



HAL
open science

Le parcours de soins des patients âgés en SSR et EHPAD chez qui le médecin généraliste a souhaité une investigation urgente

Célia Herr

► To cite this version:

Célia Herr. Le parcours de soins des patients âgés en SSR et EHPAD chez qui le médecin généraliste a souhaité une investigation urgente. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02096768

HAL Id: dumas-02096768

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096768v1>

Submitted on 11 Apr 2019

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.

**Le parcours de soins des patients âgés en SSR et EHPAD
chez qui le médecin généraliste a souhaité une investigation urgente**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 21 Décembre 2018

Par Madame Célia HERR

Née le 24 février 1990 à Neuilly-Sur-Seine (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Président

Madame le Docteur CIBOIS-HONNORAT Isabelle

Directeur

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

**Le parcours de soins des patients âgés en SSR et EHPAD
chez qui le médecin généraliste a souhaité une investigation urgente**

T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 21 Décembre 2018

Par Madame Célia HERR

Née le 24 février 1990 à Neuilly-Sur-Seine (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie	Président
Madame le Docteur CIBOIS-HONNORAT Isabelle	Directeur
Monsieur le Professeur ROSSI Pascal	Assesseur
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

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

Chargés de mission :

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

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987 M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988 MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989 M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

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

2014

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

2015

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

2016

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

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

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

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

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

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

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

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

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

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

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

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004

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

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

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

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

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

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

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

NUTRITION 4404

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Surnombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanie (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

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

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

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

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) *Retraite 1/5/2018*
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

Au Professeur Sylvie Bonin-Guillaume,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre disponibilité lors de mes questionnements concernant mon avenir professionnel, votre accord à mon inscription tardive en DESC de Gériatrie et pour votre bienveillance.

Au Professeur Pascal Rossi,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci pour votre encadrement au cours de mon semestre dans votre service de Gériatrie - Médecine Interne où j'ai tant appris.

Au Professeur Patrick Gerbeaux,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Au Docteur Isabelle Cibois-Honorat,

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir confié ce travail. Merci d'avoir trouvé des solutions sur ce chemin semé d'embûches qu'est la préparation d'un travail de thèse et su contourné les problèmes.

Merci pour ta confiance, ton soutien, ta réassurance depuis un an et pour le travail minutieux et fastidieux de correction que tu as effectué.

Merci de dynamiser le domaine de la médecine générale en nous faisant partager ton savoir et ta passion à ton cabinet et bien au-delà à travers tes livres, tes conférences et tes formations.

Merci à l'équipe de l'établissement Korian le Verdon à Gréoux-les-bains pour votre accueil hebdomadaire, votre aide, vos conseils précieux, et le partage de ces repas très conviviaux.

Merci aux superbes médecins que j'ai rencontrés sur mon parcours, et qui m'ont donné le meilleur aperçu de ce métier.

Merci au Dr Jammard, mon premier mentor, celle qui m'a donné envie d'arriver jusqu'ici.

A toi mon Papé, merci pour ta gentillesse et ton humour unique qui nous manquent tant.
Et à toi ma petite Mamé, merci pour ta tendresse, ta douceur, ta bienveillance jamais égalées.
Merci à vous deux pour toutes vos belles attentions, merci à vous deux pour ces magnifiques souvenirs. J'espère que vous êtes fiers de moi de là où vous êtes.

A toi ma Grand-Maman, merci de toujours garder un œil très attentif sur nous, quand bien même nous sommes à l'autre bout de la France ou du monde. Merci pour ton soutien et ton amour.

A toi mon incroyable Maman, qui nous porte tous contre vents et marées sans jamais plier, merci pour ton amour sans limite, ton soutien sans faille, tes conseils si précieux, ton optimisme redoutable. Comme tu l'as si bien repris aux Shaddock « Ce n'est qu'en essayant continuellement que l'on finit par réussir. Autrement dit : Plus ça rate, plus on a de chances que ça marche. »

A toi mon Papa adoré, merci de remuer ciel et terre pour toujours me trouver des solutions à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, merci infiniment d'être toujours disponible pour moi, merci pour ta « quiétude zénithale » que je voudrais réussir à appliquer plus souvent dans ma vie.

A toi Tom-tom, merci d'avoir ouvert la route, de m'avoir protégé, conseillé et aidé à devenir cette grande personne-là. Merci pour ton accueil, ta générosité et ton soutien déployés dans ces étapes de la vie. Merci de m'avoir prouvé qu'en persévérant on arrive à ses fins.

A toi Oliv, merci de m'avoir enseigné l'humilité et l'humanité, tes deux grandes vertus qui ont fait écho dans ma vie personnelle comme professionnelle. Merci pour tous ces moments de complicité, tous ceux où tu me fais tant rire : je ne les oublie jamais.

Merci aux équipes paramédicales de cardiologie d'Ajaccio, des urgences d'Arles, de pédiatrie d'Avignon, de gériatrie de l'Hôpital Nord. Votre travail, votre patience, votre implication auprès des patients est incroyable. Merci infiniment pour eux. Merci pour votre accueil à chaque semestre, et pour ce que vous m'avez appris: la patience, l'écoute, la communication!
Et évidemment merci à l'équipe du Court Séjour Gériatrique d'Avignon, au Dr Bellhamer et au Dr Nachar, c'est un immense bonheur de revenir travailler avec vous!

Table des matières

1	Introduction	1
2	Matériels et méthodes	4
2.1	<i>Objectifs de l'étude</i>	4
2.1.1	Objectif principal	4
2.1.2	Objectifs secondaires	4
2.2	<i>Caractéristiques de l'étude</i>	4
2.3	<i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	4
2.4	<i>Recueil de données</i>	4
2.5	<i>Recherche bibliographique</i>	5
2.6	<i>Déclaration d'éthique.....</i>	6
3	Résultats	7
3.1	<i>Caractéristiques de l'échantillon étudié</i>	7
3.1.1	Nombre de sujets	7
3.1.2	Répartition selon le secteur EHPAD / SSR	7
3.1.3	Répartition de la population selon l'âge	8
3.2	<i>Critère de jugement principal</i>	9
3.3	<i>Critères de jugement secondaires</i>	10
3.3.1	Prise en charge selon population EHPAD ou SSR	10
3.3.1.1	Prise en charge aux urgences.....	10
3.3.1.2	Prise en charge en service hospitalier.....	10
3.3.1.3	Prise en charge en centre d'imagerie.....	11
3.3.1.4	Prise en charge en consultation	11
3.3.1.5	Pathologie d'organes amenant à consulter dans la population de patients d'EHPAD	12

3.3.1.6	Pathologie d'organes amenant à consulter dans la population de patients de SSR.....	12
3.3.2	Adressage initial des différentes pathologies d'organes selon les structures de soins	13
3.3.2.1	Prise en charge aux urgences.....	14
3.3.2.2	Prise en charge en service.....	16
3.3.2.3	Prise en charge en centre d'imagerie.....	17
3.3.2.4	Prise en charge en consultation spécialisée.....	18
3.3.3	Issues des prises en charge	19
3.3.4	Adressages répétés à l'extérieur de l'établissement pour un même sujet.....	20
4	Discussion	21
4.1	<i>Résultat principal</i>	21
4.2	<i>Analyse des résultats</i>	22
4.2.1	Causes d'adressage urgent	22
4.2.2	Provenance des patient.....	23
4.2.3	Décours de la prise en charge initiale	25
4.2.4	Des alternatives au recours au SAU	26
4.2.5	Des patients qui nécessitent des prises en charges répétée	27
4.3	<i>Critiques de l'étude</i>	28
4.3.1	Points forts	28
4.3.2	Points faibles	28
4.3.3	Propositions pour l'avenir	29
5	Conclusion	31
6	Abréviations	36
7	Bibliographie	37

1 Introduction

Dans le contexte actuel d'une population de plus en plus vieillissante, la prise en charge des personnes âgées constitue un enjeu majeur de santé publique.

Le mode d'accès aux soins de ce type de patients crée une problématique^{1,2} nécessitant une réflexion. D'après l'INSEE³ en 2060, 23,6 millions de personnes seraient âgées de plus de 60 ans, soit une personne sur trois. On pourrait compter 200 000 centenaires en 2060.

Définition du parcours de soins

Le parcours de soins fait écho au déplacement du patient dans le système de soins.

Selon Riou et Jarno, ces trajectoires sont l'ensemble des étapes que le patient traverse en réponse aux spécificités de sa maladie et de son environnement⁴.

Population de la problématique

Les patients âgés institutionnalisés en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des patients dépendants sur le plan physique et/ou mental^{1,5,6}. Ceux hospitalisés en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sont fragilisés de manière temporaire, en cours de rééducation pour réduire le déclin fonctionnel après des maladies aiguës¹.

Problématique de la prise en charge en cas d'évènement aigu – plateau technique

Le plateau technique de ces structures est limité en cas d'évènement aigu intercurrent. Le médecin généraliste souhaite parfois une investigation en urgence: un examen d'imagerie, une thérapeutique ou une surveillance adéquate dont on ne dispose pas sur place.

Les patients peuvent être orientés vers une autre structure, ambulatoire (centre d'imagerie, cabinet médical de consultations spécialisées) ou vers un centre hospitalier (service d'accueil des urgences (SAU), consultations spécialisées hospitalières, entrée directe en service hospitalier)⁷.

Problématique des trajectoires vers les urgences

Catala montre qu'il existe un trop grand nombre de consultations aux urgences dont le but principal est la possibilité de réaliser un examen complémentaire rapide⁸.

Le SAU est un service dont le flux de passages ne fait que s'accroître⁹.

Le ratio de personnes âgées issues d'établissements d'hébergements représente entre 9 et 38 % de l'ensemble des recours SAU de la personne âgée¹⁰.

Dans cette mesure, désencombrer ce service en limitant la venue ou la durée de séjour des personnes âgées en structure médicalisée est un enjeu de santé publique.

D'après Dwyer et al. et Fur Musquer et al., près de la moitié de la population âgée est transportée durant les horaires standards de journée^{11,12}. Ces transports ont à la fois un coût pour la société et surtout des conséquences pour cette population fragile, plus vulnérable. Cela suggère que les résidents d'EHPAD ou patients de SSR pourraient tout aussi bien accéder aux autres services en journée plutôt qu'au SAU et bénéficier plus simplement et rapidement des services d'imagerie ou de spécialités dont ils ont besoin¹¹.

Problématique iatrogénique des urgences

Il a été démontré que les transferts répétés en milieu hospitalier et le temps d'attente sur un brancard avant prise en charge étaient à haut risque iatrogène chez la personne âgée (ulcères de pression (19 %), délire (38 %), risque trois fois plus élevé de nouvelles infections gastro-intestinales ou des voies respiratoires, augmentation de l'acquisition d'organismes résistants, déclin fonctionnel,...)¹¹. La morbi-mortalité de cette population en milieu hospitalier est corrélée à leur durée moyenne de séjour aux urgences ou en hospitalisation¹³.

Problématique des transports

Lowthian et al. constatent que le taux de transport à tout âge confondu a augmenté de 75 % (IC à 95 %, 62 % à 89 %) au cours de la période d'étude entre 2007 et 2014¹⁴.

Les patients âgés de plus de 85 ans étaient huit fois plus nombreux (taux d'incidence, 7,9 [IC à 95 %, 7,6-8,3]) que ceux de la tranche d'âge 45-69 ans au cours de cette période¹⁴.

Nous sommes surpris de voir que les patients admis dans ces structures médicalisées ont un taux de transfert aux urgences aussi important alors que le parcours de soins pourrait être plus adapté à leurs besoins.

