



HAL
open science

Réhospitalisations à sept jours des patients admis depuis les urgences pour un motif médical : prévalence, caractéristiques et facteurs associés

Aldric Manuel

► To cite this version:

Aldric Manuel. Réhospitalisations à sept jours des patients admis depuis les urgences pour un motif médical : prévalence, caractéristiques et facteurs associés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01902080

HAL Id: dumas-01902080

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01902080>

Submitted on 23 Oct 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2018

**REHOSPITALISATIONS A SEPT JOURS DES PATIENTS ADMIS DEPUIS LES
URGENCES POUR UN MOTIF MEDICAL : PREVALENCE, CARACTERISTIQUES ET
FACTEURS ASSOCIES**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Aldric MANUEL

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le 22/10/2018

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Présidente du jury :

Madame la Professeure Laurence BOUILLET

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS

Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN

Monsieur le Docteur Frédéric OLIVE

Madame le Docteur Claire WINTENBERGER, directrice de thèse

**L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIG-NEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeure Laurence Bouillet, merci pour votre accueil dans la spécialité, de votre présence constante au cours de ces cinq années et de vos conseils tout au long de mon internat. Votre implication dans l'organisation de la filière de médecine interne et la formation des jeunes internistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes est remarquable. Merci d'avoir accepté la présidence de ce jury.

Au Professeur Patrice François, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Votre expertise permettra l'enrichissement des discussions autour de cette question.

Au Docteur Maxime Maignan, merci de votre implication dans la formation pratique et théorique des internes de spécialités médicales réalisant des gardes dans le service d'accueil des urgences. Votre point de vue et vos réflexions sur ce sujet sont essentiels.

Au Docteur Frédéric Olive, merci pour l'aide et les conseils que vous avez apporté au cours de nos nombreuses réunions de préparation pour ce travail. Vous m'avez permis de lever une partie du mystère entourant le programme de médicalisation du système informatique. Merci d'être également présent dans la dernière ligne droite.

Au Docteur Claire Wintenberger, merci de m'avoir ouvert la porte de ton bureau lors de cette journée d'avril, de m'avoir aidé à préciser ma réflexion et d'avoir été aussi disponible au cours de ces derniers mois. Ta gentillesse, ta bonne humeur, ta façon de réfléchir et ton sens des réalités me font regretter de ne pas avoir été un de tes internes.

A vous qui m'avez appris le métier de médecin et suivi durant ces cinq ans d'internat.

Dr. Benoît Franko, pour ta passion des néphrons, ta gentillesse et ta présence constante lors de ce semestre de néphrologie.

Les équipes des services d'hématologie et de réanimation polyvalente d'Annecy, pour m'avoir montré cette façon de travailler et cet esprit d'équipe auxquels j'aspire.

Dr. Annick Bosseray, pour m'avoir enseigné et confirmé l'importance de la médecine clinique au lit du malade. **Ainsi que toute l'équipe du 3^e C** (Fanny, Juliette, Pauline, Cécile et toutes les autres).

Dr. Anne-Laure Mounayar, pour avoir supporté mes grognements durant 2 semestres. Tu es la seule à l'avoir fait durant ces 5 ans.

Les équipes de la médecine intensive et réanimation, pour m'avoir accueilli à bras ouverts pour ma formation complémentaire, d'être telles que vous êtes de jour comme de nuit.

Le service de maladies infectieuses et tropicales, pour le puits de science et d'anecdotes que vous représentez. Votre bienveillance et votre patience sont remarquables. **Dr. Mylène Maillet et Dr. Charlotte DENTAN**, pour votre soutien et votre humour, notamment lors des consultations et des avis téléphoniques.

Dr. Barbara Colombe, pour ta patience, ta gentillesse et ton empathie auprès des patients.

Dr. Alban Deroux et Dr. Maxime Lugosi, pour toutes ces façons d'être que j'ai envie de vous emprunter afin de devenir un meilleur médecin.

Les co-internes de galère, Xavier, Thomas, Martin, Virgile, Claire, Clémence, Véronique, Salomé, Marine, Marie, Florian, Cédric, Alice et Laure.

Les co-internistes, Fanny, Brune, Alexis, Anaïs, Aude, Chloé, Romain, Nicolas C., Benoît, Mélodie, Mathieu, Clémentin, Chloé, Marie, Grégoire et Kévin.

A mes amis.

Lulu et Erwan, on ajoute encore une décennie à notre amitié ?

Marianne, Quentin, Paulette, Martin, Alan, Caro, Mémé, Pauline BM, le cœur reste quand même un peu à Grange-Blanche.

Juliette, Tanguy, Arnaud, Olivette (et Mathieu), Aurélie, Cha, comme quoi, la fusion ça a quand même du bon.

Alexandra, Lara, Manon, Mélissa, Virginie, Bénédicte, Isabelle, Pierre, Luc, Marion, Lisa, Nono, Sarah, Clément, Michel et Bruno, ou la douceur d'Annecy et des montagnes sur les skis et dans les alpages.

Mathilde, Nicolas S., Jason et Clément S., parce que vous êtes parfaits, même en dehors de l'hôpital.

Jean-Bastien, Adrien et Julie, pour votre bonne humeur constante dans la colocation et le partage des sessions sport, des séances de cinéma et diverses excursions.

Et tous les autres : Morgane, Dysmas, Juliette, Adrien, Grégoire, ...

A ma famille.

Maman, après ces onze ans d'études, ce n'était pas une si mauvaise idée après tout ? Merci d'être présente, tout le temps, simplement.

Damien, aussi loin que je me souviens, tu as toujours été à mes côtés. Merci fréro.

Chrystel, Francis, Cassandre, Guillaume et Armonie, vous m'avez vu grandir ou avez grandi avec moi. Merci pour tout.

Papa, merci de ton soutien constant.

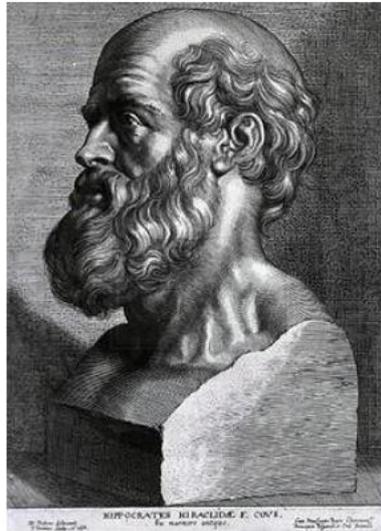
Yves et Myriam, votre accueil est toujours chaleureux, je me sens toujours un peu à la maison quand je viens vous voir.

Hélène, Michel, Thierry et Malika, merci de votre présence et de votre accueil, réjouissants à chaque fois.

Et

Déborah, ou plutôt Dr. GANTZ désormais. Tu as su passer outre mes bougonnements et me séduire tous les jours un peu plus. Ton humour, ta bonne humeur, ta gentillesse, ta tendresse, ton sens de la répartie et tes bouderies me font rire, m'attendrissent et me rendent heureux. J'ai hâte d'en découvrir encore plus.

SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	10
RESUME.....	11
ABSTRACT.....	12
ABREVIATIONS.....	13
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	14
CONTEXTE ET RATIONNEL.....	15
INTRODUCTION.....	17
PATIENTS ET METHODES	18
RESULTATS.....	22
DISCUSSION.....	32
CONCLUSION	38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	39
ANNEXES.....	43

RESUME

REHOSPITALISATIONS A SEPT JOURS DES PATIENTS ADMIS DEPUIS LES URGENCES POUR UN MOTIF MEDICAL : PREVALENCE, CARACTERISTIQUES ET FACTEURS ASSOCIES

A. Manuel, F. Olive, N. Mitton, B. Boussat, L. Bouillet, C. Wintenberger

Introduction : Le taux de réhospitalisations dans un délai de 1 à 7 jours (RH7) est un indicateur de la qualité des soins dispensés par une structure hospitalière. L'objectif principal du travail est de réaliser une description des séjours index (SI) et de leurs RH7, puis de rechercher des facteurs favorisant celles-ci.

Patients et méthodes : Une étude observationnelle rétrospective a été menée au CHU Grenoble Alpes en 2017. Les séjours de patients admis *via* les urgences pour une pathologie médicale étaient inclus lorsqu'ils répondaient aux critères de l'indicateur ministériel. Les données médico-démographiques des patients et les caractéristiques calendaires et organisationnelles des séjours étaient recueillies. Le caractère programmé ou non de la RH7 était recherché.

Résultats : Sept mille vingt SI ont été inclus, dont 355 (5.06%) suivis d'une RH7. Cent quatorze (32%) étaient programmées. Les facteurs favorisant une RH7 non programmée étaient : l'âge de 75 ans ou plus (57.26% vs. 44.59%, $p < 0.01$), un score de comorbidités de Charlson de 4 ou plus (16.60% vs. 10.34%, $p < 0.01$) et un nombre de séjours dans l'année antérieure dans l'établissement de 3 ou plus (15.35% vs. 8.30%, $p < 0.01$). Les SI suivis d'une RH7 avaient une durée moyenne de séjour significativement plus longue (8.08 vs. 7.26 jours, $p = 0.051$) que ceux non suivis de RH7. Les patients ayant un SI pour infarctus cérébral ou accident vasculaire transitoire étaient statistiquement moins réhospitalisés ; tandis que les SI pour iléus fonctionnel présentaient un risque majoré de RH7 non programmée (3.73% vs. 1.60%, $p < 0.05$).

Conclusion : Les RH7 sont rares, mais favorisées par les caractéristiques médico-démographiques des patients. L'indicateur ministériel de RH7 ne permet pas de distinguer les RH7 programmées ou non.

MOTS CLES : réhospitalisation précoce, urgences, qualité, âge, durée de séjour.

Filière : Spécialités médicales – Médecine interne

ABSTRACT

SEVEN-DAY READMISSIONS FOR PATIENTS ADMITTED THROUGH THE EMERGENCY DEPARTEMENT FOR MEDICAL CONDITIONS: PREVALENCE, CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS

A. Manuel, F. Olive, N. Mitton, B. Boussat, L. Bouillet, C. Wintenberger

Introduction: Seven-day readmission rate (7DR) is a quality of care indicator for the healthcare provided by hospitals. The main objective of this study is to describe the index stays (IS), the related 7DR, and search for risk factors of early readmissions.

Patients and methods: A retrospective observational study was conducted at Grenoble Alpes teaching hospital in 2017. The patients admitted via the emergency department for medical conditions were included when they met the criteria of the ministerial indicator. The medical and demographic data of the patients and the calendar and organizational characteristics of the stays were collected. The planned or unplanned character of the 7DR was sought.

Results: Seven thousand and twenty IS were included, of which 355 (5.06%) were followed by a 7DR. One hundred and fourteen (32%) were planned. Risk factors for an unplanned 7DR were: an age of 75 years or older (57.26% vs. 44.59%, $p<0.01$), Charlson comorbidity score of 4 or greater (16.60% vs. 10.34%, $p<0.01$) and 3 or more stays in the previous year in the establishment (15.35% vs. 8.30%, $p<0.01$). IS followed by 7DR had a statistically longer hospital length of stay (8.08 vs. 7.26 days, $p=0.05$) than those not followed by 7DR. Patients with an IS for a stroke were statistically less readmitted; while IS for an ileus were at risk of unplanned 7DR (3.73% vs. 1.60%, $p<0.05$).

Conclusion: 7DR are rare events, but medical and demographic characteristics can help identify at risk patients. The ministerial 7DR indicator does not distinguish between planned or unplanned 7DR.

KEYWORDS: early readmission, unplanned, emergency department, quality of care, length of stay.

ABREVIATIONS

AIT : Accident Ischémique Cérébral Transitoire

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AVCi : Accident Vasculaire Cérébral ischémique

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

IC : Intervalle de Confiance

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

OR : Odds-Ratio

PMSI : Programme de Médicalisation du Système Informatique

RH : Réhospitalisation

RH7 : Réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours

RH30 : Réhospitalisation dans un délai de 30 jours

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SI : Séjour Index

UF : Unité Fonctionnelle

UPU : Unité(s) Post-Urgences

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I. Diagnostics principaux des réhospitalisations.....	27
Tableau II. Analyse univariée des caractéristiques démographiques des séjours index ..	28
Tableau III. Analyse univariée des dix diagnostics principaux les plus fréquents des séjours index	31
Figure 1. Diagramme de flux.	22
Figure 2. Caractéristiques calendaires des séjours index.	24
Figure 3. Nombre de réhospitalisations selon le jour d'entrée.....	26
Figure 4. Comparaison des caractéristiques calendaires des séjours index.	29

CONTEXTE ET RATIONNEL

Les programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) s'enrichissent constamment de nouveaux indicateurs. Une des volontés de la stratégie nationale de santé 2018 – 2022 est la valorisation de la qualité des soins (1). Afin de compléter les moyens existants pour la mesurer, des indicateurs de résultats hospitaliers et territoriaux ont été créés (2). Les taux de réhospitalisations font partie de ces indicateurs.

Définition

Une réhospitalisation (RH) est définie comme la survenue, après un premier séjour (dit « séjour index » [SI]), d'un nouveau séjour hospitalier.

Selon les caractéristiques du SI, de la RH et la durée entre les deux, il existe de nombreuses variations de définition de la réhospitalisation. Les réhospitalisations dans un délai de 30 jours (RH30) sont les plus décrites (3–6).

Au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

Le Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA) est une structure hospitalière qui présente une activité de type Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) principalement. En 2017 la capacité d'accueil dans cette activité était de 1 253 lits d'hospitalisation conventionnelle.

Le service de médecine interne polyvalente et immunologie clinique participe à l'activité de médecine avec une capacité constante de 62 lits d'hospitalisation à temps plein. Le service de médecine interne est constitué de trois unités fonctionnelles, dont une est dédiée à l'hospitalisation de patients en provenance du service des urgences adultes. L'activité de médecine adulte polyvalente est également assurée par les services de gériatrie aiguë : l'unité d'orthogériatrie, l'unité de gériatrie aiguë du pavillon Chatin et l'unité de médecine aiguë gériatrique.

Le service d'accueil des urgences (SAU) adultes présente une activité soutenue avec 77 256 passages annuels en 2017, dont 57 246 au SAU médico-chirurgicales adultes du site

Michallon. Parmi ces passages, 38% nécessitent une hospitalisation post-urgences dans l'un des services du CHU ou au sein du SAU (7).

La filière de soins des urgences pour motif médical

Afin de permettre l'hospitalisation des patients en aval des SAU, nombre d'établissements de santé développent des unités dédiées, entièrement ou partiellement, à leur prise en charge, appelées Unités Post-Urgences (UPU). Ces dernières permettent une prise en charge aiguë polyvalente en lien avec les services de spécialités d'organes. Ces unités sont médicalisées par des médecins généralistes, des urgentistes, des internistes et/ou des gériatres selon les organisations locales.

