



HAL
open science

Réhospitalisation à trente jours et consultation précoce chez le médecin traitant : étude épidémiologique descriptive monocentrique

Chloé Silighini

► **To cite this version:**

Chloé Silighini. Réhospitalisation à trente jours et consultation précoce chez le médecin traitant : étude épidémiologique descriptive monocentrique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03137697

HAL Id: dumas-03137697

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03137697>

Submitted on 10 Feb 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Chloé SILIGHINI

Le jeudi 20 février 2020

**Réhospitalisation à trente jours et consultation précoce
chez le médecin traitant : étude épidémiologique
descriptive monocentrique**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Elodie LEMARTHE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Benoît DE WAZIERES

Assesseurs : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Monsieur le Docteur Sylvain PAVAGEAU

Madame le Docteur Elodie LEMARTHE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Chloé SILIGHINI

Le jeudi 20 février 2020

**Réhospitalisation à trente jours et consultation précoce
chez le médecin traitant : étude épidémiologique
descriptive monocentrique**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Elodie LEMARTHE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Benoît DE WAZIERES

Assesseurs : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Monsieur le Docteur Sylvain PAVAGEAU

Madame le Docteur Elodie LEMARTHE



PROFESSEURS HONORAIRES

ALLIEU Yves	CLOT Jacques	LOPEZ François Michel
ALRIC Robert	D'ATHIS Françoise	LORIOT Jean
ARNAUD Bernard	DEMAILLE Jacques	LOUBATIERES Marie Madeleine
ASTRUC Jacques	DESCOMPS Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard
AUSSILLOUX Charles	DIMEGLIO Alain	MARY Henri
AVEROUS Michel	DUBOIS Jean Bernard	MATHIEU-DAUDE Pierre
AYRAL Guy	DUMAS Robert	MEYNADIER Jean
BAILLAT Xavier	DUMAZER Romain	MICHEL François-Bernard
BALDET Pierre	ECHENNE Bernard	MICHEL Henri
BALDY-MOULINIER Michel	FABRE Serge	MION Charles
BALMES Jean-Louis	FREREBEAU Philippe	MION Henri
BALMES Pierre	GALIFER René Benoît	MIRO Luis
BANSARD Nicole	GODLEWSKI Guilhem	NAVARRO Maurice
BAYLET René	GRASSET Daniel	NAVRATIL Henri
BILLIARD Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	OTHONIEL Jacques
BLARD Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	PAGES Michel
BLAYAC Jean Pierre	HERTAULT Jean	PEGURET Claude
BLOTMAN Francis	HUMEAU Claude	PELISSIER Jacques
BONNEL François	JAFFIOL Claude	POUGET Régis
BOUDET Charles	JANBON Charles	PUECH Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	JANBON François	PUJOL Henri
BRUEL Jean Michel	JARRY Daniel	PUJOL Rémy
BUREAU Jean-Paul	JOYEUX Henri	RABISCHONG Pierre
BRUNEL Michel CALLIS Albert	LAFFARGUE François	RAMUZ Michel
CANAUD Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	RIEU Daniel
CASTELNAU Didier	LAMARQUE Jean-Louis	RIOUX Jean-Antoine
CHAPTAL Paul-André	LAPEYRIE Henri	ROCHEFORT Henri
CIURANA Albert-Jean	LESBROS Daniel	ROSSI Michel

ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre

SAINT AUBERT Bernard

SANCHO-GARNIER Hélène

SANY Jacques

SEGNARBIEUX François

SENAC Jean-Paul

SERRE Arlette

SIMON Lucien

SOLASSOL Claude

THEVENET André

VIDAL Jacques

VISIER Jean Pierre

PROFESSEURS EMERITES

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MARES Pierre

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie ; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1ère classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria -Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1ère classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1ère classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférences de 1ère classe :

COSTA David

Maîtres de conférences de 2ème classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

HAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Benoît de WAZIERES, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur Sylvain PAVAGEAU, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour votre enseignement. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Elodie LEMARTHE, je te remercie pour toutes les connaissances que tu m'as transmises en tant que médecin quand j'étais interne. Merci de m'avoir fait confiance en me demandant de te remplacer à l'UDOR et en acceptant de diriger cette thèse. Merci pour toutes les fois où, avec Gilles et Bella, vous m'accueillez si chaleureusement chez vous. Je te remercie aussi de m'avoir poussée, soutenue et surtout rappelée à l'ordre quand il le fallait.

Aux Docteurs Corinne MILLERET et François OLIVET, mes maîtres de stage en médecine générale, je vous remercie d'avoir partagé votre expérience et votre temps avec moi. Merci de m'avoir fait confiance.

A l'équipe des urgences de Carcassonne, de pédiatrie et de gynécologie de Perpignan, à l'équipe de réanimation d'Alès, je vous remercie tous d'avoir fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Mon internat n'aurait pas été aussi formateur sans vous tous.

A l'équipe de l'UDOR de Perpignan, je vous remercie de m'avoir donné goût à la médecine polyvalente, merci pour la confiance que vous m'avez portée. A Stéphane, Marine, Laurent, Diane, Elodie, Hélène, Valérie, Valentin et Charles.

A l'équipe de Gériatrie de Nîmes, médicale, paramédicale et surtout à mes coinernes, merci d'être des bisounours. Merci de m'avoir transmis l'amour de la gériatrie et de m'avoir aidée à prendre une des meilleures décisions de ma vie. Merci de m'avoir poussée et aidée à fixer une date de thèse !

A tous les médecins, libéraux ou hospitaliers, avec qui j'ai échangé pendant mon internat, merci pour la transmission de connaissance et la patience dont vous avez fait preuve.

Je remercie également le Docteur Guillaume CHORON pour son aide dans mon travail de thèse ainsi que tous les médecins généralistes qui ont participé à cette étude.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue quelque soient mes projets. Je vous remercie pour l'éducation extraordinaire et toute votre bienveillance qui font de moi la femme que je suis aujourd'hui. Merci pour l'écoute, l'ouverture d'esprit, la patience, les rires, les voyages, la tolérance, l'amour de l'Autre et la folie qui vous habitent.

Merci également à vos conjoints, Canan et Jacques et leurs enfants respectifs, pour le soutien dont ils ont fait preuve pendant mes études.

A Hugo, mon petit frère qui m'a toujours fait rire et qui me fera rire encore longtemps. Merci d'avoir cru en moi et désolée d'avoir dit aux parents que tu jouais à la console au lieu de dormir quand on était petit.

A mes grands-parents, vivants ou défunts, je vous remercie de m'avoir écoutée et conseillée malgré nos différences générationnelles. Merci à Mamie Nelly pour l'accueil au vin rouge pendant mes révisions, merci à Mamie Anne-Marie pour les Braedele et les beignets et à Papi Louis pour les Flatele.

A mes oncles et tantes, cousins, cousines, des deux côtés de la famille, merci d'avoir été là !

A mes piliers, Apolline, Camille et Marie, je vous remercie pour notre belle amitié qui évolue depuis tant d'années. Merci de m'avoir soutenue, merci pour tous nos fous rires, nos voyages, nos échanges, nos heures à travailler ensemble. Merci pour votre ouverture d'esprit, pour la pureté de notre relation et merci de m'aimer comme je suis.

A ma vieille bande de copains, Arthur, Matern, Pouki, Louis, Gio, Kevin, merci pour nos années folles d'externat Strasbourgeois.

A mon autre bande de Strasbourgeois Julien, Pauline, Aline, Carole, Anne-Sophie, sans vous l'externat aurait été moins fun, merci d'être vous.

A mes colocs, Ben et Maud, merci de m'avoir supportée et de m'avoir changé les idées.

Aux Carcass, qui ont fait de mon premier semestre le début d'une belle aventure, merci !

A tous mes amis Montpelliérains qui sont rapidement devenus une famille. Je vous remercie pour votre soutien et votre folie sans faille : Marion, Gatoune, Angéline, Chichi, Laurine, Gatti, Péné, Guillaume, Doud, Jordi, Andrée, Thomas, Aude, Floriane, Kéké, Nais, Baz, Lisoune, Juju, Fanno, P'tite Chlo, Jules, Laura, Val, ainsi que tous mes colocataires, et mes excuses à ceux que j'ai oubliés.

A Flo et Hugo, merci pour le semestre à Alès qui m'a donné des abdos en acier !

A Pierre, merci pour ton soutien, ton humour et ton amour.

A Batou, parti trop tôt, merci d'avoir ensoleillé ma vie.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	23
MATERIEL ET METHODES	26
1. Type d'étude	26
a) Cadre de l'étude	26
b) Critères d'inclusion et d'exclusion	26
c) Choix du mode de recherche	27
d) Facteurs de risque de réhospitalisation	27
2. Éthique et sécurisation des données.....	28
3. Recueil de données.....	29
a) A la source	29
b) Dossier Médical Informatisé (DMI)	29
c) Appel aux médecins traitants.....	31
4. Analyses des données.....	32
5. Bibliographie	32
RESULTATS.....	34
1. Diagramme de flux.....	34
2. Patients exclus	35
3. Patients inclus	36
a) Caractéristiques.....	36
b) Facteurs de risque de réhospitalisation	36
c) Réhospitalisations à trente jours et consultation précoce	36
d) Réhospitalisations dans les sept jours	37
4. Consultation précoce chez le médecin traitant.....	39
5. Comparaison des patients selon la présence d'une consultation précoce.....	39
a) Deux groupes.....	39
b) Caractéristiques.....	40
c) Facteurs de risque de réhospitalisation	40
d) Motifs de réhospitalisation	42

e) Durée de séjour et délai de réhospitalisation	42
f) Délai de consultation chez le médecin traitant	43
DISCUSSION	45
1. Forces de l'étude	45
a) Méthode quantitative	45
b) Question de recherche pertinente.....	45
c) Groupes comparables	46
2. Faiblesses de l'étude.....	46
a) Inclusion.....	46
c) Facteurs de risque	47
d) Population d'étude.....	47
3. Autour des résultats	48
a) Caractéristiques des patients.....	48
b) Différences de profil selon les facteurs de risque.....	48
c) Différences de profil selon les motifs de réhospitalisation	49
d) Consultation au-delà de sept jours	50
e) Réhospitalisations à sept jours.....	51
f) Délais	52
4. Perspectives	52
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES.....	58
1. Autorisation de la CNIL	58
2. Questionnaire standardisé pour les entretiens.....	60
3. Serment d'Hippocrate	61
4. Permis d'imprimer	62

LISTE DES ABREVIATIONS

MT.....	Médecin Traitant
HAS.....	Haute Autorité de Santé
UDOR.....	Unité Diagnostique et Orientation Rapide
CH.....	Centre Hospitalier
DMS.....	Durée Moyenne de Séjour
IPDSM.....	Index de Performance basé sur la DMS
BPCO.....	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
SSR.....	Soins de Suite et de Réadaptation
EHPAD.....	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
CNIL.....	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DIM.....	Département de l'Information Médicale
DMI.....	Dossier Médical Informatisé

INTRODUCTION

Les réhospitalisations précoces, c'est-à-dire les réadmissions non programmées survenant dans les trente jours après la sortie de l'hôpital, représentent un problème de santé publique dans les pays développés [1].

