



HAL
open science

Gestion de la carence de lits d'aval pour les patients hospitalisés depuis un service d'urgences

Geoffroy Nicolas

► **To cite this version:**

Geoffroy Nicolas. Gestion de la carence de lits d'aval pour les patients hospitalisés depuis un service d'urgences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03641306

HAL Id: dumas-03641306

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03641306>

Submitted on 14 Apr 2022

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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Gestion de la carence de lits d'aval pour les patients hospitalisés
depuis un service d'urgences**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 7 Avril 2022

Par Monsieur Geoffroy NICOLAS

Né le 26 septembre 1994 à Saint-Priest-en-Jarez (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE D'URGENCE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine

Président

Madame le Professeur GRANEL-REY Brigitte

Assesseur

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck

Assesseur

Monsieur le Docteur GRANDBESANÇON David

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Gestion de la carence de lits d'aval pour les patients hospitalisés
depuis un service d'urgences**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 7 Avril 2022

Par Monsieur Geoffroy NICOLAS

Né le 26 septembre 1994 à Saint-Priest-en-Jarez (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE D'URGENCE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine

Président

Madame le Professeur GRANEL-REY Brigitte

Assesseur

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck

Assesseur

Monsieur le Docteur GRANDBESANÇON David

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTEY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETTES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAMBUC Roland	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SARLES - PHILIP Nicole	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SEITZ Jean-François	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	

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

EMERITAT

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	VIALETTES 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

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

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. RADDI (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)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

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

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI 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)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
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)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 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 Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (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)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

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)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND 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)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-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)

TROUDE Lucas (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)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Antoine Roch,

Pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, et pour tout l'intérêt que vous y portez. Mes premiers pas dans mes fonctions d'interne dans le service des urgences de l'Hôpital Nord resteront des souvenirs ineffaçables. Trouvez ici l'expression de mon plus profond respect.

À Madame la Professeure Brigitte Granel-Rey,

Pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises et l'humanité dont vous faites preuve. Votre présence dans ce jury de thèse est pour moi une joie et un honneur.

A Monsieur le Professeur Franck Paganelli,

Pour avoir su faire preuve à la fois de rigueur et de bienveillance durant mes précieux mois d'apprentissage en cardiologie. Je suis honoré de pouvoir vous compter parmi les membres de ce jury.

A Monsieur le Docteur David Grandbesançon,

Impossible d'exprimer toute la reconnaissance et la gratitude que j'ai envers toi en seulement quelques lignes. Tu m'as accordé ta confiance sans aucune hésitation, et tu as su me guider dans la réalisation de ce travail, toujours avec beaucoup d'intelligence et d'humour. Je suis heureux de poursuivre cette aventure Avignonnaise à tes côtés.

A Laura,

Pour avoir été ma plus fervente supportrice au gré des nombreux ascenseurs émotionnels qui ont rythmé ces derniers mois. Tu ensoleilles mes journées par ta bonne humeur, ta malice et ton humour, pour toujours je l'espère.

A Shaheen,

Pour ces soirées sacrifiées à m'aider dans l'élaboration de ce travail. Merci du fond du cœur.

A mes amis,

Thomas, Manu, Julie, Clément, Audrey, Camille, Rocco, pour toutes inoubliables soirées d'été à vos côtés, et notre complicité qui ne s'éteindra jamais.
Ivan, Paolo, Lucie, Clara, mes inconditionnels compagnons de crapahutages, d'ascensions et d'expéditions sous-marines. Il me tarde de repartir à l'aventure avec vous.
Coni, pour avoir su préserver les liens qui nous unissent, malgré la distance.
Rudi, Pierre, Béné, vous avez illuminé ces quelques années en terres stéphanoises qui promettaient pourtant d'être bien sombres.

A mes co-internes mélomanes et toute l'équipe du 7B,

Pour tout ce que j'ai appris à vos côtés, votre gaieté, votre spontanéité, et tout ce qui a contribué à rendre ce stage si particulier.

A mes co-internes de Sainte Musse « l'Élite »,

Pour ces parties de pétanque endiablées, les records de distance parcourues sur le ventre et les apéros de seigneurs.

A mes co-internes et l'équipe des soins intensifs cardiologiques de l'Hôpital Nord,

Laura, pour avoir été ma meilleure (et de très loin) professeure d'échographie.
Agathe, pour avoir été ma meilleure (et de très loin) professeure de grimaces.
Thomas, Andrea, cette bataille au sommet restera dans nos mémoires, et probablement celle de quelques patients.

Au Docteur Fanny Virard et au Docteur Ludovic Sauvage,

Pour la confiance que vous m'avez accordée professionnellement et l'aide que vous m'avez apportée dans la réalisation de cette thèse.

A toute l'équipe des urgences et du SAMU d'Avignon,

Pour votre accueil si chaleureux dans votre grande famille, c'est avec une immense joie que je vais poursuivre cette aventure avec vous.

A Jean-Luc et Cathy Vidal,

Pour m'avoir fait mettre un pied dans les urgences d'Avignon il y a 10 ans, et m'avoir révélé à ma vocation.

A ma famille,

Papa, Maman, pour tous vos sacrifices, votre soutien, et les valeurs que vous m'avez inculquées, c'est à vous que je dois tout.

Antoine, Clara, j'ai toujours avancé en essayant de vous prendre pour modèle, mais difficile d'atteindre un tel degré de perfection.

A mes grands-parents qui m'ont chéri, donné sans compter et transmis le goût des choses simples.

Avec tout mon amour.

Table des matières

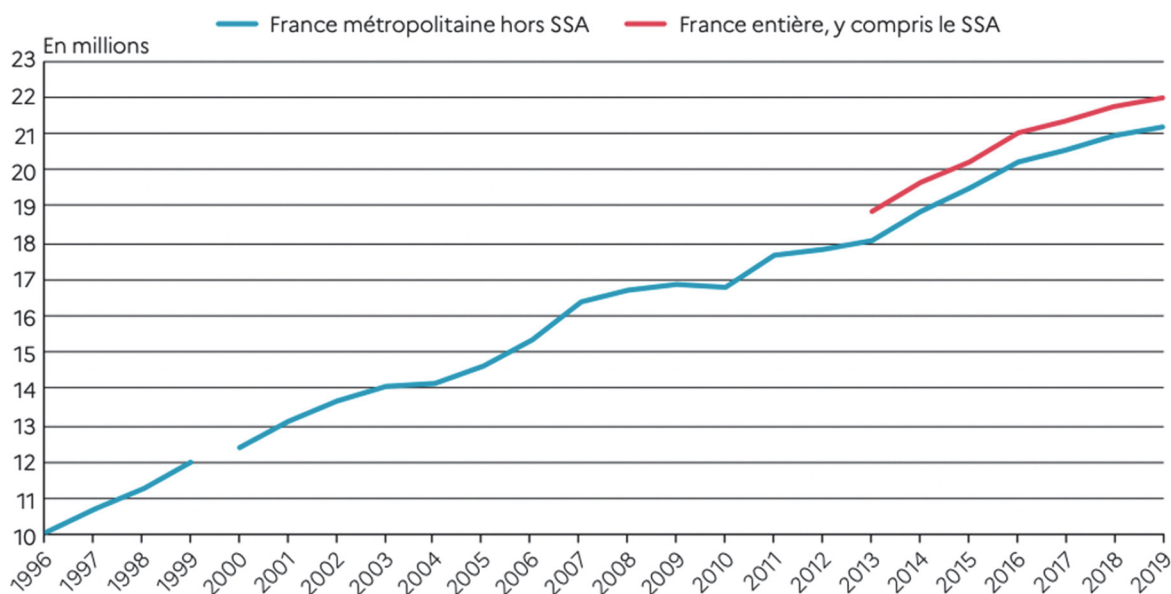
REMERCIEMENTS

1	INTRODUCTION	2
2	MATERIEL ET METHODE	6
2.1	OBJECTIF DE L'ETUDE	6
2.2	TYPE D'ETUDE ET RECUEIL DE DONNEES	6
2.3	INCLUSION DES PATIENTS	6
2.4	CRITERES DE JUGEMENT ET TESTS STATISTIQUES	7
3	RESULTATS	8
3.1	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE NORD DE MARSEILLE	8
3.1.1	COMPARAISON DES DEUX GROUPES D'INTERET	12
3.1.2	DONNEES DEMOGRAPHIQUES, ANTECEDENTS ET GRAVITE	12
3.1.3	DUREE DE SEJOUR AUX URGENCES	12
3.1.4	DUREE MOYENNE DE SEJOUR ET MORTALITE INTRA-HOSPITALIERE	12
3.1.5	ANALYSES MULTIVARIEES	12
3.2	CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON	14
3.2.1	COMPARAISON DES DEUX GROUPES D'INTERET	18
3.2.2	DONNEES DEMOGRAPHIQUES, ANTECEDENTS ET GRAVITE	18
3.2.3	DUREE DE SEJOUR AUX URGENCES	18
3.2.4	DUREE MOYENNE DE SEJOUR ET MORTALITE INTRA-HOSPITALIERE	18
3.2.5	ANALYSES MULTIVARIEES	18
4	DISCUSSION	20
4.1	LIMITES DE L'ETUDE	20
4.2	DUREE DE SEJOUR	20
4.3	MORTALITE	22
4.4	DUREE DE SEJOUR AUX URGENCES	22
4.5	COMPARAISON DE DEUX MODALITES DE GESTION DE LA CARENCE DE LITS	23
5	CONCLUSION	24
6	BIBLIOGRAPHIE	25
7	ABREVIATIONS	28
8	SERMENT D'HIPPOCRATE	29

1 Introduction

L'essor que connaît la médecine d'urgence moderne répond à une fréquentation toujours plus importante des services d'urgences (SU) en France et à travers le monde.

Pour la France métropolitaine, hors service de santé des Armées, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions en 1996. Il a ensuite augmenté de 3,3 % par an en moyenne et atteint 21,2 millions de passages en 2019 (Graphique 1). Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 18 % des unités d'urgences reçoivent moins de 15 000 passages par an et 57 %, moins de 30 000. À l'opposé, 26 % des structures enregistrent 40 000 passages ou plus par an et traitent 48 % de l'ensemble des passages (1).



Graphique 1 - Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 (DREES > Les établissements de santé 2021)

L'état de surcharge est à l'heure actuelle la réalité de la plupart des SU (2). La littérature a mis en évidence que cette surcharge est source de diminution de la qualité des soins (3), mais également d'augmentation de la morbi-mortalité (4). A cela, s'associe également une augmentation des consultations multiples (5) qui, même si elles ne représentent pas les prises en charge les plus chronophages, sont une charge de travail supplémentaire évitable (6).

Nous savons que le surpeuplement des SU ralentit la prise en charge des patients qui vont être hospitalisés, mais également de ceux qui sont renvoyés à leur domicile après examens pour qui la durée de séjour aux urgences s'allonge en cas de forte affluence (7).

Cette situation n'est pas sans conséquences psychologiques pour les soignants de ces services pour lesquels la prévalence de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation est élevée (8).

Dans le but de répondre à cette problématique de surconsommation des urgences, la recherche internationale s'est attachée à élaborer des modèles visant à comprendre les raisons du surpeuplement, à le mesurer et proposer des solutions pour y remédier. En 2003 Asplin et al proposent une conceptualisation de la surcharge du SU et la décomposent en 3 compartiments : entrées/débit/sorties (9) (figure 2). La description des différentes composantes de chaque compartiment est la première étape de l'amélioration des conditions de prise en charge de nos patients.