Au CHUGA, l'UPU est ouverte depuis décembre 2015 (8). Elle accueille les patients admis uniquement via le SAU adulte du site Michallon et hospitalisés pour une prise en charge médicale. Elle est, structurellement, sous la responsabilité du service de médecine interne. L'offre de soins d'aval des urgences est complétée par des places quotidiennes dans les deux autres unités de médecine interne et immunologie clinique, dans les trois unités de gériatrie aiguë ainsi que dans les différentes unités de spécialités d'organes.

Dans une optique d'amélioration locale de la qualité et de la sécurité des parcours de santé des patients, les urgences et les unités d'aval travaillent actuellement sur une réorganisation de leurs fonctionnements. Dans ce contexte, le suivi d'indicateurs de qualité est essentiel pour évaluer les nouvelles organisations mises en place. Le suivi des taux de réhospitalisations pourrait donc être pertinent.

REHOSPITALISATIONS A SEPT JOURS DES PATIENTS ADMIS DEPUIS LES URGENCES POUR UN MOTIF MEDICAL : PREVALENCE, CARACTERISTIQUES ET FACTEURS ASSOCIÉS

A. Manuel, F. Olive, N. Mitton, B. Boussat, L. Bouillet, C. Wintenberger

INTRODUCTION

Les réhospitalisations sont des événements médicaux répertoriés et suivis ; leur taux est utilisé comme indicateurs d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins (1,2,4–6). Les descriptions et analyses de ces dernières, sous la forme du taux de réhospitalisation dans un délai de 30 jours (RH30), sont abondantes dans la littérature (6,9–15). Néanmoins, il a été démontré que ce taux n'est pas un indicateur fiable de la qualité des soins dispensés par un établissement de santé (15–18). Le taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours (RH7) semble être un indicateur plus adapté pour cela (16).

Dans ce contexte, le Ministère français chargé de la Santé a développé un indicateur de résultat hospitalier basé sur le taux de RH7, réalisable à partir des bases de données du programme de médicalisation du système informatique (PMSI) (2,17). Les premiers résultats nationaux sur l'année 2016 rapportent des taux élevés de RH7 chez les patients hospitalisés de façon urgente *via* les SAU ou pour une pathologie médicale (19). Cet indicateur étant disponible depuis 2016, aucune étude clinique relatant son utilisation n'a été publiée.

Les objectifs de ce travail étaient de décrire les caractéristiques épidémiologiques des séjours index et des RH7 des patients admis *via* les urgences pour motif médical au sein de notre établissement, et de rechercher l'impact éventuel des facteurs démographiques, calendaires, cliniques et organisationnels sur le taux de RH7 dans cette population.

PATIENTS ET METHODES

Déroulement de l'étude

Il s'agissait d'une étude monocentrique, observationnelle et rétrospective ciblant les séjours index se terminant dans la période comprise entre le 1^{er} Janvier 2017 et le 31 Décembre 2017.

Elle s'intéressait aux patients admis depuis le SAU adultes dans un service d'hospitalisation conventionnelle pour un motif médical (à l'exclusion des unités de soins intensifs et de réanimations). Les caractéristiques des patients et de l'ensemble des séjours hospitaliers ont été recherchées dans la base de données du Programme de Médicalisation du Système Informatique (PMSI). Les séjours index avec réhospitalisation ont fait l'objet d'un recueil de données complémentaires dans les dossiers médicaux informatisés de l'établissement.

Critères d'inclusion et d'exclusion (données supplémentaires, Annexe 1)

Les critères d'inclusion des séjours hospitaliers ont été adaptés de l'indice de réhospitalisation entre 1 et 7 jours mis à disposition par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) (2). Pour les patients présentant plusieurs séjours index au cours de la même année, seul le premier était pris en compte.

Les critères ajoutés à cet indice étaient : inclusion de séjours de sujets majeurs seulement, admis en service conventionnel depuis le SAU, pour des pathologies médicales uniquement ; exclusion des pathologies de la grossesse et des troubles psychiatriques. Contrairement à l'indice national, les RH7 prises en charge uniquement au SAU étaient incluses.

La fiche descriptive de l'indicateur de réhospitalisation entre 1 et 7 jours est disponible en Annexe 2.

Données recueillies

Données démographiques

Les données démographiques recueillies pour chaque patient étaient : la date de naissance, le sexe, le nombre de séjours dans l'année précédente (année glissante) et le score de comorbidités de Charlson mis à jour selon *Quan et al.* (20), disponible en Annexe 3.

Le score de Charlson mis à jour est un score prédictif de mortalité à un an d'une hospitalisation chez l'adulte de 18 ans et plus. Il prend en compte 12 comorbidités ; chacune étant pondérée pour le calcul du score en fonction du risque relatif de décès qu'elle implique. Le score maximal est de 24. Sa validité a notamment été testée sur des données françaises datant de 2004, et retrouvait une mortalité intra-hospitalière de 15.4% pour un score de 4 (20).

Données du séjour index

Les données recueillies pour chaque SI étaient : la date d'entrée, la date de sortie, le diagnostic principal (à 3 caractères selon la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision, version française [CIM10] du premier Résumé d'Unité Médicale [RUM] hors SAU) (21) et les unités médicales de prise en charge lors du séjour.

Les diagnostics principaux les plus fréquents sont détaillés en Annexe 4.

Les jours de la semaine et les mois de l'année étaient recherchés pour les dates d'entrée dans l'établissement et de sortie d'hospitalisation aiguë (MCO).

Étaient définies comme unités de médecine polyvalente : les unités de médecine interne polyvalente et de gériatrie aiguë.

Données de la réhospitalisation (RH7)

Les données recueillies pour les RH7 étaient : le caractère programmé ou non, le lieu de domicile (personnel ou collectif), la date d'entrée, la date de sortie, le mode de sortie, le diagnostic principal (à 3 caractères selon la CIM10), l'unité médicale à l'admission et les unités médicales de prise en charge lors du séjour.

La consultation des dossiers médicaux du SI et de la RH7 a permis d'évaluer le caractère programmé ou non (RH7_{NP}) de la réhospitalisation. Les causes de réhospitalisations non programmées étaient classées en 6 catégories :

- Complications : en cas d'événement indésirable rattachable à une intervention non médicamenteuse au cours du SI,
- Cause médicamenteuse : en cas d'effet indésirable lié à un traitement débuté ou suspendu lors de l'index,
- Retour suite à une sortie contre avis médical lors du SI,
- Cause comportementale : en cas de prise de toxique, de sevrage d'une substance addictive ou d'un non-respect exprimé des consignes de surveillance et de prise médicamenteuse,
- Cause sociale : en cas de problèmes sociaux ayant motivé un recours médical,
- Autre cause : si la RH7 n'entrait dans aucune des catégories ci-dessus.

Le lieu de domicile était considéré comme personnel s'il s'agissait d'un appartement ou d'une maison, et collectif s'il s'agissait d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou d'un foyer de vie.

Le diagnostic principal de la réhospitalisation était soit issu du RUM du SAU si le patient rentrait directement à son domicile, soit du premier RUM hors SAU dans les autres cas.

Pour les SI suivis d'une RH7 : la recherche d'une prescription de kinésithérapie était réalisée sur le logiciel de prescription informatique OPIUM V3 de la suite logiciel Cristal-Link® ; la recherche d'une prise en charge sociale était réalisée dans les comptes-rendus d'hospitalisation ou à l'aide des fiches informatiques du service social ; la présence d'une lettre de liaison médicale était recherchée dans les dossiers médicaux informatiques.

Le mode de sortie pouvait être : vers le domicile, le décès, une mutation dans un service non MCO de l'établissement ou un transfert vers une autre structure de soins.

Analyses statistiques

Les données quantitatives étaient exprimées soit par la moyenne si leur répartition suivait la loi normale, soit par la médiane (25^{ème} interquartile – 75^{ème} interquartile) si leur répartition ne suivait pas la loi normale. La durée de séjour était exprimée des deux façons car l'indicateur couramment utilisé est la durée moyenne de séjour (DMS), mais la répartition des durées de séjour dans notre population ne suivait pas la loi normale.

Le risque de première espèce (risque α) était de 5%. Les analyses statistiques étaient considérées significatives si $p \leq 0.05$.

Les données quantitatives ont été comparées par le test non paramétrique de Mann-Whitney et les données qualitatives par le test du Chi² ou le test exact de Fisher, selon le nombre d'événements. Des calculs de l'odds-ratio (OR) et de l'intervalle de confiance à 95% (IC95%) ont été effectués. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel StatView® (StatView pour Windows, SAS Institute Inc. Copyright© 1992 – 1998, version 5).

RESULTATS

Du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2017, 146 414 séjours ont été enregistrés dans la base de données PMSI du CHUGA. Sept mille vingt séjours (4.79%) répondaient aux critères de séjours index tels que définis précédemment. Parmi ces 7020 séjours, 355 (5.06%) ont donné lieu à une réhospitalisation dans un intervalle de 1 à 7 jours (RH_{7T}) (Figure 1).

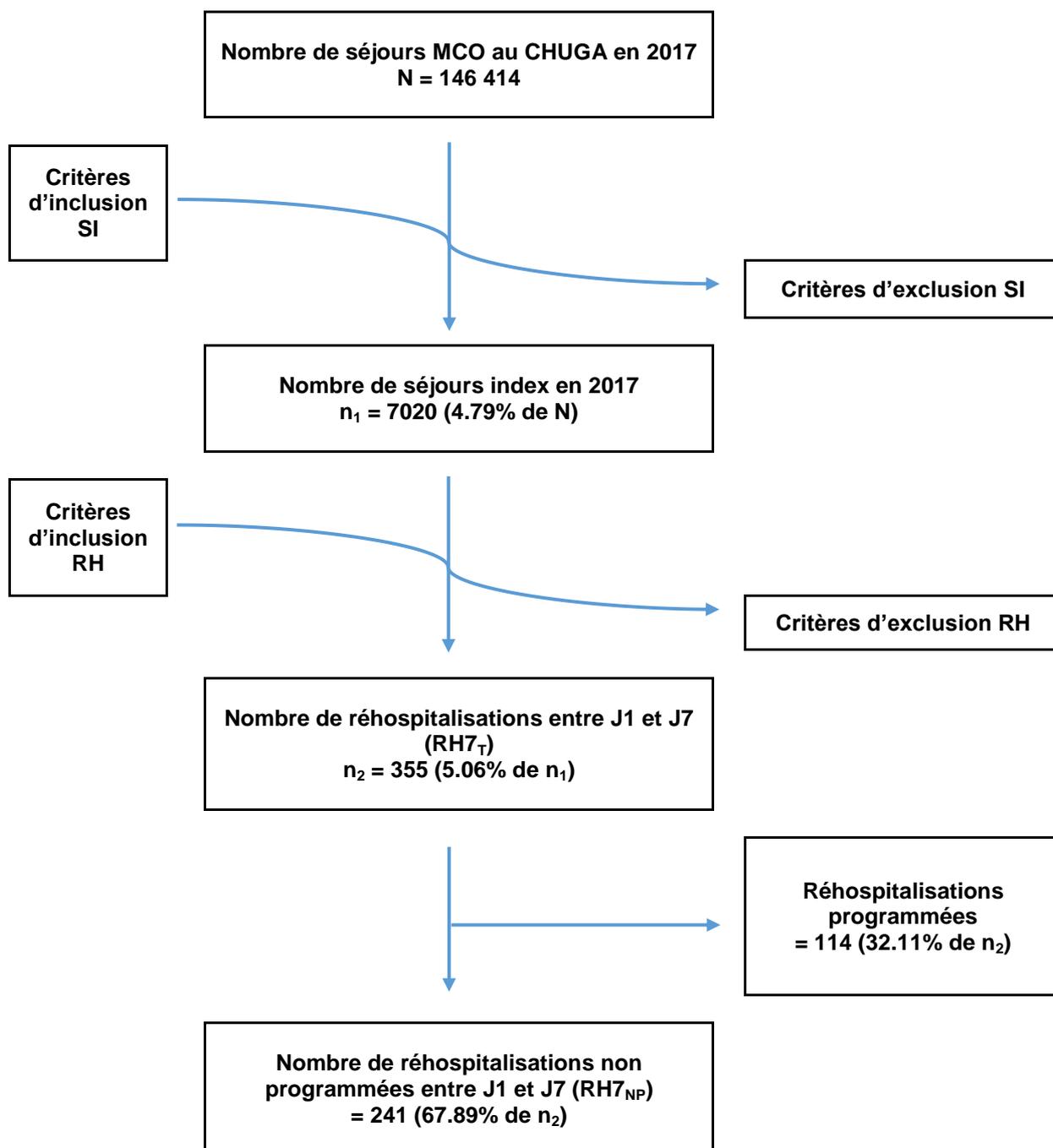


Figure 1. Diagramme de flux. SI = Séjour index ; RH = réhospitalisation. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont détaillés dans la partie matériel et méthode.

Séjours index

Sept mille vingt séjours répondaient aux critères de séjours index.

- Caractéristiques démographiques (Tableau II)

L'âge médian des patients était de 71 ans (51 – 84 ; valeurs extrêmes 18 – 105 ans). Plus de la moitié de cette population était âgée de 65 ans et plus (4232 [60.28%]), et un tiers de 75 ans et plus (3133 [44.63%]). Le sex-ratio homme/femme était de 1.04 (3589/3431).

Cinq mille douze patients (71.40%) n'avaient pas présentés de séjour au CHUGA dans l'année précédente. Le nombre de patients ne présentant aucune comorbidité (score de Charlson à 0) était de 3211 (45.74%).

- Caractéristiques calendaires (Figure 2)

Les jours d'entrée et de sortie des SI se répartissaient de façon homogène sur les jours ouvrés, et décroissaient les samedis et dimanches. Mille sept cent quarante-deux (24.81%) séjours index débutaient et 830 (11.82%) se terminaient les jours de week-end.

Le mois de Janvier était celui avec le plus de début de séjours index (715 [10.18%]).

