



HAL
open science

Évaluation de l'impact de l'hébergement chez les patients hospitalisés en médecine via les urgences de l'hôpital nord

Robin Kotula

► **To cite this version:**

Robin Kotula. Évaluation de l'impact de l'hébergement chez les patients hospitalisés en médecine via les urgences de l'hôpital nord. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04754068

HAL Id: dumas-04754068

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04754068v1>

Submitted on 25 Oct 2024

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.

**Evaluation de l'impact de l'hébergement chez les
patients hospitalisés en médecine via les urgences de l'hôpital nord**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 11 Octobre 2024

Par Monsieur Robin KOTULA

Né le 6 octobre 1995 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	Président
Madame le Docteur PUNTURO Justine	Directeur
Madame le Docteur (MCU-PH) BENYAMINE Audrey	Assesseur
Madame le Docteur KOUBI Marie	Assesseur

**Evaluation de l'impact de l'hébergement chez les
patients hospitalisés en médecine via les urgences de l'hôpital nord**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 11 Octobre 2024

Par Monsieur Robin KOTULA

Né le 6 octobre 1995 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	Président
Madame le Docteur PUNTURO Justine	Directeur
Madame le Docteur (MCU-PH) BENYAMINE Audrey	Assesseur
Madame le Docteur KOUBI Marie	Assesseur

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales
Vice-Doyen aux professions paramédicales
Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- Aux études
- À la recherche
- À l'unité mixte de formation continue en santé
- Pour le secteur NORD
- Groupements Hospitaliers de territoire
- Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- Sciences humaines et sociales
- Relations internationales
- DU/DIU
- DPC
- Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Gabrielle SARLON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PASS - LAS
- DFGSM
- DFASM
- DFASM
- Préparation aux ECN
- DES spécialités
- DES stages hospitaliers
- DES MG
- Démographie médicale
- Etudiant

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Pr. Aurélie DAUMAS
Pr. Patrick DESSI
Pr. Benjamin BLONDEL
Pr. Christophe BARTOLI
Dr. Noémie RESSEGUIER
Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Chargés de mission

- Formation initiale
- Recherche
- Formation continue
- Relations internationales
- Internat et diplômes d'études spécialisées
- Affaires générales

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- 1er cycle
- 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

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

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

Emeritat

2023

Pr AMBROSI Pierre	31/08/2026
Pr OLIVE Daniel	31/08/2026
Pr ROUDIER Jean	31/08/2026
Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr BERLAND Yvon	31/08/2024
Pr CHARPIN Denis	31/08/2024
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2024
Pr COZZONE Patrick	31/08/2024
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2024
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2024

2022

Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2023
Pr CHARPIN Denis	31/08/2023
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2023
Pr COZZONE Patrick	31/08/2023
Pr FONTES Michel	31/08/2023
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2023
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2023
Pr DEJOU Jacques	31/08/2023
Pr HUE Olivier	31/08/2023

2021

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

2020

Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2021
Pr COZZONE Patrick	31/08/2021
Pr FAVRE Roger	31/08/2021
Pr FONTES Michel	31/08/2021
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2021
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2019

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

2018

Pr	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2019
Pr	DELMONT Jean	31/08/2019
Pr	FAVRE Roger	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2019
Pr	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2017

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

2016

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

2015

Pr	COULANGE Christian	31/08/2018
Pr	COURAND François	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2016
Pr	MATTEI Jean-François	31/08/2016
Pr	OLIVER Charles	31/08/2016
Pr	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2014

Pr	FUENTES Pierre	31/08/2017
Pr	GAMERRE Marc	31/08/2017
Pr	MAGALON Guy	31/08/2017
Pr	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2013

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

2012

Pr AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2015
Pr CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
Pr FAVRE Roger	31/08/2015
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2015
Pr OLIVER Charles	31/08/2015
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2015

2011

Pr DI MARINO Vincent	31/08/2015
Pr MARTIN Pierre	31/08/2015
Pr METRAS Dominique	31/08/2015

2010

Pr MAGNAN Jacques	31/12/2014
-------------------	------------

2009

Pr DJIANE Pierre	31/08/2011
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2012

2008

Pr LEVY Samuel	31/08/2011
Pr JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
Pr PONCET Michel	31/08/2011
Pr KASBARIAN Michel	31/08/2011
Pr ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

Docteurs Honoris Causa

1967

Pr DADI (Italie)
Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

Pr O. SWENSON (U.S.A.)
Pr Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

Pr C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
Pr C. GIBBS (U.S.A.)
J.DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

Pr H. RAPPAPORT (U.S.A.)
Pr M. SCHOU (Danemark)
Pr M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
Pr S. REFSUM (Norvège)

1982

Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

Pr S. MASSRY (U.S.A.)
Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

Pr E. MIHICH (U.S.A.)
Pr T. MUNSAT (U.S.A.)
Pr LIANA BOLIS (Suisse)
Pr L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

Pr R. BERGUER (U.S.A.)
Pr W.K. ENGEL (U.S.A.)
Pr V. ASKANAS (U.S.A.)
Pr J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
Pr A. DAVIGNON (Canada)
Pr A. BETTARELLO (Brésil)

1989

Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

Pr J.G. MC LEOD (Australie)
Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
Pr D. CARSON (U.S.A.)
Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

Pr G. KARPATI (Canada)
Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

Pr D. WALKER (U.S.A.)
Pr M. MULLER (Suisse)
Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
Pr D. STULBERG (U.S.A.)
Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
Pr D. COLLEN (Belgique)
Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CASTINETTI Frédéric	FLECHER Xavier
ALIMI Yves	CECCALDI Mathieu	FOUILLOUX Virginie
AMABILE Philippe	CERMOLACCE Michel	FOTI Bruno
ANDRE Nicolas	CHAGNAUD Christophe	FOURNIER Pierre-Edouard
ARGENSON Jean-Noël	CHAMBOST Hervé	FRANCESCHI Frédéric
ASTOUL Philippe	CHAMPSAUR Pierre	FUENTES Stéphane
ATTARIAN Shahram	CHANEZ Pascal	GABERT Jean
AUDOIN Bertrand	CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GABORIT Bénédicte
AUQUIER Pascal	CHARREL Rémi	GAINNIER Marc
AVIERINOS Jean-François	CHAUMOITRE Kathia	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>
AZULAY Jean-Philippe	CHIARONI Jacques	GARIBOLDI Vlad
BARLIER-SETTI Anne	CHINOT Olivier	GAUDART Jean
BARLOGIS Vincent	CHOSSEGROS Cyrille	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BARTHET Marc	COLLART Frédéric	GENTILE Stéphanie
BARTOLI Christophe	COSTELLO Régis	GERBEAUX Patrick
BARTOLI Jean-Michel	COUDERC Anne-Laure	GEROLAMI/SANTANDREA René
BARTOLI Michel	COURBIERE Blandine	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
BARTOLOMEI Fabrice	CRAVELLO Ludovic	GIORGI Roch
BASTIDE Cyrille	CUISSET Thomas	GIOVANNI Antoine
BAT Flora	CUNY Thomas	GIRARD Nadine
BELIARD-LASSERRE Sophie	DA FONSECA David	GIRAUD/CHABROL Brigitte
BENSOUSSAN Laurent	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	GONCALVES Anthony
BERBIS Philippe	DANIEL Laurent	GONZALEZ Jean- Michel
BERBIS Julie	DARMON Patrice	GRAILLON Thomas
BERDAH Stéphane	DAUMAS Aurélie	GRANEL/REY Brigitte
BEROUD Christophe	DAVID Thierry	GRANDVAL Philippe
BERTRAND Baptiste	D'ERCOLE Claude	GREILLIER Laurent
BERTUCCI François	D'JOURNO Xavier	GUEDJ Eric
BEYER-BERJOT Laura	DEHARO Jean-Claude	GUIEU Régis
BLAISE Didier	DELAPORTE Emmanuel	GUIS Sandrine
BLANC Julie	<i>DESSI Patrick (Surnombre)</i>	GUYOT-CECCALDI Laurent
BLIN Olivier	DEVILLIER Raynier	GUYE Maxime
BLONDEL Benjamin	DISDIER Patrick	HABIB Gilbert
BOISSIER Romain	DODDOLI Christophe	HARDWIGSEN Jean
BONIN/GUILLAUME Sylvie	DRANCOURT Michel	HOUVENAEGHEL Gilles
BONELLO Laurent	DUBOURG Grégory	HRAIECH Sami
BOULATE David	DUBUS Jean-Christophe	JACQUIER Alexis
BOYER Laurent	DUFFAUD Florence	JOURDE-CHICHE Noémie
BREGEON Fabienne	DUFOUR Henry	JOUVE Jean-Luc
BRETELLE Florence	DUSSOL Bertrand	KAPLANSKI Gilles
BROUQUI Philippe	EBBO Mikaël	KARSENTY Gilles
BRUDER Nicolas	ESCLASSAN Rémi	KERBAUL François (détachement)
BRUE Thierry	EUSEBIO Alexandre	KRAHN Martin
BRUNET Philippe	FABRE Alexandre	LAFFORGUE Pierre
BUKIET Frédéric	FAKHRY Nicolas	LAGIER Jean-Christophe
BURTEY Stéphane	FAURE Alice	LAMBAUDIE Eric
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	FELICIAN Olivier	LANCON Christophe
CASANOVA Dominique	FENOLLAR Florence	LA SCOLA Bernard

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (disponibilité)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ **Professeurs des Universités**

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

◆ **Professeur certifié**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps**

REVIS Joana

◆ **Professeur des Universités médecine générale**

GENTILE Gaëtan

◆ **Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale**

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ **Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales**

BOUSSUGES Alain

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales**

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

ABOUDHARAM Gérard	GIRAUD Thomas	RESSEGUIER Noémie
AHERFI Sarah	GIRAudeau Anne	ROBERT Philippe
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Thomas
ANTEZACK Angéline	GOURIET Frédérique	ROCHE-POGGI Philippe
APPAY Romain	GRIMALDI Stéphane	ROCHIGNEUX Philippe
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GUERIN Carole	ROMANET Pauline
BALLESTER Benoit	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SABATIER Renaud
BARON Sophie	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GUIBVARC'H Maud	SAULTIER Paul
BELLONI Didier	GUIVARCH Jokthan	SAVEANU Alexandru
BENYAMINE Audrey	HABERT Paul	SILVESTRI Frédéric
BIRNBAUM David	HAK Jean-François	STELLMANN Jan-Patrick
BLANCHET Isabelle	HAUTIER Aurélie	STEPHAN Grégory
BOBOT Mickael	HEIM Xavier	SUCHON Pierre
BOHAR Jacques	IBRAHIM KOSTA Manal	<i>TOGA Isabelle Retraite au 20/09/2023</i>
BONINI Francesca	JACQUOT Bruno	TOSELLO Alain
BOUCRAUT Joseph	JALOUX Charlotte	TROUDE Lucas
BOULAMERY Audrey	JARROT Pierre-André	TROUSSE Delphine
BOULLU/CIOCCA Sandrine	KASPI-PEZZOLI Elise	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
BOUSSEN Salah Michel	L'OLLIVIER Coralie	VELY Frédéric
BUFFAT Christophe	LABORDE Gilles	VENTON Geoffroy
CAMILLERI Serge	LABIT-BOUVIER Corinne	ZATTARA/CANNONI Hélène
CAMOIN Ariane	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	
CAMPANA Fabrice	LAGARDE Stanislas	
CARRON Romain	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
CASAZZA Estelle	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
CASSAGNE Carole	LAMBERT Isabelle	
CATHERINE Jean-Hugues	LAURENT Michel	
CHAUDET Hervé	LENOIR Marien	
CHOPINET Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
CHRETIEN Anne-Sophie	MAAROUF Adil	
COZE Carole	MACAGNO Nicolas	
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	MALISSEN Nausicaa	
DALES Jean-Philippe	<i>MAUES DE PAULA André (disponibilité)</i>	
DARIEL Anne	MEGE Diane	
DEHARO Pierre	MENSE Chloé	
DELLIAUX Stéphane	MENU Estelle	
DELTEIL Clémence	MORAND-HUGUET Aurélie	
DESPLAT/JEGO Sophie	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NETTER Antoine	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOIRRIE-ESCLASSAN Emmanuelle	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	PIZZO Francesca	
GARCIAZ Sylvain	POMMEL Ludovic	
GASTALDI Marguerite	PRECKEL Bernard-Eric	
GAUDRY Marine	PROST Solène	
GELSI/BOYER Véronique	RE Jean-Philippe	

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

◆ **CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation**

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

AUTHIER Guillaume	HOUDANT Benjamin
CAORS Béatrice	MIRAPEIX Sébastien
CHAULLET Karine	MULLER Philippe
ERCOLANO Bruno	ROSTAGNO Stéphan
HENRY Joannie	

◆ **CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières**

CHAYS-AMANIA Audrey

◆ **CDD LRU temps plein Anglais**

GILSINN Amanda

◆ **Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

SACHAU-CARCEL Géraldine

◆ **CDI LRU Ecole de Maïeutique**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers Enseignants mono-appartenants Enseignants médecine générale Enseignants associés

◆ 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)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (disponibilité)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (disponibilité)

◆ ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (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)
BARON Sophie (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 ET MEDECINE DU
DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-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)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIostatISTIQUES,
INFORMATIQUE MEDICALE
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)
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)
TROPANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (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)

◆ **CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)
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)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (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)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)
GAUDRY Marine (MCU-PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
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 ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

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

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

◆ IMMUNOLOGIE 4703

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)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (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)

◆ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (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)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-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 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)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ **NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ **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)
MEZOUAR Soraya (65ème section)

◆ **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ **MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (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)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (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)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (surnombre)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) Retraite le 20/09/2023

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

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)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

◆ **RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

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

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

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

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

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

◆ **MAÏËTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ **PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre MICHELET,

Pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

A Madame le Docteur Audrey BENYAMINE,

Pour ce stage enrichissant en médecine interne (bien qu'écourté de ton côté par un heureux évènement) et pour ta présence dans ce jury.

