



HAL
open science

Fréquence de consultation du médecin généraliste à 30 jours des sujets âgés de 75 ans et plus, rentrés à domicile à l'issue de leur admission aux urgences

Guillaume Legris

► To cite this version:

Guillaume Legris. Fréquence de consultation du médecin généraliste à 30 jours des sujets âgés de 75 ans et plus, rentrés à domicile à l'issue de leur admission aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01960019

HAL Id: dumas-01960019

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01960019v1>

Submitted on 19 Dec 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

**FREQUENCE DE CONSULTATION DU MEDECIN GENERALISTE A 30 JOURS
DES SUJETS AGES DE 75 ANS ET PLUS, RENTRES A DOMICILE A L'ISSUE DE
LEUR ADMISSION AUX URGENCES**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Guillaume LEGRIS

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 17/12/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury : Mme le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres :

Mr le Professeur Pascal COUTURIER

Mr le Docteur Yoann GABOREAU, Maître de Conférences des Universités

Mr le Docteur Cyril BESSON (directeur 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 2018-2019

ENSEIGNANTS DE 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	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
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
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
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	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
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

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
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	COUTTON Charles	Génétique
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	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-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 Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
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

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAJNIK 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	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
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	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
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	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

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
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	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN 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	ZAOUT 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

Table des matières

Remerciements	7
Résumé	12
Abstract	13
Introduction	15
Matériel et méthode	16
Type d'étude.....	16
Population étudiée	16
Consentement et éthique	16
Paramètres mesurés et recueil des données	17
Analyse statistique	19
Résultats	20
Caractéristiques des patients	20
Caractéristiques de la venue	20
Caractéristiques de la prise en charge aux urgences	22
Description des situations cliniques	22
Consultation du médecin généraliste	23
Réadmission à l'hôpital	24
Comparaison des patients réadmis et non réadmis	25
Comparaison des consultants aux non-consultants.....	26
Discussion	27
Limites liées à l'objectif principal	27
Caractéristiques des patients	27
Caractéristiques de la venue	29
Examens complémentaires et actes techniques.....	29
Situations justifiant un contrôle par le médecin généraliste	30
Courrier de sortie et consigne de consulter un médecin généraliste	30
Réadmission à l'hôpital et consultation du médecin généraliste dans les 30 jours	31
Comparaison des patients réadmis aux non réadmis	32
Comparaison des patients ayant consulté à ceux n'ayant pas consulté	34
Conclusions	35
Références	37
Annexes	39
Serment d'Hippocrate	44

Remerciements

Aux membres du Jury pour l'honneur qu'ils me font de juger ce travail :

Mme le **Professeur Françoise Carpentier**, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Merci de m'avoir permis d'apprendre la médecine d'urgence, en m'acceptant au sein de la formation du DESC, à laquelle vous avez tant œuvré. Merci de la confiance que vous m'avez accordée tout au long de mes études, de mes débuts en tant que résident, jusqu'à ma soutenance de thèse qui les conclut. Je vous témoigne mon profond respect et espère être à la mesure de ce beau métier auquel vous me permettez d'accéder.

Mr le **Docteur Cyril Besson**, qui a su être le directeur de thèse que je souhaitais. Ton implication dans ce travail a été totale, tu t'es toujours rendu disponible pour écouter et orienter mes réflexions récurrentes dans le meilleur sens. Tu as su m'encourager efficacement lorsque je doutais, car je crois que tu partages sincèrement mes inquiétudes et mes ambitions vis-à-vis du sujet de ce travail. Je suis fier d'avoir pu mener à bien cette thèse avec toi et ma reconnaissance est sincère.

Mr le **Docteur Yoann Gaboreau**, pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail. Merci de m'avoir encouragé à poursuivre sur ce sujet, en lien avec une autre belle spécialité qu'est la médecine générale.

Mr le **Professeur Pascal Couturier**, votre avis de spécialiste en gériatrie est primordial. Merci d'avoir accepté d'être juge de ce travail sans me connaître. Soyez assuré de toute ma gratitude pour votre investissement.

Aux participants de ce travail :

Mme **Hélène Baysson**, Mr le **Professeur Jacques Gaillat** et Mr le **Docteur Matthieu Debray** pour m'avoir aidé à préciser mon sujet d'étude et avoir eu la patience de relire sa méthodologie. Je vous sais gré d'avoir su vous rendre disponibles et de m'avoir apporté votre soutien au moment opportun.

A mes aîné(e)s et ceux qui m'ont patiemment enseigné leur savoir. Vous m'avez permis de me construire en tant que médecin et j'espère me montrer digne de ces apprentissages.

A toute **l'équipe des urgences et du SAMU de Grenoble** pour m'avoir donné l'envie de poursuivre dans cette spécialité. Vous m'avez accompagné depuis mes débuts, notamment durant mon résidanat, et avez conforté mon choix. Chacun à votre manière vous avez contribué à forger ma façon de voir la médecine d'urgence, par vos valeurs, vos opinions et surtout votre énergie. C'est avec plaisir je reviendrai parmi vous très prochainement !

Au **Drs Claire Millet et Emmanuel Bochet**, qui avez su me transmettre votre passion de la gériatrie. Vous m'avez énormément appris, par vos connaissances et votre expérience, mais peut-être davantage par vos façons d'être, si différentes et complémentaires à la fois. Mon approche de la personne âgée est chaque jour guidée par les préceptes que vous m'avez transmis. Je vous suis infiniment reconnaissant d'avoir été si bienveillants.

A toute **l'équipe des soins continus de Saint-Ju**, pour votre accueil chaleureux et bienveillant. Vous avez été aux petits soins avec moi, tant sur le plan de la formation, qu'humainement. J'ai été honoré de partager ces quelques mois avec vous.

A toute **l'équipe de la réanimation d'Annecy**, pour ce cocktail de rigueur, de réflexion et de jovialité. Ce stage riche en émotions m'a beaucoup appris à me rassurer. Il est possible travailler avec sérieux et efficacité dans la bonne humeur, vous en êtes la preuve !

A **Paul, Nathalie, Jean-Paul et Monika** pour ce bel été à la montagne. Les connaissances de la médecine de montagne que vous m'avez transmises me sont toujours précieuses aujourd'hui. Merci pour m'avoir fait prendre conscience des difficultés de votre exercice, j'espère pouvoir avoir autant d'humilité que vous à l'avenir. Je vous souhaite beaucoup de bonheur et un hiver pas trop rude...

Aux **pédiatres et puéricultrices de Chambéry**, avec qui j'ai fait mes premiers pas parmi les petits. A vos côtés, ce semestre a été une belle découverte et je vous en remercie.

A **SOS médecins**, tout particulièrement à **Sophie** pour son énergie débordante et son sourire, et à **Claudie** pour m'avoir laissé parcourir la ville en toute confiance. Continuez-bien !

A toute **l'équipe des urgences de la Mutualiste** avec qui j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler cette année ! Votre accueil a été super, il m'a beaucoup aidé dans la prise de mes premières responsabilités, merci à vous !

A mes co-internes :

A toute la bande du **DESC de médecine d'urgence** et du **DIUMUM, Véronique, Anaïs, Sarah, Jeanne, Amaury, Virginie, Alphane, Enora, Pierrick, Anne et les autres...** Pour celles et ceux qui partagent cette passion de la médecine d'urgence jusque dans les fameuses boîtes de la région (à tort ou à raison ?), pour celles qui viennent se bousiller les doigts sur de la résine ou faire semblant dans la flotte ou sous terre, pour celles que je connais depuis l'externat : les années passent vite...

A ceux de la **pédiatrie**, avec qui je me suis bien marré malgré les gardes et les rhumes. Je n'ai jamais autant joué au ping-pong que cette année. Continuez-bien !

A ceux de la réanimation, **Victor, Sam, Arnaud, Adeline, Béatrice**, c'était un semestre de fou, que dire de plus ?

A mes amis, mes coloc, pour tous les moments partagés (ou subis) :

Note de l'auteur : Difficile d'écrire les remerciements... Je me retiens de mettre trop de bêtises ou de souvenirs fumeux car le monde entier pourrait lire cette thèse ! De toute façon, les principaux intéressés savent combien ils sont importants pour moi...

Aux têtes d'affiche, le gratin tout en haut du panier, la chemise sur le râteau, capables d'un flot de bêtises toujours plus tumultueux mais toujours présents pour moi : j'ai nommé la **BAM** !

Manon, pour ta sincérité, du réconfort au coup de gueule, pour ta joie de vivre et tes accès de folie ! Je pense qu'il est inutile que j'en dise plus, tu sais vers qui je me tourne en premier pour aller boire un verre ou me confier.

Benoit, pour ton humour taquin, un peu borderline, ta franchise, ta motivation, ton ambition et ta touche de mauvaise foi, on se ressemble quand même pas mal... Merci pour tous les bons moments, notamment dans les Landes, qui n'auraient pas été possibles sans toi, et tous ceux à venir !

Thomas, pour ton humour et ta maniaquerie, d'ailleurs pas incompatibles. Beaucoup de bons souvenirs de l'Islande, voyage qui nous a rapproché malgré quelques coups de sang ! (Et aussi pour ta touche de mauvaise foi, j'étais obligé par équité avec Benoit).

Guillaume, pour ta gentillesse et ta tolérance, je crois que personne ne peut dire le contraire. Garde ces précieuses qualités même si elles te jouent peut être parfois des tours ! A très vite au bar, au filet, dans les baskets, sur le vélo ou sur les skis !

Claire J, les moments difficiles que nous avons traversé font partie nos vies et n'ont été que passagers. Je garde surtout en tête tous les bons moments que l'on a vécu tous les deux, au quotidien comme dans nos voyages à l'autre bout du monde !

Claire AB, pour ton sourire ! Tu survis aux sessions planche à voile de Toto et tu mérites à juste titre ta place dans la BAM. Encore plein de bons moments à venir en ta compagnie !

Et sans oublier :

Alexis, pour tous les moments coloc, pour toutes les soirées endiablées, pour avoir passé tous les partiels à côté de moi, pour tous les moments en montagne autour d'un feu de camp ou sur les skis, pour avoir partagé des bouts de voyage « à l'arrache » avec toi que je ne me lasse pas de raconter...

Anthéa, pour t'avoir faire tourner plus que n'importe qui dans nos rocks virevoltants, pour ton écoute quand j'en ai eu besoin, pour la paella de ta maman, pour ton planning surchargé et pour m'avoir appris à reconnaître le blond vénitien. Et j'en passe !

