

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° :217

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Diplôme d'Etude Spécialisée Médecine d'Urgence

PAR

LOUIS Ezechiel Maïeul Hervé Bruno

Né le 24-05-1997 à Carpentras

Titre de la Thèse

**Analyse de la population, des déterminants et conséquences des
reconsultations non programmées aux urgences dans les 14 jours
suivant une première consultation dans les services d'accueil des
urgences adultes des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.**

Président de thèse : Pascal Bilbault, Professeur

Directeur de thèse : Elena-Laura Lemaître, Docteur

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° :217 (1)

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Diplôme d'Etude Spécialisée Médecine d'Urgence

PAR

LOUIS Ezechiel Maïeul Hervé Bruno

Né le 24-05-1997 à Carpentras

**Analyse de la population, des déterminants et conséquences des
reconsultations non programmées aux urgences dans les 14 jours
suivant une première consultation dans les services d'accueil des
urgences adultes des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.**

Président de thèse : Pascal Bilbault, Professeur

Directeur de thèse : Elena-Laura Lemaître, Docteur

RÉSUMÉ :

Introduction : Un certain nombre de patients revient consulter aux urgences dans les 14 jours après en être sorti. Cependant cette population reste peu étudiée. Notre étude avait pour objectif de mieux comprendre les causes et conséquences de ces reconsultations.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective, bicentrique, sur la période de début septembre 2022 à début mars 2023. L'objectif principal était de définir les caractéristiques de cette population et comparer les différents groupes formés.

Résultats : 692 patients ont été inclus sur cette période. La moyenne d'âge est de 66 ans et 25% d'entre eux présentent des troubles cognitifs. 24% du total avaient une indication théorique d'hospitalisation et au décours du deuxième passage 25% des patients présentaient une complication, bénigne à sévère. Les analyses statistiques dessinent un groupe de patients âgés de plus de 75 ans, adressé par un personnel soignant, plus exposé aux effets iatrogènes et se compliquant d'avantage au deuxième passage. On retrouve une proportion significativement plus haute de complications chez les patients ayant une aide paramédicale au domicile.

Conclusion : Cette étude a montré qu'il existe des profils prépondérants parmi la population reconsultant dans les 14 jours après une sortie des urgences, et que les patients ayant une aide paramédicale à domicile se compliquent d'avantage, faisant émettre l'hypothèse d'un biais de décision sur la décision ou non d'hospitalisation selon la disponibilité d'une présence paramédicale.

Rubrique de classement : Médecine d'urgence

Mots-clés : Reconsultations, Complications, Paramédical, Urgences, France, CHU

Président : Pascal Bilbault

Assesseurs :

Elena-Laura Lemaître, Praticien Hospitalier

Alain Meyer, Praticien Hospitalier

Jules Colin, Praticien Hospitalier

Xavier Leroux, Chef de clinique assistant

Adresse de l'auteur : 3 Place de Zurich 67000 Strasbourg

NOM DE LA CLINIQUE	CP	services hospitaliers ou unités / spécialités	secteur de la conseil national des universités
BOUC HADJRA	8879 03	- Pôe Tère et Onc - CETS - service de Neurologie - Hôpital de Hammam / hôpital civil	11.03 Neurologie
MIR ALIBENED GILJA	8879 03	- Pôe des Pathologies Ophtalmiques, Néoplasiques et de la Transplantation - service de chirurgie générale et digestive / H	11.04 Chirurgie générale
BEJANT-BOUCE Gharania	8879 03	- Pôe de l'appareil locomoteur - service de chirurgie orthopédique et traumatologie / H	11.04 Ophtalmologie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme DILLANI-DISSANI Injane	8879 03	- Pôe de Spécialité médicale - Ophtalmologie / SNC - service de néphrologie (labo et imagerie) / H	11.03 Néphrologie
GADJANI Ghazal	8879 03	- Pôe Urgences - Réanimation médicale / Centre antituberculeux - service de néphrologie médicale / hôpital de rééducation	41.03 Néphrologie
DIHOUC Hani	8879 03	- Pôe d'urologie médico-chirurgicale Centre-vestibulaire - Pôe de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / H	11.04 Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire, chirurgie vasculaire
DIHOUC Hani-Ghazal	8879 03	- Pôe de l'appareil locomoteur - service de chirurgie de la main / orthopédie / H	11.02 Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme DHALEDO Aina	8879 03	- Pôe de Radiologie Oncologique - service de Physique et d'Électronique Oncologie / H	41.02 Physique (partie des rayons)
Mme DHALEDO Aina	8879 03	- Pôe Tère et Onc - CETS - service d'oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie laryngo-faciale / H	11.03 Oto-rhino-aryngologie
Mme DHALEDO Heli Martelidene	8879 03	- Pôe de Biologie - service de Pathologie / Hôpital de Neurologie	41.03 Anatomie et cytologie pathologiques (partie biologie)
DAHOUC Philippe	8879 03	- Pôe de l'appareil locomoteur - service d'Orthopédie-Traumatologie de Hammam supérieur / H	41.03 Anatomie (partie des rayons, orthopédie, traumatologie)
DI LAHOUC Hani	8879 03	- Pôe d'urologie / Centre médical orthopédique / SNC-04.03 - service d'Anesthésiologie-Réanimation-Cardiologie / H	41.03 Anesthésiologie-Réanimation, médecine d'urgence (partie Anesthésiologie-Réanimation - type 04.03)
DIHOUCES Hani	8879 03	- Pôe Tère et Onc - CETS - Centre d'Investigation Clinique / HNC et H	41.03 Neurologie
DIHOUC Bernard	8879 03	- Pôe d'urologie, Néphrologie et Dermatologie - service de Dermatologie / Hôpital civil	11.03 Dermato-Vénérologie
DIHOUC HANI Ghazal	8879 03	- Pôe de Neurologie - service de Neurologie / Hôpital civil	11.03 Neurologie
DIHOUC Hani	8879 03	- Pôe Tère et Onc - CETS - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - HNC / Hôpital de Neurologie	41.03 Neurologie
DIHOUC Ghazal	8879 03	- Pôe Tère et Onc - CETS - service d'oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie laryngo-faciale / H	11.03 Oto-rhino-aryngologie
DIHOUC Philippe	8879 03	- Pôe de Neurologie Oncologique - service de Neurologie Oncologique / Hôpital de Neurologie	11.03 Oncologie (oncologie générale, oncologie médicale, oncologie gynécologique, oncologie pédiatrique)
Mme DIHOUC HANI Martelidene	8879 03	- Pôe de Biologie - service de Biologie Médicale / Hôpital de Neurologie	41.04 Biologie (partie des rayons)
DI LAHOUC Martelidene	8879 03	- Pôe de l'appareil locomoteur - service d'Orthopédie-Traumatologie de Hammam supérieur / H	11.02 Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme DIHOUC HANI Ghazal	8879 03	- Pôe d'urologie-chirurgie de l'obésité - service de Gynécologie / Hôpital de Neurologie	11.03 Gynécologie
Mme DIHOUC HANI Ghazal	8879 03	- Pôe de l'appareil locomoteur - service de Chirurgie de la Main - SNC / Hôpital de Neurologie	11.02 Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme DIHOUC HANI Ghazal	8879 03	- Pôe de Biologie - laboratoire (partie) de Diagnostic / SNC et partie	41.03 Anatomie (partie des rayons), cytogénétique, génétique humaine, immunologie, histologie, histochimie
DIHOUC HANI Ghazal	8879 03	- Pôe de Neurologie Oncologique, Neurologie et de la Transplantation - service de chirurgie générale, pédiatrique et oncologie / H	11.02 Chirurgie générale
DIHOUC HANI Ghazal	8879 03	- Pôe de Neurologie Oncologique - service de Chirurgie Oncologique / Hôpital civil	11.03 Chirurgie oncologique et de la main
DIHOUCES HANI Ghazal	8879 03	- Pôe d'urologie - service d'Anesthésiologie / SNC	41.03 Anesthésiologie, transfusion (partie) - Anesthésiologie
DIHOUC HANI Ghazal	8879 03	- Pôe - hôpital hospitalier universitaire - hôpital civil - Pôe d'urologie	41.02 Radiologie et imagerie médicale
DIHOUC HANI Ghazal	8879 03	- Pôe d'urologie - service d'Anesthésiologie - SNC / Hôpital civil	41.02 Anesthésiologie et médecine médicale (partie des rayons)
DIHOUC Hani	8879 03	- Pôe d'urologie - service d'Anesthésiologie - SNC / Hôpital civil	41.02 Anesthésiologie et médecine médicale (partie des rayons)
DIHOUC David	8879 03	- Pôe des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SNC - service d'Ophtalmologie / Hôpital civil	11.02 Ophtalmologie
DIHOUC Ghazal	8879 03	- Pôe de Neurologie Oncologique - service de Neurologie Oncologique / Hôpital civil	41.03 Anatomie (partie des rayons)
DIHOUC Ghazal	8879 03	- Pôe d'urologie-chirurgie de l'obésité - service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Neurologie	11.02 Chirurgie pédiatrique
DIHOUC Ghazal	8879 03	- Pôe de Neurologie - Centre d'Anesthésiologie, Soins de Réanimation, Neurologie, Neurologie, Neurologie (partie) - service de médecine interne et de nutrition / H	11.04 Neurologie, diabète et maladies métaboliques
Mme DIHOUCES Hani	8879 03	- Pôe de Neurologie et service de travail - service de radiologie médicale et médicale de travail	41.02 Médecine (partie des rayons)

NOM de l'Université	CS*	services hospitaliers ou section / localisation	type section du conseil national des universités
DOCTEUR JARQUIN-CHE	MSA CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Soins de Support, Diabète sucré, Généraliste (MMS) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Jussieu	33.01. Neurologie
FAVREDOCHE THIERRY	MSA CS	- Pôle de spécialités médicales - Oculophtalmologie / CHU - Service de rétinologie - hôpital et microchirurgie / CHU	32.01. Ophtalmologie
FANJANIAN YVES	SP4 MS	- Pôle de Spécialités Médicales - Otolaryngologie / CHU - Service des maladies infectieuses et tropicales / H-U	41.01. Ophtal. Maladies infectieuses
Mlle FORTIN-LELLI	MSA MS	- Pôle Ophtalmologie - Rhumatologie médicale / Centre de l'œil - Service de Rhumatologie médicale / Hôpital de Jussieu	41.01. Maladies infectieuses-Rhumatologie
FROCH Claude	MSA MS	- Pôle Tête et Cou - CHU - Service de Neurologie / Hôpital de Necker	41.01. Neurologie
GODEFROY Jean	MSA MS	- Pôle d'ophtalmologie - Service de Maladies oculaires et ophtalmologie médicale / CHU	41.01. Ophtalmologie et systèmes visuels
GUÉZENNEC Marie-Cécile	SP4 CS	- Pôle de Médecine Physique et de Rééducation / Centre de l'œil - Institut Universitaire de Rééducation / Centre de l'œil	41.01. Maladies Physiques et Rééducation
JAMILLON Bernard	MSA CS	- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / CHU HUS et Pasteur	41.01. Ophtal. Rhumatologie-ventilation (thérapeut.)
Mlle de JARVIS Isabelle	MSA CS	- Pôle de médecine interne, Rhumatologie, Soins de Support, Endocrinologie, Généraliste (MMS) - Service d'endocrinologie, diabète et nutrition / H-U	34.04. Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mlle JONAS-MOREL Laurence	MSA MS	- Pôle d'activité médicale-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Hôpital de Jussieu	32.01. Cardiologie
Dr JONARDI Georges	MSA CS	- Pôle de Biologie - Service de Maladies Infectieuses - Oculaires / Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - Service d'ophtalmologie - système / Hôpital de la Pitié-Salpêtrière	41.01. Ophtal. système et biologie du développement
Mlle JONAS-LECOQ Laurence	MSA MS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Soins de Support, Diabète sucré, Généraliste (MMS) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Métabolisme / Med. H/CHU	34.04. Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BOSSUET VITO B	MSA MS	- Pôle de Neurologie Clinique - Service de Neurologie / Hôpital de Jussieu	41.01. Neurologie
BOUDOUZIER	MSA MS	- Pôle d'activité médicale-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de chirurgie cardiaque vasculaire / Hôpital de Jussieu	32.01. Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire
Mlle BOUQUENON Anne-Isabelle	MSA CS	- Pôle de Spécialités Médicales - Otolaryngologie / CHU - Service de rhinologie interne et rhinologie externe / CHU	41.01. Neurologie (ophtal. diabète)
BOUQUENON Stéphane	MSA CS	- Pôle d'ophtalmologie - Service ophtalmologie - rhinologie oculaire / CHU - Hôpital de Jussieu	41.01. Maladies et rhinologie médicale (ophtal. diabète)
BOUQUENON	MSA CS	- Pôle activité-chirurgicale de Biologie - Service de Neurologie et Neuroanatomie normale (Hôpital de Jussieu)	34.01. Biologie
BOUQUENON-CHRISTIANE	MSA MS	- Pôle Ophtal.-rhinologie - Service d'Endocrinologie / CHU	41.01. Ophtal. - Genetologie (diabète)
Mlle BOUQUENON Laurence	MSA CS	- Pôle de Psychiatrie, Soins de Support et Addictologie - Service d'Endocrinologie / Hôpital de Jussieu	41.01. Psychiatrie et Addictologie (diabète - ADDICTION)
BOUQUENON	MSA MS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Maxillo-faciale et Dentaire - Service de chirurgie orthopédique / Hôpital de Jussieu	32.04. Chirurgie
BOUQUENON	MSA CS	- Pôle activité-chirurgicale de Biologie - Service de Pédiatrie U / Hôpital de Necker	34.01. Pédiatrie
Mlle BOUQUENON Anne	MSA MS	- Pôle d'activité médicale-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation hépatique / CHU	32.01. Ophtal. - Chirurgie vasculaire
Dr BOUQUENON Marie	MSA MS	- Pôle d'ophtalmologie - Service de rhinologie interne / CHU de Médecine - Service de rhinologie externe, rhinologie ORL et rhinologie nasale	41.01. ophtalmologie
BOUQUENON Marie-Hélène	SP4 CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / CHU / H-U - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôpital de Jussieu	32.01. Chimie Biologique de Pharmacie
BOUQUENON	MSA MS	- Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Maxillo-faciale et Dentaire - Service de Dermatologie / Hôpital de Jussieu	32.01. Dermatologie
BOUQUENON Gilles	MSA MS	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie de l'os - CHU de Jussieu / Hôpital de Necker	32.01. Chirurgie orthopédique et rhumatologie
BOUQUENON	MSA MS	- Pôle d'ophtalmologie - Service d'ophtalmologie médicale / CHU	41.01. Endocrinologie / Neurologie
Mlle BOUQUENON	MSA MS	- Pôle de Biologie - Département de Biologie Fonctionnelle et Cancer / CHU	34.01. Biologie et recherche de développement et de biotechnologie (ophtal. diabète)
BOUQUENON Thierry	MSA MS	- Pôle de Spécialités Médicales - Otolaryngologie / CHU - Service de rhinologie interne et rhinologie externe / CHU	41.01. Neurologie (ophtal. diabète)
Mlle BOUQUENON Céline	MSA MS	- Pôle de Neurologie Clinique - Service de neurologie / Hôpital de Jussieu	41.01. Neurologie - Addictions
Mlle BOUQUENON Sarah	MSA CS	- Pôle de Biologie et Chimie - Unité de Biologie / CHU	34.01. Ophtalmologie-Endocrinologie, Endocrinologie Méd. Lab.
BOUQUENON Laurence	MSA CS	- Pôle Ophtal.-rhinologie - Laboratoire d'Endocrinologie métabolique - Hôpital de Necker - Service d'Endocrinologie / Hôpital de Médecine	41.01. Endocrinologie, Nutrition et Ophtalmologie (diabète)

NOM et Prénoms	CP*	services hospitaliers ou secteur / localisation	secteur section du conseil national des universités
SALLES Laurent	SRP2 M2	- Pôle de Spécialité en médecine - Ophtalmologie / CHU - Service d'ophtalmologie / Hôpital d'ophtalmologie	13.02 Ophtalmologie
SALVENDY André	SRP2 M2	- Pôle de soins palliatifs et soins de fin de vie - Service de soins palliatifs / Hôpital Civil - Département de réanimation / Service de médecine / HC	46.34 Soins palliatifs, réanimation médicale et soins de fin de vie (incluant soins palliatifs)
SCHNEIDER Claude	SR2 D2	- Pôle d'ophtalmologie et ORL / Ophtalmologie - Service de Chirurgie Oculaire / Hôpital Régional Civil	12.34 Ophtalmologie
Mme SINGH Charly	SRP2 SR	- Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / CHU - Service d'ophtalmologie / Hôpital Régional Civil	13.02 Ophtalmologie
Mme SORATHI Suresh Karish	SRP2 M2	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biogéochimie, Biologie / Hôpital - Hôpital Civil	42.34 Biologie (option Biogéochimie)
SCHNEIDER Franck	SRP2 D2	- Pôle d'ophtalmologie - Spécialités médicales / Soins palliatifs - Service de réanimation médicale / Hôpital de Hôpital	46.32 Soins palliatifs
Mme SORATHI Charly	SRP2 SR	- Pôle de pédiatrie et de soins néonataux - Service de pédiatrie pour enfants et adolescents / HC	46.24 Pédiatrie (option Pédiatrie)
SCHMID Régis	SRP2 M2	- Pôle Tête et Cou - CHU - Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HC	42.02 Oto-rhino-laryngologie
SORATHI Laurent	SRP2 D2	- Pôle des Maladies Infectieuses, Parasitaires et de la Transplantation - Service d'ophtalmologie - Ophtalmologie et d'assistance à l'ophtalmologie	13.02 Soins palliatifs, réanimation médicale et soins de fin de vie (incluant soins palliatifs)
SOLER Jean	SRP2 M2	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie, Gériatrie - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hôpital	46.02 Rhumatologie
SCHMID Christophe	SRP2 D2	- Pôle d'ophtalmologie - Ophtalmologie / CHU - Service des Maladies infectieuses - Médecine Infectieuse / Hôpital	13.04 Ophtalmologie - Maladies infectieuses
Mme THAVANANT Charline	SRP2 D2	- Pôle Tête et Cou - CHU - Service de chirurgie / Hôpital de Hôpital	42.02 Otorhinologie
WILLIAM Pierre	SRP2 D2	- Pôle d'ophtalmologie - Service d'ophtalmologie - Ophtalmologie, ORL et otolaryngologie / HC	42.02 Ophtalmologie et chirurgie maxillo-faciale (option Ophtalmologie)
Mme LES PÉLÉRIE	SRP2 M2	- Pôle de soins palliatifs et soins de fin de vie - Département de Soins Palliatifs / Section 3 - Ophtalmologie et Soins de fin de vie / Hôpital Civil - Laboratoire d'ophtalmologie et de soins palliatifs / Hôpital Civil	46.02 Ophtalmologie, Soins de fin de vie et réanimation (option Ophtalmologie)
Mme TARDY Dana	SRP2 M2	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (GEMM) - Service de Médecine Interne, Service de Médecine Métabolique	13.02 Soins palliatifs
Mme (M) TARDY	SRP2 D2	- Pôle de psychiatrie et de soins personnels - Service de psychiatrie d'urgence, de liaison et de psychiatrie / Hôpital Civil	46.02 Psychiatrie (option)
WILLIAMS Stéphane	SRP2 M2	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biogéochimie et de Médecine Préventive (BioBio)	42.34 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option Biogéochimie)
WILLIAMS Thomas	SRP2 D2	- Pôle de Génétique - Service de soins de suite et réadaptation pour pathologies de la fertilité	13.02 Ophtalmologie - Soins de fin de vie et réanimation
Mme (M) THOMAS Pierre	SRP2 D2	- Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / CHU - Service de Médecine Interne / Hôpital Régional Civil	13.02 Ophtalmologie - Maladies infectieuses
WILLIAMS Stéphane	SRP2 M2	- Pôle des Maladies Infectieuses, Parasitaires et de la Transplantation - Service de Chirurgie Infectieuse et de Transplantation Médicale / HC - Coordinateur des activités de prédiagnostic et transplantation et de HC	13.02 Chirurgie générale
Mme HENRI Valérie	SRP2 SR	- Pôle Tête et Cou - Unité de soins de suite / Hôpital de Hôpital	42.02 Otorhinologie

HC - Hôpital Civil - HC - Hôpital de Hôpital - HC - Hôpital Régional Civil - SRP - Service technique de réanimation

* CP (chef de service ou chef de service hospitalier - CS) - chef de service par spécialité - CC - chef de service polyvalent ou an.