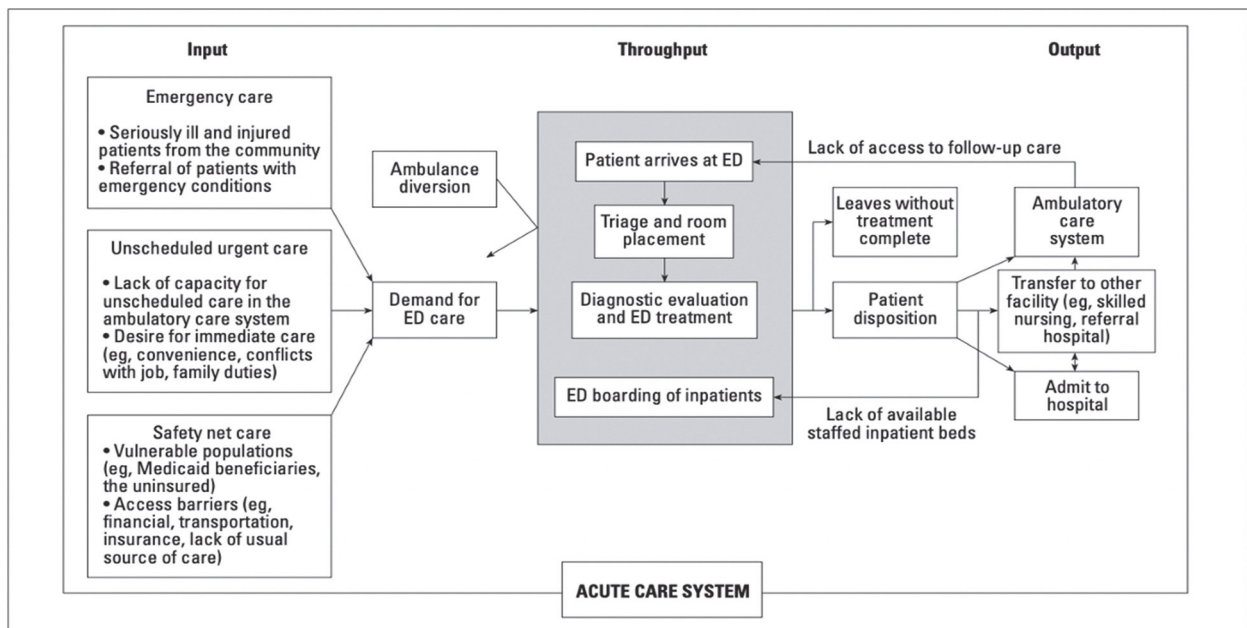


Figure 2 - Conceptualisation de la surcharge des SU avec un modèle à 3 compartiments - Source : Asplin et al, A conceptual Model of Emergency Department Crowding

L'une des causes identifiées de surcharge des SU et qui augmente la durée de séjour dans le SU est la carence de lits d'aval (10) (11)27/03/2022 18:20:0027/03/2022 18:20:00. Ce manque de lit d'aval tend à s'aggraver depuis plusieurs décennies en France (12), devenant à l'heure actuelle une véritable pénurie. En effet entre 2003 et 2019, le nombre de lits d'hospitalisation complète, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 393 000. Cette diminution du nombre de lits résulte en grande partie de la volonté de réorganiser l'offre de soins, qui se tourne de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation complète (13).

L'augmentation des durées de prise en charge en SU, en partie générée par la carence de lit d'aval et par un taux d'occupation élevé des lits d'hospitalisation complète est connue pour augmenter la mortalité ainsi que la durée de séjour hospitalière (14), créant ainsi un véritable cercle vicieux.

L'une des pratiques qui s'est développée pour pallier ce manque de lits d'aval est « l'hébergement ». Il s'agit d'un mode d'hospitalisation dégradée dans lequel le patient est hospitalisé dans un autre service jusqu'à ce que le service référent puisse l'accueillir ou bien dans certains cas jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

L'hébergement pose la problématique du maintien de la qualité des soins lorsqu'ils sont prodigués par du personnel non spécialisé (15).

Cette pratique est désormais omniprésente en France (16) (figure 3), et à travers le monde27/03/2022 18:20:00. Ainsi, depuis une dizaine d'année, la littérature internationale s'est enrichie de nombreux travaux visant à évaluer l'impact de l'hébergement sur la prise en charge et la sécurité du patient (17)(18).

Les conséquences de ce nouveau système de fonctionnement sont principalement évaluées selon la durée de séjour hospitalière et la mortalité intra-hospitalière, avec des résultats hétérogènes selon les études (19).

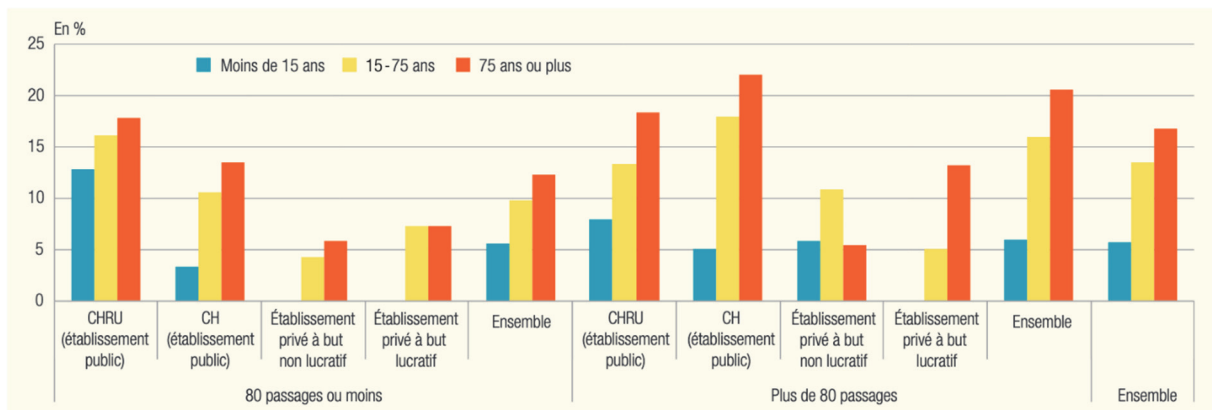


Figure 3-Proportion des patients hospitalisés dans un service non adapté à leur pathologie selon l'âge, l'affluence et le statut de l'établissement – Source : Enquête urgences juin 2013, données statistiques, DREES

Goulding et al. ont exploré les problèmes de qualité et de sécurité liés à l'hébergement depuis deux points de vue, celui du personnel soignant et celui du patient (18) (20).

Les professionnels de santé s'inquiétaient principalement de l'augmentation de la charge de travail, de la mauvaise communication entre les deux services, d'un manque d'expérience du personnel du service accueillant un patient hébergé, de l'environnement du service « inadapté » à la pathologie du patient.

Les patients hébergés, s'inquiétaient eux, d'éventuels problèmes de communication, de la disponibilité du personnel médical, de l'expérience du personnel paramédical du service les accueillants.

Les modalités d'hébergement peuvent présenter des différences selon les centres hospitaliers. Concernant l'hôpital Nord de Marseille, lorsqu'un patient est hébergé à cause d'une carence de lit, la prise en charge médicale revient à l'équipe du service référent pour la pathologie que ce patient présente. Un patient atteint d'insuffisance cardiaque aiguë, hospitalisé dans un lit du service de dermatologie, reste à la charge de l'équipe de cardiologie.

Malgré une contrainte réelle d'éloignement physique du lit du patient, l'équipe médicale du service référent doit donc remplir les différentes tâches habituelles : cliniques, paracliniques, administratives.

En revanche dès que la situation le permet le patient est transféré dans son service référent.

L'hébergement peut se faire en service de médecine ou chirurgie pour les patients qui sont hospitalisés pour motif médical.

Les conditions d'hébergements de l'hôpital Nord ont été clairement définis à travers la charte d'organisation de la gestion des lits, adoptée par vote de la commission médicale d'établissement en 2014.

Cette charte établit, en fonction du diagnostic, une hiérarchie entre :

- Le service référent, c'est-à-dire la spécialité dont relève le patient et où il doit être hospitalisé.
- Le (ou les) service compétent, qui dispose des compétences médicales et paramédicales. Ce service devient prioritaire dans une situation de carence de lit en service référent.
- Le (ou les) service d'hébergement, qui ne dispose pas des compétences médicales et paramédicales pour prendre en charge le patient. Ce dernier est alors considéré comme hébergé lorsqu'il est hospitalisé dans le service.

Le SU du CHU Nord a reçu 57291 visites en 2019 soit en moyenne 157 visites par jour (figure 4), 14786 visites se sont soldées par une hospitalisation soit un ratio de 25,8%.

La capacité d'accueil en hospitalisation complète en médecine chirurgie et obstétrique (MCO) n'a quasiment pas évolué entre 2009 et 2019, elle est passée de 671 à 666 lits. La capacité d'accueil en MCO de l'ensemble des établissements de l'AP-HM a diminué de 2511 lits à 2285 sur la même période.

Comparativement, les conditions d'hébergements du Centre Hospitalier d'Avignon (CHA) sont différentes. En effet, la gestion de la carence de lits au CHA ne fait, elle, pas l'objet d'une charte adoptée par les différents acteurs médicaux de l'établissement.

Dans le cas d'une carence de lit en service référent, le patient est hospitalisé dans l'un des services de l'hôpital que l'urgentiste et le spécialiste jugent comme étant le plus compétent pour prendre en charge le patient.

Dans cette situation, la prise en charge du patient revient à l'équipe médicale et paramédicale du service dans lequel il se trouve physiquement. Il n'existe donc pas d'hébergement au sens strict. L'équipe médicale référente peut être contactée pour avis, ou le cas échéant, récupérer le patient dans son service pour poursuivre la prise en charge si les problématiques sont trop spécifiques.

Il est donc communément admis qu'il ne peut y avoir d'hospitalisation en service de chirurgie pour un motif médical et inversement.

Le SU du CHA a accueilli 68889 patients au cours de l'année 2019 représentant une moyenne de 188 visites par jour (figure 4) ; 12908 ont été hospitalisés soit un ratio de 18,7%.

Au Centre Hospitalier d'Avignon, la capacité d'accueil en Médecine, chirurgie et obstétrique est restée stable de 2009 à 2019 avec 634 lits.

Selon la plupart des études(19), l'hébergement aurait tendance à augmenter la DMS et la mortalité intra-hospitalière. Nous avons trouvé intéressant d'en évaluer l'impact dans un centre hospitalier universitaire (CHU) et un centre hospitalier régional (CHR).

C'est donc dans l'idée d'améliorer nos pratiques que nous avons construit cette étude, qui s'attache à comparer deux modes de gestion de la carence de lits différents dans deux centres hospitaliers de la région PACA, le CHU Nord de Marseille et le CH d'Avignon.

Notre objectif principal est de comparer, pour des patients hospitalisés pour étiologie médicale depuis un service d'urgence, la durée moyenne de séjour hospitalier (DMS) entre ceux qui sont d'emblée hospitalisés dans le service référent pour leur pathologie (non hébergés), et ceux hébergés dans un autre service par manque de lit.

Les analyses ont été faites pour chaque centre hospitalier indépendamment du second, afin de discuter des résultats entre les deux modalités d'hébergement.

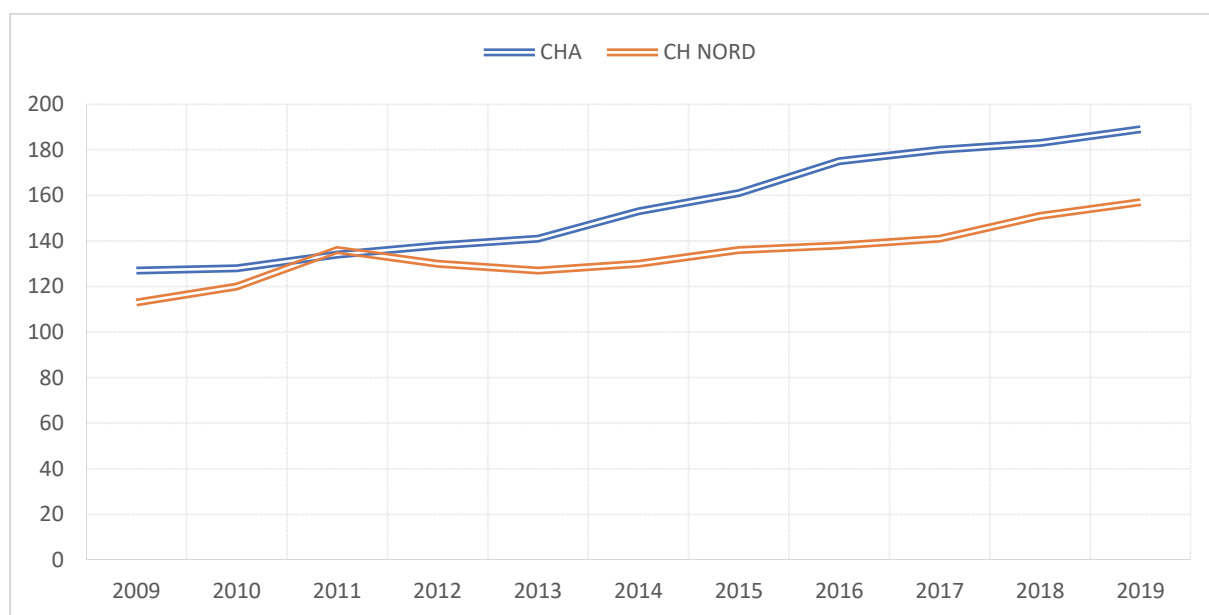


Figure 4 - Moyenne journalière du nombre de passages dans les SU du CHA et du CHU Nord

2 Matériel et méthode

2.1 Objectif de l'étude

Notre objectif principal était de comparer la DMS entre les patients hébergés et les patients non hébergés, c'est-à-dire hospitalisés d'emblée dans le service référent pour la pathologie qu'ils présentaient à l'admission.

