise en charge ambulatoire des pathologies cardiovasculaires et diabétologiques permettrait de réduire la surcharge de l'hôpital, étant donné que ces pathologies sont celles qui amènent le plus de patients à l'hospitalisation.

V. CONCLUSION

Cette étude a montré que le service de post-urgences du CHU de Pointe-à-Pitre remplit un rôle important dans la gestion des lits d'aval des urgences du CHU. De plus nous avons pu mettre en évidence que la prise en charge est satisfaisante selon plusieurs indicateurs validés.

Afin d'améliorer encore l'efficacité du service, il serait souhaitable de faciliter le flux des patients en aval du post-urgences, de la même manière que nous avons amélioré le flux d'aval des urgences.

Il existe déjà une organisation en place en coordination avec la médecine de ville grâce aux services d'HAD, par le biais des SSIAD. Certains services hospitaliers participent à cet effort en accueillant les patients de la spécialité à leur sortie du post-urgences. Cependant il conviendra d'améliorer cette coordination entre services pour améliorer à nouveau le parcours de soins du patient ainsi que le flux des patients au sein du pôle urgences.

Bibliographie

1. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France métropolitaine [Internet]. [Cité 23 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm
2. FNORS : vieillissement de la population [Internet]. [Cité 13 juillet 2016]. Disponible sur : <http://www.fnors.org/uploadedFiles/vieillissement.pdf>
3. Gaymu J. Quel environnement familial pour les européens âgés dépendants de demain ? *Gérontologie Société*. 2009;(4) : 11–27.
4. Les conséquences macroéconomiques du vieillissement démographique [Internet]. [Cité 9 juillet 2016]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r99-143/r99-143_mono.html#toc30
5. Parant A. Les enjeux du vieillissement de la population. *Rev Fr Adm Publique*. No113(1):83-95.
6. Les urgences hospitalières en Guadeloupe [Internet]. [Cité 5 novembre 2016]. Disponible sur : http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&Itemid=610&id=85_46dd2fff847017e076a2498539bbeb48&lang=fr&task=download&view=item
7. DREES - Usagers des urgences [Internet]. [Cité 13 juillet 2016]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>
8. DREES - Le panorama des établissements de santé - édition 2013 - panorama2013.pdf [Internet]. [Cité 1 octobre 2016]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013.pdf>
9. Note de synthèse aval SUDF Septembre 2013 - synthese_aval_sudf_sept_2013.pdf [Internet]. [Cité 25 octobre 2016]. Disponible sur : http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/766/synthese_aval_sudf_sept_2013.pdf
10. Circulaire DHOS sur la prise en charge des urgences - circ_urgences.pdf [Internet]. [Cité 26 octobre 2016]. Disponible sur : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf
11. Le panorama des établissements de santé - édition 2014 - panorama2014.pdf [Internet]. [Cité 1er juillet 2016]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>
12. Gayrard P. Urgences & demandes de soins en urgence. [Cité 25 octobre 2016] ; Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/ad521368.pdf>

13. Missions de l'Hôpital : rapport Larcher définitif - rapport_Larcher_definitif.pdf [Internet]. [Cité 9 juillet 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
14. Riou – Assises de l'urgence – recommandations de Samu-Urgences de France.pdf [Internet]. [Cité 26 octobre 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou_-_Assises_de_l_urgence_-_recommandations_de_Samu-Urgences_de_France.pdf
15. Rapport Carli sur l'aval des urgences - Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf [Internet]. [Cité 31 juillet 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf
16. Barbottin E. Ouverture d'une Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgence au CHRU de Lille : bilan à 5 mois de fonctionnement [Thèse d'exercice]. [Lille, France] : Université du droit et de la santé ; 2012.
17. Wecker A. Création d'une unité de post urgence polyvalente au sein du CHU de Nancy en 2012 : Evaluation de la première année de fonctionnement [Internet]. Université de Lorraine ; 2014 [cité 20 décembre 2015]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/Bumed_t_2012_drozd_nathalie.pdf
18. Eudo C, Magnant J, Maillot F *et al.* Ouverture d'une unité de médecine post-urgence : retour d'expérience à 3 mois. Rev Médecine Interne. déc 2014;35, Supplément 2:A96.
19. Description générale des cas hospitalisés pour le chikungunya en Martinique et Guadeloupe au cours des épidémies (2013- 2015) [Internet]. [Cité 17 décembre 2016]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/122694/434477/version/1/file/3_F+Dorleans_JIRV_Surv_Hosp_06112015_vF.pdf
20. L'évaluation des morbidités compétitives et des scores d'évaluation de la morbidité compétitive [Internet]. [Cité 21 juillet 2016]. Disponible sur : <http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2009/v19sS3/S1166708709733494/main.pdf>
21. Extermann M. Measuring comorbidity in older cancer patients. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. mars 2000;36(4):453-71.
22. Sarfati D, Hill S, Blakely T *et al.* The effect of comorbidity on the use of adjuvant chemotherapy and survival from colon cancer: a retrospective cohort study charlson. BMC Cancer. 2009;9:116.
23. Prognostic Value of Charlson Comorbidity Index at 30 Days and 1 Year After Acute Myocardial Infarction | Revista Española de Cardiología (English Edition) [Internet]. [Cité 21 juillet 2016]. Disponible sur : <http://www.revespcardiol.org/en/prognostic-value-of-charlson-comorbidity/articulo/13065677/>