Charlène, si nos contacts ont pu être un peu « en accordéon », proches et lointains, entre les délires corses et nos entrevues plus récentes, on partage des valeurs qui comptent plus que nos différences de caractère. Tu es restée une vraie amie que j'ai grand plaisir à retrouver !

Adrien, on a grandi ensemble pendant tellement d'années, entre les cabanes dans les arbres, les partie de Mario, le Monopoly aux règles douteuses, nos premières soirées, nos galères amoureuses, les tannées que je t'ai mises au squash (si si)... On se connaît à notre façon et j'aimerais te voir plus souvent, les States c'est quand même loin !

Tous les autres lascars présents lors de notre congrès biennuel, au ski et à la mer, **Vincent** pour les fous rires, **Lisa** pour son imitation de la mouette, **Johanna** pour sa gentillesse et son caractère bien trempé, **Emilie** parce qu'elle est ingérable, **Yannick** pour son intelligence teintée de naïveté, et puis **tous les autres...**

Barbara, pour les discussions d'actualités, le pudding et pour ton côté tête en l'air tolérant France Culture au petit déj'... Bon voyage à Taïwan !

Rafael, pour les concerts, les pintes, le sport et les titres... Coloc au poil depuis un an et ce n'est pas fini, parait que le berrichon a de la ressource !

Mimine, tu ne sais pas miauler mais comme tu dors sur le dos je t'aime bien !

Marie, Victor et Hubert pour m'avoir chaleureusement accueilli, et pour tous les bons conseils... « Ca croustille sous les pieds les gars ! » « Faut bien laisser tremper une journée ! » « Je vais faire des pâtes en plus »...

A celle qui nécessite une nouvelle catégorie (A noter : flipper est mauvais pour la santé) :

Pasteur disait que « le hasard ne favorise que les esprits préparés ». Je crois que nous étions plus prêts que prévu et nos atomes crochus ont eu raison de saisir cette opportunité. Je te découvre une personnalité riche et complexe, pleine de motivation, de détermination, d'humour et de sensibilité, mais ce qui me fait craquer Tiphonie, c'est ton regard malicieusement complice !

A ma famille :

Adrien, on ne se voit pas assez mais on reste sur la même longueur d'onde, à quand un nouveau challenge sportif ?

Marie Françoise et Michel, pour votre accueil chaleureux à chaque fois que je passe près de Paris, et pour la pêche que vous avez !

Clarisse, on se connaît peu mais tu peux être fière de ce que tu as accompli, et je souhaite que la chance te sourie le plus possible.

Martine et Alain, vous avez une force de caractère qui me fait parfois réfléchir à ma petite vie sans embuches... Continuez de vous battre !

Annie et Rémi, pour votre convivialité, la cuisine et ne jamais avoir oublié mon anniversaire (ni aucun d'ailleurs) !

Marie-Hélène, Pascal, et mes cousins paternels, **Sylvain, Maxime et Josselin**, on s'est bien marré quand on était gamins, entre les parties de foot à la ferme, les essais de la rosalie, les courses de barque dans le marais poitevin... Merci pour ces bons souvenirs !

Ma grand-mère **Pierrette** qui a toujours été fière de moi, mon grand-père paternel **Jean** pour son amour du travail bien fait et la finesse de son humour...

Mes grands-parents maternels, je ne vous ai pas ou peu connus, mais je sais que certaines des valeurs qui me font aujourd'hui viennent de vous...

Nicolas, nos quelques années de différences nous ont conduits à ne pas toujours profiter ensemble de notre enfance et je suis ravi que nous ayons su nous rapprocher aujourd'hui. Nous n'avons pas le même caractère, mais lorsqu'il s'agit de dire des âneries, il n'y en a pas un pour rattraper l'autre... Laisse tes doutes de côté, fonce et tu resteras heureux !

Mes parents, vous savez ce que je pense au moment même où je le pense, vous avez toujours été là pour moi, dans les moments difficiles et dans ma réussite, rassurés ou inquiets lors de mes voyages, mais vous m'avez toujours fait confiance. C'est pour cela que je vous aime le plus.

Résumé

Contexte: Les patients âgés aux urgences sont de plus en plus nombreux. La moitié d'entre eux rentrent à domicile et le suivi repose alors sur le médecin généraliste.

Objectifs: L'objectif principal est de mesurer la fréquence de consultation du médecin généraliste à 30 jours des patients âgés de 75 ans et plus, après leur retour à domicile depuis les urgences. Les déterminants de la consultation, le taux de réadmission à l'hôpital à 30 jours et ses facteurs de risque ont été recherchés.

Méthode: Une étude descriptive, rétrospective, mono-centrique au sein des urgences d'Annecy, a été conduite. Les dossiers des urgences de 500 patients de 75 ans et plus admis en 2017 pour un motif médical et rentrés à domicile, ont été analysés. La présence d'une consultation de suivi a été obtenue par entretien téléphonique avec le médecin généraliste de chaque patient. Les réadmissions ont été identifiées informatiquement.

Résultats: Le médecin généraliste a été contacté pour 338 patients (67,6%). Une consultation de suivi est survenue pour 196 patients (58%), dans un délai médian de 6 jours. Elle a été plus fréquente pour les patients ayant une comorbidité cardiologique (OR 1.875 [IC95% 1,058-3,324]), pour ceux vivants seuls (1,957 [1,043-3,742]) et lorsque la consigne de reconsulter avait été donnée (1,844 [1,141-2,981]). Sur les 500 patients, 91 ont été réadmis (18,2%), dans un délai médian de 8 jours. L'âge supérieur à 85 ans (1,631 [1,035-2,570]) et la présence de plusieurs comorbidités (2,064 [1,165-3,659]) ont été prédictifs du risque de réadmission. La réalisation d'un examen d'imagerie en coupe a été associée à une réduction des réadmissions (0,255 [0,104-0,625]).

Conclusion: La consultation du médecin généraliste, fréquente et précoce à la sortie des urgences, pourrait être bénéfique pour tous les patients. Son impact sur le taux de réadmission mérite d'être étudié dans cette population.

Follow-up visit by general practitioner within 30 days for patients aged of 75 years and over discharged home from emergency department

Abstract

Background: Older people in emergency department are becoming more numerous. Half of them are discharged home and follow-up is based on the general practitioner.

Objectives: The main goal is to measure the rate of general practitioner consult, 30 days after a home-discharged from the emergency department, for patients aged 75 years and over.

Determinants of the consultation, 30-day hospital readmission rate and its risk factors were sought.

Method: A descriptive, retrospective, mono-centric study in the emergency department of Annecy was conducted. Emergency files of 500 patients aged 75 and over, admitted in 2017 for medical complaint, and discharged home, were analyzed. Presence of a follow-up consultation was obtained by phone interview with the general practitioner of each patient. Readmissions were identified by computer.

Results: General practitioner was contacted by phone for 338 patients (67.6%). A follow-up visit occurred for 196 patients (58%) within a median of 6 days. Patients with cardiological history (OR 1.875 [95%CI 1.058-3.324]), those who living alone (1.957, 1.043-3.742) and those to whom the instruction to consult has been given (1.844 [1.141-2.981]) have more often had a follow-up visit. Of the 500 patients, 91 were readmitted (18.2%) within a median of 8 days. Age greater than 85 years (1.631 [1.035-2.570]) and presence of several comorbidities (2.064 [1.165-3.659]) were predictive of readmission risk. Presence of a 3-dimensional imaging exam was associated with a lower readmission rate (0,255 [0,104-0,625]).

Conclusion: Follow-up consultation by general practitioner after an emergency home-discharge occurs early and frequently. It could be beneficial for all the patients and its impact on the readmission rate deserves to be studied in this population.

Fréquence de consultation du médecin généraliste à 30 jours des
sujets âgés de 75 ans et plus, rentrés à domicile à l'issue de leur
admission aux urgences

LEGRIS Guillaume

Sous la direction du Dr Cyril BESSON

Introduction

A l'échelle nationale en 2017, 12% des sujets admis aux urgences avaient 75 ans ou plus (1). La même année, sur le site d'Annecy du Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), 10% des admissions concernaient des sujets âgés de plus de 80 ans et ce taux a augmenté de 11% depuis 2013 (2). La prise en charge des patients âgés aux urgences est complexe en raison de la présence de comorbidités, d'une polymédication, d'une dépendance fonctionnelle et de présentations cliniques atypiques (3,4). Si cette complexité conduit à un taux d'hospitalisation élevé de 50%, la moitié des patients rentrent à domicile (1,2). La continuité des soins repose alors en grande partie sur le médecin généraliste, dont la consultation pourrait permettre de s'assurer de la bonne compréhension de la pathologie, de contrôler l'évolution, de traiter une éventuelle complication ou de réorienter le patient si nécessaire. Renforcer la coordination ville-hôpital est l'un des objectifs principaux mis en avant par notre politique de santé. Cependant, pour les personnes âgées, cette continuité des soins entre les urgences et le médecin généraliste reste mal connue. Ainsi, l'objectif principal de cette étude a été de mesurer la fréquence de la consultation du médecin généraliste à 30 jours, des patients âgés de 75 ans et plus, rentrés à domicile à l'issue de leur admission aux urgences.

Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, rétrospective, monocentrique, menée sur le site d'Annecy du CHANGE.

Population étudiée

Critères d'inclusion

Les patients âgés de 75 ans et plus, admis pour un motif médical aux urgences du CHANGE pendant l'année 2017 ont été inclus. La chute, définie comme un syndrome gériatrique (5), a été considérée comme un motif médical.

Critères de non-inclusion

Les patients admis pour un motif exclusivement traumatologique, ceux ayant été hospitalisés dans les 30 jours précédents, ceux vivant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou en fin de vie n'ont pas été inclus.

Les patients hospitalisés au décours de leur première venue aux urgences, y compris dans une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), n'ont pas été inclus.

Recrutement

Les données ont été recueillies dans 500 dossiers des urgences, renseignés en 2017, sélectionnés au hasard parmi ceux des patients de 75 ans et plus rentrés à domicile.

Consentement et éthique

Cette étude n'a pas impliqué la personne humaine au sens de la loi Jardé, et l'avis d'un Comité de Protection des Personnes n'a pas été requis. Elle s'est conformée à la méthode de référence MR003 définie par la Commission Nationale Informatique et Libertés concernant la protection des données.