Notre objectif secondaire était de comparer la mortalité intra-hospitalière entre les deux groupes.

Les analyses ont été réalisées sur la cohorte de patients du CHU Nord de Marseille et sur celle du CH d'Avignon de façon indépendante. L'objectif, in fine était de pouvoir discuter des résultats observés pour ces deux modalités différentes d'hébergement.

2.2 Type d'étude et recueil de données

Il s'agit d'une étude bi centrique, observationnelle, rétrospective.

Les analyses univariées et multivariées ont été réalisées indépendamment pour chaque centre hospitalier.

L'étude porte sur les admissions ayant eu lieu entre le 01/11/2019 et le 31/12/2019 dans les services d'urgences du CHU Nord de Marseille et du CHA, dans lesquels on dénombrait respectivement 57291 et 68 889 passages en 2019.

Les données ont été recueillies à partir des applications Terminales Urgences[®] (TU) pour les données démographiques (âge, sexe), cliniques (libellé de gravité selon la CIMU), les horaires (date et heure d'entrée et de sortie du SU), administratives (destination souhaitée et destination confirmée et statut d'hébergé ou non).

Le DPI (Axigate[®] au CHU Nord et Trackcare[®] au CHA) nous a permis d'obtenir des données cliniques (antécédents, décès intra-hospitaliers), et la durée de séjour intra-hospitalière définie par la différence entre la date et l'heure de sortie et d'entrée de la structure hospitalière.

Toutes les données collectées sont restées confidentielles et uniquement utilisées à des fins de recherches.

2.3 Inclusion des patients

Ont été inclus dans l'étude tous les patients admis aux urgences adultes sur la période allant du 01/11/2019 au 31/12/2019.

Les patients exclus de l'étude étaient ceux dont la sortie du service d'urgence se faisait vers le domicile, ou une autre structure hospitalière. Ont également été exclus les patients décédés au sein du SU.

Parmi les patients hospitalisés au sein de l'établissements, ont été exclus les patients hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), en psychiatrie, en unité hospitalière sécurisée, aux soins intensifs (cardiologiques, neuro-vasculaires), en réanimation ainsi que les patients dont la destination souhaitée était un service de chirurgie (y compris de gynécologie-obstétrique).

Les patients restants étaient des patients hospitalisés au sein du centre hospitalier, et dont la destination souhaitée était un service de médecine. Ils étaient alors assignés au groupe « hébergés » si la destination confirmée était différente de la destination souhaitée, ou bien au groupe « service référent » dans le cas où la destination confirmée était identique à la destination souhaitée.

Un certain nombre de dossiers n'ont pas pu être examinés du fait d'un manque de données trop important.

Pour le CH d'Avignon les services dans lesquels étaient hospitalisés les patients étaient la cardiologie, l'endocrinologie, la dermatologie, la rhumatologie, le SMIIAP (médecine interne, polyvalente et infectieuse), la neurologie, la gastro-entérologie, la gériatrie, la néphrologie, la pneumologie et l'oncohématologie.

Concernant le CHU Nord de Marseille les services dans lesquels étaient hospitalisés les patients étaient la cardiologie, l'endocrinologie, la dermatologie, les services d'oncologie pneumologique et générale, la pneumologie, la gériatrie, la médecine interne, la gastro-entérologie, le service de maladies rares pneumologiques, ainsi que les services de chirurgie vasculaire, viscérale, thoracique, orthopédique, urologique, et de neurochirurgie du fait de la possibilité d'hébergement en chirurgie.

2.4 Critères de jugement et tests statistiques

Le critère de jugement principal était la durée de séjour hospitalière (en jours), définie comme la différence entre la sortie définitive de l'hôpital et la sortie du service des urgences.

Le critère de jugement secondaire était la mortalité intra-hospitalière.

Le test de Mann-Whitney et le test exact de Fischer ont été utilisés pour comparer les différences des variables mesurées entre les deux groupes. Nous avons pondéré les critères de jugement (Durée de séjour intra-hospitalier, mortalité intra-hospitalière) aux variables mesurées dans les deux groupes. L'analyse par score de propension est une méthode bien documentée, utilisée dans les études observationnelles quand les investigateurs n'ont pas de contrôle sur l'assignation d'un traitement, dans le but de réduire les biais et d'équilibrer les covariables. Le score de propension était défini comme la probabilité conditionnelle que chaque patient soit hébergé ou non hébergé, en fonction des caractéristiques propres mesurées. Le score de propension a été obtenu à partir d'un modèle de régression logistique sur les données :

- Démographie (Age, sexe)
- Médicale (Libellé de gravité et antécédents)
- Temporelle (durée de séjour aux urgences)

Cette application du score de propension nous a permis d'apparier les patients dont les caractéristiques étaient identiques afin de comparer les critères de jugement. Nous considérons une valeur de p significative si inférieure à 0,05.

Nous avons réalisé les analyses en utilisant les logiciels : python 3.9.2, numpy 1.21.2 pandas 1.2.3 scipy 1.6.2 sklearn 1.0.2 lifelines 0.26.4 imblearn 0.9.0.

3 Résultats

3.1 Centre hospitalier universitaire Nord de Marseille

Du 01/11/2019 au 31/12/2019, 9354 patients ont été admis au service des urgences du CHU Nord. Au total, 2058 patients ont été hospitalisés à l'issue de leur prise en charge au SU soit un ratio d'hospitalisation de 22%.

L'application des critères d'exclusion nous a permis de constituer une cohorte de 569 patients hospitalisés pour motifs médicaux au sein de l'établissement et dont les caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1.

On dénombreait 233 (40,9 %) patients hébergés pour 336 (59,1%) patients hospitalisés d'emblée dans le service référent (figure 3).

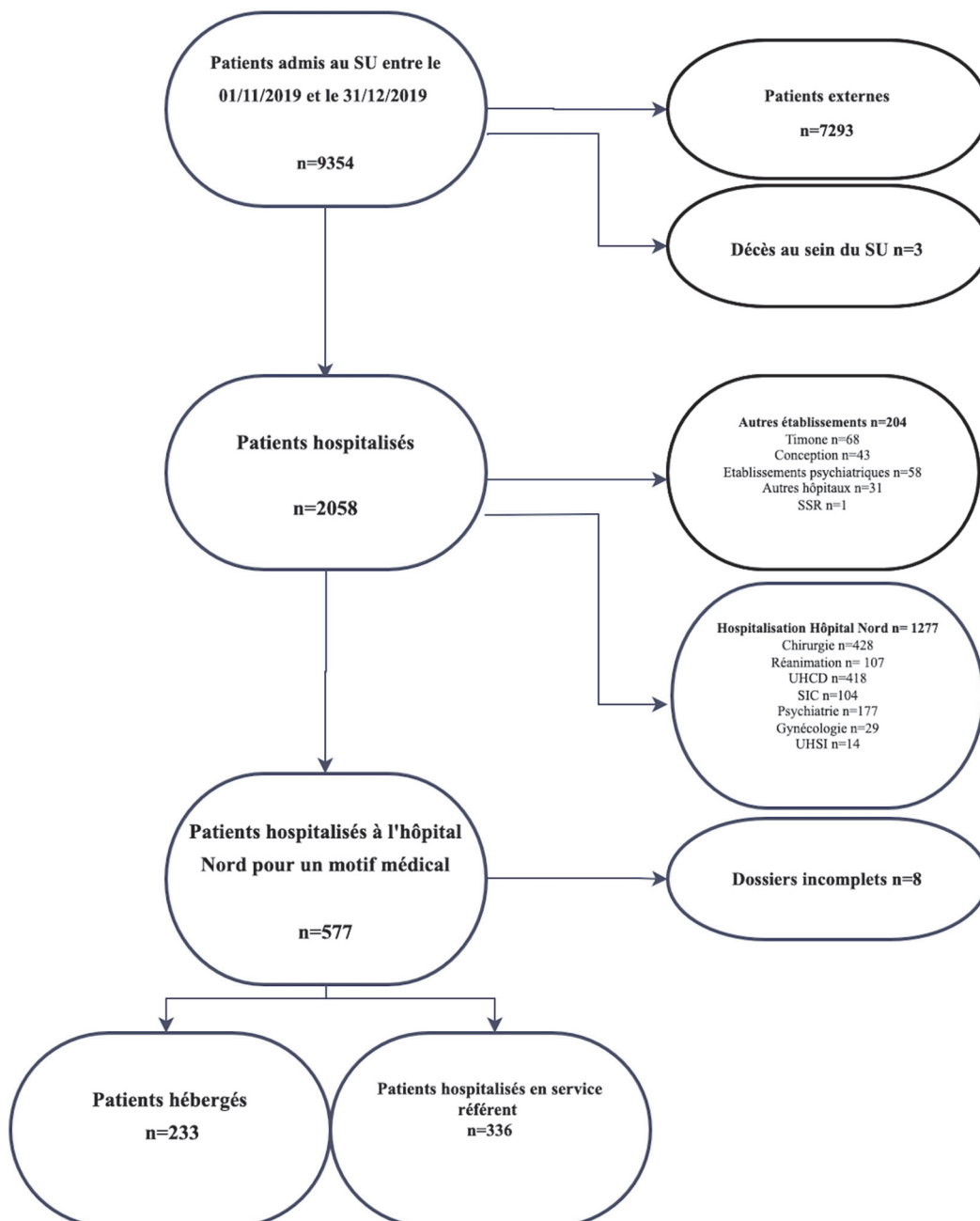


Figure 5 - Diagramme de flux pour les patients hospitalisés au CHU Nord

La spécialité ayant le plus de patients attribués sur la période (hébergés et patients en service référent confondus) était la médecine interne avec 126 patients (22,1% des hospitalisations), suivi par la gastro-entérologie avec 99 patients (17%) et la gériatrie avec 94 patients (16,5%). Les spécialités ayant le plus petit nombre de patients était la pneumologie-maladies respiratoires rares avec 11 patients (1,9%) et la dermatologie avec 18 patients (3,2%).

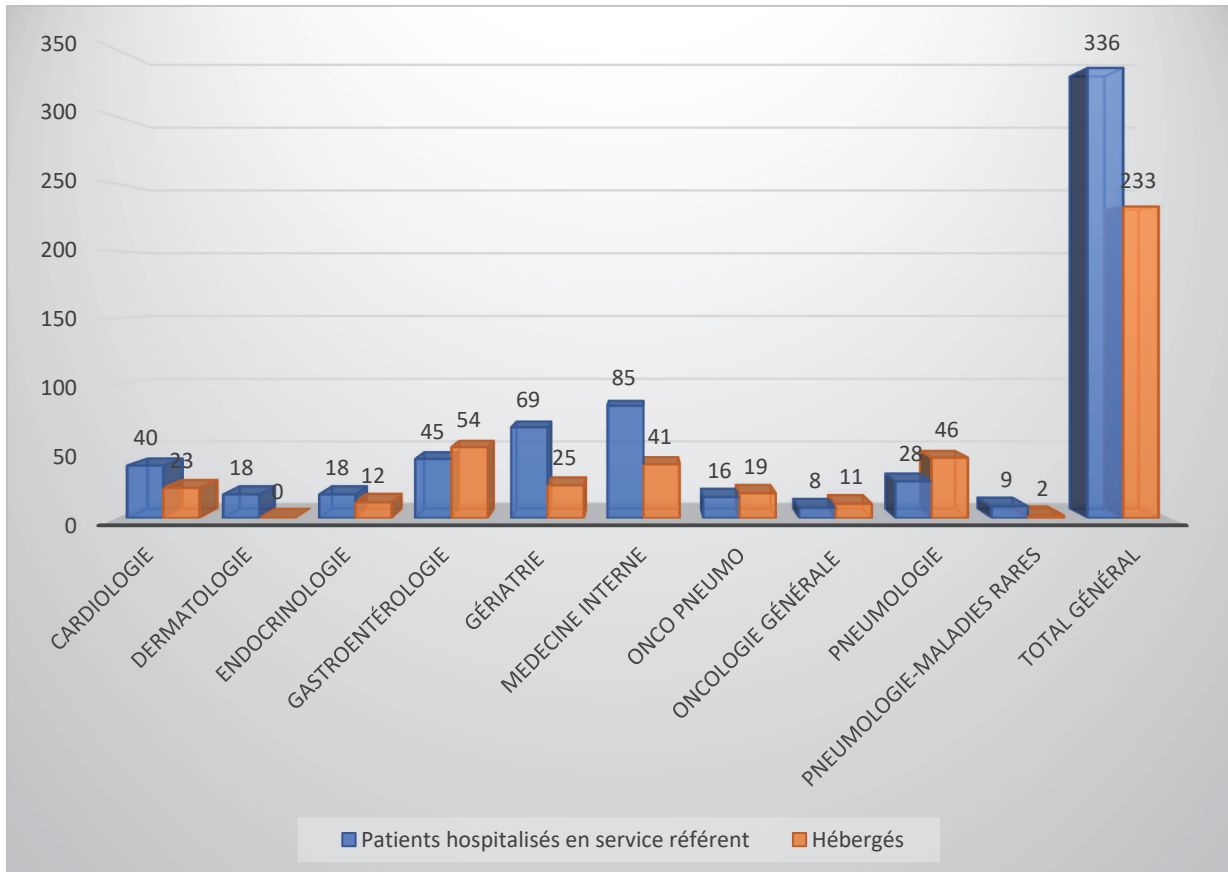


Figure 6 - Répartition des hébergements et des hospitalisations en service référent en fonction des spécialités - Hôpital Nord

La proportion de patients hébergés était très variable selon les spécialités.