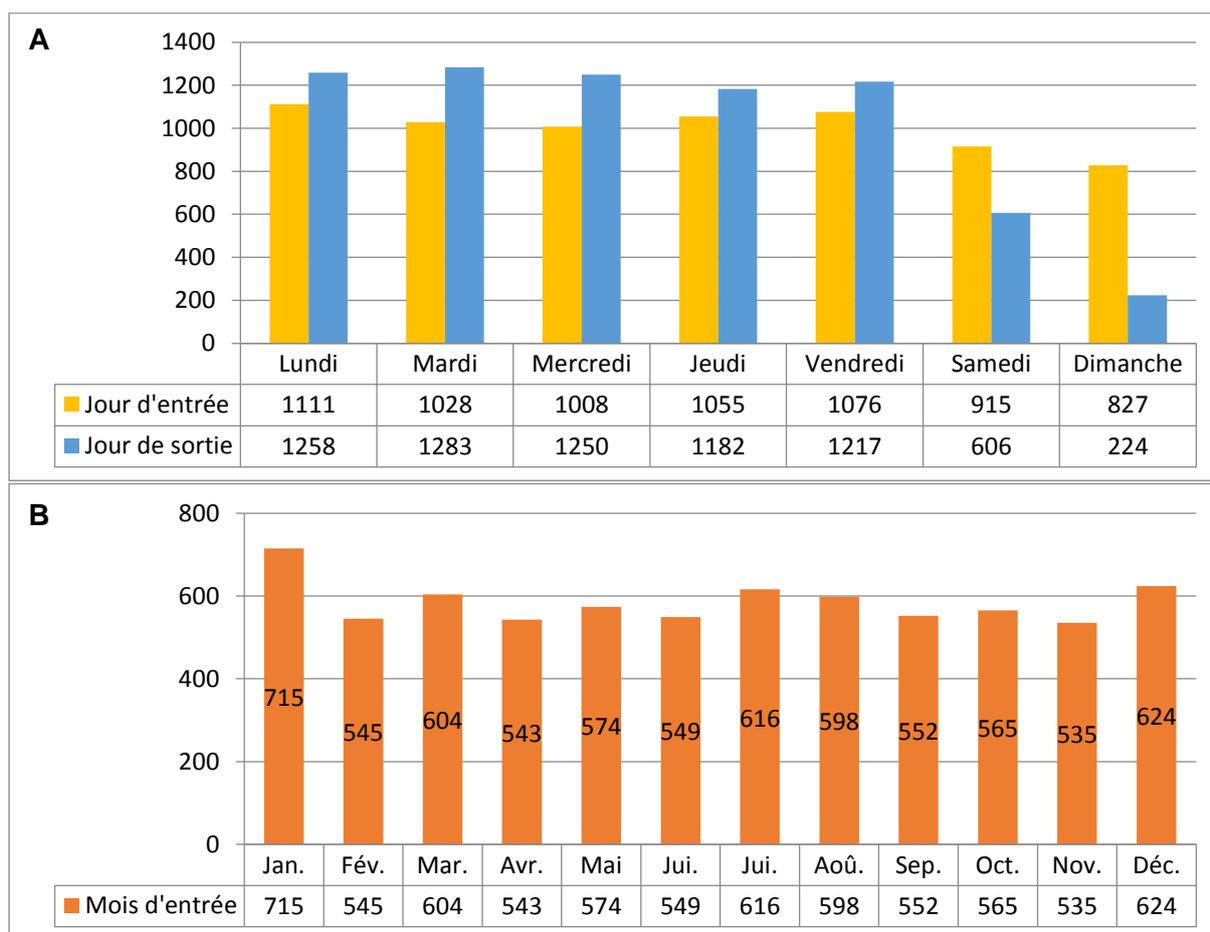


Figure 2. Caractéristiques calendaires des séjours index. (A) Nombre d'entrée selon les jours de la semaine et (B) Nombre d'entrée selon les mois de l'année.

- *Durée moyenne de séjour index*

La durée moyenne de séjour des SI était de 7.3 jours (valeurs extrêmes 0 – 201 jours). La médiane était de 5 jours (3 – 9).

- *Diagnostics principaux*

Le Tableau III rapporte les dix diagnostics les plus fréquents des SI. Ces 10 diagnostics représentaient 27.46% de l'ensemble des diagnostics principaux des SI. Les trois premiers, par rang de fréquence, étaient les insuffisances cardiaques (I50, 329 [4.69%]), les accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCi) (I63, 321 [4.57%]) et les pneumopathies bactériennes (J15, 221 [3.15%]).

- *Unités fonctionnelles de prise en charge.*

Deux mille deux cent soixante et onze SI (32.35%) ont eu lieu dans une des unités de médecine adulte polyvalente du CHUGA.

Cinq mille huit cent quatre-vingt-dix-sept séjours index (84.00%) ont été pris en charge dans une seule unité fonctionnelle (UF) après leur admission au SAU. Parmi eux, 1986 (33.68%) l'ont été dans un des services de médecine adulte polyvalente.

Réhospitalisations

Trois cent cinquante-cinq nouvelles hospitalisations (5.06%) répondaient aux critères de réhospitalisation sous 1 à 7 jours (RH7₊).

- Caractéristiques démographiques (tableau II)

L'âge médian des patients réhospitalisés était de 72 ans (52 – 82.75 ; valeurs extrêmes 18 – 97 ans). Plus de la moitié des patients était âgée d'au moins 65 ans (221 [62.25%]) et plus d'un tiers était âgé de 75 ans et plus (161 [45.35%]). Le sex-ratio homme/femme était de 1.10 (184/161).

Dans cette population, 140 (39.44%) patients ne présentaient aucune comorbidité. L'analyse des dossiers cliniques a montré que 328 (92.39%) patients vivaient dans un domicile personnel.

- Eléments de prise en charge au cours du séjour index

Au cours des SI, 127 (35.77%) avaient donné lieu à une prescription de kinésithérapie, 47 (13.24%) à l'intervention du service social et 49 (13.80%) à une lettre de liaison médicale remise en mains propres au patient le jour de sa sortie.

- Délai avant réhospitalisation

La durée moyenne entre le séjour index et la réhospitalisation était de 4.1 jours. La médiane était de 4 jours (2 – 6).

- Caractéristiques calendaires

Les jours de début de réhospitalisation se répartissaient comme montré dans la Figure 3. Soixante-treize (20.56%) RH7_T débutaient un jour de week-end.

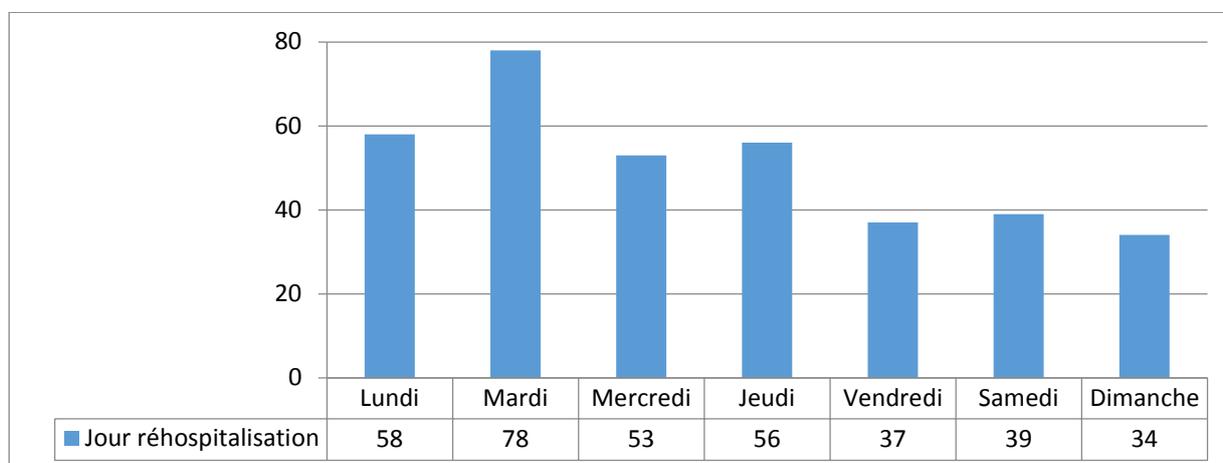


Figure 3. Nombre de réhospitalisations selon le jour d'entrée.

- Durée moyenne de réhospitalisation

La durée moyenne des réhospitalisations était de 7.9 jours (valeurs extrêmes 0 – 98 jours). La durée médiane était de 5 jours (2 – 10).

- Modes d'entrée

Cent quatorze réhospitalisations (32.11%) étaient programmées (RH7_P) avec entrée directe dans le service. Elles faisaient principalement suite à des SI pour pathologies bilio-pancréatiques (21.93%) ou pour pathologies tumorales (12.28%). Deux cent quarante-et-une RH7 (67.89%) étaient donc non programmées (RH7_{NP}).

Sur les 241 RH7_{NP}, 195 nécessitaient un passage par le SAU (80.91%). Quarante-cinq d'entre elles (18.67%) consistaient en une prise en charge uniquement aux urgences.

Parmi les 46 RH7_{NP} avec entrée directe (19.09%), 21 (45.65%) avaient lieux dans le même service que celui responsable de la sortie du SI, 11 (23.91%) avaient lieux dans un service de réanimation et/ou soins intensifs et 5 (10.87%) dans un service de chirurgie.

La recherche des causes de ces RH7_{NP} montrait que 32 faisaient suite à des complications d'actes réalisés au cours de l'index (13.28%), 19 étaient consécutifs à des effets secondaires de médicaments introduits durant le séjour index (7.88%), 11 étaient liés à des problèmes

sociaux (4.56%), 11 étaient d'origine comportementale (4.56%) et 4 séjours faisaient suite à une sortie contre avis médical (1.65%). Enfin, 164 étaient liés à d'autres causes (68.05%).

- *Diagnostiques principaux*

Les dix diagnostics principaux les plus fréquents des RH7 sont présentés dans le Tableau I.

Tableau I. Diagnostiques principaux des réhospitalisations.

Diagnostic principal de la réhospitalisation (CIM10)	RH7 _T (n = 355)	Rg	RH7 _{NP} (n = 241)	Rg
Cholélithiase (K80)	21 (5.91%)	1	5 (2.07%)	9
Iléus et occlusion intestinale sans hernie (K56)	11 (3.00%)	2	10 (4.15%)	1
Insuffisance cardiaque (I50)	10 (2.82%)	3	10 (4.15%)	1
Ascite (R18)	9 (2.53%)	4	1 (0.41%)	48
Insuffisance respiratoire non classée ailleurs (J96)	7 (1.97%)	5	7 (2.90%)	3
Maladie pulmonaire obstructive chronique (J44)	7 (1.97%)	5	7 (2.90%)	3
Pneumopathies à micro-organismes non précisés (J18)	7 (1.97%)	5	7 (2.90%)	3
Fracture du fémur (S72)	6 (1.69%)	8	6 (2.49%)	6
Néphrite tubulo-interstitielle aiguë (N10)	6 (1.69%)	8	6 (2.49%)	6
Pneumopathie bactérienne (J15)	6 (1.69%)	8	6 (2.49%)	6
Total	90 (25.35%)		65 (26.97%)	

RH7_T = réhospitalisation totale, RH7_{NP} = réhospitalisation non programmée, Rg = rang de fréquence.

Il existait une concordance entre le diagnostic principal du SI et de la RH7 pour 55 cas (22.82%) de RH7_{NP} et 39 cas (27.66%) de RH7_P.

- *Modes de sortie*

Les réhospitalisations ont données lieux à 303 retours à domicile (85.35%), 34 transferts ou mutation vers des structures de santé (9.57% : 17 en soins de suite et réadaptation, 10 en unités de soins de courte durée, 3 en unités de soins de longue durée, 2 en hospitalisation à domicile et 2 en unités de psychiatrie de l'adulte) et 18 décès (5.07%).

Facteurs de risque de réhospitalisation entre 1 et 7 jours

- *Caractéristiques démographiques*

Le Tableau II montre en analyse univariée l'impact de facteurs démographiques sur la survenue de RH7.

Apparaissaient comme augmentant le risque de RH7_{NP} : un nombre de séjours dans l'établissement dans l'année antérieure de 3 ou plus (37 [15.35%] vs. 553 [8.30%], OR 2, IC95% [1.4 – 2.9], $p<0.01$), un âge de 75 ans et plus (138 [57.26%] vs. 2972 [44.59%], OR 1.7, IC95% [1.3 – 2.2], $p<0.01$) et un score de comorbidités selon Charlson de 4 ou plus (40 [16.60%] vs. 689 [10.34%], OR 1.7, IC95% [1.2 – 2.4], $p<0.01$).

A l'inverse, un score de Charlson à 0 (149 [61.83%] vs. 4781 [71.73%], OR 0.6, IC95% [0.5 – 0.8], $p<0.01$) et l'absence de séjour dans l'établissement dans l'année antérieure (83 [34.44%] vs. 3071 [46.08%], OR 0.6, IC95% [0.5 – 0.8], $p<0.01$) apparaissaient comme protecteurs.

L'âge supérieur à 75 ans ou plus n'était pas un facteur associé à un risque accru de RH7_T (161 [45.35%] vs. 2972 [44.59%], OR 1.0, IC95% [0.8 – 1.3], $p>0.05$).

Tableau II. Analyse univariée des caractéristiques démographiques des séjours index.

	Tous index (N = 7020)	Index avec RH7		Index sans RH7 (n = 6665)	p (%)
		RH7 _T (n = 355)	RH7 _{NP} (n = 241)		
Age					
18 à 39 ans	1104 (15.73%)	51 (14.37%)	27 (11.20%)	1053 (15.80%)	ns, ns
40 à 64 ans	1684 (23.99%)	83 (23.38%)	49 (20.33%)	1601 (24.02%)	ns, ns
65 à 74 ans	1099 (15.65%)	60 (16.90%)	30 (12.45%)	1039 (15.59%)	ns, ns
75 ans et plus	3133 (44.63%)	161 (45.35%)	138 (57.26%)	2972 (44.59%)	ns, *
Sexe					
Homme	3589 (51.12%)	184 (51.83%)	119 (49.38%)	3405 (51.09%)	ns, ns
Score de Charlson					
0	3211 (45.74%)	140 (39.44%)	83 (34.44%)	3071 (46.08%)	#, *
1 à 3	3062 (43.62%)	157 (44.22%)	118 (48.96%)	2905 (43.59%)	ns, ns
4 et plus	747 (10.64%)	58 (16.34%)	40 (16.60%)	689 (10.34%)	#, *
Séjours antérieurs					
Aucun	5012 (71.40%)	231 (65.07%)	149 (61.83%)	4781 (71.73%)	#, *
1 à 2	1413 (20.13%)	82 (23.10%)	55 (22.82%)	1331 (19.97%)	ns, ns
3 et plus	595 (8.47%)	42 (11.83%)	37 (15.35%)	553 (8.30%)	#, *

RH = réhospitalisation.

ns= non significatif

#= $p\leq 0.05$ pour comparaison SI avec RH7_T vs. SI sans RH7

*= $p\leq 0.05$ pour comparaison SI avec RH7_{NP} vs. SI sans RH7

- *Caractéristiques calendaires (Figure 4)*

Il n'existait pas de différence significative concernant les jours de début et de fin du SI entre la population réhospitalisée et celle non réhospitalisée.