A Madame le Docteur Marie KOUBI,

Pour ces 6 mois au 7^eB puis au 6^eB. Pour la transmission de cette rigueur dans le travail, et dans les relations humaines.

Pour tous les désaccords qui m'ont fait évoluer dans ma pratique, mais aussi (et plus souvent encore) les ententes, les moments de complicité.

Évidemment pour m'avoir aidé, relu et accompagné pour cette thèse.

A Madame le Docteur Justine PUNTURO,

Pour m'avoir fait confiance et m'avoir accompagné dans la constitution de ce travail, ton premier comme directrice.

Pour ce premier contact aux urgences nord il y a 6 ans déjà.

Par avance, pour ces 6 mois à venir aux urgences en tant que docteur junior de mon côté.

A toute l'équipe soignante des urgences nord,

Qui a contribué à attiser, à entretenir et à consolider la vocation pour cette spécialité.

Après être passé en stage en tant qu'externe, puis interne, je suis très heureux de venir « boucler la boucle » en novembre.

A la réanimation d'Avignon et plus spécialement encore au regretté Dr Sébastien MOSCHIETTO,

Pour avoir révolutionné ma vision de la médecine.

A Laura, mon Amour,

Ce travail, cet accomplissement, c'est aussi le tien.

Pour toutes ces heures passées sur Excel.

Pour m'avoir soutenu dans les moments durs. Pour avoir supporté (et supporter encore) mes sautes d'humeur.

Pour ton soutien indéfectible depuis plus de 5 ans maintenant.

Pour ton amour qui me porte quotidiennement.

A ma famille,

Parce qu'il ne fait aucun doute que voir rentrer mon père de garde, l'imaginant aux urgences, a posé les fondements de cette passion.

Pour le soutien de la première heure, les petits plats et les coups de ménage du dimanche soir en première année.

Pour m'avoir accompagné et aidé depuis toujours, surtout dans les moments de doute.

A Ventabren et à Tapette Land,

Parce que je ne pourrai pas en sortir un dans le lot. Pour cette amitié éternelle.

A Camille,

Parce que je sais que ces études et ce métier faisaient ta fierté. Que nous aurions fêté ça dignement.

A l'équipe de Modulo,

Pour m'avoir fait supporter ces études par les retards de Lolo, les embrouilles de Fab et Hervé et les performances aux cartes de JP.

A l'équipe du stade,

Le D et le Q. Parce que ce que je préfère dans les matchs, ce sont les avants et après.

A François,

Pour Alès et ses révisions, ses frites et ses week-ends.

A Nono,

Pour ton humour légendaire.

TABLE DES MATIERES

1) INTRODUCTION

- 1.1) Contexte
- 1.2) L'hébergement
- 1.3) A l'hôpital nord

2) MATERIEL ET METHODE

- 2.1) Type d'étude, recueil de données, analyse statistique et éthique
- 2.2) Population étudiée
- 2.3) Critères de jugement

3) RESULTATS

- 3.1) Analyse descriptive
- 3.2) Comparaison entre les hébergés et les non-hébergés sur la population totale
- 3.3) Comparaison entre les hébergés et les non-hébergés par service référent
 - 3.3.1) Gériatrie/Médecine interne
 - 3.3.2) Gastro-entérologie
 - 3.3.3) Pneumologie maladies des bronches/Allergologie
 - 3.3.4) Oncologie/Pneumologie diagnostique - Maladies de la plèvre
- 3.4) Comparaison entre les hébergés en chirurgie et les hébergés en médecine dans la population

totale

4) DISCUSSION

- 4.1) Limites
- 4.2) Puissance de l'étude
- 4.3) Critère de jugement principal
 - 4.3.1) Mortalité
 - 4.3.2) Durée de séjour
- 4.4) Critères de jugement secondaires
- 4.5) Ouverture

5) CONCLUSION

6) BIBLIOGRAPHIE

7) ABREVIATIONS

8) LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

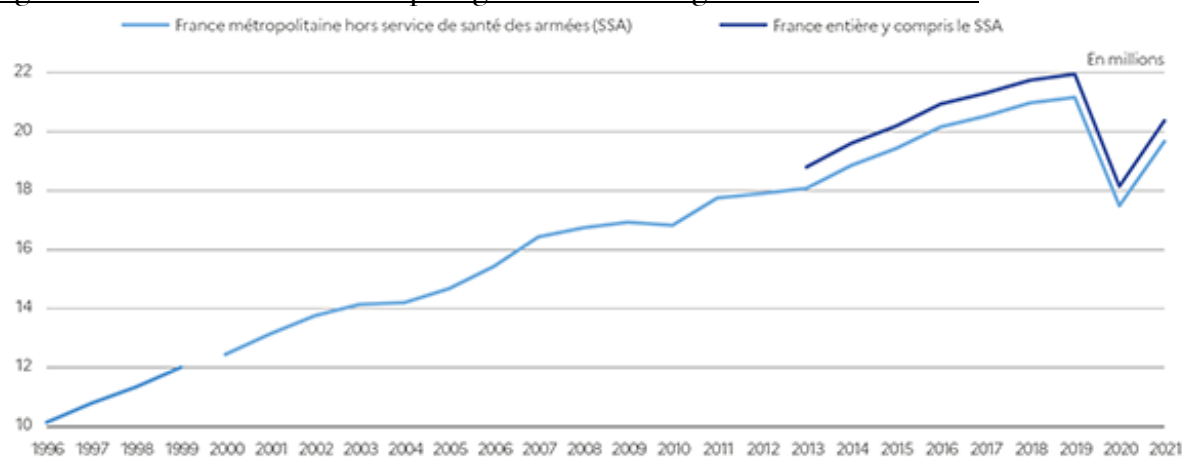
9) ANNEXE

1) INTRODUCTION

1.1) Contexte

La crise que traversent les services d'urgences en France est vraisemblablement multifactorielle(1). Parmi ces facteurs, celui qui semble être le plus explicite est l'augmentation du nombre de passages aux urgences qui a doublé en vingt ans(2). Dans le même temps, la population française n'a augmenté que de 9,3%(3) et les capacités d'accueil des services d'urgences n'ont peu ou pas évolué.(4)(5)

Figure 1 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences de 1996 à 2021

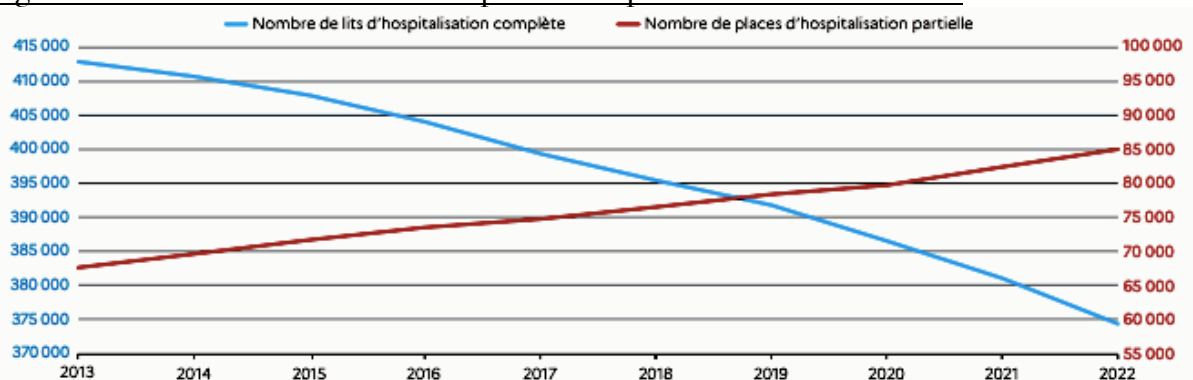


Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2021, France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2021.

> DREES, SAE 1996-2021, traitements DREES

Mais cette augmentation du nombre de passages aux urgences ne peut expliquer à elle seule les difficultés actuelles des services d'urgences. La carence de lits d'hospitalisation d'aval, en partie expliquée par le « virage ambulatoire » entrepris par les différentes gouvernances dans les années 1990 – 2000, est une autre raison qu'il ne faut pas négliger.

Figure 2 : Évolution du nombre de lits et places d'hospitalisation de 2013 à 2022



Note > Les données des années 2020 et 2021 ont été révisées à la baisse (encadré 1).

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > DREES, SAE 2013-2022 (bases statistiques), traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1289 © DREES

Les conséquences de ce manque de lits d'hospitalisation sont une surcharge des urgences du fait de l'accumulation de patients en attente de place d'hospitalisation et donc un allongement des durées de séjours aux urgences.

L'impact de cette surcharge des urgences sur la santé des patients est désormais connu et globalement unanime au sein de littérature :

En 2011, Singer *et al* retrouvaient, de manière rétrospective sur plus de 40000 patients, une relation linéaire entre le temps passé aux urgences d'un côté, et la mortalité intra hospitalière ainsi que la durée de séjour de l'autre (6).

Une étude française rétrospective de 2019 mettait en évidence une augmentation de la mortalité (7,8% vs 6,3%) et de la durée médiane de séjour (7,6 jours vs 7,1 jours) pour les patients attendant dans le service d'urgences faute de place d'hospitalisation en service, en comparaison avec les patients n'attendant pas aux urgences(7).

Jones *et al* retrouvaient eux aussi une augmentation de la mortalité de 8% dès lors que la durée de séjour aux urgences des patients dépassait 6h (8).

Une méta-analyse incluant 33 études montrait également une association statistiquement significative entre les séjours aux urgences dépassant 24h et la mortalité intra-hospitalière chez les patients de soins intensifs(9).

Enfin, en 2023, la première étude prospective, multicentrique, réalisée en France, démontrait une augmentation de près de 40% de mortalité pour les patients de plus de 75 ans qui passaient la nuit aux urgences, en comparaison avec les patients hospitalisés.(10)

1.2) L'hébergement

Une des solutions temporaires permettant de répondre à ce problème de manque de lits d'aval est la pratique de l'hébergement des patients.

Elle consiste à hospitaliser les patients dont le service adapté à leur pathologie est en carence de lit dans un autre service (non référent dans la prise en charge de la pathologie du patient) dans lequel un lit est disponible.

Le patient est donc « hébergé » dans un service non référent de sa pathologie en attendant que le service référent puisse le rapatrier dans son service.

Cette pratique permet d'éviter que les patients attendent aux urgences de nombreuses heures voire jours, ce qui aggrave leur pronostic, comme démontré par plusieurs études citées précédemment.

Mais cette pratique censée diminuer la morbi-mortalité des patients n'ayant pas de place en service d'hospitalisation référent pour leur pathologie est-elle sans risque en comparaison avec l'hospitalisation complète telle qu'elle se pratique dans des conditions normales ?

