

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement le 21 Mai 2013 à Poitiers
par Mr Emmanuel BURNHAM

L'unité de Médecine Générale dix ans après : étude rétrospective des hospitalisations des 6 premiers mois de l'année 2009

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
Monsieur le Professeur Olivier POURRAT
Monsieur le Docteur Cédric LANDRON
Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR

Directeur de thèse : Madame le Docteur Frédérique ROY-PEAUD



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- | | |
|--|---|
| 1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie | 50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation |
| 2. ALLAL Joseph, thérapeutique | 51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie |
| 3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie | 52. NEAU Jean-Philippe, neurologie |
| 4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie | 53. ORIOT Denis, pédiatrie |
| 5. BRIDOUX Frank, néphrologie | 54. PACCALIN Marc, gériatrie |
| 6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie | 55. PAQUEREAU Joël, physiologie |
| 7. CARRETIER Michel, chirurgie générale | 56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique |
| 8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire | 57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire |
| 9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie | 58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique |
| 10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | 59. POURRAT Olivier, médecine interne |
| 11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice | 60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique |
| 12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation | 61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire |
| 13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie | 62. RICHER Jean-Pierre, anatomie |
| 14. DORE Bertrand, urologie | 63. ROBERT René, réanimation |
| 15. DUFOUT Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie | 64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales |
| 16. EUGENE Michel, physiologie | 65. ROBLOT Pascal, médecine interne |
| 17. FAURE Jean-Pierre, anatomie | 66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie |
| 18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique | 67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes |
| 19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques | 68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie |
| 20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique | 69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie |
| 21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie | 70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale |
| 22. GILBERT Brigitte, génétique | 71. TOUCHARD Guy, néphrologie |
| 23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie | 72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie |
| 24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques | 73. WAGER Michel, neurochirurgie |
| 25. GUILLHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion | |
| 26. GUILLET Gérard, dermatologie | |
| 27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale | |
| 28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques | |
| 29. HANKARD Régis, pédiatrie | |
| 30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire | |
| 31. HERPIN Daniel, cardiologie | |
| 32. HOUE TO Jean-Luc, neurologie | |
| 33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale | |
| 34. IRANI Jacques, urologie | |
| 35. JABER Mohamed, cytologie et histologie | |
| 36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie | |
| 37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement) | |
| 38. KITZIS Alain, biologie cellulaire | |
| 39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie | |
| 40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale | |
| 41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire | |
| 42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile | |
| 43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques | |
| 44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (sumombre) | |
| 45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (sumombre) | |
| 46. MARECHAUD Richard, médecine interne | |
| 47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire | |
| 48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | |
| 49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie | |

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Amaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur ROBLOT,

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect et mes sincères remerciements.

A Monsieur le professeur PACCALIN et à Monsieur le Professeur POURRAT,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur LARDEUR,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur Docteur LANDRON,

Merci Cédric de juger ce travail. Merci de m'avoir fait profiter de tes connaissances et d'avoir participé à ma formation médicale (et de babyfoot).

A madame le Docteur ROY-PEAUD,

Merci de m'avoir proposé ce sujet et fait l'honneur de diriger ce travail.

Merci de ta patience, de jugement, d'avoir corrigé mon orthographe déplorable. Merci de m'avoir accompagné dans l'aboutissement de ce travail.

Et merci de m'avoir fait partager tes connaissances et d'avoir participer à ma formation médicale.

A Iris, merci de m'avoir accompagné au fil des années. Je t'aime.

A mes parents, voilà l'aboutissement de ses années d'études. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Je vous aime.

A ma sœur, Martin et thomas.

A toute ma famille.

Aux médecins qui m'ont formé tout le long de mes études.

Aux équipes rencontrées pendant mon internat.

A tous mes potes de Blois : David, Mathieu, Gary, Max, Steph, Marion, Vincent, Gaëlle, Piet et à la bande des blaisois. A tous ceux de la Fac les « Terribles » : Alex, Elie, Adlane, Jeannot ; aux meufs Justine, Caro, Momo, Couterute ; à blondasse Massaï et Guigui, à mes potes de fanfare, « la Vaginale » de Tours : Tramber, Simon, Jean-Loux, charlouse, doudou, neude, fastoche, Michel, les sucebambous etc. Et à ceux rencontré pendant l'internat : Céline, Steph et Christine, Coco, chaïchaï et Maïté, bigoudi/bigouda, Mac et Ameloche, Pierre et Isa, Lolo et Raphaëlle, Fernand et Julie, roulette, Faustine et baba, Nassou, Elise

Et aux autres.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAP : antiagrégant plaquettaire

ALD : affection de longue durée

AM : âge moyen

AS : aide-soignant(e)

ASH : agent des services hospitaliers

AVK : anti vitamine K

AVP : accident de la voie publique

CAM : contre avis médical

CHU : centre hospitalier universitaire

CRH : compte rendu d'hospitalisation

CV : cardiovasculaire

DMS : durée moyenne de séjour

ED : entrée directe

EM : entrée par mutation

EP : embolie pulmonaire

FL : foyer logement

HAD : hospitalisation à domicile

HC : hospitalisation classique

HGE : hépato-gastro-entérologie

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état

IRM : imagerie par résonance magnétique

MI : maladie inflammatoire

MDR : maison de retraite

NC : non communiqué

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PH : praticien hospitalier

RAD : retour à domicile

SA : sans antécédent

SAU : service d'accueil des urgences

SCH : structure clinico-hospitalière

SDF : sans domicile fixe

SSP : service spécialisé

SSR : service de soins de suite et de réadaptation

t : temps

TDM : tomodensitométrie

TVP : thrombose veineuse profonde

UMG : unité de médecine générale

Table des matières

LISTE DES ENSEIGNANTS.....	2
REMERCIEMENTS.....	5
ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	14
HISTOIRE ET CHIFFRES.....	16
1 Historique	17
2 Les objectifs de l'unité de médecine générale.....	18
3 Quelques chiffres.....	19
L'ETUDE.....	20
1 Schéma de l'étude.....	21
2 Les résultats	24
2.1 Description des patients	24
2.1.1 Origine des patients	24
2.1.2 Sex-ratio et âge.....	25
2.1.3 Les antécédents.....	28
2.1.4 Les principaux diagnostics	29
2.1.5 Le devenir des patients.....	29
2.2 La durée moyenne de séjours	31
2.2.1 Influence de l'âge sur la DMS	32
2.2.2 Influence du sexe.....	35

2.2.3	Influence des antécédents	39
2.2.4	Influence du diagnostic	42
2.2.5	Selon le mode d'hospitalisation.....	46
2.3	Analyse de sous-groupes	59
2.3.1	En fonction du mode d'entrée dans l'unité	59
2.3.2	En fonction de la sortie de l'unité	66
2.3.3	Les patients en affection de longue durée (ALD)	75
2.4	Deux exemples de pathologies traitées dans l'unité.....	78
2.4.1	Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire (TVP/EP)	78
2.4.2	Les maladies inflammatoires.....	80
2.5	Enquête auprès des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) métropolitain..	81
DISCUSSION.....		82
1	L'hospitalisation classique dans l'UMG en 2009	83
2	Les hébergements.....	84
3	Les paramètres influençant la DMS.....	86
3.1	Les origines	86
3.2	Le sexe	86
3.3	L'âge.....	87
3.4	Le mode d'hospitalisation dans l'unité	87
3.5	En fonction du mode de sortie	88
3.6	Les patients en ALD	89

3.7	Les antécédents	89
3.8	Les diagnostics.....	90
3.9	En résumé	92
4	Les objectifs initialement définis sont-ils atteints ?	93
4.1	Assurer une DMS de moins de 5 jours	93
4.2	Admettre des patients « non adressés » via le SAU.....	93
4.3	L'absence de soins « compliqués » et de « monitoring »	94
4.4	La formation des soignants (médicale et paramédicale)	94
5	Différentes propositions d'améliorations.....	95
5.1	Les améliorations en amont de l'hospitalisation	95
5.1.1	Une assistance téléphonique	95
5.1.2	Une prévention médico-sociale.....	95
5.2	Les propositions d'amélioration d'aval.....	97
5.2.1	La mise en place d'une fiche social d'entrée.....	97
5.2.2	Facilité l'accès au SSR	98
5.2.3	Amélioration du plateau technique.....	99
5.2.4	Accessibilité rapide aux consultations inter-services	99
5.3	Proposer de ne prendre que les patients avec le profil type d'une hospitalisation de moins de 5 jours	100
	CONCLUSION.....	101
	ANNEXE.....	103

BIBLIOGRAPHIE.....	106
RESUME.....	112
SERMENT.....	114

INTRODUCTION

En 1998, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers ouvrait de façon ponctuelle des lits (14 en janvier-février, 9 en avril et 14 en mai) pour répondre à l'augmentation régulière de patients hospitalisés. Et en 1999, l'unité de médecine générale voit le jour sous la houlette du service de médecine interne et maladies infectieuses du Pr Becq-Giraudon [1].

Cette même année, l'unité de médecine générale a été le sujet d'une thèse [1] sur la place d'une unité de médecine générale au sein du CHU permettant une étude épidémiologique sur les 6 premiers mois d'activités de l'unité.

Dix ans après, nous avons voulu voir l'évolution de l'unité de médecine générale devenue une unité d'hospitalisation. Effectivement il était licite de faire une étude épidémiologique sur les 6 premiers mois de l'année 2009. De plus, nous avons voulu savoir comment les autres CHU de France métropolitaine avaient eux aussi évolué avec une ouverture d'unité d'hospitalisation de médecine générale ou polyvalente.

Notre étude a consisté dans un premier temps :

- Dresser le profil épidémiologique du patient hospitalisé dans l'unité en 2009,
- Dénombrer les unités similaires dans les autres CHU de France,

Puis dans un second temps :

- Comparer nos résultats avec ceux de 1999 [1]
- Voir si les objectifs de l'unité définis initialement sont atteints
- Réfléchir sur les possibilités d'amélioration de l'unité

HISTOIRE ET CHIFFRES

1 Historique

L'unité de médecine générale (UMG) de 1999 a effectivement évolué en 10 ans avec un déménagement du 3^{ème} au 8^{ème} étage de la tour Jean Bernard passant ainsi de 14 lits à 21 lits, passant de 5 chambres seules et 5 chambres doubles à 11 chambres seules et 5 chambres doubles.

En 1999, il y avait 1 praticien hospitalier (PH) et 1 interne.

En 2009 il y a 2 PH et 3 internes. L'équipe paramédicale s'est aussi étoffée avec 9 infirmière diplômée d'état (IDE) à 80% de jour et 2 IDE à temps plein la nuit au lieu de 5 IDE de journée et 2 de nuit, 9 aides-soignantes (AS), dont une à 80%, et 2 AS de nuit contre 6.5 AS de jour et 2 de nuit et passant de 1 agent des services hospitaliers (ASH) à temps plein et 1 contrat emploi solidarité à 3 ASH et 1 contrat aidé (20 heures/semaine), l'ensemble étant dirigé par un cadre de santé en 2009 tandis qu'en 1999 c'était le cadre supérieur de santé qui supervisait les services des urgences , de médecine interne et de maladies infectieuses.

Il y a une secrétaire dévolue à l'unité contrairement à ce qu'il se faisait il y a 10 ans ou il n'y avait qu'un demi-poste correspondant à 4 heures par jour.

L'ensemble est sous la responsabilité du Pr Pascal Roblot, chef de service de médecine interne et maladies infectieuses succédant au Pr Becq-Giraudon et les PH sont 2 internistes les Drs Frédérique Roy-Péaud et Cédric Landron.

2 Les objectifs de l'unité de médecine générale

Selon la charte de fonctionnement de l'unité de médecine de 2007 (annexe 1) [2] :
« le service répond aux missions d'accueil et d'enseignement avec la mission d'accueil des patients relevant de la médecine générale : les patients admis dans l'unité sont des patients :

- Admis par les urgences qui ne sont pas adressés à un service particulier,
- Ne présentant pas une pathologie spécialisée,
- Ne nécessitant pas de surveillance monitorée ni de soins compliqués
- Hospitalisés pour une durée prévisible inférieure à 5 jours.