Paramètres mesurés et recueil des données

Objectif principal

L'objectif principal de l'étude a été de mesurer la fréquence de consultation du médecin généraliste à 30 jours, des patients âgés de 75 ans et plus, rentrés à domicile à l'issue de leur admission aux urgences.

Objectifs secondaires

Le délai de consultation par rapport à la sortie des urgences a été mesuré. Les caractéristiques des patients ayant consulté par rapport aux patients n'ayant pas consulté ont été comparées.

Les réadmissions à 30 jours et leurs délais ont été observés. Toute nouvelle admission aux urgences ou hospitalisation non programmée ont été considérées comme une réadmission. Les caractéristiques des patients réadmis ont été comparées à celles des non réadmis. Des situations justifiant une consultation de suivi par un médecin généraliste ont également été identifiées.

Recueil de la présence de la consultation du médecin généraliste

La présence d'une consultation de suivi et son délai ont été obtenus par téléphone auprès du médecin généraliste renseigné dans le dossier du patient.

Recueil de la présence d'une réadmission

La présence d'une réadmission au CHANGE, dans les 30 jours consécutifs à la sortie, a été identifiée par le biais du logiciel de dossier patient unique.

Pour les patients ré-hospitalisés directement depuis leur domicile, le caractère programmé de l'hospitalisation a été défini par la lecture contradictoire du dossier médical.

Recueil des données descriptives

Les paramètres recherchés sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1: paramètres recherchés dans le dossier des urgences

<u>Données démographiques:</u> Âge Sexe	<u>Traitements:</u> <i>Nombre:</i> 0 à 3 4 à 6 plus de 6	<u>Prise en charge:</u> Nombre d'examen(s) complémentaires <i>Type d'examen(s) réalisé(s):</i> ECG Biologie Radiographies standards Autre imagerie
<u>Circonstances de la venue:</u> Date de l'admission Admission sur un horaire de garde Moyen de transport Nom du médecin généraliste Patient adressé par un médecin Score de triage (CIMU)	<i>Classes thérapeutiques:</i> Diurétiques Anticoagulants et/ou antiagrégants Antihypertenseurs Anti-arythmiques AINS Antalgiques de paliers 2 et/ou 3 Psychotropes Antibiotiques Antidiabétiques	Acte(s) technique(s) réalisé(s) Instauration d'un nouveau traitement Modification d'un traitement existant Situation justifiant une consultation de suivi Consigne de consultation de suivi Courrier de sortie édité
<u>Comorbidités:</u> <i>Type de comorbidité(s):</i> Cardiovasculaire Respiratoire Neurologique Hépatique Rénale ou urologique Digestive Rhumatologique Diabète Autres	<u>Mode de vie:</u> Vit seul Présence d'une famille à proximité Aidant à domicile (3 fois par semaine) Marche	<u>Après la sortie:</u> Consultation d'un généraliste dans les 30 j Délai de consultation Réadmission dans les 30 j Délai de réadmission
<i>AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens, ECG : Electrocardiogramme</i>		

Circonstances de la venue

L'horaire de garde a été défini par celui des médecins urgentistes : nuits à partir de 18h30, week-ends et jours fériés.

Gravité à l'admission

L'évaluation de la gravité du patient à l'admission a été effectuée par l'infirmier(ère) d'accueil et d'orientation à l'aide de l'échelle CIMU, graduée de 1 (gravité maximale) à 5 (gravité minimale).

Traitements

Seuls les traitements oraux et injectables ont été pris en compte. Les classes médicamenteuses ont été choisies du fait de leur implication dans la iatrogénie du sujet âgé (6,7).

Mode de vie et autonomie

La présence d'un aidant à domicile a été définie comme le passage d'un(e) infirmier(ère), d'un(e) auxiliaire de vie ou d'une tierce personne aidant le patient dans les actes de la vie courante, au moins 3 fois par semaine. Un patient vivait seul lorsqu'il habitait seul dans son domicile.

Situations justifiant une consultation de contrôle par un médecin généraliste

Après lecture préalable de 50 dossiers de patients de 75 ans et plus rentrés à domicile, 3 situations cliniques justifiant une consultation de contrôle par un médecin généraliste ont été définies.

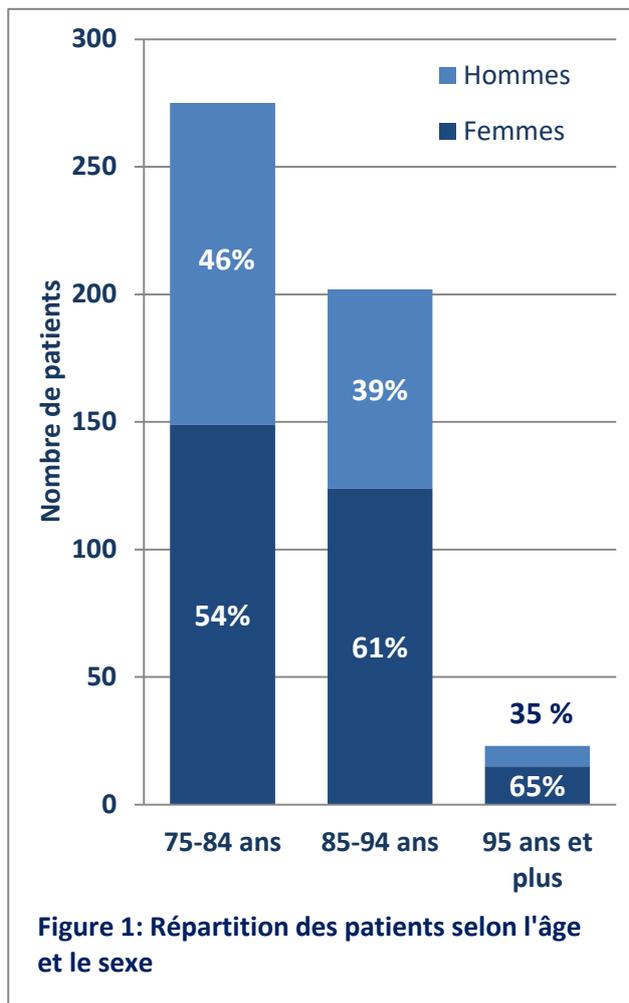
La situation 1 regroupe les patients ayant un diagnostic de sortie des urgences précis, pour lequel une recommandation formalisée de suivi peut exister. La situation 2 regroupe les patients pour lesquels le diagnostic de sortie n'est pas précisément identifié, notamment les diagnostics « symptômes ». La situation 3 regroupe les patients dont le motif d'admission est social.

Analyse statistique

La sélection au hasard des dossiers a été effectuée à l'aide de la fonction aléa du logiciel Excel® (Microsoft, Redmond, WA). Les paramètres observés ont été représentés par leur effectif et leur fréquence de survenue. La moyenne et la médiane ont été mesurées pour les variables continues, respectivement accompagnées de leur intervalle de confiance à 95% (IC95%) et de leur espace interquartile (EIQ). Un test du Chi² ou d'un test exact de Fisher ont été réalisés pour comparer les sous-populations de patients. La significativité statistique a été retenue pour une p value < 0,05. Lorsqu'une association statistiquement significative était mise en évidence, la force du lien a été évaluée à l'aide du calcul de l'Odds Ratio (OR). Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel Excel® et de son extension XLSTAT® (Addinsoft).

Résultats

Caractéristiques des patients



Cinq-cents patients ont été inclus. L'ensemble des résultats est présenté en annexe. Les patients étaient âgés de 75 à 104 ans avec une moyenne de 83,8 ans [IC95% 83,3-84,3]. Les comorbidités et les traitements des patients sont respectivement décrits dans les figures 2 et 3. En dehors de l'aptitude à marcher, les données précisant le mode de vie ont été manquantes dans 33,2 à 62,4% des dossiers en fonction du paramètre étudié. La présence d'un aidant à domicile a été retrouvée pour 77 patients (41,0% des patients pour qui l'information était connue), 85 patients vivaient seuls (33,9%) et l'aptitude à la marche a été observée pour 479 patients (99,4%).

Caractéristiques de la venue

L'admission a eu lieu pendant un horaire de garde pour 266 patients (53,2%) et à la demande d'un médecin généraliste pour 101 patients (20,2%). Pour se rendre aux urgences, un moyen personnel a été utilisé par 207 patients (41,4%), 152 patients (30,4%) ont été amenés par une ambulance privée et 129 (25,8%) par les sapeurs-pompiers. Le score de 4, sur l'échelle CIMU a été le plus fréquemment observé avec 259 patients (51,8%).