La littérature internationale à ce sujet est hétérogène et limitée en puissance :

D'un point de vue subjectif, patients et soignants ayant été confrontés à l'hospitalisation par hébergement ont déjà témoigné de leur inquiétude et insatisfaction vis-à-vis de cette méthode.(11)(12)(13)

Une étude prospective réalisée à l'aide de questionnaires à destinée des soignants a quant à elle montré que les infirmiers et infirmières des services de traumatologie prodiguaient de meilleurs soins aux patients traumatisés que lorsque ces mêmes patients étaient hébergés dans d'autres services

(donc non référents de cette pathologie).(14)

Certaines études rétrospectives retrouvaient une augmentation de la durée moyenne de séjour (de 3 et de 2,6 jours) pour les patients hébergés sans augmentation de la mortalité intra hospitalière ou de la réadmission précoce(15,16), pendant que d'autres montraient au contraire une augmentation de la mortalité mais une durée moyenne de séjour inchangée voire diminuée dans la population hébergée. (17,18)

Dans leurs travaux rétrospectifs, Santamaria *et al* et Bai *et al* retrouvaient une augmentation notable de la mortalité pour les patients hébergés en comparaison avec la population non hébergée (respectivement 2,6% vs 1,12% et 8% vs 4%).(19,20)

En 2016, Perimal-Lewis *et al* montraient que la population neurologiquement fragile (démence et/ou delirium) hébergée avait, en comparaison avec la même population non-hébergée, une durée de séjour aux urgences augmentée et un taux de mortalité intra-hospitalière augmenté, mais les durées moyennes de séjour hospitalier ne présentaient pas de différence significative.(21)

Une seule étude (française), à notre connaissance, a observé de manière quantitative et prospective l'impact de l'hébergement sur les patients. Celle-ci retrouvait une durée moyenne de séjour augmentée d'un jour, un taux de réadmission à 28 jours plus élevé, ainsi qu'un défaut de prescription d'anticoagulation préventive pour les patients hébergés.(22)

En somme, la revue systématique effectuée par La Regina *et al* ne pouvait établir de conclusions devant l'hétérogénéité des résultats et la faible puissance des différentes études analysées, mais alertait sur la possible dangerosité de la pratique de l'hospitalisation par hébergement. Les auteurs appelaient également à une harmonisation des définitions et pratiques.(23)

En revanche, les modalités pratiques de l'hospitalisation par hébergement ne sont pas détaillées dans ces études. Il existe probablement des pratiques locales, spécifiques à chaque établissement, et ceci peut être expliqué par l'absence de consensus et de recommandation que ce soit à l'échelle nationale ou internationale.

1.3) A l'hôpital nord

A l'hôpital nord de Marseille, sur la période étudiée, l'hospitalisation par hébergement en médecine était relativement protocolisée.

Il était décidé que l'équipe médicale s'occupant du patient demeurait celle du service référent, celle-ci se déplaçait dans le service hébergeant pour évaluer le patient.

En revanche, c'est l'équipe paramédicale du service hébergeant qui gère les soins prodigués au patient.

Au niveau du service d'urgences, lors de tout hébergement d'un patient, l'urgentiste prenant en charge le patient devait remplir un document d'hébergement sur le logiciel utilisé (voir Annexe 1), créant ainsi une alerte automatiquement envoyée sur la boîte de messagerie professionnelle des médecins responsables du service de référence du patient. Cela permettait d'alerter l'équipe médicale référente de la présence d'un patient relevant de leur responsabilité dans un service hébergeur afin d'éviter toute erreur ou oubli de prise en charge.

La pratique de l'hébergement à l'hôpital nord a déjà été étudiée en 2022 par le Dr Geoffroy NICOLAS dans le cadre de sa thèse d'exercice : (24)

Sur deux mois d'hospitalisation en novembre et décembre 2019, il ne retrouvait pas de différence de mortalité entre la population hébergée et la population non-hébergée. En revanche, la durée

moyenne de séjour était plus courte pour les hébergés de près de deux jours. Toutefois, comme évoqué dans la discussion, la population étudiée était relativement faible (n=569) pour une étude rétrospective. Par ailleurs, l'analyse des résultats ne prenait pas en compte la répartition des patients hébergés selon les services référents, alors qu'il doit probablement exister des variations de durée de séjour et de pronostics selon les services.

Le but de cette étude était donc de faire une analyse rétrospective comparative de morbi-mortalité entre les patients hébergés et les patients non-hébergés, sur une durée cette fois-ci plus longue, et en y intégrant les spécificités propres à chaque service.

2) MATERIEL ET METHODE

2.1) Type d'étude, recueil de données, analyse statistique et éthique

Cette étude est rétrospective, mono centrique, observationnelle et comparative.

Pour ce faire, les identifiants des patients hospitalisés via les urgences de l'hôpital Nord du 01/08/2022 au 31/01/2023 inclus (soit une période de six mois) ont été récupérés via Terminal Urgences® (TU), le logiciel utilisé aux urgences de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM).

Les caractéristiques des patients ont été recueillies sur Axigate®, qui est le logiciel « patients » employé à l'APHM.

La durée de séjour hospitalière était calculée en nombre de jours, à partir de la date d'entrée administrative et jusqu'à la sortie administrative des patients, sur Axigate®.

Les critères de jugement secondaires étaient récupérés sur les comptes-rendus d'hospitalisation des patients. La durée de séjour aux urgences était calculée à partir de TU.

L'analyse statistique a été faite sur les logiciels R Studio® et R Studio 4.3.0®.

Plusieurs groupes de patients ont été analysés, en comparant population hébergée et non hébergée. Une différence était considérée comme statistiquement significative lorsque le risque alpha était inférieur ou égal à 5%.

L'autorisation de traitement des données des patients a été demandée auprès du Portail d'Accès aux Données de Santé (PADS) de l'APHM, numéro de demande final PADS24-83_dgr.

Une vérification préalable de non-opposition aux traitements de données personnelles des patients a également été effectuée.

L'analyse des données était pseudonymisée, c'est-à-dire un recueil de données initialement nominatif, secondairement anonymisé.

2.2) Population étudiée

Seuls les patients hospitalisés pour un service de médecine ont été inclus. La raison principale étant que les modalités d'hospitalisation par hébergement sont différentes avec la chirurgie, où cette pratique est moins protocolisée.

En effet, les services de chirurgie à l'hôpital nord possèdent tous une ligne de garde. Ainsi, lors de tout hébergement d'un patient dépendant d'un service de chirurgie, l'équipe médicale responsable du service en est informée directement, que ce soit en heures ouvrables ou non.

C'est donc l'équipe chirurgicale référente qui réalise les prescriptions initiales, même en période non-ouvrable, alors que c'est l'équipe médicale des urgences qui fait les premières prescriptions d'un patient hébergé pour un service de médecine en permanence de soins.

Les patients hospitalisés pour la gastro-entérologie, la pneumologie, l'oncologie, la gériatrie, la médecine interne, la cardiologie, la dermatologie et l'endocrinologie, soit l'ensemble des services de médecine de l'hôpital nord, étaient inclus.

Il existe 3 services de pneumologie à l'hôpital nord : l'allergologie – maladie des bronches, la pneumologie diagnostique – maladie de la plèvre, et la pneumologie – maladies rares.

La gériatrie et la médecine interne ont été regroupées car l'équipe médicale est commune à ces services. La patientèle y est fréquemment similaire. Également, si un patient était hébergé pour la gériatrie, et qu'une place se libérait en médecine interne avant la gériatrie, le patient était transféré en médecine interne. Il s'avère donc que ces services sont étroitement connectés, avec un fonctionnement quasi-identique, il était donc convenu qu'un patient hospitalisé en médecine interne pour la gériatrie n'était pas considéré comme hébergé, et réciproquement.

Les services d'oncologie (hôpital de semaine) et de pneumologie diagnostique – maladies de la plèvre ont également été regroupés. L'immense majorité de l'activité du service de pneumologie sus-cité consiste en du diagnostic carcinologique. Par ailleurs, le service d'oncologie étant un hôpital de semaine, les patients devant rester à l'hôpital le week-end pour quelque raison que ce soit étaient préférentiellement transférés dans ce service de pneumologie. Les transferts étaient fréquents entre ces deux services.

Les patients inclus étaient des patients majeurs, hospitalisés pour un service de médecine à l'hôpital nord via les urgences.

Les patients exclus étaient les patients mineurs, incarcérés (hospitalisés à l'Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale [UHSI]), hospitalisés d'emblée en réanimation ou soins intensifs. Les patients sortant contre avis-médical, ayant fugué ou dont le dossier médical était incomplet (notamment pas de compte-rendu d'hospitalisation) étaient également exclus.

2.3) Critères de jugement

Les critères de jugement principal est un critère composite prenant en compte la durée de séjour hospitalière (en nombre de jours) et la mortalité intra-hospitalière.

Les critères de jugement secondaires étaient l'apparition en cours d'hospitalisation d'escarre, d'insuffisance rénale aigue ou de trouble ionique (dyskaliémie, dysnatrémie), d'hémorragie, ou de phénomène thromboembolique comme une phlébite ou une embolie pulmonaire.

Les autres critères de jugement secondaires étaient l'admission en réanimation (ou en soins intensifs

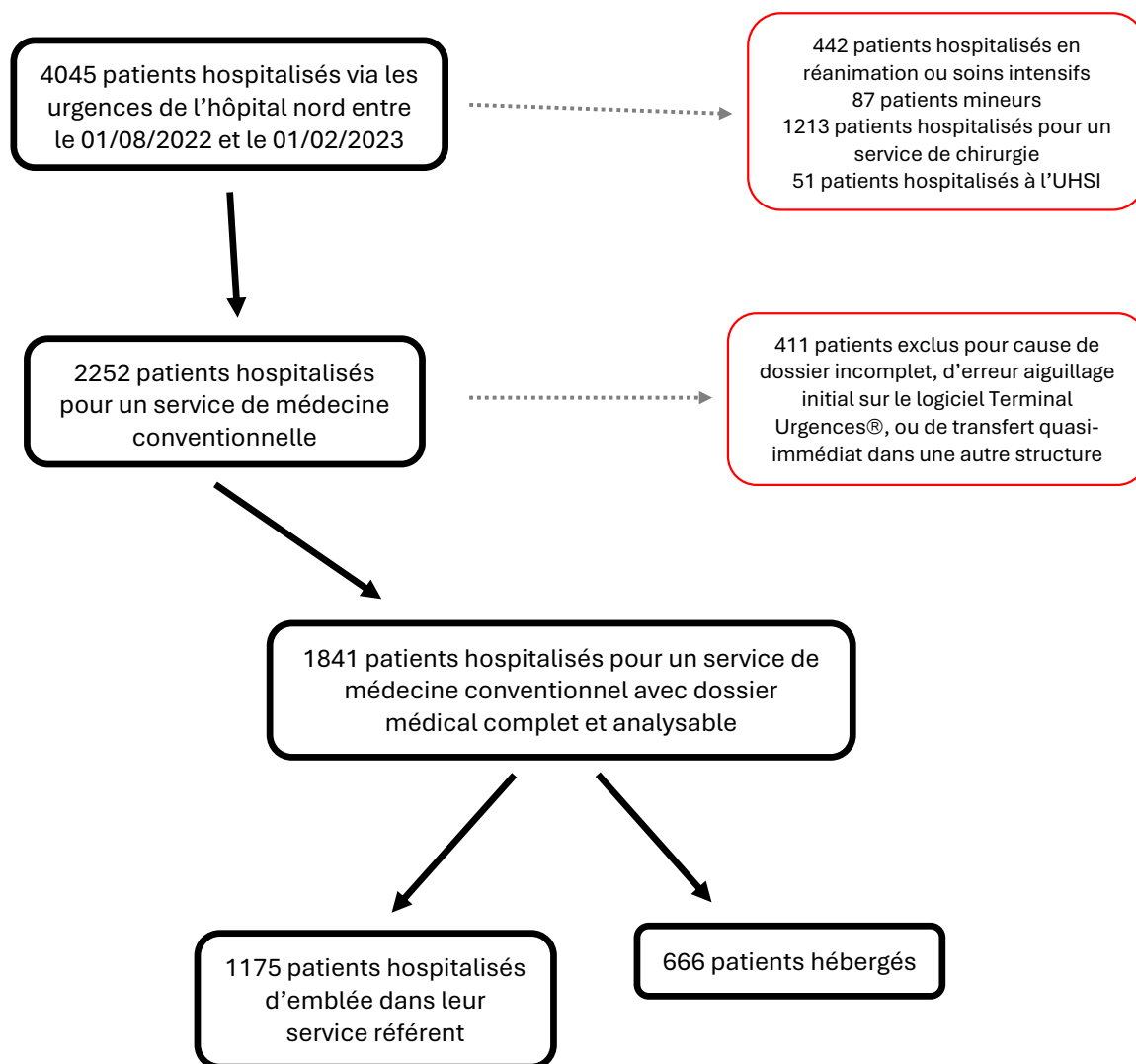
cardiologiques ou polyvalents), la sollicitation d'un avis de l'équipe de réanimation au cours de l'hospitalisation, la réadmission hospitalière dans les trois mois suivant l'hospitalisation ou le décès du patient au cours de l'année suivante.

La médiane durée de séjour aux urgences et UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) était également un critère de jugement secondaire.

3) RESULTATS

3.1) Analyse descriptive

Figure 3 : Diagramme de flux pour les patients hospitalisés pour un service de médecine conventionnel à l'hôpital nord



Sur la période analysée, soit six mois, un total de 1841 dossiers de patients hospitalisés via les urgences pour un service de médecine de l'hôpital nord ont pu être étudiés.

Une part non négligeable de dossiers patients a été exclue pour cause de dossier incomplet, essentiellement du fait de l'absence de compte-rendu d'hospitalisation dans le dossier patient informatisé.

