



HAL
open science

Étude des facteurs de réadmission précoce des séjours en unité post urgences

Anne-Claire Cardin Lestoille

► **To cite this version:**

Anne-Claire Cardin Lestoille. Étude des facteurs de réadmission précoce des séjours en unité post urgences. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03782812

HAL Id: dumas-03782812

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03782812v1>

Submitted on 22 Sep 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**ÉTUDE DES FACTEURS DE RÉADMISSION PRÉCOCE DES SÉJOURS
EN UNITÉ POST URGENCES**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE D'URGENCE

Par Mme Anne-Claire CARDIN née LESTOILLE

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 14/09/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Mme le Pr Laurence BOUILLET

Membres :

M. le Dr Alban DEROUX (directeur de thèse)

Mme le Dr Perrine DUMANOIR

M. le Dr Damien VIGLINO

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

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERARD DUMESTRE Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSALUT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Sommaire

7

Matériel et méthodes8

10

13

15

17

18

24

25

Introduction

L'hospitalisation index correspond au premier séjour hospitalier du patient, se terminant par un retour à domicile. La réhospitalisation à 30 jours correspond à une nouvelle hospitalisation non programmée intervenant dans un délai de 30 jours après l'hospitalisation index. Le taux de réhospitalisation à 30 jours en France a été estimé à 14% chez les patients de plus de 75 ans (1). Il s'agit d'un paramètre utilisé en tant que marqueur de la qualité des soins (2). Plusieurs facteurs ont déjà été identifiés comme prédictifs d'une réhospitalisation, avec notamment la création de scores (HOSPITAL, LACE, ISAR, TRST (3,4)) qui ont pour vocation d'évaluer les patients à risque. Il semble que l'optimisation de la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire soit fondamentale (5). Les «Unités Post Urgences (UPU)» sont des services de médecine qui accueillent des patients de tous âges, suite à une prise en charge aux Urgences, pour un séjour de courte durée prévisible (durée moyenne de séjour (DMS) cible entre 3 et 7 jours). Les séjours de courte durée ne sont pas plus pourvoyeurs de réhospitalisation (6). Cette étude s'intéressera aux facteurs associés à la réhospitalisation dans les 30 jours suite à un séjour à l'UPU du CHU de Grenoble-Alpes afin de cibler les patients adaptés à ces séjours de courte durée et d'améliorer la prise en charge des patients les plus à risque d'une réadmission.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle descriptive monocentrique.

Population étudiée :

La population cible et la population source sont l'ensemble des patients hospitalisés à l'UPU sortant à domicile. Les patients inclus sont les patients de plus de 18 ans, rentré(e)s à domicile après une hospitalisation à l'UPU. Les critères d'exclusion sont la réalisation d'un transfert dans un autre service hospitalier ou vers un service de soins de suite et de réadaptation après l'UPU.

Calculs des effectifs :

Cette étude descriptive ne formule pas d'hypothèse de taux de réadmission (données actuellement imparfaitement connues). Afin d'obtenir un nombre d'événements permettant l'analyse, nous avons estimé à 800 patients l'objectif d'inclusion, soit 9 mois d'activité d'hospitalisation de l'unité. Si le taux d'événements observé est faible (5%), cela correspondra à environ 40 événements, permettant de réaliser un modèle statistique multivarié dans des conditions satisfaisantes.

Objectifs :

Le critère de jugement principal est le nombre de réadmissions non programmées (hospitalisation directe ou via les Urgences) dans les 30 jours suivant le retour à domicile après une hospitalisation à l'Unité Post Urgences du CHU Grenoble-Alpes (CHUGA).

Les objectifs secondaires auront pour but de comprendre les facteurs liés au patient ou à son séjour, associés à ces réadmissions. Il s'agissait de rechercher les facteurs associés à la réadmission dans les 30 jours, de connaître le taux de réadmission pour la même pathologie ayant entraîné l'hospitalisation initiale, de connaître le taux de réadmission en lien avec une intolérance ou un effet secondaire lié à un traitement initié, de décrire les délais de réadmission précoce, de connaître le taux de consultation aux urgences dans les 30 jours avec ou sans hospitalisation par la suite et d'évaluer la prévention de la réhospitalisation grâce aux consultations de suivi prévues à la sortie.