D2 - chef de unité fonctionnelle

M2 - Pôle HC (Responsable de Pôle) ou M2 (Non Responsable de Pôle)

SRP - coordinateur hospitalier pour les fonctions hospitalières chef de service

SR - Directeur

46 - PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CP*	services hospitaliers ou secteur / localisation	secteur section du conseil national des universités
SALLES Laurent	SRP2 D2	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / CHU - Service de soins palliatifs / Hôpital	46.02 Médecine interne
SCHNEIDER Franck	D2	- Pôle Tête et Cou - Service de chirurgie maxillo-faciale / Hôpital	12.02 Ophtalmologie
SINGH Mme	D2	- Pôle Tête et Cou - Service d'ophtalmologie et de traitement de la cécité / HC	46.34 Ophtalmologie, médecine de la cécité, audiologie

NT - AARITHYU DE ZHOU / BUNNED HUY UNIVERSITEES - PREZIDENSYU HINH HOC HUU (NCH - HH)

MSB et MSBAM	IS	Services hospitaliers en denton / Laboratoire	Service de Cardiologie de l'Hôpital de l'Université
MSB HUAU		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et imagerie Moléculaire / EXM	42.01. Médecine et Maladies infectieuses
MSB HUAU - HUY HOC HUU		- Pôle de Pharmacologie - Pôle de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	44.25. Pharmacologie fondamentale - pharmacologie clinique, addictologie Optim. pharmacologie fondamentale
MSB HUAU - HUY		- Pôle de spectrométrie médicale - cytométrie / HAO - Service de Microbiologie-Transfusions / HMC	42.03. Microbiologie
MSB HUAU - HUY - HUY		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic, Serologie / Hôpital Hôpital Civil	47.04. Serologie (partie biologique)
MSB HUY - HUY		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et imagerie Moléculaire / EXM	43.01. Médecine et médecine nucléaire (partie clinique)
MSB HUY - HUY		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Serologie et de Biologie moléculaire (HUY HOC HUU) - Institut de Recherche / Faculté de Médecine	44.01. Médecine et Biologie moléculaire
MSB HUY - HUY		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Serologie et de Biologie moléculaire (HUY HOC HUU) - Institut de Recherche / Faculté de Médecine	44.02. Microbiologie et mycologie (partie biologique)
MSB HUAU - HUY		- Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / EXM	43.01. Médecine et médecine nucléaire
SAMATE SACHAM		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Hôpital Hôpital Civil	47.03. Serologie
SAMATE SACHAM		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie Anatomofonctionnelle / HMC	43.02. Radiologie et imagerie médicale (partie clinique)
MSB SACHAM - HUY		- Pôle d'Imagerie - Service de Neurochirurgie / HMC	46.02. Neurochirurgie
STAM - HUY - HUY		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale / Génétique / HMC	47.02. Génétique, microbiologie (partie biologique)
STAM - HUY		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Hôpital Hôpital Civil	47.03. Immunologie (partie biologique)
STAM - HUY - HUY		- Pôle d'Imagerie - URGENT - Services Radiologie / HMC	43.01. Médecine et médecine nucléaire
STAM - HUY - HUY		- Pôle d'Imagerie - Interventionnelle médicale / Le service d'urgence - Service de Radiologie médicale / Hôpital de Haute-Spécialité	44.02. Radiologie
MSB STAM - HUY - HUY		- Pôle d'Imagerie médicale - Oncologie / Hôpital de Haute-Spécialité - Service des Maladies infectieuses et tropicales / HMC	41.04. Oncologie - Maladies infectieuses
STAM - HUY - HUY		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Serologie et Biologie moléculaire / HMC	44.01. Médecine et Biologie moléculaire
STAM - HUY		- Pôle de spectrométrie médicale - cytométrie / HMC - Service des Maladies infectieuses et tropicales / HMC	44.03. Optique, Maladies infectieuses
STAM - HUY - HUY - HUY		- Pôle des techniques digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et digestive / HMC	43.02. Chirurgie générale
STAM - HUY		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Serologie / Hôpital Hôpital Civil	47.04. Serologie (partie biologique)
MSB STAM - HUY - HUY		- Pôle de Biologie - HUY - Service de Serologie / Hôpital de Haute-Spécialité	46.01. Microbiologie
STAM - HUY		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et Biologie moléculaire / HUY	44.01. Médecine et Biologie moléculaire
MSB STAM - HUY		- Pôle de Pathologie Bactérienne - Service de Biologie et d'Immunofonctionnelle / HMC	44.02. Microbiologie
MSB STAM - HUY - HUY		- Pôle de Biologie - Service de Médecine légale, Service de Laboratoire médico-légaux et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine légale / Faculté de Médecine	44.25. Médecine légale et toxicologie
STAM - HUY		- Pôle de Biologie - HUY - Centre de Recherche clinique (HUY - HUY) / Hôpital de Haute-Spécialité	46.01. Thérapeutique, Médecine de la douleur, radiobiologie
STAM - HUY	IS	- Pôle de Biologie - Lab. de Parasitologie et de Mycologie médicale / HUY HOC HUU	45.02. Parasitologie et mycologie (partie biologique)
STAM - HUY		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de psychiatrie et de santé mentale - Service de psychiatrie / Hôpital Civil	44.02. Psychiatrie (partie clinique)
STAM - HUY		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Serologie et de Biologie moléculaire / HUY HOC HUU	44.01. Médecine et Biologie moléculaire Optim. microbiologie - biologie moléculaire
STAM - HUY - HUY		- Pôle de Pathologie Bactérienne - Service de Biologie et d'Immunofonctionnelle / HMC	44.02. Microbiologie (partie biologique)
STAM - HUY		- Pôle de spectrométrie médicale - cytométrie / HMC - Service de médecine interne et Immunologie clinique / HUY	47.03. Immunologie (partie clinique)
STAM - HUY		- Pôle de Biologie - Institut de Recherche clinique (HUY HOC HUU)	45.01. Optique, Bactériologie et oncologie (biologie)

NOME do Médico	Q ²	Serviços Hospitalares no âmbito / localização	Suas seções do Conselho Nacional de Enfermeiros
ALVES Ana		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Bioquímica e Imunologia em Medicina / HUS	44.01. Bioquímica (seção de laboratório)
ANTUNES Mariana		- Pêlo de Sociologia da Saúde - Epidemiologia / DMO - Serviço de História da Saúde em Epidemiologia Clínica / HUS	47.01. Epidemiologia Clínica
Mrs. ANTONIA RISTO Lucina		- Pêlo de Biologia - Serviço de História da Saúde e Imunologia Médica / HUS	42.01. Epidemiologia e Medicina Molecular
BARRETT Patricia		- Pêlo de Biologia - Serviço de História da Saúde e Imunologia Médica / HUS - Serviço de Epidemiologia e de Medicina Molecular / HUS	42.01. Epidemiologia e Medicina Molecular
AVOINE Ailéa		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Imunologia Funcional e de Câncer / HUS	47.04. Imunologia (seção de laboratório)
Mrs. AZEVEDO Mariana		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Bioquímica e de Biologia Molecular / HUS	44.01. Bioquímica e Biologia Molecular
BICH SA Inês		- Serviço de Medicina Molecular / Serviço de História da Saúde	44.01. Medicina Molecular Clínica
Mrs. BORDAS ANTONY Rita		- Pêlo de Medicina Física e de Reabilitação - Instituto Universitário de Educação / Odivelas	48.01. Medicina Física e Reabilitação
Mrs. LIMONGI Valéria		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Bioquímica e de Biologia Molecular / HUS	44.01. Bioquímica e Biologia Molecular
Mrs. LOPES ADRIANA		- Serviço de Epidemiologia / Serviço de Medicina - Pêlo de Biologia - Serviço de Epidemiologia / Hospital de Maternidade	42.01. Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública (seção de laboratório)
LAVILHE Thomas		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Bioquímica e de Biologia Molecular / HUS	44.01. Biologia Clínica
LICHTNER Ina		- Pêlo de Epidemiologia - Estatística - Serviço de Epidemiologia Clínica / Hospital de Maternidade	44.01. Epidemiologia Clínica, Epidemiologia Médica e Estatística - Estatística
Lisboa Ana Sofia		- Pêlo de Engenharia Médica - Física, Matéria e Imunologia - Serviço de Dermatologia / Hospital Civil	48.01. Engenharia Médica
LUCASHEVA Ina		- Pêlo de Biologia - Serviço de Patologia / Hospital de Maternidade	42.01. Anatomia e Citologia Patológicas
LUTZ Ana-Cláudia		- Pêlo de Engenharia de Saúde Pública e de Saúde Comunitária - Engenharia Médica - Física, Matéria e Imunologia - Serviço de Engenharia Física e de Saúde - Saúde / Hospital Civil	48.01. Engenharia Médica - Física e Estatística
MARTE Yvonne		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Epidemiologia Clínica / Hospital de Maternidade (HUS)	44.01. Epidemiologia Clínica (seção de laboratório)
Mrs. MATOS Gilma do Espírito Santo	II	- Pêlo de Biologia - Laboratório de Diagnóstico Parasitológico / DMO HUS Biologia	44.01. Biologia e Medicina de Saúde Pública e de Saúde Comunitária (seção de laboratório)
MILHES Ana		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Diagnóstico Genético / Hospital Civil	47.04. Genética Clínica (seção de laboratório)
Mrs. NICOLAO Ana		- Pêlo de Biologia - Serviço de Epidemiologia / Hospital de Maternidade	42.01. Anatomia e Citologia Patológicas (seção de laboratório)
Mrs. NOBRE Natália		- Pêlo de Saúde Pública e de Saúde Comunitária - Serviço de Epidemiologia Profissional e de Medicina do Trabalho / HUS	48.01. Saúde Pública e Serviço de Saúde Comunitária
REINOLDO Diana		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Bioquímica e Imunologia em Medicina / HUS	44.01. Bioquímica e Biologia Molecular
RAPP Alexandra		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Parasitologia e de Imunologia Médica / HUS HUS	42.01. Parasitologia e Imunologia
Mrs. RYAN Avelina		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Diagnóstico Genético / HUS	47.04. Genética Clínica (seção de laboratório)
RODRIGUES		- Pêlo de Biologia - Serviço de Epidemiologia e de Saúde Pública / Hospital de Maternidade	42.01. Epidemiologia e Saúde Pública (seção de laboratório)
Mrs. ROSAS Lucina		- Pêlo de Biologia - Serviço de Diagnóstico Molecular / Hospital de Maternidade	47.04. Genética Clínica (seção de laboratório)
RODRIGUES		- Pêlo de Biologia - Instituto Universitário de Saúde Pública / HUS HUS e Saúde	47.01. Saúde Pública (seção de laboratório)
Mrs. ROSA Patrícia		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Diagnóstico e de Imunologia Molecular / HUS - Serviço de Diagnóstico / HUS	42.01. Diagnóstico e Medicina Molecular
Mrs. ROUSSEL Daniela		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Epidemiologia Clínica / Hospital de Maternidade	47.01. Epidemiologia Clínica (seção de laboratório)
Mrs. RUYTER Daniela		- Pêlo de Saúde - Serviço de Saúde - Serviço de Epidemiologia Clínica / HUS	48.01. Saúde
Mrs. SÁBIA Ana		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Parasitologia e de Imunologia Médica / HUS - Serviço de Dermatologia / Serviço de Saúde	42.01. Parasitologia e Imunologia (seção de laboratório)
Mrs. SERRAJO Ana Sofia		- Pêlo de Biologia - Laboratório de Diagnóstico Genético / Hospital Civil	47.04. Genética

NOM DE MÉRIEM	D ²	services hospitaliers au service / spécialisation	year section du conseil national des universités
SCHEMAY Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Biochimie / 1000 Hôpital de Genève	43.01 - Option : Biochimie et biologie (biologie)
NEW SOUJ Huguène		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Physiologie / Hôpital de Genève	43.01 - Biochimie-Médecine / 1000 Hôpital de Genève Option : Biochimie et biologie
NEW SOUJ Danyèle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Néphrologie, Endocrinologie, Gériatrie - Service de Néphrologie / Hôpital de Genève	43.01 - Rhumatologie
NEW THURBERG-ROCHEL Yvonne		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Biochimie / 1000 Hôpital de Genève	43.01 - Option : Biochimie et biologie (biologie)
TAHRI Dany		• Pôle de Biologie Biochimie - Service de Physiologie et expérimentation fonctionnelle et IAC	44.01 - Physiologie (option Biologie)
NEW DOLZ Gabriel		• Pôle Médecine Chirurgicale de Médecine - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Genève	34.01 - Chirurgie Pédiatrique
TELLIER Pierre		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / 1000 Hôpital de Genève	34.01 - Biologie et médecine de développement et de la reproduction (option Biologie)
WALAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique - Hôpital de Genève	43.01 - Immunologie / Immunologie Option : Immunologie biologique
NEW VOLT-ROSDI Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Genève	43.01 - Biochimie-Médecine / Hygiène hospitalière Option : Biochimie et biologie (biologie)
NEW VOLLARD Odie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de physiologie et de neurobiologie de l'Université de Genève	43.01 - Neurobiologie et neurologie (option Biologie)
NEW ZIGLIOTI Nikos DE ANTONIUM		• Pôle Médecine Chirurgicale de Médecine - Service de Médecine / Hôpital de Genève	34.01 - Médecine
ZOLL Arthur		• Pôle de Biologie Biochimie - Service de Physiologie et d'expérimentation fonctionnelle et IAC	44.01 - Physiologie (option Biologie)

62 - MAÎTRES DES SCIENCES DES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (MSc) (interdisciplinaire)

DE SOUZA Caroline Nicole	laboratoire d'Épidémiologie et Sciences de la Vie et de la Santé (LSEV) Institut d'Analyse Biologique	71	Épidémiologie - Médecine des sciences et des techniques
--------------------------	--	----	---

63 - MAÎTRES DE CHIMIE DES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (MSc) (interdisciplinaire)

NEW D'AMICO Denis	LSEV-1046 7317 - Type 400 / Service de Médecine	46	Médecine
DE SOUZA Caroline Nicole	LSEV-1046 7317 - Type 400 / Service de Médecine	46	Médecine
DE SOUZA Niko	Laboratoire d'Épidémiologie et Sciences de la Vie et de la Santé (LSEV) Institut d'Analyse Biologique	71	Épidémiologie - Médecine des sciences et des techniques
DE SOUZA Denis	LSEV-1046 7317 - Type 400 / Service de Médecine	46	Médecine
NEW MARILLON Odie	Laboratoire d'Épidémiologie et Sciences de la Vie et de la Santé (LSEV) Institut d'Analyse Biologique	71	Épidémiologie - Médecine des sciences et des techniques
NEW SCARFONE Marianne	Laboratoire d'Épidémiologie et Sciences de la Vie et de la Santé (LSEV) Institut d'Analyse Biologique	71	Épidémiologie - Médecine des sciences et des techniques
NEW THOMAS Nicolas	laboratoire d'Épidémiologie et Sciences de la Vie et de la Santé (LSEV) Institut d'Analyse Biologique	71	Épidémiologie - Médecine des sciences et des techniques
DE SOUZA Nicolas	Laboratoire d'Épidémiologie et Sciences de la Vie et de la Santé (LSEV) Institut d'Analyse Biologique	71	Épidémiologie - Médecine des sciences et des techniques
DE SOUZA Niko	laboratoire d'Épidémiologie et Sciences de la Vie et de la Santé (LSEV) Institut d'Analyse Biologique	71	Épidémiologie - Médecine des sciences et des techniques

K - CHIFFREMENTS ASSOCIÉS DE MÉDECINS GÉNÉRALIS

C1 - PROFESSIONNELS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. M. DUMAS Gaëlle
Dr. M. JEAN JEAN Luc
Dr. M. GREGOIRE Marie
Dr. M. GUILLET Pierre
Dr. M. HENRIOT Fabien

C2 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TEMPS LIBRE

Dr. QUARTIER Anne
Dr. BENOIST Nicolas

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. BÉGIN Olivier
Dr. BACHMANN Anne
Dr. BOLLANDER David
Dr. BANGELME Anne-Elisabeth
Dr. BONNET Yannick

L - MÉDECINS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr. ATTRACTION Dominique	- Pôle Urgences - Concept de l'urgence - Service de réanimation pédiatrique cardiovasculaire et de surveillance continue / CHU
Dr. BEMARIE Marie	- Pôle Oncologie médicale - Oncologie et dermatologie - Service oncologie médicale / CHU
Médecin pré-occupations médicales	- Pôle de Pharmacie pharmacologie - Service de Pharmacie - Service de pharmacie / Service hospitalier
Dr. ANJOU Simon	- Pôle de réanimation - Service de soins de suite de réanimation et d'accompagnement gériatrique / E-PMU / Hôpital CHU
Dr. COSTANTINI Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Myologie (EMG) - Service de maladies infectieuses et tropicales / Service Hospitalier CHU
Dr. BENOIST Nicolas	- Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Service de Santé Publique - CHU / Hôpital CHU
Médecin de Réanimation	- Pôle de spécialités médicales - cardiologie - pneumologie - réologie CHU - CHU
Dr. BELLERANGER	- Pôle de pneumologie et d'asthme - Service de pneumologie - Santé publique / CHU
Dr. DEY David	- Pôle Service de réanimation - Ophtalmologie / CHU - "Le Haut de France" - Centre de soins de réanimation de la CHU / Hôpital CHU
Médecin de Soins de Suite - CHU	- Pôle Urgences - Service de chirurgie digestive / Hôpital de réanimation
Médecin pré-occupations médicales	- Pôle de psychologie et d'addictologie - Service de psychologie / Hôpital CHU
Dr. TOUMANKOVYERAN	- Pôle Hôpital - Concept de l'urgence - Service de réanimation Médicale - Chirurgie pédiatrique / Hôpital de réanimation
Médecin de Soins de Suite	- Pôle Urgences - SAMU 37 - Médecine intensive et réanimation - CHU

E1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de droit et de philosophie de l'éthique)
- CHAMBERLAIN Pierre (Génétique et biologie moléculaire)
- CHENET Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- pour trois ans (du septembre 2020 au 31 août 2022)
- DELUCCI Jean Pierre (Histoire de l'écologie)
- CHASTAGNER Daniel (Méthodes statistiques et informatiques)
- DANON Jean-Marie (Psychiatrie)
- DEBOUT Olivier (Éthique historique)
- DEJON Jean-François (Chirurgie urologique et de la prostate)
- DEFFOSSEMENT Jacques (Langues étrangères et linguistique théorique)
- DELLIÈRE André (Développement et traitement de la douleur)
- DELAUNAY Catherine
- pour trois ans (du septembre 2021 au 31 août 2024)
- DEVIEN Anne (Anthropologie, éthologie)
- DUBOIS Pierre (Archéologie et Mécanisme des plaques)
- DESSOUCHE Pascal (Népalologie)
- DE LAUNAY Olivier (Géologie)
- pour trois ans (du septembre 2021 au 31 août 2024)
- Mme GILLO Elisabeth (Géométrie)

E2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS (mi-temps)

M. GILLO Pierre	F40-71	8040
-----------------	--------	------

E3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. CHAMBERLAIN Dominique	1013-2020
M. CHENET Pascal	1013-2020
M. LANG Valérie S.	1013-2020
M. MAUREAU Olivier	1013-2020
M. WATTELLI Antoine	1013-2020
M. SERS Jacques	1013-2020
Mme BOURGAIN Catherine	1013-2020



SERMENT D'HIPPOCRATE

(version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal Bilbault, merci d'avoir bien voulu accepter de présider ce jury, d'évaluer mon travail et d'avoir soutenu mes projets professionnels.

Au Docteur Elena-Laura Lemaître, pour avoir donné de votre temps pour m'aider à aboutir ce travail et à le rendre sous sa meilleure forme.

Au Docteur Alain Meyer, pour vos soirées attablées à faire les analyses statistiques indispensables à la réalisation de cette thèse. Je vous dois de la terminer dans les temps.

Aux Docteurs Xavier Leroux et Jules Colin, qui ont répondu présents aujourd'hui pour moi.

A ma famille, mes frères, mes sœurs et mes parents, qui ont participé à me donner la chance que j'ai d'être devant vous aujourd'hui, et qui ont soutenu mon projet. A ma marraine Annie.

A Anaïs, Victor, Alexandre, Lucas, Pierre, Arthur, Clémence, Perrine, Max, Inès et Aubin, vous méritez bien une petite dédicace.

A Sam, ce bg, ça te suffira je crois.

A Flo parce que tu le vaux bien.

A mes amis de Strasbourg, ceux qui ont fait le déplacement aujourd'hui, ceux qui n'ont pas pu. Vous m'avez aidé à surmonter un internat pas toujours facile.