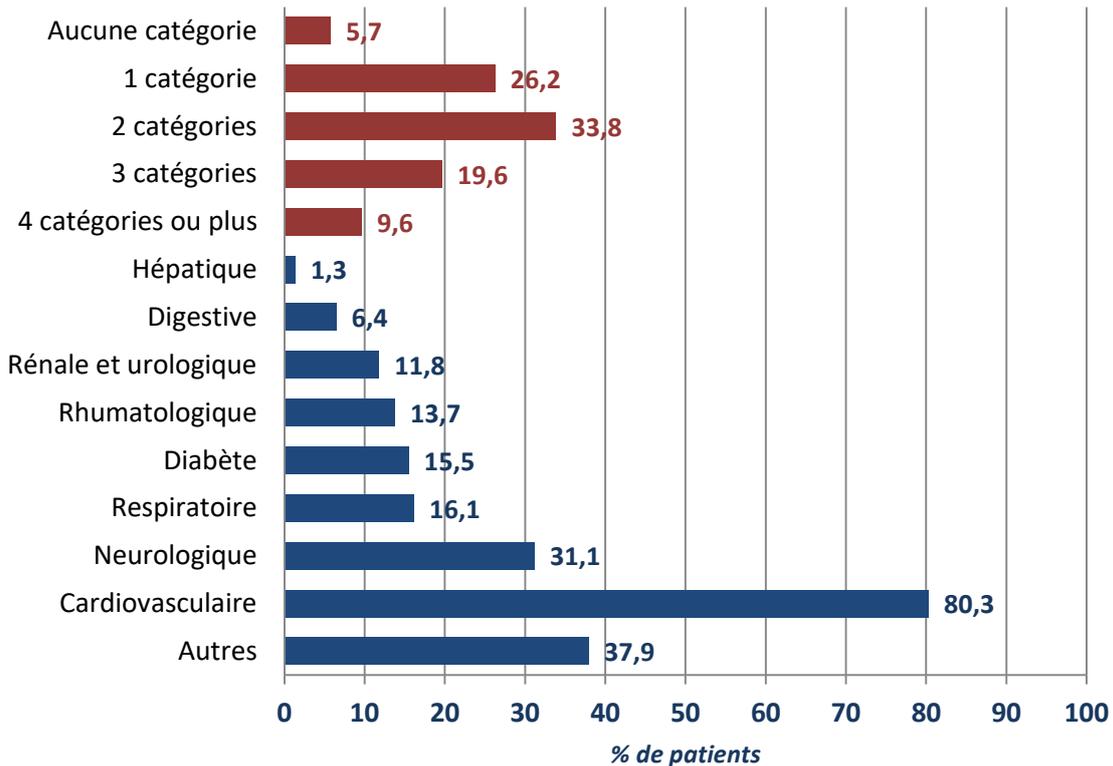


Figure 2: Comorbidités de la population étudiée par nombre et par catégorie

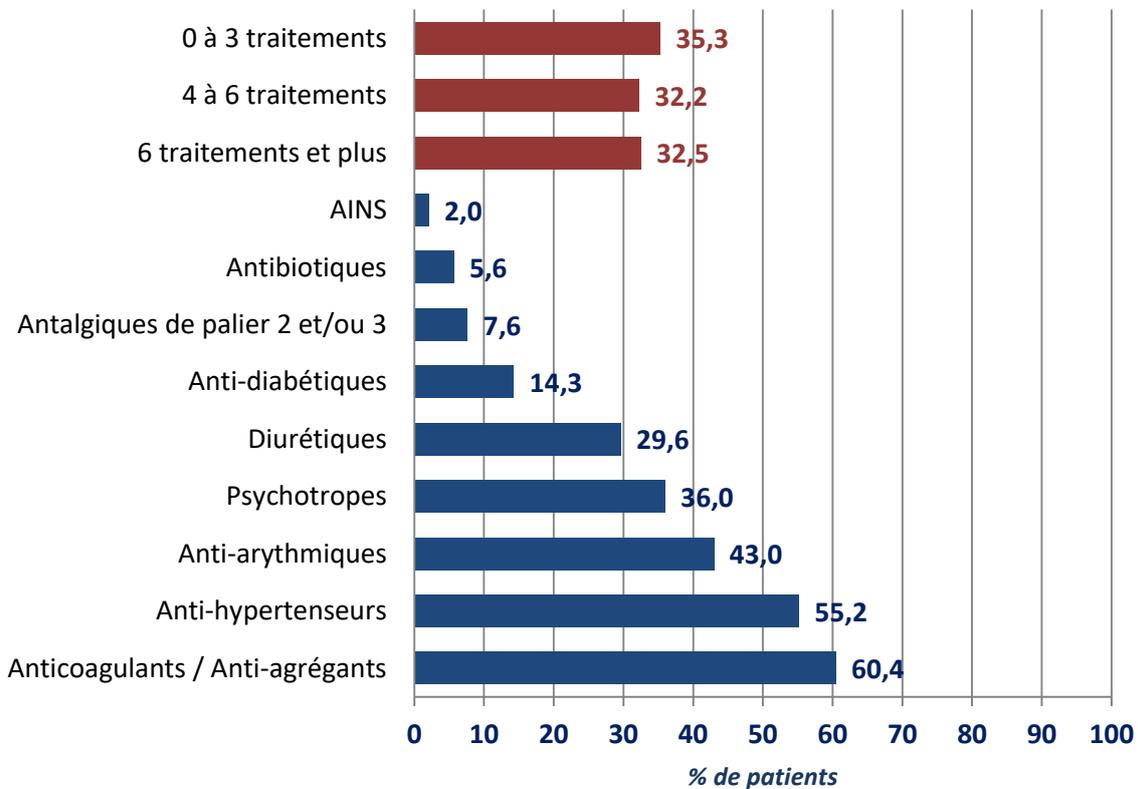


Figure 3: Nombre et types de traitements de la population étudiée

Caractéristiques de la prise en charge aux urgences

Au moins un examen complémentaire a été réalisé pour 443 patients (88,6%) et 127 patients (25,4%) en ont eu 3 ou plus. Leurs types ont été, par ordre de fréquence : biologie (64,6%), ECG (54,0%), radiographies (40,0%), autres examens d'imagerie (échographie, tomodensitométrie (TDM) ou imagerie par résonance magnétique (IRM)) (16,2%).

Un courrier de sortie a été rédigé pour 468 patients (93,6%) et la consigne explicite de consulter un médecin généraliste après la sortie des urgences a été donnée à 155 patients (31,0%).

Description des situations cliniques

La situation 1, correspondant à la présence d'un diagnostic précis nécessitant une réévaluation, a été retrouvée pour 193 patients (38,6%). La situation 2, pour laquelle le diagnostic n'a pu être établi de façon précise a été considérée pour 304 patients (60,8%). La situation 3, correspondant à une demande de prise en charge médico-sociale, a concerné 3 patients (0,6%).

Consultation du médecin

généraliste

La présence ou l'absence de consultation du médecin généraliste a été obtenue pour 338 patients (67,6%). Parmi eux, 196 (58,0%) ont consulté un médecin généraliste dans les 30 jours. Le délai de consultation est précisé dans la figure 5, la médiane a été de 6 jours (EIQ 3-13).

La perte d'information a été décrite dans la figure 4. Quatre patients pour lesquels la présence ou l'absence de consultation n'a pu être obtenue ont consulté un médecin de SOS médecins dans les 30 jours suivant leur sortie. Cette donnée a été obtenue par la lecture des dossiers des patients réadmis.

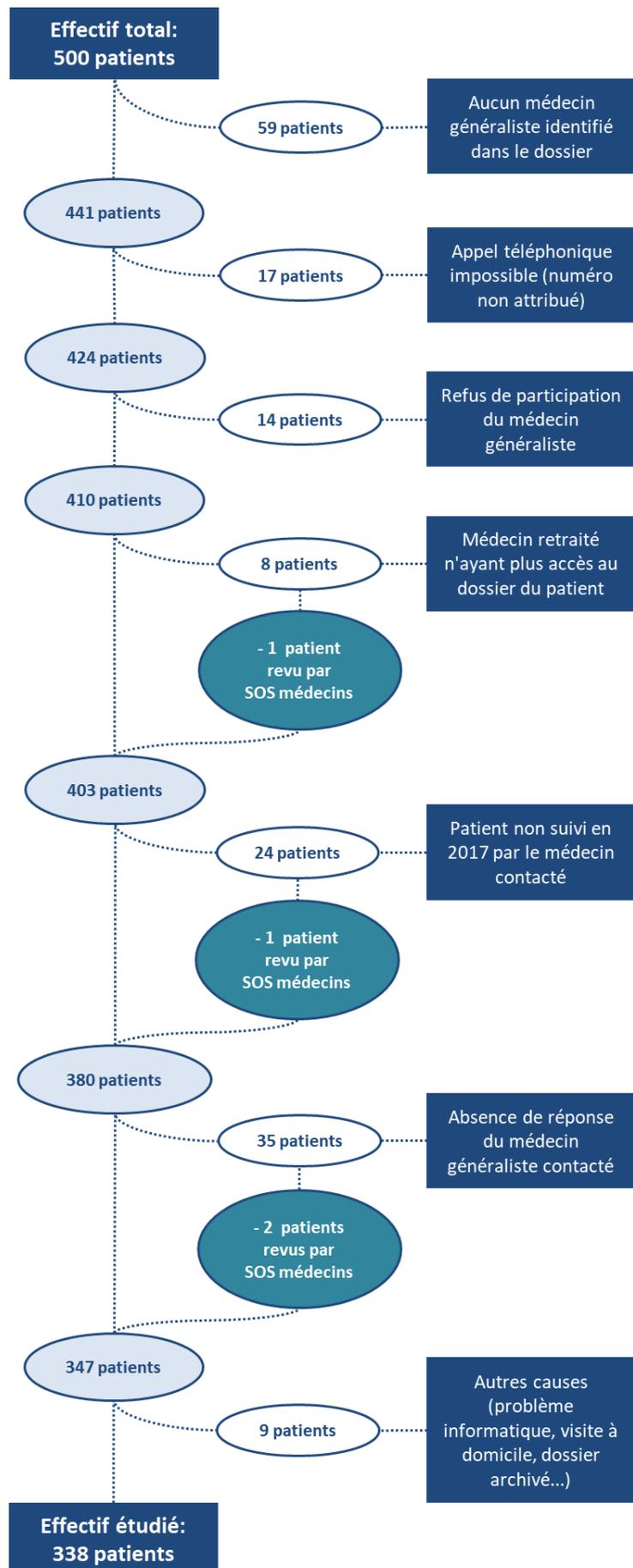


Figure 4: Motifs et effectifs de la perte d'information

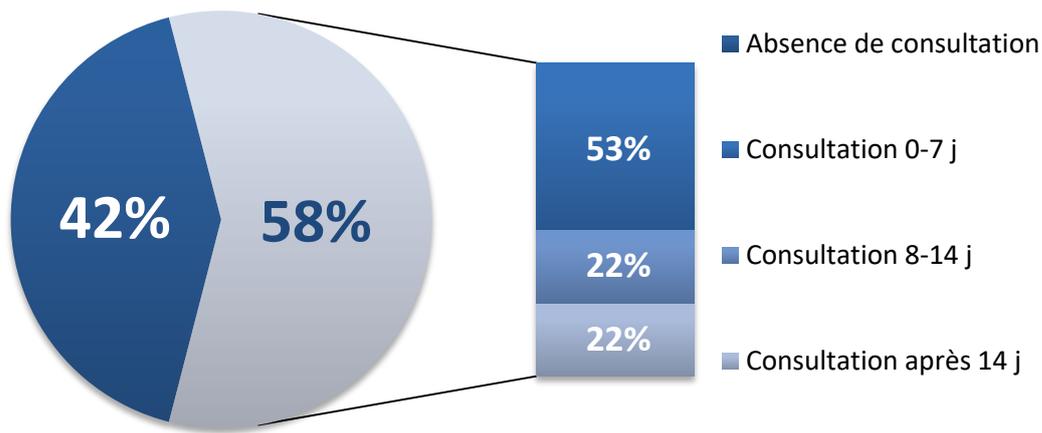


Figure 5: Fréquence et délai de consultation du médecin généraliste dans les 30 jours

Réadmission à l'hôpital

Dans les 30 jours suivant la sortie des urgences, 91 patients (18,2%) ont été réadmis. Le délai de réadmission a été précisé dans la figure 6, la médiane a été de 8 jours (EIQ 3-14).