En analyse univariée, un SI débutant en Juillet était associé à un taux plus important de RH7_T (42 [11.83%] vs. 574 [8.61%], OR 1.4, IC95% [1.1 – 2], $p=0.04$). L'analyse des seules RH7_{NP} ne retrouvait plus cette association. Par contre, il était mis en évidence qu'un SI débutant en décembre était associé à un taux statistiquement plus faible de RH7_{NP} (8 [3.32%] vs. 602 [9.03], OR 0.4, IC95% [0.2 – 0.7], $p<0.01$).

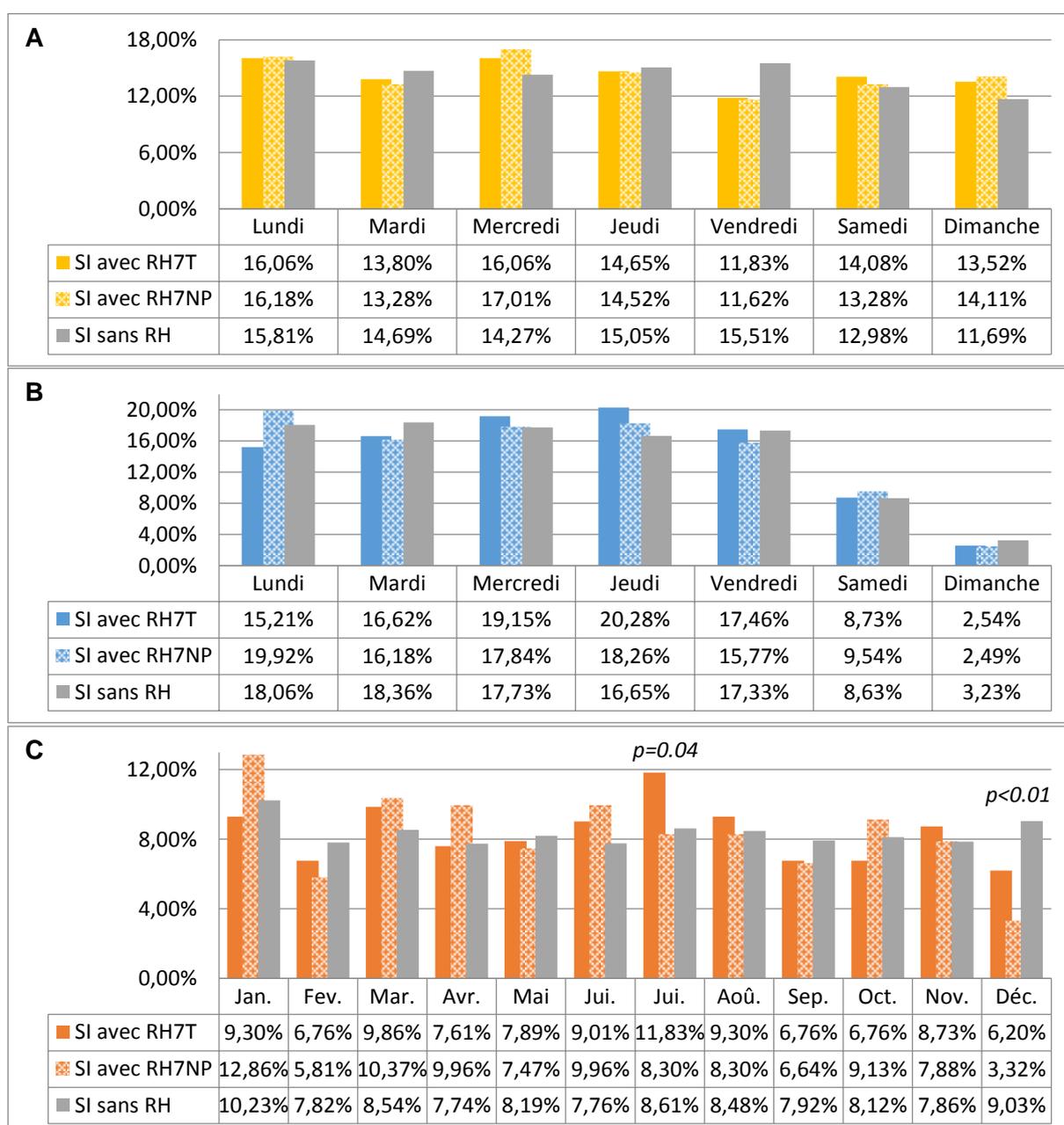


Figure 4. Analyses univariées des caractéristiques calendaires des séjours index. (A) Taux de SI selon le jour d'entrée, (B) Taux de SI selon le jour de sortie (C) Taux de SI selon le mois d'entrée. RH = réhospitalisation, SI = séjour index.

- Durée moyenne de séjour

La durée moyenne des SI suivis de RH7_T était de 8.08 jours (valeurs extrêmes 0 – 59 jours) tandis que celle des SI sans RH7_T était de 7.26 jours (valeurs extrêmes 0 – 201 jours). Cette différence était significative ($p=0.05$). La différence était encore plus marquée concernant les RH7_{NP} (durée moyenne de SI de 8.56 jours [valeurs extrêmes 0 – 59 jours, $p=0.01$]).

La durée médiane des SI suivis de RH7_T était de 6 jours (3 – 10) contre 5 jours (3 – 9) pour les SI sans RH7_T.

Une durée de SI de 4 jours ou plus était un facteur favorisant la survenue d'une RH7_{NP} (182 SI avec RH7_{NP} [75.52%] vs. 4486 SI sans RH7 [67.31%], OR 1.5, IC95% [1.1 – 2.0], $p<0.01$).

- Diagnostics principaux

Le Tableau III rapporte, en analyse univariée, l'influence du diagnostic principal du SI sur la survenue d'une RH7.

Un SI pour iléus et occlusion intestinale sans hernie apparaissait comme augmentant le risque de survenue d'une RH7_{NP} (9 [3.73%] vs. 170 [1.60%], OR 2.4, IC 95% [1.2 – 4.8], $p<0.05$). A l'inverse, un SI pour accident ischémique cérébral transitoire (AIT) était associé à l'absence de RH7_{NP} ($p<0.05$).

De plus, les AVCi et les AIT apparaissaient comme protecteurs dans la survenue d'une RH7_T (6 [1.69%] vs. 315 [4.73%], OR 0.3, IC95% [0.1 – 0.8], $p<0.01$ et 1 [0.28%] vs. 170 [2.55%], OR 0.1, IC95% [0.1 – 0.8], $p<0.01$ respectivement).

Tableau III. Analyse univariée des dix diagnostics principaux les plus fréquents des séjours index.

Diagnostic principal du SI (CIM10)	Rg	Index avec RH				Sans RH (n=6665)	Rg
		RH7 _T (n = 355)	Rg	RH7 _{NP} (n = 241)	Rg		
Insuffisance cardiaque (I50)	1	10 (2.82%)	5	10 (4.15%)	1	319 (4.79%)	1
Infarctus cérébral (I63)	2	6 (1.69%) #	11	5 (2.07%)	8	315 (4.73%)	2
Pneumopathie bactérienne (J15)	3	8 (2.25%)	8	8 (3.32%)	5	213 (3.20%)	3
Maladie pulmonaire obstructive chronique (J44)	4	11 (3.10%)	3	10 (4.15%)	1	186 (2.79%)	4
Néphrite tubulo-interstitielle aiguë (N10)	5	11 (3.10%)	3	10 (4.15%)	1	173 (2.60%)	5
Accident ischémique cérébral transitoire (G45)	6	1 (0.28%) #	65	0 *	-	170 (2.55%)	6
Embolie pulmonaire (I26)	7	9 (2.53%)	7	8 (3.32%)	5	126 (2.43%)	7
Pneumopathies à micro-organismes non précisés (J18)	8	7 (1.97%)	10	6 (2.49%)	7	126 (1.89%)	8
Lésion traumatique intra-crânienne (S06)	9	3 (0.84%)	24	3 (1.24%)	17	117 (1.75%)	9
Iléus et occlusion intestinale sans hernie (K56)	10	10 (2.82%)	5	9 (3.73%) *	4	107 (1.60%)	11

RH = réhospitalisation, Rg = rang de fréquence.

#= $p \leq 0.05$ pour comparaison SI avec RH7_T vs. SI sans RH7

*= $p \leq 0.05$ pour comparaison SI avec RH7_{NP} vs. SI sans RH7

- Unités fonctionnelles de prise en charge.

Il n'existait pas de corrélation entre le nombre d'UF de prise en charge lors du SI et la survenue d'une RH7. Le passage dans une unité de médecine polyvalente au cours du SI n'influçait pas le risque de RH7.

DISCUSSION

A notre connaissance, il s'agit du premier travail français rapportant l'utilisation à l'échelle clinique de l'indicateur mesurant le taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours.

Les taux de réhospitalisations sont des indicateurs médico-socio-économiques étudiés depuis plusieurs décennies, autant en France qu'en Europe ou en Amérique du Nord. Le taux de réhospitalisation à 30 jours (RH30) a initialement été utilisé comme variable descriptive permettant de juger l'efficacité des interventions thérapeutiques réalisées dans les structures hospitalières. Avec le développement des méthodes d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, le taux de RH30 s'est progressivement imposé comme un des indicateurs qualité essentiels à surveiller (4,5). En 2010, aux Etats-Unis, la « Loi pour la protection des patients et les soins abordables » a introduit des sanctions financières envers les établissements hospitaliers ayant des taux de RH30 supérieurs aux taux nationaux (22–24). L'objectif d'une telle mesure étant d'améliorer la qualité des soins dispensés par la mise en place de mesures permettant la réduction du taux de réhospitalisation.

Dans une tribune publiée en 2012, Joynt *et al.* remettaient en cause l'utilisation du taux de RH30 comme marqueur de qualité des soins d'un établissement donné (16). Les arguments alors avancés étaient les suivants : (a) aucune donnée n'a permis de montrer que les RH30 sont uniquement de la responsabilité de la structure hospitalière initiale ; et (b) seulement un faible nombre de RH30 peut être considéré comme évitable, c'est-à-dire être pris en charge totalement par le système de soins ambulatoires. En effet, la prise en charge des patients a certes des déterminants liés à la prise en charge hospitalière lors du SI, mais est également dépendante des capacités médicales et paramédicales à l'extérieur de la structure. Les mêmes auteurs notaient également que les deux déterminants principaux du taux de RH30 d'un établissement étaient les caractéristiques médico-sociales du bassin de population (âge, polyopathie, praticiens de ville, aides sociales notamment) et les caractéristiques socio-économiques de la zone géographique associée (15) ; facteurs qui ne dépendent pas d'un établissement de santé.

Plusieurs auteurs ont montré qu'il était certainement plus pertinent, à l'échelle d'un établissement de santé, de s'intéresser à la survenue de RH dans une fenêtre de temps plus restreinte (11,18,25,26). Notamment Chin *et al* ont démontré que l'imputabilité d'une réhospitalisation à un établissement de santé était maximale dans les 3 à 5 jours suivant la sortie, puis décroissait très rapidement au-delà de 7 jours, pour être quasiment nulle par la suite, notamment à 30 jours (18). C'est dans ce contexte que le Ministère français chargé de la Santé a développé l'utilisation du taux de RH7 comme indicateur de résultats hospitaliers (2,17).

La fiche explicative du fonctionnement de cet indicateur signale que la prise en compte des réhospitalisations dans un délai ne dépassant pas 7 jours permet de s'affranchir au maximum d'éventuelles RH7 programmées. Cette affirmation peut être remise en cause au vu de nos résultats. En effet, quasiment un tiers des RH7 (32%) étaient programmées au moment de la sortie du SI. Par exemple, les pathologies bilio-pancréatiques ont donné lieu à 25 RH7_p (21.93%) dont le but était la réalisation d'un geste technique d'endoscopie non réalisé lors du SI. La majorité des RH7_p survenaient dans un contexte similaire. De plus, seule la revue systématique des dossiers médicaux a permis d'extraire cette information, qui n'est pas rapportée dans la base de données du PMSI. Il est important de bien avoir conscience de ces limitations et de la nécessité d'un deuxième niveau de lecture selon l'utilisation souhaitée de cet indicateur.

Une prise en charge par le SAU uniquement est retrouvée dans quasiment un quart (23.08%) des RH7_{NP}. Il semble donc indispensable, afin d'avoir une représentation la plus fiable possible, de prendre en compte ces séjours pour l'évaluation des réhospitalisations. L'indicateur national de RH7 tient compte de ces passages uniquement par le SAU, mais cela n'est pas le cas dans les études de grande ampleur s'intéressant au RH30 (27–29). Ne pas prendre en compte ces prises en charge par les urgences revient à nier une partie de la réalité quotidienne des établissements hospitaliers. De plus, on peut se demander si ces recours au SAU moins d'une semaine après la sortie index ne pourraient pas, au moins en partie, être pris en charge par le secteur ambulatoire ou être limité par la généralisation de la lettre de liaison médicale remise en mains propres à la sortie (30,31). L'analyse présentée

ne permettait pas de savoir si le passage par les urgences était du propre fait du patient ou à la demande du médecin traitant.

La lettre de liaison médicale est un dispositif de transmission d'informations médicales rendu obligatoire par décret depuis le 1^{er} janvier 2017 en France (32). Il est intéressant de noter que moins de 15% des patients ayant présenté une RH7 en avaient bénéficié. Pourtant, cette lettre a démontré sa capacité à réduire la survenue de réhospitalisation (30,31). Le recueil des données réalisé ne permettait pas de connaître la présence ou non d'une lettre de liaison pour l'ensemble des SI ; l'impact de cette lettre de liaison sur le risque de RH7 n'a donc pas pu être étudié.

Ce travail présente plusieurs limites. Tout d'abord, cette étude présente un caractère exploratoire, rapportant des résultats descriptifs et des analyses univariées. Cela s'explique par l'absence de travaux antérieurs de grande ampleur qui aurait pu permettre de formuler des hypothèses de recherche plus précises. Pour poursuivre ce travail, un niveau d'analyse plus approfondi de l'influence de certains éléments clés de la prise en charge au cours du SI serait intéressant.

Ensuite, bien que rapportant un nombre important de SI et de RH7, le caractère unicentrique du recueil limite l'exhaustivité des résultats. En effet, les RH7 ayant lieu dans un autre établissement alors que le SI avait lieu au CHUGA n'ont pas pu être recueillies. De plus, cela ne permet pas d'étendre les résultats à l'ensemble de la population cible dans la région grenobloise. Il existe trois établissements présentant un SAU dans l'agglomération grenobloise et accueillant des patients dont les caractéristiques médicales et socio-économiques sont différentes. Cependant, le SAU du CHUGA est de loin la plus grosse structure d'urgence du bassin de population, et accueille les patients requérant les prises en charge les plus complexes. L'analyse actuelle, qui ne s'intéresse qu'aux patients admis au CHUGA par ce SAU, surestime donc probablement le taux de RH7 du bassin de population. Enfin, le recueil rétrospectif des SI sur des bases de données informatiques ne donne pas la possibilité d'obtenir toutes les informations qui pourraient être pertinentes pour l'analyse de facteurs favorisant la réhospitalisation, comme les éléments ayant trait aux habitudes et

modalités de vie des patients (la présence d'aides humaines ou matérielles à domicile, le passage d'infirmier ou de kinésithérapeute, la coordination des soins ambulatoires).