Le service est amené à héberger des patients relevant d'autres spécialités dans le cas où les services concernés se trouvent dans l'impossibilité de les accueillir. »

Mais aussi la mission d'enseignement : « le service accueille :

- Des médecins en formation : internes, étudiants en médecine
- Des soignants en formation : étudiants en soins infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, élèves de 1^{ère} en sciences Médico-Sociales, élèves du cycle préparatoire aux concours paramédicaux »

3 Quelques chiffres

La population française était de 64 304 500 habitants au 1^{er} janvier 2009, dont 1752708 habitants dans la région Poitou-Charentes soit 2.7% de la population française [3]. L'aire urbaine de Poitiers comprenait 245049 habitants avec 91345 habitants pour la commune de Poitiers [4].

Le nombre quotidien de passage par le service d'accueil des urgences était de 100.7 patients par jour en 1999 et en 2009 il y avait 55012 passages aux SAU [5] soit un calcul de 150.7 passages/jour.

Entre 1999 et 2009 la consommation de soins et de biens médicaux en Poitou-Charentes a augmenté de 15.5% [6].

L'espérance de vie a également augmenté entre 1999 et 2009 passant de 74.9 ans à 77.7 ans pour les hommes et de 82.5 ans à 84.4 ans pour les femmes [6].

La proportion des plus de 60 ans entre 1999 et 2009 a progressé de près de 3% (environ 20% en 99 pour un peu moins de 23% en 2009) [7,8].

Enfin le taux d'occupation des lits dans l'unité de médecine générale était de 92% en 1999 pour 98.6% en 2009.

L'ETUDE

Nous avons réalisé, dans un premier temps, une étude de l'activité de l'unité sur les 6 premiers mois de 2009 afin de :

Analyser les données épidémiologiques des patients hospitalisés dans l'unité et leur diagnostic

Puis dans un second temps dénombré les unités similaires dans les autres CHU de France.

1 Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique de l'activité de l'UMG. Les dossiers ont été sélectionnés grâce au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) selon le critère suivant : patients présents au moins un jour dans l'unité du 01/01/2009 au 30/06/2009.

Durant cette période, 590 patients ont été hospitalisés dans l'UMG. Pour chaque patient, nous avons recueilli les données suivantes via le compte-rendu d'hospitalisation (CRH) adressé au médecin traitant ou autres correspondants disponible sur le serveur Télémaque du CHU :

- Age
- Sexe
- Durée de séjour
- Mode d'entrée dans l'unité :
 - Le service d'accueil des urgences
 - Entrée directe
 - Entrée par mutation : transfert d'une autre structure clinico-hospitalière tel qu'une autre unité du CHU, d'autre Centre Hospitalier, ou clinique,

- qui adressait au CHU :
 - médecin,
 - famille,
 - paramédicale et
 - autres (accident de la voie publique AVP, sans domicile fixe SDF),
- leur lieu de vie antérieur :
 - Le domicile,
 - Hôpital et/ou clinique (SCH),
 - maison de retraite et/ ou foyer logement (MDR/FL)
 - ou autres,
- leur devenir en sortant de l'UMG :
 - retour à domicile (RAD),
 - orientation vers une autre unité hospitalière (SSP),
 - hospitalisation en soins de suite et réadaptation (SSR),
 - mise en place d'une HAD (Hospitalisation à domicile)
 - sortie contre avis médical ou fugue (CAM),
 - décès,
- s'il avait des antécédents (classé par appareil : cardiovasculaire (CV), pneumologie, endocrinologie, neurologie, infectiologie, chirurgie, uro-néphrologie, hépato-gastro-entérologie (HGE), rhumatologie, oncologie, hématologie, psychiatrie, iatrogénie)
- le diagnostic (également classé en appareil en individualisant l'embolie pulmonaire et la thrombose veineuse profonde (EP/TVP) et les maladies inflammatoires (MI),

- si un traitement anticoagulant avait été prescrit et lequel (anti-vitamine K (AVK), ou une héparinothérapie) et/ou un traitement antiagrégant plaquettaire (AAP).

Pour les patients orientés vers une autre unité hospitalière, nous avons retrouvé le CRH de l'unité correspondante et nous avons jugé que le diagnostic n'avait pas été fait dans l'unité et donc pas pris en compte. Les données ont été transcrites sur une fiche de recueil (annexe 2) et ont été intégrées dans un tableur Excel® 2007.

- Analyse statistique :

Une description des données a été réalisée à l'aide de moyenne et d'écart types pour les variables quantitatives, et d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives.

Une analyse statistique a ensuite été menée via les tests suivants :

Test de Student pour les variables quantitatives

Test du Khi 2 pour les variables qualitatives

Le seuil de significativité est fixé à 0.05.

2 Les résultats

2.1 Description des patients

Cinq cent quatre-vingt-dix patients étaient hospitalisés dans l'unité de médecine générale du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2009.

2.1.1 Origine des patients

Quatre cent vingt-huit patients (72.5%) venaient de leur domicile. Quarante-sept patients (8%) étaient en institution, que ce soit en maison de retraite (MDR) ou en foyer logement (FL). Cent huit patients (18.3%) étaient dans une structure clinico-hospitalière (SCH). Sept patients (1.2%) avaient une origine inconnue.

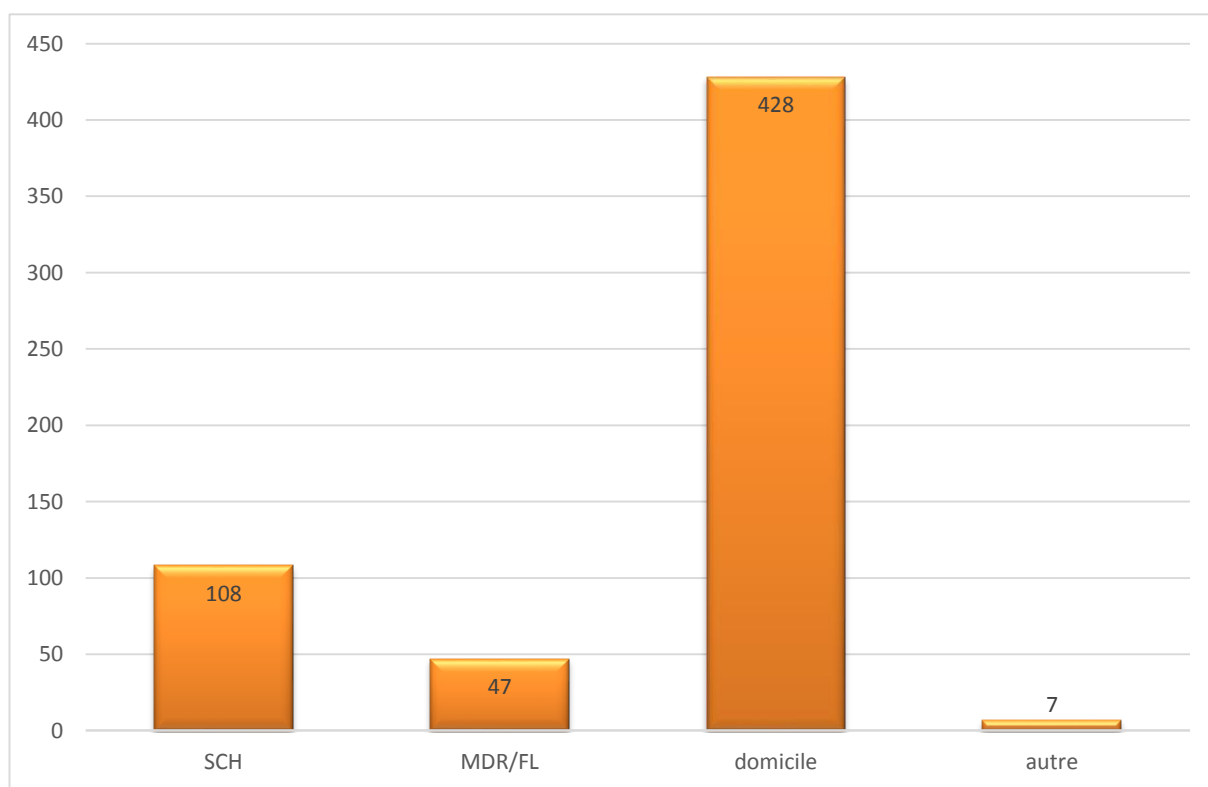


Figure 1 : Origine des patients avant l'hospitalisation dans l'unité.

2.1.2 Sex-ratio et âge

Avec 296 hommes (50.2%) et 294 femmes (49.8%), le sex-ratio était de 1.

L'âge moyen était de 67.7 +/- 17.9 ans avec une médiane de 71 ans [18-99].

Trois cent soixante-douze patients (63.1%) étaient âgés de 65 ans et plus (189 femmes et 183 hommes)

Et 181 (48.7%) étaient âgés de plus de 80 ans (102 femmes et 79 hommes)

Il n'y avait pas de centenaires.