Recueil des données :

Les données récoltées sont des données recueillies dans le cadre de la prise en charge courante: âge, sexe, antécédents, polymédication (supérieur ou égal à 5 médicaments prescrits sur l'ordonnance), scores Activity of Daily Living (ADL) et Instrumental Activity of Daily Living (IADL), mode de vie, hospitalisation dans les 30 jours précédents, passage aux urgences dans les 6 mois précédents, nombre d'hospitalisations dans l'année, motif d'hospitalisation, diagnostic principal à la sortie, date d'entrée,

date de sortie, évènement intercurrent, initiation d'un traitement durant l'hospitalisation, examen complémentaire prescrit à la sortie, portage de bêta-lactamase à spectre étendu, taux d'occupation des lits de médecine dans l'hôpital le jour de la sortie, score Confusion Assessment Method (CAM), débit de filtration glomérulaire (DFG), natrémie, taux d'hémoglobine, consultation de suivi prévue à la sortie, réadmission dans les 30 jours au CHUGA (admission non programmée directement dans un service ou après passage aux urgences), consultation aux urgences dans les 30 jours, motif de réhospitalisation, date de réhospitalisation, décès.

Les données seront recueillies à partir du dossier de soins informatisé du CHU de Grenoble-Alpes, via un cahier de recherche formalisé électronique (Doqboard) agréé RGPD données de santé.

Analyse des données :

Les variables qualitatives seront exprimées sous forme de nombre (effectifs) et de pourcentages (analyse descriptive, taux de réhospitalisation - critère de jugement principal), comparées par un test χ^2 de Pearson ou par un test exact de Fisher si approprié. Les variables numériques seront exprimées par la médiane et l'intervalle interquartile (IQR), et comparées à l'aide d'un test de Mann-Whitney. Une analyse de régression logistique multivariée sera réalisée sur les variables explicatives de réhospitalisation en analyse univariée (avec un seuil de p value $\leq 0,1$ pour l'inclusion dans le modèle) afin de déterminer les Odds Ratio ajustés de réhospitalisation respectifs. Les données manquantes ne seront pas remplacées. Tous les tests seront bilatéraux avec un risque alpha de 0,05. Les analyses seront effectuées à l'aide d'un tableur (LibreOffice Calc), de biostaTGV et du logiciel SPSS 22 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Résultats

515 patients ont été inclus dans cette étude, entre le 1er mai 2021 et le 31 janvier 2022. L'échantillon présente un sex-ratio de 1,18:1 et l'âge moyen est de 71 ans (extrêmes : 18-100 ans). La durée moyenne de séjour est de 8 jours (extrêmes : 1-58 jours).

Un nouveau traitement a été initié chez 409 patients (79,4%) et le plus fréquent était une antibiothérapie (22,7 % des traitements initiés). La polymédication concernait 351 patients (68,2%). 61 patients (soit 11,9%) avaient déjà été hospitalisés dans les 30 jours précédant l'hospitalisation index. Un évènement intercurrent est survenu au cours de l'hospitalisation pour 19 patients (3,5%). Concernant l'organisation de la sortie, 230 patients (44,7%) avaient une consultation programmée et 234 patients (45,4%) avaient des examens complémentaires prescrits.

Dans les 30 jours de suivi après la sortie, 55 patients ont été réhospitalisés (10,7%) avec une médiane de réhospitalisation de 12 jours (IQR 18 jours). Parmi ceux-ci, 19 patients (34,5%) ont été réadmis dans les 7 jours suivant la sortie. 33 patients (6,4%) ont consulté aux urgences dans les 30 jours après la sortie, consultation n'ayant pas donné suite à une hospitalisation. Enfin, 14 patients (2,7%) sont décédés durant les 30 jours de suivi.

Les différents paramètres étudiés dans notre population figurent dans la table 1.

On observe qu'il n'y a pas de différence significative en fonction de l'âge ni du sexe. En regroupant le temps de séjour par classe, il n'y a pas de différence significative entre les différentes classes hormis si le séjour dure plus de 10 jours (16,3 % de patients réhospitalisés, $p=0,05$).

Il n'y a pas de différence significative selon le diagnostic à la sortie, excepté l'hospitalisation pour une pathologie infectieuse (5,6% réhospitalisés, $p<0,01$). On observe une différence en cas de polymédication (12,5 % réhospitalisés, $p<0,01$).

Si l'on s'intéresse aux paramètres biologiques à l'entrée du patient, on note une réhospitalisation moins fréquente en cas de fonction rénale haute caractérisée par un DFG supérieur ou égal à 60 ml/min (7,3 % réhospitalisés, $p<0,01$) alors qu'elle est plus fréquente si le patient a une fonction rénale caractérisée par un DFG inférieur à 30 ml/min (23,7 %, réhospitalisés $p<0,01$). De même, une hémoglobine strictement inférieure à 120 g/l favorise les réhospitalisations (14,6% réhospitalisés, $p=0,03$).

Pour la plupart des antécédents relevés, il y a une différence significative entre patients non réhospitalisés et patients réhospitalisés : diabète (13,6% réhospitalisés, $p<0,01$), maladie pulmonaire chronique (16,7% réhospitalisés, $p<0,01$), infarctus du myocarde (17,4% réhospitalisés, $p<0,01$), pathologie néoplasique (21,1% réhospitalisés, $p<0,01$), maladie rénale chronique modérée à sévère (22,6% réhospitalisés, $p<0,01$), maladie vasculaire périphérique (25,6% réhospitalisés, $p<0,01$),

insuffisance cardiaque (20,7% réhospitalisés, $p < 0,01$). En utilisant le score de Charlson, il y a significativement plus de patients réhospitalisés si le score est supérieur ou égal à 8 (25,9% réhospitalisés, $p < 0,01$).