L'objectif principal est de réaliser un état des lieux sur un an des trajectoires de soins des patients âgés d'un établissement à la fois EHPAD et SSR lorsque leur état de santé nécessite une investigation urgente en dehors de sa structure.

L'objectif secondaire est d'identifier dans cette structure les situations qui nécessitent une prise en charge urgente et de définir correctement les motifs et les critères les amenant à consulter en dehors de leur établissement d'origine.

Nous espérons ainsi trouver des pistes pour optimiser le parcours de soins des patients en EHPAD et en SSR en évitant des transports itératifs et inadaptés, sources de complications.

2 Matériels et méthodes

2.1 Objectifs de l'étude :

2.1.1 Objectif principal :

L'objectif principal de notre étude était de décrire le parcours de soin des patients âgés résidant dans un EHPAD et un SSR, et nécessitant une investigation urgente.

2.1.2 Objectifs secondaires :

- analyser la trajectoire de soins selon les pathologies rencontrées;
- analyser l'issue des prises en charge (initiales puis après hospitalisation).

2.2 Caractéristiques de l'étude

Notre étude est une étude descriptive observationnelle rétrospective sur les résidents âgés de plus de 60 ans dans un établissement (EHPAD et SSR) des Alpes de Haute-Provence sur une période d'un an.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les patients inclus étaient des patients âgés de 60 ans et plus, présents dans cet établissement, du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 souffrant d'une pathologie aiguë nécessitant un transfert en dehors de l'établissement pour une investigation urgente.

Etaient exclus les patients âgés de moins de 60 ans ou ceux de plus de 60 ans dont les mouvements vers l'extérieur de l'établissement se faisaient pour:

- un suivi habituel de pathologie chronique
- un motif de sortie de l'établissement qui n'était pas décrit dans le dossier informatisé.

2.4 Recueil de données

Cette étude a été menée dans un établissement des Alpes de Haute Provence à Gréoux-les-Bains, située à 12 km au Sud-Est de Manosque, ville dans laquelle se trouve un centre hospitalier comprenant 325 lits. L'établissement auquel nous nous sommes intéressés

comprend 40 lits de SSR et 40 lits en EHPAD dont 10 lits en unité protégée. Il s'agit d'un établissement privé à but lucratif dont 10 lits sont habilités à l'Aide Sociale.

Coté SSR : un médecin faisant une visite tous les jours et d'astreinte nuit et week-end, infirmiers 24h/24;

Coté EHPAD : un médecin un jour par semaine, infirmiers 24h/24.

Les informations étaient tirées du dossier médical, rempli par les médecins, issu du logiciel de l'établissement.

Les éléments de données comprenaient :

- l'âge du patient,
- le secteur dans lequel il était au sein de l'établissement (EHPAD ou SSR),
- le motif de recours aux soins à l'extérieur de l'établissement,
- le lieu de prise en charge initiale,
- les examens réalisés sur ce lieu,
- le diagnostic retrouvé,
- l'issue de cette prise en charge.

A partir du logiciel, grâce aux filtres « rendez-vous », « hospitalisation », « transfert » chez les patients de 60 ans et plus, d'EHPAD et SSR, seuls les dossiers comprenant au moins un de ces filtres et concernant un épisode aigu ont été analysés. Ils ont été relus un par un pour retrouver les données propres au patient et nécessaires à l'étude. Les éléments issus du logiciel ont été retranscrits pour chaque patient dans un tableur Excel, puis les patients ont été anonymisés, en étant associés par ordre alphabétique croissant à un numéro. Tous les calculs de statistiques ont été fait à partir de ce classeur après anonymisation. L'analyse statistique a été effectuée avec le test du Khi^2 .

2.5 Recherche bibliographique

Les supports scientifiques pour justifier l'intérêt et la portée de cette étude ont été recherchés sur les différents outils Pubmed, Cochrane et Sudoc. Ceux considérés comme intéressants pour notre étude après lecture, ont été conservés sur le logiciel Zotero.

2.6 Déclaration d'éthique

Il n'a pas été exigé de consentement verbal ou écrit des participants car notre étude n'a collecté et analysé que les données et informations issues des soins habituels pendant l'hospitalisation (sans autre évaluation, expérimentation, procédure ou suivi).

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de l'échantillon étudié

3.1.1 Nombre de sujets

Sur les 463 patients ayant résidé dans l'établissement du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, 89 patients ont bénéficié d'une prise en charge à l'extérieur de l'établissement lorsque le médecin généraliste recourait à une investigation urgente. Au total, 147 mouvements ont été enregistrés devant une pathologie aiguë selon les critères prérequis d'inclusion. Plusieurs mouvements pouvaient être enregistrés pour un même patient.

3.1.2 Répartition selon le secteur EHPAD / SSR

Sur les 89 patients de l'étude :

- 19 sont des résidents de l'EHPAD avec 40 recours externes, soit moins d'un tiers des adressages,
- 70 sont des patients de SSR avec 107 recours externes.

3.1.3 Répartition de la population selon l'âge

Diagramme 1 :

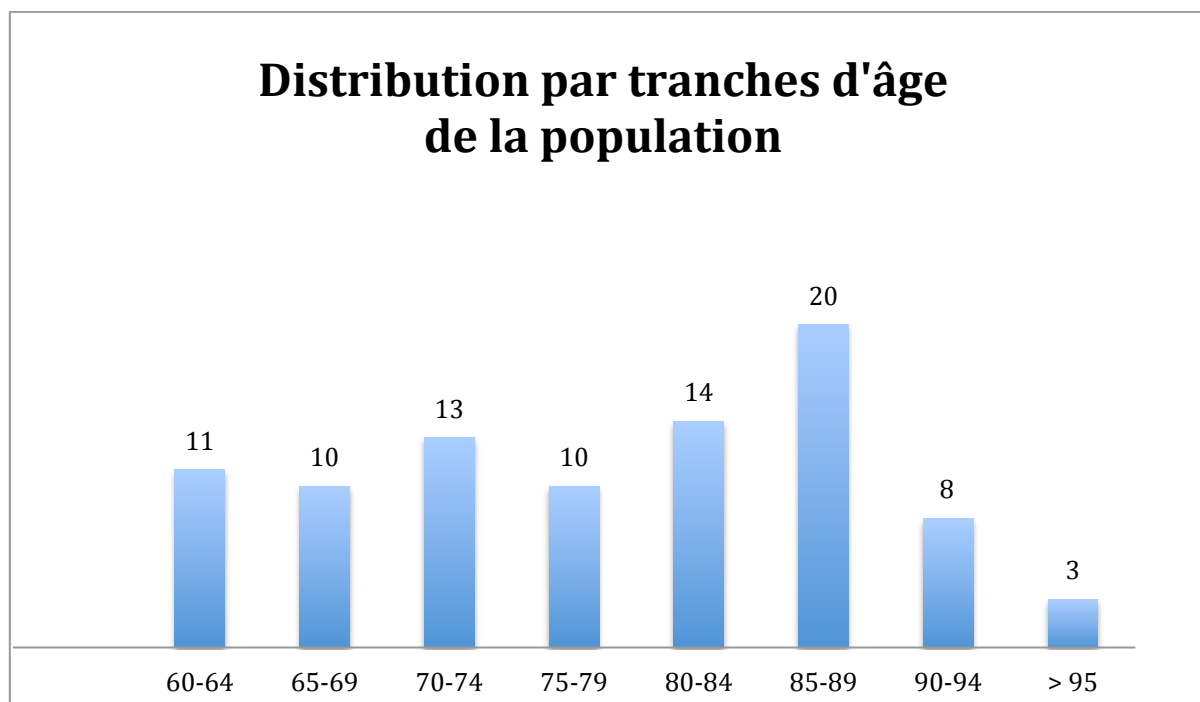
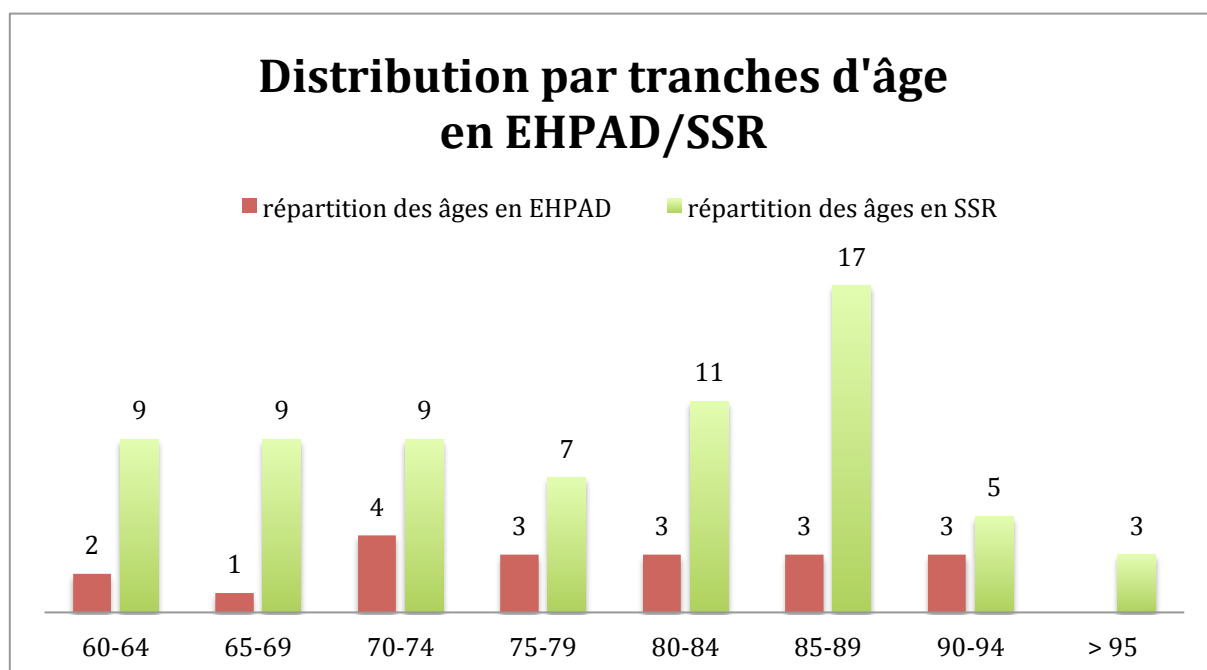


Diagramme 2 :



La moyenne d'âge de l'ensemble de la population était de 76,7 ans.