Table des matières

I. Introduction	23
II. Présentation	23
III. Matériel et Méthode	27
III.1. Type d'étude	27
III.2. Population étudiée	27
III.3. Gestion des doublons	28
III.4. Critères d'exclusion	28
III.5. Recueil des données	28
III.6. Analyses statistiques	30
IV. Résultats	31
IV.1. Caractéristiques de la population	31
IV.1.1. Répartition de la population étudiée selon l'âge, le sexe et la structure d'accueil	32
IV.1.2 Répartition selon les facteurs de risque	33
IV.2. Première consultation aux urgences	34
IV.2.1 Répartition de la population selon les critères de tri par l'IOA	34
IV.2.2 Répartition de la population en fonction du motif de consultation ...	35
IV.2.3 Mode d'arrivée aux urgences	36
IV.2.4 Devenir des patients à la fin du premier passage aux urgences	36
IV.3. Deuxième consultation aux urgences	37
IV.3.1. Moteur de reconsultation aux urgences après le premier passage .	37
IV.3.2. Motifs de reconsultation et complications	38
IV.3.3. Examens complémentaires lors du deuxième passage	39
IV.3.4. Orientations lors du deuxième passage aux urgences	40

IV.4. Répartition de la population qui reconsulte aux urgences en fonction de l'état cognitif	40
IV.4.1. Mode d'admission	41
IV.4.2. Suivi à domicile	41
IV.4.3. Devenir des patients après la première consultation	42
IV.4.4. Délai entre les deux consultations aux urgences	42
IV.4.5. Motif de consultation	43
IV.4.6. Complications	43
IV.4.7. Iatrogénie	44
IV.4.8. Examens complémentaires	44
IV.4.9. Avis spécialisés	45
IV.4.10. Durée de séjour lors du deuxième passage	45
IV.5. Comparaison en fonction de la tranche d'âge	46
IV.5.1. Comparaison par tranche d'âge en fonction du mode d'adressage	46
IV.5.2. Comparaison par tranche d'âge en fonction du suivi proposé	47
IV.5.3. Comparaison par tranche d'âge en fonction de la durée entre les passages aux urgences	48
IV.5.4. Comparaison par tranche d'âge en fonction du motif de consultation et complications	48
IV.5.5. Comparaison par tranche d'âge en fonction de la durée de séjour ..	49
IV.5.6. Comparaison par tranche d'âge en fonction des examens complémentaires lors du deuxième séjour	50
IV.5.7. Comparaison par tranche d'âge en fonction du devenir des patients après le deuxième séjour	51
IV.6. Reconsultations au décours d'une sortie la nuit (entre 22h et 6h)	51

IV.6.1. Comparaisons des patients en fonction de l'heure de sortie et leur devenir	52
IV.6.2. Comparaisons des patients en fonction de l'heure de sortie et leur prise en charge	53
IV.6.3. Comparaisons des patients en fonction de l'heure de sortie et leur orientation après le deuxième passage	53
IV.7. Comparaison des patients en fonction du motif de l'admission	54
IV.7.1. Comparaison des patients en fonction du motif de l'admission et l'existence ou pas de troubles cognitifs	54
IV.7.2. Comparaison des patients en fonction du motif de l'admission et les complications	55
IV.7.3. Comparaison des patients en fonction de la présence ou pas d'une complication lors du deuxième passage	57
IV.7.4. Comparaison des patients en fonction des complications et la présence ou pas des aides à domicile	58
V. Discussion	59
V.1. Analyse des résultats et apport scientifique	59
V.2. Points forts	64
V.3. Limites statistiques	64
V. 4. Perspectives	66
Conclusion	67

Table des figures

Figure 1 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996	24
Figure 2 : Répartition de la population étudiée par tranche d'âge	32
Figure 3 : Répartition de la population étudiée selon les antécédents rapportés	33
Figure 4 : Tri IOA lors du premier et deuxième passage	34
Figure 5 : Répartition de la population en fonction du motif d'admission au cours de la première consultation	35
Figure 6 : Motifs de re-consultation lors du second passage aux urgences	38
Figure 7 : Complications survenues entre les deux consultations	38
Figure 8 : Orientation après la deuxième consultation	40
Figure 9 : Comparaison du mode d'admission en fonction de la présence de troubles cognitifs ou non ($p < 0.0005$)	41
Figure 10 : Suivi à domicile proposé en fonction de l'état cognitif ($p < 0.0005$)	41
Figure 11 : Prise en charge souhaitée suite à la première consultation ($p = 0.0675$ NS) ...	42
Figure 12 : Motif lors de la reconsultation ($p = 0.1329$ NS)	43
Figure 13 : Complications en fonction de l'état cognitif ($p = 0.0025$ NS)	43
Figure 14 : Effet iatrogène en fonction de l'état cognitif ($p < 0.0005$)	44
Figure 15 : Imagerie réalisée au cours de la deuxième consultation ($p < 0.0005$)	44
Figure 16 : Demande d'avis d'un spécialiste d'organe ($p < 0.0005$)	45
Figure 17 : Mode d'admission/réadmission en fonction de l'âge ($p < 0.0005$)	46
Figure 18 : Prise en charge souhaitée suite à la première consultation ($p = 0.002$ NS) ...	47
Figure 19 : Suivi médical proposé ($p < 0.0005$)	47
Figure 20a : Motif de reconsultation en fonction de l'âge ($p = 0.0035$ NS)	48
Figure 20b : Complications en fonction de l'âge ($p = 0.0015$ NS)	49

Figure 21a : Imagerie demandée au deuxième passage en fonction de l'âge (p<0.0005)	50
Figure 21b : demande d'avis auprès d'un spécialiste d'organe (p<0.0005)	50
Figure 22a : Orientation souhaitée des patients selon l'heure de sortie (p=0.0015 NS) ..	52
Figure 22b : Complications en fonction de l'heure de sortie au premier passage (p= 0.1289 NS)	52
Figure 23 : Orientation au deuxième passage selon l'heure de sortie (p= 0.032 NS)	53
Figure 24 : Motif d'admission lors de la première consultation selon la présence ou non de troubles cognitifs (* = p<0.0005)	54
Figure 25 : Présence de complications lors de la reconsultations selon le motif initial (*=p<0.0005)	56
Figure 26 : Complications selon le jour de sortie lors du premier passage (p= 0,0055 NS)	57
Figure 27 : Complications selon les aides présentes à domicile (p<0.0005)	58

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude	31
Tableau 2 : Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe	33
Tableau 3 : Répartition de la population en fonction du mode d'arrivée aux urgences lors du premier passage	36
Tableau 4 : Suivi proposé à l'issue de la première consultation	37
Tableau 5 : Examen complémentaire prescrit au cours de la deuxième consultation	39
Tableau 6 : Délai entre deux consultations	42
Tableau 7 : durée de séjour au deuxième passage	45
Tableau 8 : Délai entre deux passages aux urgences	48
Tableau 9 : Durée de la deuxième consultation	49
Tableau 10 : Orientation à la deuxième consultation en fonction de l'âge ($p < 0.0005$)	51
Tableau 11 : Comparaison en fonction de l'heure de sortie (NS)	53
Tableau 12 : Orientation souhaitée en fonction du motif initial	55
Tableau 13 : Délai entre les deux consultations en fonction du motif initial	56
Tableau 14 : Comparaison des complications selon le temps passé aux urgences, le délai entre les deux consultations et l'heure de sortie (NS)	57

Abréviations

AEG : Altération de l'état général

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

HGE : Hépatogastro-entérologie

IDE : Infirmière diplômée d'état

IOA : Infirmière organisatrice d'accueil.

NHC : Nouvel Hôpital Civil

NS : Non significatif

Psy : Psychiatrie

RAD : Retour à domicile

Réa : réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

I. Introduction

Les reconsultations aux urgences sont une préoccupation majeure car sont susceptibles d'être lieu d'une augmentation de la morbidité. Elles ont pour conséquence une augmentation de la fréquentation des urgences donc de la charge de travail pour le personnel de soins, ainsi que des coûts en santé. Peu d'études s'intéressent au phénomène des reconsultations aux urgences après une sortie sans hospitalisation. De plus la majorité d'entre elles portent sur un délai entre deux consultations de moins de 72 heures, qui omet toute une tranche de cette population.

Dans ce travail de recherche nous chercherons à analyser les déterminants ainsi que les conséquences des reconsultations non programmées aux urgences dans un délai de 14 jours suivant la sortie sur la période de début novembre à début mars 2022 aux hôpitaux universitaires de Strasbourg, en excluant les sites d'urgences spécialisées sans contact avec un urgentiste.

II. Présentation

Actuellement les services d'urgences font face à une augmentation régulière de leur fréquentation de jour comme de nuit (1, 2, 3).

Un rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (drees), montre une augmentation moyenne de 3,3% des passages aux urgences entre 1996 et 2019.

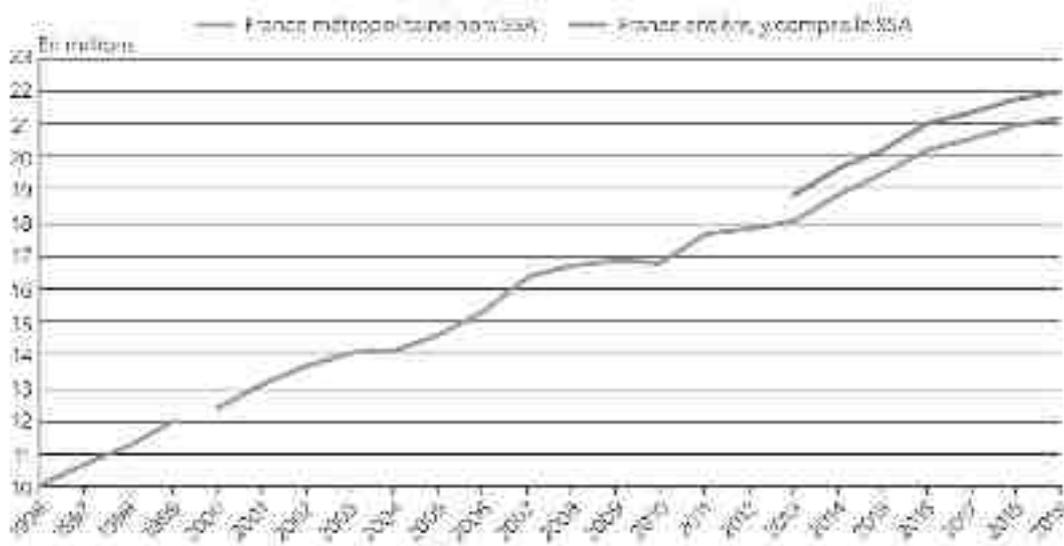


Figure 1 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 (3)

Plusieurs points sont mis en avant pour expliquer cette augmentation, notamment le vieillissement de la population, les difficultés d'accès à la médecine de ville (4), ou une discordance des solutions proposées par la médecine de ville à leurs besoins (4, 5).

Malgré cette demande croissante, les moyens humains et matériels ne sont pas plus importants provoquant depuis plusieurs années un engorgement des structures d'urgence (3, 4).

Les reconsultations aux urgences sont susceptibles de participer à ce phénomène et donc d'être responsables d'une augmentation de la charge de travail pour le personnel de soins, de la morbidité, ainsi que des coûts en santé (6, 7).

Ces reconsultations non programmées peuvent être le résultat de plusieurs facteurs, notamment des problèmes de suivi médical inadéquats ou un mauvais suivi des consignes (8), des complications liées au diagnostic initial, aux traitements prescrits

avant ou après le passage aux urgences, ou encore des erreurs dans la prise en charge initiale (9, 10).

Malgré leur importance, les reconsultations non programmées aux urgences après une sortie sans hospitalisation sont un sujet encore relativement peu approfondi dans les études épidémiologiques. En effet, la littérature médicale semble se concentrer davantage sur les reconsultations après une sortie d'hospitalisation (6, 11, 12). Aussi les facteurs de risque de reconsultation aux urgences restent à confirmer. De plus la fréquentation ayant augmenté ces dernières années (1) et dans un contexte post pandémie à coronavirus les populations précédemment décrites sont susceptibles de changer (13).

On retrouve un certain nombre d'étude dans la littérature concernant les reconsultations à 48 ou 72 heures d'une sortie des urgences ou d'hospitalisation. Ce taux est d'ailleurs fréquemment utilisé comme marqueur d'efficacité d'une structure d'urgence ou d'un hôpital (14, 15, 16, 17). Cependant cet indicateur présente des limites évidentes intrinsèques à l'évolution naturelle des différentes pathologies rencontrées aux urgences. Aussi la période optimale d'analyse de ces reconsultations n'est pas encore bien définie. A titre d'exemple une étude Argentine s'intéressant aux reconsultations après une sortie d'hospitalisation retrouvait un taux de reconsultation de 1.7% à 72h et de 7.2% à 30 jours. (18)

Rising et al concluaient dans leur étude en 2014 que le seuil de 9 jours serait plus inclusif que le seuil habituel de 72h, qui ne prendrait pas en compte 70% des reconsultations. (19)

Quelques travaux laissent penser que le nombre de reconsultations aux urgences peut être diminué (20, 21). Mais plusieurs inconnues subsistent. Le profil de ces patients reste à définir, que ce soit leur âge, leur motif de consultation et les complications potentiellement engendrées par un manque de réponse à la problématique initiale.

Certains profils comme les patients âgés, isolés, polypathologiques, dépendants sont suspects d'être prépondérants dans ce contexte et d'être facteurs de risque de complications.

Certaines circonstances comme les retours à domicile nocturnes, les consultations week-end et jours fériés, les difficultés d'accès aux soins peuvent aussi avoir un rôle dont l'importance est encore indéterminée.

D'autres paramètres comme le sexe, les antécédents, les motifs d'admissions peuvent jouer un rôle qu'il est nécessaire d'étudier.

Les hôpitaux universitaires de Strasbourg comportent deux structures d'urgences adultes sur les sites du Nouvel Hôpital Civil et de l'Hôpital de Hautepierre, totalisant 69 700 entrées sur l'année 2022. Ils sont soumis aux mêmes phénomènes de surcharge constatés au niveau national, avec entre autres un phénomène marqué de recrudescence hivernale (22).

Ainsi dans cette étude nous allons chercher à analyser les déterminants ainsi que les conséquences des reconsultations non programmées aux urgences dans les 14 jours qui feront suite à leur sortie des urgences sur la période hivernale 2022-2023.

III. Matériel et méthode

III.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, transversale, analytique, bicentrique au sein des urgences adultes du CHU de Strasbourg à l'hôpital de Hautepierre et au Nouvel Hôpital Civil, étudiant les patients ayant consulté spontanément en leur sein sur la période du 01 septembre 2022 au 01 mars 2023.

III.2 Population étudiée

La population étudiée correspond aux patients majeurs reconsultant dans une des deux structures publiques d'urgence du CHU de Strasbourg, dans les suites d'un premier passage aux urgences avec évaluation médicale et n'aboutissant pas à une hospitalisation.

Critères d'exclusion :

- Age <18 ans
- Relevant des urgences gynécologiques
- Urgences ophtalmologiques, maxillofaciales, petite traumatologie
- Reconvocations, dans le cadre de discordances radiocliniques ou de

consultations chirurgicales

- Données manquantes dans les dossiers cliniques jugées trop importantes

pour l'analyse statistique

- Motif de reconvoication programmé
- Hospitalisation à l'UHCD de plus de 24h ou tout autre service d'hospitalisation

entre les deux consultations.

Critères d'inclusion :

- Age \geq 18 ans
- Consultation dans une des structures d'accueil des urgences du CHU de Strasbourg
- Tous motifs confondus (sauf critères d'exclusion)
- Reconsultation au sein des mêmes structures dans les 14 jours suivant la première consultation
- Pas d'hospitalisation entre les deux consultations
- Deuxième consultation au sein des urgences n'est pas issue d'une reconvoation

III.3 Gestion des doublons

Parmi les 2825 dossiers analysables, 568 dossiers correspondaient au même patient ayant reconsulté plus d'une fois dans cette période. Chaque patient n'a donné lieu qu'à une seule analyse. Les dossiers choisis pour chaque patient sont ceux présentant la meilleure précision diagnostique.

III.4 Critères d'exclusion

Parmi les dossiers restants ont été exclus toutes les consultations relevant des urgences ophtalmologiques, gynécologiques et psychiatriques, ainsi que les reconvoations, les consultations programmées d'urologie, de maxillo-faciale, et de chirurgie orthopédique.

III.5 Recueil de données

Le choix des paramètres étudiés reposait sur la littérature notamment les facteurs de risque de réhospitalisation ciblés par la haute autorité de santé,

Le recueil s'est effectué sur des données médicales extraites du logiciel médical local (DxCare) sur les logiciel MicrosoftExcel (2016) et LibreOffice Calc

Les données ont été recueillies par un interne en médecine d'urgence sur les informations suivantes :

Pour déterminer les caractéristiques principales : Age, sexe, hôpital d'admission, semaine ou week-end,

Afin d'évaluer les facteurs de risque du patient : Nombre de traitements habituels, consommation de toxiques, relevé des maladies chroniques, hospitalisation ou non préalable au premier passage, présence de troubles cognitifs, état grabataire ou non, présence d'aides à domicile,

Afin d'évaluer l'état au premier passage aux urgences : triage à l'admission aux urgences par l'infirmière d'accueil des urgences et selon le mode de triage local, motif de plainte, paramètres vitaux à l'admission, créatinine, hémoglobine et crp.

Concernant l'aboutissement du premier passage : durée en heures du premier séjour, heure de sortie, nombre de traitements prescrits suite au premier passage, orientation à la sortie de la première consultation, orientation souhaitée au diagnostic du premier passage.

Pour analyser le lien et la gravité du deuxième passage : concordance du motif de reconsultation au premier passage, complications depuis le premier passage avec nécessité ou non d'administration de produit sanguin labile, effets indésirables du traitement prescrit et iatrogénie, difficultés de mise en place des prescriptions, examens complémentaires lors du deuxième passage, prise d'avis d'un spécialiste d'organe et durée de séjour du deuxième passage.

Le recueil de données a été déclaré au comité de protection des données français CNIL avec le protocole de recherche MR3 qui régit selon l'article R21-021 l'utilisation rétrospective des données à des fins de recherche non lucratives.

Aucune donnée nominative permettant d'identifier les patients n'a été enregistrée.

III.6 Analyse statistique

Concernant l'analyse statistique, les variables quantitatives sont exprimées par leur médiane (m) et leur 1er et 3e quartile [Q1 à Q3]. Les variables qualitatives sont exprimées par leur effectif (n) et leur proportion (%).

Les données quantitatives à deux groupes sont analysées à l'aide du test non paramétrique de la somme des rangs de Wilcoxon. L'analyse des données qualitatives est réalisée à l'aide du test du chi², la valeur de p était obtenue par rééchantillonnage aléatoire (méthode de Monte-Carlo).

Pour tous les tests, le seuil du risque alpha était fixé à 5%. Ce risque a été divisé par 100 afin de prévenir l'inflation du risque alpha sur la multiplicité des tests. Le seuil de significativité d'un test a donc été fixé à 0,0005 %.

Le recueil des données est réalisé grâce au logiciel Microsoft® Excel et l'analyse statistique est réalisée à l'aide du logiciel R (R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>).

IV. Résultats

IV.1. Caractéristique de la population

Un total de 692 patients a été inclus dans l'étude.