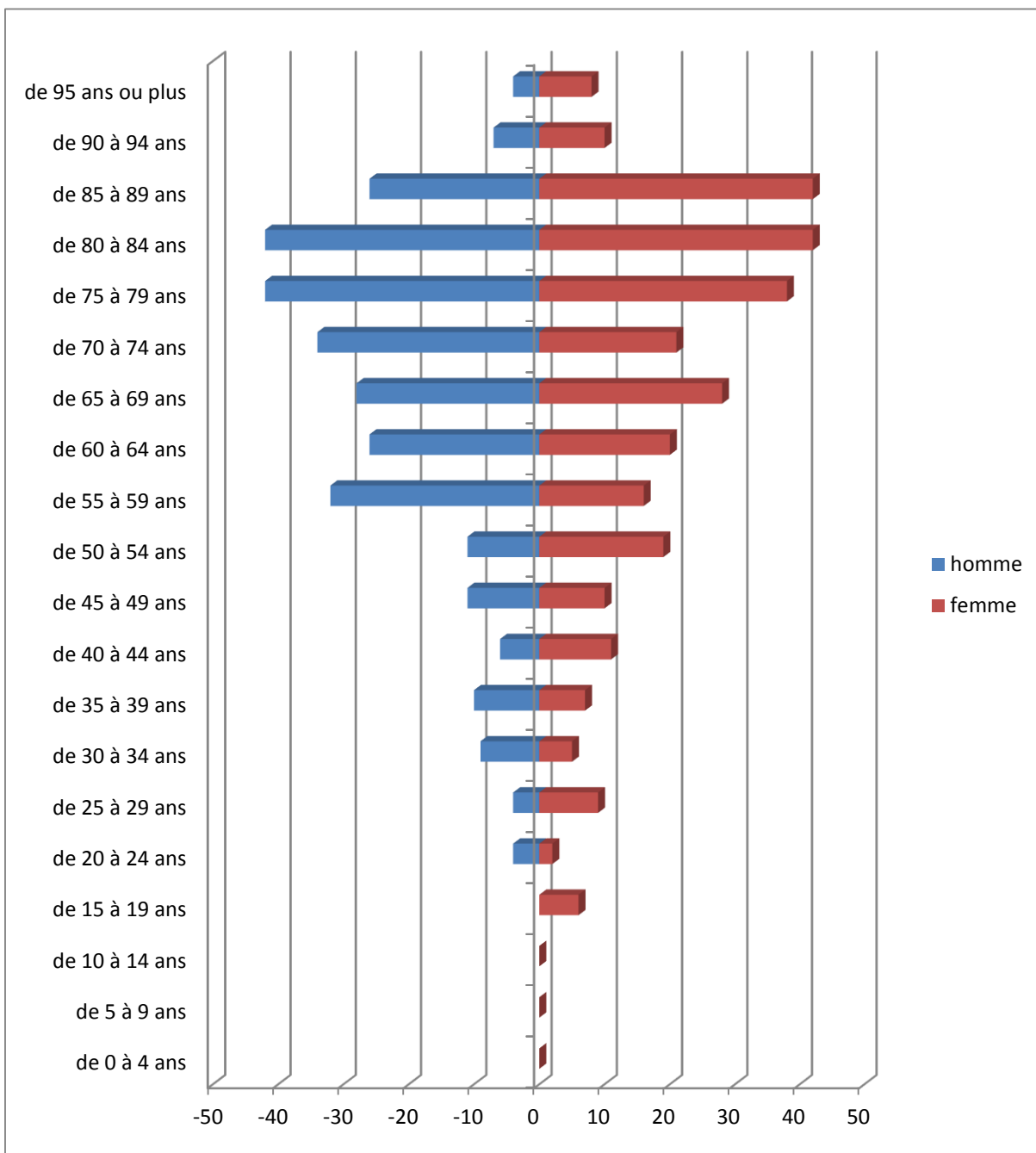


Figure 2 : Pyramide des âges des patients hospitalisés de janvier à juin 2009

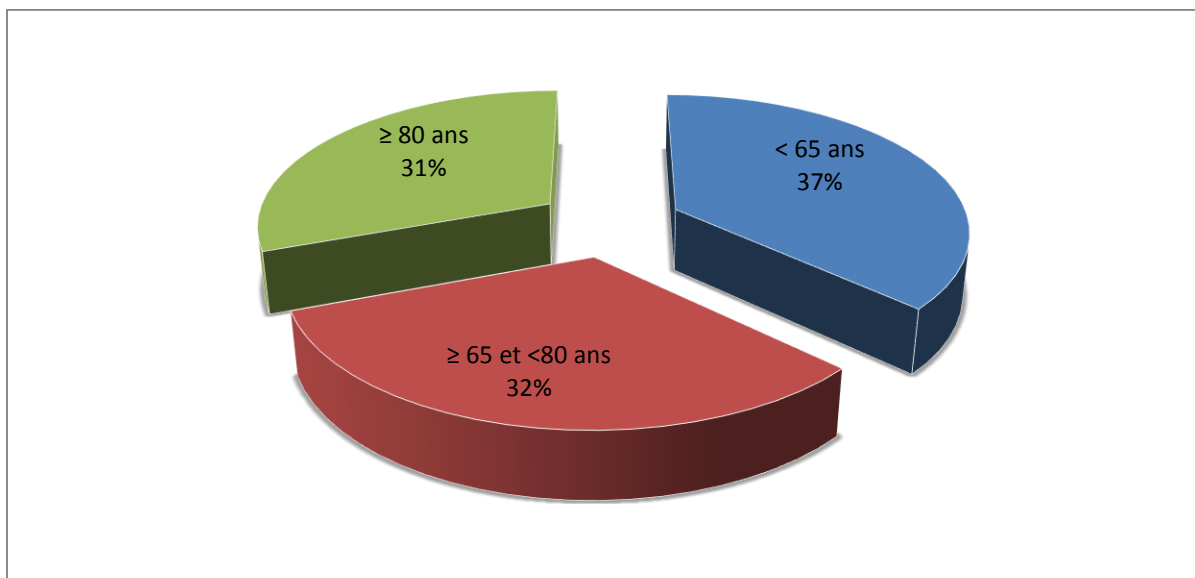


Figure 3 : Répartition des patients en fonction des 3 classes d'âge (<65 ans, entre 65 et 80 ans et ≥80 ans).

2.1.2.1 Les femmes

Cent-cinq femmes avaient moins de 65 ans (37.7%), 87 femmes avaient entre 65 ans et 79 ans et 102 patientes avaient 80 ans et plus (34.7%).

2.1.2.2 Les hommes

Des 296 hommes hospitalisés, 113 (38.2%) étaient âgés de moins de 65 ans, 104 patients avaient entre 65 ans et 79 ans (35.1%), et 79 patients avaient 80 ans et plus (26.7%).

2.1.3 Les antécédents

Les principaux antécédents des 590 patients étaient chirurgicaux (16.9%), CV (16.3%), HGE (7.9%), endocrinologiques (7.1%) et oncologiques (6.1%).

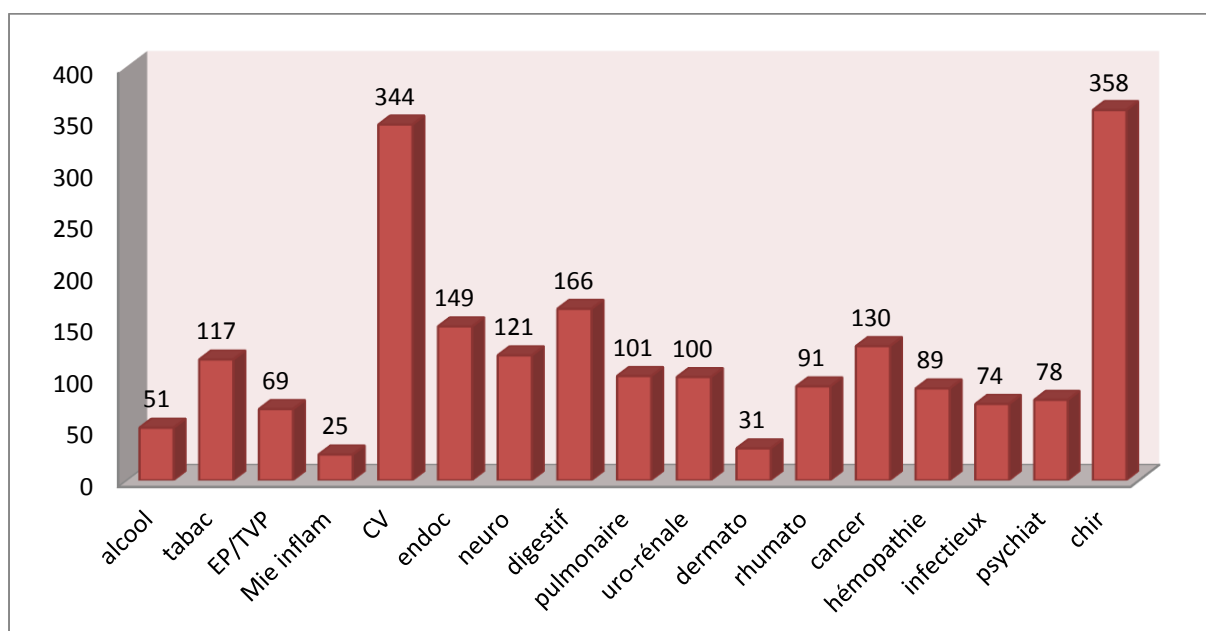


Figure 4 : Répartition des antécédents

Légende : EP/TVP=embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde, Mie inflam= maladie inflammatoire, CV= cardiovasculaire, endoc= maladie endocrinienne, neuro=neurologie, digestif=hépto-gastro-entérologie, cancer=oncologie non hématologie, psychiat= psychiatrie et chir= chirurgie.

2.1.4 Les principaux diagnostics

Quatre cent vingt-deux diagnostics étaient posés soit pour 81.7% des patients hospitalisés. 101 (23.9%) avaient une pathologie infectieuse majoritairement pulmonaire (68%). Les principales pathologies traitées étaient les hémopathies (10.6%), une iatrogénie (8.7%), une maladie CV (8.3%) et les maladies oncologiques non hématologique (7.1%).

Trente-neuf patients (6.6%) étaient traités pour une EP/TVP et vingt patients pour une maladie inflammatoire (3.4%).

Cent soixante-quatorze patients (29.5%) étaient sortis de l'unité vers une autre unité du CHU sans diagnostic précis mais pour un complément de prise en charge.

2.1.5 Le devenir des patients

Trois cent vingt-deux patients (54.6%) étaient sortis de l'unité pour un retour à domicile (RAD). Cent soixante-quatorze (29.5%) étaient transférés pour un service spécialisé (SSP). Quarante-trois étaient orientés vers un soin de suite et de réadaptation (SSR) ou une convalescence. Cinq hospitalisations à domicile (HAD) étaient mises en place (0.8%).

Quarante patients (6.8%) étaient décédés.

Six étaient partis contre avis médical (CAM) (1%)

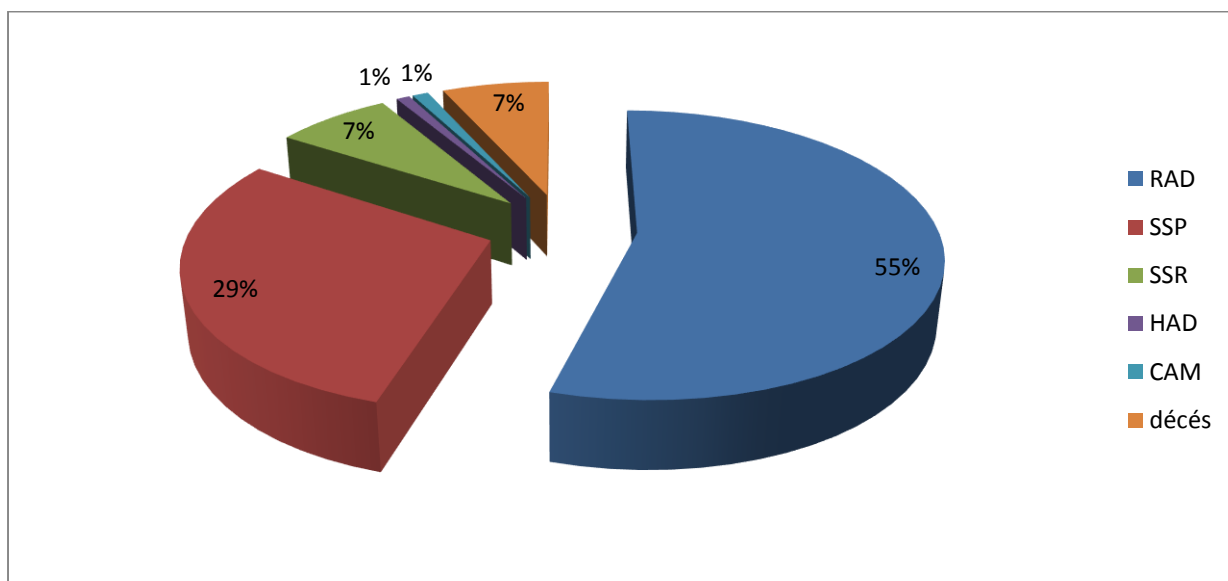


Figure 5 : Devenir des patients en sortant de l'unité.

Légende : RAD = retour à domicile, SSP = service spécialisé, SSR = soins de suite et de réadaptation, HAD = hospitalisation à domicile, CAM = contre avis médical

2.2 La durée moyenne de séjours

La durée moyenne de séjours (DMS) était de 6.8 +/- 6.7 jours avec une médiane de 5 jours [1-42].

Deux cent quatre-vingt-sept patients (48.6%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 173 patients (29.4%) entre 5 et 9 jours inclus et 130 (22%) étaient hospitalisés 10 jours et plus.

Trente-sept patients (6.3%) étaient hospitalisés plus de 20 jours.

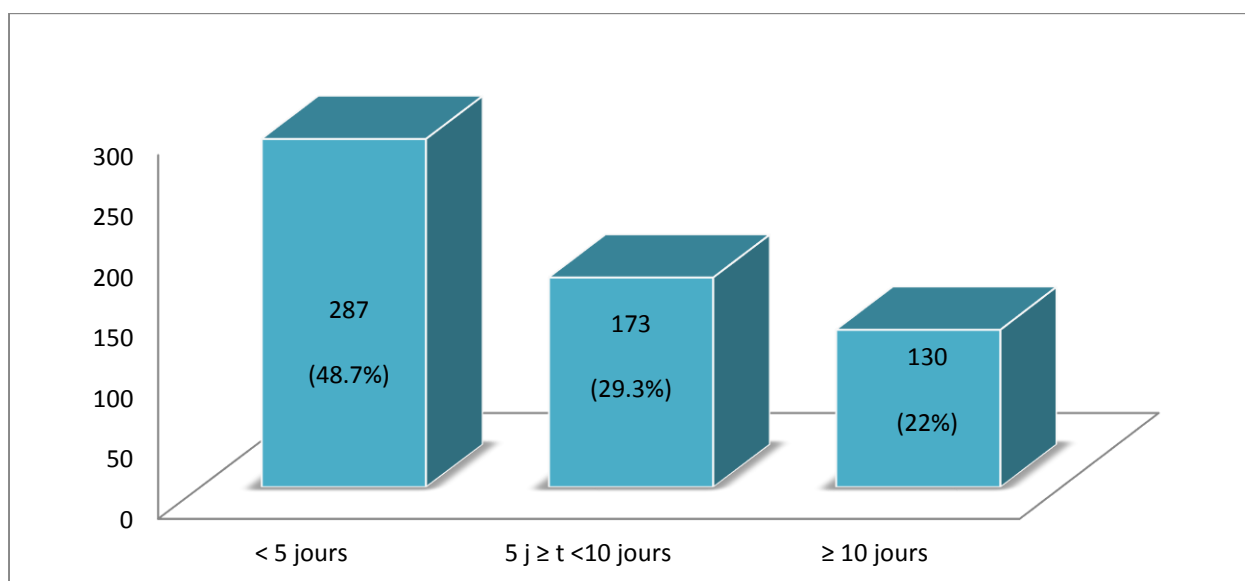


Figure 6 : Répartition des patients en fonction de la durée de séjour.