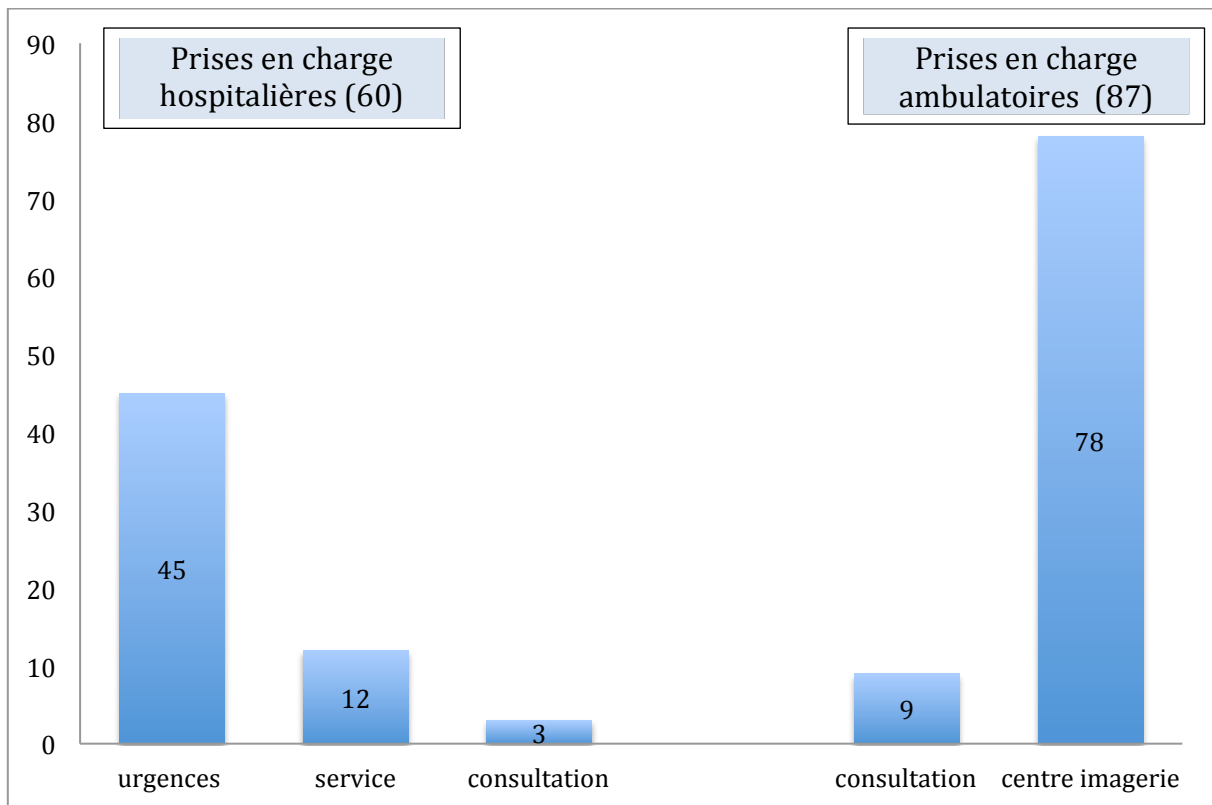
La moyenne d'âge chez les patients de SSR était de 76,4 ans.

La moyenne d'âge chez les résidents d'EHPAD était de 77,4 ans.

3.2 Critère de jugement principal

On peut voir que 87/147 des situations nécessitant une investigation urgente sont pris en charge (PEC) en ambulatoire (78 en centre d'imagerie, 9 en cabinet médical de consultation spécialisée) contre 60/147 en milieu hospitalier (45 aux SAU, 12 directement en hospitalisation).

Diagramme 3 : Population de l'étude répartie selon leur prise en charge en soins hospitaliers / ambulatoires



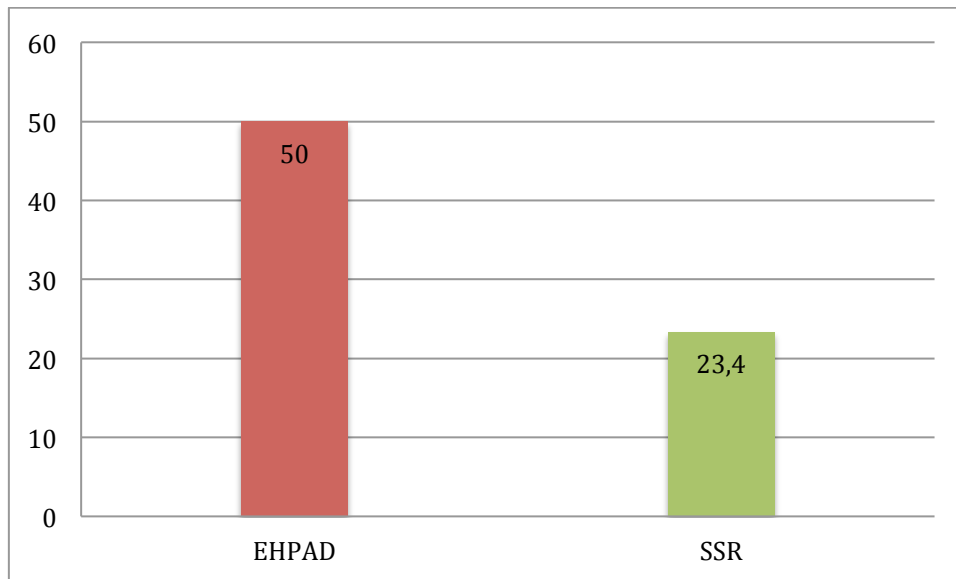
3.3 Critères de jugement secondaires

3.3.1 Prise en charge selon population EHPAD ou SSR

3.3.1.1 Prise en charge aux urgences

Diagramme 4 : Répartition (en %) du recours aux urgences selon la provenance.

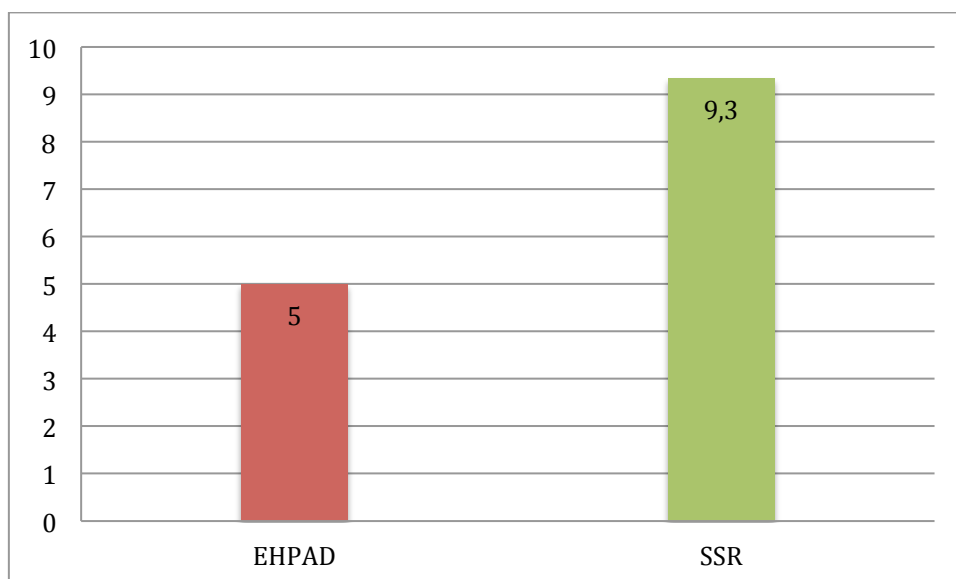
Ratio adressages au SAU issus d'EHPAD: 20/40; Ratio adressages au SAU en issus de SSR: 25/107 (p= 0.004).



3.3.1.2 Prise en charge en service hospitalier

Diagramme 5 : Répartition (en %) du recours aux services de spécialité selon la provenance.

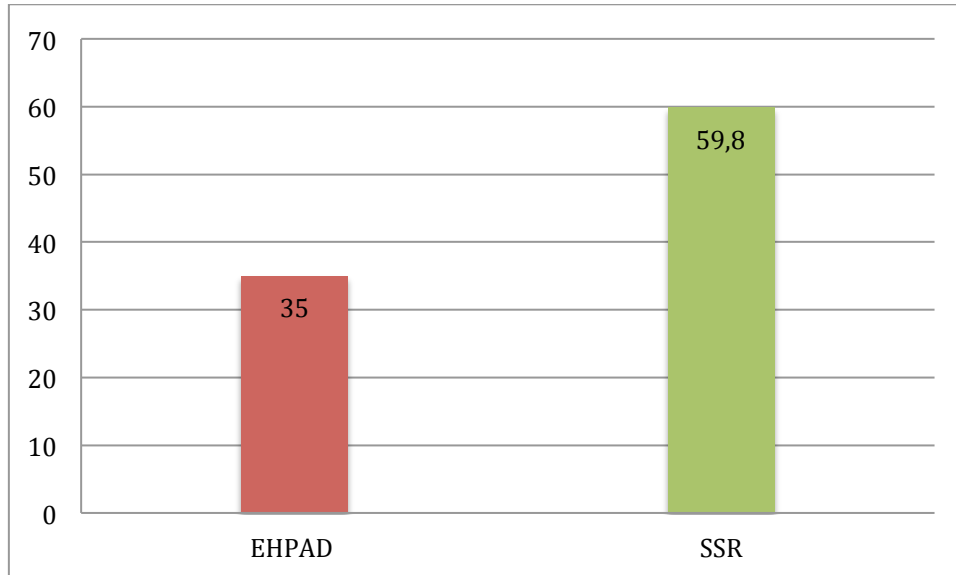
Ratio adressages aux services issus d'EHPAD: 2/40; Ratio adressages aux services issus de SSR: 10/107 (p= 0.6).



3.3.1.3 Prise en charge en centre d'imagerie

Diagramme 6 : Répartition (en %) du recours au centre d'imagerie selon la provenance.

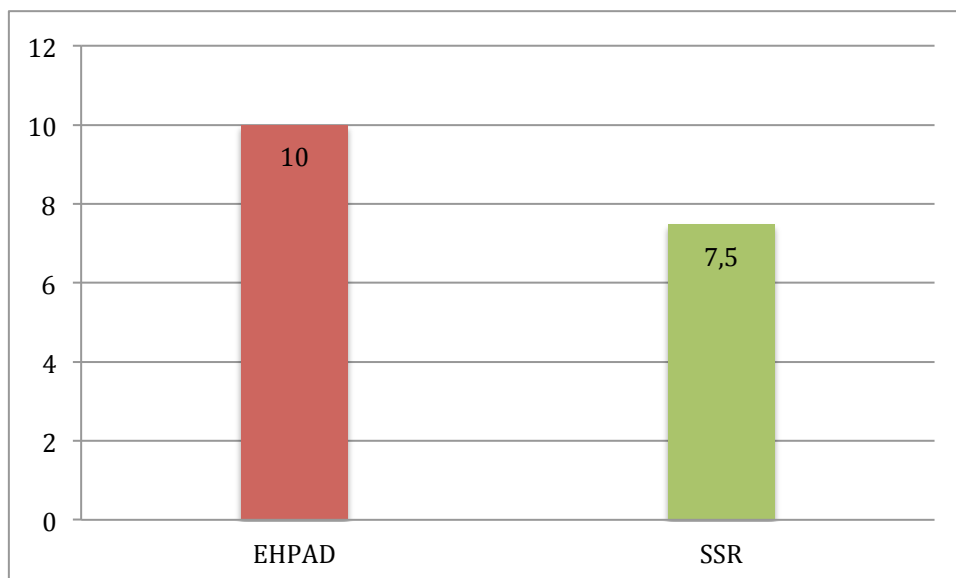
Ratio adressages en centre d'imagerie issus d'EHPAD: 14/40; Ratio adressage en centre d'imagerie issus de SSR: 64/107 (p= 0.009).