D'un point de vue économique d'une part : aux États-Unis en 2013, 20% de la population était réhospitalisée de façon précoce [2], contre environ 15% en France en 2015 [3], engendrant jusqu'à 26 milliards de dollars de dépense annuelle aux États-Unis uniquement pour ces séjours [4].

D'un point de vue médical par ailleurs, la sortie d'hospitalisation est un moment critique pour les patients qui sont alors vulnérables avec un risque augmenté d'être réadmis dans les semaines ou les mois qui suivent [1]. On parle de *post hospital syndrome* qui décrit l'altération des systèmes physiologiques due au séjour hospitalier et leurs conséquences, conduisant à des effets indésirables [5]. Pour exemple, 20% des patients en subissent un, à leur sortie, d'origine médicamenteuse, pouvant amener à terme à une réhospitalisation [6].

Parmi ces réadmissions, 22% seraient évitables, c'est pourquoi diminuer le taux de réhospitalisation à trente jours est devenu un enjeu pour les systèmes de santé dans le monde [7].

Pour diminuer ce taux, des études ont montré qu'il faut agir au moment de la transition hôpital-ville, c'est-à-dire au moment de la sortie d'hospitalisation et du retour à domicile [8]. Ceci passe par : l'éducation des patients à la prise des médicaments et à la pathologie ; la conciliation médicamenteuse ; l'envoi en quelques jours de courriers expliquant la prise en charge hospitalière [9] ; la coordination de la sortie avec l'équipe infirmière du domicile et les soins primaires notamment une consultation avec le Médecin Traitant (MT) [10]. Ces interventions, seulement si combinées les unes aux autres [4], permettent de diminuer la durée de séjour des patients, le taux de réhospitalisation précoce [8] mais n'agiraient pas sur la mortalité [11].

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a proposé en 2013 un programme de transition hôpital-ville, visant donc à réduire les réadmissions précoces et à améliorer la qualité de soins en diminuant parallèlement les coûts liés à ces séjours. Ce programme comprend des interventions qui ont pour objectif d'éviter la rupture de continuité des soins, de diminuer la survenue d'évènements indésirables en termes de santé, dont font partie les réhospitalisations précoces [1] [12]. Le terme précoce comprend les séjours survenant dans les trente jours car ils reflètent l'organisation du système de soins alors que les réhospitalisations dans les sept jours seraient le témoin de la qualité des soins durant le séjour [13] [14] [15]. Ces interventions concernent les trois temps : repérer les patients à risque de réadmission via l'identification de facteurs de risques définis par l'HAS, préparer le retour à domicile puis le suivi par le médecin généraliste dans la semaine suivant la sortie avec une documentation résumant le séjour hospitalier [1] [9].

Plusieurs études depuis 2015 portent sur le rôle du médecin généraliste dans cette transition. En effet, aux États-Unis en 2015, les patients chroniques identifiés à risque de réhospitalisation étaient cinq fois moins réadmis à l'hôpital à trente jours s'ils avaient consulté leur médecin traitant de façon précoce, c'est-à-dire dans les sept jours suivant la sortie [16]. Un délai de consultation en médecine générale de quatorze jours après le retour au domicile n'était par ailleurs pas associé à une diminution significative du taux de réhospitalisation précoce [17].

En 2016, une étude couvrant la population bénéficiant du Medicare aux États-Unis a montré qu'une consultation précoce chez le médecin traitant permettait de diminuer le taux de réhospitalisation de 12 à 24% [18].

Après avoir lu ces études, nous avons voulu étudier les patients réhospitalisés de façon précoce à la sortie du service de l'UDOR (Unité Diagnostique et Orientation Rapide) du Centre Hospitalier (CH) de Perpignan. Il s'agissait d'un service de médecine aigue dont la durée moyenne de séjour (DMS) était de 6,2 jours et l'Index de Performance basé sur la DMS (IPDMS) était inférieur à 1 avec des patients âgés en moyenne de 75,9 ans. L'objectif principal était de savoir si ces patients avaient consulté ou non leur médecin traitant dans les sept jours suivant le premier séjour.

L'objectif secondaire était d'identifier si les profils des patients consultant précocement leur médecin traitant et ceux des patients ne consultant pas leur médecin traitant précocement étaient différents, en comparant les facteurs de risque de réhospitalisation, identifiés par l'HAS [1].

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

a) Cadre de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive monocentrique rétrospective transversale qui a concerné les patients du service de l'UDOR du Centre Hospitalier de Perpignan entre le 01/07/2018 et le 30/06/2019.

L'objectif principal était de savoir si les patients réhospitalisés dans les trente jours après leur sortie de l'UDOR avaient consulté ou non leur médecin traitant de façon précoce, c'est-à-dire dans les sept jours suivant la sortie.

L'objectif secondaire était de comparer les facteurs de risque de réhospitalisation ainsi que les motifs de réhospitalisation de ces patients, selon qu'ils aient consulté leur médecin traitant précocement ou non à leur sortie après le premier séjour.

b) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir été hospitalisé dans le service de l'UDOR entre le 01/07/18 et le 30/06/19,
- Avoir un médecin traitant déclaré,
- Être réhospitalisé dans les trente jours suivant la sortie.

Les critères d'exclusion étaient :

- Une sortie du premier séjour en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), un transfert dans un autre service. En effet dans ces cas-là, la suite de la prise en charge ne reflétait pas celle des médecins de l'UDOR, car d'autres médecins assuraient le suivi.

- Une fugue ou une sortie contre avis médical, la prise en charge médicale n'ayant pas abouti entièrement, cela risquait de conduire à des réadmissions.
- Une réhospitalisation programmée (transfusion, chirurgie programmée, suivi de pathologie chronique, séance de chimiothérapie, hôpital de jour, dialyse).
- Le décès.

c) Choix du mode de recherche

Les études qualitatives représentent un mode de recherche descriptif qui évalue des opinions, des sentiments, des avis subjectifs de personnes interrogées. C'est une méthode qui permet de comprendre ou expliquer un phénomène, dont les résultats sont exprimés en mots.

Les études quantitatives représentent une méthode numérique. Elles permettent de valider ou non une hypothèse de recherche, de prouver des faits en quantifiant un phénomène. Les résultats sont exprimés en nombres après analyse statistique.

Afin de répondre à l'objectif principal de notre étude, il a fallu récupérer des données numériques puis les analyser, la méthode quantitative semblait donc adaptée.

d) Facteurs de risque de réhospitalisation

L'HAS n'a retenu aucun score prédictif du risque de réhospitalisation et propose une approche analytique fondée sur l'identification des facteurs de risque de réhospitalisation pour cibler dès l'entrée en service les patients à risque et agir en fonction [19].

Il s'agit de : la perte d'autonomie antérieure, la précarité sociale, un motif d'hospitalisation en lien avec une affection cardiaque (insuffisance cardiaque, syndrome coronarien aigu) ou pulmonaire (pneumopathie, bronchopneumopathie chronique obstructive BPCO), un cancer métastasé évolutif, la polymédication, la polypathologie, la présence de facteurs de vulnérabilité.

D'après la littérature et d'après les recommandations de l'HAS [1] [20] [21] [22], la définition retenue de chaque facteur est la suivante :

- Perte d'autonomie antérieure : diminution récente de la capacité à gérer seul les activités de la vie quotidienne, en particulier à se nourrir soi-même ;
- Précarité sociale : situation sociale défavorable : précarité, isolement, veuvage récent ou instabilité de l'état de santé de l'aidant principal ;
- Polymédication : prise régulière ≥ 10 médicaments/jour ou ≥ 5 médicaments dont un à risque iatrogène élevé : anticoagulant, double anti-agrégation, diurétique, benzodiazépine, insuline, sulfamides hypoglycémifiants, digoxine ;
- Polypathologie : deux ou plus de deux pathologies chroniques, durant plus de six mois ;
- Facteurs de vulnérabilité : dénutrition, dépression, chute, troubles neurocognitifs, escarre.

2. Éthique et sécurisation des données

Les médecins traitants étaient informés oralement par téléphone que les renseignements fournis seraient anonymisés lors du traitement informatique. Ils donnaient leur accord à la participation à l'étude. Les données concernant les patients ne permettaient pas, une fois informatisées, leur réidentification. Nous avons demandé une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, le droit d'extraire les données nécessaires via le logiciel du CH de Perpignan (dossier numéro 855780).

L'investigateur responsable des données informatiques était Chloé Silighini. Les données étaient conservées sur un ordinateur portable sécurisé par un mot de passe connu de l'investigateur uniquement.