Légende : t=temps

2.2.1 Influence de l'âge sur la DMS

2.2.1.1 Les patients de moins de 65 ans

Deux cent dix-huit patients (36.9%) avaient moins de 65 ans.

La DMS était de 5.6 +/- 5.8 jours, la médiane était égale à 3 jours [1-31]. L'âge moyen était de 48.3 +/- 12.7 ans et la médiane était de 52 ans [18-64].

Cent trente-quatre patients (61.5%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 48 (22%) entre 5 et 9 jours et 36 (16.5%) étaient hospitalisés 10 jours et plus.

2.2.1.2 Les patients de 65 ans à 79 ans

Cent quatre-vingt-onze patients (32.4%) étaient dans cette tranche d'âge.

La DMS était de 6.9 +/- 6.5 jours avec une médiane de 5 jours [1-38] et un âge moyen de 72.8 +/- 4.4 ans avec une médiane de 73 ans [65-79].

Quatre-vingt-huit patients (46.1%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 61 (31.9%) étaient restés dans l'unité entre 5 et 9 jours. 42 patients (22%) étaient hospitalisés 10 jours ou plus.

2.2.1.3 Les patients de 80 ans et plus

Cent quatre-vingt-un patients (30.7%) avaient 80 ans et plus. la DMS était 8.4 +/- 7.5 jours avec une médiane égale à 6 jours [1-42].

L'âge moyen était 85.8 +/- 4.4 ans et la médiane était 85 ans [80-99].

Soixante-cinq patients (35.9%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 64 (35.4%) entre 5 et 9 jours, tandis que 52 patients (28.7%) étaient hospitalisés 10 jours et plus.

Tableau 1 : Récapitulatif des tranches d'âge en fonction du temps de séjours dans l'unité

âge	t <5 (%)	5 ≥ t < 10 (%)	t ≥ 10 (%)
< 65 ans	134 (61,5)	48 (22)	36 (16,5)
65 ≥ âge < 80	88 (46,1)	61 (31,9)	42 (22)
≥ 80 ans	65 (35,9)	64 (35,4)	52 (28,7)

Légende : t = temps en jour

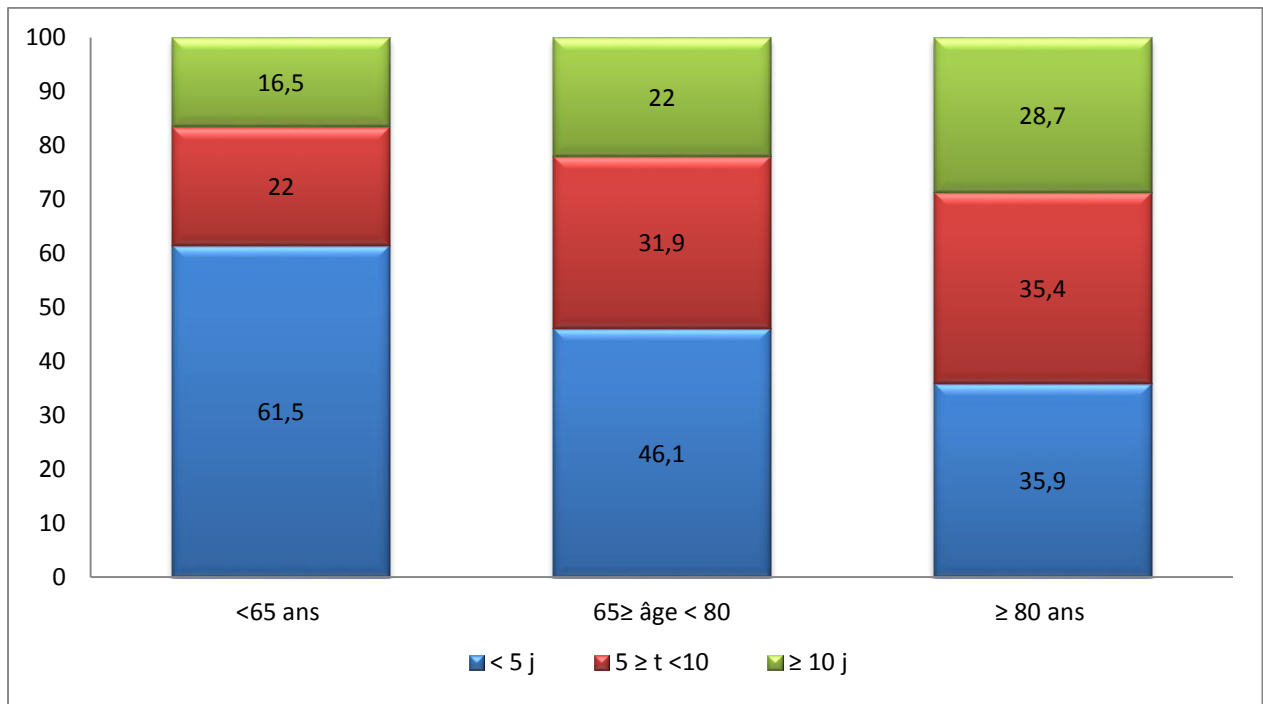


Figure 7 : Répartition des patients en fonction du temps de séjour et de la tranche d'âge, en pourcentage.

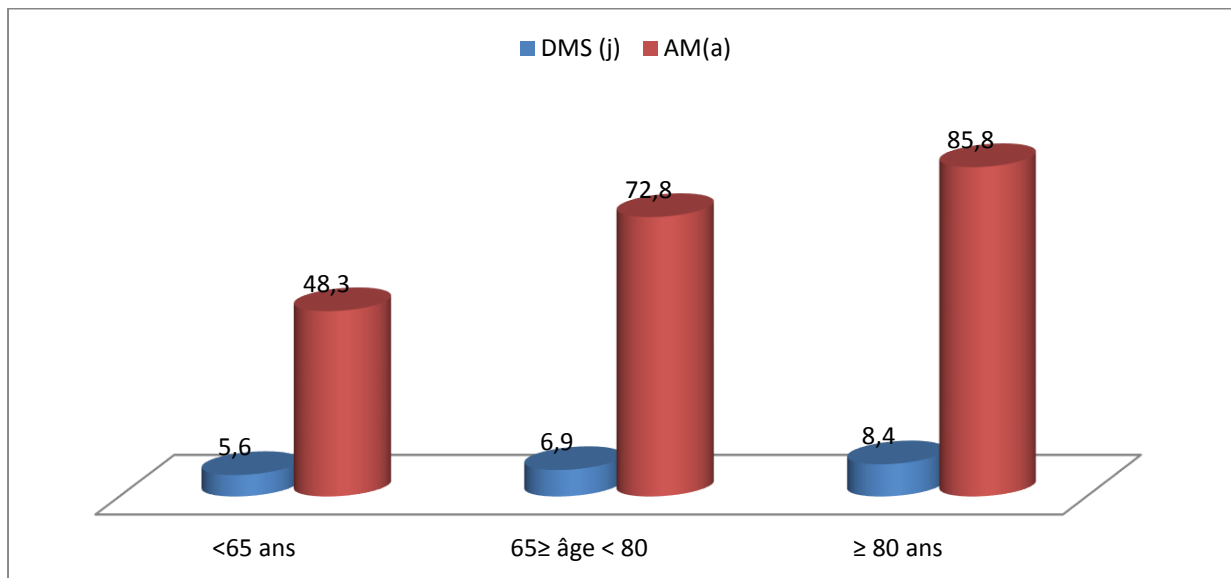


Figure 8 : Corrélation entre la DMS et de l'âge moyen en fonction des 3 tranches d'âge.

Légende : j=journée, a=année, AM= âge moyen.

2.2.2 Influence du sexe

2.2.2.1 Les femmes

De janvier à juin 2009, 294 femmes étaient hospitalisées dans l'unité de médecine générale. Elles avaient une DMS égale à 6.5 +/- 5.9 jours, une médiane à 4 jours [1-32].

L'âge moyen était de 67.9 +/- 19 ans, la médiane 73.5 ans [18-97].

Cent cinquante femmes (51%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 81(27.6%) étaient restées entre 5 et moins de 10 jours et 63 patientes (21.4%) étaient hospitalisés 10 jours et plus.

Tableau 2 : répartition féminine en pourcentage selon les 3 tranches d'âge et des temps de séjours

âge	t<5	5 ≥ t < 10	t ≥ 10
< 65 ans	65	25	15
65 ≥ à < 80 ans	43	23	21
≥ 80 ans	42	33	27

Légende : t = temps en jour

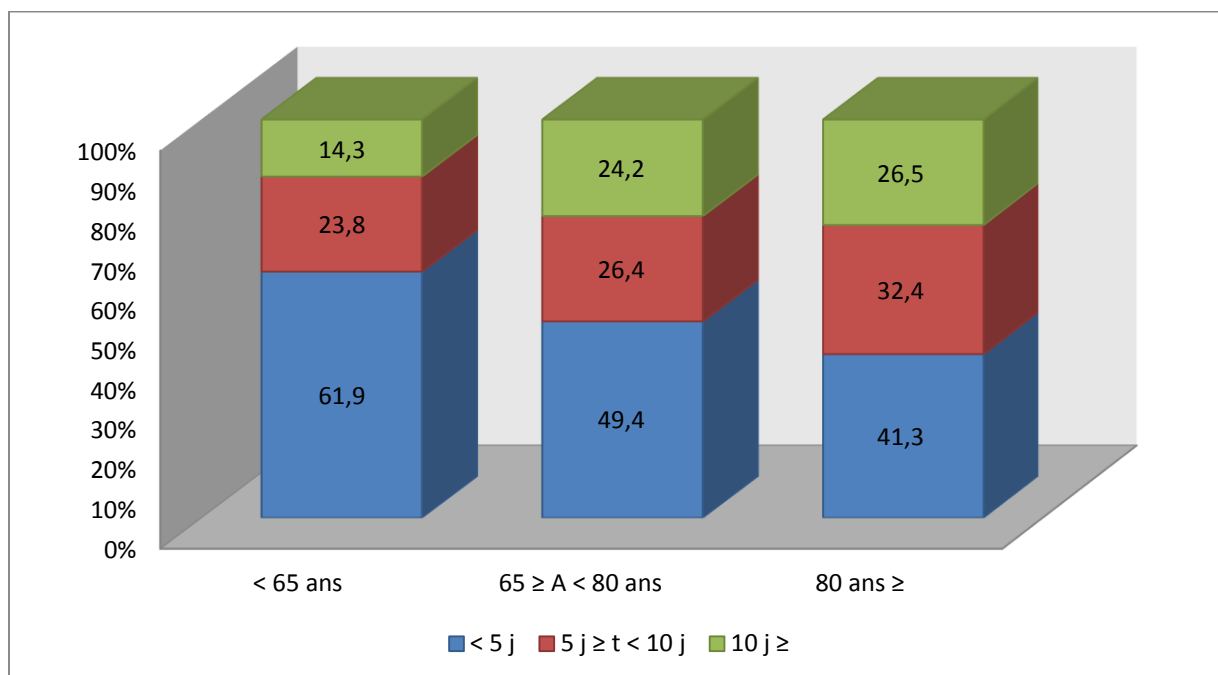


Figure 9 : Répartition des femmes en fonction de la durée de séjour et de la tranche d'âge.

2.2.2.2 Les hommes

Deux cent quatre-vingt-seize hommes étaient hospitalisés.

La DMS était 7.2 +/- 7.3 jours avec une médiane de 5 jours [1-42].

L'âge moyen était 67.5 +/- 16.7 ans et la médiane 71 ans [21-99].

Cent trente-sept hommes (46.3%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 92 patients (31.1%) étaient hospitalisés entre 5 et moins de 10 jours et 67 hommes (22.6%) étaient hospitalisés 10 jours et au-delà.