Les patients réhospitalisés présentent une médiane des scores ADL et IADL 15 jours avant l'hospitalisation significativement inférieure à celle des patients non réhospitalisés (5,5 (IQR 2) versus 6 (IQR 1), $p = 0,04$ et 5 (IQR 7) versus 8 (IQR 5), $p = 0,03$).

Il y a une différence significative si les patients ont été hospitalisés dans les 30 jours ou au moins une fois dans l'année précédant l'hospitalisation index (respectivement 22,9 % réhospitalisés, $p < 0,01$ et 16% réhospitalisés, $p < 0,01$).

Pour l'organisation de la sortie, il n'y a pas de différence significative en fonction du nombre de lits disponibles le jour de la sortie, ni si une consultation de suivi ou des examens complémentaires sont programmés.

Enfin, il y a significativement plus de décès à 30 jours chez les patients réhospitalisés que chez les patients non réhospitalisés (respectivement 12 (85,7%) vs 2 (14,3%), $p < 0,01$).

La table 2 présente les résultats significatifs de l'analyse de régression logistique. On retrouve une fréquence diminuée de réhospitalisation si le patient est admis pour une pathologie infectieuse (ORa 0,18, IC95 % 0,05-0,73). Les patients présentant un antécédent de cancer présentent plus de réhospitalisation (ORa 2,95, IC95 % 1,25-6,97), également ceux ayant un antécédent de maladie vasculaire périphérique (ORa 2,86, IC 95 % 1,04-7,86). L'hospitalisation dans les 30 jours précédant l'hospitalisation index engendre un taux augmenté de réadmission (ORa 2,56, IC 95 % 1,10-5,92).

La figure 1 présente la proportion des diagnostics de sortie chez les patients réadmis. Il n'y a pas de réadmission à 30 jours pour les patients hospitalisés pour les autres pathologies non citées.

Nous avons ensuite comparé la réhospitalisation en fonction des traitements initiés (table 3). Il n'y a aucune différence significative entre les traitements sauf si un psychotrope a été prescrit au cours de l'hospitalisation (20,9% réhospitalisés, $p = 0,04$).

Nous nous sommes intéressés aux délais de réhospitalisation en comparant les médianes des délais de réadmission en fonction des différents paramètres relevés (table 4). On observe un délai de réhospitalisation significativement plus court si le patient a une fonction rénale avec un DFG < 60 ml/min à son entrée (8 jours (IQR 16 jours), $p = 0,05$). De même, si le patient présente un score de Charlson élevé (supérieur ou égal à 8), le délai de réhospitalisation est significativement plus court (8 jours (IQR 9 jours), $p = 0,05$). L'autonomie du patient intervient aussi dans le délai de

réhospitalisation puisqu'on observe un délai significativement plus court si le score ADL est strictement inférieur à 6 (8 jours (IQR 12 jours), $p < 0,01$),

Certains antécédents favorisent un délai de réhospitalisation plus court, comme les maladies cérébro vasculaires (3 jours (IQR 4 jours), $p = 0,03$) et les maladies rénales modérées à sévères (5 jours (IQR 7 jours), $p = 0,02$).

Parmi les patients réhospitalisés à 30 jours, 30 patients (55%) avaient une consultation de suivi programmée et 25 patients (45%) n'en avaient pas.

Discussion

Dans cette étude, le taux de réhospitalisation non programmée dans les 30 jours suivant l'hospitalisation index s'élève à 10,7 %.

Si l'on s'intéresse aux facteurs liés à la réhospitalisation non programmée en analyse univariée, ni l'âge ni le sexe n'influencent la réadmission. Concernant l'hospitalisation index, un séjour de plus de 10 jours expose à une augmentation significative alors que le diagnostic au cours du séjour n'est que peu influent (excepté pour une hospitalisation en lien avec une pathologie infectieuse). La fréquence de la réhospitalisation est augmentée seulement si un des traitements initiés au cours de la prise en charge hospitalière est un psychotrope.

A propos des caractéristiques biologiques du patient, une fonction rénale normale et une hémoglobine supérieure ou égale à 120g/l limite la réhospitalisation.

Pour les autres caractéristiques liées au patient, la fréquence de réhospitalisation est plus importante en cas d'antécédent de diabète, maladie pulmonaire chronique, infarctus du myocarde, cancer/lymphome/leucémie, maladie rénale chronique modérée à sévère, une maladie vasculaire périphérique et une insuffisance cardiaque, ce qui se répercute sur le score de Charlson avec un risque augmenté si ce score est supérieur ou égal à 8.