La spécialité ayant la plus faible proportion d'hébergé est la dermatologie avec aucun hébergement pour 18 hospitalisations au total.

La spécialité ayant la plus importante proportion d'hébergés par rapport au nombre total d'hospitalisations était la pneumologie avec 74 hospitalisations au total dont 46 (60,5%) hébergés

Les services de chirurgie viscérale, urologique, vasculaire, thoracique et de neurochirurgie accueillait 48,9% des hébergés soit 114 sur un total de 233 (figure 6).

Le service accueillant le plus d'hébergés était le service de chirurgie viscérale avec 51 patients soit 21,9% des patients hébergés, suivi par la dermatologie avec 29 patients soit 12,4% des hébergés.

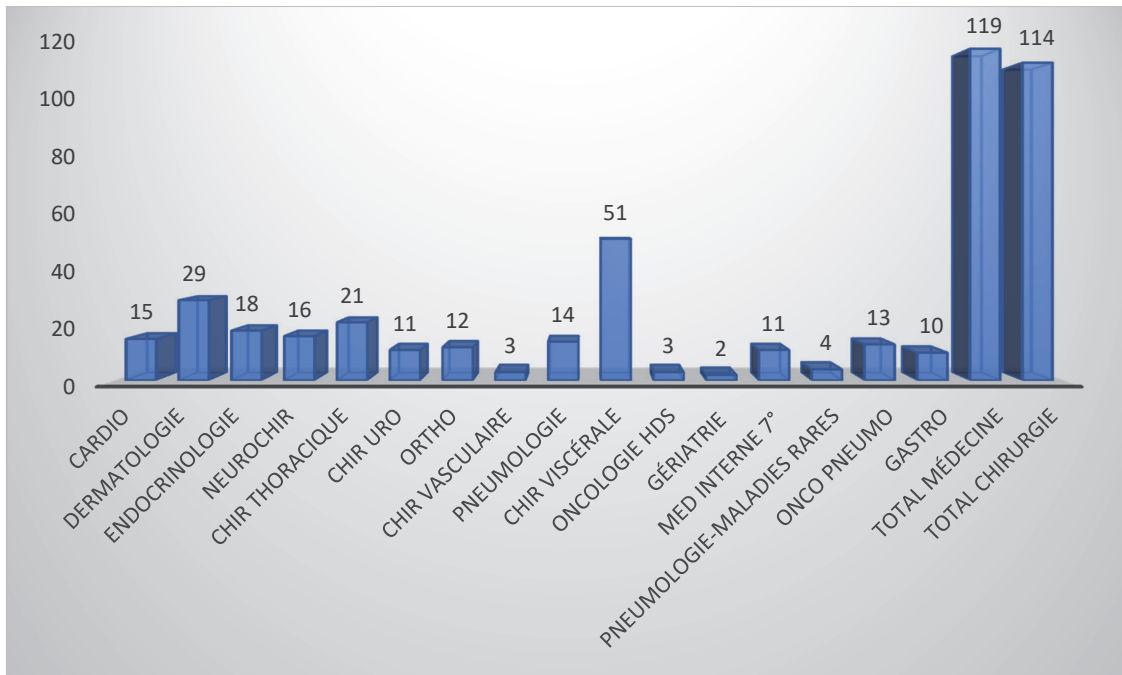


Figure 7 - Répartition de l'accueil des patients hébergés dans les différents services

Parmi les hébergés, 23% étaient des patients de gastro-entérologie, 20% étaient des patients de pneumologie, 17 % de médecine interne. La répartition des spécialités pour les patients hébergés est détaillée dans la figure 8.

Parmi les patients non hébergés, c'est la médecine interne et la gériatrie qui présentent la plus grande proportion de patients avec 25% et 21% des patients respectivement. La répartition des spécialités pour les patients non hébergés est détaillée dans la figure 9.

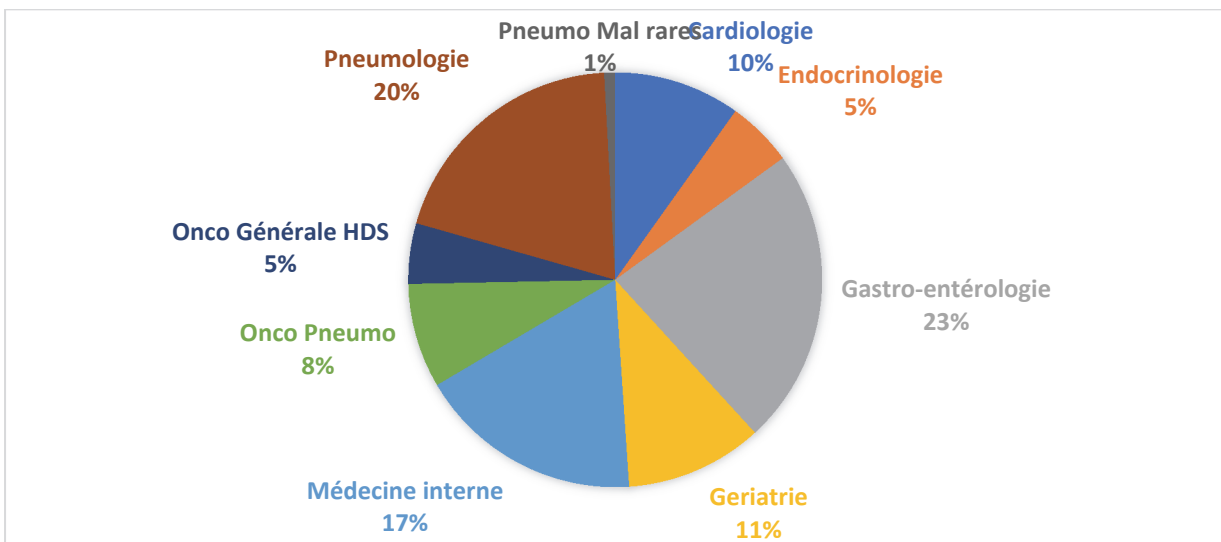


Figure 8 – Proportion de chaque spécialité parmi les patients hébergés

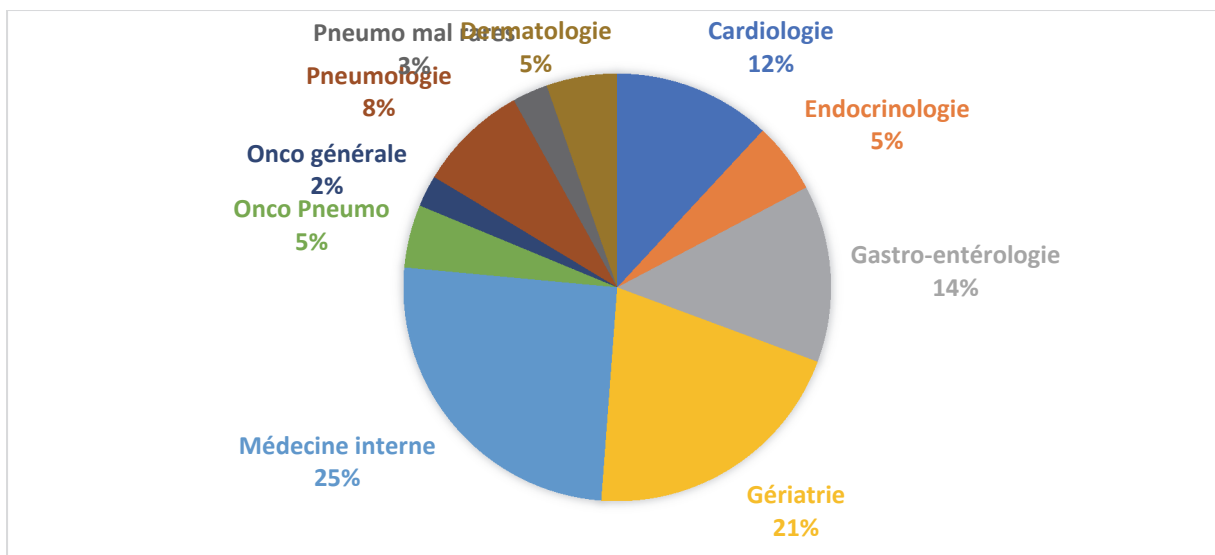


Figure 9 – Proportion de chaque spécialité parmi les patients non hébergés

Tableau 1 - Caractéristiques des patients hospitalisés depuis le SU du CHU Nord

Variables	n=569
Sexe masculin	278 (48,9)
Âge	69,2
Antécédents*	
Sans Antécédents	86 (15,1)
Troubles cognitifs	57 (10,0)
HTA	288 (50,6)
Diabète	162 (28,5)
Tabagisme	162 (28,5)
Alcoolisme chronique	183 (32,2)
Coronaropathie	100 (17,6)
Trouble du rythme supra-ventriculaire	108 (18,9)
Néoplasie	123 (21,6)
Insuffisance rénale chronique	51 (9,0)
Insuffisance cardiaque chronique	61 (10,7)
Libellé de gravité de la CIMU	
Libellé gravité 1	15(2,6)
Libellé gravité 2	66(11,6)
Libellé gravité 3	302(53,1)
Libellé gravité 4	147(25,8)
Libellé gravité 5	39(6,9)
Durée de prise en charge aux urgences (heures)	8,2
Décès intra-hospitaliers	36
Durée de séjour hospitalier (jours)	9,7

HTA : hypertension artérielle ; CIMU : classification infirmière des malades aux urgences. Les valeurs sont exprimées en moyennes pour les variables quantitatives et en effectif et en pourcentage pour les variables qualitatives. *Parmis les catégories retenues pour l'étude.

3.1.1 Comparaison des deux groupes d'intérêt

Les données comparatives des groupes hébergés et non hébergés sont résumées dans le tableau 2.

3.1.2 Données démographiques, antécédents et gravité

Les patients hébergés étaient plus jeunes que les patients non hébergés (moyenne d'âge de 60,7 ans Vs 70,5 ans ; $p < 0,05$). Les deux groupes présentaient également des différences sur le plan des antécédents avec plus de patients porteurs de troubles cognitifs dans le groupe des non hébergés : 41 (12,2%) Vs 16 (6,9%) ; ($p < 0,05$) ; et également plus de patients porteurs d'HTA : 177 (52,7%) Vs 111 (47,6%) ; ($p < 0,05$).

3.1.3 Durée de séjour aux urgences

La durée moyenne de séjour aux urgences était similaire dans les deux groupes (8,2 heures).

3.1.4 Durée Moyenne de Séjour et mortalité intra-hospitalière

La DMS brut était plus courte dans le groupe des hébergés (8,4 jours Vs 10,6 jours ; $p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence sur le taux brut de mortalité entre les deux groupes.

On dénombrait 36 décès sur la période ce qui représente environ 6% des hospitalisations. Environ 30% des décès concernaient des patients hospitalisés pour la spécialité gériatrie. Les patients de gastro-entérologie et de médecine interne représentaient respectivement 19% et 14% des décès. 16 décès (44,4%) sont survenus dans le groupe hébergés contre 20 (55,6%) dans le groupe non hébergés.

Parmi les 16 décès dans le groupe hébergés, 7 sont survenus pour des patients hébergés en services de chirurgie et 9 pour des patients hébergés en services de médecine.