Tableau 3 : répartition masculine en pourcentage selon les 3 tranches et des temps de séjours

âge	t < 5	5 ≥ t < 10	t ≥ 10
< 65 ans	69	23	21
65 ≥ à < 80 ans	45	38	21
≥ 80 ans	23	31	25

Légende : t = temps en jour

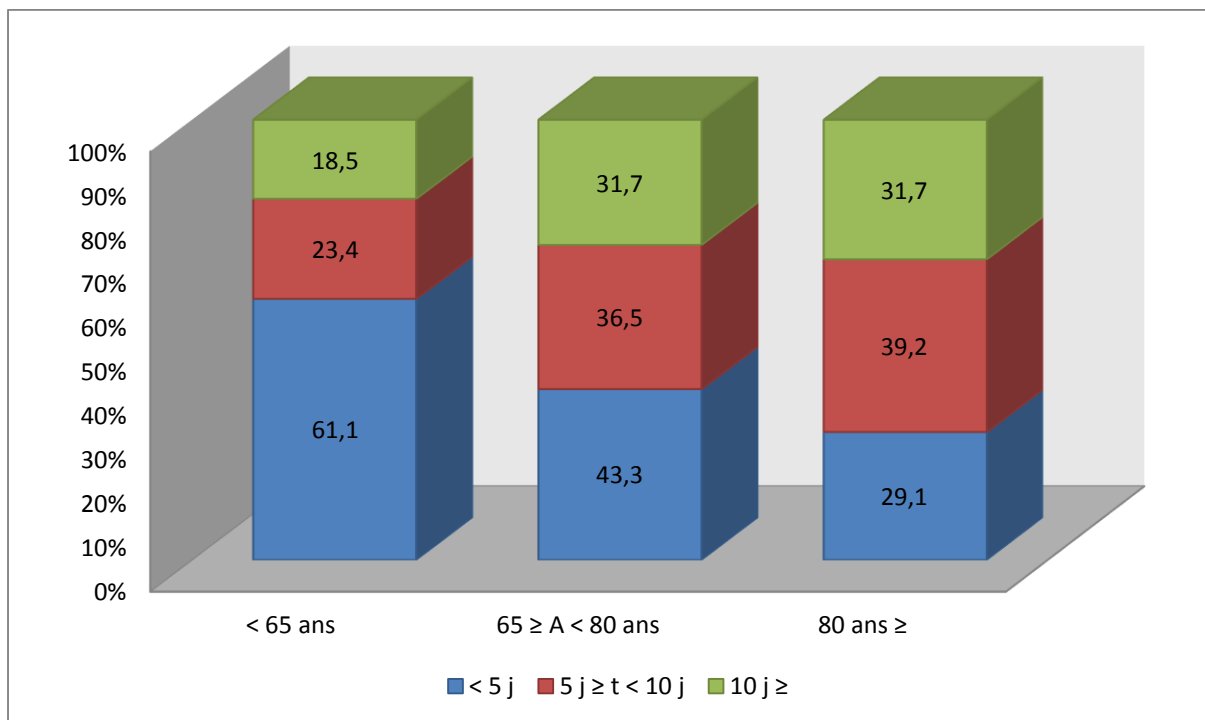


Figure 10 : Répartition des hommes en fonction de la tranche d'âge et de la durée de séjour

Tableau 4 : Résumé de la répartition en fonction du sexe et des temps de séjours

sexe	t < 5 (%)	5 ≥ t < 10 (%)	t ≥ 10 (%)
femmes	150 (51)	81 (27,6)	63 (21,4)
hommes	137 (46,3)	92 (31,1)	67 (22,6)

Légende : t = temps en jour

2.2.3 Influence des antécédents

En fonction des 5 principaux antécédents (chirurgical, CV, HGE, oncologie et neurologie), l'influence sur la DMS donne les résultats suivants :

2.2.3.1 Antécédents chirurgicaux

La DMS était 6.6 ± 6.2 jours avec une médiane de 5 jours [1-42], représentant 358 patients dont 169 hommes (47.2%) et 193 femmes (52.8%). 168 patients (46.9%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 116 (32.4%) entre 5 et 9 jours, et 74 (20.7%) 10 jours et plus.

L'âge moyen était de 71.2 ± 15.3 ans avec une médiane de 74 ans [18-99].

2.2.3.2 Antécédents CV

Trois cent quarante-quatre patients avaient un CV dont 180 hommes (52.3%) et 164 femmes (47.7%).

La DMS était 7.4 ± 6.7 pour une médiane de 6 jours [1-42].

Cent quarante-trois patients (41.6%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 115 (33.4%) entre 5 et 9 jours, enfin 86 patients (25%) étaient hospitalisés 10 jours et plus.

L'âge moyen de ces patients était de 75.8 ± 12.8 ans pour une médiane de 78 ans [30-99]

2.2.3.3 Antécédents HGE

Cent soixante-six patients (28.1%) dont 78 hommes (46.9%) et 88 femmes (53.9%) avaient un antécédents HGE.

La DMS était alors de 6.9 +/- 6.6 jours avec une médiane de 5 jours [1-35]. Ainsi 77 patients (46.4%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 54 (32.5%) entre 5 et moins de 10 jours, et 35 (21.1%) 10 jours et plus.

L'âge moyen était de 71.6 +/- 14.9 ans, la médiane était égale à 75 ans [26-97].

2.2.3.4 Antécédents endocrinologiques

Il y avait hospitalisé dans l'unité 149 patients (25.3%) avec au moins un antécédent endocrinologique, dont 62 hommes (41.6%) et 87 femmes (58.4%).

La DMS était de 7.9 +/- 6.6 jours avec une médiane de 6 jours [1-36].

Cinquante-six patients (37.6%) étaient hospitalisés moins de 5 jours, 49 (32.9%) entre 5 et moins de 10 jours et 44 patients (29.5%) 10 jours et plus.

L'âge moyen était égal à 73.1 +/- 12.8 ans et la médiane de 75 ans [18-97].

2.2.3.5 Antécédents oncologiques

La DMS était de 7.8 +/- 8.1 jours avec une médiane de 5 jours [1-42] pour un ensemble de 130 patients dont 76 hommes (58.5%) et 54 femmes (41.5%).

Restant hospitalisés moins de 5 jours, il y avait 59 patients (45.4%) ; entre 5 et moins de 10 jours 38 patients (29.2%). Puis 33 patients (25.4%) étaient hospitalisés 10 jours et plus.

L'âge moyen était 69.8 +/- 14.2 ans avec une médiane de 71.5 ans [28-96].

Tableau 5 : Récapitulatif des principaux antécédents

antécédents	chirurgicaux	CV	HGE	endocrinologiques	oncologiques
DMS	6,6+/-6,2	7,4+/-6,7	6,9+/-6,6	7,9+/-6,6	7,8+/-8,1
AM	71,2+/-15,3	75,8+/-12,8	71,6+/-14,9	73,1+/-12,8	69,8+/-14,2
<5j (%)	168 (46,9)	143 (41,6)	77 (46,4)	56 (37,6)	59 (45,4)
5 j ≥ t <10 (%)	116 (32,4)	115 (33,4)	54 (32,5)	49 (32,9)	38 (29,2)
≥ 10 j (%)	74 (20,7)	86 (25)	35 (21,1)	44 (29,5)	33 (25,4)
hommes (%)	169 (47,2)	180 (52,3)	78 (46,9)	62 (41,6)	76 (58,5)
femmes (%)	193 (52,8)	164 (47,7)	88 (53,1)	87 (58,4)	54 (41,5)
Total	358	344	166	149	130

2.2.4 Influence du diagnostic

Sur les 6 premiers mois de l'année 2009, beaucoup de diagnostics ont été posés.

Les cinq principaux concernent des infections, une maladie hématologique, une iatrogénie, une maladie cardiovasculaire et une maladie oncologique non hématologique.

2.2.4.1 Diagnostics de maladie infectieuse

Cent et un diagnostics de maladie infectieuse (17.1%), touchant le poumon principalement mais aussi le rein, étaient faits, chez 55 hommes (54.5%) et 46 femmes (45.5%).

La DMS était de 8.8 +/- 7 jours avec une médiane de 7 jours [1-35].

34 patients (33.7%) avec un diagnostic infectieux étaient hospitalisés moins de 5 jours, 34 (33.7%) entre 5 et 9 jours, et 33 (32.6%) 10 jours et plus.

L'âge moyen était de 65.9 +/- 19.6 ans avec une médiane de 70 ans [18-94].

2.2.4.2 Diagnostics hématologiques

Soixante-trois maladies hématologies (10.7%) étaient diagnostiquées pour 33 hommes (52.4%) et 30 femmes (47.6%).

La DMS était de 5.5 +/- 4.6 jours avec une médiane de 4 jours [1-21]. 35 patients (55.6%) avec un diagnostic de maladie hématologique étaient hospitalisés moins de 5 jours, 21 (33.3%) entre 5 et 9 jours, 7 (11.1%) 10 jours et plus.

L'âge moyen était de 64.9 +/- 19.8 ans avec une médiane 69 [24-95]

2.2.4.3 Diagnostics de iatrogénie

Cinquante-deux patients (8.8%) étaient hospitalisés pour une iatrogénie dont 23 hommes (44.2%) et 29 femmes (55.7%).

La DMS était de 8.9 +/- 7.5 jours et la médiane était de 6.5 jours [1-36]. 15 patients (28.8%) avec une iatrogénie étaient hospitalisés moins de 5 jours, 21 (40.4%) entre 5 et 9 jours, et 16 (30.8%) 10 jours et plus.

L'âge moyen était de 74 +/- 16.3 ans et la médiane était égale à 74.5 ans [18-94].

2.2.4.4 Diagnostics CV

Quarante-neuf maladies CV (8.3%) étaient diagnostiquées chez 25 hommes (51%) et 24 femmes (49%).

La DMS était égale à 10.4 +/- 8.8 jours et la médiane était à 8 jours [1-36]. 12 patients (24.5%) avec ce diagnostic ont été hospitalisés moins de 5 jours, 16 (32.7%) entre 5 et 9 jours, et 21 (42.8%) 10 jours et plus.

L'âge moyen était 76.8 +/- 15.6 ans avec une médiane de 81 ans [31-99].

2.2.4.5 Diagnostics oncologiques

Quarante-deux diagnostics de maladies oncologiques non hématologiques (7.1%) étaient faits, concernant 27 hommes (64.3%) et 15 femmes (35.7%).

Dix-huit patients avec ce diagnostic étaient hospitalisés moins de 5 jours, 7 (16.7%) entre 5 et 9 jours, et 17 (40.5%) 10 jours et plus.

L'âge moyen était de 71.3 +/- 14.8 ans avec une médiane à 73 ans [39-96].

Tableau 6 : Récapitulatif des diagnostics

diagnostics	infectieux	hémopathie	iatrogénie	CV	oncologie
DMS	8,8+/-7	5,5+/-4,6	8,9+/-7,5	10,4+/-8,8	10,5+/-10,1
AM	65,9+/-19,6	64,9+/-19,8	74+/- 16,3	76,8+/-15,6	71,3+/-14,8
t <5j (%)	34 (33,7)	35 (55,6)	15 (28,8)	12 (24,5)	18 (42,8)
5 ≥ t <10 (%)	34 (33,7)	21 (33,3)	21 (40,4)	16 (32,7)	7 (16,7)
t ≥ 10 (%)	33 (32,6)	7 (11,1)	16 (30,8)	21 (42,8)	17 (40,5)
hommes (%)	55 (54,5)	33 (52,4)	23 (44,2)	25 (51)	27 (64,3)
femmes (%)	46 (45,5)	30 (47,6)	29 (55,7)	24 (49)	15 (35,7)
Total (%)	101 (17.1)	63 (10.7)	52 (8.8)	49 (8.3)	42 (7.1)

2.2.5 Selon le mode d'hospitalisation

Deux modes d'hospitalisation étaient distingués : les hébergements et les hospitalisations classiques (HC). Ainsi, les hébergements correspondaient à des patients hospitalisés dans l'unité pour un autre service du centre hospitalier. De ce fait, le patient hébergé était en transit via l'unité de médecine générale avant d'être pris en charge dans l'unité spécialisée.

2.2.5.1 Les hébergements

Cent vingt-huit patients (21.7%) étaient hébergés dans l'unité sur les 6 premiers mois de l'année 2009 avec une DMS de 2.1 +/- 2.3 jours dont la médiane était de 1 jour [1-16].

L'âge moyen était de 65.8 +/- 17.1 ans avec une médiane de 68 ans [21-95].

Les patients hébergés venaient de leur domicile pour 103 d'entre eux (80.5%), 17 (13.3%) d'une SCH, 6 (4.7%) d'une MDR/FL et 2 patients (1.6%) avaient une autre origine (sans domicile fixe ou accident de la voie publique).

L'hospitalisation était faite par le SAU pour 105 patients (82%), 13 étaient des entrées directes (10.2%) et 10 des entrées par mutation (7.8%).