Tableau 1 : Caractéristiques générales des patients de la population totale étudiée

Genre	Masculin : 927 (50,35%) Féminin : 914 (49,65%)
Age	Moyen : 70,63 (années) Médian : 75 (années)
Insuffisance rénale chronique dialysée ou greffée	10 (0,55%)
Insuffisance rénale chronique non dialysée	222 (12,08%)
Consommation chronique d'alcool	112 (6,08%)
Cirrhose	77 (4,18%)
Troubles cognitifs, démence	285 (15,48%)
Néoplasie active	382 (20,75%)
Insuffisance respiratoire chronique, oxygénothérapie longue durée (OLD)	280 (15,20%)
Handicap moteur	130 (7,06%)
Antécédent d'accident vasculaire cérébral	265 (14,40%)
Insuffisance cardiaque ou coronaropathie	721 (39,16%)
Facteur de risque cardio-vasculaire¹	1344 (73%)
Antécédent de thrombose artérielle ou veineuse	319 (17,34%)
Trouble psychiatrique	195 (10,60%)
Lieu de vie	Domicile : 1666 (90,54%) MDR/ EHPAD ² : 121 (6,59%) Foyer logement/ Résidence autonomie : 25 (1,36%) Établissement médico-social : 13 (0,70%) Sans-domicile fixe : 15 (0,81%)
Autonomie	Autonome : 978 (53,12%) Limitée : 630 (34,22%) Grabataire/Dépendance totale : 233 (12,66%)
Hospitalisation l'année précédente	758 (41,17%)

La population étudiée était équilibrée en termes de genre. 15% de la population présentait des troubles cognitifs. Plus de 70% présentait au moins un facteur de risque cardio-vasculaire acquis modifiable. 90% de la population vivait au domicile mais seulement 53% était totalement autonome.

¹ : Présence d'au moins un facteur de risque cardio-vasculaire acquis modifiable parmi le tabagisme actif, l'hypertension artérielle et le diabète

² MDR/EHPAD : Maison de retraite (MDR) ou Etablissement d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes

Plus de 40% de la population totale avait été hospitalisée au moins une fois l'année précédente. L'ensemble des caractéristiques générales de la population totale est visualisable dans le tableau 1.

Sur les 1841 patients, 666 (soit 36,18%) étaient hébergés.

Parmi les patients hébergés, 149 patients (22,37%) l'étaient en service de chirurgie. Tous les autres étaient hébergés en service de médecine.

Parmi les 666 patients hébergés, 99 (14,90%) ne retournaient pas dans leur service référent. C'est-à-dire que l'intégralité de la prise en charge médicale s'effectuait dans le service hébergeur.

Pour les 565 (85,10%) patients hébergés qui retournaient dans leur service référent, le temps médian de retour était de 19h. Le temps moyen de retour en service référent était lui de 31,52h.

FIGURE 4 : REPARTITION DE LA POPULATION TOTALE HOSPITALISÉE VIA LES URGENCES SELON LE SERVICE RÉFÉRENT

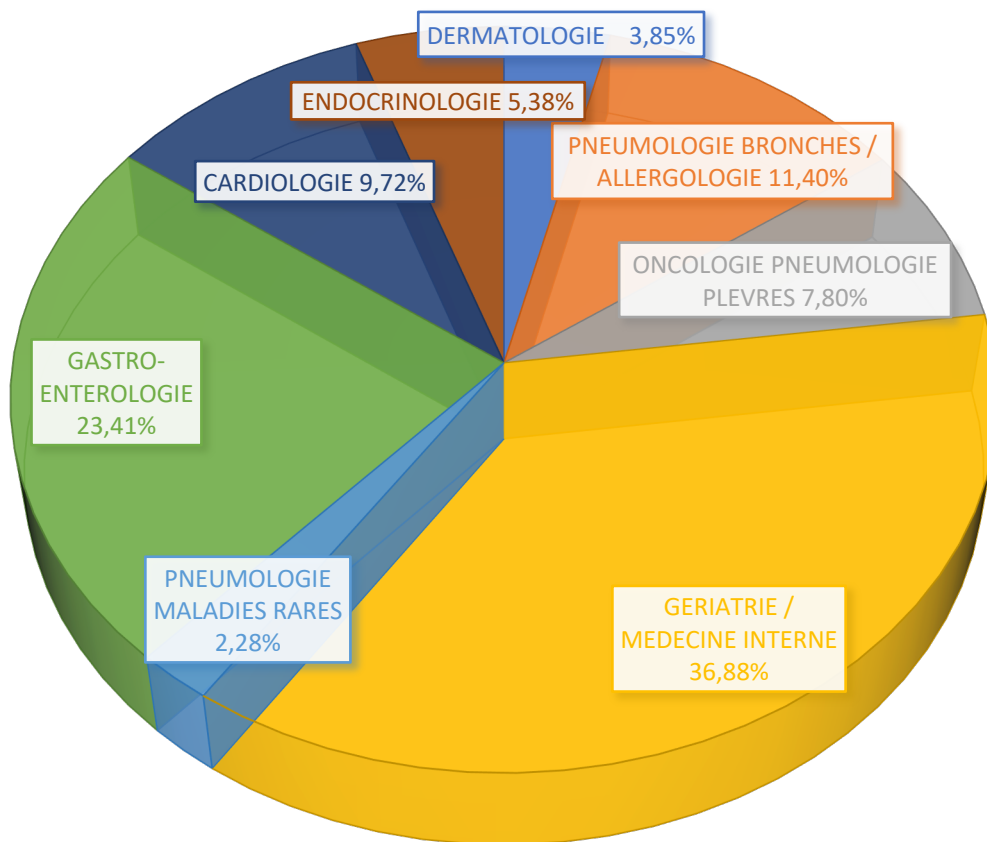
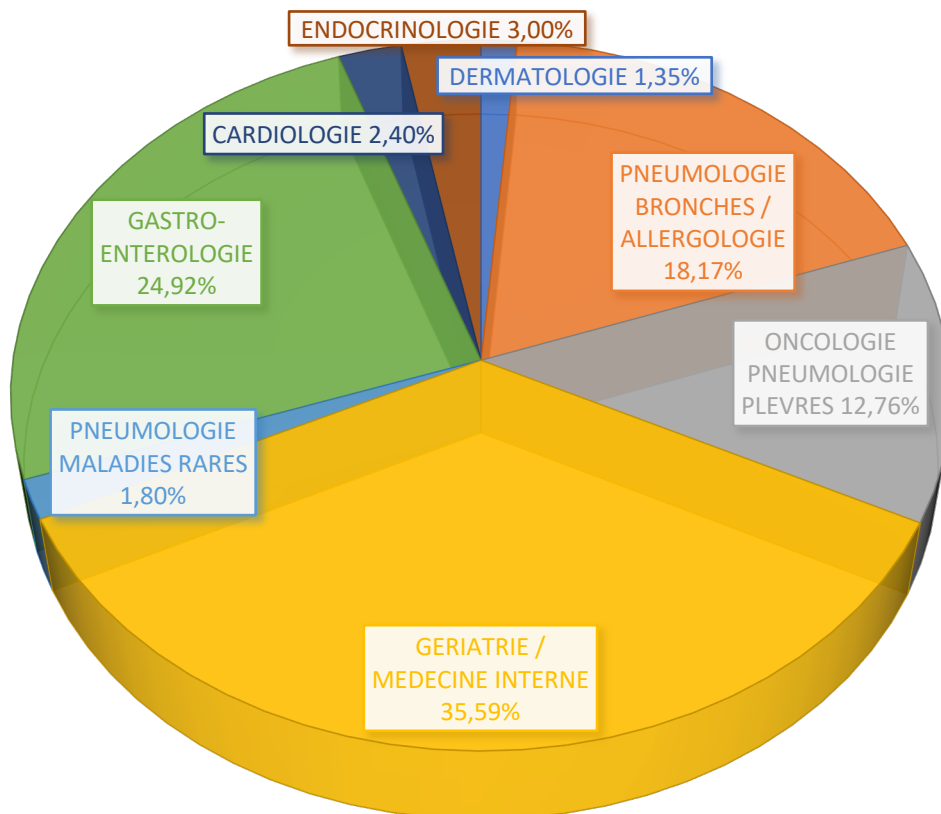


FIGURE 5 : REPARTITION DE LA POPULATION TOTALE HEBERGÉE VIA LES URGENCES SELON LE SERVICE RÉFÉRENT



Les deux services ayant le plus de patients hospitalisés sous leur responsabilité sont la gériatrie/médecine interne (3 unités) et la gastro-entérologie (2 unités).

Quand on compare la [figure 1](#) et la [figure 2](#), on remarque que les proportions sont conservées concernant la population hébergée pour ces deux services.

En revanche les services d'oncologie/pneumologie-maladies de la plèvre et de pneumologie-maladie des bronches-allergologie ont une proportion de patients hébergés sous leur responsabilité plus importante que la proportion de patients hospitalisés pour leur service.

A contrario, les services de cardiologie surtout, mais également les services d'endocrinologie et dermatologie ont des proportions de patients hébergés plus faibles que leurs proportions de patients hospitalisés au total.

3.2) Comparaison entre les patients hébergés et non-hébergés dans la population totale

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés dans la population totale

	NON HEBERGES (n=1175)	HEBERGES (n=666)	p.value
Genre	Masculin : 582 (49,53%) Féminin : 593 (50,47%)	Masculin : 345 (51,80%) Féminin : 321 (48,20%)	0,349
Age (en années)	Moyen : 71,67 Médian : 76	Moyen : 68,78 Médian : 73	0,01
IRnC³ dialysée ou greffée	7 (0,60%)	3 (0,46%)	1
IRnC non dialysée	153 (13,07%)	69 (10,36%)	0,087
Consommation chronique d'alcool	73 (6,21%)	39 (5,87%)	0,764
Cirrhose	47 (4%)	30 (4,50%)	0,603
Troubles cognitifs, démence	180 (15,92%)	105 (15,77%)	0,799
Néoplasie active	225 (19,15%)	157 (23,57%)	0,024
IReC, OLD⁴	167 (14,21%)	113 (16,97%)	0,114
Handicap moteur	84 (7,15%)	46 (6,90%)	0,845
Antécédent d'AVC⁵	176 (15%)	89 (13,36%)	0,343
IC⁶ ou coronaropathie	506 (43%)	215 (32,29%)	<0,001
Facteur de risque cardio-vasculaire	887 (75,48%)	457 (68,62%)	0,001
Antécédent de thrombose artérielle ou veineuse	216 (18,40%)	103 (15,47%)	0,125
Trouble psychiatrique	115 (9,79%)	80 (12,01%)	0,110
Lieu de vie	Domicile : 1065 (90,71%) MDR/EHPAD : 77 (6,55%) FoyLog/ ResAut ⁷ : 16 (1,36%) EMS ⁸ : 6 (0,51%) SDF ⁹ : 10 (0,87%)	Domicile : 601 (90,25%) MDR/EHPAD : 44 (6,60%) FoyLog/ ResAut : 9 (1,35%) EMS : 7 (1,05%) SDF : 5 (0,75%)	0,769
Autonomie	Autonome : 616 (52,42%) Limitée : 403 (34,30%) Grab/DépTotale ¹⁰ : 156 (13,28%)	Autonome : 362 (54,35%) Limitée : 227 (34,08%) Grab/DépTotale : 77 (11,57%)	0,524
Hospitalisation l'année précédente	485 (41,28%)	273 (41%)	0,905

³ IRnC : Insuffisance rénale chronique

⁴ IReC, OLD : Insuffisance respiratoire chronique, oxygénothérapie longue durée

⁵ AVC : Accident vasculaire cérébral

⁶ IC : Insuffisance cardiaque

⁷ FoyLog/ResAut : Foyer logement / résidence autonomie

⁸ EMS : Etablissement médico-social

⁹ SDF : Sans domicile fixe

¹⁰ Grab/DépTotale : Grabataire / dépendance totale

Parmi la population totale hospitalisée en médecine à l'hôpital nord, sur la période étudiée, les patients hébergés avaient une médiane ou moyenne d'âge inférieure d'environ 3 ans par rapport aux patients hospitalisés directement dans le service référent (p.value = 0,01). La population hébergée était également moins insuffisante cardiaque (32% vs 43% p<0,01), possédait moins de facteur de risque cardio-vasculaire (69% vs 75%, p.value=0,01).

En revanche, la population hébergée présentait plus de processus néoplasique actif (24% vs 19%, p=0,024).

Pour le reste des caractéristiques des patients ayant été recueillies, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes.

Les groupes étaient notamment superposables en termes d'autonomie, d'hospitalisation l'année précédente ou de lieu de vie.

L'ensemble des caractéristiques des patients comparées entre les 2 groupes peuvent être visualisées dans le tableau 2.