D'un point de vue fonctionnel, les patients réhospitalisés sont moins autonomes que les patients non réhospitalisés. Enfin, si le patient a été hospitalisé au moins une fois dans l'année, il est plus à risque d'être réhospitalisé.

En analyse multivariée, les principaux facteurs de risque de réadmission sont un antécédent de cancer ou de maladie vasculaire et une hospitalisation dans les 30 jours précédant l'hospitalisation index. Le risque de réadmission reste moindre dans le cas d'une admission pour une pathologie infectieuse.

La majorité des patients décédés à 30 jours a été réhospitalisée dans les 30 jours, ce qui est probablement lié au fait que les patients réhospitalisés ont de nombreuses comorbidités (score de Charlson élevé).

Parmi les facteurs de risques relevés, certains sont liés à un délai de réhospitalisation plus court, comme la fonction rénale altérée, le score de Charlson supérieur ou égale à 8, l'ADL strictement inférieur à 6, les antécédents de maladies cérébro vasculaires et les maladies rénales modérées à sévères.

Dans les données de la littérature, on retrouve des taux de réadmission très variables, allant de moins de 10 %(7) à plus de 20 %(8). Les populations incluses sont hétérogènes dans ces études, et

comportent par exemple des restrictions d'inclusion pour des populations gériatriques qui expliquent ces variations. Notre résultat se situe dans les valeurs basses des résultats publiés, probablement du fait de nos critères d'inclusion non restrictifs. Concernant les facteurs de risque de réadmission, différents modèles retrouvent des résultats similaires avec l'influence du score de Charlson, la durée d'hospitalisation, une admission dans l'année, le score IADL (9, 10, 7). Ces facteurs sont des facteurs liés au patient plus qu'à l'hospitalisation elle-même (8). En revanche, aucune donnée dans la littérature ne relate le surrisque lié à l'introduction de psychotrope. De plus, l'hyponatrémie ne revient pas comme un facteur de risque alors qu'elle est comptabilisée dans le score HOSPITAL (11) et la durée d'hospitalisation qui augmente le risque est dans ce score supérieure ou égale à 5 jours, à la différence de notre étude qui retrouve un seuil à 10 jours.

Cette étude présente plusieurs limites, notamment une cohorte plus petite que prévue en raison de transferts plus importants vers d'autres services et des séjours plus longs que prévus (DMS 8 jours, au lieu de 7 jours maximum). L'épidémie de COVID a également joué un rôle important, ayant entraîné une augmentation du nombre d'hospitalisations pour une pathologie infectieuse avec une population inhabituelle en terme de caractéristiques. Les patients étaient plus jeunes, moins comorbides et présentaient très peu de réhospitalisations à 30 jours. De plus, nous avons une visibilité uniquement sur la réadmission au sein de notre centre et pas sur celles des autres centres. On retrouve dans une étude un taux à 17% de réhospitalisation dans un centre différent de celui de l'hospitalisation index (12).

L'absence de moyen direct de connaître le taux d'occupation des lits alors que des données de la littérature suggèrent un lien entre le taux d'occupation des lits et la réadmission (13) peut constituer une faiblesse de cette étude. Enfin, nos données sont récoltées à partir d'une seule unité ce qui a contribué à la réduction de l'effectif comparé aux études précédentes. Cependant, cela rend les données directement applicables à un service spécialisé post-urgences.

Notre étude présente peu de données manquantes grâce au recueil prospectif de ces données.

Conclusion

Le taux de réadmission à 30 jours des patients hospitalisés au sein d'une UPU s'élève à 10,7%. Cette réadmission est notamment influencée par la durée de séjour, la polymédication, les antécédents du patient et son autonomie. L'utilisation de ces facteurs peut s'avérer utile afin de cibler au mieux les patients les plus adaptés pour une prise en charge au sein d'une UPU, afin de lui permettre d'optimiser son but institutionnel. Ces facteurs sont également utilisables pour anticiper les retours à domicile des patients les plus à risque.

THÈSE SOUTENUE PAR : Anne-Claire LESTOILLE

TITRE :

ÉTUDE DES FACTEURS DE RÉADMISSION PRÉCOCE DES SÉJOURS EN UNITÉ POST URGENCES

CONCLUSION :

Le taux de réadmission à 30 jours des patients hospitalisés au sein d'une UPU s'élève à 10,7%. Cette réadmission est notamment influencée par la durée de séjour, la polymédication, les antécédents du patient et son autonomie. L'utilisation de ces facteurs peut s'avérer utile afin de cibler au mieux les patients les plus adaptés pour une prise en charge au sein d'une UPU, afin de lui permettre d'optimiser son but institutionnel. Ces facteurs sont également utilisables pour anticiper les retours à domicile des patients les plus à risque.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 24/08/2022.