Le taux de RH7_T représentait 5.06% des SI admis *via* les urgences pour pathologies médicales. Cela est en accord avec les données nationales de l'année 2016 (2) (Annexe 5). La population étudiée est remarquable par une proportion élevée de patients âgés de 65 ans et plus (plus de 60%). Ce chiffre est supérieur à ceux rapportés par l'ATIH sur l'ensemble des hospitalisations en MCO dans la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2016 (39.1% de séjours MCO réalisées par les patients de 65 ans et plus) (33). De même, la part de patients de 75 ans et plus représente plus de 40% des séjours index alors que les données régionales des urgences en 2016 rapportent un taux d'hospitalisation d'environ 26% pour cette classe d'âge (34). Il est probable que cette différence soit expliquée par l'inclusion de pathologies uniquement médicales, excluant ainsi une part plus jeune de la population prise en charge pour des événements chirurgicaux ou des gestes interventionnels, et par le fait que les autres structures d'urgences grenobloises prennent en charge un nombre plus faible de patients requérant une prise en charge gériatrique.

Les résultats montrent que l'existence d'hospitalisations dans l'année précédente dans l'établissement, une durée de SI de 4 jours ou plus, un terrain comorbide et un âge supérieur ou égal à 75 ans sont des facteurs associés à la survenue d'une RH7_{NP}.

L'âge et la présence de comorbidités sont des marqueurs de terrains médicaux complexes avec d'une part toutes les spécificités de la prise en charge médico-sociale gériatrique et d'autre part toute la difficulté de suivi et d'équilibration thérapeutique des sujets polypathologiques. Les antécédents d'hospitalisation sont également un marqueur indirect de cette complexité. Donzè *et al.* (13) et Van Walraven *et al.* (9) ont démontré, dans leurs études ciblant de larges cohortes de patients, que ces trois éléments sont des facteurs indépendants favorisant la survenue d'une RH30. Le fait de trouver également ces trois facteurs lorsque l'on s'intéresse aux RH7 montre qu'il s'agit de facteurs rémanents sur lesquels la structure hospitalière n'a certainement que peu d'influence. Ces trois éléments

peuvent également être associés ou responsables d'un déclin fonctionnel qui a été montré comme augmentant le risque de survenue de réhospitalisation (35).

Bien qu'il existe une saisonnalité démontrée dans la survenue de certaines pathologies (36–38) (l'hiver pour les exacerbations de broncho-pneumopathie chronique obstructive ou le printemps pour les infarctus du myocarde par exemple), aucune donnée actuelle ne permet d'expliquer les constatations concernant un taux de RH7_T supérieur en juillet et un taux de RH7_{NP} inférieur courant décembre. Les résultats ne permettent pas d'identifier de facteur responsable de ce phénomène. Cela peut s'expliquer par les caractéristiques organisationnelles de l'établissement d'une part et par l'organisation de la permanence des soins ambulatoires d'autre part, mais l'étude présentée ne permet pas d'analyser l'influence de ces facteurs. L'examen des jours de sortie n'a pas mis en évidence un « effet week-end » (39–42) sur la survenue des réhospitalisations.

Aucune donnée bibliographique n'existe concernant l'impact du diagnostic principal médical sur la survenue de réhospitalisation. Les résultats montrent qu'un SI pour une pathologie neurovasculaire (AVCi ou AIT) est associé à un taux réduit de RH7_T. La littérature retrouve des taux de RH30 variant de 5 à 12% pour les AVCi comme pour les AIT (43–46). Une étude canadienne a montré que la moitié des AIT pris en charge aux urgences et réhospitalisés pour un AVCi l'était sous 2 jours (46). Dans la population étudiée ici, 171 patients étaient pris en charge pour AIT et un seul (0.58%) a été réhospitalisé de façon programmée pour une pathologie non neurologique. Cette différence peut s'expliquer par la prise en charge exclusivement hospitalière des AIT dans cette étude alors que l'étude canadienne rapporte des cas pris en charge en intra-hospitalier mais aussi en ambulatoire.

La survenue d'iléus paralytique est un événement pourvoyeur de réhospitalisation bien rapporté dans les populations chirurgicales (47–49). Mais une prise en charge médicale pour un syndrome occlusif fonctionnel n'était pas décrite comme augmentant le risque de survenue de RH7_{NP}.

Différents auteurs se sont intéressés à la survenue de réhospitalisations en fonction d'une prise en charge spécialisée ou en service de médecine polyvalente et rapportent des données contradictoires. Selim *et al.* notaient, dans une population New-yorkaise de patients

présentant une insuffisance cardiaque, une différence significative de RH30 en faveur d'une prise en charge par un cardiologue, ou au minimum un avis d'un cardiologue, lors de l'hospitalisation index (50). Des résultats similaires étaient retrouvés chez des patients présentant une décompensation de cirrhose et ayant bénéficié d'un avis par un hépatologue (51). Par contre, Wijayaratne *et al.* ne retrouvaient pas de différence de réhospitalisations dans une population prise en charge pour une exacerbation de BPCO en pneumologie ou en médecine polyvalente (52). Ces études étaient inhomogènes quant à leurs définitions de la réhospitalisation, avec des intervalles compris entre 15 jours et 12 mois. Nos résultats ne retrouvent pas de différence à 7 jours concernant cette donnée. Néanmoins, notre recueil ne permet pas de connaître, dans la population prise en charge en médecine polyvalente, la part de recours à un avis spécialisé.

Cette analyse permet de mettre en évidence des facteurs généraux favorisant une RH7. Mais ceux-ci semblent, au moins en partie, non accessibles à une intervention ciblée de la part d'un établissement de santé. Afin de mettre en évidence des facteurs spécifiques aux structures hospitalières, il serait intéressant de réaliser plus spécifiquement des travaux évaluant l'impact des caractéristiques organisationnelles du SI sur la survenue de RH7.

THESE SOUTENUE PAR : Aldric MANUEL

TITRE : REHOSPITALISATIONS A SEPT JOURS DES PATIENTS ADMIS DEPUIS LES URGENCES POUR UN MOTIF MEDICAL : PREVALENCE, CARACTERISTIQUES ET FACTEURS ASSOCIES

CONCLUSION

La survenue de réhospitalisations dans un délai de 1 à 7 jours chez des patients admis par le SAU pour une pathologie médicale concernait 5.06% des séjours index de l'établissement. Parmi celles-ci, 32% étaient programmées. Le suivi et l'analyse des données issues de l'indicateur ministériel au sein de notre établissement ne peut donc pas s'affranchir de l'examen du caractère programmé ou non de la réhospitalisation.

La survenue de réhospitalisations non programmées est favorisée par les antécédents d'hospitalisation dans l'année, l'âge de 75 ans et plus, la polyopathie, et une durée de séjour index supérieure ou égale à 4 jours.

Afin de mettre en évidence des facteurs spécifiques aux structures hospitalières, il serait intéressant de réaliser plus spécifiquement des travaux évaluant l'impact des caractéristiques organisationnelles du SI sur la survenue de RH7.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble le 01/10/18

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND
Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRESIDENT DE LA THESE



Pr. Laurence Bouillet
Service de médecine interne
CHU Grenoble Alpes
Repos 10003986527

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Stratégie nationale de santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/>
2. DGOS. Les indicateurs de réhospitalisation et de coordination [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/re-hospitalisation-coordination>
3. pubmeddev. Home - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
4. François P, Bertrand D, Beden C, Fauconnier J, Olive F. [Early readmission as an indicator of hospital quality of care]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. avr 2001;49(2):183-92.
5. van Walraven C. The Utility of Unplanned Early Hospital Readmissions as a Health Care Quality Indicator. *JAMA Intern Med*. 1 nov 2015;175(11):1812.
6. van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates: 30-day avoidable readmission rates meta-analysis. *J Eval Clin Pract*. déc 2012;18(6):1211-8.
7. Chiffres clés [Internet]. CHU Grenoble Alpes. 2014 [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.chu-grenoble.fr/content/chiffres-cles-0>
8. Création d'une Unité Post-Urgences [Internet]. CHU Grenoble Alpes. 2016 [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.chu-grenoble.fr/content/creation-dune-unite-post-urgences>
9. van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 6 avr 2010;182(6):551-7.
10. Billings J, Blunt I, Steventon A, Georghiou T, Lewis G, Bardsley M. Development of a predictive model to identify inpatients at risk of re-admission within 30 days of discharge (PARR-30). *BMJ Open*. 2012;2(4):e001667.
11. van Walraven C, Jennings A, Taljaard M, Dhalla I, English S, Mulpuru S, et al. Incidence of potentially avoidable urgent readmissions and their relation to all-cause urgent readmissions. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 4 oct 2011;183(14):E1067-1072.
12. Friebel R, Hauck K, Aylin P, Steventon A. National trends in emergency readmission rates: a longitudinal analysis of administrative data for England between 2006 and 2016. *BMJ Open*. mars 2018;8(3):e020325.
13. Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. Potentially Avoidable 30-Day Hospital Readmissions in Medical Patients: Derivation and Validation of a Prediction Model. *JAMA Intern Med*. 22 avr 2013;173(8):632.
14. Maali Y, Perez-Concha O, Coiera E, Roffe D, Day RO, Gallego B. Predicting 7-day, 30-day and 60-day all-cause unplanned readmission: a case study of a Sydney hospital.

- BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. déc 2018 [cité 1 sept 2018];18(1). Disponible sur: <https://bmcmidinformedecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-017-0580-8>
15. Joynt KE, Orav EJ, Jha AK. Thirty-day readmission rates for Medicare beneficiaries by race and site of care. *JAMA*. 16 févr 2011;305(7):675-81.
 16. Joynt KE, Jha AK. Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences. *N Engl J Med*. 12 avr 2012;366(15):1366-9.
 17. Indicateurs de coordination | Stats ATIH [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination>
 18. Chin DL, Bang H, Manickam RN, Romano PS. Rethinking Thirty-Day Hospital Readmissions: Shorter Intervals Might Be Better Indicators Of Quality Of Care. *Health Aff (Millwood)*. oct 2016;35(10):1867-75.
 19. Fiches thématiques | Stats ATIH [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.scansante.fr/d%C3%A9couvrir-scansant%C3%A9/fiches-thematiques>
 20. Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *Am J Epidemiol*. 15 mars 2011;173(6):676-82.
 21. CIM-10 FR 2018 à usage PMSI | Publication ATIH [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/cim-10-fr-2018-usage-pmsi>
 22. Affordable Care Act (ACA) - HealthCare.gov Glossary [Internet]. HealthCare.gov. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>
 23. Medicare C for, Baltimore MS 7500 SB, Usa M. Readmissions-Reduction-Program [Internet]. 2018 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>
 24. Zuckerman RB, Sheingold SH, Orav EJ, Ruhter J, Epstein AM. Readmissions, Observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program. *N Engl J Med*. 21 avr 2016;374(16):1543-51.
 25. Ranasinghe I, Wang Y, Dharmarajan K, Hsieh AF, Bernheim SM, Krumholz HM. Readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia among young and middle-aged adults: a retrospective observational cohort study. *PLoS Med*. sept 2014;11(9):e1001737.
 26. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*. 23 janv 2013;309(4):355-63.
 27. Burt CW, McCaig LF, Simon AE. Emergency department visits by persons recently discharged from U.S. hospitals. *Natl Health Stat Rep*. 24 juill 2008;(6):1-9.
 28. Rising KL, White LF, Fernandez WG, Boutwell AE. Emergency Department Visits After Hospital Discharge: A Missing Part of the Equation. *Ann Emerg Med*. août 2013;62(2):145-50.
 29. Brennan JJ, Chan TC, Killeen JP, Castillo EM. Inpatient Readmissions and Emergency Department Visits within 30 Days of a Hospital Admission. *West J Emerg Med*. déc 2015;16(7):1025-9.

30. Li JYZ, Yong TY, Hakendorf P, Ben-Tovim D, Thompson CH. Timeliness in discharge summary dissemination is associated with patients' clinical outcomes. *J Eval Clin Pract.* févr 2013;19(1):76-9.
31. Tan B, Mulo B, Skinner M. Transition from hospital to primary care: an audit of discharge summary - medication changes and follow-up expectations. *Intern Med J.* nov 2014;44(11):1124-7.
32. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.
33. Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2016 | Publication ATIH [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/analyse-comparative-de-l-activite-hospitaliere-entre-les-regions-2016>
34. Panorama de l'activité des services d'urgence en région PACA [Internet]. GIP e-Santé ORU PACA. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.orupaca.fr/publications/panorama-de-lactivite-des-services-durgence-en-region-paca/>
35. Falvey JR, Burke RE, Malone D, Ridgeway KJ, McManus BM, Stevens-Lapsley JE. Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adults During Care Transitions From Hospital to Community. *Phys Ther.* 2016;96(8):1125-34.
36. Butala NM, Secemsky EA, Wasfy JH, Kennedy KF, Yeh RW. Seasonality and Readmission after Heart Failure, Myocardial Infarction, and Pneumonia. *Health Serv Res.* 31 août 2017;
37. Williams NP, Coombs NA, Johnson MJ, Josephs LK, Rigge LA, Staples KJ, et al. Seasonality, risk factors and burden of community-acquired pneumonia in COPD patients: a population database study using linked health care records. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017;12:313-22.
38. Chopra I, Wilkins TL, Sambamoorthi U. Hospital Length of Stay and All-Cause 30-day Readmissions among High-Risk Medicaid Beneficiaries. *J Hosp Med.* avr 2016;11(4):283-8.
39. Potezny T, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. The effect of the weekend upon admissions to General Medicine. *J Eval Clin Pract.* 2018;24(4):726-30.
40. Roberts SE, Thorne K, Akbari A, Samuel DG, Williams JG. Mortality following Stroke, the Weekend Effect and Related Factors: Record Linkage Study. *PloS One.* 2015;10(6):e0131836.
41. Pauls LA, Johnson-Paben R, McGready J, Murphy JD, Pronovost PJ, Wu CL. The Weekend Effect in Hospitalized Patients: A Meta-Analysis. *J Hosp Med.* sept 2017;12(9):760-6.
42. McAlister FA, Youngson E, Padwal RS, Majumdar SR. Similar outcomes among general medicine patients discharged on weekends. *J Hosp Med.* févr 2015;10(2):69-74.
43. Rohweder G, Salvesen Ø, Ellekjær H, Indredavik B. Hospital readmission within 10 years post stroke: frequency, type and timing. *BMC Neurol* [Internet]. 19 juin 2017 [cité 2 sept 2018];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477341/>

44. Vahidy FS, Donnelly JP, McCullough LD, Tyson JE, Miller CC, Boehme AK, et al. Nationwide Estimates of 30-Day Readmission in Patients With Ischemic Stroke. *Stroke*. 2017;48(5):1386-8.
45. Bhattacharya P, Khanal D, Madhavan R, Chaturvedi S. Why do ischemic stroke and transient ischemic attack patients get readmitted? *J Neurol Sci*. 15 août 2011;307(1-2):50-4.
46. Gladstone DJ, Kapral MK, Fang J, Laupacis A, Tu JV. Management and outcomes of transient ischemic attacks in Ontario. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 30 mars 2004;170(7):1099-104.
47. Asgeirsson T, El-Badawi KI, Mahmood A, Barletta J, Luchtefeld M, Senagore AJ. Postoperative ileus: it costs more than you expect. *J Am Coll Surg*. févr 2010;210(2):228-31.
48. Tevis SE, Carchman EH, Foley EF, Harms BA, Heise CP, Kennedy GD. Postoperative Ileus--More than Just Prolonged Length of Stay? *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. sept 2015;19(9):1684-90.
49. Senagore AJ. Pathogenesis and clinical and economic consequences of postoperative ileus. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 15 oct 2007;64(20 Suppl 13):S3-7.
50. Selim AM, Mazurek JA, Iqbal M, Wang D, Negassa A, Zolty R. Mortality and readmission rates in patients hospitalized for acute decompensated heart failure: a comparison between cardiology and general-medicine service outcomes in an underserved population. *Clin Cardiol*. mars 2015;38(3):131-8.
51. Bini EJ, Weinshel EH, Generoso R, Salman L, Dahr G, Pena-Sing I, et al. Impact of gastroenterology consultation on the outcomes of patients admitted to the hospital with decompensated cirrhosis. *Hepatol Baltim Md*. déc 2001;34(6):1089-95.
52. Wijayarathne K, Wilson J, Sivakumaran P, Sriram KB. Differences in care between general medicine and respiratory specialists in the management of patients hospitalized for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Thorac Med*. oct 2013;8(4):197-203.