3. Recueil de données

a) A la source

Le Département de l'Information Médicale (DIM) du CH de Perpignan a été contacté afin de fournir la liste des patients réhospitalisés dans les trente jours suite à un séjour à l'UDOR sur la période de l'étude. Cette liste nous a été envoyée sur la boîte mail professionnelle avec les noms, prénoms et numéros d'identification des patients.

b) Dossier Médical Informatisé (DMI)

Avec les identifiants des patients nous avons eu accès à leurs dossiers médicaux informatisés présents sur le logiciel du CH.

Nous avons recueilli via le courrier de sortie du premier et deuxième séjour ou via l'observation d'entrée : âge, sexe, motif d'hospitalisation, motif de réhospitalisation, traitements, antécédents, médecin traitant, destination à la sortie de l'UDOR (SSR, transfert dans un autre service, EHPAD, domicile).

Les motifs de réhospitalisation ont été triés selon la classification d'Halfon [23] en différents groupes :

- Effet indésirable d'un traitement : réaction nocive et non voulue à un médicament ou à un produit [24] ;
- Sortie prématurée : définie comme une pathologie non stabilisée qui continue d'évoluer vers l'aggravation ;
- Sortie avec erreur de diagnostic : diagnostic de la première hospitalisation ne correspondant pas à la réelle pathologie en cause, et ayant conduit par non prise en charge initiale à une réhospitalisation ;
- Défaut d'organisation de la sortie : suivi non organisé ou inapproprié, absence de personnel paramédical au domicile, absence d'aidants au domicile par exemple ;

- Défaut de prise en charge après la sortie : absence de passage infirmier pour réaliser les soins nécessaires, absence de rendez-vous chez les spécialistes alors que jugé nécessaire lors du premier séjour ;
- Comportement inadapté du patient : inobservance du traitement, non-respect des consignes médicales, rupture thérapeutique (prise de sucre chez un diabétique ou de sel chez un patient cardiaque par exemple) ;
- Rechute d'une pathologie chronique : pathologie chronique normalement équilibrée n'évoluant pas vers l'aggravation, mais acutisée et responsable d'une hospitalisation ;
- Problématique sociale : logement précaire, hygiène.

La variable « niveau social » était évaluée de façon binaire selon la présence dans le dossier médical de la notion d'isolement social ou familial. Si la donnée manquait, la question était posée au médecin traitant.

Les patients présentant un ou plus d'un facteur de vulnérabilité parmi les suivants : dénutrition ; escarre(s) ; démence / troubles cognitifs ; dépression / troubles thymiques ; étaient considérés comme vulnérables.

La prise d'un ou plusieurs médicament(s) à haut risque iatrogène, tels que définis par l'AFSSAPS [25] , était recueillie afin de définir une variable « polymédication à risque de réhospitalisation », c'est à dire un traitement comportant au moins cinq médicaments dont au moins un à haut risque iatrogène [19].

La polypathologie correspondait à la présence de deux ou plus de deux pathologies chroniques.

L'évaluation de l'autonomie permettait de rechercher des difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne de façon globale : « nécessité d'aide humaine ou matérielle » et « troubles de la marche/des transferts avec risque de chute ». La variable d'autonomie du patient a été évaluée de façon binaire : absence de perte d'autonomie ou perte d'autonomie (qu'elle soit partielle ou totale).

Grâce aux dates d'entrée et de sortie présentes sur le courrier, la durée du séjour a pu être calculée.

Selon la date de sortie du premier séjour et la date d'entrée du deuxième séjour, le délai entre deux hospitalisations a été calculé.

Ces données étaient recueillies dans un tableur Excel sur un ordinateur personnel avec anonymisation des données dès le traitement informatique.

c) Appel aux médecins traitants

Nous avons contacté par appel téléphonique les médecins traitants des patients inclus.

Nous leur avons expliqué par téléphone :

- Qu'il s'agissait d'un travail de thèse portant sur la consultation précoce chez le médecin traitant en sortie d'hospitalisation ;
- Que les données étaient anonymisées ;
- L'objectif principal : la date de la première consultation depuis la sortie de l'UDOR ;
- Les objectifs secondaires : récupérer les informations concernant les facteurs de risque de réhospitalisation, si les informations étaient manquantes dans le DMI.

S'agissant de la présence de critères de vulnérabilité, ils étaient énoncés au médecin traitant (dénutrition, escarre(s), démence / troubles cognitifs, dépression / troubles thymiques), la présence d'un critère était suffisante pour valider la présence de vulnérabilité.

Concernant la polymédication, la définition était précisée au médecin traitant afin qu'il valide ou non la présence de polymédication. De même pour la polypathologie (supérieur ou égal à deux pathologies chroniques).

Concernant l'évaluation de l'autonomie la question était binaire : nécessité d'aide matérielle, humaine, troubles de la marche et impact sur les activités de la vie quotidienne.

Pour la variable sociale, nous avons interrogé les médecins traitants sur la présence d'un isolement social ou familial avec une réponse binaire.

Si les médecins refusaient de répondre, ou si les patients étaient déclarés décédés, ils étaient exclus.

Les informations étaient collectées à l'aide d'un questionnaire standardisé, créé afin de n'oublier aucun paramètre. Ce questionnaire est disponible en annexe.

Les données étaient ajoutées au tableur Excel initial.

Grâce à la date de consultation après le premier séjour, nous avons calculé le délai de consultation en médecine générale après la sortie et notamment si elle survenait dans les sept jours suivant le retour à domicile.

4. Analyses des données

Le logiciel GMRC Shiny, logiciel d'analyses de données quantitatives et qualitatives, a permis de réaliser l'analyse statistique des données.

Les variables qualitatives étaient décrites par leur effectif et leur pourcentage. Les variables quantitatives étaient décrites par leur moyenne et leur écart-type lorsque la distribution était normale. Dans le cas contraire elles étaient décrites par leur médiane et intervalle interquartile.

Le seuil de significativité pour toutes ces variables était fixé à 5% ($p < 0.05$).

Le test de Fisher devant l'effectif faible a été utilisé en majorité pour comparer les variables.

5. Bibliographie

Le travail de thèse a été initié en s'appuyant sur des articles scientifiques trouvés après un travail de recherche bibliographique autour de la question. Les moteurs de recherche

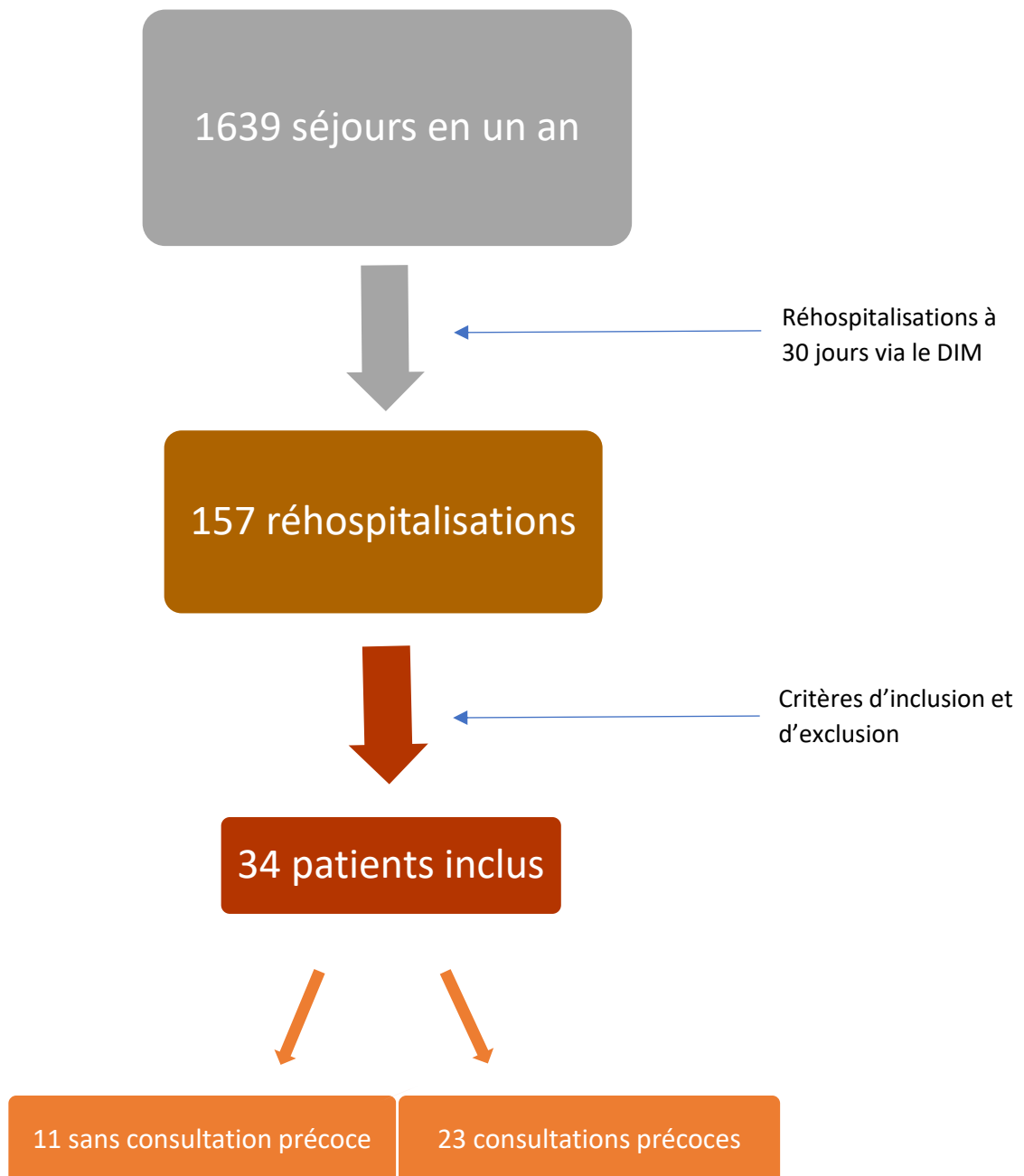
utilisés étaient majoritairement PUBMED et JAMA avec les mots clés suivant : consultation précoce, réhospitalisation à trente jours, soins primaires, réadmissions précoces, prévention.