Cent vingt patients hébergés ont été transférés vers une autre unité hospitalière (93.7%), 6 patients sont retournés à leur domicile (4.7%), un patient est décédé dans l'unité (0.8%) et 1 patient est sorti en SSR (0.8%).

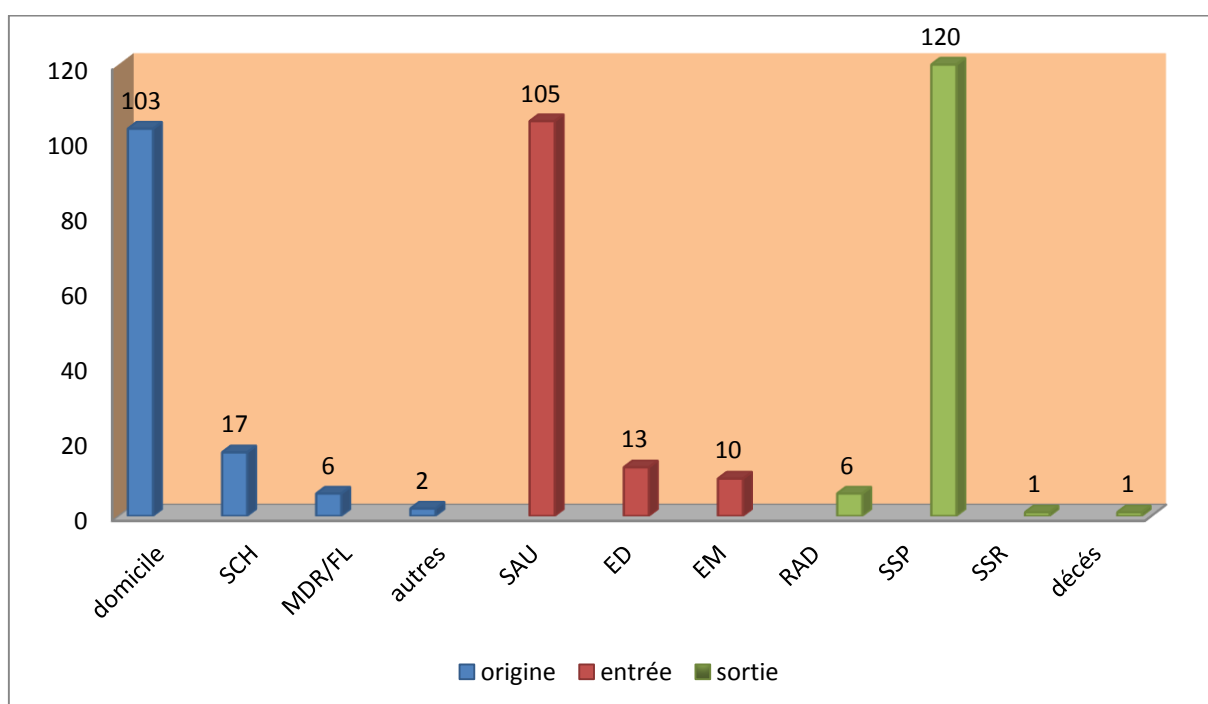


Figure 11 : Représentation de l'origine, des modes d'entrée et de sortie des patients hébergés.

Légende : SCH = structure clinico-hospitalière, MDR/FL = maison de retraite et foyer logement, SAU = service d'accueil des urgences, ED = entrée directe, T = transfert, RAD = retour à domicile, SSP = service spécialisé, SSR = soins de suite et de réadaptation.

Cent quinze hébergements sont restés dans l'unité moins de 5 jours (89.8%). Ces 115 patients représentaient 40.1% des 287 patients hospitalisés moins de 5 jours.

De ces 115 patients il y avait 55 hommes (47.8%) et 60 femmes (52.2%). La DMS était de 1.8 +/- 1 jour avec une médiane à 1 jour [1-4]. L'âge moyen était de 65.8 +/- 17.4 ans et la médiane de 67 ans. Quatre-vingt-seize patients (83.5%) étaient hospitalisés dans l'unité par le SAU, 11 patients (9.6%) étaient des entrées directes et 8 (6.9%) des entrées par mutation. En sortie : 110 patients ont été transférés vers une autre unité (95.7%), 5 sont retournés à domicile (4.3%).

Pour les hospitalisations entre 5 à 9 jours inclus, il y avait 11 patients hébergés, dont 6 hommes (54.5%) et 5 femmes (45.5%), la DMS était de 6.5 +/- 1.3 jours avec une médiane de 6 jours [5-9]. L'âge moyen était égal à 70 ans [39-86]. Neuf patients étaient hospitalisés par le SAU (81.8%), 1 (9.1%) une entrée directe et 1 (9.1%) une entrée par mutation. 9 patients ont été transférés de l'unité vers un autre service (81.2%), 1 est retourné à domicile (9.1%) et 1 est décédé (9.1%).

Enfin 2 patients sont restés dans l'unité plus de 10 jours, 1 homme de 81 ans hospitalisé 16 jours ayant été transféré et sortant de l'unité en SSR, et 1 femme de 50 ans entrée directement dans l'unité restant hospitalisée 13 jours pour être finalement transférée vers une autre unité.

Tableau 7 : Récapitulatif des hébergements de l'unité

	t < 5	5 ≥ t < 10	t ≥ 10	total
effectif	115	11	2	128
H/F	55/60	6/5	1/1	62/66
DMS	1,8+/-1 65,8+/-	6,5+/-1,3	14,5+/-2,1 65,5+/-	2,9+/-2,6
AM	17,4	66,5+/-14,6	21,9	65,8+/-17,1
domicile	95	7	1	103
SCH	13	3	1	17
MDR/FL	5	1	0	6
autres	2	0	0	2
SAU	96	9	0	105
ED	11	1	1	13
EM	8	1	1	10
RAD	5	1	0	6
SSP	110	9	1	120
SSR	0	0	1	1
décès	0	1	0	1

2.2.5.2 Les hospitalisations sans les hébergements

2.2.5.2.1 Les données générales

En retirant les hébergements, il restait 462 patients hospitalisés avec un sex-ratio de 0.97 femme pour un homme.

La DMS était de 8.1 +/- 7 jours avec une médiane de 7 jours [1-42].

L'âge moyen était de 68.2 +/- 18 ans et la médiane était de 72 ans [18-99].

Trois cent vingt-cinq patients (70.5%) venaient de leur domicile, 92 patients venaient d'une SCH (19.9%) et 40 d'une MDR/FL (8.7%).

Ils étaient hospitalisés par le SAU pour 299 patients (64.7%), il y avait 92 entrées directes (19.9%) et 71 entrées par mutation (15.4%).

Deux cent trente et un patients avaient une ALD (50%).

Pour les sorties, il y avait une répartition suivante : 316 retours à domicile (68.4%), 54 patients en SSP (11.7%), 42 patients en SSR (9.1%), 5 patients en HAD (1.1%), 6 sorties CAM (1.3%) et 39 décès (8.5%).

2.2.5.2.2 Hospitalisations de moins de 5 jours

Des 287 patients hospitalisés moins de 5 jours, il restait 172 hospitalisations classiques. La DMS était alors de 2.7 +/- 1.1 jours, la médiane était de 3 jours [1-4].

L'âge moyen était de 62.5 +/- 19.6 ans avec une médiane de 67 ans [18-97].

Cent trente patients venaient de leur domicile (75.6%), 29 (11.9%) venaient d'une SCH, 11 (6.4%) d'une MDR/FL et 2 (1.2%) d'autres origines.

Ainsi 91 patients (52.9%) étaient hospitalisés par le SAU, 58 (33.7%) étaient entrés directement dans l'unité et 23 entrées par mutation (13.4%). En sortie : 134 patients étaient retournés à domicile (77.9%), 20 (11.7%) étaient transférés dans une autre unité, 11 étaient décédés (6.4%), 5 étaient sortis contre avis médical (2.9%), 1 patient était placé en HAD et 1 en SSR (0.6%).

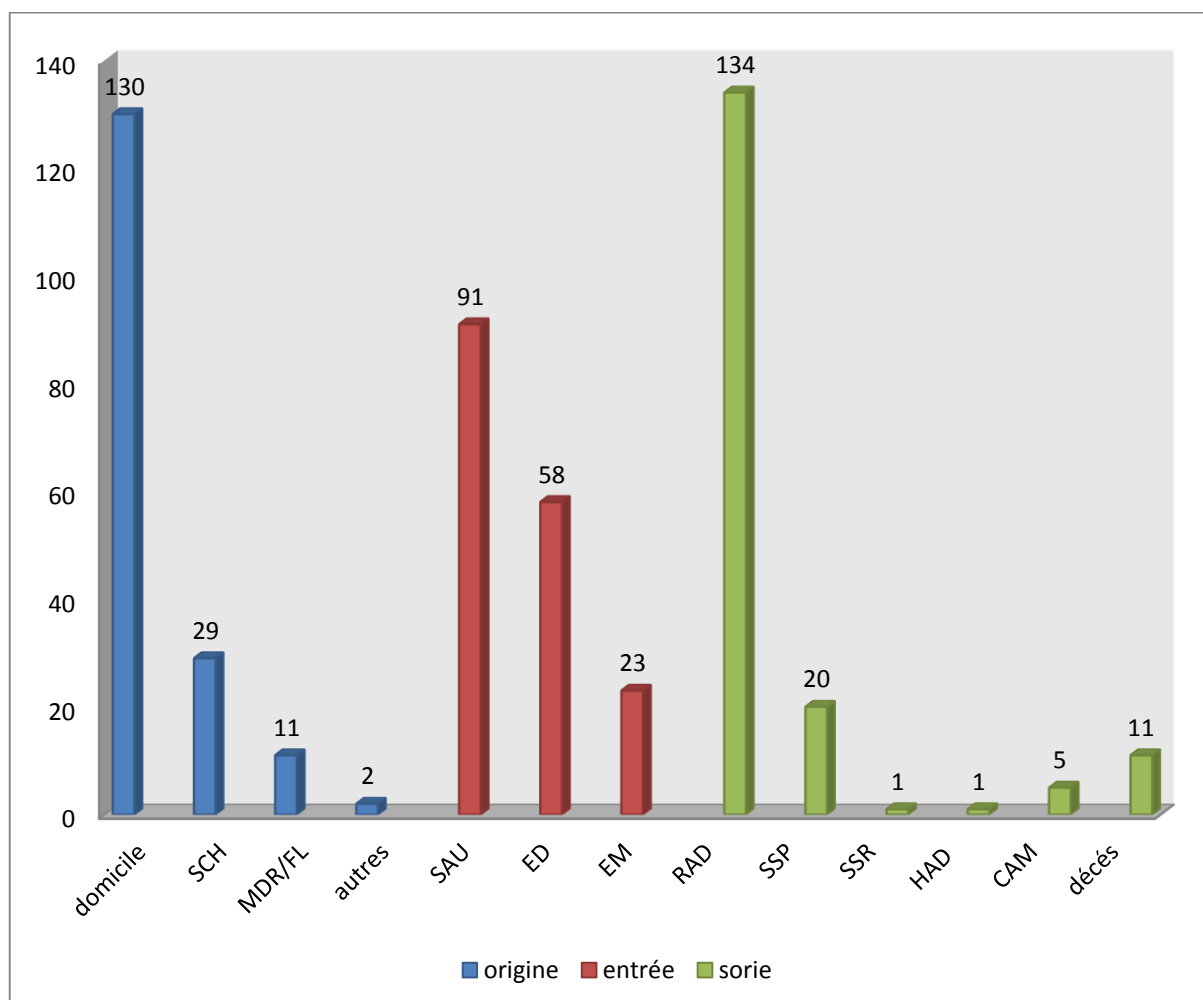


Figure 12 : Représentation de l'origine, des modes d'entrée et de sortie des patients d'hospitalisations classiques de moins de 5 jours

2.2.5.2.3 Hospitalisations entre 5 et 9 jours

Des 177 patients hospitalisés entre 5 et 9 jours dans l'unité, il y avait 162 hospitalisations classiques, avec 86 hommes (53.1%) et 76 femmes (46.9%).

La DMS était de à 6.7 +/- 1.3 jours avec une médiane de 7 jours [5-9].

L'âge moyen était de 70.8 +/- 17.5 ans dont une médiane de 76 ans [18-99].

Cent dix patients (67.9%) venaient de leur domicile, 31 (19.1%) d'une SCH, 19 (11.7%) d'une MDR/FL et 2 (1.2%) d'autres origines.