ANNEXES

Annexe 1. Données supplémentaires : critères d'inclusion et d'exclusion.....	44
Annexe 2. Fiche descriptive de l'indicateur de réhospitalisation à 7 jours. (2).....	46
Annexe 3. Score de comorbidités de Charlson, mise à jour selon Quan et al. (20).....	50
Annexe 4. Extraits de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, 10 ^{ème} révision, édition française. (21).....	51
Annexe 5. Fiche thématique n°8 Scan Santé. (2)	57

Annexe 1. Données supplémentaires : critères d'inclusion et d'exclusion

Concernant le séjour index

Etaient inclus tous les séjours concernant des patients :

- Agés de 18 ans ou plus,
- Entrant depuis et sortant vers leur domicile (Résumé de Sortie Standardisé [RSS], mode d'entrée et mode de sortie, code 8),
- Hospitalisés depuis le SAU dans un autre service du CHUGA,
- Ayant une date de sortie comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017 inclus.

Etaient exclus les séjours de patients :

- Ayant eu une hospitalisation dans les 7 jours précédents,
- Ayant un séjour avec un diagnostic principal non médical (racine de GHM autre que M),
- Ayant un séjour avec un diagnostic principal médical (racine du GHM en M), mais appartenant à une des catégories majeures de diagnostics (CMD) suivantes :
 - o CMD 14 : Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum,
 - o CMD15 : Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale,
 - o CMD 19 : Maladies et troubles mentaux,
 - o CMD27 : Transplantations d'organes,
- Ayant un séjour avec acte classant : racine du GHM en K, en C ou en Z,
- Ayant comme diagnostic principal (codage GHM 23Z02Z) ou associé (codage GHM Z515) un acte de soins palliatifs.

Concernant la réhospitalisation

Etaient inclus tous les séjours :

- Survenant dans un délai de 1 à 7 jours après un index répondant aux critères ci-dessus,
- De patients venants de leur domicile (fiche RSS, mode de sortie, code 8).

Etaiet exclus les séjours ou séances :

- Relevant de la transplantation d'organe (CMD 27),
- Séances relevant de la CMD 28,
- Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02),
- Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05),
- Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06),
- Autres irradiations (GHM 17K04),
- Curiéthérapies de prostate (GHM 17K05),
- Autres curiéthérapies et irradiations internes (GHM 17K06),
- Autres curiéthérapies (GHM 17K08),
- Irradiations internes (GHM 17K09),
- Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09),
- Les séjours en erreurs (CMD 90),
- Les prestations inter-établissements.

Annexe 2. Fiche descriptive de l'indicateur de réhospitalisation à 7 jours. (2)

8. ANNEXES

A. Fiche descriptive de l'indicateur

LEGENDE

	Justification de la décision prise
---	------------------------------------

Intitulé	Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO
Type d'indicateur	Indicateur de résultat, de vigilance pour alerter.
Objectif	Disposer d'un indicateur de mesure des réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours puisque la prévention des réhospitalisation constitue un enjeu important tant en termes de qualité-sécurité des prises en charge qu'en termes de coûts.
Utilisation	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de vigilance pour alerter l'établissement de santé (ES) et qui lui permettrait de s'interroger sur ses pratiques cliniques et/ou organisationnelles (ex. la gestion de la sortie du patient hospitalisé vers son domicile pour réduire les risques de rupture de parcours de soins). - L'ES peut analyser l'évolution des résultats de l'indicateur dans le temps et mesurer l'écart de sa pratique à la pratique nationale calculée tous les ans (taux « attendu » : taux nationaux de réhospitalisation appliqués à l'activité de l'ES). - L'analyse de ses résultats croisée avec ceux d'autres indicateurs disponibles dans l'ES, contribue à la réalisation d'un état des lieux objectif et <i>in fine</i> à identifier et à prioriser des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à mettre en place et à suivre.
Etablissements de santé (ES) concernés	ES ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (hors HAD et dialyse).
Définitions : hospitalisation index et réhospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - L'hospitalisation index correspond au premier séjour de l'année du patient ayant pour modes d'entrée et de sortie le domicile (résidence ou établissement avec hébergement). - La réhospitalisation correspond à une nouvelle hospitalisation intervenant dans le délai de 1 à 7 jours pour un patient en provenance du domicile (y compris entrant par les urgences), quel que soit l'ES qui l'accueille et quels que soient le mode de prise en charge (hospitalisation complète et hospitalisation sans nuitée) et le caractère programmé ou non – hors exclusions. <p> <i>Le taux de réhospitalisation est comparable lorsqu'on exclut ou inclut les patients hospitalisés sans nuitée. L'exclusion des patients sans nuitée sortirait du dispositif des ES avec une activité exclusivement ambulatoire.</i></p> <p>Seule la 1^{ère} réhospitalisation du patient est prise en compte même si le patient est réhospitalisé plusieurs fois dans le délai de 7 jours, au cours de l'année.</p> <p> <i>En cas de réhospitalisations multiples, il est difficile notamment d'attribuer la réhospitalisation à l'un des ES, si plusieurs ES sont concernés.</i></p>

<p>Construction du taux par ES</p>	<p>Nombre de patients réhospitalisés, dans un délai de 1 à 7 jours, suite à l'hospitalisation index dans l'ES</p> $= \frac{\text{Nombre de patients réhospitalisés, dans un délai de 1 à 7 jours, suite à l'hospitalisation index dans l'ES}}{\text{Nombre de patients ayant une hospitalisation index dans l'ES terminée au cours de l'année N}}$ <p><i>NB. Dénominateur : Seule la 1^{ère} hospitalisation du patient est prise en compte La 1^{ère} hospitalisation dans un ES est comptabilisée au dénominateur de cet ES quelle que soit la suite de son parcours (réhospitalisation ou non)</i></p>
<p>Méthode « spécifique » pour la cataracte</p>	<p>Une prise en charge des deux yeux successivement dans un délai de 1 à 7 jours augmente significativement le taux de réhospitalisation.</p> <p>En cas de deux interventions successives pour cataracte dans un délai de 1 à 7 jours, on identifie comme « réhospitalisation » un séjour qui a lieu dans les 7 jours suivant la 2^{ème} intervention pour cataracte (elle-même prise en charge dans les 7 jours suivant la 1^{ère} intervention pour cataracte).</p> <p>La réhospitalisation est affectée à l'ES ayant réalisé la 2^{ème} intervention (ES B dans l'exemple ci-après).</p>  <p><i>Certains ES spécialisés dans la prise en charge de la cataracte proposent les 2 interventions pour cataracte en moins de 8 jours. Une gestion spécifique du calcul des réhospitalisation suite à prise en charge de la cataracte est mise en œuvre afin de ne pas cibler des ES spécialisés qui proposent cette prise en charge.</i></p>
<p>Critères d'inclusions</p> 	<p>Le patient - quel que soit son âge - admis pour un séjour MCO (en hospitalisation complète ou en ambulatoire) avec un mode d'entrée et de sortie « domicile »¹⁰ (dont les patients en EHPAD) et ayant été admis pour une 1^{ère} hospitalisation terminée dans l'année N.</p>
<p>Critères d'exclusions</p>  <p>Ces patients sont exclus de la base de calcul, c'est-à-dire comptés ni au numérateur ni au dénominateur</p>	<p>Les patients dont la 1^{ère} hospitalisation de l'année N correspond à une réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours suite à une hospitalisation terminée dans l'année N-1.</p> <p>Les patients ayant eu au moins un séjour de soins palliatifs qu'il soit codé en diagnostic principal (GHM 23Z02Z) ou en diagnostic associé (GHM Z515)</p> <p><i>Le retour à domicile du patient en situation palliative résulte de sa demande notamment sous réserve de pouvoir être réhospitalisé à tout moment</i></p>

¹⁰ Par conséquent, sont exclus de la base de calcul (comptés ni au numérateur ni au dénominateur) :

- les patients transférés dans un autre ES dans la continuité d'une 1^{ère} hospitalisation (il peut être difficile d'identifier l'ES à qui attribuer la réhospitalisation, le 1^{er} ES ou l'ES de transfert)
- Les patients décédés lors de la 1^{ère} hospitalisation (minimiserait le taux de réhospitalisation)

 <p>Seuls les séjours et les séances (non les patients) sont exclus de la base de calcul</p>	<p>Les séjours relevant de la CMD 27 (transplantations d'organes)</p> <p> <i>Venues itératives et régulières du patient. En outre, ces séjours ne sont effectués que dans les ES publics</i></p> <p>Les séances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Séances de la CMD 28 ✓ Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) ✓ Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) ✓ Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) ✓ Autres irradiations (GHM 17K04) ✓ Curiéthérapies de prostate (GHM 17K05) ✓ Autres curiéthérapies et irradiations internes (GHM 17K06) ✓ Autres curiéthérapies (GHM 17K08) ✓ Irradiations internes (GHM 17K09) ✓ Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) <p> <i>Venues itératives et régulières du patient</i></p> <p>Les séjours en erreurs (CMD 90)</p> <p>Les prestations inter-établissements (type séjour = « B »)</p> <p>Les séjours qui n'ont pas pu être chaînés</p>
<p>Unité de compte</p>	<p>Le patient quel que soit son âge (et non pas le séjour)</p> <p> <i>Un même patient peut avoir plusieurs séjours dans l'année observée mais seule la 1^{ère} hospitalisation comptera. Les simulations faites en prenant en compte tous les séjours montrent que la différence est minime</i></p>
<p>Délai pris en compte</p>	<p>La réhospitalisation a lieu dans un délai de 1 à 7 jours après le retour à domicile du patient</p> <p> <i>Le risque de comptabiliser des réhospitalisations programmées (ex. interventions bilatérales, chirurgie des varices) est atténué par le délai ≤ 7 jours et les critères d'exclusions (ex. séances)</i></p> <p><i>Les réhospitalisations « à 0 jour » sont exclues des calculs car il s'agit le plus souvent de transferts mal codés.</i></p>
<p>Période de calcul</p>	<p>L'année de fin de la 1^{ère} hospitalisation (peu importe sa durée), si elle est suivie d'une 2^{ème} hospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours, détermine l'année sur laquelle la réhospitalisation est comptabilisée.</p> <p>Si la 1^{ère} hospitalisation de l'année N fait suite, dans un délai de 1 à 7 jours, à une hospitalisation terminée en année N-1 alors il s'agit d'une réhospitalisation à comptabiliser dans le taux de l'année N-1 (cf. critères d'exclusion et schéma n° 3 « Année prise en compte pour comptabiliser la réhospitalisation »)</p>
<p>Source de données</p>	<p>PMSI-MCO</p>

Version de classification des GHM

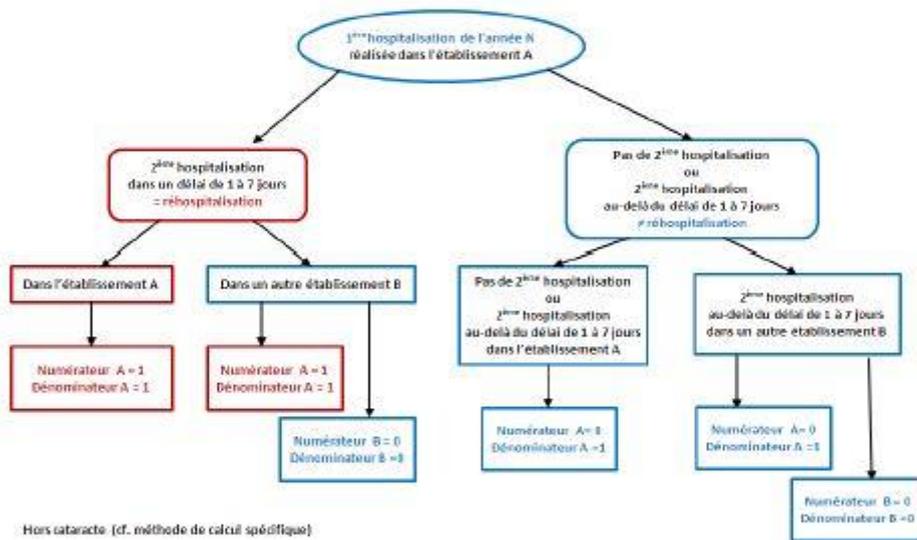
Le calcul du taux de réhospitalisations de l'année N (cf. période de calcul) est effectué à partir des bases PMSI des années N, N-1 et N+1

Pour travailler à version de classification des GHM constante :

- se référer à la version de classification en vigueur au 1^{er} mars de l'année N et grouper les séjours de janvier-février de l'année N dans la même version
- limiter la période d'analyse N+1 aux mois de janvier-février codés selon la même version

B. Schémas pour comprendre

► **Schéma 1 : Calcul du numérateur et du dénominateur du taux de réhospitalisation de l'année N**



Annexe 3. Score de comorbidités de Charlson, mise à jour selon Quan et al. (20)

Table 2. Risk-Adjusted Hazard Ratio for Mortality Within 1 Year After Hospital Discharge Among 55,929 Patients Aged ≥ 18 Years, Calgary, Alberta, Canada, 2004

Variable	Hazard Ratio	Updated Weight	Charlson Weight
Male sex	1.28		
Age ≥ 65 years	4.40		
Charlson comorbidity ^a			
Myocardial infarction	0.99*	0	1
Congestive heart failure	1.91	2	1
Peripheral vascular disease	1.10*	0	1
Cerebrovascular disease	1.10*	0	1
Dementia	2.39	2	1
Chronic pulmonary disease	1.28	1	1
Rheumatologic disease	1.30	1	1
Peptic ulcer disease	1.08*	0	1
Mild liver disease	1.94	2	1
Diabetes without chronic complications	1.12*	0	1
Diabetes with chronic complications	1.22	1	2
Hemiplegia or paraplegia	2.26	2	2
Renal disease	1.43	1	2
Any malignancy, including leukemia and lymphoma	2.28	2	2
Moderate or severe liver disease	3.83	4	3
Metastatic solid tumor	6.01	6	6
AIDS/HIV	3.69	4	6
Maximum comorbidity score		24	29

Abbreviations: AIDS, acquired immunodeficiency syndrome; HIV, human immunodeficiency virus.