Tableau 1: caractéristiques de la population d'étude

	Total	%	Non renseigné (N)
Classe d'âge			0
<35	97	14.0	0
35-49	111	16.0	0
50-64	124	17.9	0
65-79	163	23.6	0
> 80	197	28.5	0
Non renseigné	0	0	0
Sexe			
Femmes	327	47.3	0
Hommes	365	52.7	0
Non renseigné		0	0
Facteurs de risque			
Grabataire	50	7.2	5
Hospitalisation dans les six mois précédents	210	30.3	1
Niveaux de dépendance			
Autonome	296	42.8	
EHPAD/foyer médicalisé	75	10.8	
Auxiliaire de vie ou aide familiale	98	14.2	
SDF/hébergement d'urgence	32	4.6	
IDE à domicile	115	16.6	
HAD	14	2	
Isolement social	64	9.2	
Non renseigné	3	0.4	
ATCD			
Cardio-vasculaires	359	51.9	
Respiratoires	77	11.1	
Cancer	61	8.8	
Diabète sucré	147	21.2	
Psychiatriques	73	10.5	
HGE	14	2.0	
Neurologiques	70	10.1	
Autre	72	10.4	
Non renseigné	0	0	

Tableau 1: caractéristiques de la population d'étude

	Total	%	Non renseigné (N)
Traitements chroniques			
Aucun	153	22.1	
1-2	111	16.0	
3-5	155	22.4	
+5	271	39.2	
Non renseigné	2		
Toxiques chroniques			
Aucun	476	68.8	
Tabac	136	19.7	
Alcool	106	15.3	
Autres	36	5.2	
Non renseigné	19	2.8	

IV.1.1. Répartition de la population étudiée selon l'âge, le sexe et la structure d'accueil

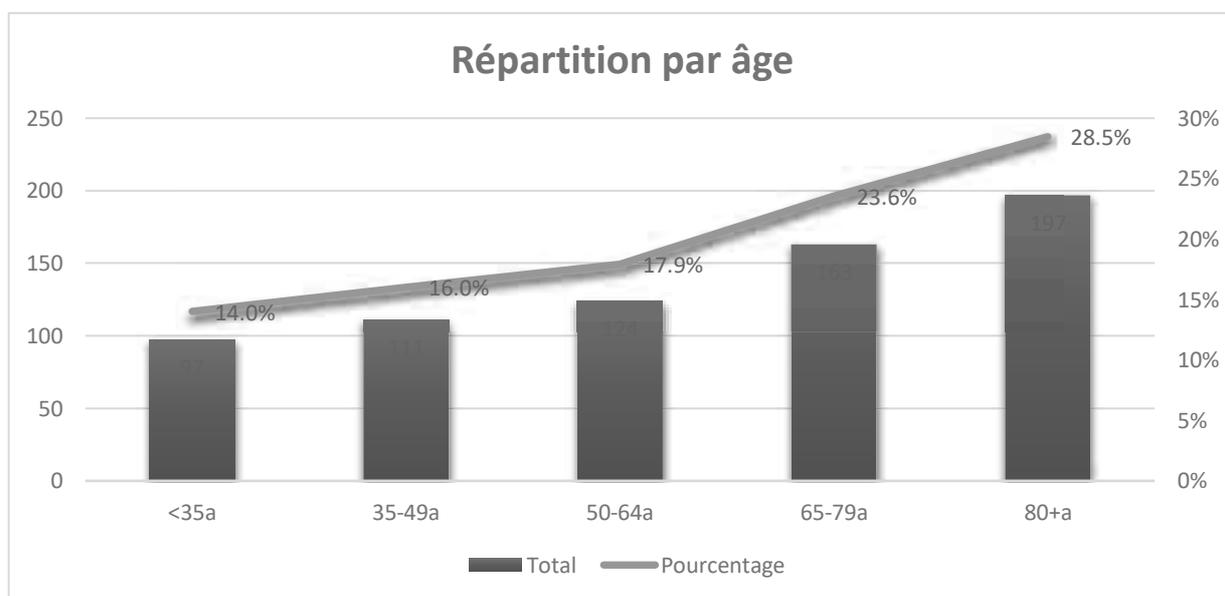


Figure 2 : Répartition de la population étudiée par tranche d'âge

La majorité des patients sont âgés de plus de 65 ans, dont 255 (37%) ont plus de 75 ans.

La moyenne d'âge est de 62.5 ans et la médiane est de 66 ans.

Deux cent quatre-vingt-quinze patients (42.6%) ont consulté au premier passage au NHC (Nouvel Hôpital Civil) et 397 patients à l'Hôpital de Hautepierre du CHU de Strasbourg.

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe

Classe d'âge	Total		Hommes		Femmes	
	N	%	N	%	N	%
<35	97	14,0%	50	51,6%	47	48,4%
35-49	111	16,0%	68	61,3%	43	38,7%
50-64	124	17,9%	73	58,9%	51	41,1%
65-79	163	23,6%	83	50,9%	80	49,1%
>=80	197	28,5%	91	46,2%	106	53,8%
Total	692	100,0%	365		327	

IV.1.2 répartition selon les facteurs de risque

En moyenne, 4.5 médicaments ont été retrouvés sur l'ordonnance des patients à leur arrivée lors de la première consultation (médiane= 4 médicaments).

On a pu constater que 8.1% de la population est grabataire.

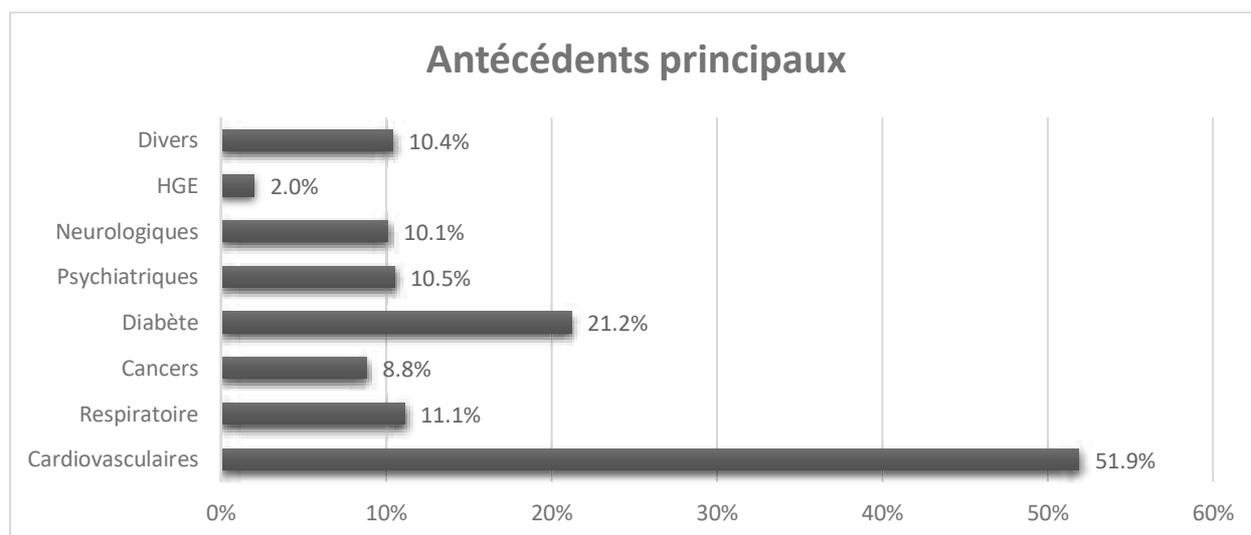


Figure 3 : Répartition de la population étudiée selon les antécédents rapportés

Les principaux antécédents/maladies chroniques sont d'ordre cardiovasculaire. On a constaté également que les patients présentaient plusieurs antécédents lors de leur consultation dans les services d'urgence étudiés.

Un tiers des patients (30%) des patients avaient été hospitalisés au cours des six derniers mois précédant la première consultation dans les services d'urgence.

IV.2. Première consultation aux urgences

IV.2.1 Répartition de la population selon les critères de tri par l'IOA

La durée du premier séjour était de 8h30 en moyenne. Les patients reconsultaient généralement après 4 jours. La durée moyenne de séjour aux urgences était de 8h lors du deuxième passage.

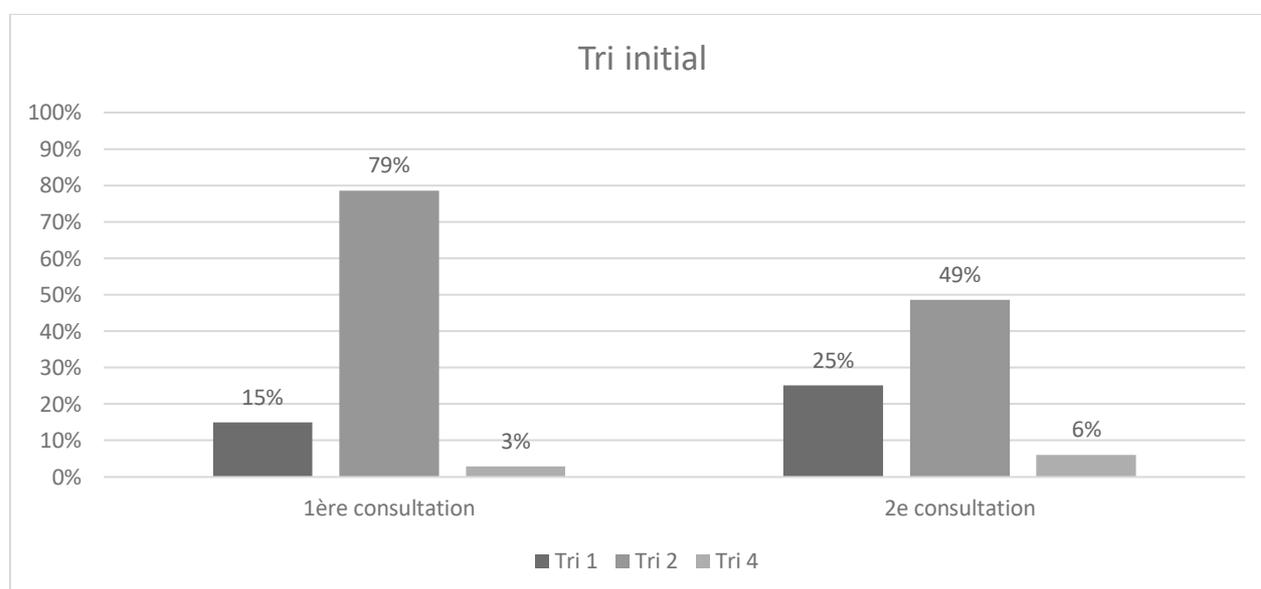


Figure 4 : Tri IOA lors du premier et deuxième passage

On a pu constater que lors de la deuxième consultation, la proportion de patients consultant pour des motifs moins urgents a augmenté de 15 à 25%. De même la proportion de patients consultant une deuxième fois et codés en rouge a doublé par rapport à la première consultation. Le pourcentage de patients codés "Tri 2" a diminué de 25% entre la première et la deuxième consultation.

IV.2.2 Répartition de la population en fonction du motif de consultation

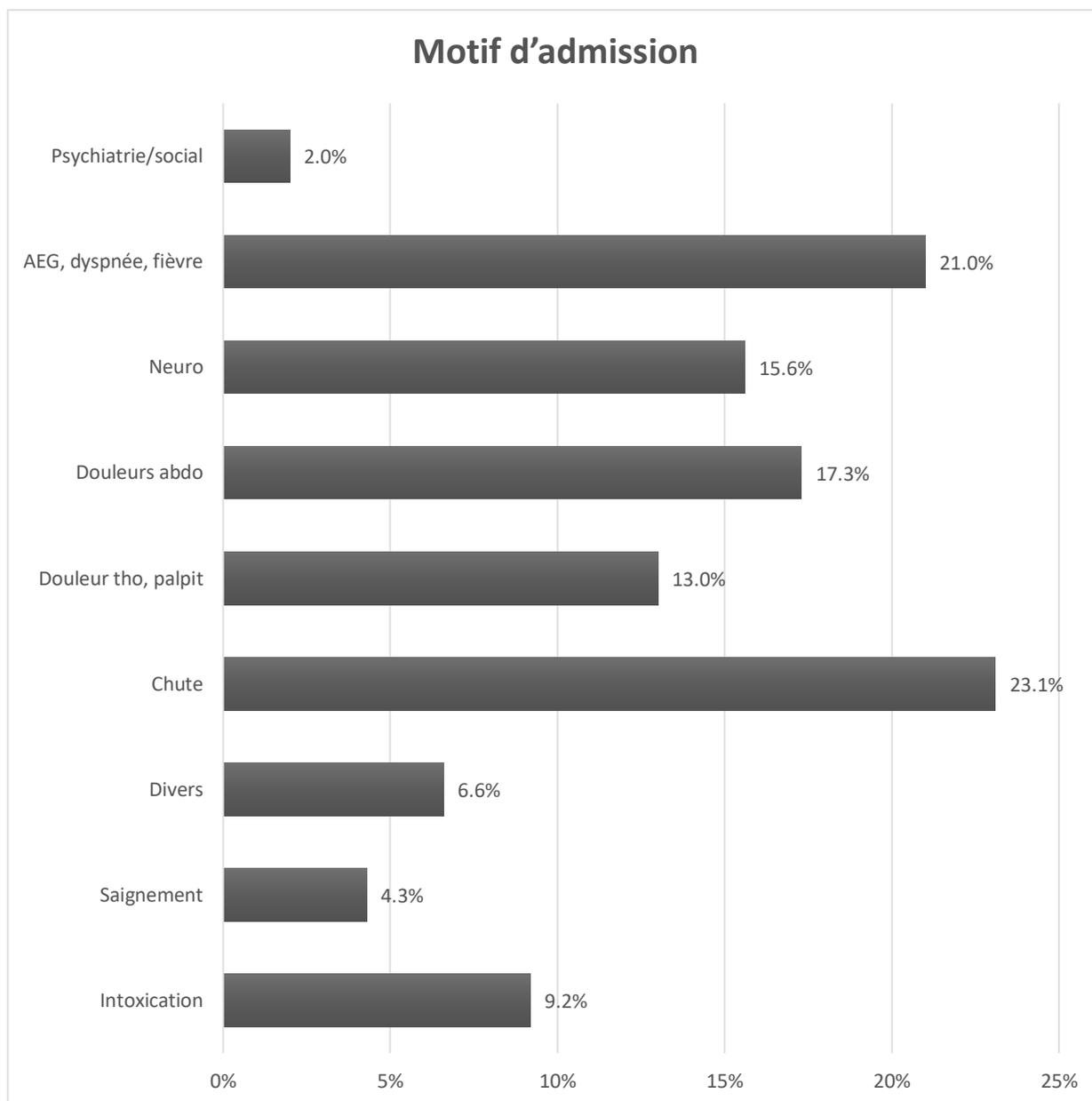


Figure 5 : Répartition de la population en fonction du motif d'admission au cours de la première consultation

Les motifs prépondérants au premier passage sont la chute, l'asthénie, la dyspnée et la fièvre, les douleurs abdominales et lombaires.

IV.2.3 Mode d'arrivée aux urgences

Tableau 3 : Répartition de la population en fonction du mode d'arrivée aux urgences lors du premier passage

Adressé par	N	%
Soi-même/Famille	423	61.1
Médecin traitant	93	13.4
EHPAD/foyer médicalisé	51	7.4
Infirmière à domicile	66	9.5
Tiers/ Voie publique	59	8.5

La majorité des patients viennent par leurs propres moyens ou sous l'influence de leur famille, moins d'un sixième sont adressés par leur médecin traitant.

IV.2.4 Devenir des patients à la fin du premier passage aux urgences

Aucun traitement n'est prescrit dans 44% des cas.

Le retour à domicile était indiqué pour 70.2% des patients, et une hospitalisation à court ou moyen terme était souhaitée pour 25.7% des patients. Environ 4% sont sortis contre avis médical.

Tableau 4 : Suivi proposé à l'issue de la première consultation

Suivi proposé	N	%
Aucun	103	14.9%
Médecin généraliste	286	41.3%
Cabinet de radiologie	49	7.1%
Spécialiste d'organe libéral	110	15.9%
Sortie contre avis médical	28	4%
HAD / suivi renforcé à domicile	12	2.6%
Hôpital de jour	47	6.8%
Psychiatrie	25	3.6%
Reconvocation	25	3.6%

Le suivi chez le médecin traitant est prépondérant, il est proposé dans 41% des cas.

Aucun suivi n'était préconisé dans 15% des cas.

IV.3. Deuxième consultation aux urgences

IV.3.1. Moteur de reconsultation aux urgences après le premier passage

Au cours de la deuxième consultation, les patients sont réadressés le médecin traitant dans 15% des cas, l'infirmière à domicile dans 10.5% des cas et par eux même ou leur famille dans 57% des cas.

IV.3.2. Motifs de reconsultation et complication



Figure 6 : Motifs de re-consultation lors du second passage aux urgences

Les motifs techniques dans notre étude sont les problèmes essentiellement organisationnels advenant généralement dans les 12 premières heures suivant le retour à domicile, comme par exemple une délivrance impossible de matériel technique (sonde urinaire) ou l'oubli d'une ordonnance pour une intervention paramédicale.

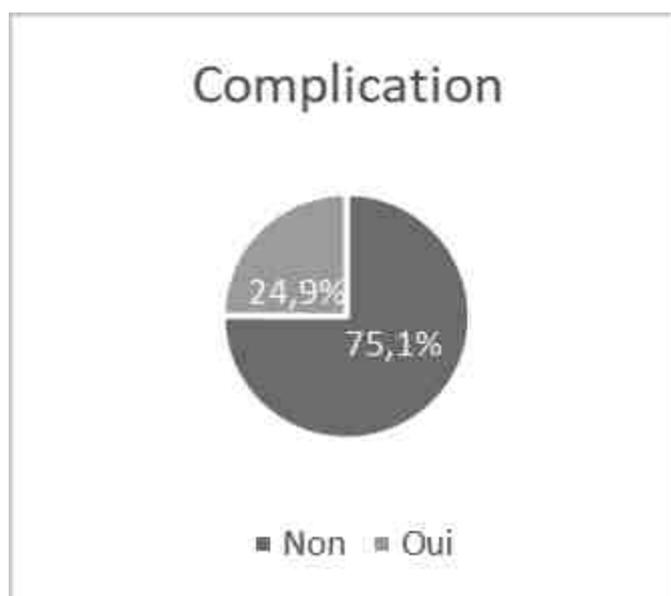


Figure 7 : Complications survenues entre les deux consultations

Le motif de la deuxième consultation est majoritairement identique. Une complication significative (fracture, défaillance d'organe, surinfection, hémorragie avec déglobulisation) est retrouvée chez un patient sur quatre.

Dans 5% des reconsultations on retrouve une difficulté à la mise en place des prescriptions, que ce soit la récupération des médicaments en pharmacie, des aides à la mobilité ou aides à domicile.

Un effet indésirable iatrogène est suspecté ou retrouvé dans 14% des cas, dont 8% lié au traitement prescrit à l'issue du premier passage, et 6% au traitement chronique (déglobulisation par exemple). Dans 35% des situations où l'iatrogénie est suspectée, une complication significative a été constatée (33 patients).

IV.3.3. Examens complémentaires lors du deuxième passage

Un examen complémentaire est réalisé dans plus de la moitié des cas au cours de la deuxième consultation. L'avis d'un spécialiste d'organe est sollicité dans 49% des cas.

Tableau 5 : Examen complémentaire prescrit au cours de la deuxième consultation

Examen complémentaire	N	%
Non	324	46.8
Radio	35	5.1
Scan+/-Radios	289	45.1
Autres	20	2.8

IV.3.4. Orientations lors du deuxième passage aux urgences

Plus de la moitié (57%) des patients ne sont pas hospitalisés après la deuxième consultation. 2.2% sont transférés au bloc opératoire (essentiellement urologique) et 2.4% en réanimation ou bien décèdent.

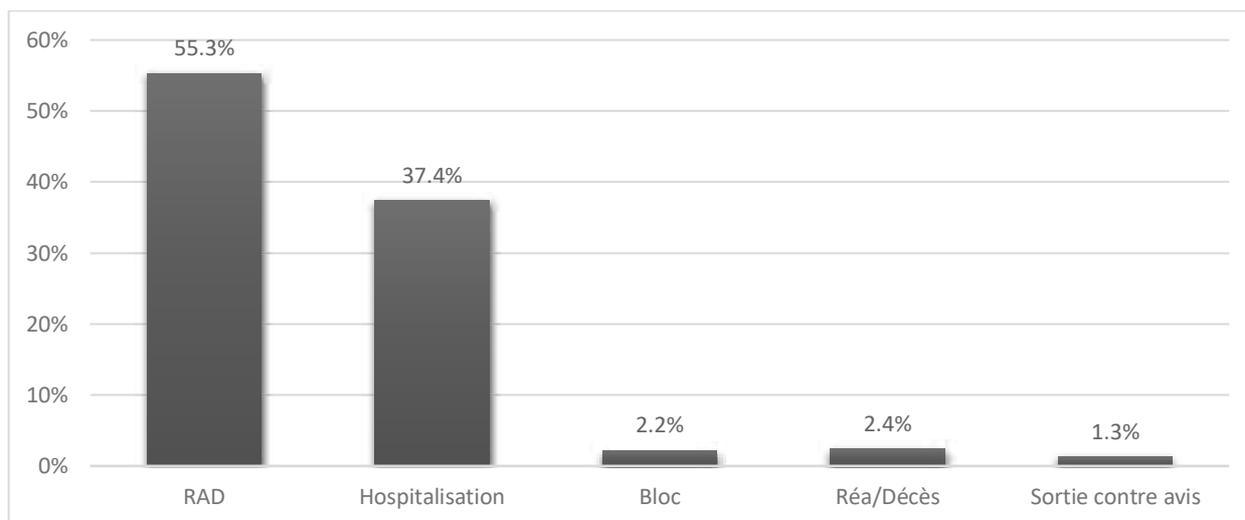


Figure 8 : Orientation après la deuxième consultation

IV.4. Répartition de la population qui reconseille aux urgences en fonction de l'état cognitif

Un quart (24%) de la population présente des troubles cognitifs modérés à sévères. Les patients présentant des troubles cognitifs sont adressés davantage par une structure de soins que ceux n'en présentant pas.