Le traducteur DEEPL a permis de comprendre certains passages d'articles anglais compliqués.

Les articles sélectionnés ont été répertoriés via le logiciel ZOTERO.

RESULTATS

1. Diagramme de flux



Au total 157 patients soit environ 10% des patients hospitalisés à l'UDOR entre le 01/07/2018 et le 30/06/2019 ont été réhospitalisés dans les trente jours après leur sortie de l'UDOR et parmi eux 123, soit 78% des patients ont été exclus.

2. Patients exclus

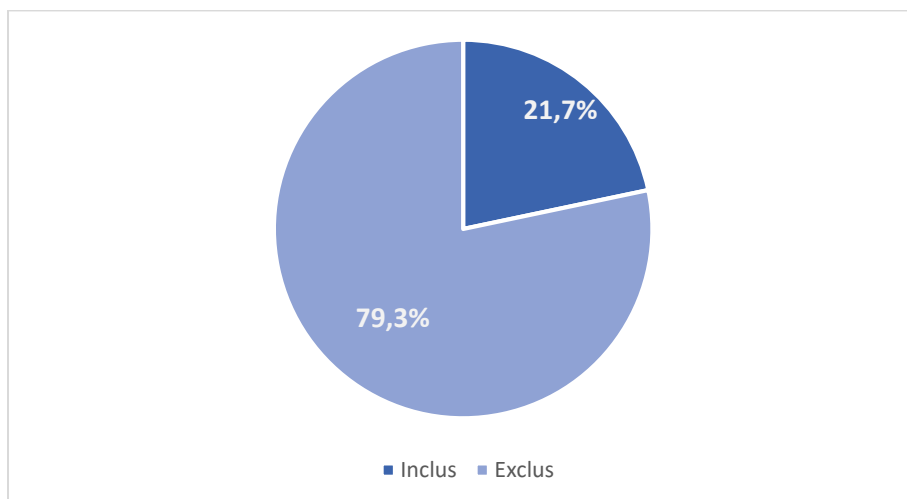


Figure 1. Proportion des patients inclus et exclus

Au total sur les 157 patients réhospitalisés, seuls **34 ont été inclus** (21,7 %). Le tableau suivant décrit les causes des exclusions.

Tableau I. Causes d'exclusions des patients

Causes d'exclusions	Effectifs	Pourcentage
Décès	22	17,9
EHPAD	5	4,1
SSR	19	15,4
Transfert	34	27,6
Hospitalisation programmée	34	27,6
Fugue	3	2,5
Sortie contre avis	2	1,6
Absence de médecin traitant	4	3,3
TOTAL	123	100

3. Patients inclus

a) Caractéristiques

Les patients inclus avaient entre 47 et 97 ans. L'âge moyen était de 76,5 (+/- 15,7) ans. Il s'agissait majoritairement de femmes, à 58,8%. Ces dernières étaient significativement plus âgées ($p < 0.05$) avec une médiane à 84 ans contre 70 ans pour les hommes.

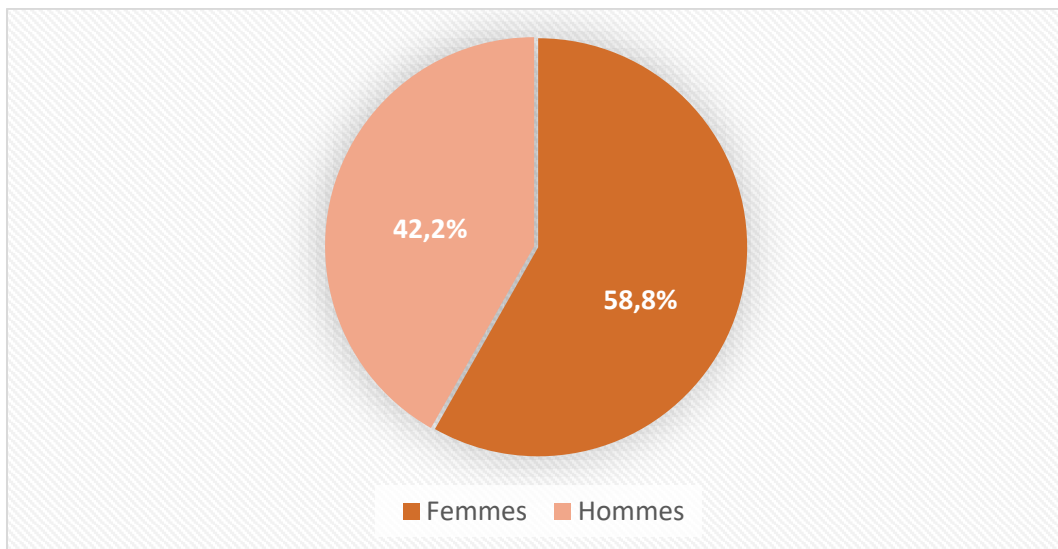


Figure 2. Répartition par genre des patients inclus

b) Facteurs de risque de réhospitalisation

Les patients inclus étaient pour 73,5% polymédiqués, 70,6% polypathologiques. Plus de la moitié (52,9%) était considérée en perte d'autonomie, avec des facteurs de vulnérabilité (50%) et environ un tiers (32,3%) était isolé socialement.

c) Réhospitalisations à trente jours et consultation précoce

Les patients étaient en moyenne réhospitalisés 12,8 jours (SD=9 jours) après leur sortie, après un séjour inaugural qui durait environ 6,1 jours (SD=3,3 jours).

Plus de la moitié des patients (55,9%) ont consulté leur médecin traitant entre les deux séjours avec un délai d'environ 8,6 jours (SD=7,3 jours) entre la sortie et la consultation chez le médecin.

Onze patients avaient consulté leur médecin traitant dans les sept jours.

Les motifs de réhospitalisations sont représentés ci-après :

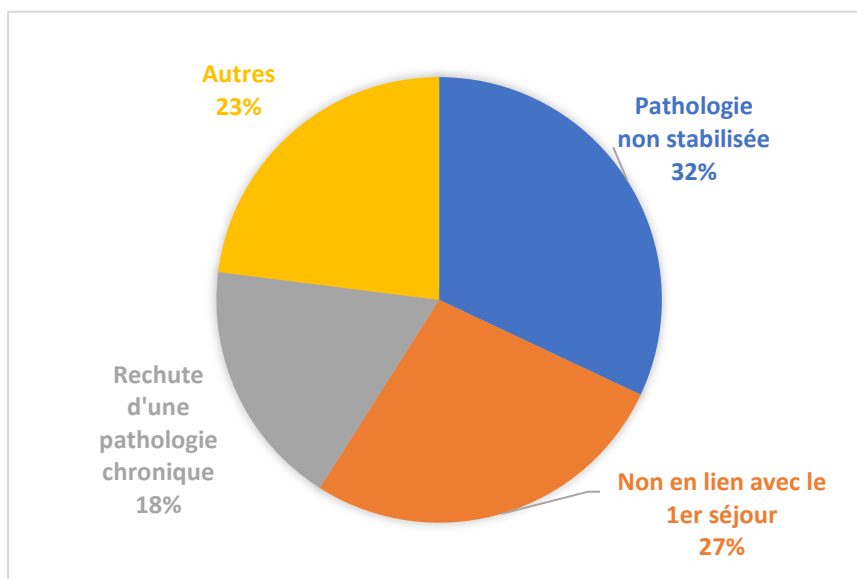


Figure 3. Motifs de réhospitalisation des patients inclus

Les autres causes concernaient : un effet indésirable médicamenteux, un défaut d'organisation du retour à domicile, une rupture de suivi, un comportement inadapté du patient, une problématique sociale, une erreur diagnostique.

d) Réhospitalisations dans les sept jours

Suivant les données de la littérature, la question se posait de savoir combien de patients réhospitalisés, l'avaient été dans les sept jours et pourquoi. Les résultats sont représentés sous forme de diagramme et de tableau qui suivent.

La durée moyenne du premier séjour de ces patients était de 6 jours (+/- 2jours).

Dix patients (29,4%) avaient été réhospitalisés dans les sept jours suivant leur sortie.

Parmi ces patients, seuls deux (20%) avaient consulté leur médecin traitant auparavant.

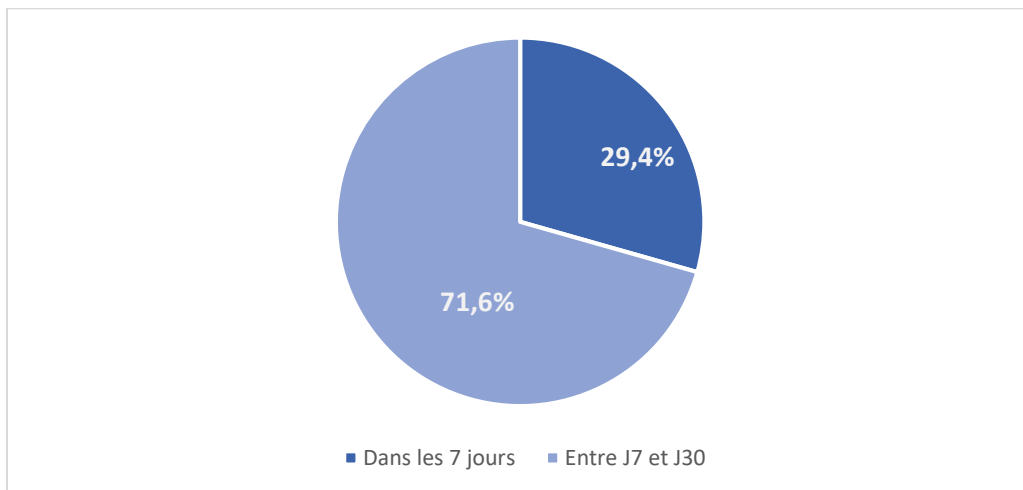


Figure 4. Délai de réhospitalisations

Les motifs de réhospitalisation de ces patients sont décrits dans le tableau suivant.