Il n'y avait pas de différence sur le taux brut de mortalité entre les deux groupes hébergés Vs non hébergés.

3.1.5 Analyses multivariées

Nous avons comparé les deux groupes après application du score de propension et appariement. Les deux populations étaient donc similaires sur les différents critères de préexposition étudiés (Age, sexe, niveau de triage, antécédents et durée d'attente au SU).

Après appariement, la DMS était plus faible dans le groupe hébergés (8,5 jours pour les hébergés Vs 10,6 jours pour les non hébergés ; $p < 0,05$).

On ne mettait pas en évidence de différence significative sur la mortalité entre les deux groupes : 16 (hébergés) Vs 15 (Non hébergés).

Tableau 2 – Comparaison des patients hospitalisés depuis le SU entre ceux hébergés et ceux en service référent (CHU Nord)

Variables	Hébergés n = 233	Service référent n = 336	Valeur de p
Sexe masculin	116 (49,8)	162 (48,2)	Ns
Age	67,3	70,5	p<0,05
Antécédents			
Sans antécédents*	38 (16,3)	49 (14,6)	Ns
Troubles cognitifs	16 (6,9)	41 (12,2)	p<0,05
HTA	111 (47,6)	177 (52,7)	p<0,05
Diabète	67 (28,8)	95 (28,3)	Ns
Tabagisme	78 (33,5)	105 (31,3)	Ns
Alcoolisme chronique	21 (9,0)	27 (8,0)	Ns
Coronaropathie	45 (19,3)	55 (16,4)	Ns
Trouble du rythme supra-ventriculaire	38 (16,3)	70 (20,8)	Ns
Néoplasie	54 (23,2)	69 (20,5)	Ns
Insuffisance rénale chronique	21 (9,0)	30 (8,9)	Ns
Insuffisance cardiaque chronique	27 (11,6)	34 (10,1)	Ns
Libellé de gravité selon la CIMU			
Libellé gravité 1	8 (3,4)	7 (2,1)	Ns
Libellé gravité 2	30 (12,9)	36 (10,7)	Ns
Libellé gravité 3	121 (51,9)	181 (53,9)	Ns
Libellé gravité 4	60 (25,8)	87 (25,9)	Ns
Libellé gravité 5	14 (6,0)	25 (7,4)	Ns
Durée de prise en charge aux urgences (heures)	8,2	8,2	Ns
Décès intra-hospitalier	16 (6,9)	20 (5,6)	Ns
Durée de séjour hospitalier (jours)	8,4	10,6	p<0,05

Ns : non significatif, SU : service d'urgence, CIMU : classification infirmière des malades aux urgences
 Les variables sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) pour les variables qualitatives et moyenne pour les variables quantitatives
 *Parmi ceux retenus pour l'étude

Tableau 3 - Comparaison des patients hospitalisés depuis le SU entre ceux hébergés et ceux en service référent après appariement (CHU Nord)

Variables	Hébergés N=230	Service référent n=230	Valeur de p
Décès intra-hospitaliers	16	15	Ns
Durée de séjour intra-hospitalier (jours)	8,5	10,6	p < 0,001

Ns : non significatif, SU : service d'urgence, CIMU : classification infirmière des malades aux urgences
 Les variables sont exprimées en valeurs absolues pour les variables qualitatives et en moyennes pour les variables quantitatives

3.2 Centre hospitalier d'Avignon

Du 01/11/2019 au 31/12/2019, 10682 passages ont été enregistrés au service des urgences du CHA, dont 2161 ayant abouti à une hospitalisation soit 20,2%.

L'application des critères d'exclusion nous a permis de constituer une cohorte de 815 patients hospitalisés pour motifs médicaux au sein de l'établissement (figure 8).

On dénombrait 127 (15,6%) patients hébergés pour 688 (84,4%) patients hospitalisés d'emblée dans le service référent (Tableau 4).

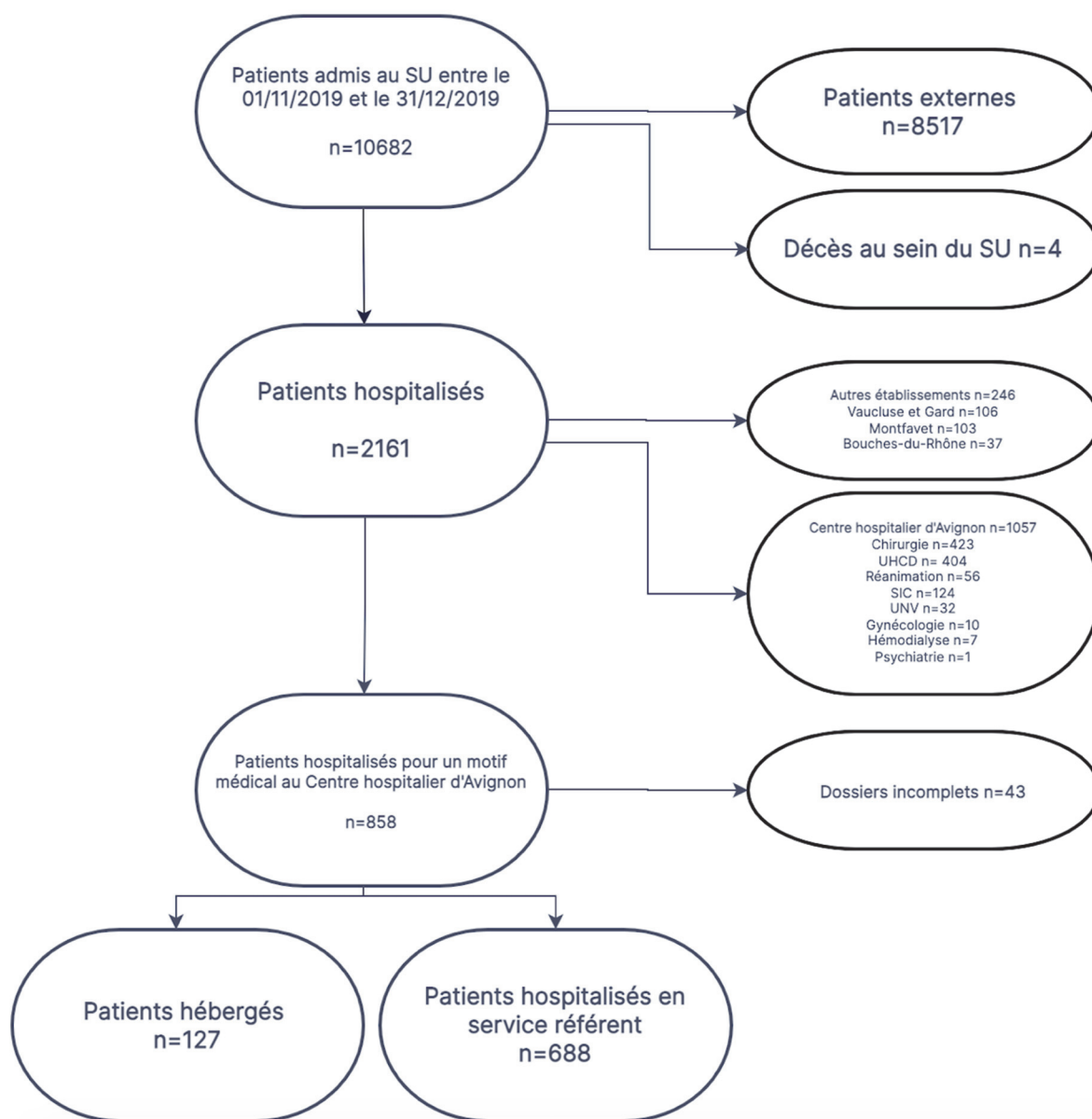


Figure 10 - Diagramme de flux pour le CHA ; SU = Service d'Urgences,, UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée, SIC : soins intensifs cardiologiques, UNV : Unité Neuro-Vasculaire.

On dénombrait 127 (15,6%) patients hébergés pour 688 (84,4%) patients hospitalisés d'emblée dans le service référent (figure 9).

La spécialité ayant le plus de patients attribués sur la période (hébergés et patients en service référent confondus) était la médecine interne-infectieuse et polyvalente 230 (28,2% des

hospitalisations), suivi par la gériatrie avec 137 patients (16,8%) et la gastro-entérologie avec 99 patients (12,1%). La spécialité ayant le plus petit nombre de patients était l'endocrinologie avec 12 patients (1,5%).

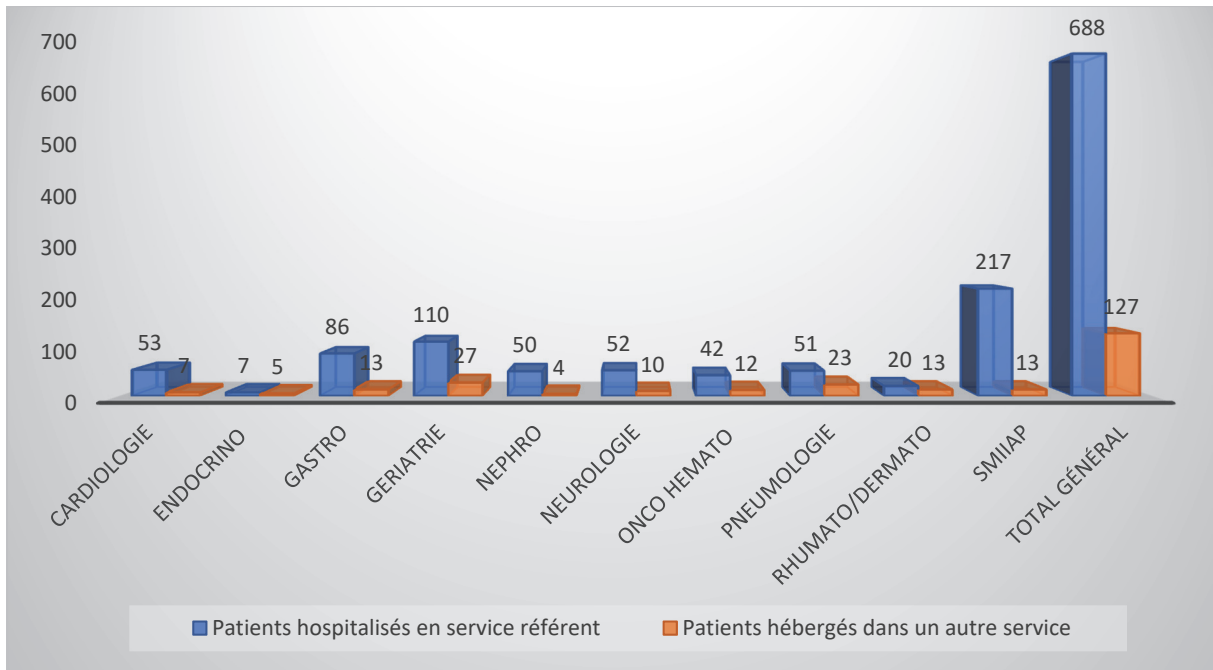


Figure 11 - Répartition des hébergements et des hospitalisations en services référents selon la destination souhaitée

Les spécialités ayant la plus importante proportion d'hébergés par rapport au nombre total d'hospitalisations étaient l'endocrinologie, la rhumatologie/dermatologie et la pneumologie, ayant respectivement 41,7%, 39,4% et 31,1% de leurs patients hébergés dans un autre service. Les spécialités ayant les plus faibles proportions d'hébergés étaient le SMIAP (5,7%), la néphrologie (7,4%), la cardiologie (11,6%), la gastroentérologie (13%) et la gériatrie (19,7%).

Les services accueillant des patients hébergés pour motif médicaux étaient uniquement des services de spécialités médicales. Le service accueillant le plus d'hébergés était le SMIAP avec 51 patients soit 28,7% des patients hébergés.

La répartition des spécialités était différente entre les groupes hébergés et non hébergés. Elle est détaillée dans les figures 13 et 14.