Cent dix-huit patients (72.8%) étaient hospitalisés dans l'unité via le SAU, 24 (14.8%) étaient des entrées directes et 20 (12.4%) entrées par mutation.

Enfin pour 118 patients (72.8%) il s'agissait d'un RAD, 22 (13.6%) étaient transférés, 15 (9.2%) étaient adressés en SSR, 6 (3.7%) étaient décédés et 1 HAD avait été mise en place (0.6%).

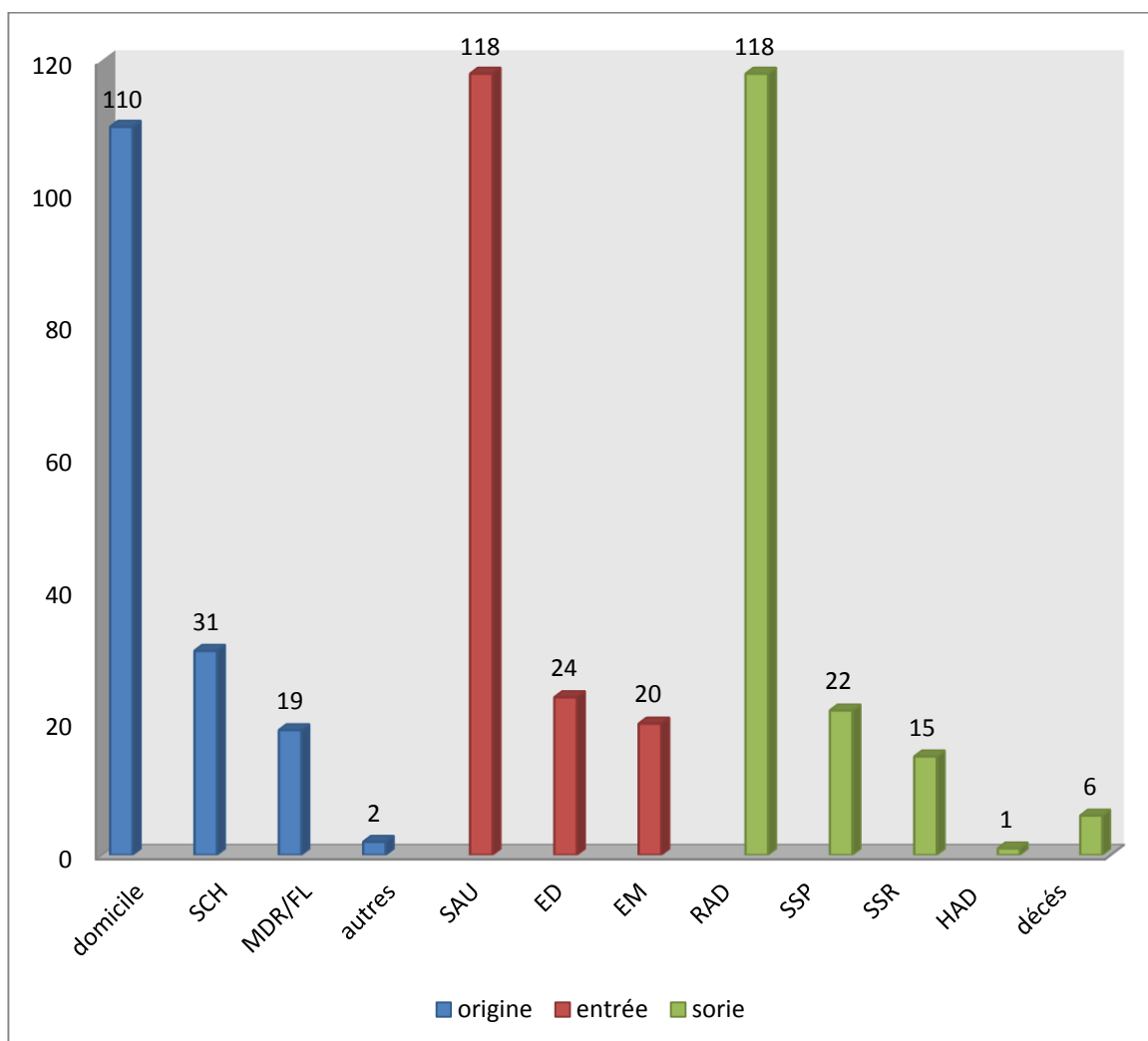


Figure 13 : Représentation de l'origine, des modes d'entrée et de sortie des patients d'hospitalisations classiques entre 5 et 9 jours.

2.2.5.2.4 Hospitalisations de 10 jours et plus

Alors, 130 patients étaient hospitalisés 10 jours et plus et il y avait seulement 2 hébergements, avec 66 hommes (51.6%) et 62 femmes (48.4%) qui présentaient une DMS de 17.2 +/- 6.8 jours et une médiane à 16 jours [10-42].

L'âge moyen était de 72.7 +/- 14.5 ans et la médiane était égale à 77.5 ans [30-99].

Quatre-vingt-cinq patients venaient de leur domicile (66.4%), 31 (24.2%) d'une SCH, 11 (8.6%) d'une MDR/FL et 1 patient (0.8%) était SDF.

Quatre-vingt-dix patients étaient hospitalisés par le SAU (70.3%), 10 (7.8%) étaient des entrées directes et 28 entrées par mutation (21.8%).

Soixante-quatre patients (50%) étaient des RAD, 26 (20.3%) étaient hospitalisés en SSR, 12 (9.4%) étaient transférés dans une autre unité, 22 (17.2%) étaient décédés, 3 patients avaient bénéficié d'une HAD (2.3%) et un patient était parti contre avis médical (0.8%).

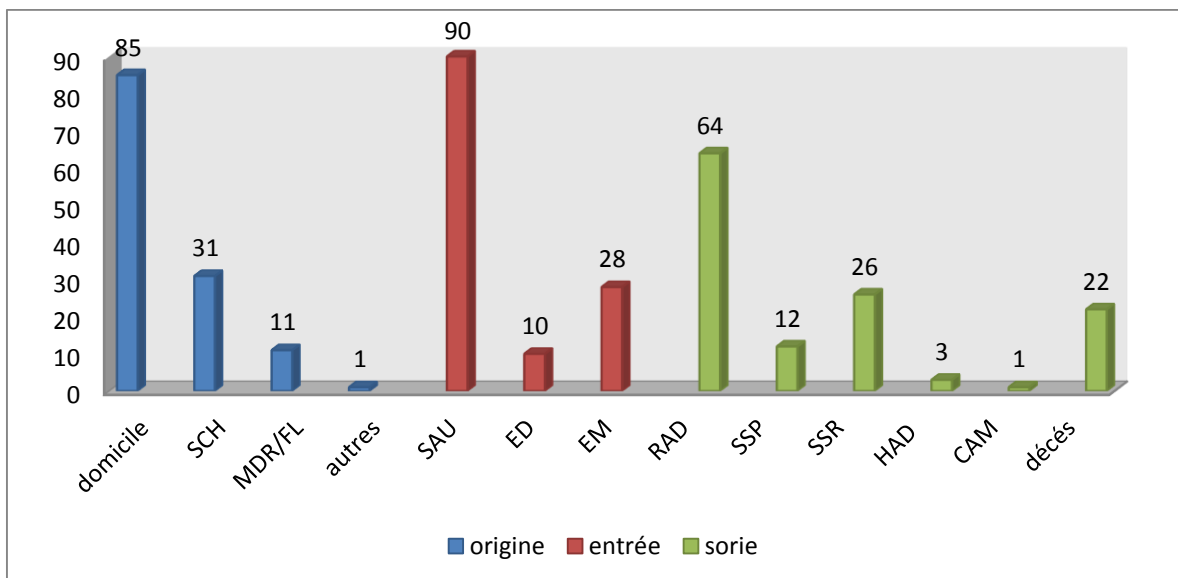


Figure 14 : Représentation de l'origine, des modes d'entrée et de sortie des patients d'hospitalisations classiques de 10 jours et plus

Tableau 8 : récapitulatif des hospitalisations classiques en fonction des 3 tranches DMS

	t < 5	5 ≥ t < 10	t ≥ 10	total
effectif	172	162	128	462
H/F	82 /90	86/76	66/62	234/228
DMS	2,7+/-1,1	6,7+/-1,3	17,2+/-6,8	8,1+/-7
AM	62,5+/-19,6	70,8+/-17,5	72,7+/-14,5	68,2+/-18,1
domicile	130	110	85	325
SCH	29	31	31	92
MDR/FL	11	19	11	40
autres	2	2	1	5
SAU	91	118	90	299
ED	58	24	10	92
EM	23	20	28	71
RAD	134	118	64	316
SSP	20	22	12	54
SSR	1	15	26	42
HAD	1	1	3	5
CAM	5	0	1	6
décès	11	6	22	39

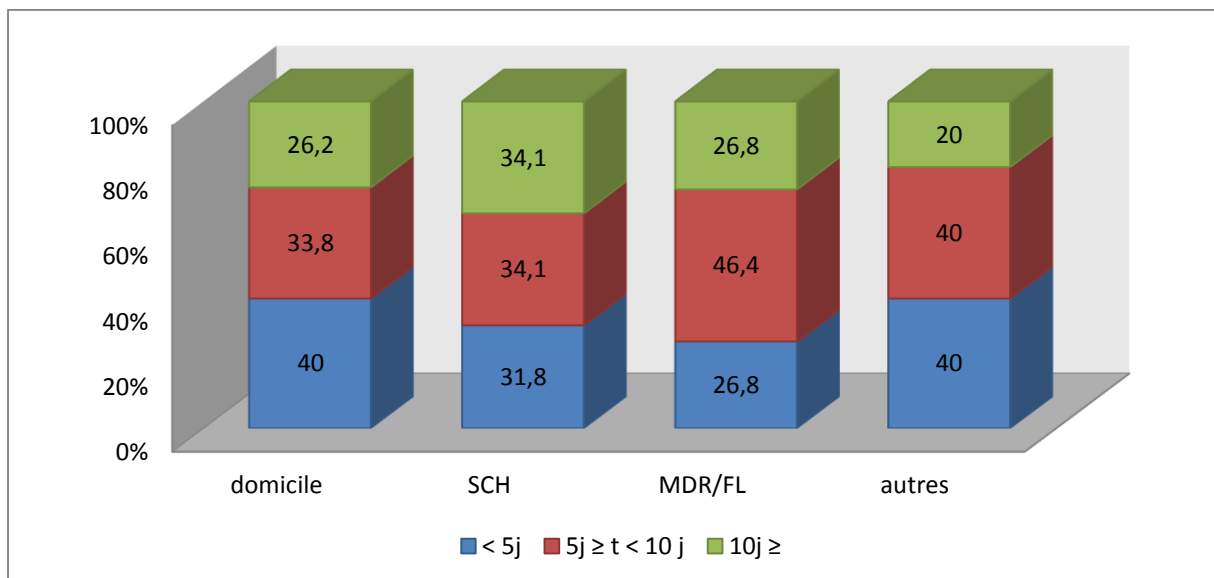


Figure 15 : Durées de séjour en fonction de l'origine

Légende : SCH = structure clinico-hospitalière, MDR/FL = maison de retraite ou foyer logement

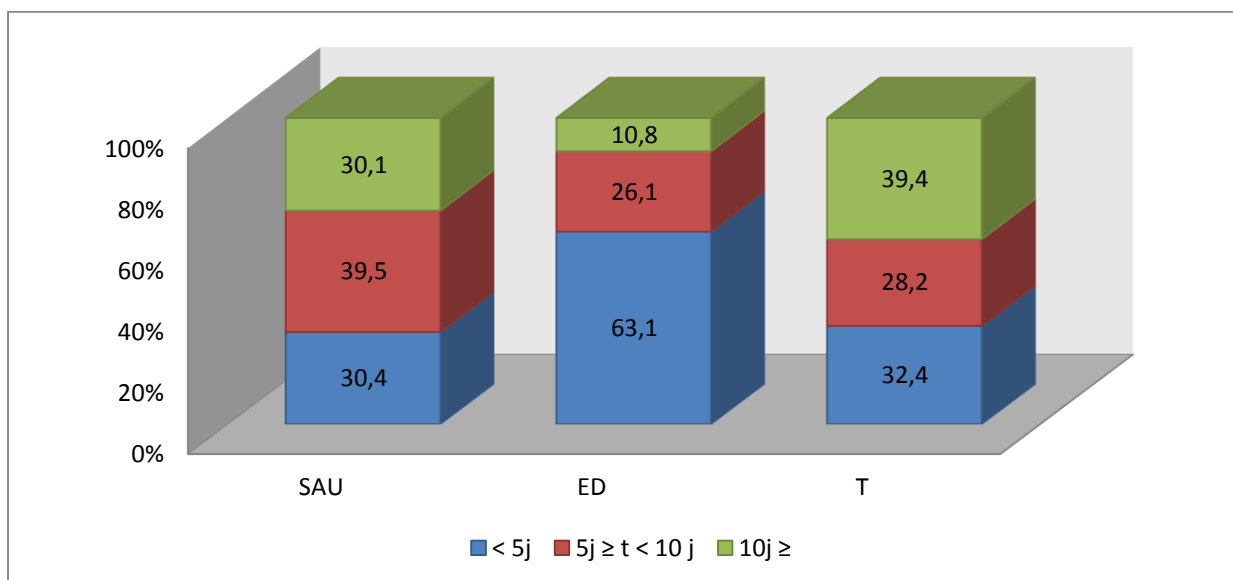


Figure 16 : Durées de séjour en fonction du mode d'entrée dans l'unité

Légende : SAU = service d'accueil des urgences, ED = entrée directe, T = transfert