3.3.1.4 Prise en charge en consultation

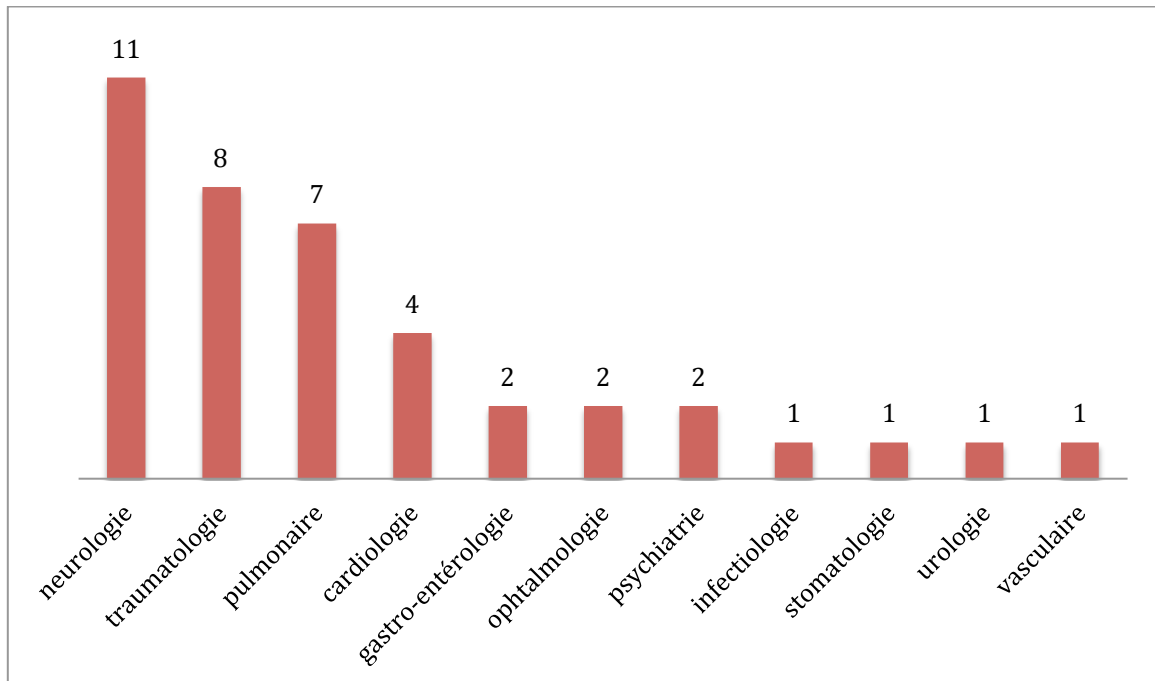
Diagramme 7 : Répartition (en %) du recours aux consultations selon la provenance.

Ratio adressages en consultation issus d'EHPAD : 4/40; Ratio adressages en consultation issus de SSR : 8/107 (p= 0,6).



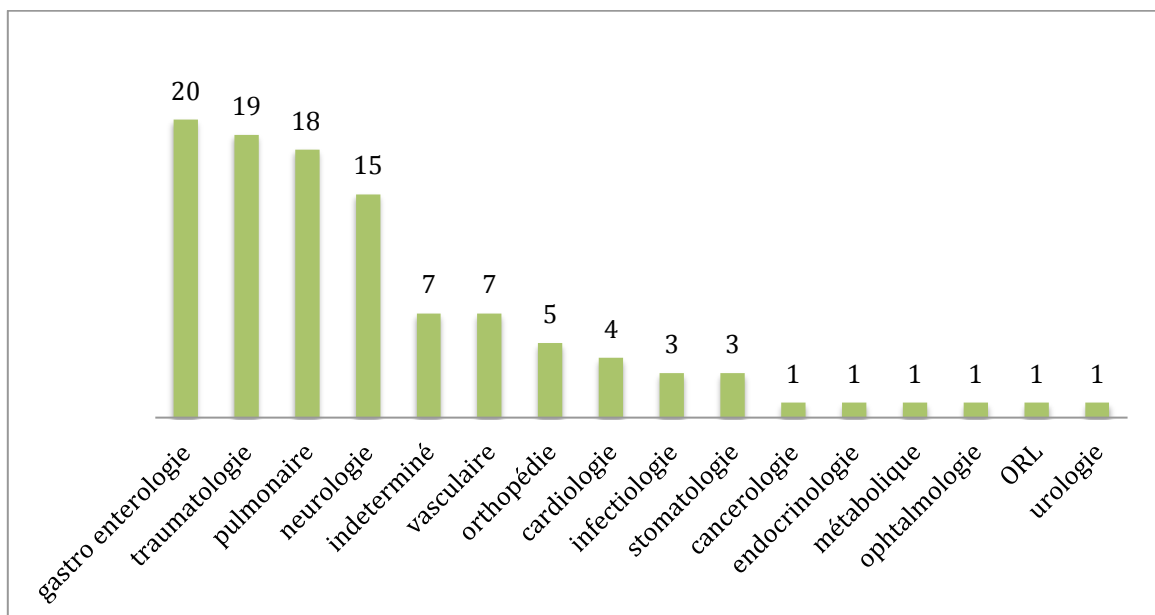
3.3.1.5 Pathologie d'organes amenant à consulter dans la population de patients d'EHPAD

Diagramme 8 : Répartition (en effectifs) des prises en charge à l'extérieur de l'établissement issues d'EHPAD selon les pathologies d'organe (N tot= 40).



3.3.1.6 Pathologie d'organes amenant à consulter dans la population de patients de SSR

Diagramme 9 : Répartition (en effectifs) des prises en charge à l'extérieur de l'établissement issues de SSR selon les pathologies d'organe (Ntot= 107).



Avec un $p=0,1$ entre ces 2 groupes, il n'a pas été montré de différence significative entre les 2 groupes.

3.3.2 Adressage initial des différentes pathologies d'organes selon les structures de soins

Tableau 1 : Répartition de la prise en charge initiale selon la pathologie d'organes (p=0,03).

	PEC hospitalière					PEC ambulatoire			total	
	SAU	service	consultation	imagerie	total	consultation	imagerie	total		
cancérologie					0		1	1	1	
cardiologie	5				5		3	3	8	P=0,2
endocrinologie		1			1			0	1	
gastro-entérologie	8	5			13		9	9	22	P=0,6
indéterminé	3				3	1	3	4	7	
infectiologie	2				2		2	2	4	
métabolique	1				1			0	1	
neurologie	9	2	1		12	2	12	14	26	P=0,5
ophtalmologie					0	2	1	3	3	
ORL					0	1		1	1	
orthopédie		1	1	1	3		2	2	5	
psychiatrie		1	1		2			0	2	
pneumologie	8				8		17	17	25	P=0,3
stomatologie	1				1	1	2	3	4	
traumatologie	7				7		20	20	27	P=0,08
urologie	1	1			2			0	2	
vasculaire					0	2	6	8	6	
total	45	11	3	1	60	9	78	87		

3.3.2.1 Prise en charge aux urgences

Les patients ayant le plus souvent recours aux SAU sont atteints des pathologies suivantes :

- pathologies neurologiques avec 9 cas sur 45 (soit 20 %), représentées très majoritairement par les traumatismes crâniens post-chute dans 7 cas sur 9 et qui bénéficient tous d'un scanner cérébral,
- pathologies pulmonaires avec 8 cas sur 45 (soit 17,78 %) qui bénéficient dans 6 cas sur 8 d'une radiographie thoracique (les 2 autres passages aux urgences pour pathologies pulmonaires ne sont pas renseignés sur la nature des examens effectués),
- pathologies gastro-entérologiques avec également 8 cas sur 45 (soit 17,78 %), qui bénéficient dans 7 cas d'un scanner abdominal.

L'issue du passage aux urgences est :

- dans 17 cas sur 45 cas un retour à l'établissement,
- dans 28 cas sur 45 une hospitalisation,
- dans 3 cas le décès dans les 14 jours suivant le passage aux urgences.

Diagramme 10 : Répartition du recours aux urgences selon les pathologies d'organe (Ntot=45).

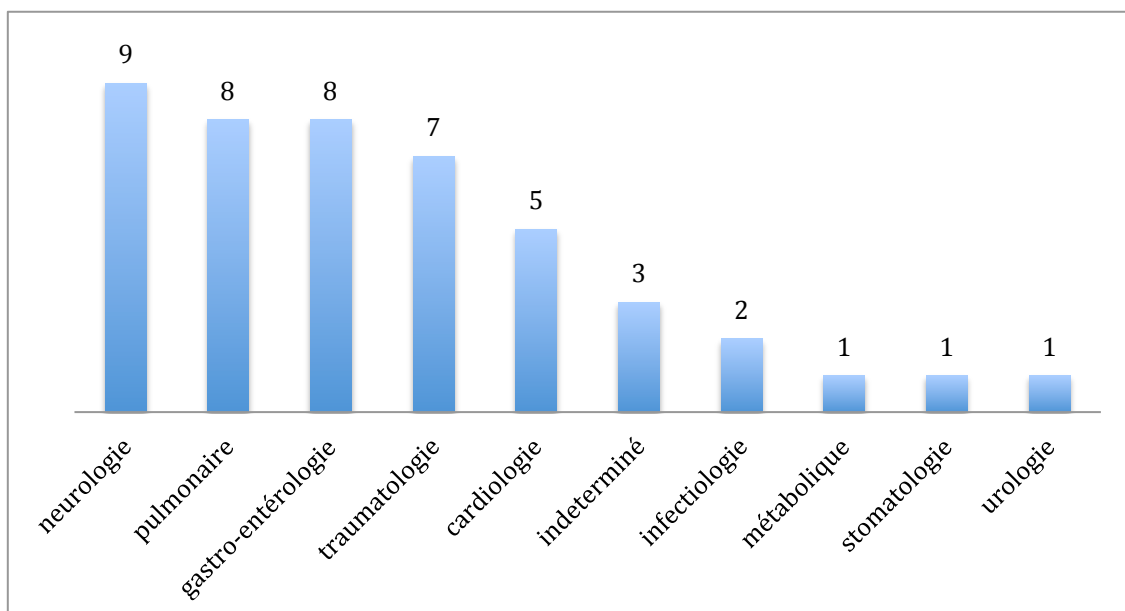


Tableau 2 : Investigations réalisées selon les pathologies d'organe aux urgences.

	biologie	imagerie	thérapeutique	indéterminé	particularité	total
neurologie		9			TDM cérébral : 9	9
gastro entérologie		8			fibroscopie: 2	8
pulmonaire	2	6		2		8
traumatologie		7				7
cardiologie	1	3	1		coronarographie:1	5
indéterminé				3		3
infectiologie	1	1				2
métabolique	1					1
stomatologie		1				1
urologie			1		SUD: 1	1

TDM = Tomodensitométrie

SUD = Sondage urinaire à demeure

3.3.2.2 Prise en charge en service

Les patients ayant le plus souvent recours aux services hospitaliers sont atteints de pathologies gastro-entérologiques avec 5 cas sur 12 (soit 41,7 %) pour une prise en charge thérapeutique dans 4 cas (ponction d'ascite). Il s'agissait à 4 reprises du même patient.

L'issue du passage en service est dans les 12 cas un retour à l'établissement.