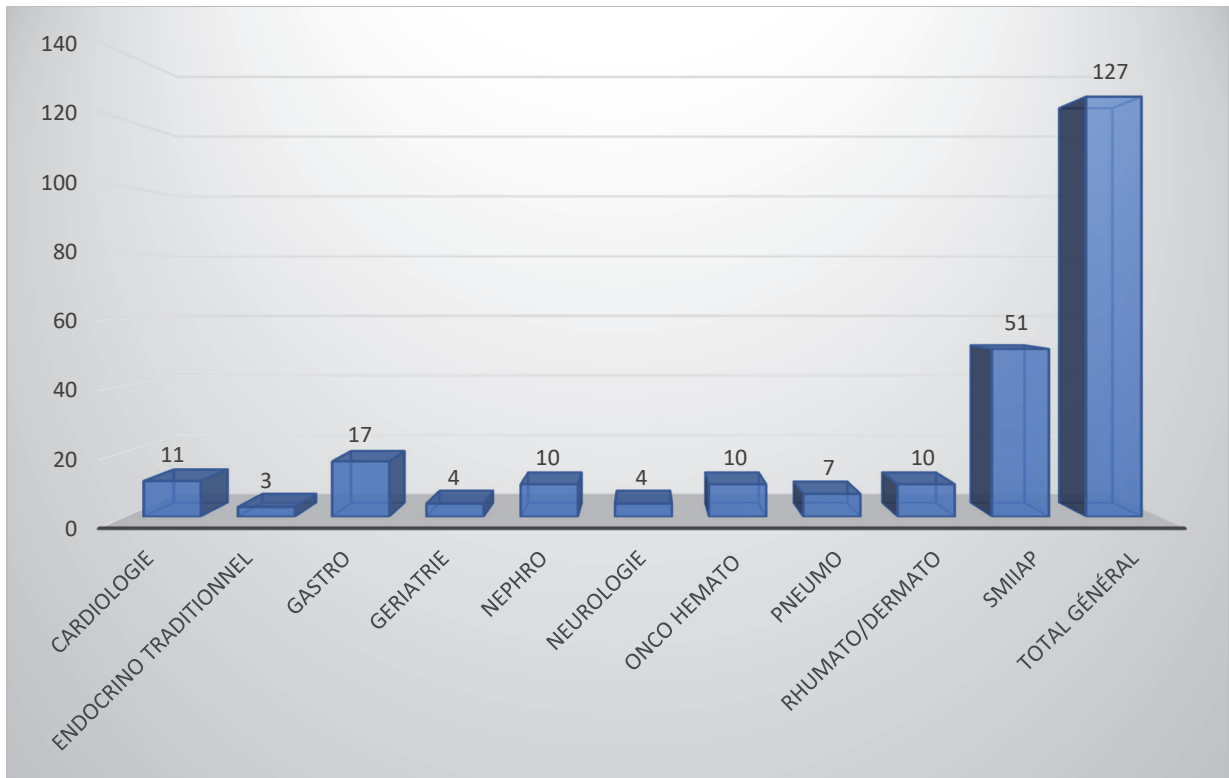


Figure 12 - Répartition des patients hébergés dans les différents services d'accueil

La moyenne d'âge de l'effectif total était de 73 ans, la durée moyenne de séjour aux urgences sur la période pour ces patients hospitalisés était de 8,9 heures sur la période, la durée moyenne de séjour hospitalière était de 10 jours.

On dénombrait 71 décès sur la période ce qui représente environ 8,7% des hospitalisations.

Les autres caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau 4.

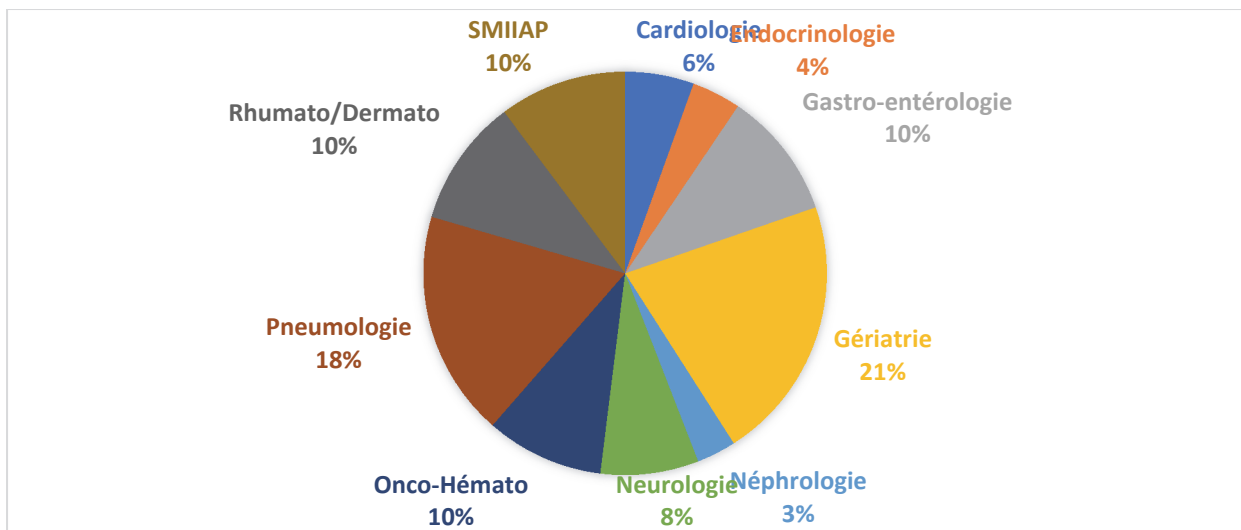


Figure 13 – Proportion de chaque spécialité parmi les patients hébergés

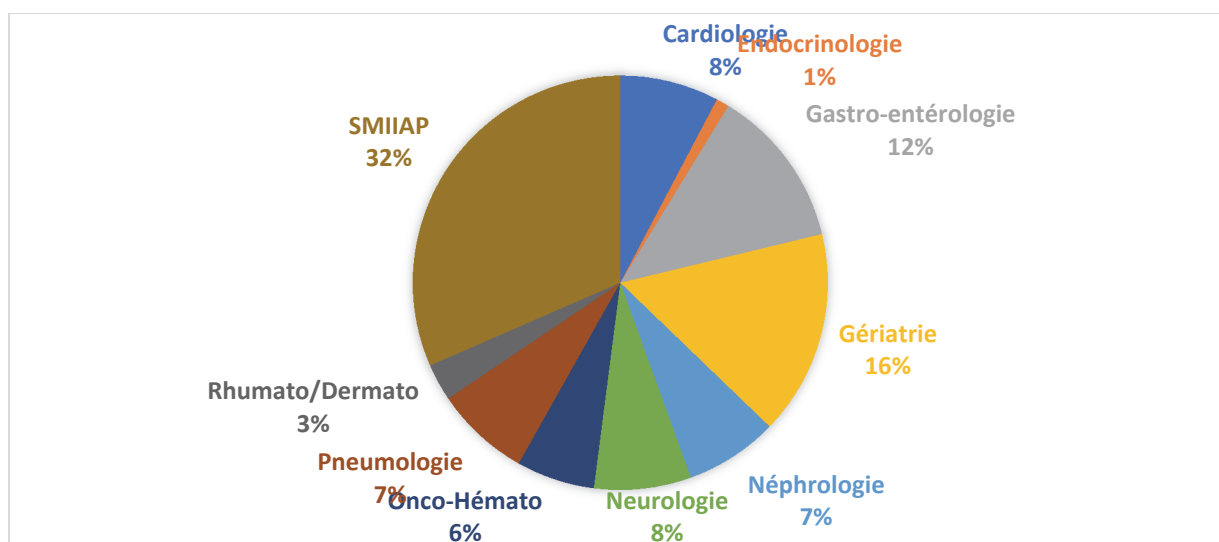


Figure 14 – Proportion de chaque spécialité parmi les patients non hébergés

Tableau 4 - Caractéristiques des patients hospitalisés depuis le SU du CHA

Variables	n=815
Sexe masculin	386 (47,5)
Âge	73,0
Sans antécédents*	133 (16,3)
Troubles cognitifs	99 (12,1)
HTA	425 (52,1)
Diabète	189 (23,2)
Tabagisme	165 (20,2)
Intoxication OH chronique	51 (6,3)
Coronaropathie	107 (13,1)
Trouble du rythme supra-ventriculaire	141 (17,3)
Néoplasie	186 (22,8)
Insuffisance rénale chronique	82 (10,0)
Insuffisance cardiaque chronique	128 (15,7)
Libellé de gravité selon la CIMU	
Libellé gravité 1	9 (1,1)
Libellé gravité 2	100 (12,3)
Libellé gravité 3	415 (50,9)
Libellé gravité 4	194 (23,8)
Libellé gravité 5	97 (11,9)
Durée de prise en charge aux urgences (heures)	8,9
Décès intra-hospitalier	71 (8,7)
Durée de séjour intra hospitalière (jours)	10,0

SU : service d'urgences ; CIMU : classification infirmière des malades aux urgences. Les variables sont exprimées en moyennes pour les variables quantitatives et en effectif (pourcentage) pour les variables qualitatives.

*Parmi les catégories retenues pour l'étud

3.2.1 Comparaison des deux groupes d'intérêt

Les données comparatives des deux groupes hébergés Vs non hébergés sont résumées dans le tableau 5.

3.2.2 Données démographiques, antécédents et gravité

Les deux groupes étaient comparables pour ce qui était du genre et de l'âge (moyenne d'âge 74 ans pour le groupe hébergés Vs 72,8 ans pour le groupe non hébergés).

Les groupes étaient similaires en ce qui concerne les antécédents hormis pour la consommation chronique d'alcool, plus importante dans le groupe hébergée (11,0% Vs 5,4% ; $p < 0,05$).

La gravité à l'arrivée était similaire pour les patients des deux groupes.

3.2.3 Durée de séjour aux urgences

La durée de séjour aux urgences n'était pas significativement différente entre les deux groupes

3.2.4 Durée Moyenne de Séjour et mortalité intra-hospitalière

L'analyse brut de la DMS retrouvait une différence significative entre les deux groupes avec une durée de séjour plus longue pour le groupe hébergés (12,0 jours Vs 9,6 jours ; $p < 0,05$)

Il n'y avait en revanche pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est de la mortalité intra-hospitalière.

3.2.5 Analyses multivariées

Nous avons comparé les deux groupes après application du score de propension et appariement. Les deux populations étaient donc similaires sur les différents critères de préexposition étudiés (Age, sexe, niveau de triage, antécédents et durée d'attente au SU).

Après appariement, la DMS était plus importante dans le groupe hébergés (12 jours pour les hébergés Vs 10,1 jours pour les non hébergés ; $p < 0,05$).

On ne mettait pas en évidence de différence significative sur la mortalité entre les deux groupes : 12 (9,4%) pour les hébergés Vs 30 (7,9%) pour les non hébergés.

Tableau 5 - Comparaisons des patients hospitalisés depuis le SU entre ceux hébergés et ceux en service référent au CHA.

Variabes	Hébergés n = 127	Service référent n = 688	Valeur de p
Sexe masculin	55 (43,3)	332 (48,3)	Ns
Age	74	72,8	Ns
Antécédents			
Sans antécédents*	18 (14,2)	115 (16,7)	Ns
Troubles cognitifs	12 (9,4)	87 (12,6)	Ns
HTA	66 (52,0)	359 (52,2)	Ns
Diabète	31 (24,4)	158 (23,0)	Ns
Tabagisme	30 (23,6)	135 (19,6)	Ns
Intoxication OH chronique	14 (11,0)	37 (5,4)	p<0,05
Coronaropathie	13 (10,2)	94 (13,7)	Ns
Trouble du rythme supra-ventriculaire	20 (15,8)	121(17,6)	Ns
Néoplasie	32 (25,2)	154 (22,4)	Ns
Insuffisance rénale chronique	8 (6,3)	74 (10,8)	Ns
Insuffisance cardiaque chronique	15 (11,8)	113 (16,4)	Ns
Libellé gravité selon la CIMU			
Libellé gravité 1	2 (3,4)	7 (2,1)	Ns
Libellé gravité 2	12 (12,9)	88 (10,7)	Ns
Libellé gravité 3	67 (51,9)	348 (53,9)	Ns
Libellé gravité 4	27 (25,8)	167 (25,9)	Ns
Libellé gravité 5	19 (6,0)	78 (7,4)	Ns
Durée de prise en charge aux urgences (heures)	9,2	8,9	Ns
Décès intra-hospitalier	12 (9,4)	59 (8,6)	Ns
Durée de séjour intra hospitalière (jours)	12,0	9,6	p<0,001

Ns : non significatif, SU : service d'urgence, CIMU : classification infirmière des malades aux urgences

Les variables sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) pour les variables qualitatives et en moyenne pour les variables quantitatives

*Parmi ceux retenus pour l'étude

Tableau 6 - Comparaison des patients hospitalisés depuis le SU entre ceux hébergés et ceux en service référent (après appariement) pour le CHA

Variabes	Hébergés n=127	Service référent n=381	Valeur de p
Décès intra-hospitalier	12 (9,4)	30 (7,9)	Ns
Durée de séjour intra hospitalière	12,0	10,1	P < 0,05

Ns : non significatif, SU : service d'urgence, CIMU : classification infirmière des malades aux urgences

Les variables sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) pour les variables qualitatives et en moyenne pour les variables quantitatives

4 Discussion

4.1 Limites de l'étude

Dans l'essai contrôlé randomisé, la randomisation est généralement réalisée par stratification sur les facteurs de confusion connus. Il est possible d'obtenir des groupes comparables sur les facteurs de confusion inconnus en augmentant la taille des groupes. On obtient alors des groupes semblables, l'unique différence statistique est le traitement (groupe traité-groupe témoin).