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Doyen de l'UFR de Médecine



Pr. Patrice MORAND

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY



Pr. Laurence Baudet

Bibliographie

1. **Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al.** Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. 2008 Jul 1;37(4):416–22.
2. **Ashton CM, Del Junco DJ, Soucek J, Wray NP, Mansyur CL.** The association between the quality of inpatient care and early readmission: a meta-analysis of the evidence. *Med Care*. 1997;35(10):1044-1059
3. **Robinson R, Hudali T.** 2017. The HOSPITAL score and LACE index as predictors of 30 day readmission in a retrospective study at a university-affiliated community hospital. *PeerJ* 5:e3137
4. **Bissett M, Cusick A, Lannin NA.** Functional assessments utilised in emergency departments: a systematic review. *Age Ageing*. Mars 2013;42(2):163-72.
5. **Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Olivetti A, De Marinis MG.** Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020 Jan;101:103396. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396. Epub 2019 Aug 15. PMID: 31698168.
6. **H. Gil, P. Tervel, S. Humbert, J. Razanamahery, N. Méaux-Ruault, N. Magy-Bertrand.** Fréquence et causes des réhospitalisations dans les 30 jours après un séjour dans un service de post-accueil, Volume 5171, Issue 1001, 06/2017, Pages A1-A235, ISSN 0248-8663
7. **van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, Austin PC, Forster AJ.** Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ*. 2010 Apr 6;182(6):551-7. doi: 10.1503/cmaj.091117. Epub 2010 Mar 1. PMID: 20194559; PMCID: PMC2845681.
8. **Pedersen MK, Nielsen GL, Uhrenfeldt L, Lundbye-Christensen S.** Risk Assessment of Acute, All-Cause 30-Day Readmission in Patients Aged 65+: a Nationwide, Register-Based Cohort Study. *J Gen Intern Med*. 2019 Feb;34(2):226-234. doi: 10.1007/s11606-018-4748-4. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30511286; PMCID: PMC6374256.
9. **Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA, Bell CM, Kaboli PJ, Auerbach AD, Wetterneck TB, Arora VM, Zhang J, Schnipper JL.** Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. *J Gen Intern Med*. 2010 Mar;25(3):211-9. doi: 10.1007/s11606-009-1196-1. Epub 2009 Dec 15. PMID: 20013068; PMCID: PMC2839332.
10. **Comette P, D'Hoore W, Malhomme B, Van Pee D, Meert P, Swine C.** Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients. *Aging Clin Exp Res*. 2005 Aug;17(4):322-8. doi: 10.1007/BF03324617. PMID: 16285199.
11. **Donzé JD, Williams MV, Robinson EJ, et al.** International Validity of the HOSPITAL Score to Predict 30-Day Potentially Avoidable Hospital Readmissions. *JAMA Intern Med*. 2016;176(4):496–502. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8462
12. **Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B.** Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Med Care*. 2006 Nov;44(11):972-81. doi: 10.1097/01.mlr.0000228002.43688.c2. PMID: 17063128.
13. **Friebel R, Fisher R, Deeny SR, Gardner T, Molloy A, Steventon A.** The implications of high bed occupancy rates on readmission rates in England: A longitudinal study. *Health Policy*. 2019 Aug;123(8):765-772. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.06.006. Epub 2019 Jun 22. PMID: 31262535.

Annexes

Table 1 : caractéristiques de la population

	Patients non réhospitalisés (% ou IQR) n=460	Patients réhospitalisés (% ou IQR) n=50	Total n=515	p value*
Age (18-100)				NS
Femme	217 (91,9)	19 (8,1)	236	0,08
Temps de séjour (1-58 j)				
>10 jours	87 (83,7)	17 (16,3)	104	0,05
Diagnostic à la sortie				
Accident vasculaire cérébral	10 (100)	0 (0)	10	NS
Addictologie	8 (80)	2 (20)	10	NS
Confusion	2 (100)	0 (0)	2	NS
Effet indésirable médicamenteux	4 (100)	0 (0)	4	NS
Hématologie	16 (84,2)	3 (15,8)	19	NS
Hémorragie digestive	12 (100)	0 (0)	12	NS
Maladie inflammatoire	11 (91,7)	1 (8,3)	12	NS
Maladie thrombo embolique veineuse	16 (88,9)	2 (11,1)	18	NS
Oesophagite/ulcère	6 (100)	0 (0)	6	NS
Oncologie	10 (76,9)	3 (23,1)	13	NS
Pancréatite	8 (100)	0 (0)	8	NS
Pathologie cardiaque	30 (81,1)	7 (18,9)	37	NS
Pathologie endocrinienne	7 (77,8)	2 (22,2)	9	NS
Pathologie infectieuse	204 (94,4)	12 (5,6)	216	<0,01
Pathologie neurologique	19 (86,4)	3 (13,6)	22	NS
Pathologie ORL	2 (100)	0 (0)	2	NS
Pathologie rénale	8 (88,9)	1 (11,1)	9	NS
Pathologie respiratoire	23 (79,3)	6 (2,7)	29	NS
Psychiatrie	5 (83,3)	1 (16,7)	6	NS
Syndromes gériatriques	37 (82,2)	8 (17,8)	45	NS
Traumatologie	3 (100)	0 (0)	3	NS
Trouble ionique	3 (100)	0 (0)	3	NS
Autres	16 (80)	4 (20)	20	NS
Nouveau traitement initié	368 (90)	41 (10)	409	0,07
Polymédication	307 (87,5)	44 (12,5)	351	<0,01
Confusion à l'entrée	47 (90,4)	5 (9,6)	52	NS
Portage bactérie BLSE	5 (100)	0 (0)	5	NS
Absence d'évènement intercurrent	446 (89,7)	51 (10,3)	497	NS
Fonction rénale (7-174 ml/min)				
DFG≥60 ml/min	293 (92,7)	23 (7,3)	316	<0,01
30-59 ml/min	120 (87)	18 (13)	138	NS
<30 ml/min	45 (76,3)	14 (23,7)	59	<0,01