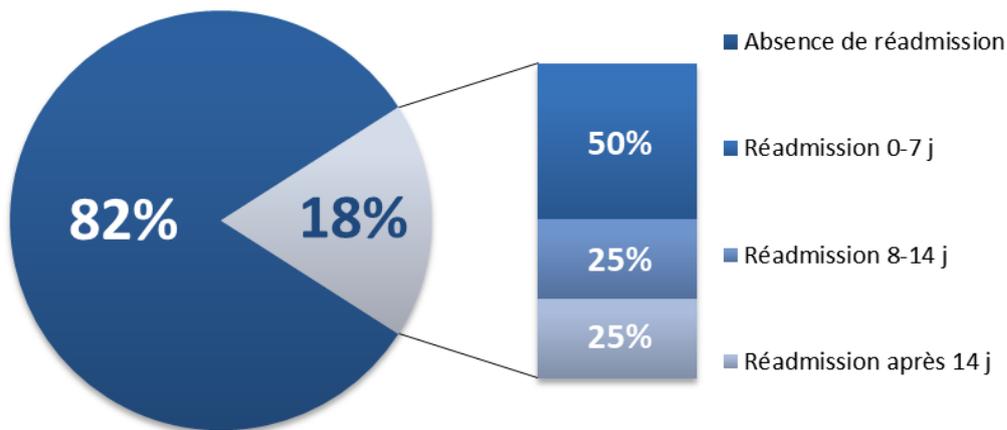


Figure 6: Fréquence et délai de réadmission dans les 30 jours

Trente-six patients (39,6%) ont été hospitalisés et 3 (3,3%) sont rentrés à domicile après une observation à l'UHCD. Parmi les 36 patients hospitalisés, 2 ont été admis directement dans un service d'hospitalisation. Les patients ont été réadmis à la demande d'un médecin dans 21 cas (23,1%) et n'ont pas été plus souvent hospitalisés que ceux non adressés ($p=0,315$).

Comparaison des patients réadmis et non réadmis

Les patients âgés de 85 ans et plus ont été plus nombreux parmi les patients réadmis (n=50 ; 54.9% vs n=175 ; 42,8%) ($p=0,035$). L'âge supérieur ou égal à 85 ans a été facteur de risque de réadmission (OR 1,631 [IC 95% 1,035-2,570]). Les patients réadmis ont présenté plus de comorbidités que les non réadmis ($p=0,02$) (tableau 2).

Tableau 2 : Comorbidités des patients et risque de réadmission				
Nombre de comorbidités n, (%)	Patients réadmis n=91 (18,2%)	Patients non réadmis n=409 (81,8%)	<i>p value</i>	Odds Ratio [IC 95%]
0 ou 1 comorbidité	18 (19,8)	140 (34,2)		
2 ou 3 comorbidités	56 (61,5)	211 (51,6)	0,013	2,064 [1,165-3,659]
4 comorbidités et plus	12 (13,2)	36 (8,8)	0,022	2,593 [1,145-5,870]
Donnée inconnue	5 (5,5)	22 (5,4)		

Le nombre de traitements pris par les réadmis et les non réadmis ne différait pas ($p=0,191$). Concernant les classes thérapeutiques, aucun patient réadmis ne prenait d'antibiotique contre 22 (6,8%) parmi les non réadmis ($p=0,019$). Les types d'examens complémentaires réalisés ont été présentés dans le tableau 3. La réalisation d'un examen d'imagerie en coupe ou d'une échographie était un facteur protecteur du risque de réadmission (0,255 [0,104-0,625]). Une modification du traitement habituel a été effectuée pour 11 patients réadmis (12,1%) et a été associée à une augmentation du risque de réadmission (2,112 [1,011-4,411] $p=0,046$).

Tableau 3 : Types d'examens complémentaires en fonction de la présence d'une réadmission				
Examen, n (%)	Réadmis n=91 (18,2%)	Non réadmis n=409 (80,2%)	<i>p value</i>	Odds Ratio [IC 95%]
ECG	45 (49,5)	225 (55,0)	0,336	
Biologie	63 (69,2)	260 (63,6)	0,307	
Radiographie	39 (42,9)	161 (39,4)	0,538	
Echographie, TDM, IRM	5 (5,5)	76 (18,6)	0,002	0,255 [0,104-0,625]

Comparaison des consultants aux non-consultants

Les consultants étaient âgés en moyenne de 83,5 ans [82,8-84,3], 117 d'entre eux étaient des femmes (59,7%), sans différence avec les non-consultants.

Les comorbidités cardiologiques ont été plus fréquentes parmi les patients ayant consulté (n=162 ; 86,2% vs n=103 ; 76,9%) ($p=0,031$) et leur présence a été associée à une augmentation du taux de consultation (1,875 [1,058-3,324]).

Les patients vivants seuls ont été plus nombreux parmi les consultants (n=42 (40,8%) vs n=19 (26,0%) ; $p=0,043$). Le fait de vivre seul a été associé à un taux de consultation plus important (1,957 [1,023-3,742]).

Les patients ayant eu la consigne de revoir un médecin généraliste après la sortie des urgences ont davantage reconsulté (1,844 [1,141-2,981] $p=0,012$).

En revanche, aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant le nombre de comorbidités, le nombre de traitements, leur classe thérapeutique ou la réalisation d'examens complémentaires.

Discussion

Limites liées à l'objectif principal

La principale limite de cette étude a été l'incomplétude des données liée à son caractère rétrospectif.

Le recueil de la consultation du généraliste aurait pu être plus exhaustif avec l'utilisation du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) car la participation des médecins généraliste a été incomplète. Le manque de données, bien que réparti entre les sous populations étudiées, a pu impacter les comparaisons.

Caractéristiques des patients

Âge et sexe

L'âge observé est concordant aux données d'autres études s'intéressant à cette population (1,8,9) mais la prédominance de femmes a été moins marquée (9).

Comorbidités

Les patients étudiés, malgré une prise en charge « ambulatoire » avaient de multiples comorbidités. Dans l'étude de Deschodt et al. le Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) était à 12,5, correspondant à un indice de comorbidité bas (9). Dans leur étude, les patients ont pu présenter le même nombre de comorbidités mais de faible gravité, conduisant à ce score peu élevé.

Les types de comorbidités ont peu été décrits dans la littérature. Dans cette étude, les comorbidités cardiovasculaires ont été les plus fréquentes, en raison de leur prévalence élevée dans la population âgée et de la prise en compte de l'hypertension artérielle. Les comorbidités neurologiques ont été retrouvées dans 31% des cas. La présence de démences peu sévères, compatibles avec le maintien à domicile des patients étudiés, peut avoir contribué à ce taux élevé. En effet, les troubles cognitifs concernent entre 8 et 30% des patients âgés, en fonction du mode de mesure, de leur sévérité et de la population étudiée (10,11).

Traitements

La prise de plusieurs traitements quotidiens était fréquente, 60% des patients en prenaient au moins 4 par jour. Ces résultats sont cohérents avec la littérature (9,10). En France, la polymédication concerne 39% des plus de 75 ans (12). Le risque iatrogénique qu'elle induit amène plus fréquemment les sujets âgés à consulter aux urgences, et ceux-ci sont fréquemment hospitalisés au décours (7). Les classes thérapeutiques incriminées sont les anticoagulants, les antidiabétiques, les médicaments cardiovasculaires et ceux du système nerveux central (7).

Le remplissage du dossier médical a été incomplet dans 20% des cas. Les patients ne connaissent pas toujours leurs traitements, ils ne peuvent pas toujours présenter leur ordonnance et l'admission en horaire de garde a pu empêcher l'appel du médecin traitant. La lecture du dossier pharmaceutique sur la carte vitale à l'admission pourrait contribuer à améliorer ce recueil (13).

Mode de vie

L'autonomie a été évaluée à l'aide de critères composites imprécis, car l'utilisation d'échelles validées est difficile dans un travail rétrospectif d'analyse de dossiers des urgences. Malgré cela, les données ont été fréquemment manquantes. Le médecin a pu présumer l'autonomie du patient et ne pas recueillir tous les critères permettant son évaluation exhaustive. Les données recueillies ont permis d'observer que 34% des patients vivaient seuls ce qui avait été retrouvé par Deschodt et al. (9). Un taux supérieur de 43% a été observé dans une autre étude mais seulement la moitié des patients étudiés étaient rentrés à domicile (1). La présence d'un entourage familial a été déduite par la lecture du dossier mais son absence n'a été précisée que dans 5 dossiers, ce qui représente un biais important. La présence d'une aide à domicile a été observée dans 41% des cas comme pour Lowthian et al. (10). La marche était possible pour 99% des patients mais était rarement décrite. La sélection d'une majorité de patients valides est liée aux critères d'inclusion et de non inclusion.

Caractéristiques de la venue

Par rapport au nombre d'heures que comprend la période de garde sur une semaine, les patients ont davantage consulté pendant les horaires de jour (4 patients/heure vs 2,4 patients/h en garde). Ils ont été adressés dans 20% des cas, chiffre comparable à la littérature (1,9). L'indisponibilité du médecin généraliste, l'admission à la suite d'une régulation téléphonique en amont et les habitudes des patients peuvent être des facteurs explicatifs.

L'utilisation des moyens de secours, privés ou publics a été majoritaire, ce qui avait déjà été observé (1). Cela contraste avec la capacité de marcher des patients, la présence d'un entourage familial et le fait qu'ils soient rentrés à domicile au décours des urgences. Les chutes sur la voie publique ou la détresse ressentie par le médecin régulateur du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ont pu y contribuer.

La gravité à l'admission était intermédiaire lors du triage infirmier, ce qu'avaient également observé Lowthian et al. (10). Le caractère « intermédiaire » de cette gravité augmente la complexité de la prise en charge de ces patients aux urgences. D'un côté, leur risque de dégradation clinique est réel et fréquent, mais d'un autre côté, nombre d'entre eux auraient pu consulter leur médecin généraliste de façon différée.

Examens complémentaires et actes techniques

La plupart des patients ont bénéficié d'examens complémentaires. Ils ont été moins fréquents que dans l'étude de Boisguérin et al. mais la moitié des patients avaient été hospitalisés, laissant supposer un état de santé plus grave pouvant expliquer cette différence. Les types d'examens les plus fréquents étaient identiques (1). La non-inclusion des patients admis pour un motif traumatologique explique que seuls 17% des patients ont eu un acte technique.