Tableau 3 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés dans la population totale

	NON HEBERGES (n=1175)	HEBERGES (n=666)	p.value
Mortalité	91 (7,75%)	36 (5,40%)	0,057
Durée de séjour hospitalière (en jours)	Moyenne : 10,25 Médiane : 8	Moyenne : 10,42 Médiane : 9	0,719
Durée de séjour aux urgences et UHCD¹¹ (en heures)	7,85	8,25	0,508
Escarre	10 (0,85%)	10 (1,50%)	0,195
Infection	150 (12,73%)	79 (11,86%)	0,572
Trouble ionique, IRA¹²	220 (18,72%)	132 (19,82%)	0,565
Hémorragie	40 (3,40%)	19 (2,85%)	0,519
Thromboembolique	23 (2%)	15 (2,25%)	0,797
Réanimation	36 (3,06%)	23 (3,45%)	0,650
Avis réanimation	64 (5,45%)	29 (4,35%)	0,304
Réadmission à 3 mois	244 (22,49%)	141 (22,38%)	0,959
Décès dans l'année	182 (16,78%)	112 (17,80%)	0,631

Dans la population totale étudiée, la mortalité était plus faible dans la population hébergée (5,40%) que dans la population non hébergée (7,75%), sans que toutefois cette différence ne soit significative (p.value=0,057).

La durée de séjour moyenne était sensiblement la même (10,25 vs 10,42 jours). La durée de séjour médiane était plus courte d'un jour pour la population non-hébergée (8 vs 9 jours) mais de manière non significative à nouveau.

Pour les critères de jugement secondaires qui concernaient les complications intra-hospitalières,

¹¹ UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

¹² IRA : Insuffisance rénale aigue

l'aggravation avec la nécessité d'une prise en charge réanimatoire, la réadmission à l'hôpital dans les trois mois, les décès dans l'année suivante, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes.

La totalité de la comparaison de la morbi-mortalité se retrouve dans le tableau 3.

3.3) Comparaison entre les patients hébergés et les non-hébergés par service référent

Comme déjà aperçu dans les figures 1 et 2, certains services ne possèdent qu'une faible part de patients hospitalisés via les urgences et donc de patients hébergés pour leur service. En conséquence, les services de dermatologie (n=9), de pneumologie/maladies rares (n=12) et d'endocrinologie (n=20) ont sur la période étudiée eu trop peu de patients hébergés pour en faire une analyse comparative, d'autant plus qu'elle est rétrospective.

Le service de cardiologie conventionnelle possède lui une très faible proportion de patients hébergés (2,40% de la population hébergée totale) ce qui correspond à 16 patients, nombre également trop faible pour être analysé.

Seuls ont donc été analysés les résultats pour les services de pneumologie de la plèvre et diagnostique/oncologie, de gériatrie/médecine interne, de gastro-entérologie et de pneumologie des bronches/allergologie.

3.3.1) Gériatrie/Médecine interne

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés pour les services de gériatrie/médecine interne

	NON HEBERGES (n=442)	HEBERGES (n=237)	p.value
Genre	Masculin : 190 (43%) Féminin : 252 (57%)	Masculin : 116 (49%) Féminin : 121 (51%)	0,137
Age (en années)	Moyen : 81,37 Médian : 84	Moyen : 77,15 Médian : 81	<0,01
IRnC dialysée ou greffée	2 (0,45%)	1 (0,42%)	>0,999
IRnC non dialysée	74 (17%)	31 (13%)	0,204
Consommation chronique d'alcool	22 (5%)	16 (7%)	0,331
Cirrhose	13 (3%)	6 (3%)	0,758
Troubles cognitifs, démence	134 (30%)	74 (31%)	0,807
Néoplasie active	76 (17%)	25 (11%)	0,020
IRc, OLD	48 (11%)	25 (11%)	0,901
Handicap moteur	51 (12%)	20 (8%)	0,208
Antécédent d'AVC	108 (24%)	62 (26%)	0,621
IC ou coronaropathie	215 (49%)	99 (42%)	0,087
Facteur de risque cardio-vasculaire	354 (80%)	175 (74%)	0,061
Antécédent de thrombose artérielle ou veineuse	83 (19%)	42 (18%)	0,725
Trouble psychiatrique	55 (12%)	40 (17%)	0,112
Lieu de vie	Domicile : 371 (84%) MDR/EHPAD : 57 (13%) FoyLog/ ResAut : 11 (2%) EMS : 3 (1%) SDF : 0 (0%)	Domicile : 206 (87%) MDR/EHPAD : 26 (11%) FoyLog/ ResAut : 3 (1%) EMS : 1 (0%) SDF : 1 (0%)	0,506
Autonomie	Autonome : 133 (30%) Limitée : 194 (44%) Grab/DépTotale : 115 (26%)	Autonome : 89 (38%) Limitée : 104 (44%) Grab/DépTotale : 44 (19%)	0,043
Hospitalisation l'année précédente	170 (38%)	83 (35%)	0,377

Sur la période étudiée, les services de gériatrie/médecine interne étaient ceux hospitalisant le plus de patients (n=679). Parmi eux, 237 (soit 35%) de ces patients étaient hébergés.

Pour la population hébergée, 85%(n=202) étaient hébergés dans un service de médecine. 9% des patients hébergés ne retournaient pas dans leur service référent, c'est-à-dire que l'intégralité de la prise en charge s'effectuait dans le service hébergeur.

Pour les 91% de patients rentrant dans leur service référent, le temps médian avant retour en service était de 17h, le temps moyen de 22,46h.

En ce qui concerne les caractéristiques de la population :

La patientèle hébergée était plus jeune de trois (médiane) à quatre (moyenne) ans. Elle avait moins de pathologie néoplasie active (11% vs 17%).

Elle était également plus autonome que la patientèle hospitalisée d'emblée dans le service référent.

La différence est non significative car la p.value est >0,05, mais il est également à noter qu'on retrouvait moins de facteur de risque cardio-vasculaire et de pathologie cardiaque dans la population hébergée.

Pour le reste des caractéristiques des patients, les deux populations étaient superposables, comme cela est visualisable dans le tableau 4.

Tableau 5 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés dans les services de gériatrie/médecine interne

	NON HEBERGES (n=442)	HEBERGES (n=237)	p.value
Mortalité	42 (10%)	13 (5%)	0,067
Durée de séjour hospitalière (en jours)	Moyenne : 10,97 Médiane : 9	Moyenne : 10,09 Médiane : 9	0,187
Durée de séjour aux urgences et UHCD (en heures)	Médiane : 8,48	Médiane : 8,58	0,115
Escarre	8 (2%)	4 (2%)	0,139
Infection	75 (17%)	28 (12%)	0,074
Trouble ionique, IRA	119 (27%)	60 (25%)	0,651
Hémorragie	19 (4%)	9 (4%)	0,754
Thromboembolique	11 (2%)	8 (3%)	0,504
Réanimation	7 (2%)	2 (1%)	0,763
Avis réanimation	19 (4%)	2 (1%)	0,013
Réadmission à 3 mois	90 (23%)	36 (16%)	0,055
Décès dans l'année	75 (19%)	31 (14%)	0,117

Dans les services de gériatrie/médecine interne, la mortalité était environ deux fois plus faible dans la population hébergée, mais avec une p.value = 0,067

La durée de séjour moyenne était plus longue d'un peu moins d'un jour chez les non-hébergés, mais la durée de séjour médiane était la même (p.value=0,187).

Les médianes de durées de séjour aux urgences et UHCD étaient semblables.

La morbidité était plus élevée dans la population non-hébergée : les infections nosocomiales (17% vs 12%), les réadmissions à 3 mois (23% vs 16%) et les décès dans l'année suivante (19% vs 14%) étaient plus nombreux mais de manière non significative.

La seule différence significative concernait l'avis des réanimateurs au cours de la prise en charge et là

encore c'était pour la population non-hébergée qu'on en retrouvait davantage (4% vs 1%, p=0,013)
 Il n'y avait pas de différence notable parmi les autres morbidités hospitalières relevées.
 L'ensemble de ces résultats de morbi-mortalité concernant les services de gériatrie/médecine interne peuvent être retrouvés dans le tableau 5.

3.3.2) Gastro-entérologie

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés pour le service de gastro-entérologie

	NON HEBERGES (n=265)	HEBERGES (n=166)	p.Value
Genre	Masculin : 151 (57%) Féminin : 114 (43%)	Masculin : 88 (53%) Féminin : 78 (47%)	0,420
Age (en années)	Moyen : 61,24 Médian : 63	Moyen : 61,45 Médian : 65,50	0,916
IRnC dialysée ou greffée	2 (1%)	2 (1%)	0,641
IRnC non dialysée	15 (6%)	13 (8%)	0,379
Consommation chronique d'alcool	23 (9%)	11 (7%)	0,442
Cirrhose	22 (8%)	20 (12%)	0,202
Troubles cognitifs, démence	14 (5%)	11 (7%)	0,561
Néoplasie active	67 (25%)	41 (25%)	0,892
IRc, OLD	12 (5%)	12 (7%)	0,234
Handicap moteur	11 (4%)	5 (3%)	0,543
Antécédent d'AVC	27 (10%)	9 (5%)	0,082
IC ou coronaropathie	73 (28%)	39 (23%)	0,350
Facteur de risque cardio-vasculaire	156 (59%)	95 (57%)	0,737
Antécédent de thrombose artérielle ou veineuse	35 (13%)	11 (7%)	0,031
Trouble psychiatrique	16 (6%)	14 (8%)	0,342
Lieu de vie	Domicile : 250 (94%) MDR/EHPAD : 8 (3%) FoyLog/ ResAut : 2 (1%) EMS : 1 (0%) SDF : 4 (2%)	Domicile : 156 (94%) MDR/EHPAD : 4 (2%) FoyLog/ResAut : 1 (1%) EMS : 3 (2%) SDF : 2 (1%)	0,687
Autonomie	Autonome : 200 (75%) Limitée : 50 (19%) Grab/DépTotale : 15 (6%)	Autonome : 114 (69%) Limitée : 38 (23%) Grab/DépTotale : 14 (8%)	0,269
Hospitalisation l'année précédente	111 (42%)	65 (39%)	0,575

431 dossiers de patients hospitalisés pour le service de gastro-entérologie ont pu être analysés sur les six mois étudiés. Parmi eux, 166 patients (38,5%) étaient hébergés.

Dans la population hébergée pour le service de gastro-entérologie, 64 patients (39%) étaient hébergés en service de chirurgie ; 39 patients (24%) n'étaient pas transférés dans le service référent. Pour les patients hébergés transférés secondairement en service de gastro-entérologie, le temps médian de retour en service était de 18h, le temps moyen de 30,12h.

Les populations hébergées et non-hébergées pour les services de gastro-entérologie présentaient peu de différence en termes de caractéristiques.

L'âge moyen était semblable, l'âge médian possédait une différence de deux ans, non significative.

Les proportions de néoplasie active étaient similaires (25%).

Il n'y avait pas de différence significative concernant la cirrhose ou la présence d'une consommation alcoolique active.

Les seules différences significatives concernaient l'antécédent d'AVC et l'antécédent d'une maladie thrombotique artérielle ou veineuse, avec une proportion plus élevée dans la population non-hébergée. Il n'y avait pas de différence significative en termes d'autonomie ou d'hospitalisation l'année précédente.

L'ensemble des caractéristiques pour les patients de gastro-entérologie sont visualisables dans le tableau 6.

Tableau 7 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés pour le service de gastro-entérologie

	NON HEBERGES (n=265)	HEBERGES (n=166)	p.value
Mortalité	15 (6%)	2 (1%)	0,021
Durée de séjour hospitalière (en jours)	Moyenne : 10,09 Médiane : 7	Moyenne : 9,88 Médiane : 8	0,873
Durée de séjour aux urgences et UHCD (en heures)	Médiane : 7,27	Médiane : 7,60	0,759
Escarre	0 (0%)	1 (1%)	0,206
Infection	31 (12%)	17 (10%)	0,640
Trouble ionique, IRA	27 (10%)	22 (13%)	0,329
Hémorragie	9 (3%)	5 (3%)	0,827
Thromboembolique	7 (3%)	3 (2%)	0,748
Réanimation	8 (3%)	4 (2%)	0,774
Avis réanimation	13 (5%)	4 (2%)	0,195
Réadmission à 3 mois	49 (20%)	45 (27%)	0,060
Décès dans l'année	40 (16%)	31 (19%)	0,433

Il y avait une différence de mortalité (p.value=0,021) de cinq points entre les patients non-hébergés et les patients hébergés (6% vs 1%). On ne retrouvait pas de différence significative de durée de séjour même si la médiane était plus courte d'un jour pour les patients non-hébergés.

Il n'y avait pas de différence significative concernant la morbidité hospitalière. On retrouvait plus de réadmission à trois mois pour la population hébergée (27% vs 20%) sans que toutefois cette différence ne soit significative.