IV.4.1. Mode d'admission

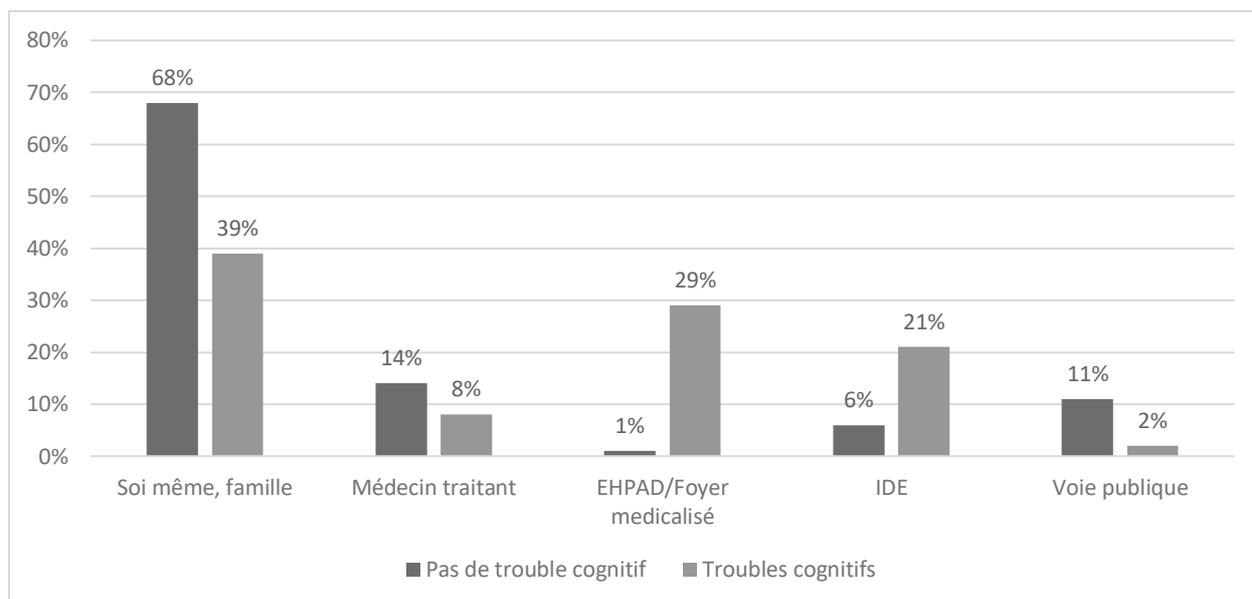


Figure 9 : Comparaison du mode d'admission en fonction de la présence de troubles cognitifs ou non ($p < 0.0005$)

IV.4.2. Suivi à domicile

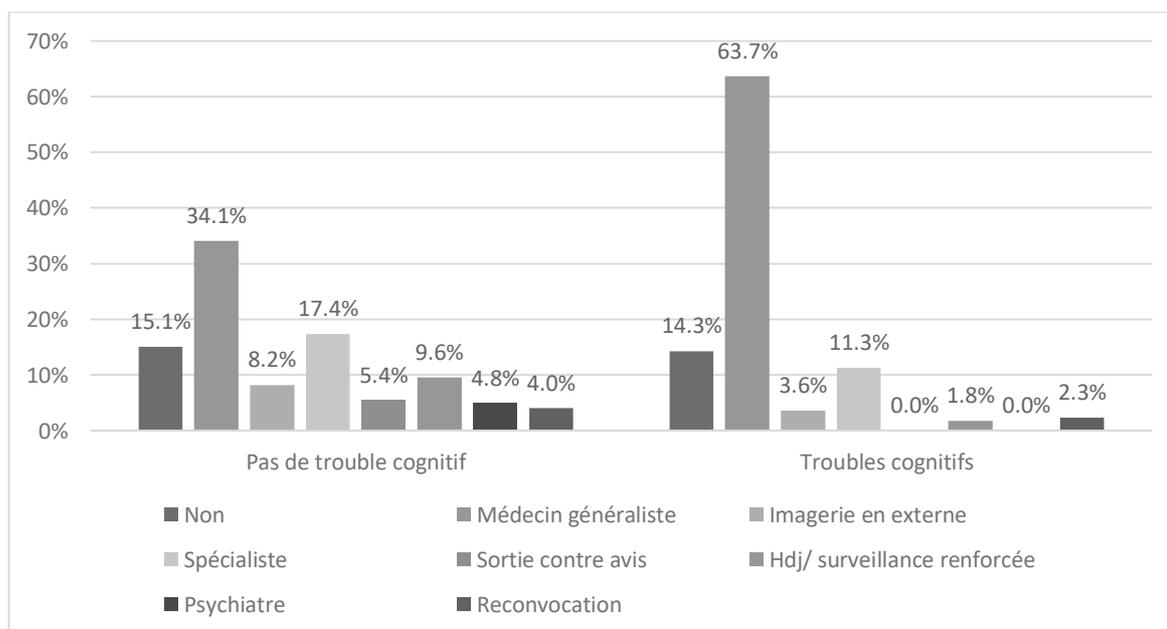


Figure 10 : Suivi à domicile proposé en fonction de l'état cognitif ($p < 0.0005$)

IV.4.3. Devenir des patients après la première consultation

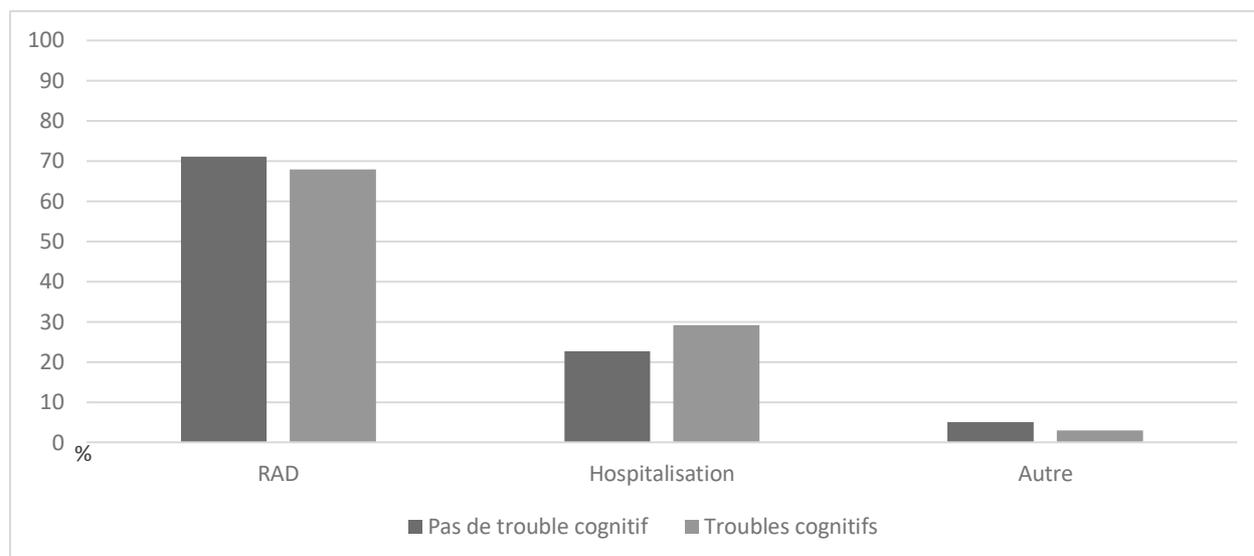


Figure 11 : Prise en charge souhaitée suite à la première consultation (p= 0.0675 NS)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'orientation souhaitée des patients en fonction des troubles cognitifs à court ou moyen terme, qui est l'hospitalisation dans 29% des cas en cas de trouble cognitif et dans 22% des cas le cas contraire.

IV.4.4. Délai entre les deux consultations aux urgences

Tableau 6 : Délai entre deux consultations

Le délai entre deux consultations n'est pas significativement modifié en fonction des groupes.

Délai entre les deux consultations

Pas de trouble cognitif	Troubles cognitifs	P
4 heures [2 à 8]	4 heures [2 à 8]	0.179

IV.4.5. Motif de consultation

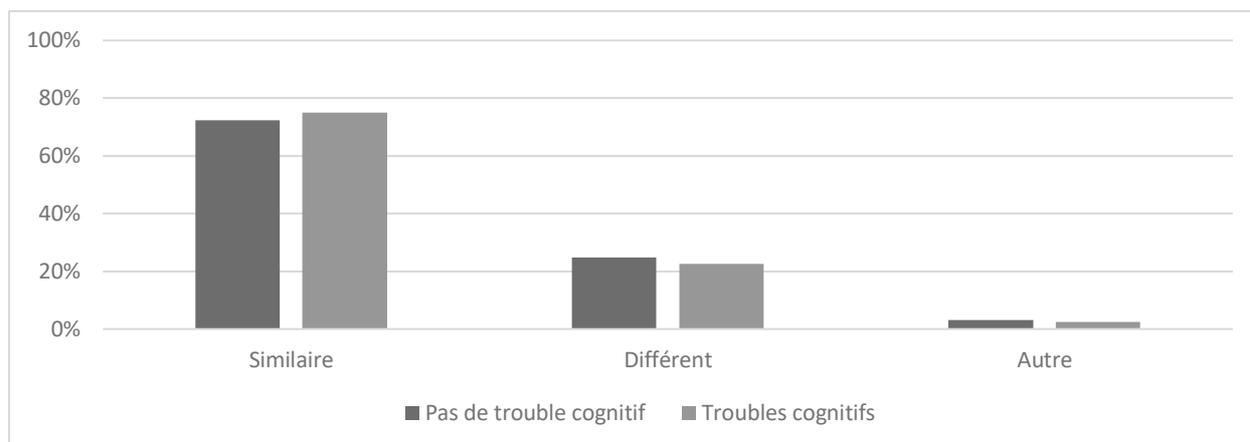


Figure 12 : Motif lors de la reconsultation ($p= 0.1329$ NS)

La variation du motif de reconsultation n'est pas statistiquement différente dans les deux populations.

IV.4.6. Complications

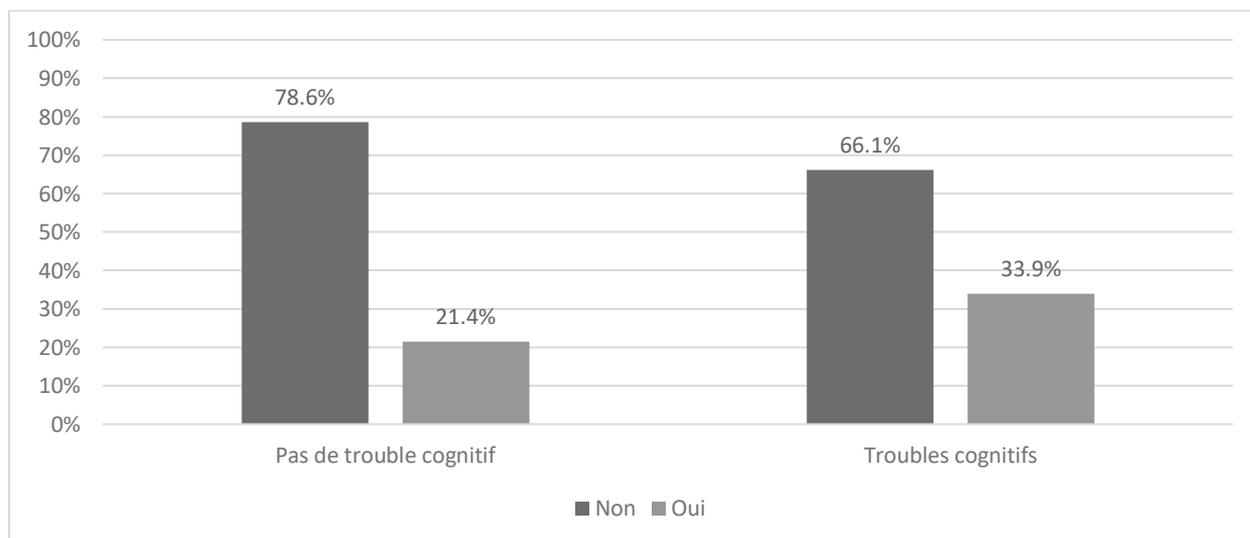


Figure 13 : Complications en fonction de l'état cognitif ($p= 0.0025$ NS)

Cette étude semble montrer qu'il y a davantage de complications dans le groupe trouble cognitif.

IV.4.7. Iatrogénie

Il y a une différence significative d'exposition iatrogène en fonction des troubles cognitifs, avec plus d'iatrogénie dans le groupe troubles cognitifs.

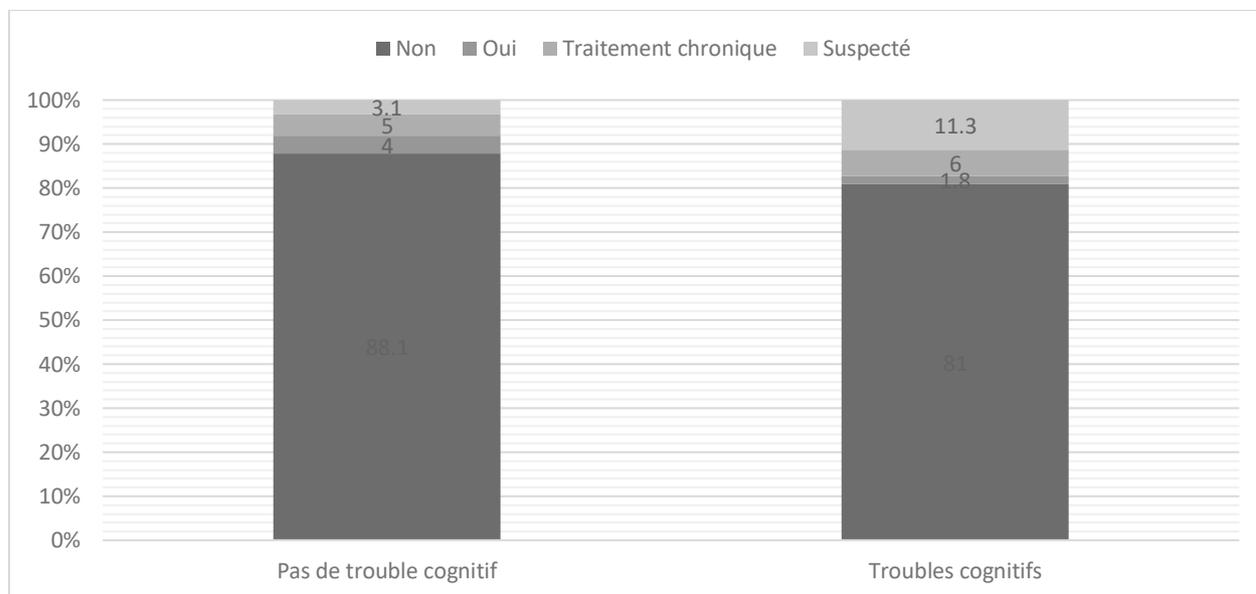


Figure 14 : Effet iatrogène en fonction de l'état cognitif ($p < 0.0005$)

IV.4.8. Examens complémentaires

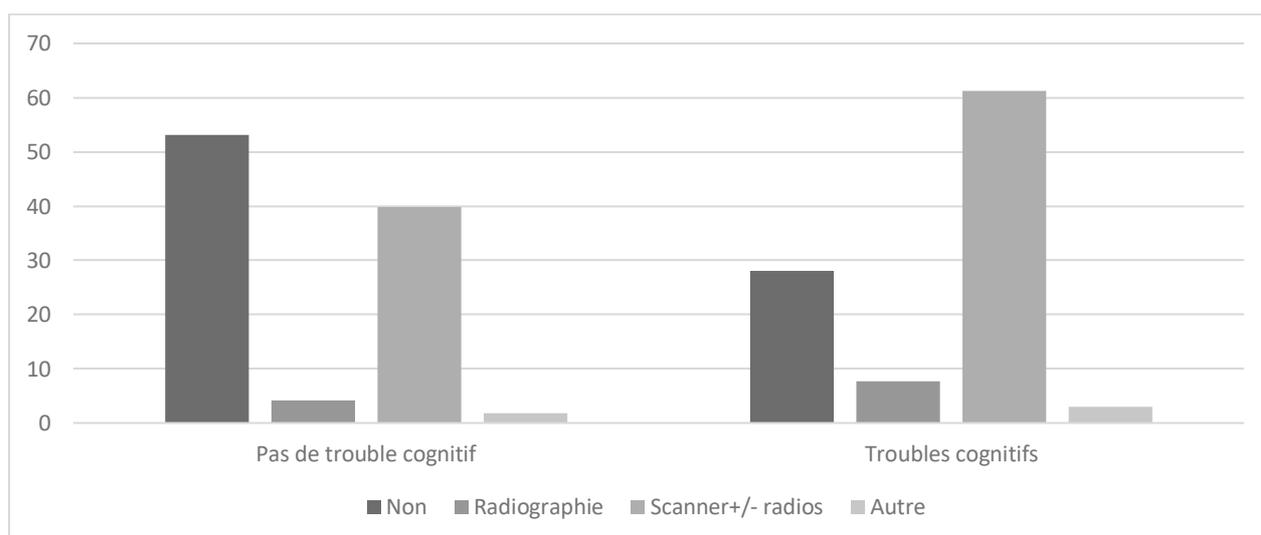


Figure 15 : Imagerie réalisée au cours de la deuxième consultation ($p < 0.0005$)

Les scanners sont réalisés de manière statistiquement significativement plus importante en cas de trouble cognitif.

IV.4.9. Avis spécialisés

L'avis d'un spécialiste d'organe semble moins sollicité en cas de trouble cognitif au second passage.

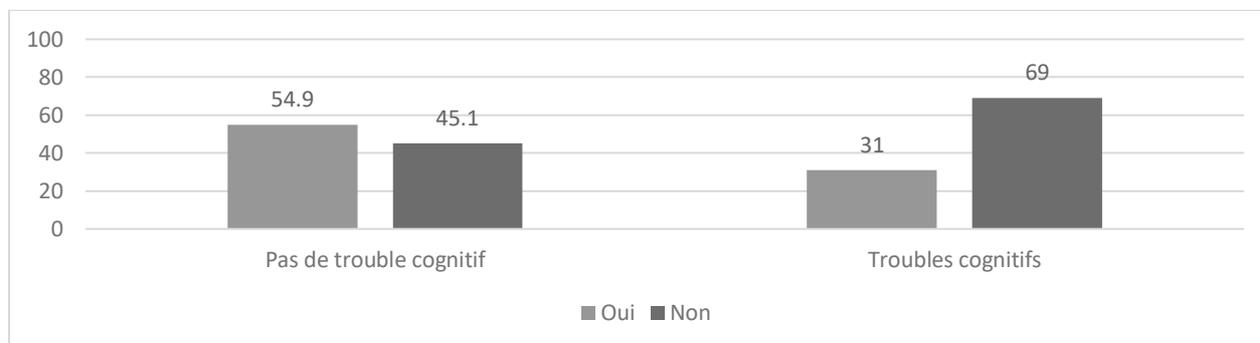


Figure 16 : Demande d'avis d'un spécialiste d'organe ($p < 0.0005$)

IV.4.10. Durée de séjour lors du deuxième passage

Tableau 7 : durée de séjour au deuxième passage

Durée du séjour au deuxième passage		
Pas de trouble cognitif	Troubles cognitifs	P
8 heures [4 à 15]	10 heures [5 à 19]	0.0005

La durée du séjour au cours de la deuxième consultation paraît plus longue en cas de trouble cognitif.

IV.5. Comparaison en fonction de la tranche d'âge

IV.5.1. Comparaison par tranche d'âge en fonction du mode d'adressage

Pour rappel 255 patients soit 37% de l'effectif total ont 75 ans ou plus.