Diagramme 11 : Répartition du recours en service de spécialité selon les pathologies d'organe (Ntot= 12)

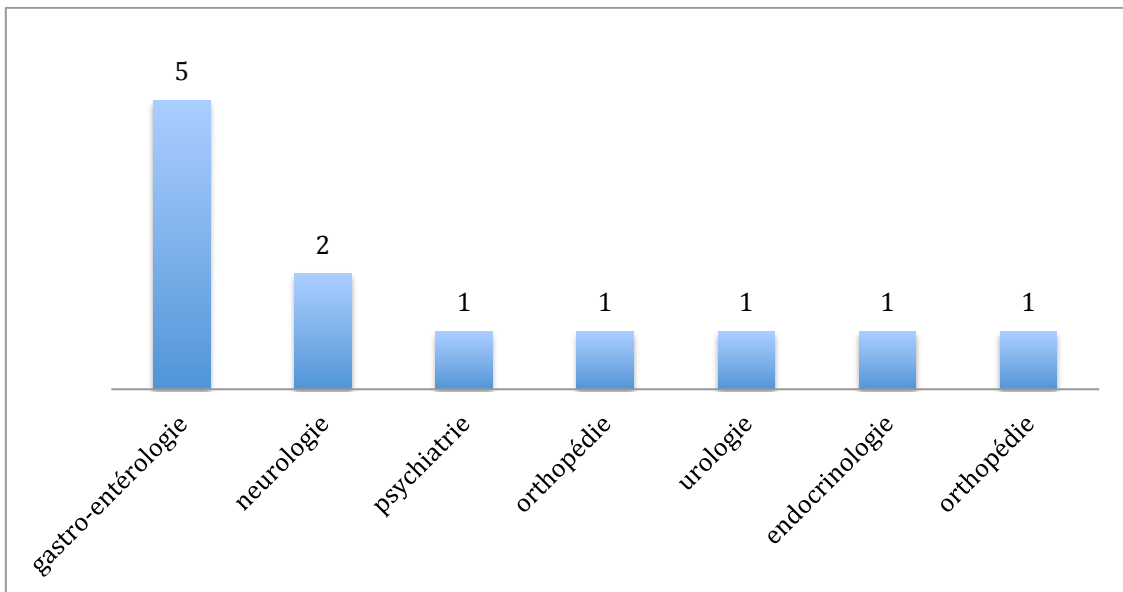


Tableau 3 : Investigations réalisées selon les pathologies d'organe en service

	biologie	imagerie	thérapeutique	indéterminé	particularité	total
gastro entérologie		1	4		ponction d'ascite : 4	5
neurologie				2		2
orthopédie				1		1
psychiatrie			1		PL évacuatrice+ ttt	1
urologie		1				1
endocrinologie	1					1

PL= ponction lombaire
 ttt= traitement

3.3.2.3 Prise en charge en centre d'imagerie

Les patients ayant le plus souvent recours au centre d'imagerie sont atteints des pathologies suivantes:

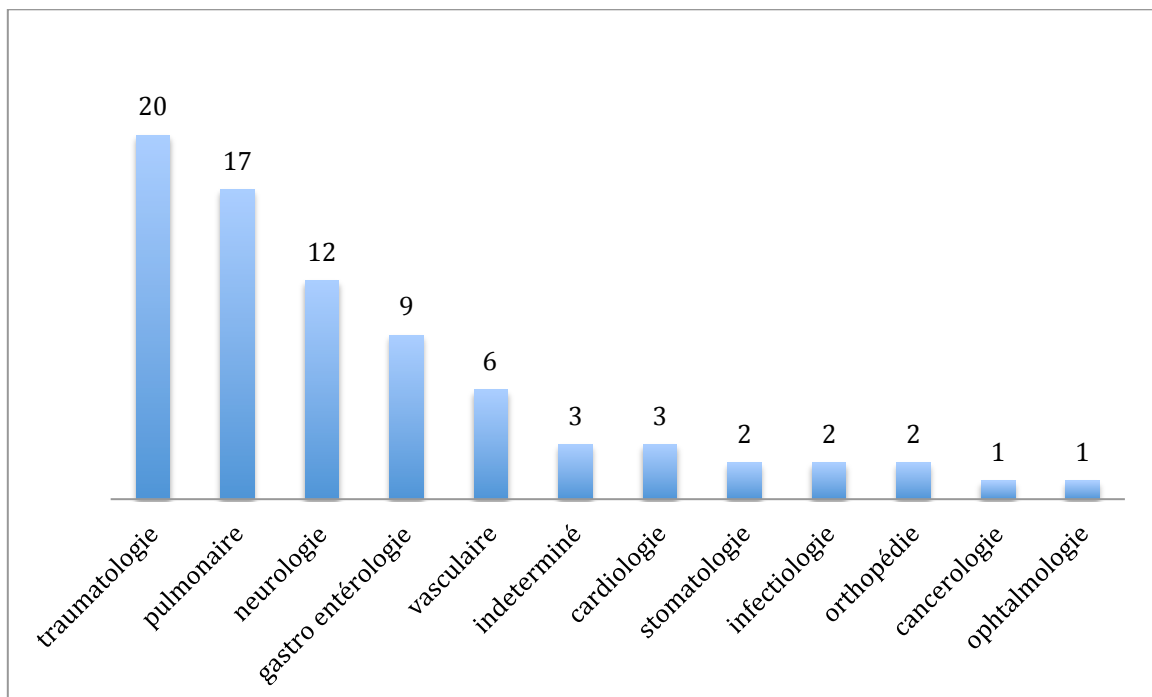
- traumatismes avec 20 cas sur 78 (soit 25,6 %),
- affections pulmonaires avec 17 cas sur 78 (soit 21,8 %),
- pathologies neurologiques avec 12 cas sur 78 (soit 15,4 %) dont un traumatisme crânien avec trouble de la conscience, qui a bénéficié d'un scanner cérébral en urgence.

Les patients bénéficient tous d'un examen d'imagerie, principalement d'une radiographie.

L'issue du passage en centre d'imagerie est :

- dans 50 cas sur 78 cas (soit 64,1 %) un retour à l'établissement,
- dans 8 cas sur 78 (soit 10,3 %) une hospitalisation,
- dans 2 cas sur 78 (soit 2,6 %) un transfert secondaire vers les urgences.

Diagramme 12 : Répartition du recours au centre d'imagerie selon les pathologies d'organe (Ntot= 78)



3.3.2.4 Prise en charge en consultation spécialisée

Les patients ayant le plus souvent recours aux consultations spécialisées sont atteints de pathologies neurologiques avec 3 cas sur 12 (soit 25 %).

L'issue du passage aux consultations spécialisées est dans les 12 cas un retour à l'établissement.

Diagramme 13 : Répartition du recours aux consultations selon les pathologies d'organe (Ntot= 12).

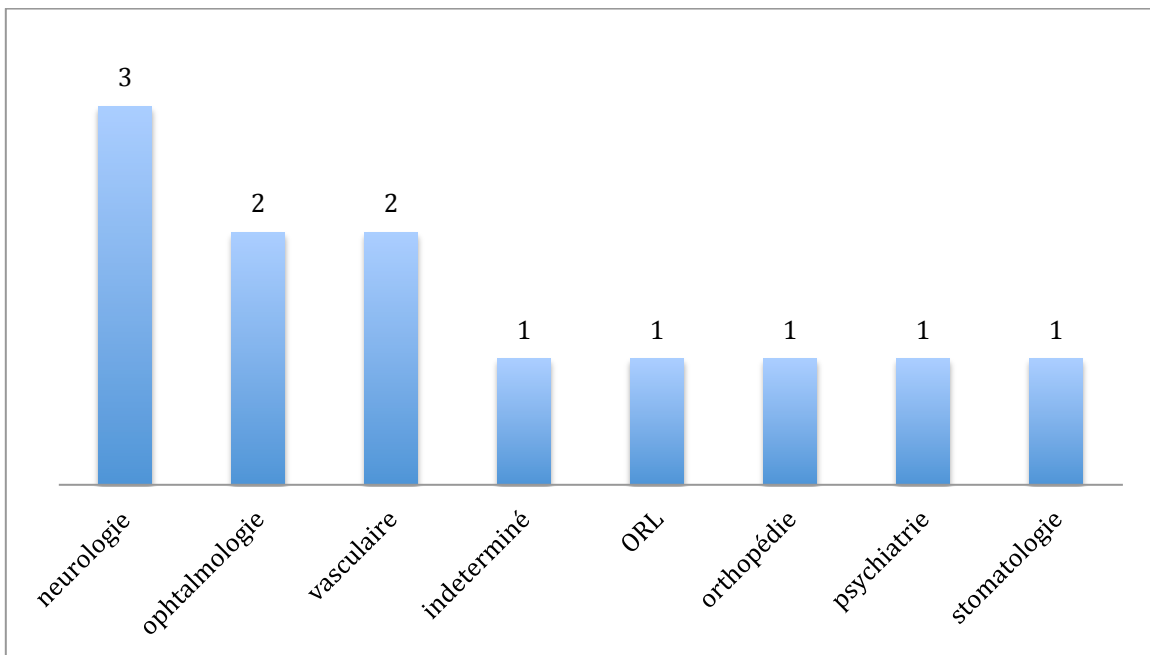


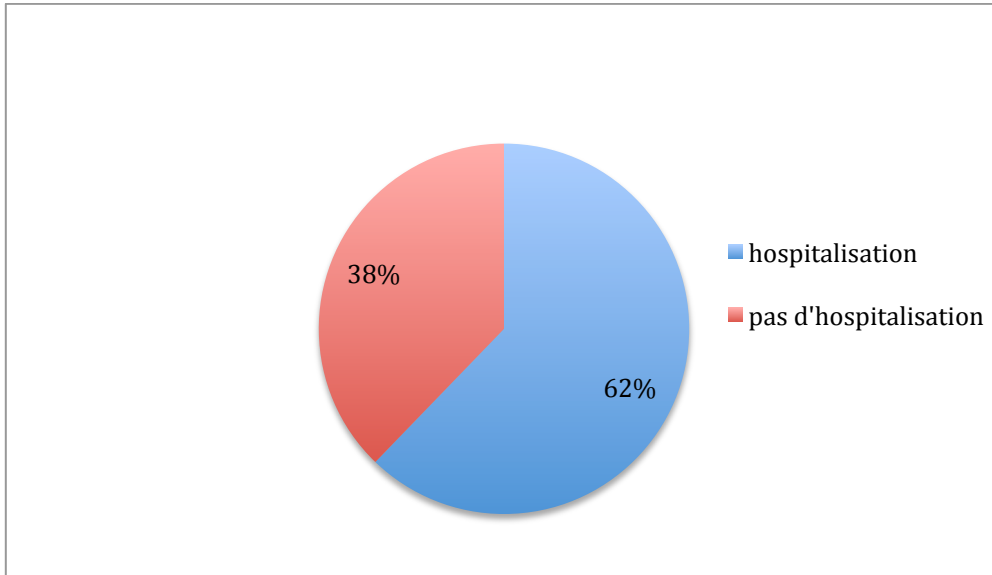
Tableau 4 : Investigations réalisées selon les pathologies d'organe en consultation.

Colonne 1	biologie	imagerie	thérapeutique	indéterminé	particularité	total
neurologique			1	2		3
vasculaire		2			EDMI:2	2
ophtalmologie						2
indéterminé		1			EDMI : 1	1
stomatologie		1			panorex	1
psychiatrie						1
ORL						1
orthopédie				1		1

EDMI = échographie doppler des membres inférieurs

3.3.3 Issues des prises en charge

Graphique 1 : Répartition (en %) d'hospitalisations au décours du passage aux urgences.



Graphique 2 : Répartition (en %) d'hospitalisations au décours du passage en centre d'imagerie.