Hyponatrémie	71 (87,7)	10 (12,3)	81	NS
Hémoglobine <120 g/l	176 (85,4)	30 (14,6)	206	0,03
Antécédents				
Diabète	76 (86,4)	12 (13,6)	88	<0,01
Maladie pulmonaire chronique	75 (83,3)	15 (16,7)	90	<0,01
Infarctus du myocarde	57 (82,6)	12 (17,4)	69	<0,01
Cancer/lymphome/leucémie	75 (78,9)	20 (21,1)	95	<0,01
Maladie rénale chronique modérée à sévère	48 (77,4)	14 (22,6)	62	<0,01
Maladie cérébro vasculaire	60 (92,3)	5 (7,7)	65	NS
Démence/maladie neurodégénérative	61 (91)	6 (9)	67	NS
Maladie psychiatrique	44 (91,7)	4 (8,3)	48	NS
Maladie vasculaire périphérique	32 (74,4)	11 (25,6)	43	<0,01
Insuffisance cardiaque	23 (79,3)	6 (20,7)	29	<0,01
Ulcère gastro duodéal	14 (93,3)	1 (6,7)	15	NS
Connectivite	12 (85,7)	2 (14,3)	14	NS
Epilepsie	12 (92,3)	1 (7,7)	13	NS
Aucun antécédent ou antécédent non cité au dessus	96 (94,1)	6 (5,9)	102	NS
Score de Charlson (0-15)				
0-1	77 (91,7)	7 (8,3)	84	NS
2-4	129 (94,2)	8 (5,8)	137	0,03
5	76 (93,8)	5 (6,2)	81	NS
6-7	115 (89,8)	13 (10,2)	128	NS
>=8	63 (74,1)	22 (25,9)	85	<0,01
Médiane ADL J-15 (0-6)	6 (1)	5,5 (2)		0,04
Médiane iADL J-15 (0-8)	8 (5)	5 (7)		0,03
Seul à domicile	171 (89,5)	20 (10,5)	191	NS
Hospitalisation dans les 30 jours	47 (77,1)	14 (22,9)	61	<0,01
Hospitalisation dans l'année (0-20)				
Pas d'hospitalisation	303 (92,4)	25 (7,6)	328	<0,01
≥1 hospitalisation	157 (84)	30 (16)	187	
Visite aux urgences dans les 6 mois (0-11)				NS
Examens complémentaires à la sortie	209 (89,3)	25 (10,7)	234	NS
Consultation de suivi	200 (87)	30 (13)	230	NS
Nombre de lits disponibles à la sortie (0-24)				NS
Décès	2 (14,3)	12 (85,7)	14	<0,01

*Test de Fischer ou Mann-Whitney

NS : non significatif ; IQR : interquartile ; BLSE : Beta lactamase à spectre élargi ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; ADL : activities of daily living ; iADL : instrumental activities of daily living

Table 2 : Facteurs indépendamment associés à la réhospitalisation à 30 jours (analyse multivariée)

	ORa	IC 95%	p-value
Admission pour pathologie infectieuse	0.18	(0.05—0.73)	0.02
Antécédent de cancer	2.95	(1.25—6.97)	0.01
Antécédent de maladie vasculaire	2.86	(1.04—7.86)	0.04
Hospitalisation dans les 30 jours précédents	2.56	(1.10—5.92)	0.03