Tableau II. Motifs de réhospitalisation dans les sept jours

Motifs de réhospitalisation	% (effectifs)
Effet indésirable médicamenteux	10 (1)
Cause non en lien avec le 1 ^{er} séjour	20 (2)
Pathologie non stabilisée à la sortie	50 (5)
Défaut d'organisation du retour au domicile	0
Rupture de suivi	0
Problématique sociale	10 (1)
Comportement inadapté du patient	10 (1)
Rechute d'une pathologie chronique	0
Erreur diagnostique	0
TOTAL	100 (10)

La moitié des patients réhospitalisés dans les sept jours suivant la sortie de l'UDOR, l'était pour une pathologie non stabilisée. Un patient était réhospitalisé le jour même de la sortie, pour un motif non en lien avec le séjour antérieur.

4. Consultation précoce chez le médecin traitant

Au total, sur les 34 patients inclus, 11 (32,4%) avaient consulté leur médecin traitant dans les sept jours suivant leur sortie d'hospitalisation.

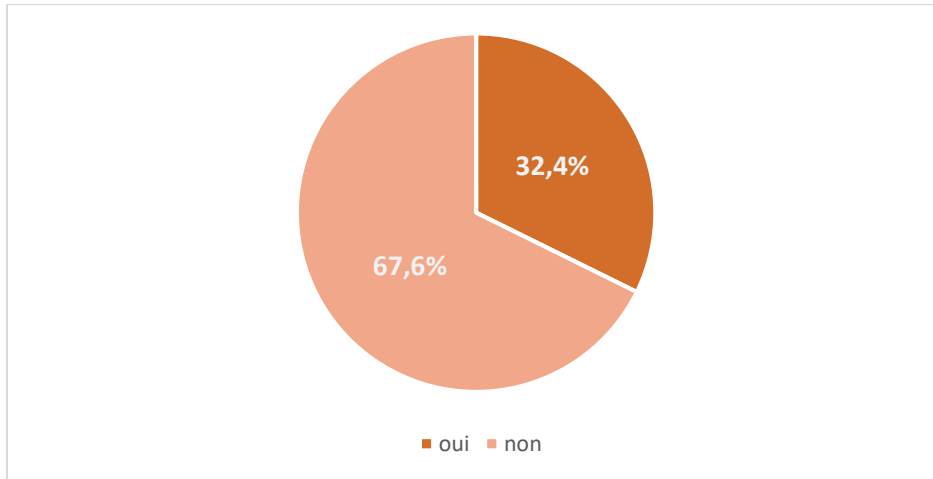


Figure 5. Répartition des patients selon la présence d'une consultation précoce

5. Comparaison des patients selon la présence d'une consultation précoce

a) Deux groupes

Les patients inclus ont été scindés en deux groupes :

- Le groupe 1 correspondait aux patients n'ayant pas vu leur médecin traitant de façon précoce soit 67,6% des patients inclus (23 patients).
- Le groupe 2 comprenait les patients ayant consulté de façon précoce leur médecin traitant soit 32,4% des patients inclus (11 patients).

b) Caractéristiques

Tableau III. Comparaison des deux groupes selon l'âge et le sexe

	Groupe 1 (n=23)	Groupe 2 (n=11)	p value
Age : moyenne (écart-type)	77 ans (17,3)	75,3 ans (12,4)	0.5
Sexe : % (effectifs)			0.29
• Femme	52,2 (12)	72,7 (8)	
• Homme	47,8 (11)	27,3 (3)	

La répartition homme-femme était presque de 50% pour chaque sexe dans le groupe 1. Alors que les patients ayant consulté leur médecin traitant de façon précoce étaient des femmes à plus de 70%. La différence en termes d'âge (test de Wilcoxon) et de sexe (test de Fisher) n'était cependant pas significative.

c) Facteurs de risque de réhospitalisation

Les variables « Facteurs de vulnérabilité » et « Autonomie » ont été évaluées par un test de Chi2, l'âge par un test de Wilcoxon et les autres par un test de Fisher.

On retrouvait une différence significative concernant la polypathologie. En effet les patients du groupe 1 étaient plus polypathologiques (82,6% d'entre eux) que ceux du groupe 2.

De plus, 30,4% des patients du groupe 1 étaient réhospitalisés pour une cause cardiologique contre aucun dans l'autre groupe, avec une différence significative.

Tableau IV. Comparaison des deux groupes selon les facteurs de risque de réhospitalisation

Facteurs de risque	Groupe 1 n=23	Groupe 2 n=11	p value
	% (effectifs)	% (effectifs)	
Polypathologie	82,6 (19)	45,5 (5)	0.04
Polymédication	78,3 (18)	63,6 (7)	0.43
Autonomie			1
• Perte d'autonomie	52,2 (12)	54,5 (6)	
• Autonomie conservée	47,8 (11)	45,5 (5)	
Motif d'hospitalisation pulmonaire	30,4 (7)	36,4 (4)	1
Motif d'hospitalisation cardiologique	30,4 (7)	0	0.07
Cancer métastasé évolutif	4,3 (1)	0	1
Facteurs de vulnérabilité	47,8 (11)	54,5 (6)	1
Contexte social			1
• Favorable	69,6 (16)	63,6 (7)	
• Défavorable	30,4 (7)	36,4 (4)	

d) Motifs de réhospitalisation

Tableau V. Comparaison des deux groupes selon les motifs de réhospitalisation

Motifs de réhospitalisation	Groupe 1 n=23	Groupe 2 n=11	p value
	% (effectifs)	% (effectifs)	
Effet indésirable médicamenteux	4,3 (1)	9,1 (1)	1
Cause non en lien avec le 1 ^{er} séjour	21,7 (5)	36,4 (4)	0.43
Pathologie non stabilisée à la sortie	47,8 (11)	0	<0.01
Défaut d'organisation du retour au domicile	4,3 (1)	0	1
Rupture de suivi	4,3 (1)	0	1
Problématique sociale	4,3 (1)	9,1 (1)	1
Comportement inadapté du patient	8,7 (2)	0	1
Rechute d'une pathologie chronique	4,3 (1)	45,5 (5)	<0.01
Erreur diagnostique	0	0	/
TOTAL	100 (23)	100 (11)	

Il y avait une différence significative entre les deux groupes concernant deux motifs d'hospitalisation ($p < 0.05$ test de Fisher).

D'une part une pathologie non stabilisée était le motif principal à presque 50% (47,8%) dans le groupe 1.

D'autre part, une rechute de pathologie chronique était le motif principal à presque 50% (45,5%) également mais correspondant au groupe 2.

e) Durée de séjour et délai de réhospitalisation

Les variables « durée de séjour » et « délai entre deux hospitalisations » ont été calculées via le test de Wilcoxon. Les données sont reportées dans le tableau 6.

Tableau VI. Comparaison des durées de séjour et délais entre deux séjours, données exprimées en moyenne (écart type)

	Groupe 1 (n=23)	Groupe 2 (n=11)	p value
Durée de séjour	6,6 jours (SD=3,6)	5,1 jours (SD=2,8)	0.2
Délai entre 2 séjours	11,8 jours (SD=9)	14,8 jours (SD=9)	0.3

Il n'y avait donc pas de différence significative entre les durées de séjour ni entre les délais entre deux hospitalisations. Les patients du groupe 2 étaient hospitalisés moins longtemps (moyenne de 5,1 jours contre moyenne de 6,6 jours) et réadmis plus tardivement que les patients de l'autre groupe (moyenne de 14,8 jours contre moyenne de 11,8 jours).

f) Délai de consultation chez le médecin traitant

Parmi les patients qui n'avaient pas vu le médecin traitant dans les sept jours (groupe 1), 8 d'entre eux (34,8%) l'avaient consulté mais dans un délai supérieur.

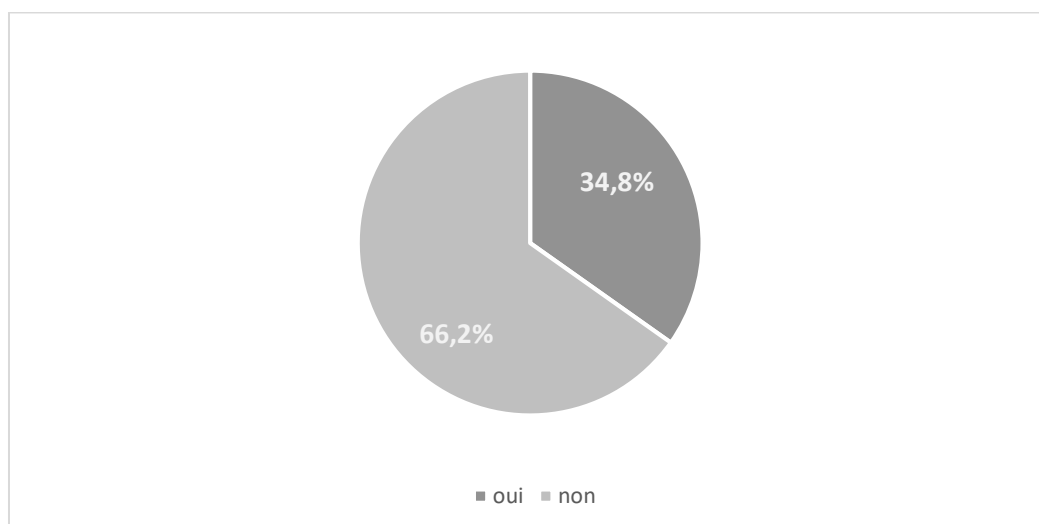


Figure 6. Répartition des patients du groupe 1 selon la présence d'une consultation médicale

Le tableau ci-après compare les délais de consultation à la sortie du séjour.