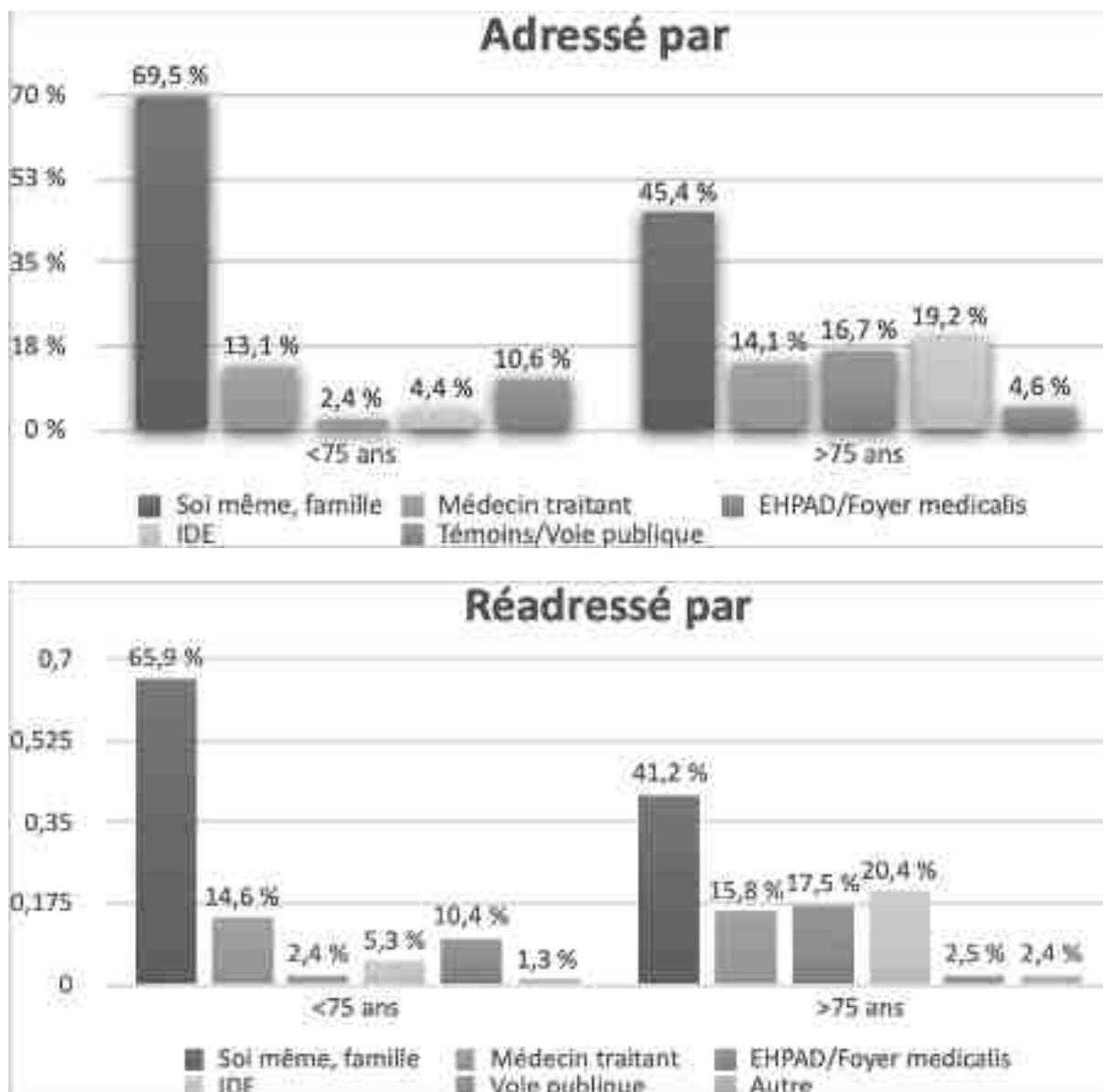


Figure 17 : Mode d'admission/réadmission en fonction de l'âge ($p < 0.0005$)

Les patients de plus de 75 ans sont dans cette étude plus admis après l'intervention d'un personnel médical ou paramédical, et reviennent davantage dans ce contexte.

IV.5.2. Comparaison par tranche d'âge en fonction du suivi proposé

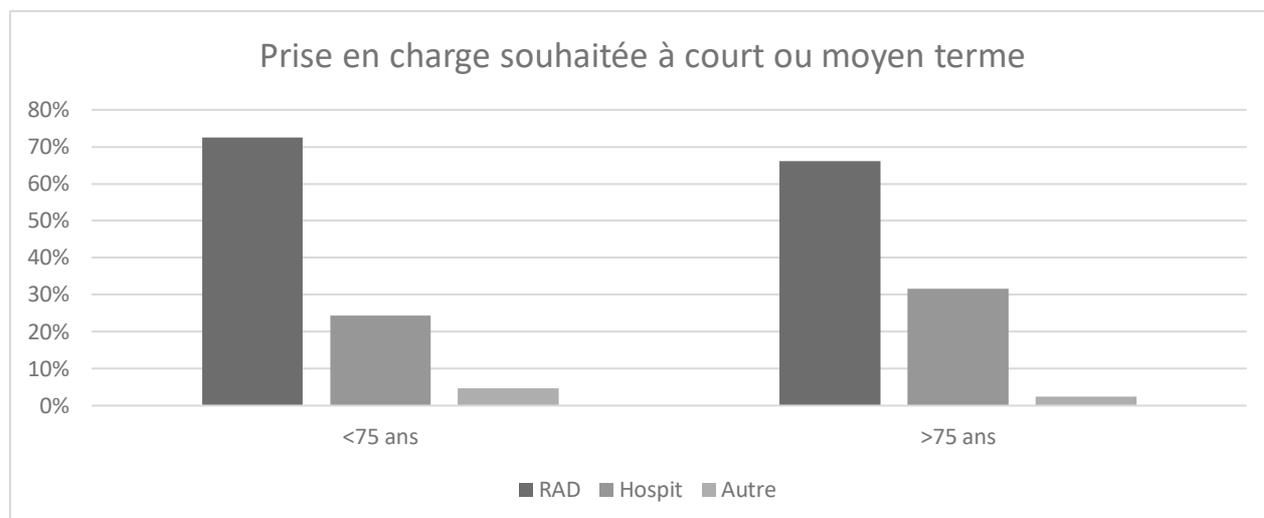


Figure 18 : Prise en charge souhaitée suite à la première consultation (p=0.002 NS)

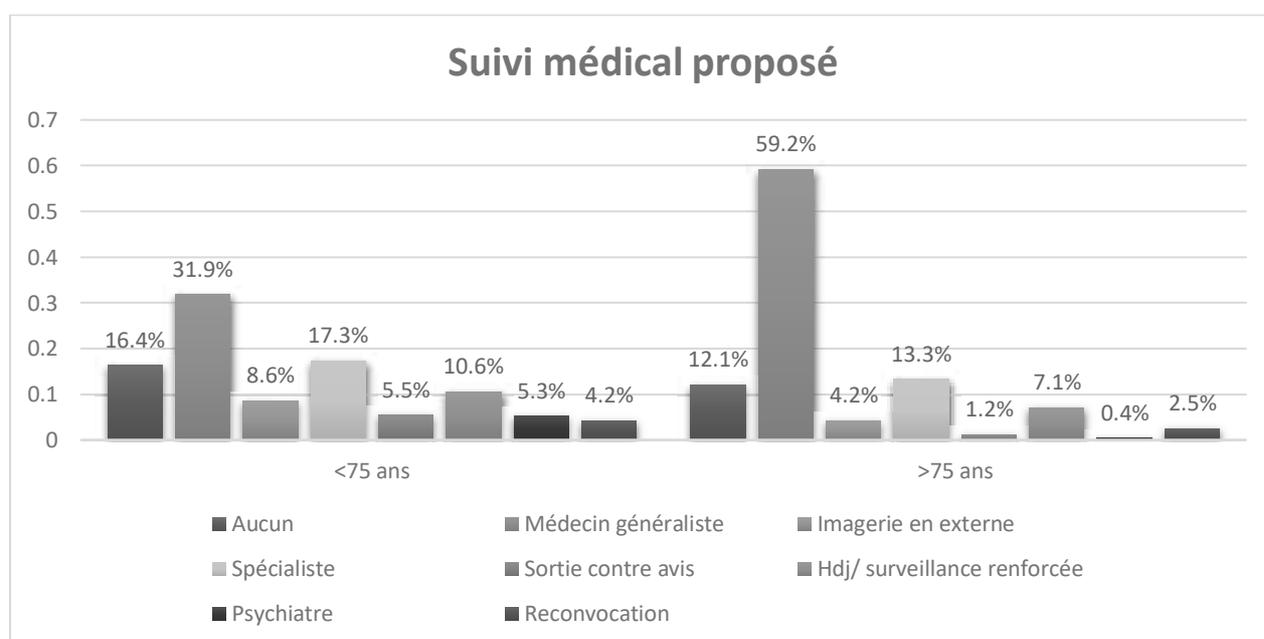


Figure 19 : Suivi médical proposé (p<0.0005)

Peu de patients de plus de 75 ans sortent sans indication de suivi médical, et ils sont souvent orientés vers le médecin généraliste. Très peu d'entre eux nécessitent un suivi psychiatrique en première intention.

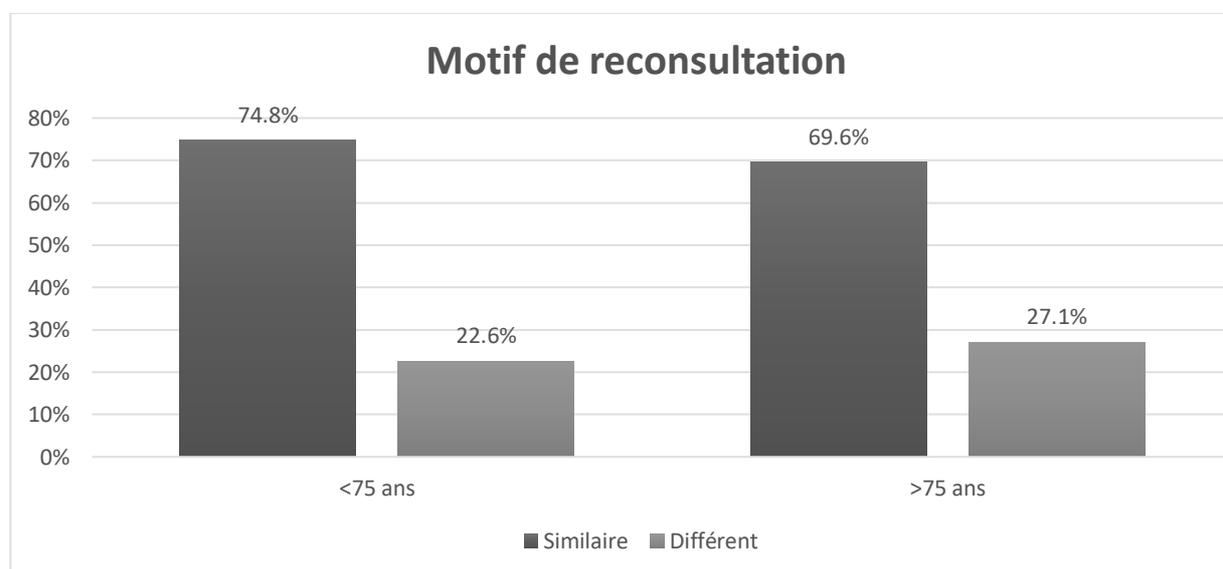
IV.5.3. Comparaison par tranche d'âge en fonction de la durée entre les passages aux urgences

Tableau 8 : Délai entre deux passages aux urgences

Durée entre deux passages		
<75 ans	>75 ans	P
4 heures [2 à 8]	4 heures [2 à 8]	0.62

IV.5.4. Comparaison par tranche d'âge en fonction du motif de consultation et complications

La variation du motif de reconsultation ne diffère pas significativement entre les deux groupes, et les complications aussi bien qu'il semblerait qu'il y en ait davantage chez les patients âgés.



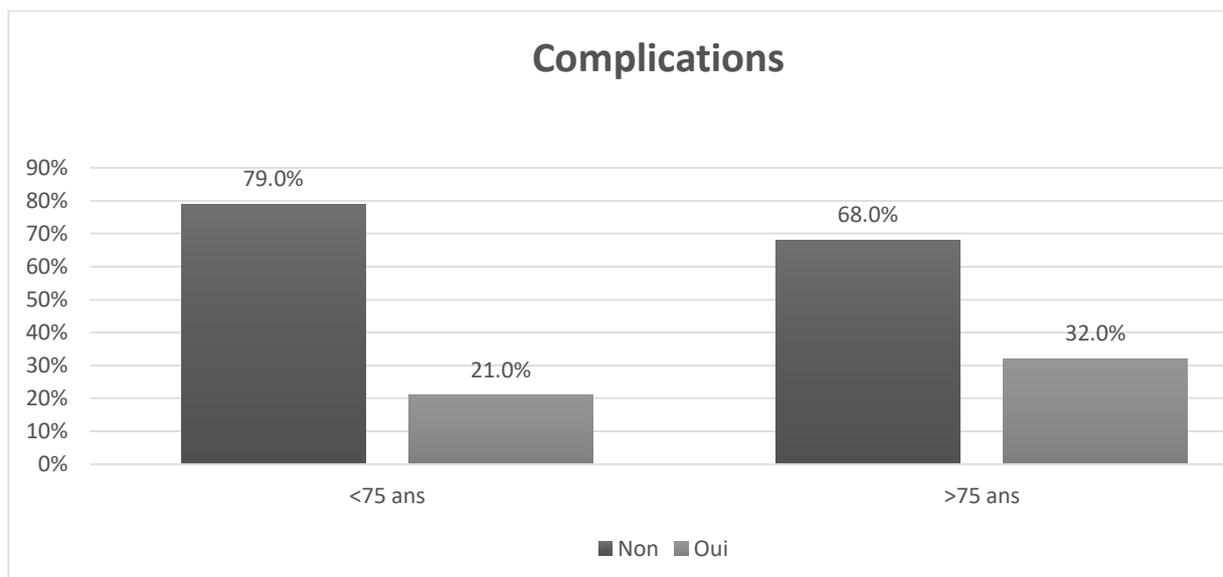


Figure 20a : Motif de reconsultation en fonction de l'âge (p= 0.0035 NS)

Figure 20b : Complications en fonction de l'âge (p=0.0015 NS)

IV.5.5. Comparaison par tranche d'âge en fonction de la durée de séjour

La deuxième consultation est significativement plus longue dans cet échantillon chez les patients de plus de 75 ans.

Tableau 9 : Durée de la deuxième consultation

Durée du deuxième séjour		
<75 ans	>75 ans	P
7 heures [4 à 14]	10 heures [5 à 19]	<0.0001

IV.5.6. Comparaison par tranche d'âge en fonction des examens complémentaires lors du deuxième séjour

Les imageries sont plus sollicitées, contrairement aux avis, pour cette population.

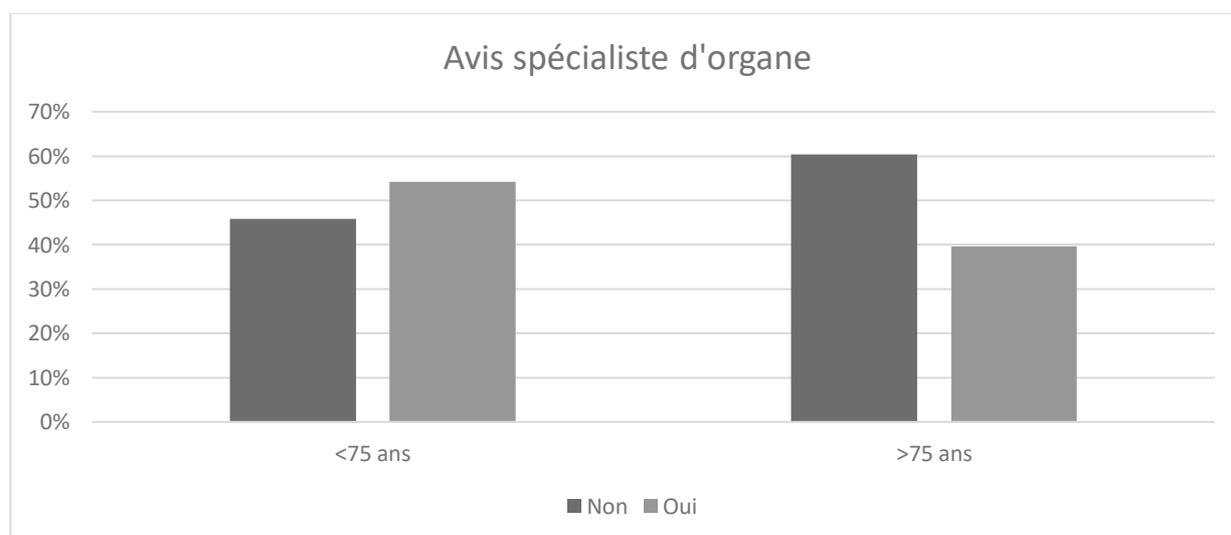
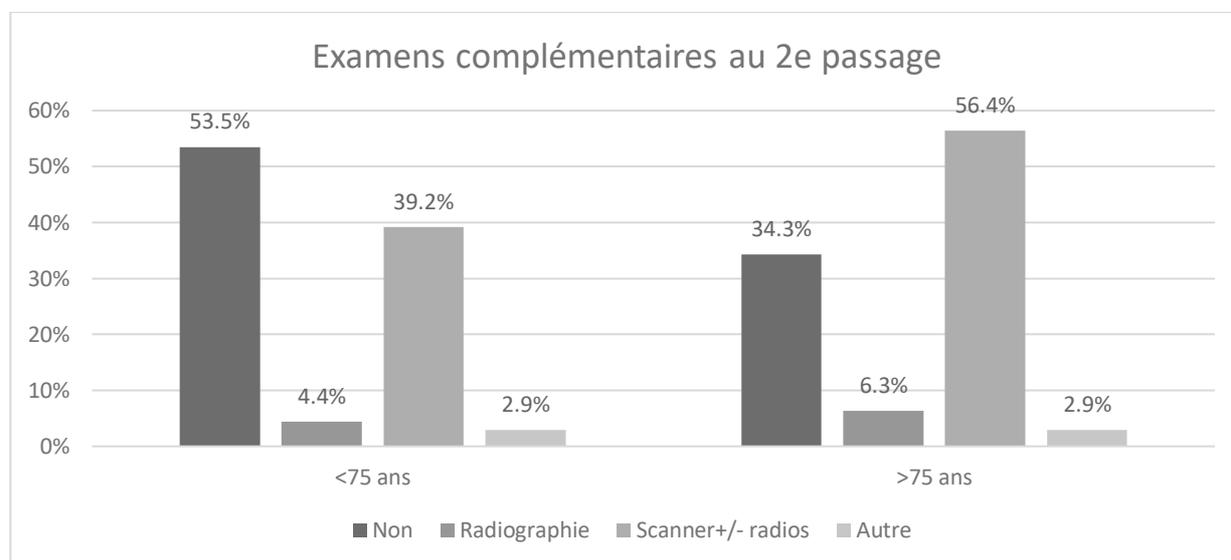


Figure 21a : Imagerie demandée au deuxième passage en fonction de l'âge ($p < 0.0005$)

Figure 21b : demande d'avis auprès d'un spécialiste d'organe ($p < 0.0005$)

IV.5.7. Comparaison par tranche d'âge en fonction du devenir des patients après le deuxième séjour

Les plus de 75 ans sont plus hospitalisés au décours de leur reconsultation.

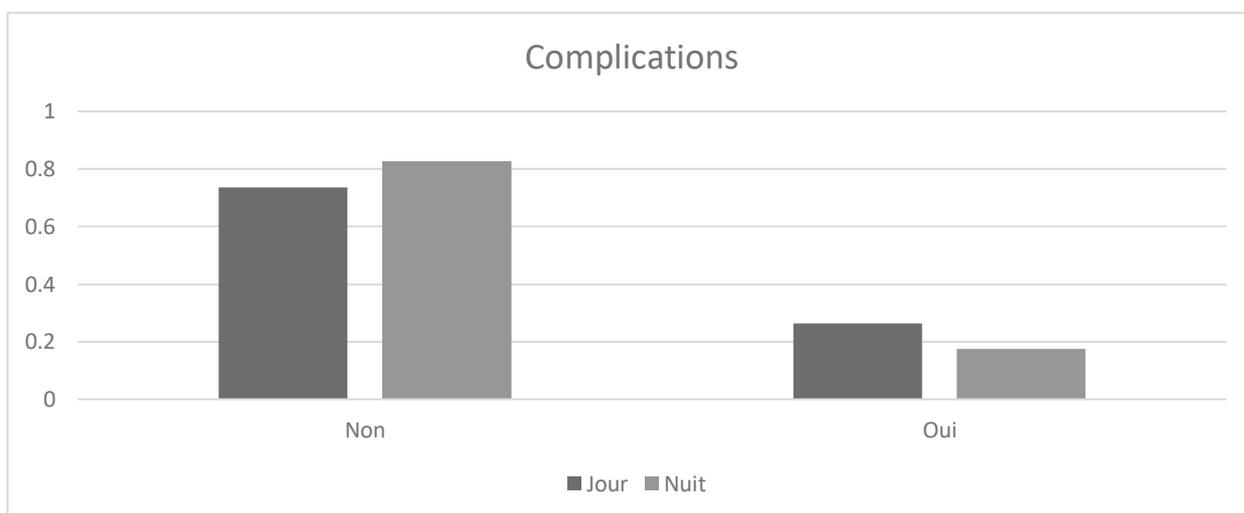
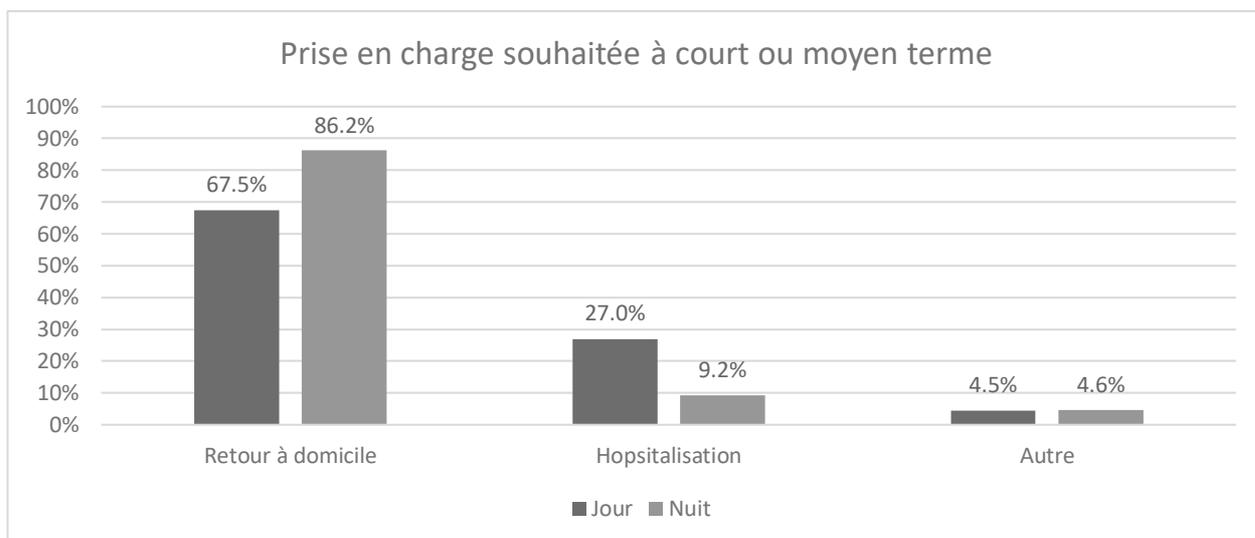
Tableau 10 : Orientation à la deuxième consultation en fonction de l'âge ($p < 0.0005$)

Orientation au 2e passage	<75 ans	>75 ans
Retour à domicile	55.1%	45.8%
Hospitalisation	31.6%	48.3%
Consultation externe	6.6%	1.7%
Bloc opératoire	2.9%	0.8%
Réa/Décès	2%	2.9%
Sortie contre avis	1.8%	0.4%

IV.6. Reconsultations au décours d'une sortie la nuit (entre 22h et 6h)

Les patients sortis la nuit entre 22h et 6h du matin semblent avoir un profil moins à risque de complication et semblent moins avoir de complications à la reconsultation par rapport aux autres patients, bien que cette différence ne soit pas significative.