ORa : Odds Ratio ajustés ; IC 95%: Intervalle de confiance à 95%

Figure 1 : Taux des diagnostics de sortie chez les patients réadmis

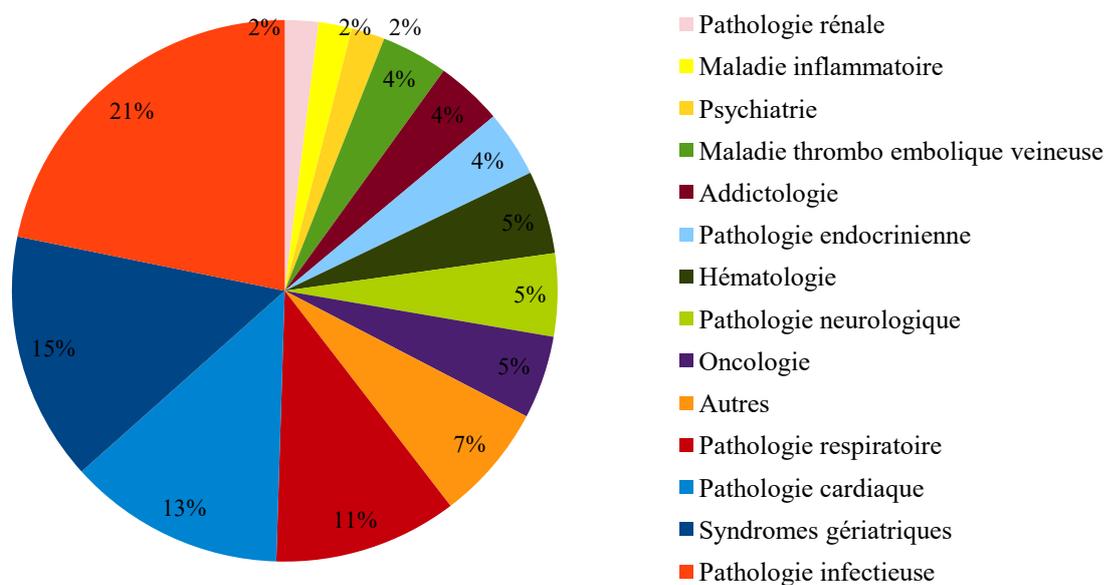


Table 3 : comparaison de la réhospitalisation selon le traitement initié

Traitement	Patients non réhospitalisés (%)	Patients réhospitalisés (%)	Total	p value *
Anticoagulant	79 (91,9)	7 (8,1)	86	NS
Antibiotique	138 (90,2)	15 (9,8)	153	NS
Psychotrope	34 (79,1)	9 (20,9)	43	0,04
Antalgique	38 (84,4)	7 (15,6)	45	NS
Supplémentation	72 (91,1)	7 (8,9)	79	NS
Antiémétique	8 (100)	0 (0)	8	NS
Antivertigineux	3 (100)	0 (0)	3	NS
Antiépileptique	9 (90)	1 (10)	10	NS
Antiagrégant	12 (92,3)	1 (7,7)	13	NS
Inhibiteur pompe à protons	28 (96,5)	1 (0,35)	29	NS
Statine	8 (88,9)	1 (11,1)	9	NS
Antihypertenseur	22 (81,5)	5 (18,5)	27	NS
Corticoïde	55 (88,7)	7 (11,3)	62	NS
Diurétique de l'anse	14 (87,5)	2 (12,5)	16	NS
Antidiabétique (oral+insuline)	13 (86,7)	2 (13,3)	15	NS
Anti-inflammatoire	12 (100)	0 (0)	12	NS
Bronchodilatateur	14 (82,4)	3 (17,6)	17	NS
Erythropoïétine	2 (66,7)	1 (33,3)	3	NS
Autres	39 (86,7)	6 (13,3)	45	NS