Tableau VII. Délai de consultation chez le médecin traitant en sortie d'hospitalisation

	Groupe 1 (n=8)	Groupe 2 (n=11)	p
Délai de consultation chez le médecin traitant	15,9 jours (SD=5,8)	3,4 jours (SD=1,3)	<0.01

Les patients du groupe 2 avaient consulté leur médecin traitant dans un délai moyen de trois jours alors que les patients de l'autre groupe dans un délai de seize jours, la différence était significative après analyse statistique par un test de Wilcox.

DISCUSSION

Cette étude a montré que 9,6 % des patients hospitalisés (soit 157 patients) dans le service UDOR du CH de Perpignan étaient réhospitalisés dans les trente jours. En 2015 en France, le taux de réadmission à trente jours était de 12% [26].

Parmi les 34 patients inclus, deux tiers (67,6%) n'avaient pas consulté le médecin traitant dans les sept jours suivant la sortie d'hospitalisation.

La proportion de patients polypathologiques était plus importante dans le groupe des patients non suivis précocement chez le médecin traitant (82,6%) que dans le groupe des patients suivis précocement (45,5%). La moitié des patients non suivis (47,8%) étaient vulnérables ou en perte d'autonomie (52,2%) et 47,8% était réhospitalisés pour une pathologie non stabilisée à la sortie. Les patients ayant consulté précocement étaient réadmis pour 45,5% pour la rechute d'une pathologie chronique.

1. Forces de l'étude

a) Méthode quantitative

La méthode quantitative nous a permis d'effectuer des mesures dans un délai court. Il nous a également été permis de réaliser des croisements entre les différents résultats afin d'affiner les réponses, et de ce fait de limiter un certain nombre de biais.

b) Question de recherche pertinente

Comme expliqué dans l'introduction, les réhospitalisations représentent un véritable problème de santé publique et l'une des solutions proposées est la consultation précoce auprès du médecin traitant. En effet, le problème de la continuité des soins et de la coordination hôpital-ville est un sujet intéressant qui conduit à de nombreuses études

depuis plusieurs années, et qui reste stimulant grâce aux nombreuses améliorations qui peuvent être apportées au système actuel.

c) Groupes comparables

Les deux groupes de patients ne présentaient pas de différence significative en termes d'âge et de sexe. La majorité des patients était des femmes, distribution du genre en accord avec les données de la littérature qui traduisent dans la majorité des études un ratio hommes femmes en faveur d'une population féminine [27]. De plus, la moyenne d'âge des patients inclus était du même ordre que celle de l'UDOR (76,5 ans dans l'étude contre 75,9 pour l'UDOR). Il n'y avait donc pas de biais de sélection de patients les plus âgés uniquement.

2. Faiblesses de l'étude

a) Inclusion

Le faible effectif de patients inclus a conduit à une perte de puissance de l'étude. Et ce, pour plusieurs raisons. Il s'agissait d'une étude monocentrique qui portait sur les patients d'un seul service d'une trentaine de lits sur une durée d'un an. Les patients inclus étaient recherchés uniquement sur la base de données du CH de Perpignan alors que les patients pouvaient être réhospitalisés dans d'autres centres de soins, notamment dans les cliniques de Perpignan. Ces arguments traduisent donc un biais de sélection.

b) Exclusion

Les critères d'exclusion étaient très spécifiques. En effet les patients transférés en SSR à leur sortie de l'UDOR étaient exclus (15,4%) alors que les données de la littérature ont montré qu'un passage en SSR n'était pas un facteur de risque de réhospitalisation [28].

Ensuite, les données datant de 2018 ayant été traitées en 2020, 17,9% des patients réadmis ont été exclus pour cause de décès.

c) Facteurs de risque

Concernant les facteurs de risque de réhospitalisation décrits par l'HAS [19], les définitions de l'autonomie, la vulnérabilité et l'isolement social ont été précisées aux médecins traitants. Cependant leur interprétation pouvait revêtir une part de subjectivité médecin-dépendant. Quant à la polypathologie et la polymédication, ce sont des termes dont les définitions peuvent varier d'une étude à l'autre, conduisant à des biais de classement. Enfin, un facteur de risque de réhospitalisation non négligeable aurait pu être recherché, à savoir, un antécédent d'hospitalisation dans les six mois [19].

d) Population d'étude

Notre étude concernait des patients de Perpignan et ses alentours. Il s'agit d'une des populations les plus pauvres de France (32% de pauvreté) avec un taux de chômage autour de 20% (voire 80% dans les quartiers les plus atteints : Saint Jacques notamment). Les conditions sanitaires sont par ailleurs également précaires [29]. Or des études à grande échelle ont montré que les conditions socio-économiques étaient un facteur de risque majeur de réhospitalisation [27], parce qu'elles sont associées à une moindre adhésion aux traitements et aux recommandations de sortie d'hospitalisation, ainsi qu'à des ressources limitées pour accéder à l'offre de soins. Dans notre étude, environ un tiers des patients inclus (32,3%) était décrit comme isolé socialement. Cependant, nous ne retrouvons qu'un patient par groupe d'étude qui a été réadmis précocement pour problématique sociale.

Il s'agit donc d'une population d'étude, qui, par sa géographie, est plus à risque de réhospitalisation que la population générale. Les résultats de cette étude ne sont donc pas extrapolables à la population générale.

3. Autour des résultats

a) Caractéristiques des patients

Les patients inclus dans cette étude étaient pour 70,6% polypathologiques, 73,5% polymédiqués. La moitié présentait des facteurs de vulnérabilité, 52,3% une perte d'autonomie et environ un tiers (32,3%) était isolé socialement. La majorité des patients réadmis présentait donc des facteurs de risque de réhospitalisation, tels que décrits par l'HAS [19]. Il s'agissait donc d'une population pour laquelle la prise en charge optimisée de la transition hôpital-ville représentait un enjeu, ceci passant par la consultation précoce chez le médecin traitant. Il semblait donc intéressant pour cette population d'étude qu'elle bénéficie d'un suivi précoce chez le médecin généraliste.

Cependant, seulement 55,9% des patients inclus avaient consulté leur médecin entre les deux hospitalisations dont 32,4% dans les sept jours. Ces taux sont meilleurs qu'aux États-Unis (48,8% de suivi en sortie d'hospitalisation) [31] et que dans d'autres régions de France (15,8% de consultation dans les sept jours en Champagne Ardenne par exemple) [32]. Ils sont néanmoins bas, avec une marge d'amélioration nette, si dorénavant on mettait en place une stratégie d'amélioration (par exemple une communication auprès des médecins de la région, sensibilisation des patients et de leurs familles...).

b) Différences de profil selon les facteurs de risque

Au total, deux tiers des patients (67,6%) n'avaient pas consulté en médecine générale de façon précoce comme préconisé par l'HAS [19].

Ces derniers représentaient le groupe 1, groupe de patients réhospitalisés à trente jours n'ayant pas consulté leur médecin traitant dans les sept jours suivant leur sortie. Ils présentaient deux différences significatives en termes de facteurs de risque de réhospitalisation, en comparaison au groupe 2, groupe qui lui avait consulté précocement le médecin.

- D'une part, les patients du groupe 1 étaient pour 82,6% polypathologiques contre 45,5% dans l'autre groupe. Si la littérature a montré qu'une consultation précoce en sortie d'hospitalisation permettait de baisser le taux de réadmission de 12 à 24% tous patients confondus [18], une étude a prouvé que la consultation précoce à la sortie de l'hôpital permettait de diminuer de 20% le taux de réhospitalisation à trente jours chez les patients atteints de pathologies chroniques [16]. Les patients étant polypathologiques, ils nécessitaient un suivi médical renforcé.
- D'autre part, 30,4% des patients du groupe 1 étaient hospitalisés la première fois pour un motif cardiaque (insuffisance cardiaque, syndrome coronarien aigu, œdème aigu du poumon). Il s'agissait encore d'une différence significative avec l'autre groupe dans lequel aucun patient n'était hospitalisé pour ce motif. Or, une étude a montré la baisse significative du taux de réhospitalisation par une consultation précoce chez les patients hospitalisés initialement pour cause cardiaque [33] [34].

Au vu de ces deux paramètres, il semblait que la population du groupe 1 était plus à risque d'être réhospitalisée. L'hypothèse qui ressort est que des réhospitalisations de patients du groupe 1 auraient pu être évitées si les patients avaient bénéficié d'une consultation précoce à la sortie de l'hôpital.

On pourrait alors se demander pourquoi les patients du groupe 2, étant moins à risque de réhospitalisation que l'autre groupe et ayant consulté leur médecin traitant dans les sept jours, avaient été malgré tout réhospitalisés.

c) Différences de profil selon les motifs de réhospitalisation

L'étude descriptive du deuxième groupe a montré que dans environ 45,5% des cas, le motif de réhospitalisation était la rechute d'une pathologie chronique. Or nous avons dit auparavant que les patients de l'autre groupe étaient plus polypathologiques donc, par extension, présentaient plus de pathologies chroniques. Une hypothèse pour expliquer ce résultat serait que les pathologies chroniques du groupe 2 étaient plus invalidantes,

plus sévères ou moins bien équilibrées. Une autre hypothèse pourrait être un moins bon suivi médical. Mais ayant consulté rapidement en sortie d'hospitalisation (délai de consultation d'environ trois jours), ceci traduirait au contraire une certaine régularité de la prise en charge.