La méthode d'appariement sur les scores de propension est l'une des méthodes d'étude rétrospective permettant de se rapprocher des conditions de l'essai contrôlé randomisé.

Le score de propension est déterminé pour chaque patient comme la probabilité de recevoir le traitement (dans notre cas l'hébergement) en fonction des facteurs de confusions connus. Les patients des deux groupes ayant un score de propension proche -donc présentant les mêmes caractéristiques hormis le traitement- sont appariés. On obtient alors deux groupes similaires sauf pour la modalité hébergement.

Le score de propension dépend donc seulement des paramètres qui ont été inclus dans le recueil de données pour chaque patient, dans notre cas l'âge, le sexe, le niveau de gravité, les antécédents, la durée de séjour aux urgences. Si le nombre de ces facteurs est trop faible il peut exister un biais de confusion. Si le nombre de ces facteurs est trop élevé, la manœuvre d'appariement peut exclure un trop grand nombre de patients.

Dans notre cas, il existe probablement de très nombreux facteurs de confusions qui n'ont pas été pris en compte. A titre d'exemple, la liste d'antécédents n'était pas exhaustive alors que certains ont probablement un impact non négligeable sur la durée de séjour du patient et sa survie (Immunodépression, pathologies chroniques respiratoires, pathologies chroniques hépatiques, état grabataire).

Par ailleurs l'un des facteurs de confusion possible est le motif d'hospitalisation, car on sait qu'il existe des variations de durée de séjour selon les spécialités.

D'autre part la méthode d'appariement écarte des individus générant un biais de sélection et diminue également la puissance de l'analyse. Il est nécessaire d'inclure d'importants effectifs de patients pour limiter cet effet.

4.2 Durée de séjour

La comparaison de la DMS est pertinente car les séjours hospitaliers plus longs peuvent être un indicateur de soins de mauvaise qualité :

- L'inefficacité des processus hospitaliers peut entraîner des retards en matière de traitement des patients ;

- A la suite d'erreurs et de soins de mauvaise qualité, les patients peuvent avoir besoin d'un traitement complémentaire ou d'un temps de récupération plus long ;

- Le séjour peut également s'allonger en raison d'une mauvaise coordination entre les différentes parties du système de santé.

Pour le CH Nord nous retrouvons une DMS brut plus faible pour le groupe hébergés. Les raisons que nous pouvons avancer pour expliquer cette différence sont :

- Un recrutement plus jeune dans le groupe hébergé (67 ans Vs 70 ans moyenne). Ceci est probablement lié au fait qu'en situation de carence de lit, on héberge plutôt les patients jeunes, présentant moins de comorbidités, et récupérant plus vite que les patients âgés.

-Une différence dans les caractéristiques de base des deux groupes en ce qui concerne les antécédents. Les deux groupes étaient comparables sauf pour l'HTA et la démence, avec des taux plus élevés dans le groupe non hébergé. La liste des antécédents n'étant pas exhaustive, il existait probablement d'autres facteurs confondants non pris en compte dans l'étude comme l'existence d'une immunodépression, d'une maladie chronique hépatique ou respiratoire, de l'état grabataire ou non.

La conclusion de l'analyse après appariement était similaire, avec une DMS de 8,5 jours pour les hébergés contre 10,6 jours pour les non hébergés ($p < 0,01$).

Nous pouvons formuler plusieurs hypothèses pour expliquer cette différence :

-La répartition des « destinations souhaitées » donc des spécialités n'était pas similaires dans les deux groupes comme on peut l'observer dans les figures 8 et 9. Il existait une plus grande proportion de patients de médecine interne et de gériatrie dans le groupe non hébergé qui sont connues pour avoir des DMS plus importantes que la gastro-entérologie et la pneumologie, majoritaires dans le groupe hébergés.

-Le fait qu'un service ait des patients hébergés, signifie par essence que ce service a un taux d'occupation élevé, rendant difficile la gestion des admissions, qu'elles soient programmées, non programmées ou bien qu'il s'agisse de « récupérer » les patients hébergés. Ainsi, il est possible que cette situation pousse le médecin à prescrire les examens complémentaires en externe pour le patient hébergé, si son état clinique le permet, afin d'écourter l'hospitalisation et diminuer la charge de son service.

Les résultats obtenus au CHU Nord sont étayés par d'autres travaux. Dans leur étude rétrospective publiée en 2013 portant sur plus de 19000 hospitalisations, Perimal-Lewis et al. mettent en évidence une durée de séjour significativement plus faible pour les hébergés que pour les non hébergés (110,7 heures 141,9 heures)(17).

Certains travaux n'ont pas permis de mettre en évidence de différence significative sur la DMS. Dans une étude rétrospective de 2015, Serafini et al ne retrouvent pas de différence de DMS entre les hébergés et les non hébergés pour les patients hospitalisés en service de médecine et de gériatrie (10 vs 9.8 jours et 13 jours pour les 2 groupes respectivement). En revanche il existait un taux de réadmission à 90 jours plus important dans le groupe hébergés, pour la gériatrie (29.9% vs 7.2%, $p < 0.0001$) et la médecine (23.7% vs 16.3%, $p = 0.01$)(21). Des résultats similaires ont été produits par une étude de cohorte rétrospective canadienne publiée en 2018 et incluant 3243 patients hospitalisés pour étiologies médicales (DMS 5.31 jours pour les hébergés vs 5.97 jours pour les non hébergés ; $p = 0.1119$) (22).

En ce qui concerne le CHA, les groupes étaient comparables dans tous les compartiments sauf pour la consommation chronique d'alcool, plus importante dans le groupe hébergés. La DMS était plus importante dans le groupe hébergés en analyse univariée, et également après ajustement aux variables confondantes (12 jours Vs 9,8 jours $p < 0,01$).

Les facteurs ayant pu biaiser les résultats obtenus en analyse multivariée sont les mêmes que pour le CHU Nord, à savoir les différences de répartitions des spécialités entre les deux groupes.

La différence de DMS retrouvée au CHA est confortée par plusieurs études. Alameda et al rapportent des conclusions similaires dans leur étude de cohorte évaluant l'impact de l'hébergement pour des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque (11,8 jours pour les hébergés Vs 9,2 jours pour les patients hospitalisés en service référent) (23).

Dans une étude de cohorte prospective menée au CHU de Nîmes en 2010, les auteurs mettent en évidence une augmentation significative de la DMS dans le groupe hébergés (Durée médiane

d'hospitalisation 8 jours Vs 7 jours ; $p < 0,05$). Ils mettent également en évidence une augmentation du taux de réadmission à 28 jours dans le groupe hébergé (26% Vs 17%) (24). Stylianou et al retrouvaient également une augmentation modérée mais significative de la durée de séjour des patients hébergés : 4.03 jours (95% IC 3.36-4.7) Vs 3.86 jours (95% IC 3.22-4.50) ; $p = 0,006$) (25).

4.3 Mortalité

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative de mortalité entre les deux groupes que ce soit au CHA ou au CHU Nord.

Dans le cas de l'hôpital Nord il est important de souligner qu'il n'existait pas d'augmentation de la mortalité pour les patients hébergés en service de chirurgie. Dans une étude rétrospective Italienne publiée en 2015, le risque de décès était presque 2 fois plus important pour les patients hébergés en chirurgie, par rapport aux patients hébergés en médecine (RR 1,8 IC 95% 1,2-2,5).

L'impact de l'hébergement sur la mortalité hospitalière a été examiné dans plusieurs études. Perimal-Lewis et al. ont constaté que le fait d'être un patient hébergé augmente le risque relatif de décès de plus de 40% avec la moitié des décès survenant dans les 48 premières heures après l'admission (17).

Bai et al. ont rapporté des résultats similaires : le risque de mortalité intra-hospitalière était trois fois plus élevé au cours de la première semaine chez les patients hébergés. Ils suggèrent plusieurs raisons possibles à cela parmi lesquelles : moins de contacts entre les patients et les médecins du service référent, une communication inadéquate entre les médecins et les membres de l'équipe soignante des équipes et des compétences et expérience moindres de l'équipe paramédicale dans le service d'accueil (22).

Santamaria et al. ont également rapporté une augmentation de la mortalité parmi les hébergés (26).

Ces données ont été réfutées par Stowell et al. dans une étude de cohorte prospective incluant 550 patients(24) et par Stylianou et al. dans une étude rétrospective incluant plus de 70 000 admissions en 3 ans d'observation (25). Ces auteurs ne constatent pas de différence de mortalité intra-hospitalière et de mortalité à 30 jours.

Alameda et al. ne mettent pas non plus en évidence de différence significative de mortalité intra-hospitalière entre les hébergés et les non hébergés, hospitalisés pour insuffisance cardiaque(23).

4.4 Durée de séjour aux urgences

Nous n'avons dans notre étude pas mis en évidence de différence significative de durée de prise en charge aux urgences entre les patients hébergés et les non hébergés (8,2 heures dans les deux groupes pour le CHU Nord ; 9,2 heures et 8,9 heures pour les hébergés et les non hébergés respectivement au CHA).

En situation de carence de lit, il semblerait donc que la pratique de l'hébergement permette de maintenir des durées de séjour aux urgences similaires pour tous les patients.

4.5 Comparaison de deux modalités de gestion de la carence de lits

Les règles d'hébergement du CHU Nord de Marseille répondent à des objectifs de standardisation de l'orientation du patient et d'optimisation de sa sécurité ainsi que celle du personnel soignant.

La désignation d'une équipe médicale référente est le point fort de cette stratégie car elle assure au patient une prise en charge spécialisée la plus adaptée d'emblée.

Ceci permet également d'héberger les patients indifféremment en service de médecine ou de chirurgie, et offrent une plus grande disponibilité de lits, limitant ainsi le risque de séjour prolongé sur un brancard. Sur la période que nous avons étudiée, les services de chirurgie ont en effet accueilli près de 49% des patients hébergés.

Au CHU Nord, l'hébergement n'allonge pas la DMS et n'occasionne pas une augmentation de la mortalité.

Ceci est probablement dû au fait que la prise en charge du patient est assurée par le spécialiste d'emblée, ceci malgré l'allongement probable du délai avant le premier contact médical lié à l'éloignement physique entre le patient et le médecin. Creamer et al. ont révélé que la « charge de temps » liée aux visites des patients hébergés était doublée du fait des temps de trajet pour se rendre au chevet du malade (27).

Cette méthode d'hospitalisation est également rendue viable par l'effectif médical plus important d'un CHU, tant par ses praticiens hospitaliers et assistants que par ses internes, permettant souvent d'en affecter un exclusivement à la prise en charge des patients hébergés.

Dans le cas du CHA, il n'existe pour l'instant pas de charte définissant clairement les règles de la gestion de la carence de lit.

L'orientation du patient se fait dans l'idéal vers la spécialité possédant les compétences les plus appropriées, généralement après concertation entre le médecin urgentiste et la ou le « bed manager » mais est par essence plus subjective.

L'impossibilité d'héberger en chirurgie un patient relevant d'une spécialité médicale, réduit considérablement la disponibilité en lits pour les patients des urgences.

L'absence de désignation d'un médecin spécialiste référent pour les patients hébergés représente un ralentissement des prises en charge surtout dans les premières heures d'hospitalisation pendant lesquelles sont programmés les examens complémentaires pertinents. Ces premières heures d'hospitalisation semblent en effet être une période sensible. Perimal Lewis et al en 2016, ont étudié l'impact de l'hébergement sur des patients porteurs de troubles cognitifs. Ils retrouvent une augmentation du risque relatif de décès pour les hébergés avec 50% des décès qui surviennent dans les 48 premières heures (17).

Sur la période de deux mois que nous avons étudiée, nous pouvons constater que l'hébergement occupe une place très importante au CHU Nord puisqu'il représente environ 40% des hospitalisations au sein de l'établissement pour motifs médicaux.