24. Comorbidité, score de Charlson et prédicteurs de survie en hémodialyse [Internet]. [Cité 21 juillet 2016]. Disponible sur : http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/pjnh/17/artigo_07.pdf
25. Librero J, Peiró S, Ordiñana R *et al.* Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *J Clin Epidemiol.* mars 1999;52(3):171-9.
26. Zanocchi M, Maero B, Martinelli E *et al.* Early re-hospitalization of elderly people discharged from a geriatric ward. *Aging Clin Exp Res.* Février 2006;18(1):63-9.
27. Applicabilité et valeur pronostique du score de comorbidités de Charlson. DSES, DESP. Pour l'assurance Maladie. 12 février 2013 [Internet]. [cité 23 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspp20130212_Seminaires10Sniiramcharlson.pdf
28. François P, Bertrand D, Beden C *et al.* [Early readmission as an indicator of hospital quality of care]. *Rev Épidémiologie Santé Publique.* Avril 2001 ;49(2):183-92.
29. Thouzery P. Evolution sur 6 ans des séjours hospitaliers d'un service de médecine post-urgence [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] : Université Claude Bernard ; 2003.
30. Inamo J, Bolo M, Platon *et al.* Prescribing practices in the management of hypertension in the Caribbean's. *J Hum Hypertens.* 20 Juilly 2006 ;20(10) :795-7.
31. Atallah A, Atallah V, Daigne J-L *et al.* Hypertension artérielle et obésité : disparités entre quatre régions d'Outre-mer. [Internet]. 3 Juillet 2014 [cité 14 mars 2017] ; Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/907374>
32. Le diabète en Guadeloupe 2015 [Internet]. [Cité 13 mars 2017]. Disponible sur : http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&Itemid=519&id=396_287f2f72c9038e0809028a3b4487b906&lang=fr&task=download&view=item
33. ORSAG - Affections cardiovasculaires en Guadeloupe 2012 [Internet]. [Cité 14 mars 2017]. Disponible sur : http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&id=22_bc23083cc67360ea02497263e32a8cc9&lang=fr&task=download&view=item
34. Badkouf S. Unité mobile gériatrique et unité de post-urgence gériatrique au CHU de Limoges : fonctionnement et bilan d'activité pendant 6 mois [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2006.
35. Les Unités de Post-Urgences Gériatriques : état des lieux en France et expérience de l'unité paloise - document [Internet]. [Cité 1 juillet 2016]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01067902/document>
36. Silverstein MD, Qin H, Mercer SQ *et al.* Risk factors for 30-day hospital readmission in patients ≥ 65 years of age. *Proc Bayl Univ Med Cent.* October 2008;21(4):363-72.

37. DHOS 16 avril 2003 République Française - circ_195_DHOS_O1_2003.pdf [Internet]. [Cité 1 octobre 2016]. Disponible sur : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1090/circ_195_DHOS_O1_2003.pdf
38. DHOS 28 mars 2007 Santé - Bulletin Officiel N°2007-4 : Annonce N°58 [Internet]. [Cité 1 octobre 2016]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
39. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J *et al.* Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *Rev Médecine Interne*. Septembre 2003 ; 24(9):602-12.
40. Mahé J. Incidence et facteurs de risque des ré-hospitalisations précoces chez les patients de l'Unité de Post-Urgence Gériatrique au Centre hospitalier de Pau [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux II ; 2008.
41. DHOS 18 mars 2002 : Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. [Cité 1 octobre 2016]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
42. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) | Pour les personnes âgées [Internet]. [Cité 1 octobre 2016]. Disponible sur : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>
43. Di Iorio A, Longo AL, Mitidieri Costanza A *et al.* Characteristics of geriatric patients related to early and late readmissions to hospital. *Aging Milan Italy*. Août 1998;10(4):339-46.

Annexes

Annexe 1 : Classification clinique des malades aux urgences

Classification clinique des malades aux urgences CCMU: 5 catégories

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

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

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

Classe IV : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

Classe V : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

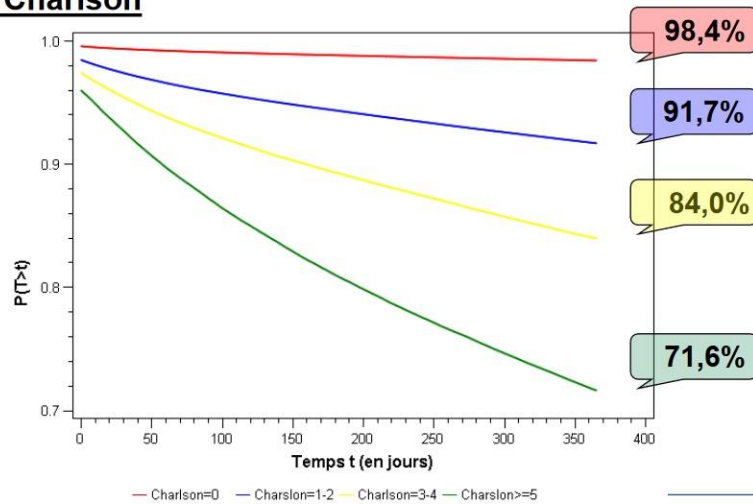
Annexe 2 : Score de comorbidités de Charlson

Nombre de points attribués	Conditions
1 point	50-60 ans Infarctus myocardiques Insuffisance cardiaques Insuffisance vasculaire périphériques Maladie cérébrovasculaires Démences Maladie pulmonaire chroniques Maladie du tissu conjonctifs Maladie ulcéreuses Hépatopathies Diabète
2 points	61-70 ans Hémiplegies Maladie rénale modérée à sévères Diabète avec lésions organiques Tumeurs de toutes origines
3 points	71-80 ans Hépatopathie modérée à sévère
4 points	81-90 ans
5 points	Plus de 90 ans
6 points	Tumeurs solides métastatiques SIDA

CHARLSON J Clin Epidemiol. 1994

Résultats: performances du modèle

- **Courbes de survie à 1 an selon les niveaux du score de Charlson**



- **Discrimination:**
 - C statistique=0,86

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.