Tous ces résultats peuvent être visualisés dans le tableau 7.

3.3.3) Pneumologie maladie des bronches/Allergologie

Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés pour le service de pneumologie/allergologie

	NON HEBERGES (n=89)	HEBERGES (n=121)	p.Value
Genre	Masculin : 42 (47%) Féminin : 47 (53%)	Masculin : 61 (50%) Féminin : 60 (50%)	0,644
Age (en années)	Moyen : 68,93 Médian : 73	Moyen : 66,93 Médian : 70	0,396
IRnC dialysée ou greffée	0	0	
IRnC non dialysée	4 (4%)	12 (10%)	0,143
Consommation chronique d'alcool	8 (9%)	4 (3%)	0,080
Cirrhose	2 (2%)	1 (1%)	0,575
Troubles cognitifs, démence	6 (7%)	12 (10%)	0,417
Néoplasie active	17 (19%)	14 (12%)	0,128
IRc, OLD	47 (53%)	51 (42%)	0,126
Handicap moteur	6 (7%)	13 (11%)	0,318
Antécédent d'AVC	8 (9%)	10 (8%)	0,853
IC ou coronaropathie	25 (28%)	40 (33%)	0,442
Facteur de risque cardio-vasculaire	66 (74%)	88 (73%)	0,817
Antécédent de thrombose artérielle ou veineuse	12 (13%)	18 (15%)	0,776
Trouble psychiatrique	14 (16%)	17 (14%)	0,734
Lieu de vie	Domicile : 80 (90%) MDR/EHPAD : 4 (4%) FoyLog/ ResAut : 2 (2%) EMS : 1 (1%) SDF : 2 (2%)	Domicile : 106 (88%) MDR/EHPAD : 9 (7%) FoyLog/ ResAut : 3 (2%) EMS : 3 (2%) SDF : 0 (0%)	0,506
Autonomie	Autonome : 52 (58%) Limitée : 27 (30%) Grab/DépTotale : 10 (11%)	Autonome : 71 (59%) Limitée : 39 (32%) Grab/DépTotale : 11 (9%)	0,863
Hospitalisation l'année précédente	44 (49%)	43 (36%)	0,043

210 dossiers de patients hospitalisés pour ce service de pneumologie ont pu être analysés sur cette période de six mois.

Il y a eu plus de patients hébergés (57,6%, n=121) que de patients non-hébergés (n=89).

Parmi eux, 18% des patients hébergés l'étaient en chirurgie.

Pour 16% des patients hébergés, l'intégralité de la prise en charge avait lieu dans le service hébergeur.

Pour les patients hébergés transférés secondairement en service de pneumologie, le temps médian de retour était de 24h, le temps moyen de 31,71h.

Il n'y avait pas de différence significative (p.value=0,396) entre les deux groupes pour l'âge même si la population hébergée était plus jeune de deux (moyenne) ou trois (médiane) ans.

Il n'y avait pas de différence significative concernant les comorbidités des deux groupes même si la population non-hébergée présentait plus de néoplasie active (19% vs 12%) et plus d'insuffisance respiratoire chronique (53% vs 42%).

L'autonomie et le lieu de vie étaient similaires entre les deux groupes.

La population hébergée avait moins été hospitalisée l'année précédente (36% vs 49%).

L'ensemble de ces caractéristiques peuvent être retrouvées dans le tableau 8.

Tableau 9 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés pour le service de pneumologie/allergologie

	NON HEBERGES (n=89)	HEBERGES (n=121)	p.value
Mortalité	8 (9%)	6 (5%)	0,247
Durée de séjour hospitalière (en jours)	Moyenne : 11,12 Médiane : 9	Moyenne : 10,47 Médiane : 9	0,572
Durée de séjour aux urgences et UHCD (en heures)	Médiane : 8,02	Médiane : 8,40	0,918
Escarre	0 (0%)	4 (3%)	0,139
Infection	9 (10%)	12 (10%)	0,963
Trouble ionique, IRA	13 (15%)	24 (20%)	0,326
Hémorragie	1 (1%)	2 (2%)	>0,999
Thromboembolique	2 (2%)	3 (2%)	>0,999
Réanimation	4 (4%)	7 (6%)	0,763
Avis réanimation	7 (8%)	11 (9%)	0,754
Réadmission à 3 mois	16 (20%)	18 (16%)	0,455
Décès dans l'année	8 (10%)	3 (3%)	0,054

Il n'y avait pas de différence significative concernant la morbi-mortalité pour le service de pneumologie/allergologie.

On retrouvait légèrement plus de mortalité dans le groupe des non-hébergés (9% vs 5%) mais cette différence n'est pas significative (p.value=0,247).

Les durées de séjour totales et aux urgences étaient similaires.

Il n'y avait pas de différence significative concernant les complications hospitalières.

On constatait plus de réadmission à 3 mois et de décès survenant dans l'année suivant l'hospitalisation dans le groupe des non-hébergés mais la différence n'est pas significative (p.value>0,05).

L'ensemble des résultats peut être retrouvé dans le tableau 9.

3.3.4) Oncologie/Pneumologie diagnostique – Maladies de la plèvre

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés pour les services d'oncologie/pneumologie diagnostique – maladies de la plèvre

	NON HEBERGES (n=45)	HEBERGES (n=85)	p.Value
Genre	Masculin : 25 (56%) Féminin : 20 (44%)	Masculin : 48 (56%) Féminin : 37 (44%)	0,920
Age (en années)	Moyen : 70,69 Médian : 72	Moyen : 65,82 Médian : 66	0,073
IRnC dialysée ou greffée	0	0	
IRnC non dialysée	5 (11%)	8 (9%)	0,765
Consommation chronique d'alcool	3 (7%)	5 (6%)	>0,999
Cirrhose	1 (2%)	2 (2%)	>0,999
Troubles cognitifs, démence	3 (7%)	2 (2%)	0,340
Néoplasie active	35 (78%)	71 (84%)	0,421
IRc, OLD	8 (18%)	13 (15%)	0,714
Handicap moteur	1 (2%)	5 (6%)	0,664
Antécédent d'AVC	5 (11%)	5 (6%)	0,314
IC ou coronaropathie	18 (40%)	13 (15%)	0,002
Facteur de risque cardio-vasculaire	31 (69%)	56 (66%)	0,729
Antécédent de thrombose artérielle ou veineuse	13 (36%)	20 (24%)	0,145
Trouble psychiatrique	4 (9%)	3 (4%)	0,234
Lieu de vie	Domicile : 44 (98%) MDR/EHPAD : 1 (2%) FoyLog/ ResAut : 0 (0%) EMS : 0 (0%) SDF : 0 (0%)	Domicile : 81 (95%) MDR/EHPAD : 2 (2%) FoyLog/ ResAut : 1 (1%) EMS : 0 (0%) SDF : 1 (1%)	>0,999
Autonomie	Autonome : 19 (42%) Limitée : 22 (49%) Grab/DépTotale : 4 (9%)	Autonome : 47 (55%) Limitée : 34 (40%) Grab/DépTotale : 4 (5%)	0,289
Hospitalisation l'année précédente	32 (71%)	57 (67%)	0,636

Pour ces deux services, 130 dossiers de patients ont pu être analysés.

Parmi eux, 65% patients(n=85) étaient hébergés.

21% des patients hébergés l'étaient en service de chirurgie.

Lorsqu'ils étaient hébergés, 84% des patients rentraient dans leur service référent avant la fin de prise en charge. Pour les patients hébergés rentrant dans leur service référent, le temps médian avant retour était de 40h, le temps moyen de 53,31h.

Les patients hébergés étaient plus jeunes de cinq (moyenne) à six (médiane) ans que la population non-hébergée, sans que toutefois la différence ne soit significative (p.value=0,073).

Il n'y avait pas de différence significative en termes de néoplasie active.

La population non-hébergée présentait plus de pathologie cardiaque que la population hébergée (p.value=0,02).

Il n'y avait pas d'autre différence significative dans les caractéristiques des patients, ceci peut être retrouvé dans le tableau 10.

Tableau 11 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés pour les services d'oncologie/pneumologie diagnostique – maladies de la plèvre

	NON HEBERGES (n=45)	HEBERGES (n=85)	p.value
Mortalité	9 (20%)	15 (18%)	0,813
Durée de séjour hospitalière (en jours)	Moyenne : 10,62 Médiane : 8	Moyenne : 12,11 Médiane : 10	0,318
Durée de séjour aux urgences et UHCD (en heures)	Médiane : 8,18	Médiane : 8,63	0,450
Escarre	0	0	
Infection	4 (9%)	13 (15%)	0,415
Trouble ionique, IRA	2 (4%)	14 (16%)	0,053
Hémorragie	0 (0%)	3 (4%)	0,551
Thromboembolique	0 (0%)	1 (1%)	>0,999
Réanimation	1 (2%)	6 (7%)	0,421
Avis réanimation	2 (4%)	8 (9%)	0,492
Réadmission à 3 mois	18 (50%)	30 (43%)	0,484
Décès dans l'année	25 (69%)	40 (58%)	0,251

Il n'y avait pas de différence notable de mortalité entre les deux groupes (20% vs 18%).

La durée de séjour était plus longue de deux jours pour la médiane, d'environ un jour et demi pour la moyenne. Mais cette différence n'est pas significative statistiquement.

La durée de séjour médiane aux urgences et UHCD n'était différente que de 0,5 heures.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant les complications, même s'il y avait nettement plus de trouble ionique ou d'insuffisance rénale aiguë dans le groupe des hébergés (16% vs 4%, p.value=0,053).

On ne retrouvait pas de différence significative concernant la réadmission ou la mortalité dans l'année suivante.

Tous ces résultats peuvent être retrouvés dans le tableau 11.

3.4) Comparaison entre les hébergés en chirurgie et les hébergés en médecine dans la population totale

Tableau 12 : Comparaison des caractéristiques des patients hébergés en médecine et en chirurgie

	HEBERGES EN MEDECINE (n=519)	HEBERGES EN CHIRURGIE (n=147)	p.value
Genre	Masculin : 262 (50%) Féminin : 257 (50%)	Masculin : 83 (56%) Féminin : 64 (44%)	0,200
Age (en années)	Moyen : 69,73 Médian : 74	Moyen : 65,44 Médian : 68	0,020
IRnC dialysée ou greffée	2 (0%)	1 (1%)	0,527
IRnC non dialysée	57 (11%)	12 (8%)	0,322
Consommation chronique d'alcool	28 (5%)	11 (7%)	0,344
Cirrhose	26 (5%)	4 (3%)	0,238
Troubles cognitifs, démence	85 (16%)	20 (14%)	0,416
Néoplasie active	124 (24%)	33 (22%)	0,716
IRc, OLD	91 (18%)	22 (15%)	0,464
Handicap moteur	39 (8%)	7 (5%)	0,245
Antécédent d'AVC	73 (14%)	16 (11%)	0,317
IC ou coronaropathie	179 (34%)	36 (24%)	0,022
Facteur de risque cardio-vasculaire	363 (70%)	94 (64%)	0,167
Antécédent de thrombose artérielle ou veineuse	84 (16%)	19 (13%)	0,335
Trouble psychiatrique	65 (13%)	15 (10%)	0,445
Lieu de vie	Domicile : 471 (91%) MDR/EHPAD : 35 (7%) FoyLog/ ResAut : 7 (1%) EMS : 4 (1%) SDF : 2 (0%)	Domicile : 131 (88%) MDR/EHPAD : 9 (6%) FoyLog/ResAut : 2 (1%) EMS : 3 (2%) SDF : 3 (2%)	0,165
Autonomie	Autonome : 276 (53%) Limitée : 180 (35%) Grab/DépTotale : 63 (12%)	Autonome : 86 (59%) Limitée : 47 (32%) Grab/DépTotale : 14 (10%)	0,467
Hospitalisation l'année précédente	214 (41%)	59 (40%)	0,811
Service référent	Dermatologie : 7 (1%) Pneumologie bronches : 99 (19%) Pneumologie/oncologie : 67 (13%) Gériatrie/méd interne : 202 (39%) Pneumologie mal. rares : 10 (2%) Gastro-entérologie : 102 (20%) Cardiologie : 14 (3%) Endocrinologie : 18 (3%)	Dermatologie : 2 (1%) Pneumologie bronches : 22 (15%) Pneumologie/oncologie : 18 (12%) Gériatrie/med interne : 35 (24%) Pneumologie mal. rares : 2 (1%) Gastro-entérologie : 64 (44%) Cardiologie : 2 (1%) Endocrinologie : 2 (1%)	NA

Sur les 666 patients hébergés, 519 étaient hébergés en service de médecine et 147 étaient hébergés en service de chirurgie.

202 patients hébergés en médecine (39%) l'étaient pour la gériatrie/médecine interne.

64 patients hébergés en chirurgie (44%) l'étaient pour la gastro-entérologie.