L'étude du premier groupe, quant à elle, a montré que le motif de réhospitalisation dans 47,8% des cas était dû à une pathologie initiale insuffisamment stabilisée. Pour expliquer ces valeurs, on pourrait émettre comme hypothèse des polyopathologies plus lourdes que celles des patients du groupe 1 donc nécessitant un séjour hospitalier plus long. Mais il n'y avait pas de différence majeure entre les durées moyennes de séjour (DMS), à savoir environ 6,6 jours pour le groupe 1 et 5,1 jours pour le groupe 2. La pression économique a pu également jouer un rôle. En effet, dans un souci de réduire les coûts liés aux séjours hospitaliers, les hôpitaux se voient fixer des objectifs en termes de DMS de plus en plus courtes, à défaut, parfois, d'une prise en charge optimale [35].

Un des motifs de réadmission était « non en lien avec le premier séjour » et concernait 21,7% du premier groupe ainsi que 36,4% du deuxième groupe. Or, s'agissant d'une autre cause d'hospitalisation, ne résultant pas du premier séjour, on pourrait se dire que le médecin traitant, même si consulté dans les sept jours, n'aurait pas pu jouer un rôle protecteur dans le cadre d'une réhospitalisation. Mais aucun séjour hospitalier n'est anodin, chaque jour passé en hospitalisation entraîne des conséquences qui fragilisent le patient (dénutrition, escarre, perte d'autonomie, infections nosocomiales, isolement, dépression par exemple). Le patient sort affaibli d'un séjour hospitalier et demeure fragile et plus sensible à d'autres pathologies. Le médecin généraliste a donc un rôle évident à la sortie du séjour, car même si la réhospitalisation ne semble pas en lien avec le séjour antérieur, la fragilisation globale engendrée, aura participé à la réhospitalisation [36] [5].

d) Consultation au-delà de sept jours

En poursuivant l'étude du groupe 1, les résultats montrent que sur les 23 patients, 8 (34,8%) avaient consulté leur médecin mais dans un délai supérieur à sept jours. Ces

données rejoignent celles de la littérature. En effet, consulter le médecin en sortie d'hospitalisation dans un délai supérieur à sept jours n'est pas associé à une baisse des réadmissions précoces [17]. Un argument de plus en faveur de l'hypothèse qu'une visite chez le médecin dans les sept jours pour ce groupe de patients aurait pu diminuer le taux de réhospitalisation.

e) Réhospitalisations à sept jours

Un chapitre de l'étude concernait les réhospitalisations à sept jours car la littérature a démontré qu'il faut différencier les réadmissions dans les sept jours suivant la sortie, de celles dans les trente jours. En effet, alors que les réhospitalisations les plus précoces semblent liées à la qualité des soins au cours du premier séjour hospitalier, les réhospitalisations survenant au-delà de la première semaine suivant la sortie de l'hôpital seraient le reflet de l'organisation du système de soins et notamment la transition entre l'hôpital et la ville [14].

Notre analyse a mis en lumière que dix patients parmi ceux inclus (soit 29,4%) avaient été réhospitalisés précocement, dans les sept jours suivant la sortie. Pour la moitié de ces patients, la raison de la réadmission était que la pathologie initiale n'était pas stabilisée. Il s'agissait d'une cause en lien avec le séjour antérieur, ce qui est en accord avec la définition sus citée d'une réhospitalisation précoce. Ce qui veut dire que pour l'autre moitié des patients, la cause de réadmission n'était pas en lien avec la première admission et que, comme le préconise divers articles, il faut considérer comme mesure de la performance des systèmes de santé, les réhospitalisations à trente jours et non celles à sept jours [14] [15]. Ceci est un argument en faveur de la pertinence de notre choix de réhospitalisations à trente jours.

f) Délais

Enfin, le délai moyen entre la sortie d'hospitalisation et la réadmission (12,8 jours \pm 9 jours) était comparable à celui de l'étude de Gauthier et *al*, qui portait sur une cohorte de patients hospitalisés dans un service de médecine polyvalente post urgence en France.

4. Perspectives

Les résultats de ce travail ont convaincu les médecins de l'UDOR de sensibiliser les patients et leurs familles à l'importance d'une consultation précoce chez le médecin traitant à la sortie du service, dans le but d'éviter les réhospitalisations à trente jours. Les patients sortent d'ailleurs du service avec un courrier et une ordonnance de sortie. Le courrier est également envoyé au médecin traitant le jour de la sortie.

Par ailleurs, un nouveau regard est porté sur l'identification des facteurs de risque de réadmission dès l'entrée des patients dans la structure.

La prise en charge sociale est renforcée, s'agissant de patients polypathologiques, isolés, non autonomes et donc fragiles.

Afin de poursuivre le travail initié, on pourrait proposer de réaliser, dans le cadre d'une éventuelle thèse, une étude prospective pour avoir un plus grand effectif et donc plus de puissance. On étudierait des patients réhospitalisés en comparaison à des patients non réhospitalisés en fonction du fait qu'ils aient consulté ou non leur médecin traitant à la sortie du service. Cela permettrait, peut-être, de montrer le caractère protecteur de cette consultation.

CONCLUSION

Cette étude reflète l'importance et les enjeux de la prise en charge en sortie d'hospitalisation.

Plus de deux tiers des patients réhospitalisés dans les trente jours n'avaient pas consulté leur médecin traitant dans les sept jours alors que l'effet protecteur d'une telle visite a été prouvé.

Un repérage avant la sortie des patients les plus à risque de réhospitalisation permettrait à l'équipe de programmer une consultation précoce chez le médecin traitant, dans le but de diminuer le taux de réhospitalisation.

Pour compléter les données de la littérature, une étude prospective permettrait de savoir, à plus grande échelle, si la consultation précoce chez le médecin traitant à sept jours entraîne une diminution des réhospitalisations à trente jours.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? », *Haute Autorité de Santé*. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees. [Consulté le: 29-déc-2019].
- [2] L. O. Hansen, R. S. Young, K. Hinami, A. Leung, et M. V. Williams, « Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review », *Ann. Intern. Med.*, vol. 155, n° 8, p. 520-528, oct. 2011, doi: 10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00008.
- [3] M. Gusmano, V. Rodwin, D. Weisz, J. Cottenet, et C. Quantin, « Comparison of rehospitalization rates in France and the United States », *J. Health Serv. Res. Policy*, vol. 20, n° 1, p. 18-25, janv. 2015, doi: 10.1177/1355819614551849.
- [4] the U. S. C. for Medicare, M. S. 7500 S. Boulevard, Baltimore, M. 21244 7500 S. B. Baltimore, et M. 21244 Usa, « Community-based Care Transitions Program | Center for Medicare & Medicaid Innovation ». [En ligne]. Disponible sur: <https://innovation.cms.gov/initiatives/CCTP/>. [Consulté le: 30-déc-2019].
- [5] H. M. Krumholz, « Post-Hospital Syndrome – A Condition of Generalized Risk », *N. Engl. J. Med.*, vol. 368, n° 2, p. 100-102, janv. 2013, doi: 10.1056/NEJMp1212324.
- [6] A. J. Forster, H. J. Murff, J. F. Peterson, T. K. Gandhi, et D. W. Bates, « The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital », *Ann. Intern. Med.*, vol. 138, n° 3, p. 161-167, févr. 2003, doi: 10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007.
- [7] C. van Walraven, P. C. Austin, et A. J. Forster, « Urgent readmission rates can be used to infer differences in avoidable readmission rates between hospitals », *J. Clin. Epidemiol.*, vol. 65, n° 10, p. 1124-1130, oct. 2012, doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.04.001.
- [8] S. Shepperd, N. A. Lannin, L. M. Clemson, A. McCluskey, I. D. Cameron, et S. L. Barras, « Discharge planning from hospital to home », *Cochrane Database Syst. Rev.*, n° 1, p. CD000313, janv. 2013, doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub4.
- [9] *Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison*. 2016.

- [10] G. Hesselink *et al.*, « Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review », *Ann. Intern. Med.*, vol. 157, n° 6, p. 417-428, sept. 2012, doi: 10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00006.
- [11] S. Parker *et al.*, « A systematic review of discharge Arrangements for older people », *Health Technol. Assess. Winch. Engl.*, vol. 6, p. 1-183, févr. 2002, doi: 10.3310/hta6040.
- [12] Netgen, « Au sortir de l'hôpital, comment renforcer la continuité de la prise en charge médicale ? », *Revue Médicale Suisse*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-493/Au-sortir-de-l-hopital-comment-renforcer-la-continue-de-la-prise-en-charge-medical>. [Consulté le: 21-déc-2019].
- [13] S. Kangovi et D. Grande, « Hospital Readmissions—Not Just a Measure of Quality », *JAMA*, vol. 306, n° 16, oct. 2011, doi: 10.1001/jama.2011.1562.
- [14] K. L. Graham, E. H. Wilker, M. D. Howell, R. B. Davis, et E. R. Marcantonio, « Differences between early and late readmissions among patients: a cohort study », *Ann. Intern. Med.*, vol. 162, n° 11, p. 741-749, juin 2015, doi: 10.7326/M14-2159.
- [15] « Unplanned general surgical re-admissions - how many, which patients and why? - PubMed - NCBI ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17535612>. [Consulté le: 29-déc-2019].
- [16] C. Jackson, M. Shahsahebi, T. Wedlake, et C. A. DuBard, « Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge », *Ann. Fam. Med.*, vol. 13, n° 2, p. 115-122, mars 2015, doi: 10.1370/afm.1753.
- [17] S. Sinha, J. Seirup, et A. Carmel, « Early primary care follow-up after ED and hospital discharge - does it affect readmissions? », *Hosp. Pract. 1995*, vol. 45, n° 2, p. 51-57, avr. 2017, doi: 10.1080/21548331.2017.1283935.
- [18] E. Shen *et al.*, « Association of a Dedicated Post-Hospital Discharge Follow-up Visit and 30-Day Readmission Risk in a Medicare Advantage Population », *JAMA Intern. Med.*, vol. 177, n° 1, p. 132-135, janv. 2017, doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7061.
- [19] « Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h », *Haute Autorité de Santé*. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h. [Consulté le: 29-déc-2019].