* $P > 0.05$.

^a The following comorbid conditions were mutually exclusive: diabetes with chronic complications and diabetes without chronic complications; mild liver disease and moderate or severe liver disease; and any malignancy and metastatic solid tumor.

Annexe 4. Extraits de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, 10^{ème} révision, édition française. (21)

G45 Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés

À l'exclusion de : ischémie cérébrale du nouveau-né (P91.0)

G45.0 Syndrome vertébrobasilaire

G45.1 Syndrome carotidien (hémisphérique)

G45.2 Accident ischémique transitoire de territoires artériels précérébraux multiples et bilatéraux

G45.3 Amaurose fugace

G45.4 Amnésie globale transitoire

À l'exclusion de : amnésie SAI (R41.3)

G45.8 Autres accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés

G45.9 Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision

Ischémie cérébrale transitoire SAI

Spasme de l'artère cérébrale

I26 Embolie pulmonaire

Comprend : infarctus
thromboembolie
thrombose

(d'une artère) (d'une veine) pulmonaire

À l'exclusion de : compliquant :

- avortement, grossesse extra-utérine ou molaire (O00-O07, O08.2)
- grossesse, accouchement et puerpéralité (O88.-)

I26.0 Embolie pulmonaire, avec mention de cœur pulmonaire aigu

Cœur pulmonaire aigu SAI

I26.9 Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu

Embolie pulmonaire SAI

I50 Insuffisance cardiaque

À l'exclusion de : après chirurgie cardiaque ou due à la présence d'une prothèse cardiaque (I97.1) compliquant :

- acte de chirurgie obstétricale ou acte à visée diagnostique et thérapeutique obstétrical (O75.4)
 - avortement, grossesse extra-utérine ou molaire (O00-O07, O08.8) due à l'hypertension (I11.0)
 - avec néphropathie (I13.-)
- insuffisance cardiaque du nouveau-né (P29.0)

I50.0 Insuffisance cardiaque congestive

Insuffisance ventriculaire droite (secondaire à une insuffisance cardiaque gauche)

Maladie congestive du cœur

I50.1 Insuffisance ventriculaire gauche

Asthme cardiaque

Insuffisance cardiaque gauche

Œdème :

- du poumon
 - pulmonaire
- avec mention de maladie cardiaque SAI ou d'insuffisance cardiaque

I50.9 Insuffisance cardiaque, sans précision

Insuffisance cardiaque ou myocardique SAI

I63**Infarctus cérébral**

Comprend : occlusion et sténose des artères cérébrales et précérébrales (incluant le tronc artériel brachiocéphalique), entraînant un infarctus cérébral

À l'exclusion de : séquelles d'infarctus cérébral (I69.3)

- I63.0 **Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales**
- I63.1 **Infarctus cérébral dû à une embolie des artères précérébrales**
- I63.2 **Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères précérébrales, de mécanisme non précisé**
- I63.3 **Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales**
- I63.4 **Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales**
- I63.5 **Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé**
- I63.6 **Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène**

J15**Pneumopathies bactériennes, non classées ailleurs**

Comprend : bronchopneumopathie due à des bactéries autres que *S. pneumoniae* et *H. influenzae*

À l'exclusion de : maladie des légionnaires (A48.1)

- pneumopathie :
- congénitale (P23.-)
 - due à *Chlamydia* (J16.0)

- J15.0 **Pneumopathie due à *Klebsiella pneumoniae***
- J15.1 **Pneumopathie due à *Pseudomonas***
- J15.2 **Pneumopathie due à des staphylocoques**
- J15.3 **Pneumopathie due à des streptocoques, groupe B**
- J15.4 **Pneumopathie due à d'autres streptocoques**

À l'exclusion de : pneumonie due à (des) :

 - *Streptococcus pneumoniae* (J13)
 - streptocoques, groupe B (J15.3)
- J15.5 **Pneumopathie due à *Escherichia coli***
- J15.6 **Pneumopathie due à d'autres bactéries à Gram négatif**

Pneumopathie due à :

 - bactéries (aérobies) à Gram négatif SAI
 - *Serratia marcescens*
- J15.7 **Pneumopathie due à *Mycoplasma pneumoniae***
- J15.8 **Autres pneumopathies bactériennes**
- J15.9 **Pneumopathie bactérienne, sans précision**

J18**Pneumopathie à microorganisme non précisé**

À l'exclusion de : abcès du poumon avec pneumopathie (J85.1)
affections pulmonaires interstitielles médicamenteuses (J70.2-J70.4)

- pneumopathie (par) :
- congénitale (P23.9)
 - due à des agents externes (J67-J70)
 - inhalation (de) :
 - SAI (J69.0)
 - due à une anesthésie au cours de :
 - grossesse (O29.0)
 - puerpéralité (O89.0)
 - travail et accouchement (O74.0)
 - huile (J69.1)
 - substances solides et liquides (J69.-)
 - interstitielle :
 - SAI (J84.9)
 - commune (J84.1)
 - d'inhalation du nouveau-né (P24.9)

J18.0 Bronchopneumopathie, sans précision

À l'exclusion de : bronchiolite (J21.-)

J18.1 Pneumopathie lobaire, sans précision**J18.2 Pneumopathie hypostatique, sans précision****J18.8 Autres pneumopathies, microorganisme non précisé****J18.9 Pneumopathie, sans précision****J44****Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques**

Comprend : asthme obstructif
bronchite :

- asthmatique (obstructive)
- avec obstruction des voies aériennes
- emphysémateuse
- obstructive

 trachéobronchite obstructive

} chronique

À l'exclusion de : asthme (J45.-)
bronchectasie (J47)
bronchite :

- asthmatique SAI (J45.9)
- chronique :
 - SAI (J42)
 - simple et mucopurulente (J41.-)

 emphysème (J43.-)
maladies du poumon dues à des agents externes (J60-J70)
trachéite chronique (J42)
trachéobronchite chronique (J42)

J44.0 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures

À l'exclusion de : avec grippe (J09-J11)

J44.1 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision

J44.8 Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques précisées
Bronchite chronique :
• asthmatique (obstructive) SAI
• emphysémateuse SAI
• obstructive SAI
À l'exclusion de : avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures (J44.0)
avec épisodes aigus (J44.1)

J44.9 Maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision
Maladie :
• chronique obstructive des voies aériennes SAI
• pulmonaire obstructive chronique SAI

K56

Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie

À l'exclusion de : avec hernie (K40-K46)
étranglement :
• congénital ou sténose congénitale de l'intestin (Q41-Q42)
• ischémique de l'intestin (K55.1)
iléus méconial (E84.1)
occlusion (du) :
• duodénum (K31.5)
• intestinale postopératoire (K91.3)
sténose de l'anus ou du rectum (K62.4)

K56.0 Iléus paralytique

Paralyse de :
• côlon
• intestin
À l'exclusion de : iléus :
• SAI (K56.7)
• biliaire (K56.3)
• occlusif SAI (K56.6)

K56.1 Invagination

Invagination de :
• côlon
• intestin
• rectum
À l'exclusion de : invagination de l'appendice (K38.8)

K56.2 Volvulus

Étranglement
Torsion | du côlon ou de l'intestin

K56.3 Iléus biliaire

Occlusion de l'intestin par calculs biliaires

K56.4 Autres obstructions de l'intestin

Entérolithe
Obstruction (du) :
• côlon
• fécale

K56.5 Adhérences de l'intestin [brides], avec occlusion

Adhérences péritonéales [brides], avec occlusion intestinale

K56.6 Occlusions intestinales, autres et sans précision

Entérosténose
Iléus occlusif SAI
Occlusion
Rétrécissement | du côlon ou de l'intestin
Sténose

À l'exclusion de : occlusions intestinales du nouveau-né, autres et sans précision (P76.8–P76.9)

K56.7 Iléus, sans précision

K80**Cholélithiase****K80.0****Calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite aiguë**

Tout état mentionné en K80.2 avec cholécystite aiguë

K80.1**Calcul de la vésicule biliaire avec une autre forme de cholécystite**

Cholécystite avec cholélithiase SAI

Tout état mentionné en K80.2 avec cholécystite (chronique)

K80.2**Calcul de la vésicule biliaire sans cholécystite**

Calcul (bloqué) de :

• canal cystique

• vésicule biliaire

Cholécystolithiase

Cholélithiase

Colique biliaire (récurrente)

sans précision ou sans cholécystite

K80.3**Calcul des canaux biliaires avec angiocholite**

Tout état mentionné en K80.5 avec angiocholite

K80.4**Calcul des canaux biliaires avec cholécystite**

Tout état mentionné en K80.5 avec cholécystite (avec angiocholite)

K80.5**Calcul des canaux biliaires sans angiocholite ni cholécystite**

Calcul (bloqué) d'un canal biliaire SAI

Cholélithiase hépatique

Colique hépatique (récurrente)

Lithiase du canal cholédoque

sans précision ou sans angiocholite ni cholécystite

K80.8**Autres cholélithiases****N10****Néphrite tubulo-interstitielle aiguë***Comprend :* Néphrite interstitielle infectieuse

Pyélite

Pyélonéphrite

aiguë

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire (B95-B98) pour identifier l'agent infectieux.

R18**Ascite***Comprend :* Épanchement péritonéal

S06**Lésion traumatique intracrânienne**

Note : Pour coder une cause principale de lésion traumatique intracrânienne associée à des fractures, se référer aux règles et instructions du volume 2 concernant le codage de la morbidité ou de la mortalité.

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées comme caractère supplémentaire lorsqu'il n'est pas possible ou désiré d'utiliser le codage multiple pour identifier les lésions traumatiques intracrâniennes et les plaies ouvertes :

- 0 Sans plaie intracrânienne ouverte
- 1 Avec plaie intracrânienne ouverte

S06.0**Commotion**

Commotion cérébrale

S06.1**Œdème cérébral traumatique****S06.2****Lésion traumatique cérébrale diffuse**

Compression cérébrale traumatique SAI

Contusion		cérébrale SAI
Lacération		

S06.3**Lésion traumatique cérébrale en foyer**

Contusion

Hémorragie traumatique		cérébrale, en foyer
Lacération		

S06.4**Hémorragie épidurale**

Hémorragie extradurale (traumatique)

S06.5**Hémorragie sousdurale traumatique****S06.6****Hémorragie sousarachnoïdienne traumatique****S06.7****Lésion traumatique intracrânienne avec coma prolongé****S06.8****Autres lésions traumatiques intracrâniennes**

Hémorragie traumatique :

- cérébelleuse
- intracrânienne SAI

S06.9**Lésion traumatique intracrânienne, sans précision**

Traumatisme cérébral SAI

À l'exclusion de : lésion traumatique de la tête SAI (S09.9)

S72**Fracture du fémur**

Les subdivisions suivantes doivent être utilisées comme cinquième caractère pour identifier les fractures et les plaies ouvertes. Une fracture non précisée fermée ou ouverte doit être classée comme fermée.

- 0 Fracture fermée
- 1 Fracture ouverte

S72.0**Fracture du col du fémur**

Fracture de la hanche SAI

S72.1**Fracture du trochanter**

Fracture :

- intertrochantérienne
- trochantérienne

S72.2**Fracture soustrochantérienne****S72.3****Fracture de la diaphyse fémorale****S72.4****Fracture de l'extrémité inférieure du fémur****S72.7****Fractures multiples du fémur****S72.8****Fracture d'autres parties du fémur****S72.9****Fracture du fémur, partie non précisée**

Annexe 5. Fiche thématique n°8 Scan Santé. (2)

Taux de réhospitalisation en 2016

11 millions de patients ont eu une hospitalisation index en MCO et 2,7 millions de patients, soit un quart, ont été réhospitalisés quel que soit le délai, dans l'année 2016.

La réhospitalisation a eu lieu :

- pour 10,7% (293 530 / 2 739 959) des patients, dans un délai de 1 à 7 jours
- pour la moitié, dans un délai inférieur à 2 mois
- pour les trois quarts dans un délai inférieur à 4 mois

Tableau 2 – Taux de réhospitalisation selon le délai, 2016

	Nombre de patients avec réhospitalisation	Taux de réhospitalisation	Part cumulée des patients réhospitalisés
1-7 jours	293 530	2,7%	10,7%
8-30 jours	668 243	6,1%	35,1%
31-60 jours	511 849	4,7%	53,6%
61-90 jours	320 829	2,9%	65,5%
91-120 jours	241 974	2,2%	74,3%
+ de 120 jours	703 534	6,4%	100,0%
	2 739 959	24,9%	

RH7

Le taux de patients ayant une réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours est de 2,7% en 2016. Ce taux de réhospitalisation est stable sur la période 2014-2016.

Note de lecture : dans la suite de ce document, le terme réhospitalisation renvoie exclusivement à des réhospitalisations intervenant dans un délai de 1 à 7 jours (RH7).

Caractérisation du taux de réhospitalisation en 2016

Quelles sont les **caractéristiques des patients et des séjours** concernés ? Certaines caractéristiques (ex. entrée par les urgences) sont-elles plus fréquentes quand une hospitalisation index est suivie d'une réhospitalisation ?

Les paragraphes suivants visent ainsi à mettre en perspective :

- la part d'une caractéristique dans l'ensemble de la population index, soit les 11 millions de patients ayant eu une hospitalisation index (suivie ou non de réhospitalisation) ;
- la part d'une caractéristique de l'hospitalisation index (suivi d'une réhospitalisation) ;
- la part d'une caractéristique de la réhospitalisation.