La patientèle hébergée en chirurgie était plus jeune de six ans selon la médiane, de plus de quatre ans selon la moyenne (p.value=0,02).

Il n'y avait aucune autre différence statistiquement significative entre ces deux groupes concernant leurs caractéristiques hormis les antécédents cardiaques, pour lesquels on en retrouvait plus dans la population hébergée en médecine (34% vs 24%).

Toutes ces caractéristiques peuvent être visualisés dans le tableau 12.

Tableau 13 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés en médecine et en chirurgie

	HEBERGES EN MEDECINE (n=519)	HEBERGES EN CHIRURGIE (n=147)	p.value
Mortalité	27 (5%)	9 (6%)	0,663
Durée de séjour hospitalière (en jours)	Moyenne : 10,44 Médiane : 9	Moyenne : 10,33 Médiane : 8	0,931
Durée de séjour aux urgences et UHCD (en heures)	Médiane : 8,20	Médiane : 8,42	0,380
Escarre	7 (1%)	3 (2%)	0,467
Infection	64 (12%)	15 (10%)	0,481
Trouble ionique, IRA	108 (21%)	24 (16%)	0,229
Hémorragie	14 (3%)	5 (3%)	0,585
Thromboembolique	13 (3%)	2 (1%)	0,541
Réanimation	18 (3%)	5 (3%)	0,969
Avis réanimation	21 (4%)	8 (5%)	0,464
Réadmission à 3 mois	113 (23%)	28 (20%)	0,505
Décès dans l'année	91 (19%)	21 (15%)	0,368

Il n'y avait pas de différence significative de mortalité entre les deux groupes (5% vs 6%, p.value=0,663).

La médiane de durée de séjour est plus courte d'un jour sans différence statistiquement significative mais la moyenne est semblable.

Il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes, que ce soit en termes de complications pendant l'hospitalisation ou de réadmission/mortalité à distance.

Toutes ces valeurs peuvent être retrouvées dans le tableau 13.

4) DISCUSSION

4.1) Limites

Cette étude présente, comme tout travail rétrospectif, de nombreuses limites.

Tout d'abord un biais d'exclusion : pour qu'une analyse d'un patient soit complète, il fallait au minimum qu'il y ait un compte-rendu d'hospitalisation dans le dossier patient informatisé (DPI) de celui-ci. Or certains comptes-rendus étaient manquants, ce qui a forcé l'exclusion de ces patients, entraînant de ce fait un biais d'exclusion.

Seuls les patients hospitalisés pour une pathologie relevant du domaine médical étaient inclus, ce qui ne nous permet pas d'évaluer la pratique de l'hébergement en chirurgie sur l'hôpital nord. Cela a été justifié par le fait que les méthodes d'hébergement et donc de prise en charge étaient différentes et de ce fait non comparables entre elles.

Le recueil des critères de jugement secondaires, qui regroupaient les complications au cours de l'hospitalisation, était réalisé par la lecture des comptes-rendus médicaux. Ainsi des complications n'ayant pas été notifiées dans le compte-rendu d'hospitalisation n'ont pu être analysées, ce qui pourrait avoir un impact sur les résultats.

Le recueil des caractéristiques des patients se faisait également via les comptes-rendus d'hospitalisation, ainsi certaines comorbidités ont pu ne pas être incluses dans les analyses si celles-ci n'étaient pas notifiées.

Concernant la mortalité à un an, cette donnée était intégrée positivement si le décès survenait dans un établissement de l'APHM, ou qu'il était notifié dans le DPI¹³, mais également si le patient sortait d'hospitalisation pour des soins palliatifs de fin de vie à domicile ou en établissement spécialisé. Si un patient décédait à domicile ou dans un autre établissement l'année suivante, sans que cela ne soit notifié comme expliqué précédemment, cette donnée devenait manquante.

Il en était de même pour la réadmission à trois mois : si un patient était réadmis dans les trois mois dans une autre structure que l'APHM, cette donnée était manquante et ne pouvait donc pas être intégrée à l'analyse.

Une autre limite inhérente au travail rétrospectif est la différence en termes de taille des deux groupes comparés, ceci pouvant perturber l'analyse statistique.

Dans l'analyse en sous-groupes par service référent, les faibles effectifs peuvent entraîner un manque de puissance et ainsi ne nous permettent pas de montrer de différence statistiquement significative.

4.2) Puissance de l'étude

Cette étude peut être considérée comme ayant une forte puissance pour plusieurs raisons. Tout d'abord, du fait de son effectif important qui est de 1841 dossiers de patients analysés. De plus, l'analyse sur une durée de six mois permet également d'étudier les effets de l'hospitalisation

¹³ DPI : Dossier Patient Informatisé

en prenant en compte les périodes de « crise » (épidémies hivernales, fermeture de lits l'été) et les périodes plus « calmes ».

L'analyse en sous-groupes par service référent permet également une analyse plus précise qui respecte les spécificités propres à chaque spécialité (moyenne d'âge, durée de séjour...).

Le choix des critères de jugement principaux sont également une puissance de l'étude. La mortalité et la durée de séjour sont deux variables fortes, facilement mesurables, objectives, non exposées à des biais de recueil.

4.3) Critère de jugement principal

4.3.1) Mortalité

Dans l'analyse brute des données, on retrouve une différence de mortalité entre les deux groupes. On retrouve une mortalité plus élevée dans le groupe des non-hébergés significative en gastro-entérologie (6% vs 1%, p.value=0,021). Cette différence est non significative mais notable en gériatrie/médecine interne (10% vs 5%, p.value=0,067) et dans la population totale (7,75% vs 5,40%, p.value=0,057).

Il n'y avait en revanche pas de différence significative en termes de mortalité dans les services de pneumologie – maladies des bronches et d'oncologie/pneumologie diagnostique.

Cette différence peut notamment être expliquée dans la population totale et en gériatrie/médecine interne par les différences de caractéristiques entre les deux groupes :

Dans la population totale, la population non-hébergée était plus âgée d'environ trois ans, présentait plus de pathologies cardiaques et plus de facteurs de risque cardio-vasculaires.

La différence concernant les comorbidités cardio-vasculaires peut notamment être expliquée par le fait que les services de cardiologie conventionnelle avaient une très faible proportion de population hébergée.

En gériatrie/médecine interne, les patients non-hébergés étaient également plus âgés, présentaient plus de néoplasie active et étaient moins autonomes.

En revanche, les patients hébergés et les patients hospitalisés d'emblée dans leur service référent pour la gastro-entérologie ne présentaient pas de différence constitutionnelle ou acquise significative.

Une des explications à cette différence de mortalité entre les deux groupes pourrait être que, lorsque deux patients doivent être hospitalisés dans un service où il ne reste qu'une seule place, les urgentistes (en heures non-ouvrables) ou les médecins référents du service (en heures ouvrables) préfèrent hospitaliser le patient le plus fragile ou le plus grave dans son service référent d'emblée afin d'assurer une prise en charge optimale de ce patient.

Dans la littérature internationale, les résultats sont divergents :

Certaines études retrouvaient des résultats contraires à ce travail, avec une augmentation de la mortalité pour les patients hébergés(18–21). En revanche, d'autres études montraient des résultats similaires et ne retrouvaient pas de surmortalité pour les patients hébergés(15,16,22).

Ces résultats divergents suggèrent que les modalités et protocoles locaux d'hébergement peuvent impacter la survie des patients.

L'absence d'impact négatif de l'hébergement sur la mortalité est une donnée concordante avec les précédents travaux menés à propos de l'hébergement à l'hôpital Nord(24).

4.3.2) Durée de séjour

Aucune différence significative de durée de séjour hospitalière n'a été retrouvée dans cette étude entre patientèle hébergée et patientèle hospitalisée d'emblée en service référent, que ce soit dans la population totale ou dans les sous-groupes selon le service référent.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cela.

Tout d'abord le fait que l'hébergement soit protocolisé à l'hôpital Nord et pratiqué depuis de nombreuses années peut expliquer une certaine rigueur dans le respect des protocoles d'hébergement. Avec l'expérience les services se sont organisés, des médecins ou internes sont fréquemment désignés pour ne s'occuper que des patients hébergés ce qui permet de débiter la prise en charge spécialisée dans les services hébergeurs et ainsi ne pas retarder les différents processus de prise en charge globale du patient (examens complémentaires radiologiques, biologiques, etc.). Les services référents se sont également organisés pour rapatrier rapidement les patients hébergés. En effet, avec des temps médians inférieurs à 24h avant le retour en service référent, il est facile d'imaginer qu'une des priorités des services référents est de récupérer les patients hébergés afin de ne pas allonger les délais de prise en charge hospitalière spécialisée, d'autant plus délétère pour les populations fragiles.

Plusieurs travaux viennent étayer ces résultats comme ces deux études qui ne retrouvaient pas de différence significative concernant la durée de séjour (17,20).

Mais ceux-ci restent contradictoires avec l'étude de Perimal *et al* en 2013(18), qui tout comme le Dr NICOLAS à l'hôpital nord en 2022(24) retrouvaient une durée de séjour plus courte pour la patientèle hébergée.

Concernant ces résultats à l'hôpital Nord, plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette divergence. Premièrement, le travail mené avant le nôtre ne portait que sur 569 patients. L'effectif étant plus faible, les résultats ont pu être biaisés. De plus, les proportions de patients hébergés et non-hébergés par service référent étaient différentes de celles retrouvées dans notre étude. Les durées de séjour étant différentes selon le service médical référent, cela a pu impacter les durées de séjour dans la population totale.

Certains travaux retrouvaient eux au contraire des durées de séjour allongées pour les patients hébergés(15,16,22).

Ces résultats divergents suggèrent à nouveau que les modalités locales d'hébergement ont un impact non négligeable sur la prise en charge des patients.

4.4) Critères de jugement secondaires

Sur l'ensemble des critères de jugement secondaires analysés, la seule différence statistiquement significative concernait la demande d'avis réanimatoire pour les patients de gériatrie/médecine interne. Celle-ci était plus importante dans le groupe des patients non-hébergés.

Aucune différence significative n'était retrouvée en ce qui concerne les complications durant

l'hospitalisation.

Ici encore, le retour rapide en service référent, la limitation de l'hébergement d'un patient de médecine en chirurgie, la protocolisation de l'hébergement sont des pratiques possiblement protectrices pour les patients hébergés.

Les résultats d'une étude espagnole de 2019 viennent appuyer les propos de ce travail de thèse sur le retour rapide en service référent concernant les complications. En effet, celle-ci ne retrouvait une augmentation des complications pour les patients hébergés qu'à partir de 2,5 jours d'hébergement(25).

4.5) Ouverture

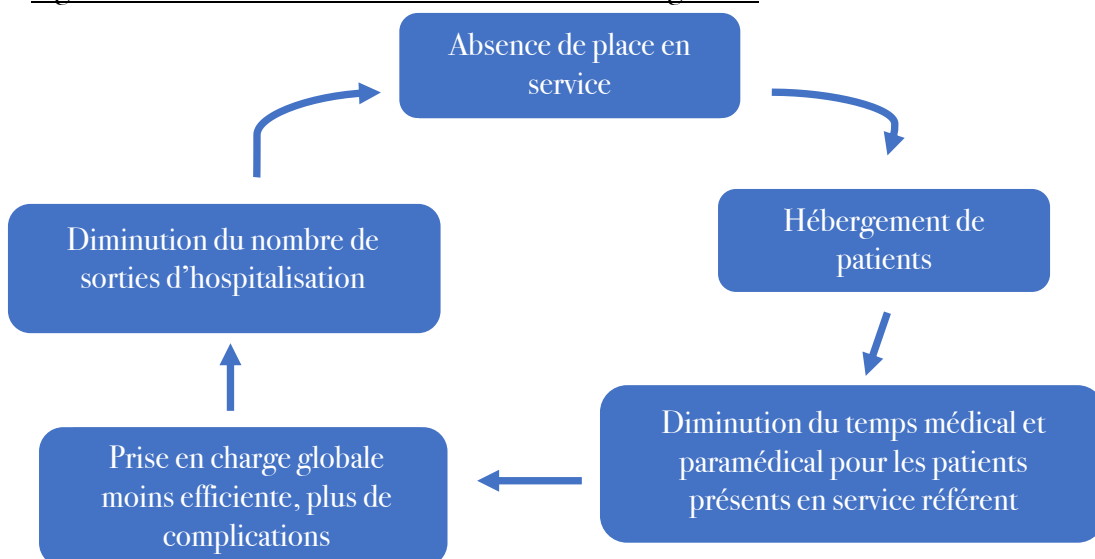
Il paraît nécessaire d'avoir une vision plus élargie que la stricte morbi-mortalité à propos de cette pratique. Pour rappel, sur notre période d'étude, plus d'un patient sur trois hospitalisé pour un service de médecine était hébergé.