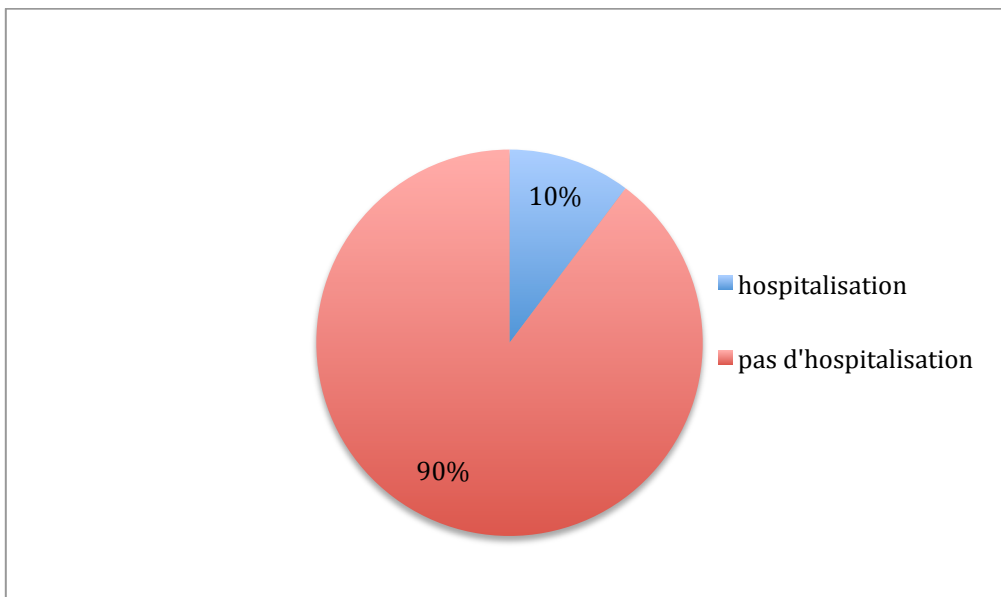


Tableau 2 : Issue de la prise en charge initiale.

	issue de prise en charge initiale
retour en établissement	98
urgences	2
décès <15 j	2
retour à domicile	1
consultation	1
indéterminé	0
hospitalisation	43
	147

Tableau 3 : Issue de la prise en charge après séjour en hospitalisation.

	issue de prise en charge en service (hop.)
retour en établissement	30
urgences	0
décès <15 j	2
retour à domicile	4
consultation	0
indéterminé	7
	43

3.3.4 Adressages répétés à l'extérieur de l'établissement pour un même sujet

Sur ces 89 patients étudiés, 38 (10 résidents d'EHPAD, 28 patients de SSR) ont bénéficié de plusieurs prises en charge à l'extérieur de leur établissement, correspondant à une moyenne de 2,5 sorties.

Dans 65,8 % des cas, la prise en charge à l'extérieur de l'établissement pour une pathologie urgente se faisait à moins d'un mois d'intervalle de la précédente et dans 47,4 % des cas pour le même motif.

Tableau 7 : Caractéristiques des prises en charge répétées à l'extérieur de l'établissement pour un même sujet.

	nombre de patients	P	Sorties (moy.)	min	max	< 1 mois intervalle	pour le même motif
total	38		2,5	2	8	25 fois	18 fois
SSR	28	P=0,3	2,4	2	4	20 fois	12 fois
EHPAD	10	-	3	2	8	5 fois	6 fois

4 Discussion

4.1 Résultat principal

Dans notre étude, le parcours de soin des patients âgés institutionnalisés nécessitant une investigation urgente est majoritairement :

- une prise en charge en ambulatoire à visée diagnostique (87 sur 147 soit 59,2 %) plutôt qu'en hospitalier (60 sur 147 soit 42,2 %),
- suivie d'un retour en établissement (98 sur 147 soit 66,7 %).

En prenant en compte la totalité de la population de l'établissement incluant résidents d'EHPAD et de SSR, les adressages se faisaient majoritairement en centre d'imagerie (53,1 %), la prise en charge initiale aux urgences ne correspondait qu'au tiers (30,6 %).

Dans l'étude de Naylor MD¹⁵, les résidents des EHPAD sont adressés majoritairement aux urgences (82,4 %), tandis que dans la nôtre, les transferts des résidents d'EHPAD seuls vers les urgences ne représentaient que 50 %, suivies des prises en charge en centre d'imagerie représentant 35 % des transferts.

Les résultats de notre étude sont inattendus. Nous avons supposé que l'essentiel des prises en charge urgentes pour cette population se ferait principalement aux urgences par sécurité et bénéfice d'obtenir à la fois un diagnostic et une thérapeutique sur place.

Par ailleurs, dans notre étude, on aurait pu s'attendre à des chiffres bien plus importants¹⁶ mais la prise en charge d'urgences à l'extérieur de l'établissement à 147 reprises ne concernant que 89 patients pour un total de 463 résidents (soit 19,22 %) sur un an est finalement faible.

Dans la revue de la littérature *A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities*¹¹, Rosamond DWYER montrait qu'un grand nombre de patients vivant en maisons de retraite ou en établissements de soins pour personnes âgées était transféré dans les services d'urgence des hôpitaux pour la gestion de pathologies aiguës, et jusqu'à 75 % d'entre elles subissaient un transfert au SAU chaque année.

4.2 Analyse des résultats

4.2.1 Causes d'adressage urgent:

Nos deux sous-populations issues respectivement d'EHPAD et de SSR sont comparables en termes de distribution des pathologies pour lesquelles elles sont adressées à l'extérieur de l'établissement. En effet il n'a pas été démontré de différence significative entre ces deux groupes ($p= 0,1$). Ce qui nous permet de pouvoir parler d'une population homogène.

Les raisons les plus fréquentes de prise en charge à l'extérieur de l'établissement dans notre étude étaient:

- un traumatisme (18,4 %) consécutif à une chute, entraînant un peu moins d'un quart des transports à l'extérieur de l'établissement, dont la prise en charge est majoritairement ambulatoire. Dans la quasi totalité des cas le retour se faisait vers l'établissement après évaluation en centre d'imagerie,
- une pathologie neurologique (17,7 %) dont la prise en charge était équilibrée entre prise en charge ambulatoire et hospitalière. Les patients atteints de ses pathologies nécessitaient presque dans tous les cas un scanner cérébral (19 cas sur 26),
- une pathologie pneumologique (17,0 %) dont la prise en charge était principalement ambulatoire en centre d'imagerie. Les patients atteints de ses pathologies bénéficiaient dans la majorité des cas (18 cas sur 25) d'une radiographie thoracique,
- une pathologie gastro-entérologique (15,0 %) dont la prise en charge était hospitalière plus qu'ambulatoire, avec un transfert initial vers les urgences ou directement en service.

Nous avons comparé nos données aux résultats de l'étude de Jones JS¹⁷, celle d'Amador S¹⁸ et celle de Fur Musquer¹².

Nous obtenions les mêmes motifs principaux de recours à des soins extérieurs à l'établissement en termes de fréquence. Les proportions variaient cependant d'une étude à l'autre.

- les chutes avec les complications traumatiques représentaient 19,8 % des recours externes d'après Jones JS¹⁷, 42 % d'après Amador S¹⁸, et 37 % d'après Fur Musquer¹².
- La pathologie neurologique représentait 13 % d'après Jones JS¹⁷, 10,5 % d'après Amador¹⁸, 12,9 % d'après Fur Musquer¹².
- la pathologie pneumologique représentait 10,8 % d'après Jones JS¹⁷, 9 % d'après Amador S¹⁸. Pour Fur Musquer les causes cardio-respiratoires de manière associée représentaient 36 %¹².
- La pathologie gastro intestinale représentait 13,3 % d'après Jones JS¹⁷, 5,6 % d'après Amador S¹⁸, 11,8 % d'après Fur Musquer¹².

4.2.2 Provenance des patients

La majorité des patients sortant de l'établissement pour une investigation urgente provenaient du SSR (78,7 %), ce malgré la présence d'un médecin pendant la journée, et d'une astreinte le soir et le week-end.

Ceci peut être expliqué par un état de santé plus instable de cette population, l'hospitalisation de patients en SSR faisant habituellement suite à un problème de santé aigu.

Ce groupe de patients souffre souvent de multi-morbidité, impliquant principalement des problèmes orthopédiques, cardiaques, respiratoires, neurologiques¹⁹.

Entre le service de médecine aigue et le SSR, les patients sont confrontés à différents soignants, ce qui peut menacer la continuité des soins si la communication est insuffisante. Des informations de sortie incomplètes peuvent nuire à la qualité des soins et à la sécurité des patients et éventuellement entraîner des événements indésirables tels que des réadmissions à l'hôpital²⁰.

L'auteure Irma H. J. Everink montrait dans son étude²⁰, que la prise en charge dans un *geriatric rehabilitation facility* (soit un SSR gériatrique) permettait une diminution de la dépendance dans les activités de la vie quotidienne et surtout des coûts moindres pour la société.

Cela nécessiterait cependant une bonne communication entre les différents services du parcours de soins, une amélioration du tri à l'entrée en SSR et une bonne gestion du transfert

des patients entre l'hôpital, l'établissement de réadaptation gériatrique et les organismes de soins primaires²⁰.

Dans l'étude *Predictors of Rehospitalization Among Elderly Patients Admitted to a Rehabilitation Hospital: The Role of Polypharmacy, Functional Status, and Length of Stay*, l'auteur Alessandro Morandi MD décrit 3 facteurs prédisposant à une réhospitalisation non programmée à moins de 30 jours de l'entrée:

- l'usage de 7 médicaments ou plus (HR : 3,94 ; IC : 95 %, 1,62-9,54 ; p=0,002),
- un déclin du statut fonctionnel (avec une perte de 56 points ou plus à l'index de Barthel) comparé avec le mois précédent l'admission en hôpital (HR 2.67, 95 %, IC : 1.35 - 5.27; P= 0.005),
- une durée de séjour en hospitalisation de 13 jours ou plus.

L'échelle de Barthel est une des échelles d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle mesurant la capacité de base du sujet à effectuer des tâches quotidiennes élémentaires (continence, alimentation,...) et plus élaborées (toilette, locomotion...) dans un ménage (voir annexe 1). Elle est utilisée pour suivre l'évolution d'une personne à mobilité réduite en période de réadaptation²¹.

Cependant dans notre étude, les prises en charge de patients de SSR se font plus fréquemment vers le centre d'imagerie (64/107 soit 59,8 %), et seulement 23,4 % de cette sous-population sont adressés aux urgences. Ce résultat était relativement comparable au taux de réadmission hospitalière intermédiaire non planifiée retrouvé par Yu- Shan Lee MD (18,6 %)²². L'auteur Yu- Shan Lee MD explique cela comme pouvant être attribué à un transfert du service de courte durée à la réhabilitation trop précoce et à une santé physique médiocre. Il considère qu'un taux de réadmission important est un indicateur de mauvaise qualité pour les soins de courte durée hospitaliers²².

On retrouvait pour ces 2 destinations une différence significative avec le sous groupe provenant d'EHPAD; 35 % des prises en charge de patients d'EHPAD sont aiguillées vers un centre d'imagerie (p= 0,007) et 50% vers les urgences (p= 0,02).

Pourtant les patients d'EHPAD nécessitant un recours externe à l'établissement ne souffrent pas de pathologies différentes de ceux en SSR.

Ceci peut être expliqué par la différence de taux horaire des médecins dans chacune des unités. Les médecins traitants d'EHPAD ne viennent qu'une fois par semaine.

Le médecin coordonnateur a également un temps dans l'établissement très limité. Attendre le retour des investigations faites en externe avant de prendre une décision médicale peut s'avérer impossible.

Le médecin de SSR est présent tous les jours. Il est donc plus apte à récupérer et analyser un résultat d'examen effectué en ambulatoire, poursuivre la thérapeutique au sein de sa structure et surveiller l'amélioration de son patient.

4.2.3 Décours de la prise en charge initiale

Les résultats de notre étude montrent que 98/147 soit 66,7 % des patients retournent dans l'établissement à l'issue de la prise en charge initiale. Les données de la littérature retrouvent que les résidents retournent dans leur structure sans être hospitalisés après un passage par les urgences dans 52 à 56 % des cas¹².

Le taux d'hospitalisation à l'issue de la prise en charge initiale est lui de 29,3 %, ce qui est comparable aux études concernant une hospitalisation secondaire au passage par les urgences (15,1 %) ¹².