* Test de Fischer

NS : non significatif

Table 4 : comparaison des médianes du délai de réhospitalisation

	Oui (IQR)	Non/autres (IQR)	p value *
Femme	11 (18)	13 (16)	NS
Age (18-100 ans)			NS
Diagnostic			
Pathologie cardiaque	8 (9)	13 (18)	NS
Pathologie infectieuse	14 (10)	11 (18)	NS
Pathologie respiratoire	5 (8)	13 (17)	NS
Syndromes gériatriques	17 (12)	11 (17)	NS
Durée hospitalisation (1-10 jours)			NS
Nouveau traitement	12 (17)	12 (15)	NS
Selon traitement			NS
Polymédication	13 (17)	5 (15)	NS
DFG			
≥60 ml/min	16 (10)	8 (16)	0,05
30-59 ml/min	9 (16)	13 (16)	NS
15-29 ml/min	8 (7)	14 (18)	NS
<15 ml/min	24	12 (18)	test non réalisable
Anémie	12 (18)	13 (15)	NS
Confusion à l'entrée	3 (8)	13 (16)	NS
Evènement intercurrent	14 (4)	11 (18)	NS
Hyponatrémie	17 (14)	11 (17)	NS
Score de Charlson			
≥8	8 (9)	14 (12)	0,05
Score ADL = 6	17 (14)	8 (12)	<0,01
Score iADL <6	9 (13)	15 (14)	NS
Seul à domicile	14 (18)	11 (16)	NS
Hospitalisation dans les 30 jours	12 (19)	12 (15)	NS
Hospitalisation dans l'année	11 (17)	13 (20)	NS
Visite aux urgences dans les 6 mois (0-11)			NS
Examen complémentaire à la sortie	13 (14)	9 (15)	NS
Consultation prévue à la sortie	14 (17)	11 (15)	NS
Antécédents			
Cancer/leucémie/lymphome	12 (14)	13 (18)	NS
Infarctus du myocarde	6 (11)	14 (16)	NS
Maladie psychiatrique	15 (5)	11 (18)	NS
Diabète	3 (12)	14 (16)	NS
Maladie pulmonaire chronique	14 (12)	11 (18)	NS
Maladie vasculaire périphérique	10 (15)	13 (17)	NS
Maladie cérébro vasculaire	3 (4)	14 (17)	0,03

Maladie rénale modérée à sévère	5 (7)	14 (15)	0,02
Démence/maladie neurodégénérative	8 (12)	13 (19)	NS
Insuffisance cardiaque congestive	6 (10)	13 (16)	NS
Maladie hépatique légère	14	12 (18)	test non réalisable
Maladie hématologique	18	12 (18)	test non réalisable
Hémiplégie	15 (11)	12 (18)	NS
Connectivite	8 (7)	12 (17)	NS
Epilepsie	25	12 (18)	test non réalisable
Ulcère gastro duodénal	8	13 (18)	test non réalisable
Aucun antécédent ou non cité	25 (10)	11 (16)	NS

* Test de Mann-Whitney

NS : non significatif ; IQR : interquartile ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; ADL : activities of daily living ; iADL : instrumental activities of daily living

Remerciements

Merci à Thomas, pour son soutien au quotidien et pour tout ce que je ne pourrais pas citer parce que tu fais beaucoup pour moi

Merci à ma famille, c'est particulièrement grâce à vous que je suis la personne d'aujourd'hui

Merci à l'équipe de l'UPU, je garde encore un très beau souvenir de ce semestre

Merci à Alban, qui a suivi mon projet et a consacré du précieux temps sur ses repos pour m'aider

Merci aux équipes qui m'ont accueillie en stage, elles ont grandement contribué à mon apprentissage et ça n'est pas fini...

Résumé

Objectif : Identifier les facteurs liés à la réadmission précoce suite à un séjour en Unité Post Urgences

Matériel et méthode : Étude prospective observationnelle descriptive monocentrique. Les patients inclus sont les patients de plus de 18 ans, rentré(e)s à domicile après une hospitalisation à l'Unité Post Urgences. Le critère de jugement principal est le nombre de réadmissions non programmées (hospitalisation directe ou via les Urgences) dans les 30 jours suivant le retour à domicile après une hospitalisation à l'Unité Post Urgences du CHU Grenoble-Alpes. Les objectifs secondaires recherchent les facteurs associés à ces réadmissions et influençant le délai de réadmission. Les données ont été recueillies à partir des dossiers de soins informatisés du CHU de Grenoble-Alpes, via un cahier de recherche formalisé électronique. L'analyse a été réalisée en univariée puis en multivariée.

Résultats : 515 patients ont été inclus. On retrouve un taux de réadmission de 10,7 % à 30 jours. En analyse univariée, les facteurs liés à la réhospitalisation sont une durée de séjour de plus de 10 jours, la polymédication, une fonction rénale avec un DFG inférieur à 30ml/min, une hémoglobine inférieure à 120 g/l, certains antécédents (diabète, maladie pulmonaire chronique, infarctus du myocarde, pathologie néoplasique, maladie rénale chronique modérée à sévère, maladie vasculaire périphérique, insuffisance cardiaque), un score de Charlson supérieur ou égal à 8, une hospitalisation dans l'année. En analyse multivariée, le risque est augmenté en cas d'antécédent de maladie vasculaire périphérique (ORa 2,86, IC 95 % 1,04-7,86) ou de cancer (ORa 2,95, IC 95 % 1,25-6,97) ainsi qu'en cas d'hospitalisation dans les 30 jours précédant l'hospitalisation index (ORa 2,56, IC 95 % 1,10-5,92).

Conclusion : Cette étude met en valeur plusieurs facteurs liés à la réadmission à 30 jours. L'utilisation de ces facteurs peut s'avérer utile afin de cibler au mieux les patients les plus adaptés pour une prise en charge au sein d'une UPU et d'anticiper les retours à domicile des patients les plus à risque.

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”