- [20] L. García-Pérez, R. Linertová, A. Lorenzo-Riera, J. R. Vázquez-Díaz, B. Duque-González, et A. Sarría-Santamera, « Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review », *QJM Mon. J. Assoc. Physicians*, vol. 104, n° 8, p. 639-651, août 2011, doi: 10.1093/qjmed/hcr070.
- [21] D. Kansagara *et al.*, « Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review », *JAMA*, vol. 306, n° 15, p. 1688-1698, oct. 2011, doi: 10.1001/jama.2011.1515.
- [22] E. W. Lee, « Selecting the best prediction model for readmission », *J. Prev. Med. Public Health Yebang Uihakhoe Chi*, vol. 45, n° 4, p. 259-266, juill. 2012, doi: 10.3961/jpmp.2012.45.4.259.
- [23] P. Halfon, Y. Egli, G. van Melle, J. Chevalier, J. B. Wasserfallen, et B. Burnand, « Measuring potentially avoidable hospital readmissions », *J. Clin. Epidemiol.*, vol. 55, n° 6, p. 573-587, juin 2002, doi: 10.1016/s0895-4356(01)00521-2.
- [24] « Effets indésirables ». [En ligne]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/risque-des-medicaments/47-effets-indesirables>. [Consulté le: 20-janv-2020].
- [25] « iatrogénèse médicamenteuse », AFFSAPS 2015.
- [26] « vf_-_rh30_-_2018_03_20.pdf ». Réhospitalisations à 30 jours, Direction Générale de l'Offre de Soins 2018.
- [27] « Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through e... - PubMed - NCBI ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18487268>. [Consulté le: 17-janv-2020].
- [28] J. Gauthier, J. P. Kisterman, F. Chapalain, A. Texier, et P. Manckoundia, « [Early rehospitalization of persons aged 75 years or older admitted to a post-emergency general medicine department: Rates and predictive factors] », *Rev. Med. Interne*, vol. 37, n° 8, p. 521-528, août 2016, doi: 10.1016/j.revmed.2015.12.006.
- [29] « À Perpignan, la pauvreté qui n'en finit pas ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/politique/a-perpignan-la-pauvrete-qui-nen-finit-pas>. [Consulté le: 13-janv-2020].

- [30] « WHO | The determinants of health ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>. [Consulté le: 29-déc-2019].
- [31] S. F. Jencks, M. V. Williams, et E. A. Coleman, « Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program », *N. Engl. J. Med.*, vol. 360, n° 14, p. 1418-1428, avr. 2009, doi: 10.1056/NEJMsa0803563.
- [32] S. Alglave, A. Hurtaud, et Université de Reims Champagne-Ardenne, « Prévention de la réhospitalisation des patients âgés par la planification d'une consultation précoce avec le médecin traitant: étude de faisabilité », [éditeur inconnu], Lieu de publication inconnu, 2016.
- [33] D. Labranche, C. Mestre-Fernandes, F. Delahaye, et S. Sanchez, « Réduction des réhospitalisations pour décompensation cardiaque chez la personne âgée : l'expérience du réseau VISage – filière insuffisance cardiaque », */data/revues/00033928/v65i5/S000339281630350X/*, oct. 2016.
- [34] N. M. Albert, « A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure », *Heart Lung J. Crit. Care*, vol. 45, n° 2, p. 100-113, avr. 2016, doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.12.001.
- [35] N. Allaudeen, J. L. Schnipper, E. J. Orav, R. M. Wachter, et A. R. Vidyarthi, « Inability of providers to predict unplanned readmissions », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 26, n° 7, p. 771-776, juill. 2011, doi: 10.1007/s11606-011-1663-3.
- [36] S. Kripalani, A. T. Jackson, J. L. Schnipper, et E. A. Coleman, « Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists », *J. Hosp. Med.*, vol. 2, n° 5, p. 314-323, sept. 2007, doi: 10.1002/jhm.228.

ANNEXES

- 1. Autorisation de la CNIL**
- 2. Questionnaire standardisé pour les entretiens**
- 3. Serment d'Hippocrate**
- 4. Permis d'imprimer**

CNIL

Échange de mail avec la CNIL

De : <ne-pas-repondre@demarches-simplifiees.fr>

Objet : Votre dossier TPS n° 855780 va être instruit

Bonjour,

Nous vous confirmons la bonne réception de votre dossier n°855780.

Nous reviendrons vers vous dans les prochains jours pour vous confirmer la complétude de votre dossier, et sa communication au CEREES.

Cordialement,

L'équipe Accès aux Données de Santé de l'INDS

QUESTIONNAIRE STANDARDISE A REPONSES BINAIRES D'AIDE A L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE DES MEDECINS TRAITANTS

1. Présence d'un critère de vulnérabilité parmi
 - Dénutrition,
 - Escarre(s),
 - Démence/ troubles neurocognitifs,
 - Syndrome dépressif/ troubles thymiques.

2. Utilisation de 10 médicaments ou plus ou de 5 médicaments dont 1 parmi :
 - Anticoagulant,
 - Double anti-agrégation,
 - Diurétique,
 - Benzodiazépine,
 - Insuline, sulfamides hypoglycémifiants,
 - Digoxine.

3. Présence de deux ou plus de deux pathologies chroniques

4. Evaluation de l'autonomie :
 - Nécessité pour réaliser les actes de la vie quotidienne d'une aide matérielle
 - Nécessité pour réaliser les actes de la vie quotidienne d'une aide humaine
 - Troubles de la marche

5. Isolement familial et/ou social

SERMENT D'HIPPOCRATE

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

SUMMARY << Rehospitalization after 30 days and early primary care: Monocentric descriptive epidemiological study>>

INTRODUCTION Early unplanned readmission, occurring within 30 days of discharge from hospital, represents a public health problem from an economic and medical point of view. In order to reduce these stays, the continuity of care during the transition between hospital and home must be improved, in particular through early consultation with the primary care physician within 7 days of discharge.

METHODS This was a retrospective observational descriptive study on patients rehospitalised within thirty days of discharge from the UDOR of the Perpignan hospital. The objectives were to find out whether they had consulted their treating physician at an early stage and to study their risk factors for readmission.

RESULTS In total, 34 patients were included out of the 157 rehospitalised over one year of the study, i.e. 21.7%. They were vulnerable (50%), poly-pathological (70.6%), poly-medicated (73.5%) and socially isolated (32.3%). Women were in the majority (58.8%), the mean age was 76.5 years. On average, patients were readmitted to hospital 12.8 days [+/- 9 days] after discharge, after an initial stay of 6.1 days [+/- 3.3]. 67.6% (23) of the patients included had not consulted their primary care physician early (62%). The latter were readmitted to hospital in 48% of cases for an unstabilised pathology with an average length of stay of 6.6 days. They were significantly different from the other patients regarding poly-pathology and cardiac causes of hospital admission. Patients who consulted early (32.4% or 11 patients) were readmitted to hospital in 46% of cases for the relapse of a chronic pathology.

CONCLUSION More than two thirds of patients readmitted to hospital within 30 days had not consulted their general practitioner within 7 days, even though the protective effect of such a visit has been proven. From now on, at the exit of the UDOR, early consultation could be systematically planned and a prospective study on the rate of rehospitalisation could be carried out to measure the impact of such a visit in this population.

Keywords : early rehospitalization, 30-day readmission rate, early consultation, treating physician, risk factors, readmission, hospital discharge

RESUME <<Réhospitalisation à 30 jours et consultation précoce chez le médecin traitant : Étude épidémiologique descriptive monocentrique>>

INTRODUCTION Les réhospitalisations précoces, survenant dans les trente jours après la sortie d'hospitalisation, de façon non programmée, représentent un problème de santé publique d'un point de vue économique et médical. Afin de réduire ces séjours, il faut améliorer la continuité des soins lors de la transition hôpital-ville et ceci passe notamment par une consultation précoce, dans les sept jours suivant la sortie, chez le médecin traitant.

METHODES Il s'agissait d'une étude descriptive observationnelle rétrospective sur des patients réhospitalisés dans les trente jours suivant la sortie de l'UDOR du centre hospitalier de Perpignan. Les objectifs étaient de savoir s'ils avaient consulté leur médecin traitant précocement et d'étudier leurs facteurs de risque de réhospitalisation.

RESULTATS Au total, 34 patients ont été inclus sur les 157 réhospitalisés sur un an d'étude soit 21,7%. Il s'agissait de patients vulnérables (50%), polyopathologiques (70,6%), polymédiqués (73,5%), isolés socialement (32,3%). Les femmes étaient majoritaires (58,8%), l'âge moyen était de 76,5 ans. Les patients étaient en moyenne réhospitalisés 12,8 jours après leur sortie, après un séjour inaugural de 6,1 jours. 67,6% des patients inclus n'avaient pas consulté leur médecin traitant précocement. Ces derniers étaient réhospitalisés dans 47,8% pour une pathologie non stabilisée avec une durée moyenne de séjour de 6,6 jours. Ils étaient significativement différents des autres patients concernant la polypathologie et les causes cardiaques d'entrée à l'hôpital. Les patients ayant consulté précocement (32,4%) étaient réhospitalisés à 45,5% pour la rechute d'une pathologie chronique.

CONCLUSION Plus de deux tiers des patients réhospitalisés dans les trente jours n'avaient pas consulté leur médecin traitant dans les sept jours alors que l'effet protecteur d'une telle visite a été prouvé. Dorénavant, à la sortie de l'UDOR, on pourrait prévoir de façon systématique une consultation précoce et faire une étude prospective sur le taux de réhospitalisation.

Mots clés : réhospitalisation précoce, taux de réhospitalisation à trente jours, consultation précoce, médecin traitant, facteurs de risque, réadmission, sortie d'hospitalisation