On peut donc en conclure qu'une fois le diagnostic établi, dans 66,7 % des cas, le traitement peut être entrepris dans l'établissement d'origine.

Une des solutions pour améliorer la prise en charge de pathologie urgente de résidents/ patients en institution serait d'améliorer le diagnostic initial, en disposant d'outils diagnostiques²³.

En effet, ceci pourrait permettre d'éviter les complications connues des transports itératifs d'une personne âgée et d'un séjour prolongé dans un milieu hospitalier, rapportées notamment par Dwyer R¹¹.

4.2.4 Des alternatives au recours au SAU

Certains transferts, bien que n'ayant pas de caractère d'urgence, nécessitent des services supplémentaires, par exemple les services de radiologie ou les bilans sanguins spécifiques.

Catala, décrit l'existence de manière générale d'un trop grand nombre de consultations aux urgences dont le but principal est la possibilité de réaliser un examen complémentaire rapide⁸.

Notre étude va également dans ce sens puisque que certaines prises en charge aux urgences permettent d'obtenir un examen d'imagerie rapide, puis de retourner dans l'établissement avec un diagnostic. Dans notre étude, sur les 45 patients transférés aux urgences, 35 (77,8 %) bénéficient d'un examen d'imagerie (radiographie, scanner ou échographie) et dans ce même sous-groupe, 17 patients (37,8 %) retournent directement dans leur établissement sans hospitalisation.

Ces deux données laissent à penser qu'il est possible de réduire encore considérablement le transfert vers le service d'urgences, en utilisant encore davantage les ressources du secteur ambulatoire, ou en équipant les établissements.

Le fait qu'un patient de notre étude, dont le motif de recours était un trouble de la conscience secondaire à un traumatisme crânien, puisse obtenir un scanner cérébral en urgence dans un centre d'imagerie montre qu'avec une organisation adéquate, la prise en charge ambulatoire peut se substituer à celle permise par un SAU.

Une étude récente a révélé que parmi les résidents en Nursing Home (équivalent des EHPAD en France), plus de 37 % ont été hospitalisés au moins une fois pour un diagnostic de soins ambulatoires; ces hospitalisations sont considérées comme potentiellement évitables avec de bons soins ambulatoires²³.

Un autre axe intéressant à approfondir est le faible nombre de patients qui vont directement en consultation spécialisée, ce qui peut être expliqué par le délai d'attente pour obtenir une consultation et qui n'est donc pas optimal pour une prise en charge en urgence²⁴.

4.2.5 Des patients qui nécessitent des prises en charges répétées

Notre étude comptabilisait 147 situations où le médecin généraliste avait demandé une investigation urgente à l'extérieur de l'établissement.

Pourtant les 147 prises en charge ne concernaient que 89 patients.

38 patients avaient en effet recours à une investigation à l'extérieur de l'établissement à plusieurs reprises (en moyenne à 2,5). Ces prises en charge itératives représentent 65,3 % de l'ensemble des prises en charges demandées en urgence dans notre étude. Si l'on compare aux prises en charge itératives de cette population au SAU, l'étude de Fur Musquer et al. n'en comptabilisait que 38,7 %¹².

Le taux de prises en charge itératives en ambulatoire n'a jamais été étudié auparavant. Le fait que notre étude comprenne le secteur ambulatoire peut expliquer cette différence. En effet, il est probable que pour des patients nécessitant des prises en charge répétées, le secteur ambulatoire soit privilégié, comme dans la population générale du même âge.

Pour 18 de ces 38 patients les prises en charges itératives à l'extérieur de l'établissement avaient lieu pour le même motif.

Fur Musquer décrit que 14 sur les 20 résidents adressés à plusieurs reprises aux urgences, y avaient recours pour le même motif¹². De la même façon, notre étude prenait en compte les prises en charges ambulatoires et hospitalières ce qui empêche une réelle concordance.

4.3 Critiques de l'étude

4.3.1 Points forts

La force de notre étude réside dans le fait qu'elle étudie les différentes **trajectoires de soins** possibles des patients âgés en établissement médicalisé.

Elle n'étudie pas le **nombre de passages aux urgences** de patients âgés institutionnalisés comme c'est souvent le cas^{11, 12, 25, 26}.

La période d'inclusion sur un an a permis d'obtenir un plus large échantillon de notre population et une meilleure représentativité.

4.3.2 Points faibles

Il existe plusieurs biais à notre étude.

- Nous nous sommes penchés uniquement sur les trajectoires de soins à l'extérieur de l'établissement et non aux prises en charge d'urgence gérées au sein de l'établissement. Ce choix a été fait, car ce sont celles qui nécessitent d'être revues pour en limiter le coût financier et les complications liées aux transports et l'attente sur un brancard.
- Un défaut méthodologique important de l'étude est qu'elle soit mono-centrique, la limitation à un seul établissement et le faible effectif ne permettant pas la généralisation des données. En effet les calculs de puissance ne nous permettent pas de conclure à des différences significatives entre le secteur ambulatoire et hospitalier ($p > 0,05$).
- Le fait que cette étude soit rétrospective engendre une problématique: la méthode de mesure employée pour la collecte de données résulte en la lecture des documents provenant du logiciel informatique de l'établissement. Cela peut aboutir à des données manquantes ou mal codifiées dans le dossier médical informatisé rempli par le médecin de manière hétérogène sur le plan sémantique et syntaxique, ce qui pose un souci à l'analyse. Cette méthode est reconnue comme une caractéristique limitative des études dans ce domaine.

- Le degré d'urgence n'a pas été étudié ici, car il était difficile d'avoir une échelle standardisée sur des données récupérées à posteriori.

Il est donc important de rester prudent sur la signification de l'urgence dans notre étude qui ne différencie pas une urgence vitale d'une urgence relative.

Une étude ultérieure pourrait comprendre plusieurs établissements de situations géographiques différentes avec un recueil des données standardisées et réalisé de manière prospective pour une meilleure significativité des résultats.

4.3.3 Propositions pour l'avenir

Les différentes propositions d'amélioration possibles seraient :

- soit une prise en charge ambulatoire encore plus systématique. Le secteur ambulatoire pourrait en effet prendre en charge encore une partie des recours aux urgences dont le but est d'obtenir un examen d'imagerie rapide. Comme l'auteur de *Transitions of Elders Between Long-Term Care and Hospitals* le décrit dans son étude¹⁵, ces recours au secteur hospitalier sont considérés comme potentiellement évitables avec de bons soins ambulatoires. Le secteur ambulatoire est habituellement plus rapide et moins iatrogène pour le sujet âgé et n'empêche pas une hospitalisation dans un second temps si elle s'avère nécessaire. En effet, nous retrouvons dans notre étude 10 % d'hospitalisations suite à une prise en charge initiale en centre d'imagerie.
- soit le recours à des stratégies intra établissement qui permettraient d'éviter les déplacements de personnes âgées à mobilité réduite et diminuer les coûts engendrés par le transport en ambulance. Pour cela, nous pourrions :
 - faire intervenir des équipes de spécialistes mobiles²⁷;
 - mettre en place de la télémédecine^{28, 29};
 - réaliser des examens au chevet du patient si l'on disposait d'examen d'imagerie sur place notamment d'un appareil d'échographie et que l'on formait le médecin à son utilisation^{23, 30}.

En effet, en suivant les recommandations du Guide de Bon Usage (GBU) de la Société Française de Radiologie³¹, nous aurions pu recourir à une échographie devant des symptômes

ou devant les diagnostics finalement retrouvés à l'issu de la prise en charge dans 36 situations. En effet d'après le GBU, l'échographie est l'examen ou un des examens de référence dans plusieurs situations (Annexe 2) :

- ❖ les pathologies vasculaires à la recherche d'une thrombose veineuse profonde et d'un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA),
- ❖ les pathologies respiratoires à la recherche d'un épanchement pleural,
- ❖ les pathologies de l'appareil digestif et urinaire pour les douleurs abdominales aiguës à la recherche d'une cholécystite, d'une appendicite, d'une colique néphrétique,
- ❖ les pathologies thyroïdiennes à la recherche de nodules thyroïdiens, d'une hypothyroïdie ou d'une hyperthyroïdie.

De plus, sans que les recommandations de la Société Française de Radiologie en ait fait l'examen de référence, l'échographie tend à être utilisée dans des situations d'urgence devant une suspicion de pneumopathie³² et aurait permis dans 10 situations supplémentaires de réaliser une échographie au chevet du patient.

La formation à l'échographie pour le médecin généraliste est accessible par un Diplôme Inter Universitaire (DIU) proposé dans plusieurs villes de France ou par des programmes du Développement Professionnel Continu (DPC).

- Ces stratégies passent également par la reconnaissance des limitations des soins, en particulier en ce qui concerne le traitement agressif qui est inapproprié chez les personnes très âgées et les patients en soins palliatifs³³.

Cette étude pourrait laisser la place à une étude ultérieure sur l'intérêt de la réalisation d'échographie au chevet du patient âgé institutionnalisé devant une pathologie aigue.

5 Conclusion

Les patients âgés admis dans des structures médicalisées (EHPAD et SSR) ont un taux de transfert aux urgences qui reste trop important en cas d'événement intercurrent¹⁰, du fait de la limitation du plateau technique sur place. Pourtant il existe d'autres alternatives au service d'accueil des urgences, pour recevoir une investigation supplémentaire.

Nous avons mené une étude dans un établissement à la fois EHPAD et SSR des Alpes de Haute Provence à Gréoux-les-Bains afin de faire un état des lieux sur un an des trajectoires de soins des patients âgés.

Nous espérons trouver des pistes pour optimiser le parcours de soins de ces patients.

Le parcours de soin des patients âgés institutionnalisés nécessitant une investigation urgente était une prise en charge en ambulatoire (59,2 %) plutôt qu'en hospitalier (42,2 %).

Les adressages se faisaient majoritairement en centre d'imagerie (53,1 %), la prise en charge initiale aux urgences ne correspondait qu'au tiers (30,6 %).

29,3 % de l'ensemble des patients pris en charges en externe étaient secondairement hospitalisés, alors que 66,6 % retournaient dans leur établissement directement.

Un médecin généraliste d'un établissement médicalisé dont les patients âgés nécessitent une investigation urgente peut donc tout à fait prioriser la prise en charge ambulatoire.

Ce secteur ambulatoire pourrait cependant prendre en charge de manière encore plus systématique une partie des recours aux urgences dont le but est d'obtenir un examen d'imagerie rapide.

Mais la prise en charge au sein même de l'établissement serait encore plus bénéfique pour des patients âgés difficilement mobilisables. De nombreuses possibilités voient le jour et semblent s'adapter à cette patientèle : équipe mobile, télé médecine, réalisation d'exams d'imagerie au chevet du patient.

Index de ***B***arthel

Cet index est fiable, sensible et reproductible, ce qui en fait un outil de référence.

Cet indice comporte 10 items (relatant, appareil par appareil, les activités de la vie quotidienne), chacun étant coté de 0, 5, 10 ou 15 (pour seulement deux d'entre eux). Le score final correspond à la somme des nombres obtenus par chaque item. Le chiffre 100 équivaut à un score d'indépendance complète.

Coter 0 si l'activité est impossible.