IV.6.1. Comparaisons des patients en fonction de l'heure de sortie et leur devenir

Figure 22a : Orientation souhaitée des patients selon l'heure de sortie ($p=0.0015$ NS)Figure 22b : Complications en fonction de l'heure de sortie au premier passage ($p=0.1289$ NS)

IV.6.2. Comparaisons des patients en fonction de l'heure de sortie et leur prise en charge

Tableau 11 : Comparaison en fonction de l'heure de sortie

Heure de sortie	6h-22h	22h-6h	P
Iatrogénie	13.6%	13.8%	0.5987
Motif de reconsultation similaire	74%	67.9%	0.4653
Examens complémentaires	53%	54.1%	0.2889
Avis spécialisé	49.7%	54.1%	0.2659
Délai entre deux consultations	4j [2 à 8]	3j [1 à 7]	0.1013

Il ne semble pas avoir d'avantage d'exposition à l'iatrogénie entre les deux groupes. Ceux-ci viennent pour un motif similaire dans une proportion plutôt identique. Il n'y a pas de différence significative quant à la proportion d'avis spécialisé ou d'examens complémentaires demandés entre ces deux populations.

Le délai entre deux consultations ne diffère pas significativement.

IV.6.3. Comparaisons des patients en fonction de l'heure de sortie et leur orientation après le deuxième passage

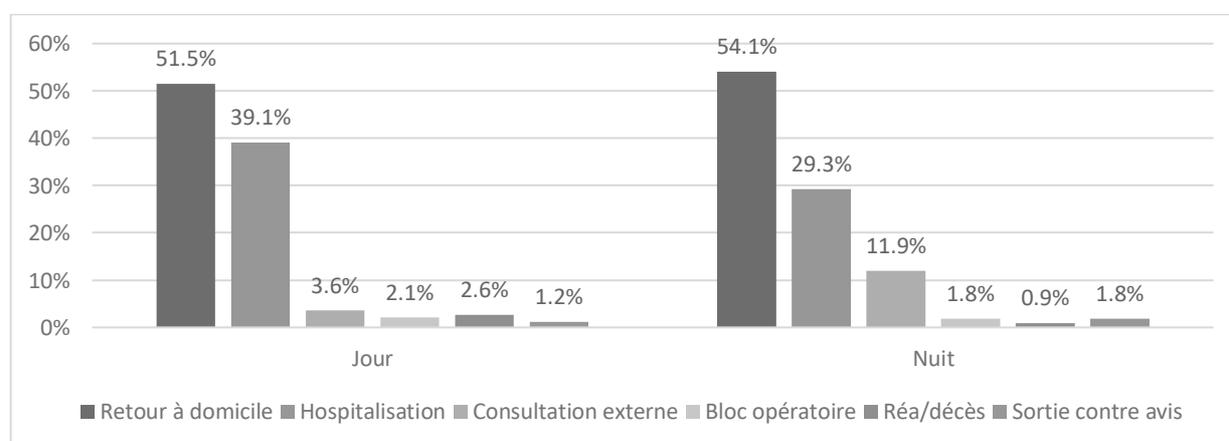


Figure 23 : Orientation au deuxième passage selon l'heure de sortie (p= 0.032 NS)

L'orientation lors de la deuxième consultation ne diffère pas significativement, bien qu'il semblerait que les patients sortis la nuit soient moins hospitalisés au décours de leur deuxième séjour.

IV.7. Comparaison des patients en fonction du motif de l'admission

IV.7.1. Comparaison des patients en fonction du motif de l'admission et l'existence ou pas de troubles cognitifs

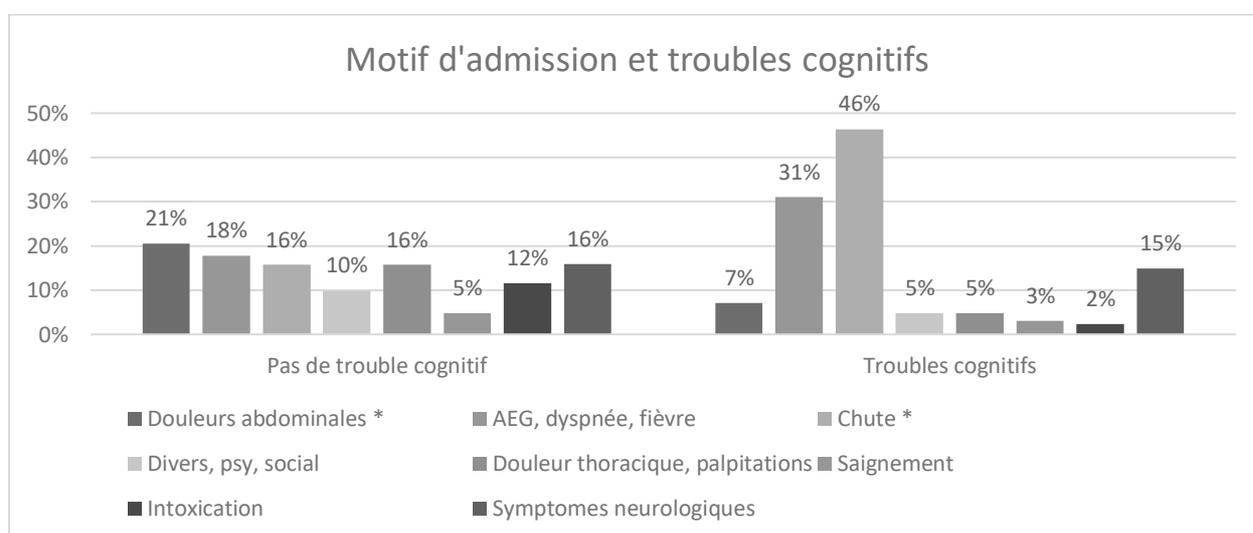


Figure 24 : Motif d'admission lors de la première consultation selon la présence ou non de troubles cognitifs (* = $p < 0.0005$)

Lors de leur premier passage, les patients présentant des troubles cognitifs viennent davantage pour une chute et moins pour des douleurs abdominales ou lombaires.

Tableau 12 : Orientation souhaitée en fonction du motif initial

Prise en charge souhaitée à court ou moyen terme	RAD	Hospitalisation	Autre	P
Douleurs abdominales	75.8%	18.3%	5.9%	0.1824
AEG, dyspnée, fièvre	53.1%	46.2%	7%	0.0005
Chute	70%	25.6%	3.7%	0.8221
Divers, psy, social	80.4%	17.4%	2.2%	0.3623
Douleur thoracique, palpitations	73.3%	22.2%	4.4%	0.7466
Intoxication	65.1%	28.6%	6.2%	0.0005
Symptômes neurologiques	76.9%	18.5%	4.6%	0.4233
Moyenne	70.2%	25.7%	3.9%	

Les patients présentant le critère composite altération de l'état général, fièvre, dyspnée et ceux venant pour intoxication sont plus orientés vers une prise en charge hospitalière à court ou à moyen terme que dans les autres cas.

IV.7.2. Comparaison des patients en fonction du motif de l'admission et les complications

Le motif d'altération de l'état général, dyspnée et fièvre est significativement plus présent chez les patients présentant une complication au deuxième passage.

Dans cet échantillon, en cas de douleurs abdominales et lombaires il y a moins de complications ($p=0.08$), ainsi qu'en cas d'intoxication médicamenteuse ou alcoolique ($p=0.003$) et de symptôme neurologique ($p=0.035$).

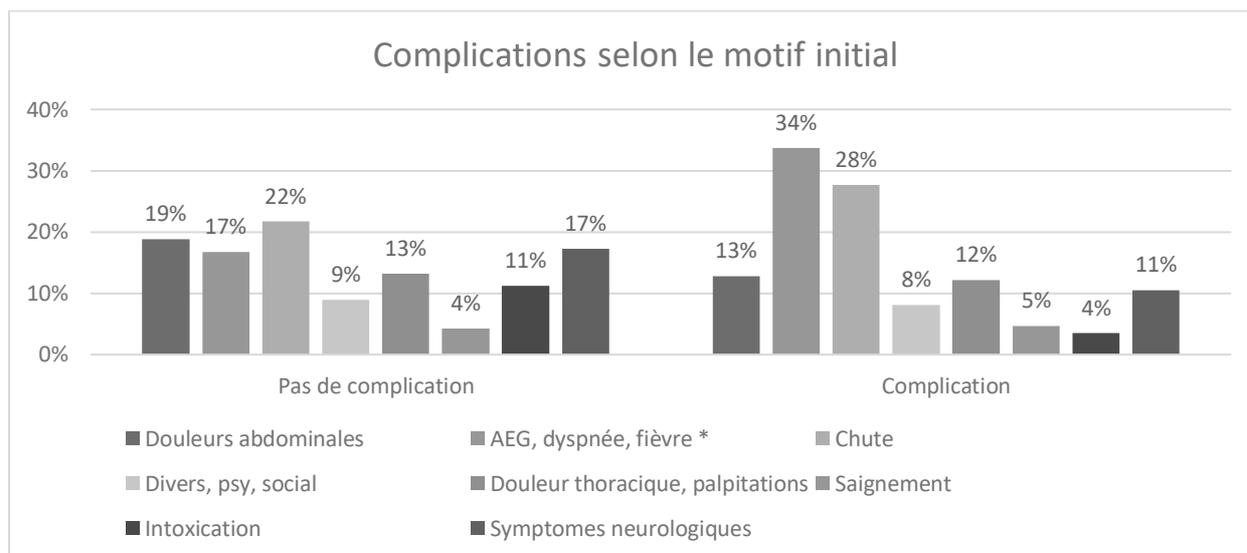


Figure 25 : Présence de complications lors de la reconsultations selon le motif initial (*= $p < 0.0005$)

Tableau 13 : Délai entre les deux consultations en fonction du motif initial

Délai entre deux passages	Non	Oui
Douleurs abdominales	4 [2 à 8]	4 [1 à 7]
AEG, dyspnée, fièvre	4 [2 à 8]	4 [2 à 9]
Chute	4 [2 à 8]	4 [2 à 7]
Divers, psy, social	4 [2 à 8]	5 [2 à 11]
Douleur thoracique, palpitations	4 [2 à 8]	5 [2 à 10]
Saignement	4 [2 à 8]	4 [2 à 7.5]
Intoxication	4 [2 à 8]	3 [2 à 8]
Symptômes neurologiques	4 [2 à 8]	5 [4 à 8]

Le motif ne semble pas faire varier le délai entre deux consultations.

IV.7.3. Comparaison des patients en fonction de la présence ou pas d'une complication lors du deuxième passage

Tableau 14 : Comparaison des complications selon le temps passé aux urgences, le délai entre les deux consultations et l'heure de sortie

Complications	Non	Oui	P
Durée 1ere consultation	8 [5 à 14]	8 [5 à 18]	0.4142
Délai entre les deux passages	4 [2 à 8]	4 [2 à 7.5]	0.7068
Sortie entre minuit et 6h	10.5%	89.5%	
Sortie entre 6h et minuit	14.7%	85.3%	0.1849

La durée de la première consultation ne semble pas corrélée avec la présence d'une complication lors du deuxième passage, de même que la durée entre les deux consultations.

Une sortie entre minuit et 6h ne semble pas non plus corrélée aux complications.

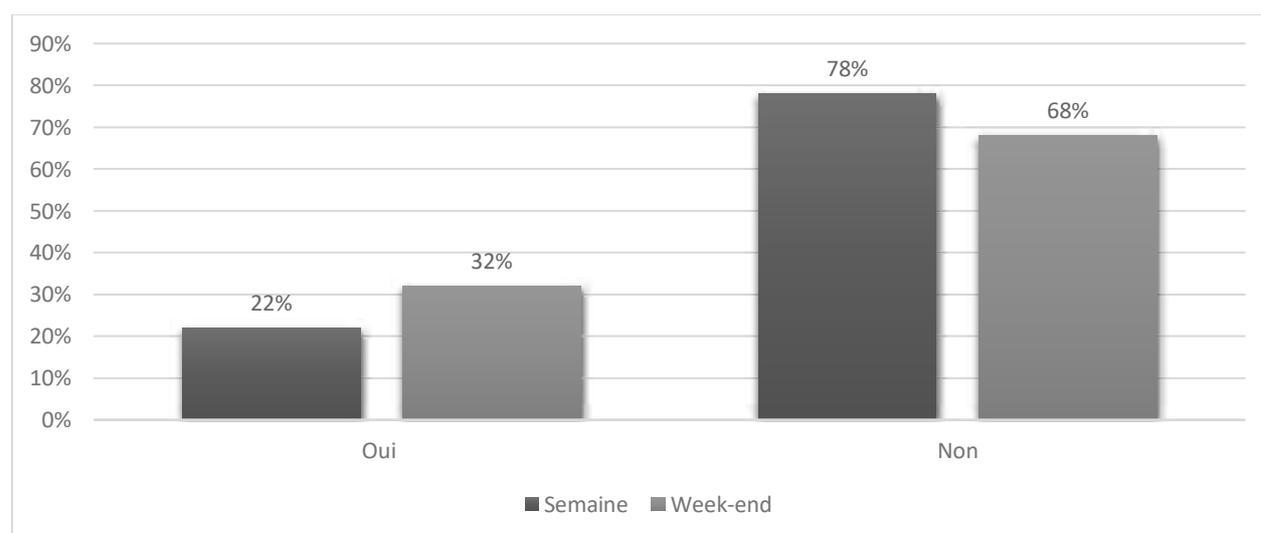


Figure 26 : Complications selon le jour de sortie lors du premier passage (p= 0,0055 NS)

Les complications semblent survenir davantage chez les patients sortant le week-end lors de la première consultation, sans que ce résultat soit significatif.

IV.7.4. Comparaison des patients en fonction des complications et la présence ou non d'aides à domicile

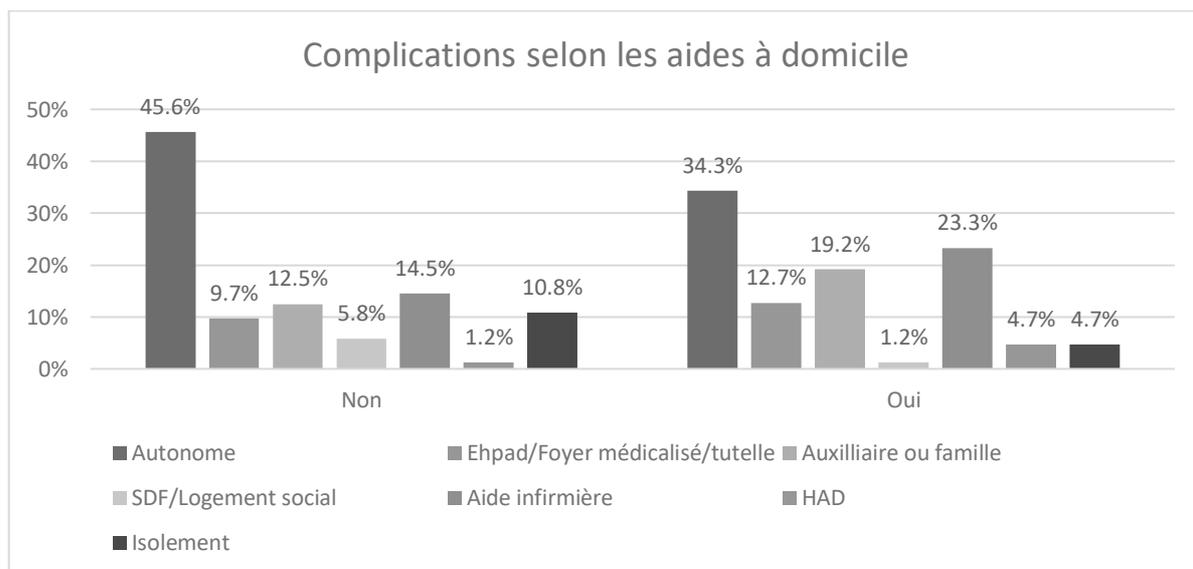


Figure 27 : Complications selon les aides présentes à domicile ($p < 0.0005$)

On retrouve davantage de complications selon les aides à domicile. Le test post-hoc révèle que les différences dans les catégories Auxiliaire ou famille, Aide infirmière et HAD sont significative à 0.0005.

V. Discussion

V.1. Analyse des résultats et apport scientifique

Cette étude permet d'éclaircir le profil des patients reconsultant après une sortie sans hospitalisation des urgences.

L'analyse statistique de ces résultats a permis de dessiner plusieurs profils.

Tout d'abord celui d'un patient plutôt jeune (moins de 75 ans), se présentant en consultation spontanément (70% des moins de 75 ans contre 45%) venant davantage pour des douleurs abdominales, lombalgies, rentrant à domicile avec une surveillance médicale ambulatoire moins fréquente et moins lourde. Il reviendra davantage spontanément (66% contre 41%) pour un motif plutôt similaire (75% d'entre eux) et aura moins de complications lors de son retour (79% contre 68%). Moins d'exams complémentaires seront réalisés (47% d'entre eux contre 66%), et des avis seront plus souvent sollicités (54% contre 40%). A l'issue de cette nouvelle consultation 32% des moins de 75 ans seront hospitalisés.

Ce groupe est évidemment très hétérogène du fait de la multiplicité des situations retrouvées aux urgences. Mais après relecture des différents diagnostics posés à l'issue de la deuxième consultation pour ce premier groupe de patients, on retrouve dans une proportion non négligeable la colique néphrétique ou la pyélonéphrite (environ 10% de l'effectif total, 15% des moins de 75 ans). Une faible part d'entre eux se complique d'une insuffisance rénale ou d'une surinfection. A ce sujet on retrouve quelques études concernant ce phénomène de reconsultation fréquent (23, 24) et une étude révèle que la téléconsultation pourrait réduire à la fois les reconsultations ainsi que les complications (25).

A l'opposé on retrouve le profil d'un patient avec troubles cognitifs, de plus de 75 ans : 90% de nos patients ayant des troubles cognitifs ont plus de 75 ans, 53% de nos patients de plus de 75 ans ont des troubles cognitifs. Les motifs prépondérants sont la chute et l'altération de l'état général (46% et 31%). Ceux-ci seront plus exposés aux complications (34% des patients avec trouble cognitif, 32% des plus de 75 ans) et davantage d'examen complémentaires seront réalisés lors de la deuxième consultation. La moitié de ceux présentant des troubles cognitifs (46%) ou de plus de 75 ans (48%) seront hospitalisés. Au sujet de ce profil de patients, les études préexistantes dans la littérature sont en majeure partie ciblées sur les reconsultations après sortie d'hospitalisations. Quelques études s'intéressent à la réalisation d'une intervention à domicile chez la personne âgée pour éviter les reconsultations et les effets indésirables dans ce contexte et les résultats, sans être consensuels, sont encourageants (26, 27, 28).