Situations justifiant un contrôle par le médecin généraliste

Les critères définissant ces situations étaient peu restrictifs. Ainsi, tous les patients ont présenté une situation justifiant une consultation de suivi. Le fait marquant de cette analyse est que la situation 2, dans laquelle le diagnostic était imprécis, était majoritaire. La fréquence de l'incertitude diagnostique pourrait être expliquée par plusieurs facteurs. L'admission aux urgences a pu être précoce par rapport au début des symptômes, rendant le tableau clinique peu évocateur et pouvant avoir mis en défaut les examens biologiques et radiologiques. Deuxièmement, les chutes ont été catégorisées dans la situation 2 lorsque le bilan paraclinique, à la recherche d'une étiologie ou d'un facteur favorisant, était incomplet. La situation 3 n'a concerné que 3 patients car la plupart de ceux dont le motif principal était social ont été hospitalisés à l'UHCD, pour bénéficier d'une évaluation par l'Equipe Mobile de Gériatrie.

Courrier de sortie et consigne de consulter un médecin généraliste

Un courrier de sortie a été rédigé pour plus de 90% des patients mais sa qualité et sa transmission au médecin généraliste n'ont pas été étudiées. Les médecins généralistes interrogés par Carneiro et al. déclaraient que les courriers contenaient les éléments nécessaires à la compréhension de la prise en charge du patient aux urgences dans 90% des cas (14). Dans une autre étude, 52% des médecins généralistes déclaraient avoir connaissance du courrier dans la semaine, et la transmission par le patient était une méthode satisfaisante pour 53% d'entre eux (15). Les moyens de communication électroniques sécurisés pourraient améliorer la transmission de l'information et permettre une communication, à double sens, entre le généraliste et l'urgentiste. En 2013, 63% des médecins généralistes étaient favorables à l'utilisation du courrier électronique mais un tiers ne disposait pas d'une plate-forme sécurisée (14). La consigne de consulter un médecin généraliste a été observée dans 31% des dossiers. Elle a pu être donnée oralement et avoir été sous-estimée. Néanmoins, en raison de la fréquence des situations justifiant une consultation de suivi, elle aurait pu être plus fréquente.

Réadmission à l'hôpital et consultation du médecin généraliste dans les 30 jours

Une réadmission a été constatée dans 18% des cas, concordant avec le taux de 19,3% observé dans une population similaire (9). Des patients ont pu reconsulter dans une autre structure d'urgence mais leur nombre est probablement limité du fait de la répartition géographique des centres hospitaliers. Le délai médian de réadmission a été plus court que dans la littérature (8,10,16).

Pereira et al., ont montré que le retour à domicile sans hospitalisation était prédictif du risque de réadmission (OR 2,32 [2,14-2,38]). Le lien entre le motif de l'admission et celui de la réadmission a été considéré « fort » lorsqu'elle survenait dans les 5 jours et « probable » dans les 22 jours. Le taux d'hospitalisation au décours d'une réadmission était de 32,8%. Devant ces constatations, les auteurs ont formulé l'hypothèse que l'hospitalisation à l'UHCD limiterait le risque de réadmission, mais celle-ci n'a pas été vérifiée (8).

En l'absence d'indication d'hospitalisation, les patients pourraient bénéficier d'une consultation de suivi par le médecin généraliste. Elle a été observée dans 58% des cas mais ce résultat est difficile à comparer à d'autres études. En Australie, dans l'étude de Watson et al., 76% des 50 patients de 65 ans et plus ont revu leur médecin généraliste dans les 7 jours (17). Ce taux plus élevé est expliqué par la consigne de reconsulter systématique, des patients plus jeunes et un accès facile au médecin généraliste (17).

La consultation du médecin généraliste au décours d'une hospitalisation a mieux été étudiée. En France, à l'aide des données de l'assurance maladie, les taux de consultation du médecin généraliste à 7 et à 30 jours, pour les patients de 75 ans et plus, étaient respectivement de 13,2% et 29,7% (18). Aux Etats-Unis, Lin et al. ont observé 65% de consultation à 30 jours (médiane de 12 jours) (19) et Field et al. ont observé 28,7% de consultation à 7 jours (20). Bien que les taux soient variables, il semblerait que la consultation du médecin généraliste soit plus fréquente à la sortie des urgences qu'à la sortie d'hospitalisation. Les patients sortis des urgences peuvent être plus inquiets vis-à-vis de leur état de santé, du fait d'une moins bonne compréhension de la prise en charge et d'un risque de dégradation plus important. De plus, la consigne de reconsulter est peut-être plus fréquente.

Certaines études suggèrent que la consultation du médecin généraliste réduirait le risque de réadmission au décours d'une hospitalisation. En France, une augmentation du risque de ré-hospitalisation à 30 jours de 26% a été retrouvée, en l'absence de consultation du médecin généraliste après une hospitalisation (OR 1,26 [1,21-1,32]) (18). D'autres études ont montré une réduction du risque de ré-hospitalisation en présence d'une consultation de suivi (19,21). L'absence de consultation a été facteur de risque de réadmission, aux urgences ou en hospitalisation pour la cohorte prospective de Misky et al. (OR 6,8 [1,4-34,3]) (22). En revanche, pour Field et al. l'analyse multivariée n'a pas été significative (20).

L'effet de la consultation du médecin généraliste au décours des urgences sur le taux de réadmission n'est pas connu pour les sujets âgés. Chez des patients plus jeunes, Sinha et al. n'ont pas retrouvé de différence (23). Dans l'hypothèse où cette consultation aurait un intérêt, sa faisabilité devra être étudiée. Après une hospitalisation, les 40 médecins généralistes interrogés par Alglave et al. déclaraient pouvoir revoir le patient dans les 5 jours suivant sa sortie (18).

Comparaison des patients réadmis aux non réadmis

Les réadmissions ont été moins fréquentes pour les patients ayant un score CIMU à 3 par rapport à ceux ayant un score à 2, mais aucune autre différence entre les scores n'a été retrouvée. Il est de fait impossible de conclure à un lien entre gravité et réadmission.

Les patients âgés de 85 ans et plus ont été davantage réadmis. Les résultats de la littérature discordent, si certaines l'ont également constaté (16,20), d'autres n'ont pas mesuré de différence (8,9) et une réduction du risque de réadmission après 85 ans a été mesurée par Lowthian et al. (10). L'augmentation de la fragilité et du nombre de comorbidités avec l'âge pourrait expliquer ce résultat. En effet, l'augmentation du nombre de comorbidités a été associée à une augmentation du risque de réadmission. Field et al. ont également constaté que les réadmissions étaient d'autant plus fréquentes que le Charlson Comorbidity Index était élevé (20). De façon similaire aux données de la littérature, le nombre de traitements pris par les patients réadmis n'a pas été significativement différent des non réadmis (9,10). Les antibiotiques ont été plus fréquemment retrouvés parmi les non réadmis

car aucun patient réadmis n'en prenait. Le lien de cause à effet est très incertain et la différence mesurée n'est probablement expliquée que par le manque d'effectif.

Aucune différence n'a pu être mise en évidence concernant le mode de vie. La quantité et la qualité des informations recueillies n'ont pas permis une évaluation correcte, et les tests statistiques n'ont pas pris en compte les données manquantes. Dans la littérature, les résultats sont variables, les patients bénéficiant de soins infirmiers à domicile pourraient avoir un risque de réadmission plus important (9) mais la différence n'est pas toujours significative (10).

Les patients non réadmis ont bénéficié de plus d'exams d'imagerie en coupe ou d'échographie. La réduction du risque de réadmission induite par leur réalisation peut être liée à l'amélioration de la performance diagnostique, elle-même pouvant conduire à une meilleure prise en charge. Les patients ont pu être rassurés par la normalité de l'examen et n'avoir pas ressenti le besoin de revenir aux urgences. Par ailleurs, les motifs d'admission ont pu être différents entre les réadmis et les non réadmis, influant sur les indications des examens complémentaires.

La modification du traitement habituel a été peu fréquente et le plus souvent justifiée par l'urgence. Elle a été plus fréquente parmi les patients réadmis, et un phénomène lié à la iatrogénie a pu y participer. En dehors de ce contexte, la gestion des traitements habituels semble être un rôle privilégié du médecin traitant.

Comparaison des patients ayant consulté à ceux n'ayant pas consulté

De même que dans les autres études portant sur le sujet, aucune différence concernant l'âge ou le sexe n'a été retrouvée (17,20,23). Le nombre de comorbidités n'a pas été différent mais les atteintes cardiologiques ont été plus fréquentes parmi les consultants. Cela peut être expliqué par le suivi plus régulier de ces patients (24). Les patients vivant seuls ont été plus nombreux parmi les consultants. Ils pourraient se sentir plus isolés, plus inquiets, et surtout consulter pour être rassurés. Par ailleurs, en cas de dégradation de leur autonomie, le médecin généraliste a pu constituer leur seul recours pour obtenir une aide. Bien que la consigne de reconsulter ait été suivie, la consultation du médecin généraliste aurait pu être plus fréquente si elle avait été recommandée plus souvent.

Conclusions

FREQUENCE DE CONSULTATION DU MEDECIN GENERALISTE A 30 JOURS DES SUJETS AGES DE 75 ANS ET PLUS, RENTRES A DOMICILE A L'ISSUE DE LEUR ADMISSION AUX URGENCES

CONCLUSION :

Après leur retour à domicile à la sortie des urgences, 58% des sujets âgés de 75 ans et plus consultent leur médecin généraliste dans les 30 jours, dans un délai médian de 7 jours. Ils présentent une situation clinique justifiant une consultation de suivi dans plus de 90% des cas. Celle-ci a de nombreux intérêts potentiels qui méritent d'être étudiés. Elle pourrait permettre de préciser le diagnostic, de prévenir les complications liées à l'évolution de la pathologie, de réévaluer le traitement afin de limiter le risque iatrogénique ou de simplement rassurer le patient.

La réévaluation par le médecin généraliste pourrait permettre de réduire les réadmissions aux urgences mais de nouvelles recherches sont nécessaires. Les réadmissions concernent 18% des patients à 30 jours, pour moitié dans la semaine suivant la sortie, et sont suivies d'une hospitalisation dans près de 40% des cas. L'étude précise du lien entre admission et réadmission, prenant en compte leurs motifs respectifs, l'évaluation de la prise en charge aux urgences et la qualité du suivi par le médecin généraliste, pourrait permettre d'identifier les réadmissions évitables.