On ne peut pas affirmer que ce taux soit représentatif de la réalité car il est très certainement lié au taux d'occupation des lits, lui-même dépendant des hospitalisations programmées et des périodes d'épidémie (28). On retrouve au CHA un taux d'hébergement de 15,6% sur la même période. Cette franche différence entre les taux d'hébergement observés entre les deux structures repose probablement sur le caractère plus « spécialisé » des lits au CH Nord qu'au CHA et à l'absence de règles claires d'hébergement pour le CHA.

Au CHA, il semble exister une relation entre hébergement et augmentation de la DMS.

Il existe en effet une augmentation de la DMS de 1,9 jours pour les patients hébergés ($p < 0,05$). Bien que les analyses souffrent du même biais que dans le cas du CHU Nord, ceci sous-tendrait que la gestion actuelle de la carence de lit n'est pas optimale et pourrait être mieux codifiée afin d'améliorer la prise en charge de nos patients.

Cela pourrait se faire par le biais du développement d'une médecine hospitalière transversale, permettant la prise d'avis et de conseil de façon précoce et adaptée afin d'optimiser ces prises en charge.

Une étude de 2015 réalisée dans un CHU français a décrit un ensemble de mesures visant à optimiser la prise en charge des patients hébergés : désignation d'un médecin spécifiquement assigné à la prise en charge des patients hébergés, présence d'une infirmière coordonnatrice qui doit faciliter la communication entre le service des urgences, les services spécialisés et les services accueillants des hébergés, et qui doit s'assurer que la localisation des patients hébergés est connue, l'instauration de dossiers médicaux standardisés afin de faciliter le transfert d'informations entre les services (29).

Les démarches en cours au CHA tendent à suivre ces mesures, avec notamment la mise en place récente d'un « bed manager » qui doit faciliter le dialogue entre le service des urgences et les services spécialisés.

5 Conclusion

Cette étude visant à comparer deux modalités de gestion de la carence de lits d'aval pour les patients hospitalisés depuis les urgences, a mis en avant des résultats contrastés.

Nous avons mis en évidence que l'hébergement a des conséquences néfastes si les conditions de son déroulement ne sont pas clairement prédéfinies.

Il semblerait que son impact soit moindre dans le cas où il a été précédé par l'élaboration d'une stratégie adoptée par tous les acteurs de l'hôpital, dans un but de commun d'optimiser la prise en charge de nos patients mais également de garantir leur sécurité et celle du personnel soignant. Le point clé de cette stratégie semble résider dans la désignation d'un médecin spécialiste, affecté à la prise en charge de ces patients physiquement éloignés.

Au-delà de la mortalité et de la DMS, il serait également judicieux d'évaluer d'autres paramètres tels que le délai avant validation informatique des prescriptions par le médecin spécialiste, le délai avant premier contact au chevet du patient, la morbidité hospitalière (infections nosocomiales, survenue d'événements thromboemboliques ou hémorragiques, troubles ioniques et insuffisance rénale aiguë) ainsi que le taux de réadmission précoce après sortie de l'hôpital.

L'étude portant sur le CHU Nord présente de façon certaine un biais lié à la disparité de répartition des différentes spécialités dans les deux groupes étudiés.

Toujours dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, il serait intéressant de mener une étude prospective, afin d'évaluer l'impact de l'hébergement indépendamment pour chaque spécialité et ainsi définir lesquelles sont les plus éligibles à la pratique de l'hébergement.

Il serait également très intéressant, en se basant sur ce travail et sur les autres éléments de la littérature, d'élaborer une charte du patient hébergé au centre hospitalier d'Avignon, en se basant sur le modèle de nos confrères universitaires.

6 Bibliographie

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé > édition 2021 > DREES>La médecine d'urgence. 2021.
2. Felton BM, Reisdorff EJ, Krone CN, Laskaris GA. Emergency department overcrowding and inpatient boarding: a statewide glimpse in time. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* déc 2011;18(12):1386-91.
3. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med.* mars 2010;28(3):304-9.
4. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality: Boarding and mortality. *Acad Emerg Med.* déc 2011;18(12):1324-9.
5. Miró O, Antonio MT, Jiménez S, De Dios A, Sánchez M, Borrás A, et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* juin 1999;6(2):105-7.
6. Ruger JP. Analysis of Costs, Length of Stay, and Utilization of Emergency Department Services by Frequent Users: Implications for Health Policy. *Acad Emerg Med.* 1 déc 2004;11(12):1311-7.
7. White BA, Biddinger PD, Chang Y, Grabowski B, Carignan S, Brown DFM. Boarding inpatients in the emergency department increases discharged patient length of stay. *J Emerg Med.* janv 2013;44(1):230-5.
8. Kchaou A, hakim Z, Rmadi N, dhouib F, chakroun O, Rekik N, et al. La surcharge mentale chez le personnel soignant des urgences. *Arch Mal Prof Environ.* 1 oct 2020;81(5):480-1.
9. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 1 août 2003;42(2):173-80.
10. Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the Emergency Department. *J Emerg Med.* avr 2006;30(3):351-6.
11. Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, Van Walraven C. The Effect of Hospital Occupancy on Emergency Department Length of Stay and Patient Disposition. *Acad Emerg Med.* 2003;10(2):127-33.
12. DREES. Les usagers des urgences - Premiers résultats d'une enquête nationale. janv 2003;
13. DREES. Les établissements de santé > édition 2021 > DREES>Les capacités d'accueil à l'hôpital. 2021.

14. Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust.* 4 nov 2002;177(9):492-5.
15. Lloyd JM, Elsayed S, Majeed A, Kadambande S, Lewis D, Mothukuri R, et al. The practice of out-lying patients is dangerous: a multicentre comparison study of nursing care provided for trauma patients. *Injury.* juin 2005;36(6):710-3.
16. DREES. Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers. 2016.
17. Perimal-Lewis L, Li JY, Hakendorf PH, Ben-Tovim DI, Qin S, Thompson CH. Relationship between in-hospital location and outcomes of care in patients of a large general medical service. *Intern Med J.* juin 2013;43(6):712-6.
18. Goulding L, Adamson J, Watt I, Wright J. Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff. *BMJ Qual Saf.* mars 2012;21(3):218-24.
19. La Regina M, Guarneri F, Romano E, Orlandini F, Nardi R, Mazzone A, et al. What Quality and Safety of Care for Patients Admitted to Clinically Inappropriate Wards: a Systematic Review. *J Gen Intern Med.* juill 2019;34(7):1314-21.
20. Goulding L, Adamson J, Watt I, Wright J. Lost in hospital: a qualitative interview study that explores the perceptions of NHS inpatients who spent time on clinically inappropriate hospital wards. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* oct 2015;18(5):982-94.
21. Serafini F, Fantin G, Brugiolo R, Lamanna O, Aprile A, Presotto F. Outlier admissions of medical patients: prognostic implications of outlying patients. The experience of the Hospital of Mestre. *Ital J Med.* 23 janv 2015;9(3):299-302.
22. Bai AD, Srivastava S, Tomlinson GA, Smith CA, Bell CM, Gill SS. Mortality of hospitalised internal medicine patients bedspaced to non-internal medicine inpatient units: retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* janv 2018;27(1):11-20.
23. Alameda C, Suárez C. Clinical outcomes in medical outliers admitted to hospital with heart failure. *Eur J Intern Med.* déc 2009;20(8):764-7.
24. Stowell A, Claret P-G, Sebbane M, Bobbia X, Boyard C, Genre Grandpierre R, et al. Hospital out-lying through lack of beds and its impact on care and patient outcome. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 14 mars 2013;21:17.
25. Stylianou N, Fackrell R, Vasilakis C. Are medical outliers associated with worse patient outcomes? A retrospective study within a regional NHS hospital using routine data. *BMJ Open.* 9 mai 2017;7(5):e015676.
26. Santamaria JD, Tobin AE, Anstey MH, Smith RJ, Reid DA. Do outlier inpatients experience more emergency calls in hospital? An observational cohort study. *Med J Aust.* 20 janv 2014;200(1):45-8.

27. Creamer GL, Dahl A, Perumal D, Tan G, Koea JB. Anatomy of the ward round: the time spent in different activities. *ANZ J Surg.* déc 2010;80(12):930-2.
28. Schull MJ, Mamdani MM, Fang J. Community influenza outbreaks and emergency department ambulance diversion. *Ann Emerg Med.* juill 2004;44(1):61-7.
29. Lepage B, Robert R, Lebeau M, Aubeneau C, Silvain C, Migeot V. Use of a risk analysis method to improve care management for outlying inpatients in a university hospital. *Qual Saf Health Care.* déc 2009;18(6):441-5.

7 Abréviations

CH :	Centre hospitalier
CHA :	Centre Hospitalier d'Avignon
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
CIMU :	Classification Infirmière des Malades aux Urgences
HTA :	HyperTension Artérielle
MCO :	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
SIIIAP :	Service de Médecine Interne Infectiologie Aiguë Polyvalente
SU :	Service d'Urgences
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

8 Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. 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 et méprisé si j'y manque.

Résumé

Contexte : La fréquentation des services d'urgences en France connaît une forte augmentation depuis plusieurs décennies, dans un contexte où les capacités d'hospitalisations déclinent. Ce manque de disponibilité de lit est l'un des facteurs aggravant la surcharge des services d'urgences. Pour y palier, la pratique de l'hébergement s'est répandue dans la plupart des centres hospitaliers. Cela consiste en l'hospitalisation des patients dans un autre service que le service adapté à leur pathologie. La littérature internationale s'est intéressée à l'impact de l'hébergement avec des résultats très variables selon les études.

Objectif de l'étude : Evaluer l'impact de deux modalités différentes d'hébergement dans deux centres hospitaliers, un CHU, dans lequel un médecin spécialiste est assigné à la prise en charge des patients hébergés et un CHR dans lequel le patient hébergé est à la charge du médecin du service accueillant.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, incluant d'une part 569 patients hospitalisés ((233 hébergés-336 non hébergés) depuis le service d'urgences du Centre hospitalier universitaire (CHU) Nord de Marseille, et d'autre part 815 patients (127 hébergés- 688 non hébergés) hospitalisés depuis le service d'urgences du Centre Hospitalier d'Avignon (CHA) entre le 01/11/2019 et le 31/12/2019. Pour chaque centre hospitalier, la DMS et la mortalité ont été comparées entre les deux groupes en analyse univariées puis en analyse multivariée.

Résultats : au CHU Nord, les analyses multivariées ont mis en évidence une DMS plus courte pour les hébergés que pour les non hébergés (8,5 jours Vs 10,6 jours ; $p < 0,05$).

Au CHA, la DMS est significativement plus longue pour les patients hébergés (12 jours Vs 10,1 jours ; $p < 0,05$). Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative de mortalité entre les deux groupes dans aucun des deux centres hospitaliers.

L'hébergement n'était pas un facteur de risque d'augmentation de la durée de séjour aux urgences sur la période étudiée.

Conclusion : La désignation d'un médecin affecté à la prise en charge des patients hébergés et l'existence de règles d'hébergement semblent limiter l'impact négatif de ce dernier sur les patients. Il serait intéressant de construire une étude prospective pour confirmer ces résultats.

Abstract

Context : The number of patients in french emergency departments has been rising sharply for several decades, in a context where hospitalization capacities are declining. This lack of bed availability is one of the factors aggravating the overload of emergency departments. To overcome this, hospitalization of patients in another department has become widespread. Those patients are called "outliers". The international literature has examined the becoming of "outliers", with results varying greatly from one study to another.

Objective of the study : To evaluate the impact of two different modalities of bed shortage management in two hospitals, a university hospital, in which a specialist physician is assigned to the care of outliers, and a regional hospital, in which outliers are under the responsibility of the physician of the department where they are physically hospitalized

Material and method : This is a retrospective cohort study, including 569 patients hospitalized (233 outliers-336 non outliers) from the emergency department of the University Hospital Center (CHU) Nord of Marseille, and 815 patients (127 outliers-688 non outliers) hospitalized from the emergency department of the Hospital Center of Avignon (CHA) between 01/11/2019 and 31/12/2019. For each hospital center, length of stay (LOS) and mortality were compared between the two groups in univariate analysis and then in multivariate analysis.

Results : At the CHU Nord, the multivariate analyses revealed a shorter LOS for outlying patients than for the non-outliers (8.5 days Vs 10.6 days; $p < 0.05$).

At the CHA, LOS was significantly longer for outlying patients (12 days vs 10.1 days; $p < 0.05$). We did not find any significant difference in mortality between the two groups in either hospital. To be an outlier was not a risk factor for increased emergency department length of stay over the study period.

Conclusion : The designation of a doctor assigned to the care of outliers in the hospital and the existence of rules defining the conditions of hospitalization of these patients seem to limit its negative impact on patients. It would be interesting to construct a prospective study to confirm these results.