Alimentation

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 10 | Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires.
Prend ses repas en un temps raisonnable. | <input type="checkbox"/> |
| 5 | À besoin d'aide par exemple pour couper. | <input type="checkbox"/> |
| 0 | Dépendance. | <input type="checkbox"/> |

Contrôle sphinctérien

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 10 | Continence. | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Fuites occasionnelles. | <input type="checkbox"/> |
| 0 | Incontinence ou prise en charge personnelle si sonde vésicale à demeure. | <input type="checkbox"/> |

Anorectal

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 10 | Continence. Capable de s'administrer un lavement ou un suppositoire. | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Accidents occasionnels. À besoin d'aide pour un lavement ou un suppositoire si nécessaire. | <input type="checkbox"/> |
| 0 | Incontinence | <input type="checkbox"/> |

W.C.

- | | | |
|----|-------------------------------------|--------------------------|
| 10 | Indépendance. | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Intervention d'une tierce personne. | <input type="checkbox"/> |
| 0 | Dépendance. | <input type="checkbox"/> |

Soins personnels

- | | | |
|---|----------------------|--------------------------|
| 5 | Possible sans aide. | <input type="checkbox"/> |
| 0 | Dépendance complète. | <input type="checkbox"/> |

Bain

- 5 Possible sans aide.
- 0 Dépendance complète.

Habillage

- 10 Indépendance (pour boutonner un bouton, fermer une fermeture éclair, lacer ses lacets, mettre des bretelles).
- 5 A besoin d'aide, mais fait la moitié de la tâche en un temps correct.
- 0 Dépendance complète.

Transfert du lit au fauteuil

- 15 Indépendant, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.
- 10 Peut s'asseoir mais doit être installé.
- 5 Capable de s'asseoir, mais nécessite une aide maximale pour le transfert.
- 0 Incapacité totale.

Déplacements

- 15 Marche avec soutien ou pas, pour faire plus de 50 mètres.
- 10 Marche avec aide pour faire 50 mètres.
- 5 Indépendant pour faire 50 mètres en fauteuil roulant.
- 0 Dépendance complète.

Escaliers

- 10 Indépendant, peut se servir de cannes.
- 5 A besoin d'aide ou de surveillance.
- 0 Incapacité totale.

Score total

Annexe 2 :

Échographies les plus fréquentes chez la personne âgée en EHPAD après vérification de la pertinence de l'examen prescrit sur le Guide de Bon Usage (GBU) de la Société Française de Radiologie:

- appareil vasculaire :
Thrombose du membre inférieur

Echodoppler d'après GBU:

L'échodoppler est recommandé en première intention quand on suspecte le diagnostic de thrombose veineuse des membres inférieurs.

Anévrisme aorte abdominale (AAA)

Echographie d'après le GBU:

Surveillance échographique:

- 4 cm < AAA < 5,4 cm = /6-12 mois [A]
- AAA < 4 cm = échographie tous les 2-3 ans (C)

Echographie utile pour la détection ou la surveillance des AAA infra rénaux.

Mais angioscanner > échographie pour anévrismes supra rénaux ou iliaques.

- appareil respiratoire :
Épanchement pleural

Echographie d'après le GBU:

L'échographie doit être utilisée pour confirmer la présence d'une petite quantité de liquide pleural, préciser son éventuel cloisonnement et guider une ponction pleurale, suggérer la malignité d'un épaississement pleural. Le guidage échographique augmente le taux de succès de la ponction pleurale.

La radiographie en position debout si possible peut dépister de faibles quantités de liquide pleural, surtout sur le cliché de profil.

Foyer infectieux pulmonaire

Radiographie d'après le GBU:

La définition de la pneumonie communautaire exige un critère radiologique.

La radiographie de thorax est aussi indiquée en cas de doute diagnostique entre bronchite aiguë et pneumonie, lorsque l'examen clinique n'est pas concluant (notamment en présence de comorbidité, âge > 75 ans, vie en institution).

Radiographie d'après l'HAS:

D'après l'analyse critique de la littérature et la position du GL, la HAS a considéré que la radiographie thoracique est indiquée lors du diagnostic de pneumonies communautaires chez l'adulte.

- appareil digestif /urologique :

Douleur abdominale : suspicion appendicite aigue- cholécystite aigue/ colique néphrétique

Echographie d'après le GBU:

-Examen de première intention en cas de suspicion de cholécystite ou d'appendicite aiguë et dans tous les cas chez les femmes en âge de procréer.

-Une échographie réno-vésicale est recommandée en urgence au plus tard dans les 24 heures (selon les signes de suspicion et de gravité) pour éliminer un obstacle sur les voies urinaires.

TDM: Examen de première intention dans les douleurs de la fosse iliaque gauche avec suspicion de diverticulite du côlon. Indiqué dans les douleurs de la FID et de l'hypochondre droit lorsque l'échographie est non concluante.

- thyroïde :

hypo/hyperthyroïdie

Echographie d'après le GBU:

L'échographie est utile pour préciser l'inventaire nodulaire et guider la thérapeutique. Couplée au doppler, l'échographie peut orienter le diagnostic étiologique de l'hyperthyroïdie.

La majorité (90 %) des nodules (cytologie négative, euthyroïdie) et des goitres doit être surveillée au long cours.

L'échographie est utile à la surveillance morphologique des nodules, notamment des nodules difficilement palpables et en cas d'atteinte multi nodulaire.

6 Abréviations

AAA : Anévrisme de l'Aorte Abdominale

EDMI : Echographie Doppler des Membres Inférieurs

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GBU : Guide de Bon Usage

HAS : Haute autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PEC : Prise En Charge

PL : Ponction Lominaire

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

SUD : Sondage Urinaire à Demeure

TDM : Tomodensitométrie

TTT : Traitement

7 Bibliographie

- ¹ Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins
- ² PLAN SOLIDARITE – GRAND AGE [Internet]. 2006 juin. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
- ³ Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
- ⁴ Riou F, Jarno P. Représentation et modélisation des trajectoires de soins. ITBM-RBM. oct 2000;21(5):313-7.
- ⁵ Lafon M. INTERVENTION D'UNE EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EN EHPAD [Internet] [Mémoire]. Paris Descartes; Disponible sur: <http://ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/memoires-2006-2007/Memoire%20de%20Monique%20Lafon.pdf>
- ⁶ Le réseau REHPA: Un observatoire de la Recherche clinique en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées.
- ⁷ Imbaud C. Influence des technologies de santé dans les parcours de soins des personnes âgées Quel plateau médico-technique? Eléments de réponse par l'analyse des données de santé. Université technologique de Compiègne; 2017.
- ⁸ Catala I. Enquête sur les passages aux urgences en France : nouvelles données Drees. Medscape [Internet]. 4 déc 2014 [cité 6 févr 2018]; Disponible sur: https://français.medscape.com/voirarticle/3601153#vp_2
- ⁹ Jarvis PRE. Improving emergency department patient flow. Clinical and Experimental Emergency Medicine. 30 juin 2016;3(2):63-8.
- ¹⁰ SCHWEBEL G, MANCIAUX MA, BAUMANN C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement. LA REVUE DE GERIATRIE. oct 2005;30(8):547-56.
- ¹¹ Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age and Ageing. 1 nov 2014;43(6):759-66.
- ¹² Fur-Musquer ÉL, Delamarre-Damier F, Decker L de, Strat AL, Lebatard A, Manigold V, et al. Modalities of hospitalization in emergency of institutionalized patients. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. déc 2011;(4):409-415.

-
- ¹³ Cha WC, Song KJ, Cho JS, Singer AJ, Shin SD. The Long-Term Effect of an Independent Capacity Protocol on Emergency Department Length of Stay: A before and after Study. *Yonsei Medical Journal*. 2015;56(5):1428.
- ¹⁴ Lowthian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, Currell A, Cameron PA, Stoelwinder JU, et al. The challenges of population ageing: accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995-2015. *Med J Aust*. 6 juin 2011;194(11):574-8.
- ¹⁵ Naylor MD, Kurtzman ET, Pauly MV. Transitions of elders between long-term care and hospitals. *Policy Polit Nurs Pract*. août 2009;10(3):187-94
- ¹⁶ Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and Ageing*. 1 nov 2014;43(6):759-66.
- ¹⁷ Jones JS, Dwyer PR, White LJ, Firman R. Patient Transfer from Nursing Home to Emergency Department: Outcomes and Policy Implications. *Academic Emergency Medicine*. sept 1997;4(9):908-15.
- ¹⁸ Emergency ambulance service involvement with residential care homes in the support of older people with dementia: an observational study. *BMC Geriatrics*.
- ¹⁹ Morandi A, Bellelli G, Vasilevskis EE, Turco R, Guerini F, Torpilliesi T, et al. Predictors of rehospitalization among elderly patients admitted to a rehabilitation hospital: the role of polypharmacy, functional status, and length of stay. *J Am Med Dir Assoc*. oct 2013;14(10):761-7.
- ²⁰ Everink IHJ, van Haastregt JCM, Maessen JMC, Schols JMGA, Kempen GIJM. Process evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for people with complex health problems. *BMC Health Serv Res*. 13 2017;17(1):34.
- ²¹ Cech DJ, Martin S "Tink". Evaluation of Function, Activity, and Participation. In: *Functional Movement Development Across the Life Span* [Internet]. Elsevier; 2012 [cité 29 oct 2018]. p. 88-104. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9781416049784000053>
- ²² Lee Y-S, Lin C-S, Jseng Y-H, Luo T-W, Hung P-J, Wu M-C, et al. Predictive factors for patients discharged after participating in a post-acute care program. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. mars 2012;3(1):25-8.
- ²³ Intrator O, Zinn J, Mor V. Nursing Home Characteristics and Potentially Preventable Hospitalizations of Long-Stay Residents: POTENTIALLY PREVENTABLE NURSING HOME HOSPITALIZATIONS. *Journal of the American Geriatrics Society*. oct 2004;52(10):1730-6.
- ²⁴ Siciliani L, Verzulli R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Economics*. nov 2009;18(11):1295-306.

²⁵ Rémont L. Analyse Des Patients Provenant D'eypad Adressés Aux Urgences: Etude Multicentrique Sur Le Nord Pas De Calais. [Lille 2]: FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG; 2015.

²⁶ Bénédicte Boisguérin, Léa Mauro. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Etudes et résultats direction de la recherche, des études, et des statistiques [Internet]. numéro 1008. mars 2017 [cité 6 févr 2018]; Disponible sur:
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61753/1/er1008.pdf>

²⁷ Lafon M. Intervention d'une équipe mobile gériatrique en ehpad [Internet] [Mémoire]. Paris Descartes; Disponible sur:
<http://ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/memoires-2006-2007/Memoire%20de%20Monique%20Lafon.pdf>

²⁸ Sparsa A, Doffoel-Hantz V, Bonnetblanc J-M. Une expérience de télé-expertise en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Annales de Dermatologie et de Vénérologie. mars 2013;140(3):165-9.

²⁹ Zulfiqar AA, Hajjam A, Talha S, Hajjam M, Hajjam J, Ervé S, et al. Telemedicine and Geriatrics in France: Inventory of Experiments. Curr Gerontol Geriatr Res. 2018;2018:9042180.

³⁰ Baker K, Mitchell G, Stieler G. Limited lung ultrasound protocol in elderly patients with breathlessness; agreement between bedside interpretation and stored images as acquired by experienced and inexperienced sonologists. Australasian Journal of Ultrasound in Medicine. mai 2013;16(2):86-92.

³¹ Guide de Bon Usage des examens d'imagerie médicale [Internet]. Disponible sur:
<http://gbu.radiologie.fr/>

³² Reissig A, Copetti R, Kroegel C. Current role of emergency ultrasound of the chest*: Critical Care Medicine. avr 2011;39(4):839-45.

³³ Marik PE. The Cost of Inappropriate Care at the End of life: Implications for an Aging Population. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. nov 2015;32(7):703-8.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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