Un patient hébergé représente tout d'abord une charge de travail supplémentaire sur le plan paramédical. Comme l'analyse l'a montré, ce sont des patients qui retournent rapidement dans le service de référence, imposant un nettoyage de chambre supplémentaire. De plus, les patients hébergés représentent une charge de travail et de stress multipliée liée à l'utilisation de thérapeutiques non habituelles pour le personnel du service hébergeur, imposant une interaction avec le personnel médical du service référent qui peut s'avérer difficile pour des contraintes notamment géographiques.

Sur le versant médical, les patients hébergés sont également une charge mentale et du travail supplémentaire. Il faut en effet se déplacer dans différents services pour examiner la totalité des patients hébergés et arriver à interagir avec le personnel paramédical hébergeant ce qui peut constituer une difficulté. (11)

Par ailleurs la problématique de gestion des lits vient se surajouter et utiliser un temps médical et paramédical précieux avec le risque d'installation d'un cercle vicieux.

Figure 6 : Schématisation du cercle vicieux de l'hébergement



Du côté des patients, l'hébergement est un élément anxiogène surajouté à l'hospitalisation. Il peut aboutir à un sentiment d'être moins bien traité, d'être oublié. (12,13) Ces répercussions psychologiques, bien que non étudiées, ne sauraient être bénéfiques au patient.

L'hébergement devrait rester une solution d'urgence, de crise. Et non s'inscrire dans une forme de normalité. Il pourrait participer à l'épuisement professionnel à l'hôpital et à la fuite de ses employés. (26-28).

Depuis septembre 2023, il n'y a plus de patients hébergés à l'hôpital Nord. Lorsqu'un patient doit être hospitalisé, mais qu'il n'y a plus de lit disponible dans le service référent de sa pathologie, ce dernier est hospitalisé dans un autre service mais alors l'intégralité de la prise en charge (médicale comme paramédicale) relève du service dans lequel le patient est hospitalisé même s'il n'est pas le service référent.

Il serait donc intéressant de comparer la morbi-mortalité de ce nouveau système avec l'hébergement tel que nous l'avons vu dans ce travail même si pour le moment il n'existe pas de moyen d'identifier ces patients. Il paraît également nécessaire d'évaluer l'impact de l'hébergement dans les services de chirurgie de l'hôpital Nord.

Idéalement, une analyse prospective de cette pratique apporterait beaucoup plus de puissance à ces résultats.

5) CONCLUSION

L'hébergement hospitalier est une pratique liée à la tension quasi permanente régnant sur les lits « d'aval » et qui s'avère être de plus en plus en forte. Il permet aux patients d'éviter de stagner aux urgences, ce qui est dangereux pour eux.

Sur la période étudiée, pour les services de médecine à l'hôpital nord, plus d'un patient hospitalisé sur trois était hébergé un certain temps avant de retourner ou non dans son service référent.

Si dans certaines études cette pratique a montré des limites avec une augmentation de la mortalité, de la durée de séjour ou de certaines complications, elle semble désormais relativement sûre en service de médecine à l'hôpital nord.

En effet, sur six mois et de manière rétrospective, il n'a pas été prouvé d'augmentation significative de morbi-mortalité ou de durée de séjour pour les patients hébergés, que ce soit en analyse dans la population totale, ou en sous-groupes par service référent.

Plusieurs facteurs, probablement protecteurs pour les patients hébergés, ont été instaurés à l'hôpital Nord en évitant l'hébergement aux patients les plus fragiles, en mettant en place un protocole d'établissement respecté par tous, en désignant quotidiennement des médecins responsables des hébergés pour les services référent, et en s'obligeant à récupérer les patients hébergés le plus rapidement possible dans les lits du service de référence.

Mais l'hébergement devrait rester une solution temporaire, de crise, et non s'inscrire dans la norme et le quotidien car il n'est qu'une situation de secours lié à un défaut de lits d'aval.

Cette pratique pourrait participer à un épuisement professionnel paramédical comme médical, et participer à la fuite de l'hôpital public du personnel soignant.

6) BIBLIOGRAPHIE

1. Communiqués de Presse / CP-SUDF [09/03/2018] : Plus de 15 000 patients en danger dans les services d'urgence / Samu - Urgences de France [Internet]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/presse/-cp-sudf-09-03-2018-plus-de-15-000-patients-en-danger-dans-les-services-d-urgence/art_id/919
2. Enquête Urgences 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
3. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée - Insee Première - 1881 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
4. Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240711_ER_UrgencesHospitalieres2023
5. Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240718_Panorama_EtablissementsSante2024
6. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality. *Acad Emerg Med*. 2011;18(12):1324-9.
7. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 juill 2019;9(4):229-34.
8. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J*. 1 mars 2022;39(3):168-73.
9. Lauque D, Khalemsky A, Boudi Z, Östlundh L, Xu C, Alsabri M, et al. Length-of-Stay in the Emergency Department and In-Hospital Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. janv 2023;12(1):32.
10. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte K, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*. 1 déc 2023;183(12):1378-85.
11. 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*. 1 mars 2012;21(3):218-24.
12. 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.* 2015;18(5):982-94.

13. Sobolewska V, Duff H, Craighead F, Macpherson I, Veiraiah A, Dummer S, et al. Improving care for patients in the outlying wards: Lessons from patients' care experience. *9 juin 2022;21(2):80-5.*
14. 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.* 1 juin 2005;36(6):710-3.
15. 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.* 1 mai 2017;7(5):e015676.
16. Alameda C, Suárez C. Clinical outcomes in medical outliers admitted to hospital with heart failure. *Eur J Intern Med.* 1 déc 2009;20(8):764-7.
17. 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.
18. 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.* 2013;43(6):712-6.
19. 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.* 2014;200(1):45-8.
20. 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.* 1 janv 2018;27(1):11-20.
21. Perimal-Lewis L, Bradley C, Hakendorf PH, Whitehead C, Heuzenroeder L, Crotty M. The relationship between in-hospital location and outcomes of care in patients diagnosed with dementia and/or delirium diagnoses: analysis of patient journey. *BMC Geriatr.* 24 nov 2016;16(1):190.
22. Stowell A, Claret PG, 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(1):17.
23. 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.* 1 juill 2019;34(7):1314-21.
24. Nicolas G. Gestion de la carence de lits d'aval pour les patients hospitalisés depuis un service d'urgences. 7 avr 2022;30.
25. Gomez-Rosado JC, Li YH, Valdés-Hernández J, Oliva-Mompeán F, Capitán-Morales

LC. Analysis of Frequency, Type of Complications and Economic Costs of Outlying Patients in General and Digestive Surgery. *Cir Esp Engl Ed.* 1 mai 2019;97(5):282-8.

26. Avis Comment prendre soin des professionnels de santé ? | Fédération Hospitalière de France [Internet]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/ethique/avis-comment-prendre-soin-des-professionnels-de-sante>

27. Enquête de la FHF sur la situation RH dans les établissements en 2022 | Fédération Hospitalière de France [Internet]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/expertises/ressources-humaines/enquete/enquete-de-la-fhf-sur-la-situation-rh-dans-les-etablissements-en-2022>

28. Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/pres-dune-infirmiere-hospitaliere-sur-deux>

7) ABREVIATIONS

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

OLD : Oxygénothérapie Longue Durée

FDRCV : Facteur de Risque Cardio-Vasculaire

MDR : Maison De Retraite

EHPAD : Établissement d'Hospitalisation pour Personnes Âgées Dépendantes

IRnC : Insuffisance Rénale Chronique

IReC : Insuffisance Respiratoire Chronique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

IC : Insuffisance Cardiaque

FoyLog/ResAut : Foyer Logement / Résidence Autonomie

EMS : Établissement Médico-Social

SDF : Sans Domicile Fixe

Grab/DepTotale : Grabataire / Dépendance Totale

IRA : Insuffisance Rénale Aigue

DPI : Dossier Patient Informatisé

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale

TU : Terminal Urgences®

8) LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences de 1996 à 2021

Figure 2 : Évolution du nombre de lits et places d'hospitalisation de 2013 à 2022

Figure 3 : Diagramme de flux pour les patients hospitalisés pour un service de médecine conventionnel à l'hôpital nord

Figure 4 : Répartition de la population totale hospitalisée via les urgences selon le service référent

Figure 5 : Répartition de la population totale hébergée via les urgences selon le service référent

Figure 6 : Schématisation du cercle vicieux de l'hébergement

Tableau 1 : Caractéristiques générales des patients de la population totale étudiée

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés dans la population totale

Tableau 3 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés dans la population totale

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés pour les services de gériatrie/médecine interne

Tableau 5 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés dans les services de gériatrie/médecine interne

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés pour le service de gastro-entérologie

Tableau 7 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés pour le service de gastro-entérologie

Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés pour le service de pneumologie/allergologie

Tableau 9 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés pour le service de pneumologie/allergologie

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques générales des patients hébergés versus non hébergés pour les services d'oncologie/pneumologie diagnostique – maladies de la plèvre

Tableau 11 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés versus non-hébergés pour les services d'oncologie/pneumologie diagnostique – maladies de la plèvre

Tableau 12 : Comparaison des caractéristiques des patients hébergés en chirurgie et en médecine

Tableau 13 : Comparaison de la morbi-mortalité des patients hébergés en chirurgie et en médecine

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Résumé

Contexte : La tension permanente sur les lits d'hospitalisation d'aval est l'une des causes principales de la surcharge des services d'urgence en France. La pratique de l'hospitalisation par hébergement est une des solutions trouvées pour palier à ce phénomène. Elle consiste à hospitaliser les patients (dont le service adapté à leur pathologie aiguë est en manque de lit) dans un autre service, non référent, qui lui possède un lit d'hospitalisation disponible. Ce modèle est notamment pratiqué à l'Hôpital Nord de Marseille, établissement de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM).

Objectif : Évaluer l'impact (en termes de morbi-mortalité) de la pratique de l'hébergement dans les services de médecine de l'Hôpital Nord de Marseille.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique et comparative. Elle a inclus un total de 1841 patients hospitalisés pour une pathologie médicale à l'Hôpital Nord du 01/08/2022 au 31/01/2023, soit une période de six mois. La morbi-mortalité était comparée entre les patients hébergés et les patients hospitalisés d'emblée dans le service adapté à leur pathologie (service référent). La mortalité et la durée de séjour hospitalière constituaient le critère de jugement principal composite. Les critères de jugement secondaires étaient la durée de séjour aux urgences, les complications au cours de l'hospitalisation, la réadmission à 3 mois et la mortalité à 1 an.

Résultats : Dans l'analyse en population totale ou en sous-groupes par service référent, la population hébergée était fréquemment plus jeune et moins fragile que la population non-hébergée. A part pour le service de gastro-entérologie où la mortalité était plus élevée dans la population non-hébergée (6% vs 1%, $p=0,021$), il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le critère de jugement principal composite. Aucune tendance à une différence ne se dégageait non plus dans les critères de jugement secondaires.

Conclusion : La pratique de l'hébergement pour une pathologie médicale à l'Hôpital Nord paraît désormais présenter peu de risques pour les patients. Pour confirmer cette hypothèse, une évaluation prospective semble nécessaire. Il semble également licite d'évaluer l'impact de cette pratique pour les pathologies chirurgicales, ainsi que le ressenti et l'éventuel impact sur les soignants.

Abstract

Background: Constant pressure on downstream hospital beds is one of the main causes of overcrowding in French emergency departments. The practice of hospitalization by out-lying is one of the solutions found to alleviate this phenomenon. It consists of hospitalizing patients (whose acute pathology department is short of beds) in another, non-referral department, which has an available hospital bed. This model is used at Marseille's Hôpital Nord, part of the Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM).

Objective: To assess the impact (in terms of morbidity and mortality) of the practice of accommodation in the medical wards of Hôpital Nord de Marseille.

Material and method: This was a retrospective, monocentric, comparative study. It included a total of 1841 patients hospitalized for a medical pathology at Hôpital Nord from 08/01/2022 to 01/31/2023, a six-month period. Morbidity and mortality were compared between outliers patients and patients hospitalized in the appropriate department for their pathology (referral department). Mortality and length of hospital stay were the primary composite endpoints. Secondary endpoints were length of stay in the emergency department, complications during hospitalization, readmission at 3 months and mortality at 1 year.

Results: In the analysis of the total population or subgroups by referring department, the hosted population was frequently younger and less frail than the non-hosted population. Except for the gastroenterology department, where mortality was higher in the non-hosted population (6% vs. 1%, $p=0.021$), there was no statistically significant difference in the composite primary endpoint. Nor was there any trend towards a difference in the secondary endpoints.

Conclusion: The practice of accommodation for medical pathology at Hôpital Nord now appears to present little risk to patients. To confirm this hypothesis, a prospective evaluation seems necessary. It would also seem appropriate to evaluate the impact of this practice for surgical pathologies, as well as the feelings and possible impact on caregivers.