Comme constaté dans notre étude part non négligeable de cette population consulte et reconsulte dans un contexte de chute.

La chute du sujet âgé est un motif fréquent de consultation aux urgences adultes (29). Parmi ces patients un certain nombre sera sujet aux chutes à répétition (30). Dans cette étude 23% de la population totale avait pour motif initial une chute, et 28% des patients venant pour chute au premier passage se compliqueront, contre 22% des patients venant pour un motif différent. Cette comparaison n'est pas significative selon le design de l'étude mais ce taux et cette tendance méritent de susciter notre curiosité sur ce phénomène.

Bien que les facteurs de risque de chute aient été décrits depuis une vingtaine d'années (31), l'indication ou non d'hospitalisation à la suite d'une chute aux urgences reste imprécise. Celle-ci est également limitée par son caractère souvent moins urgent que d'autres motifs et par la tension hospitalière.

Cependant certains travaux remettent en question le bénéfice d'une hospitalisation par rapport à une prise en charge ambulatoire dans ce contexte (32). Ces constatations soulèvent donc des questions dont il faudra répondre sur de nouvelles études.

Une sous-catégorie attirant notre curiosité lors du recueil est celle du patient venant initialement pour intoxication volontaire (9.2% de la population totale). Les reconsultations seront souvent pour le même motif, avec peu de complications (9%) ou d'hospitalisation à la clé malgré quelques transferts en réanimation. Là encore quelques pistes d'intervention sont étudiées (33) mais la littérature reste pauvre à ce sujet.

Le reste de cette population semble constituée de problèmes divers et dont il est difficile par le design de notre étude de déterminer un profil prépondérant.

Les résultats retrouvés sur l'hypothèse d'une éventuelle cause iatrogène des reconsultations ne vont pas dans le sens d'un effet majeur de l'iatrogénie comme facteur de risque de reconsultation à 14 jours. En effet seulement 14% d'entre eux y sont exposés. Une petite moitié (43%) sont des conséquences d'un traitement chronique qui aurait pu interférer avec la problématique en cours. On retrouve par exemple quelques situations de déglobulisation sur un hématome constitué à la suite d'une chute chez un patient chuteur à répétition sous anticoagulants.

Le reste (57%) fait suite à d'un traitement instauré aux urgences.

Ces nombres sont à prendre avec retenue car le recueil réalisé manque de fiabilité. En effet aux urgences du CHU de Strasbourg l'ordonnance prescrite avant un retour à domicile est par habitude souvent réalisé sur papier libre plutôt que par voie informatique,

et il est fréquent de ne pas avoir de trace dans le dossier médical des substances et posologies prescrites. Ainsi l'exposition est probablement sous-évaluée.

Une étude suisse retrouvait en 2021 21% de reconsultation aux urgences pour iatrogénie dans les suites d'une sortie d'hospitalisation, avec une part importante d'antinéoplasiques et antithrombotiques (34). La littérature reste très pauvre concernant les reconsultations après un passage aux urgences. Il faut ajouter que l'iatrogénie est très souvent sous-estimée, particulièrement dans les études rétrospectives. (35)

Ainsi concernant ce sujet d'autres études sont nécessaires.

L'analyse de la population selon leurs antécédents n'a pu qu'appuyer sur la difficulté de comparer à grande échelle notre population selon ces critères du fait de la très grande hétérogénéité de la population des urgences, avec une multiplicité de facteurs de risques de tout ordre. Ainsi le recueil des antécédents a dû être plusieurs fois modifié afin de construire des groupes suffisamment conséquents pour permettre une analyse spécifique, lui faisant perdre sa sensibilité.

Concernant la comparaison de la population en fonction de l'heure de sortie des urgences, l'étude retrouve une plus grande part de patients n'ayant pas d'indication à une hospitalisation. Il semblerait que les patients qu'on a laissé rentrer entre 22h et 6h sont en général moins grave, et se compliquent moins que les autres. Ils seraient également moins hospitalisés au décours de la deuxième consultation. Cependant ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Ces résultats pourraient laisser penser que cette population est déjà bien triée par les urgentistes, ou bien pourrait être expliquée par le fait que la population qui consulte la

nuit est une population généralement plus jeune, représentée par les patients qui travaillent en journée et qui consultent en début de soirée, voire la nuit (22).

Ces constatations vont néanmoins à l'encontre de notre hypothèse de départ, à savoir que les patients sortis à cette heure se compliquent davantage.

Malgré tout ce phénomène n'est pas exempt de biais et nécessiterait une étude dédiée.

Les complications sont dans cet échantillon plus fréquentes en cas motif initial d'AEG, dyspnée ou fièvre ($p < 0.0005$), semblent l'être en cas de chute (28% contre 22%) bien que cela ne soit pas significatif. Les groupes douleurs abdominales-lombalgies, intoxication et symptômes neurologiques semblent moins se compliquer. Le design de l'étude ne permet pas de développer ce sujet outre la question des douleurs lombaires du sujet jeune citées déjà abordée plus haut.

On retrouve davantage de complications dans la population ayant une infirmière à domicile, une auxiliaire de vie ou de la famille. Nous pourrions interpréter ce résultat comme la conséquence d'une population plus vulnérable et donc comme un phénomène attendu. Bien que cela soit probablement le cas, nous pouvons le voir d'une autre manière. En effet cette population qui semble se compliquer davantage et ce malgré une présence paramédicale à domicile peut faire questionner sur la légitimité de la décision d'orienter ces patients à domicile. Aussi nous pourrions envisager l'hypothèse d'une trop grande confiance donnée à la présence paramédicale à domicile pour permettre un retour de patients finalement trop précaires pour cette option.

Ce résultat pourrait limiter notre hypothèse de départ, qui nous faisait envisager un suivi paramédical renforcé afin de limiter les reconsultations.

A noter toutefois que la présence d'une infirmière, d'un auxiliaire ou de la famille à domicile peut varier d'un patient à l'autre, allant d'un passage bi-hebdomadaire à un

passage tri-quotidien ou une présence permanente. Cette variable n'a pas été prise en compte dans notre étude.

Les études cliniques comme nous avons vu précédemment avaient des résultats plutôt positifs concernant l'efficacité de la mise en place suivi paramédical à domicile après sortie d'hospitalisation pour prévenir les reconsultations aux urgences (26, 27, 28).

Il faut noter ici qu'à la différence d'une sortie d'hospitalisation où les processus morbides sont diagnostiqués, pris en charge et stabilisés quand cela est possible, dans notre population les patients sortent d'une prise en charge aux urgences de moins de 24 heures en moyenne, donc avec un recul moindre. Aussi la comparaison entre ces deux situations semble sujette à des biais importants.

V.2. Points forts

La méthodologie choisie consiste en un des points forts de cette étude avec une prise en compte de la multiplicité des tests pour le risque de première espèce. Celui-ci avait été fragmenté en 100 parties pour un risque alpha total de 0.05%. Au total 65 tests statistiques ont été réalisés.

Le caractère bicentrique de cette étude permet à l'échelle locale une certaine forme de généralisation car la population recrutée correspond aux deux services d'urgence publics de la ville.

Il s'agit également d'un sujet d'intérêt général en médecine d'urgence, mais qui n'a été traité que très peu jusqu'à présent.

V.3. Limites statistiques

Tout d'abord le caractère rétrospectif de cette étude ne permet pas d'établir un lien de causalité.

Concernant la représentativité de la population étudiée, notons que l'inclusion se déroule pendant la période hivernale de septembre 2022 à mars 2023. C'est une période durant laquelle coexistait deux pics épidémiques que sont l'infection à coronavirus et la grippe. Selon le site du gouvernement français, (36) deux pics épidémiques de dépistages positifs à coronavirus ont été signalés sur cet intervalle (550 et 600 cas/100 000 respectivement).

De plus l'inclusion n'est pas exhaustive sur cette période. Sur les 2257 dossiers environ 700 dossiers n'ont pas été analysés et constituent une inconnue empêchant toute généralisation sur cette période.

Plusieurs catégories sont des variables qualitatives dont l'attribution a été laissée à l'appréciation de l'auteur sans relecture.

Du fait de la grande diversité de la population afin d'avoir des groupes suffisamment conséquents afin de tirer des conclusions certains profils ont dû être regroupés. Par exemple dans les motifs d'admission le critère composite « altération de l'état général, dyspnée, fièvre » inclus de nombreux problèmes distincts et la positivité de ce critère dans les analyses n'incite qu'à l'explorer davantage. De même la catégorie « antécédents » a dû être de nombreuses fois modifiée afin de constituer des échantillons. Cette même méthode de regroupement pourrait elle-même faire l'objet de critiques.

Le caractère bicentrique de cette étude ne prend pas en compte les services d'urgence de structure privée ainsi que les services alentours. Il y a donc un biais de sélection dans la population choisie qui n'inclus pas les patients ayant consulté lors de leur premier, deuxième passage ou les deux dans une structure d'urgence privée. Selon le rapport de solidarité santé, en 2019 24,2% des consultations aux urgences étaient en structure privée (3). Une étude Taiwanaise de 2020 estime que 1/3 des reconsultations dans un

délai de 72h se font dans un hôpital différent (37). Malgré ce point on peut noter le fait que la problématique dans les deux types de structure n'est pas la même, avec un type de pathologie et un profil de patients consultant différent.

L'extrapolation à échelle nationale est également sujette à précautions.

V.4. Perspectives

La saturation des structures d'urgence est un phénomène qui s'accroît chaque an et peut entraîner une dégradation des soins. Les reconsultations y participent et leur impact sur la santé publique à tous les étages nécessite que l'on s'en préoccupe.

Cette étude a permis de mieux caractériser cette population et d'entrevoir les leviers d'action futurs. Une étude ciblée sur l'impact d'un suivi paramédical à domicile et des phénomènes pouvant expliquer nos observations semblerait pouvoir avoir un impact non négligeable sur la prévention des complications, et potentiellement de la fréquentation des urgences.

Conclusion

Les patients reconsultant dans les 14 jours après une sortie des urgences sont une population très hétérogène, dont on distingue plusieurs tendances. Les patients avec des troubles cognitifs, plutôt âgés, venant davantage pour chute, altération de l'état général, fièvre, dyspnée, plus exposés à l'iatrogénie, et hospitalisés au décours et les patients jeunes, venant pour douleurs abdominales, se compliquant moins souvent. L'heure de sortie ne semble pas être corrélée aux complications, mais possiblement davantage un passage le week-end.

De plus, la présence d'une aide infirmière à domicile est corrélée aux complications lors du deuxième séjour, pouvant faire suspecter un gain trop important de confiance au retour à domicile si celle-ci est présente. Ces résultats pourraient mettre des réserves sur le bénéfice d'une intervention à domicile afin de réduire les reconsultations, mais des études plus ciblées sont nécessaires.

VU

Strasbourg, le 14/09/2023

Le président du jury de thèse.

Professeur *P. B. B. B. B. B.*

VU et approuvé

Strasbourg, le 27 SEP. 2023

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maladies et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIRILIA



Références

1, Lane BH, Mallow PJ, Hooker MB, Hooker E. Trends in United States emergency department visits and associated charges from 2010 to 2016. Am J Emerg Med. 2020 Aug;38(8):1576-1581.

2, Blunt I, Bardsley M, Dixon J. Trends in emergency admissions in England 2004–2009: is greater efficiency breeding inefficiency? London: Nuffield Trust. 2010. [En ligne]. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/trends-emergency-admissions-england-2004-2009> . Consulté le 5 septembre 2023.

3, DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021> . Consulté le 5 septembre 2023.

4, ccomptes – Cour des comptes. [En ligne]. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019> . Consulté le 5 septembre 2023.

5, Ricroch L, Seimandi T. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. Etudes & résultats. Août. 2020 ; 1157(1) :1-7 [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/9-patients-sur-10-qui-se-rendent-aux-urgences-consultent-aussi> . Consulté le 5 septembre 2023.

6, Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Ann Emerg Med. 2008 Aug;52(2):126-36.

7, Romero-Brufau S, Wyatt KD, Boyum P, Mickelson M, Moore M, Cognetta-Rieke C. Implementation of Artificial Intelligence-Based Clinical Decision Support to Reduce Hospital Readmissions at a Regional Hospital. *Appl Clin Inform*. 2020 Aug;11(4):570-577.

8, Alberti TL, Nannini A. Patient comprehension of discharge instructions from the emergency department: a literature review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013 Apr;25(4):186-194.

9, Proud ME, Howard PK. Why Do Patients Return to the Emergency Department? *Adv Emerg Nurs J*. 2016 Apr-Jun;38(2):83-8.

10, Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return visits to the emergency department: the patient perspective. *Ann Emerg Med*. 2015 Apr;65(4):377-386.e3.

11, Liebzeit D, Rutkowski R, Arbaje AI, Fields B, Werner NE. A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. *J Am Geriatr Soc*. 2021 Oct;69(10):2950-2962.

12, Honeyford K, Aylin P, Bottle A. Should Emergency Department Attendances be Used With or Instead of Readmission Rates as a Performance Metric?: Comparison of Statistical Properties Using National Data. *Med Care*. 2019 Jan;57(1):e1-e8.

13, Chen CT, Wang TY, Shih CH, Yen DH, Tung YC. Comparison of outcomes in emergency department revisiting patients before and after coronavirus disease 2019 epidemic. *Eur J Emerg Med.* 2022 Oct 1;29(5):373-379.

14, Palungwachira P, Montimanutt G, Musikatavorn K, Savatmongkornkul S. Reducing 48-h emergency department revisits and subsequent admissions : a retrospective study of increased emergency medicine resident floor coverage. *Int J Emerg Med.* 2022 Dec 6;15(1):66.

15, Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, Zwarenstein M, Anderson GM. Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. *CJEM.* 2011 Sep;13(5):300-9, E28-43.

16, Han CY, Chen LC, Barnard A, Lin CC, Hsiao YC, Liu HE, Chang W. Early Revisit to the Emergency Department: An Integrative Review. *J Emerg Nurs.* 2015 Jul;41(4):285-95.

17, Axon RN, Williams MV. Hospital readmission as an accountability measure. *JAMA.* 2011 Feb 2;305(5):504-5.

18, Giunta DH, Marquez Fosser S, Boietti BR, Ación L, Pollan JA, Martínez B, Luna D, Bonella MB, Grande Ratti MF. Emergency department visits and hospital readmissions in an Argentine health system. *Int J Med Inform.* 2020 Sep;141:104236.

19, Rising KL, Victor TW, Hollander JE, Carr BG. Patient returns to the emergency department: the time-to-return curve. *Las Reconsultas del Paciente al Servicio de Urgencias: La Curva del Tiempo de la Revisita*. *Acad Emerg Med*. 2014 Aug;21(8):864-71.

20, Romero-Brufau S, Wyatt KD, Boyum P, Mickelson M, Moore M, Cagnetta-Rieke C. Implementation of Artificial Intelligence-Based Clinical Decision Support to Reduce Hospital Readmissions at a Regional Hospital. *Appl Clin Inform*. 2020 Aug;11(4):570-577.

21, Hsuan C, Carr BG, Hsia RY, Hoffman GJ. Assessment of Hospital Readmissions From the Emergency Department After Implementation of Medicare's Hospital Readmissions Reduction Program. *JAMA Netw Open*. 2020 May 1;3(5):e203857.

22, Commission Régionale d'Experts Urgences Île de France – ARS Île de France [En ligne]. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/activite-des-services-durgence-ile-de-france-rapports-annuels>. Consulté le 12 octobre 2023.

23, Mondet F, Chartier-Kastler E, Yonneau L, Bohin D, Barrou B, Richard F. Epidémiologie des urgences urologiques en Centre Hospitalier Universitaire. *Prog Urol*. 2002 Jun;12(3):437–42.

24, Cortial M, Mewasing B.-I, Tligui M, Dautheville S, Valentian M, Mintandjian A, Ray P, Évaluation de l'intérêt d'une consultation post-urgence d'urologie : étude rétrospective sur trois ans. *Usefulness of a Urology Clinic Post-Emergency Department: a 3-Year*

Retrospective Study Ann. Fr. Med. Urgence. 2018 ; 8:15-21. [En ligne].

<https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2018/01/lvafmu81p15/lvafmu81p15.html> . Consulté le 29 août 2023.

25, Ong CSH, Lu J, Tan YQ, Tan LGL, Tiong HY. Implementation of a Ureteric Colic Telemedicine Service: A Mixed Methods Quality Improvement Study. Urology. 2021 Jan;147:14-20.

26, Heeren P, Devriendt E, Fieuws S, Wellens NIH, Deschodt M, Flamaing J, Sabbe M, Milisen K. Unplanned readmission prevention by a geriatric emergency network for transitional care (URGENT): a prospective before-after study. BMC Geriatr. 2019 Aug 7;19(1):215.

27, Felix HM, Paulson MR, Garcia JP, Dugani SB, Torres-Guzman RA, Avila FR, Maita K, Forte AJ, Maniaci MJ. Avoiding Escalation to the Emergency Department by Activating an In-Home Rapid Response Team in the 30 Days After Hospital-at-Home Discharge. J Emerg Med. 2023 Apr;64(4):455-463.

28, Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, Howell E, Halasyamani L, Maynard G, Vidyarthi A, Coleman EA, Williams MV. Project BOOST: effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. J Hosp Med. 2013 Aug;8(8):421-7.

29, Shankar KN, Liu SW, Ganz DA. Trends and Characteristics of Emergency Department Visits for Fall-Related Injuries in Older Adults, 2003-2010. West J Emerg Med. 2017 Aug;18(5):785-793.

30, Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006 Sep;35 Suppl 2:ii37-ii41.

31, Weigand JV, Gerson LW. Preventive care in the emergency department: should emergency departments institute a falls prevention program for elder patients? A systematic review. *Acad Emerg Med*. 2001 Aug;8(8):823-6.

32, Faragalla A. Chute du sujet âgé aux urgences : analyse rétrospective et comparative de la prise en charge ambulatoire et hospitalière. Thèse de médecine. Université de Nice Côte d'Azur ; 2021, 34 p.

33, Gryczynski J, Nordeck CD, Welsh C, Mitchell SG, O'Grady KE, Schwartz RP. Preventing Hospital Readmission for Patients With Comorbid Substance Use Disorder : A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2021 Jul;174(7):899-909.

34, Banholzer S, Dunkelmann L, Haschke M, Derungs A, Exadaktylos A, Krähenbühl S, Liakoni E. Retrospective analysis of adverse drug reactions leading to short-term emergency hospital readmission. *Swiss Med Wkly*. 2021 Jan 20;151:w20400.

35, Alhawassi TM, Krass I, Bajorek BV, Pont LG. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clin Interv Aging*. 2014 Dec 1;9:2079-86.

36, Data.gouv – Gouvernement.fr [En ligne]. Disponible sur <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees> . Consulté le 17 Août 2023.

37, Lu TC, Ling DA, Tsai CL, Shih FY, Fang CC. Emergency department revisits: a nation-wide database analysis on the same and different hospital revisits. *Eur J Emerg Med.* 2020 Apr;27(2):114-120.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : LOUIS

Prénom : Ezechiël

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A Strasbourg, le 13/10/23

Copie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : Un certain nombre de patients revient consulter aux urgences dans les 14 jours après en être sorti. Cependant cette population reste peu étudiée. Notre étude avait pour objectif de mieux comprendre les causes et conséquences de ces reconsultations.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective, bicentrique, sur la période de début septembre 2022 à début mars 2023. L'objectif principal était de définir les caractéristiques de cette population et comparer les différents groupes formés.

Résultats : 692 patients ont été inclus sur cette période. La moyenne d'âge est de 66 ans et 25% d'entre eux présentent des troubles cognitifs. 24% du total avaient une indication théorique d'hospitalisation et au décours du deuxième passage 25% des patients présentaient une complication, bénigne à sévère. Les analyses statistiques dessinent un groupe de patients âgés de plus de 75 ans, adressé par un personnel soignant, plus exposé aux effets iatrogènes et se compliquant d'avantage au deuxième passage. On retrouve une proportion significativement plus haute de complications chez les patients ayant une aide paramédicale au domicile.

Conclusion : Cette étude a montré qu'il existe des profils prépondérants parmi la population reconsultant dans les 14 jours après une sortie des urgences, et que les patients ayant une aide paramédicale à domicile se compliquent d'avantage, faisant émettre l'hypothèse d'un biais de décision sur la décision ou non d'hospitalisation selon la disponibilité d'une présence paramédicale.

Rubrique de classement : Médecine d'urgence

Mots-clés : Reconsultations, Complications, Paramédical, Urgences, France, CHU

Président : Pascal Bilbault

Assesseurs :

Elena-Laura Lemaître, Praticien Hospitalier

Alain Meyer, Praticien Hospitalier

Jules Colin, Praticien Hospitalier

Xavier Leroux, Chef de clinique assistant

Adresse de l'auteur : 3 Place de Zurich 67000 Strasbourg