La continuité des soins des urgences à la ville nécessite une communication efficace. Actuellement, elle repose sur le courrier de sortie, donné au patient dans 90% des cas. L'utilisation de moyens électroniques sécurisés pourrait assurer une transmission rapide de l'information et faciliter la communication entre généraliste et urgentiste.

En France, l'organisation des soins primaires reposant essentiellement sur les médecins généralistes et les services d'urgences, le renforcement de leur collaboration est un atout face aux difficultés rencontrées par le système de soin, et mérite d'être d'avantage étudié.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

26/11/18

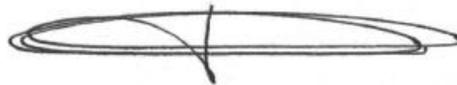
LE DOYEN
DE L'UFR DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JURY DE MÉDECINE

Pr. Patrice MORAND



Pr. Françoise CARPENTIER



Pour le Président
et par délégation

—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Références

1. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. mars 2017 [cité 17 sept 2017];(1007). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil-particulier>
2. Statistiques des Etablissements de Santé [Internet]. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
3. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med.* sept 2010;56(3):261-9.
4. Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Urgences et gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* 1 oct 2011;11(65):205-13.
5. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc.* mai 2007;55(5):780-91.
6. Hiance-Delahaye A, Teillet L, Lechowsky L, Aquino J-P, Harboun M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital : enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* 1 févr 2015;15(85):3-11.
7. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med.* 24 nov 2011;365(21):2002-12.
8. Pereira L, Choquet C, Perozziello A, Wargon M, Juillien G, Colosi L, et al. Unscheduled-return-visits after an emergency department (ED) attendance and clinical link between both visits in patients aged 75 years and over: a prospective observational study. *PLoS ONE.* 2015;10(4):e0123803.
9. Deschodt M, Devriendt E, Sabbe M, Knockaert D, Deboutte P, Boonen S, et al. Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 26 avr 2015;15:54.
10. Lowthian J, Straney LD, Brand CA, Barker AL, Smit P de V, Newnham H, et al. Unplanned early return to the emergency department by older patients: the Safe Elderly Emergency Department Discharge (SEED) project. *Age Ageing.* mars 2016;45(2):255-61.
11. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing.* juill 2008;37(4):416-22.
12. MONEGAT M., SERMET C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et tests de mesure. QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES).* déc 2014;(204):1-8.
13. Trinh-Duc A, Painbeni T, Byzcko A, Fort P-A. Le dossier pharmaceutique dans un service d'accueil des urgences : évaluation de son accessibilité et de son impact sur le niveau de connaissance du traitement du patient. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* 1 juill 2016;74(4):288-95.

14. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes, Quality of hospital emergency department discharge summaries to general practitioners. *Santé Publique*. 27 mai 2014;26(2):165-72.
15. Lane N, Bragg MJ. From emergency department to general practitioner: evaluating emergency department communication and service to general practitioners. *Emerg Med Australas*. août 2007;19(4):346-52.
16. Gabayan GZ, Sarkisian CA, Liang L-J, Sun BC. Predictors of admission after emergency department discharge in older adults. *J Am Geriatr Soc*. janv 2015;63(1):39-45.
17. Watson B, Tam CWM, Pellizzon B, Ban L, Doan H. General practitioner follow-up in older patients after an emergency department admission. *Aust Fam Physician*. 2017;46(7):521-6.
18. Alglave S. Prévention de la réhospitalisation des patients âgés par la planification d'une consultation précoce avec le médecin traitant: étude de faisabilité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2016.
19. Lin CY, Barnato AE, Degenholtz HB. Physician follow-up visits after acute care hospitalization for elderly Medicare beneficiaries discharged to noninstitutional settings. *J Am Geriatr Soc*. oct 2011;59(10):1947-54.
20. Field TS, Ogarek J, Garber L, Reed G, Gurwitz JH. Association of Early Post-Discharge Follow-Up by a Primary Care Physician and 30-Day Rehospitalization Among Older Adults. *J GEN INTERN MED*. 1 mai 2015;30(5):565-71.
21. Shen E, Koyama SY, Huynh DN, Watson HL, Mittman B, Kanter MH, et al. Association of a Dedicated Post-Hospital Discharge Follow-up Visit and 30-Day Readmission Risk in a Medicare Advantage Population. *JAMA Intern Med*. 1 janv 2017;177(1):132-5.
22. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *J Hosp Med*. sept 2010;5(7):392-7.
23. Sinha S, Seirup J, Carmel A. Early primary care follow-up after ED and hospital discharge - does it affect readmissions? *Hosp Pract (1995)*. avr 2017;45(2):51-7.
24. Bricard D. Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients? 2018;28.

ANNEXE 1 : Description de la population étudiée

Paramètre étudié	Effectif, n (%)	Paramètre étudié	Effectif, n (%)
Tranches d'âge		Types de traitements	
75-84 ans	275 (55,0)	Diurétiques	116 (29,6)
85-94 ans	202 (40,4)	Antihypertenseurs	219 (55,2)
> 95 ans	23 (4,6)	Anticoagulants / Antiagrégants	246 (60,4)
Age médian (EIG)	83 (79-88)	Anti-arythmiques	168 (43,0)
Age moyen (IC 95%)	83,8 (83,3-84,3)	AINS	8 (2,0)
Femmes	288 (57,6)	Antalgiques paliers 2/3	30 (7,6)
Sex ratio	0,7	Psychotropes	141 (36,0)
Admission en garde	266 (53,2)	Antibiotiques	22 (5,6)
Adressé par médecin généraliste	101 (20,2)	Antidiabétiques	56 (14,3)
		<i>Aucune donnée connue</i>	87 (17,4)
		<i>Données incomplètes</i>	22 (4,4)
Mode d'admission		Nombre d'examens complémentaires	
Moyen personnel	207 (41,4)	0	57 (11,4)
Ambulance privée	152 (30,4)	1	151 (30,2)
Pompiers	129 (25,8)	2	165 (33,0)
SMUR	12 (2,4)	3 ou plus	127 (25,4)
Score de triage CIMU		Types d'examens complémentaires	
1	0 (0)	ECG	270 (54,0)
2	17 (3,4)	Biologie	323 (64,6)
3	219 (43,8)	Radiographies	200 (40,0)
4	259 (51,8)	TDM / IRM / Echographie	81 (16,2)
5	5 (1,0)		
Comorbidités par catégories		Acte technique	
Cardiovasculaire	378 (80,3)		86 (17,2)
Respiratoire	73 (16,1)	Instauration d'un traitement	
Neurologique	141 (31,1)		257 (51,4)
Hépatique	6 (1,3)	Modification d'un traitement	
Rénale ou urologique	53 (11,8)		36 (7,2)
Digestive	29 (6,4)	Consigne de revoir un médecin	
Rhumatologique	62 (13,7)		155 (31,0)
Diabète	70 (15,5)	Courrier de sortie rédigé	
Autres	172 (37,9)		468 (93,6)
<i>Aucune donnée connue</i>	27 (5,4)	Situation justifiant un suivi	
<i>Données incomplètes</i>	22 (4,4)	1	193 (38,6)
		2	304 (60,8)
		3	3 (0,6)
Nombre de comorbidités		Consultation à 30 jours	
Aucune comorbidité	27 (5,4)		196 (58,0)
1 catégorie	131 (26,2)	<i>Donnée non connue</i>	162 (32,4)
2 catégories	169 (33,8)	Délai en jours	
3 catégories	98 (19,6)	0 - 2	37 (18,9)
4 catégories et plus	48 (9,6)	3 - 7	66 (33,7)
		8 - 14	44 (22,4)
		15 - 30	13 (21,9)
		Médian (EIQ)	6 (3-13)
Mode de vie		Réadmission à 30 jours	
Vit seul	85 (33,9)		91 (18,2)
<i>Donnée non connue</i>	249 (49,8)	Délai en jours	
Famille à proximité	329 (98,5)	0 - 2	21 (23,1)
<i>Donnée non connue</i>	166 (33,2)	3 - 7	24 (26,4)
Aidant à domicile	77 (41,0)	8 - 14	23 (25,3)
<i>Donnée non connue</i>	312 (62,4)	15 - 30	23 (25,3)
Marche possible	479 (99,4)	Médian (EIQ)	8 (3-14)
<i>Donnée non connue</i>	18 (3,6)		
Nombre de traitements			
0 - 3	139 (35,3)		
4 - 6	127 (32,2)		
> 6	128 (32,5)		

ANNEXE 2 : Comparaison des patients réadmis et non réadmis

Paramètre étudié	Réadmis n=91 (n, %)	Non réadmis n=409 (n, %)	<i>p value</i>	OR [IC95%]
Tranches d'âge				<i>Réf. 75-84 ans</i>
75-84 ans	41 (45,1)	234 (57,2)		
> 85 ans	50 (54,9)	175 (42,8)	0,035	1,631 [1,035-2,570]
Age médian (EIG)	85 (80-90)	83 (79-88)		
Age moyen (IC 95%)	84,9 (83,7-86,2)	83,5 (83,0-84,1)		
Femmes	54 (59,3)	234 (57,2)	0,710	
Admission en garde	47 (51,6)	219 (53,5)	0,743	
Adressé par médecin généraliste	22 (24,2)	79 (19,3)	0,296	
Mode d'admission				
Moyen personnel	37 (40,7)	170 (41,6)	0,987	
Ambulance privée	29 (31,9)	123 (30,1)		
Pompiers	23 (25,3)	106 (25,9)		
SMUR	2 (2,2)	10 (2,4)		
Score de triage CIMU				
1	0 (0)	0 (0)	0,022	
2	6 (6,6)	11 (2,7)		
3	30 (33,0)	189 (46,2)		
4	53 (58,2)	206 (50,4)		
5	2 (2,2)	3 (0,7)		
Comorbidités par catégories				
Cardiovasculaire	73 (84,9)	305 (79,2)	0,233	
Respiratoire	15 (17,4)	58 (15,8)	0,710	
Neurologique	29 (33,7)	112 (30,5)	0,564	
Hépatique	1 (1,2)	5 (1,4)	1,000	
Rénale ou urologique	11 (12,8)	42 (11,5)	0,739	
Digestive	8 (9,3)	21 (5,8)	0,227	
Rhumatologique	16 (18,6)	46 (12,6)	0,143	
Diabète	11 (11,6)	60 (16,3)	0,276	
Autres	37 (43,0)	135 (36,7)	0,275	
<i>Aucune donnée connue</i>	5 (5,5)	22 (5,4)	1,000	
<i>Données incomplètes</i>	0 (0)	22 (5,4)		
Nombre de comorbidités				<i>Réf. 0-1 cat.</i>
0 ou 1 catégorie	18 (19,8)	140 (34,2)		
2 ou 3 catégories	56 (61,5)	211 (51,6)	0,013	2,064 [1,165-3,659]
4 catégories ou plus	12 (13,2)	36 (8,8)	0,022	2,593 [1,145-5,870]
<i>Aucune donnée connue</i>	5 (5,5)	22 (5,4)		
Nombre de traitements				<i>Réf. 0-3 trait.</i>
0 - 3	18 (26,1)	121 (37,2)		
4 - 6	24 (34,8)	103 (31,7)	0,186	
> 6	27 (39,1)	101 (31,1)	0,078	
Types de traitements				
Diurétiques	26 (37,7)	90 (27,9)	0,105	
Antihypertenseurs	37 (53,6)	182 (55,5)	0,777	
Anticoagulants / Antiagrégants	44 (61,1)	202 (60,3)	0,898	
Anti-arythmiques	35 (50,7)	133 (41,3)	0,151	
AINS	2 (2,9)	6 (1,9)	0,635	
Antalgiques paliers 2/3	7 (10,0)	23 (7,1)	0,411	
Psychotropes	31 (44,9)	110 (34,1)	0,088	
Antibiotiques	0 (0)	22 (6,8)	0,019	
Antidiabétiques	8 (11,6)	48 (14,9)	0,482	
<i>Aucune donnée connue</i>	18 (19,8)	69 (16,9)	0,508	
<i>Données incomplètes</i>	4 (4,4)	18 (4,4)		