- Un taux de réhospitalisation plus élevé **chez les hommes** et qui augmente avec l'âge

Les femmes sont plus nombreuses à être hospitalisées en MCO (6,1 millions de femmes hospitalisées *versus* 4,9 millions d'hommes) du fait de la maternité et d'une espérance de vie plus longue.

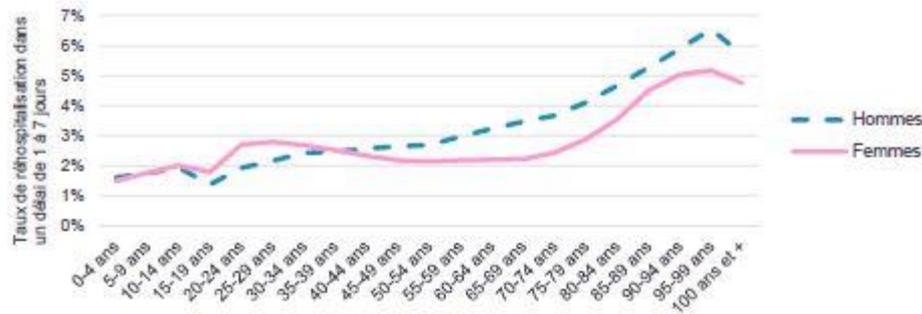
RH7

En revanche, le taux de réhospitalisation est globalement plus élevé chez les hommes, il atteint 2,9% versus 2,5% chez les femmes.

RH7

Le taux de réhospitalisation augmente avec l'âge. Il est de 1,6% chez les moins de 20 ans, 2,5% chez les patients âgés de 20 à 39 ans, 3,0% chez les patients âgés de 60 à 79 ans et de 4,5% chez les patients âgés de 80 ans et plus.

Figure 1 : Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours par classe d'âge et par sexe, 2016



• Un taux d'entrée par les urgences plus élevé pour les patients réhospitalisés

Globalement, parmi les 11 millions de patients ayant une hospitalisation index, 21,4% sont entrés par les urgences.

Pour les 293 530 patients réhospitalisés :

- 36,0% sont entrés par les urgences pour l'hospitalisation index
- 36,1% sont entrés par les urgences pour la réhospitalisation
- 21,3% sont entrés par les urgences pour l'hospitalisation index et pour la réhospitalisation

RH7 Le taux de réhospitalisation est de 2,2% lorsque le patient est venu directement (sans passage par les urgences) depuis son domicile pour son hospitalisation index, et de 4,5% lorsqu'il est entré par les urgences pour son hospitalisation index.

• La réhospitalisation est plus fréquente après un premier séjour avec sévérité

- 11,7% des hospitalisations index présentent une sévérité (niveaux 2 à 4) hors obstétrique. Cette part atteint 22,2% pour les patients ayant une réhospitalisation.
- S'agissant de la réhospitalisation, 27,6% des séjours présentent un niveau de sévérité de 2 à 4 : 14,2% des réhospitalisation ont un niveau 2 de sévérité, 10,1% un niveau 3 de sévérité et 3,3% un niveau 4 de sévérité.

RH7 Le taux de réhospitalisation augmente avec le niveau de sévérité du premier séjour. Il est de 3,0% après un premier séjour sans sévérité (niveau 1), et atteint 6,9% après un premier séjour avec un niveau de sévérité 4.

• La réhospitalisation est moins fréquente après une prise en charge ambulatoire

- Près d'une hospitalisation index sur deux est effectuée en ambulatoire (47,3%). Parmi les patients réhospitalisés, environ une hospitalisation index sur trois a été effectuée en ambulatoire (33,4%).
- S'agissant du mode de prise en charge de la réhospitalisation, plus d'un patient sur quatre est pris en charge en ambulatoire (27,4%).

RH7 Le taux de réhospitalisation est moins élevé lorsque l'hospitalisation index est réalisée en ambulatoire (1,9%) que lorsqu'elle est réalisée en hospitalisation complète (3,4%), quelle que soit l'activité (médecine, chirurgie et obstétrique).

- Un taux de réhospitalisation trois fois plus élevé en médecine qu'en chirurgie

Globalement, l'activité de médecine (séjours sans acte classant) représente moins d'une hospitalisation index sur trois. En revanche, elle concerne une hospitalisation index sur deux (54% cf. figure 2) pour les patients ayant une réhospitalisation.

Figure 2 – Répartition des patients réhospitalisés selon l'activité de soins du séjour index, 2016.



RH7

Le taux de réhospitalisation est le plus élevé lorsque l'hospitalisation index est effectuée en médecine, il atteint 5,0%. Ce taux ne varie pas selon le type de prise en charge (avec ou sans nuitée).

RH7

Le taux de réhospitalisation est le plus faible pour les patients dont l'hospitalisation index est chirurgicale ou concerne des techniques peu invasives, il est de 1,6% dans les deux cas. Le taux de réhospitalisation est plus faible lorsque l'hospitalisation index a eu lieu en ambulatoire : 1,0% versus 2,4% en hospitalisation complète.

RH7

Le taux de réhospitalisation est de 2,1% en obstétrique : 2,8% pour l'obstétrique mère et 1,1% pour.

Toutefois, il s'agit de taux globaux par activité et la dispersion du taux de réhospitalisation au sein de chaque activité peut être importante, ce qui nécessite d'affiner l'approche par racine de GHM.

- Réhospitalisations et racines de GHM

Les restitutions suivantes ciblent les racines de GHM des hospitalisations index suivies du plus grand nombre de réhospitalisations.

En complément, les racines de GHM pour lesquelles le taux de réhospitalisation est le plus élevé sont citées mais elles concernent souvent de petits effectifs.

✓ En médecine (Séjours sans acte classant : GHM en M ou Z, hors CMD 14 et CM 15)

- Parmi les hospitalisations index, la racine de GHM « autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 » (23M20) est suivie du plus grand nombre de réhospitalisations. 3,0% de l'ensemble des réhospitalisations (293 530) surviennent après un premier séjour pour cette racine de GHM. Le taux de réhospitalisation pour cette racine est de 6,5%.
- Les deux racines de GHM suivantes en nombre de réhospitalisations sont « insuffisance cardiaque et états de choc circulatoire » (05M09) et « douleurs abdominales » (06M12) ; leur taux respectif de réhospitalisation est de 6,7% et 6,5%.

Tableau 3 – Médecine, racines de GHM de l'hospitalisation index selon l'ordre décroissant du nombre de réhospitalisations en 2016

Racine	Libellé	Nombre de patients avec réhospitalisation	Nombre de patients avec séjour index	Taux de réhospitalisation	Poids dans les réhospitalisations
23M00	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	8 860	136 626	6,5%	3,0%
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	4 424	65 769	6,7%	1,5%
05M12	Douleurs abdominales	4 167	67 745	6,2%	1,4%
07M02	Affections des voies biliaires	4 101	28 847	14,2%	1,4%
16M11	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	3 462	48 421	7,1%	1,2%
11M02	Lithiases urinaires	3 433	36 180	9,5%	1,2%
05M03	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	3 389	92 093	3,7%	1,2%
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	3 087	68 826	4,5%	1,1%
05M08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	2 689	57 241	4,7%	0,9%
20Z04	Bhyllisme avec dépendance	2 407	23 785	10,1%	0,8%

Les taux de réhospitalisation les plus élevés en médecine sont observés pour les :

- « actes non effectués en raison d'une contre-indication » (23M15) : 20,5% pour près de 1 600 patients réhospitalisés
- « tumeurs malignes du système nerveux » (01M26) : 20,9%
- « tumeurs malignes de l'œsophage et de l'estomac » (06M13) : 16,0%
- « tumeurs malignes de l'appareil génital féminin » (13M03) et les « leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans » (17M09) : 15,0%, mais ces racines de GHM concernent moins de 500 patients réhospitalisés chacune.

RH7

✓ En chirurgie (GHM en C, hors CMD 14 et CM 15)

- Les hospitalisations index en chirurgie suivies du plus grand nombre de réhospitalisations concernent la racine de GHM « interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires » (11C11) ; le taux de réhospitalisation pour cette racine est de 9,8%.
- Pour les « interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » (02C05) le taux de réhospitalisation est plus faible (0,7%) mais le nombre de patients réhospitalisés reste élevé du fait d'un grand nombre de séjours index. An oter que pour cette racine de GHM, la réhospitalisation est comptabilisée à partir de la seconde intervention dans un délai de 1 à 7 jours, et non de la première (cf. définition).

Tableaux 4 – Chirurgie, racines de GHM de l'hospitalisation index selon l'ordre décroissant du nombre de réhospitalisations en 2016

Racine	Libellé	Nombre de patients avec réhospitalisation	Nombre de patients avec séjour index	Taux de réhospitalisation	Poids dans les réhospitalisations
11C11	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires	3 980	40 548	9,8%	1,4%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	3 309	483 917	0,7%	1,1%
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	2 784	55 448	5,0%	0,9%
05C17	Ligatures de veines et éveillages	2 499	91 317	2,7%	0,9%
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	2 264	89 078	2,5%	0,8%

RH7

Le taux de réhospitalisation le plus élevé en chirurgie est de 15,8% pour les « poses d'un stimulateur médullaire » (01C10), mais il ne concerne que 417 patients.

✓ Pour les techniques peu invasives (GHM en K, hors CMD 14 et 15)

Les hospitalisations index pour techniques peu invasives suivies du plus grand nombre de réhospitalisations concernent les « actes diagnostiques par voie vasculaire » (05K10). Le taux de réhospitalisation pour cette racine de GHM est de 6,9%. Viennent ensuite les endoscopies (racines 06K04 et 06K02) du fait d'un fort volume d'activité mais avec un faible taux de réhospitalisation (0,9%).

Tableau 5 – Techniques peu invasives, racines de GHM de l'hospitalisation index selon l'ordre décroissant du nombre de réhospitalisations en 2016

Racine	Libellé	Nombre de patients avec réhospitalisation	Nombre de patients avec séjour index	Taux de réhospitalisation	Poids dans les réhospitalisations
05K10	Actes diagnostiques par voie vasculaire	8 493	122 841	6,9%	2,9%
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	7 480	847 790	0,9%	2,5%
06K02	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	4 376	464 027	0,9%	1,5%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	2 909	69 578	4,2%	1,0%
23K02	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	1 817	103 528	1,8%	0,6%

RH7

Le taux de réhospitalisation le plus élevé pour les techniques peu invasives est de 65,2% pour les « brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire » (22K02), mais ne concerne que 199 patients réhospitalisés.

Viennent ensuite les « séjours pour douleurs chroniques rebelles comprenant un bloc ou une infiltration, en ambulatoire » (01K05) avec un taux de réhospitalisation de 40,5%, mais ne concerne que 526 patients.

✓ En obstétrique (CMD 14 et CM 15)

Les hospitalisations index en obstétrique mère (CMD 14) suivies du plus grand nombre de réhospitalisations concernent principalement les « affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale » (14M03) et le « faux travail et menaces d'accouchements prématurés » (14Z16), avec des taux de réhospitalisation respectifs de 15,7% et 18,6%. Ce sont au total 20 000 patientes qui ont été réhospitalisées après une hospitalisation index relevant de l'une de ces deux racines de GHM.

Tableau 6 – Obstétrique, racines de GHM de l'hospitalisation index selon l'ordre décroissant du nombre de réhospitalisations en 2016

Racine	Libellé	Nombre de patients avec réhospitalisation	Nombre de patients avec séjour index	Taux de réhospitalisation	Poids dans les réhospitalisations
14M03	Affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale	11 982	76 551	15,7%	4,1%
14Z16	Faux travail et menaces d'accouchements prématurés	7 612	41 015	18,6%	2,6%
15M05	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1)	6 510	641 132	1,0%	2,2%
14Z08	Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours	1 602	142 363	1,1%	0,5%
14Z14	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare	1 247	290 412	0,4%	0,4%

En obstétrique enfant (CM15), il s'agit essentiellement de réhospitalisations suite à une l'hospitalisation index de « nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1) » (15M05) avec un taux de réhospitalisation de 1,0%.

RH7

Le taux de réhospitalisation le plus élevé en obstétrique est de 21,5% suite aux « grossesses ectopiques sans intervention chirurgicale » (14Z15) mais ne concerne que 730 patientes réhospitalisées.

Février 2018

RESUME

REHOSPITALISATIONS A SEPT JOURS DES PATIENTS ADMIS DEPUIS LES URGENCES POUR UN MOTIF MEDICAL : PREVALENCE, CARACTERISTIQUES ET FACTEURS ASSOCIES

A. Manuel, F. Olive, N. Mitton, B. Boussat, L. Bouillet, C. Wintenberger

Introduction : Le taux de réhospitalisations dans un délai de 1 à 7 jours (RH7) est un indicateur de la qualité des soins dispensés par une structure hospitalière. L'objectif principal du travail est de réaliser une description des séjours index (SI) et de leurs RH7, puis de rechercher des facteurs favorisant celles-ci.

Patients et méthodes : Une étude observationnelle rétrospective a été menée au CHU Grenoble Alpes en 2017. Les séjours de patients admis *via* les urgences pour une pathologie médicale étaient inclus lorsqu'ils répondaient aux critères de l'indicateur ministériel. Les données médico-démographiques des patients et les caractéristiques calendaires et organisationnelles des séjours étaient recueillies. Le caractère programmé ou non de la RH7 était recherché.

Résultats : Sept mille vingt SI ont été inclus, dont 355 (5.06%) ont été suivis d'une RH7. Cent quatorze (32%) étaient programmées. Les facteurs favorisant une RH7 non programmée étaient : l'âge de 75 ans ou plus (57.26% vs. 44.59%, $p<0.01$), un score de comorbidités de Charlson de 4 ou plus (16.60% vs. 10.34%, $p<0.01$) et un nombre de séjours dans l'année antérieure dans l'établissement de 3 ou plus (15.35% vs. 8.30%, $p<0.01$). Les SI suivis d'une RH7 avaient une durée moyenne de séjour significativement plus longue (8.08 vs. 7.26 jours, $p=0.051$) que ceux non suivis de RH7. Les patients ayant un SI pour infarctus cérébral ou accident vasculaire transitoire étaient statistiquement moins réhospitalisés ; tandis que les SI pour iléus fonctionnel présentaient un risque majoré de RH7 non programmée (3.73% vs. 1.60%, $p<0.05$).

Conclusion : Les RH7 sont rares, mais favorisées par les caractéristiques médico-démographiques des patients. L'indicateur ministériel de RH7 ne permet pas de distinguer les RH7 programmées ou non.

MOTS CLES : réhospitalisation précoce, urgences, qualité, âge, durée de séjour.

Filière : Spécialités médicales – Médecine interne