ANNEXE 2 (suite): Comparaison des patients réadmis et non réadmis

Paramètre étudié	Réadmis n=91 (n, %)	Non réadmis n=409 (n, %)	p value	OR [IC95%]
Mode de vie				
Vit seul	23 (42,6)	62 (31,5)	0,126	
<i>Donnée non connue</i>	37 (40,7)	212 (51,8)	0,054	
Famille à proximité	61 (96,8)	268 (98,9)	0,239	
<i>Donnée non connue</i>	28 (30,8)	138 (33,7)	0,586	
Aidant à domicile	20 (45,5)	57 (39,6)	0,488	
<i>Donnée non connue</i>	47 (51,6)	265 (64,8)	0,019	
Marche possible	88 (100)	391 (99,2)	1,000	
<i>Donnée non connue</i>	3 (3,3)	15 (3,7)	1,000	
Nombre d'examens complémentaires				
0	11 (12,1)	46 (11,2)	0,739	
1	31 (34,1)	120 (29,3)		
2	26 (28,6)	139 (34,0)		
3 ou plus	23 (25,3)	104 (25,4)		
Types d'examens				
ECG	45 (49,5)	225 (55,0)	0,336	
Biologie	63 (69,2)	260 (63,6)	0,307	
Radiographies	39 (42,9)	161 (39,4)	0,538	
TDM / IRM / Echographie	5 (5,5)	76 (18,6)	0,002	0,255 [0,104-0,625]
Acte technique	18 (19,8)	68 (16,6)	0,471	
Instauration d'un traitement	52 (57,1)	205 (50,1)	0,226	
Modification d'un traitement	11 (12,1)	25 (6,1)	0,046	2,112 [1,011-4,411]
Consigne de revoir un médecin	33 (36,3)	122 (29,8)	0,230	
Courrier de sortie rédigé	86 (94,5)	382 (93,4)	0,696	
Situation justifiant un suivi				
1	36 (39,6)	157 (38,4)	0,122	
2	53 (58,2)	251 (61,4)		
3	2 (2,2)	1 (0,2)		
Consultation à 30 jours				
	16 (45,7)	85 (56,3)		
<i>Donnée non connue</i>	22 (24,2)	140 (34,2)		

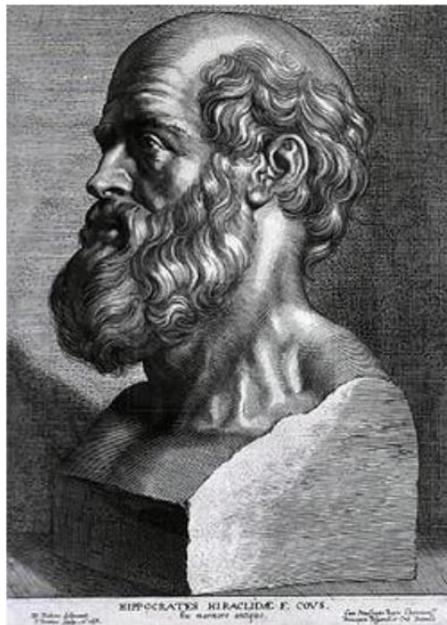
ANNEXE 3 : Comparaison des consultants et des non consultants

Paramètre étudié	Consultants n=196 (n, %)	Non consultants n=142 (n, %)	p value	OR [IC95%]
<i>Donnée inconnue n=162</i>				
Tranches d'âge				
75-84 ans	111 (56,6)	77 (54,2)	0,660	
> 85 ans	85 (43,4)	65 (45,8)		
Age médian (EIG)	83 (79-87)	84 (79-88)		
Age moyen (IC 95%)	83,5 (82,8-84,3)	84,1 (83,2-85,1)		
Femmes	117 (59,7)	83 (58,5)	0,818	
Admission en garde	107 (54,6)	69 (48,6)	0,276	
Adressé par médecin généraliste	43 (21,9)	31 (21,8)	0,981	
Mode d'admission				
Moyen personnel	85 (43,4)	61 (43,0)	0,968	
Ambulance privée	58 (29,6)	44 (31,0)		
Pompiers	47 (24,0)	34 (23,9)		
SMUR	6 (3,1)	3 (2,1)		
Score de triage CIMU				
1	0 (0)	0 (0)	0,077	
2	11 (5,6)	3 (2,1)		
3	83 (42,3)	70 (49,3)		
4	101 (51,5)	65 (45,8)		
5	1 (0,5)	4 (2,8)		
Comorbidités par catégories				
Cardiovasculaire	162 (86,2)	103 (76,9)	0,031	1,875 [1,058-3,324]
Respiratoire	34 (18,7)	15 (12,0)	0,116	
Neurologique	61 (33,7)	48 (38,1)	0,429	
Hépatique	3 (1,7)	3 (2,4)	0,692	
Rénale ou urologique	19 (10,6)	18 (14,4)	0,312	
Digestive	18 (10,0)	7 (5,6)	0,168	
Rhumatologique	28 (15,5)	13 (10,4)	0,201	
Diabète	26 (14,4)	21 (16,7)	0,582	
Autres	76 (42,2)	53 (41,4)	0,886	
<i>Aucune donnée connue</i>	6 (3,1)	8 (5,6)	0,261	
<i>Données incomplètes</i>	10 (5,1)	9 (6,3)		
Nombre de comorbidités				
0 ou 1 catégorie	53 (27,9)	38 (28,4)		Réf. 0-1 cat.
2 ou 3 catégories	113 (59,5)	85 (63,4)	0,852	
4 catégories ou plus	24 (12,6)	11 (14,5)	0,287	
Nombre de traitements				
0 - 3	47 (29,6)	38 (33,9)		Réf. 0-3 trait.
4 - 6	51 (32,1)	36 (32,1)	0,706	
> 6	61 (38,4)	38 (33,9)	0,438	

ANNEXE 3 (suite): Comparaison des consultants et des non consultants

Paramètre étudié	Consultants n=196 (n, %)	Non consultants n=142 (n, %)	<i>p value</i>	OR [IC95%]
<i>Donnée inconnue n=162</i>				
Types de traitements				
Diurétiques	60 (31,6)	36 (32,7)	0,795	
Antihypertenseurs	94 (59,1)	60 (53,6)	0,288	
Anticoagulants / Antiagrégants	104 (63,4)	65 (57,5)	0,311	
Anti-arythmiques	69 (43,7)	49 (45,0)	0,544	
AINS	2 (1,3)	1 (0,9)	1,000	
Antalgiques paliers 2/3	15 (9,4)	8 (7,3)	0,558	
Psychotropes	64 (40,5)	45 (40,9)	0,947	
Antibiotiques	9 (5,7)	4 (3,7)	0,450	
Antidiabétiques	21 (13,3)	18 (16,4)	0,483	
<i>Aucune donnée connue</i>	30 (15,3)	26 (18,3)	0,463	
<i>Données incomplètes</i>	8 (4,1)	7 (4,9)		
Mode de vie				
Vit seul	42 (40,8)	19 (26,0)	0,043	1,957 [1,023-3,742]
<i>Donnée non connue</i>	93 (47,4)	69 (48,6)	0,836	
Famille à proximité	123 (98,4)	101 (98,1)	1,000	
<i>Donnée non connue</i>	71 (36,2)	39 (27,5)	0,090	
Aidant à domicile	32 (45,1)	23 (42,6)	0,782	
<i>Donnée non connue</i>	125 (63,8)	88 (62,0)	0,735	
Marche possible	187 (100)	133 (97,8)	0,074	
<i>Donnée non connue</i>	9 (4,6)	6 (4,2)	0,872	
Nombre d'examens complémentaires				
0	19 (9,7)	17 (12,0)	0,925	
1	58 (29,6)	40 (28,2)		
2	64 (32,7)	46 (32,4)		
3 ou plus	55 (28,1)	55 (38,7)		
Types d'examens				
ECG	107 (54,6)	84 (59,2)	0,404	
Biologie	137 (69,9)	86 (60,6)	0,074	
Radiographies	75 (38,3)	62 (43,7)	0,319	
TDM / IRM / Echographie	36 (18,4)	23 (16,2)	0,604	
Acte technique	37 (18,9)	25 (17,6)	0,766	
Instauration d'un traitement	105 (53,6)	72 (50,7)	0,602	
Modification d'un traitement	15 (7,7)	7 (4,9)	0,316	
Consigne de revoir un médecin	72 (36,7)	34 (23,9)	0,012	1,844 [1,141-2,981]
Courrier de sortie rédigé	183 (93,4)	135 (95,1)	0,512	
Situation justifiant un suivi				
1	68 (34,7)	59 (41,5)	0,433	
2	126 (64,3)	82 (57,7)		
3	2 (1,0)	1 (0,7)		
Réadmission à 30 jours	37 (18,9)	21 (14,8)		

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.