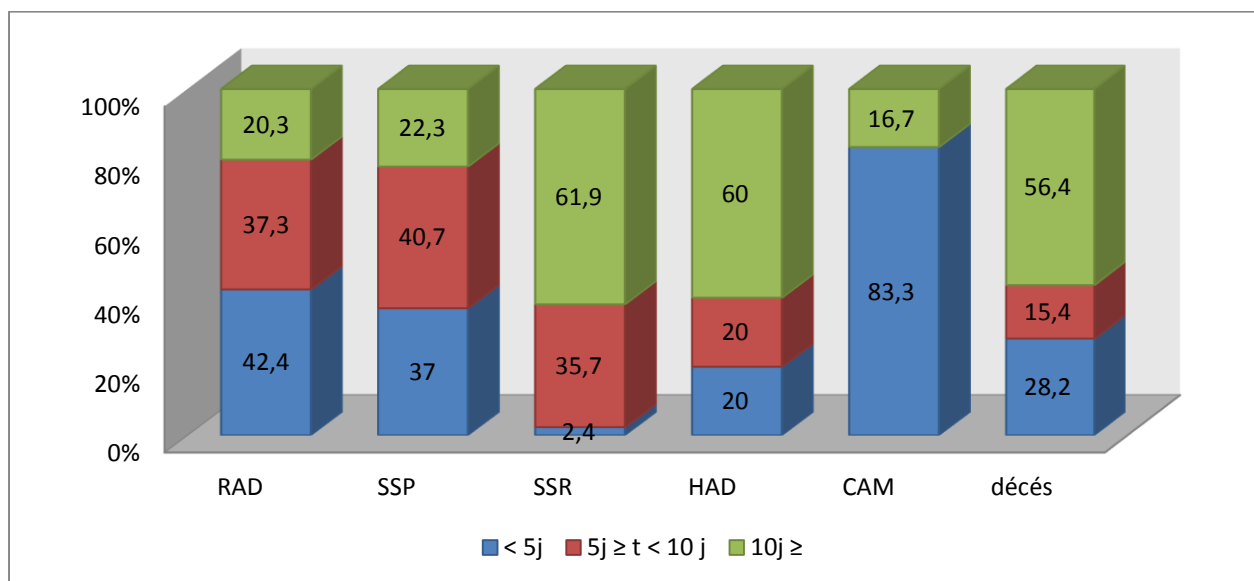


Figure 17 : Durées de séjours en fonction du mode de sortie de l'unité (%)

Légende : RAD = retour à domicile, SSP = service spécialisé, SSR = soins de suite et de réadaptation, HAD = hospitalisation à domicile, CAM = contre avis médical

2.3 Analyse de sous-groupes

2.3.1 En fonction du mode d'entrée dans l'unité

Trois modes d'entrée dans l'unité étaient déterminés : via le service d'accueil des urgences (SAU), entrées directes (hospitalisation programmée ou à la demande d'un médecin, le patient n'étant pas hospitalisé avant son admission dans l'unité) et un transfert d'une clinique ou d'un hôpital (le patient étant déjà dans une structure clinico-hospitalière avant son admission dans l'unité).

Ainsi 404 patients étaient hospitalisés par le SAU (68.5%), 105 étaient des entrées directes (17.8%) et 81 patients étaient des entrées par mutation (13.7%).

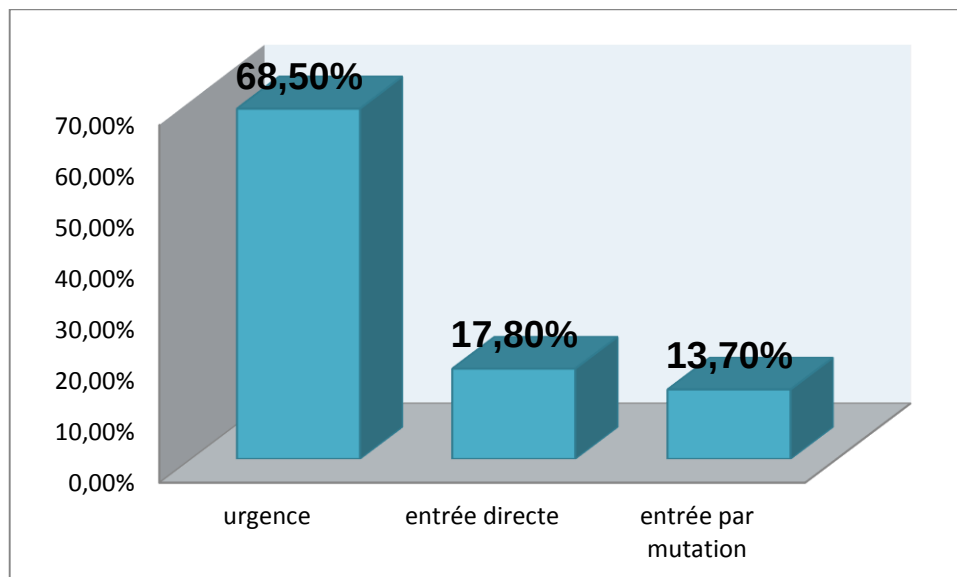


Figure 18 : Représentation du mode d'entrée dans l'unité (%)

2.3.1.1 Hospitalisation par le SAU

Quatre cent quatre patients étaient hospitalisés dans l'unité via le SAU, avec 201 hommes (49.8%) et 203 femmes (50.2%). 105 patients étaient hébergés pour un autre service dans l'unité (26%).

L'âge moyen était de 69.1 +/- 17.5 ans, avec une médiane de 74 ans [18-99].

La DMS était de 6.9 +/- 6.8 jours, une médiane de 5 jours [1-42].

Sans les hébergements, l'âge moyen était de 70 +/- 17.5 ans, la médiane de 75 ans [18-99] et la DMS était égale à 8.7 +/- 7.1 jours et la médiane 7 jours [1-42].

Deux cent soixante-sept patients (66.1%) étaient adressés au SAU par un médecin, 114 (28.2%) s'étaient présentés sans avis médical ou bien sur une demande de la famille.

Trois cent quarante-deux patients (84.6%) venaient de leur domicile et 39 venaient d'une MDR et/ou FL (9.6%).

Les principaux diagnostics étaient : 71 infectieux (17.9%), 51 pulmonaires (12.9%), 38 CV (9.6%), 38 iatrogénies (9.6%) et 29 digestifs (7.3%).

Deux cent patients (49.5%) avaient retrouvé leur domicile à la suite de l'hospitalisation dans l'unité, 137 patients étaient orientés vers une autre unité hospitalière (33.9%), 31 patients (7.7%) étaient décédés, 29 étaient hospitalisés en SSR (7.1%). 4 patients étaient sortis contre avis médical et 3 HAD étaient mises en place.

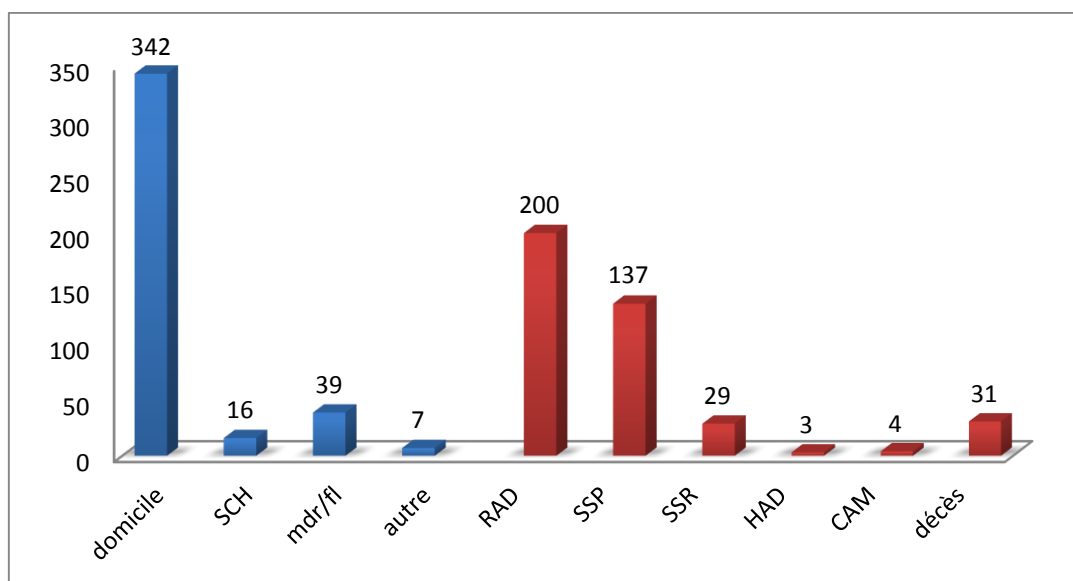


Figure 19 : Représentation de l'origine et du devenir en sorties d'hospitalisation des patients hospitalisés via le SAU.

Légende : SCH = structure clinico-hospitalière, MDR/FL = maison de retraite et foyer logement, RAD = retour à domicile, SSP = service spécialisé, SSR = soins de suite et de réadaptation, CAM = contre avis médical.

Tableau 9 : Récapitulatif des hospitalisations du SAU dans l'unité en fonction de la durée de séjour.

	t < 5	5 ≤ t < 10	t ≥ 10	total
effectifs	187	127	90	404
H/F	88/99	63/64	50/40	201/203
hébergements	96	9	0	105
DMS	2+/-1,1 64,7+/-	6,7+/-1,3	17,4+/-6,8	6,9+/-6,8
AM	18,8	71,5+/-17	74,8+/-12,8	69,1+/-17,5
domicile	168	99	75	342
SCH	5	8	3	16
MDR/FL	10	18	11	39
autres	4	2	1	7
RAD	68	88	44	200
SSP	108	21	8	137
SSR	1	12	16	29
HAD	0	0	3	3
CAM	3	0	1	4
décès	7	6	18	31

2.3.1.2 Les entrées directes dans l'unité

Cent cinq patients étaient directement hospitalisés dans l'unité, soit 17.8% des patients hospitalisés de l'unité. Il y avait 53 hommes (50.5%) et 52 femmes (49.5%).

L'âge moyen était de 64.4 +/- 19 ans, la médiane était de 67 ans [19-96].

La DMS était de 4.7 +/- 3.7 jours avec une médiane de 4 jours [1-22]

Treize patients étaient hébergés pour un autre service hospitalier (12.4%).

Cent-un patients étaient hospitalisés à la demande d'un médecin et 4 à la demande de la famille.

Quatre-vingt venaient de leur domicile (76.2%), 18 venaient d'une SCH (17.1%) et 7 d'une MDR et/ou FL (6.7%).

Les principaux diagnostics étaient : 28 hémopathies (25.9%), 14 maladies inflammatoires (13%), 11 maladies oncologiques (10.2%), 11 pathologies infectieuses (10.2%), 7 EP/TVP (6.5%).

En sortant de l'unité, 77 patients avaient retrouvé leur domicile (73.3%), 18 patients avaient poursuivi l'hospitalisation dans une autre unité hospitalière (17.1%), 4 patients étaient placés en SSR, 3 étaient décédés, 2 étaient sortis contre avis médical et 1 HAD était mise en place.

Tableau 10 : Récapitulatif des entrées directes dans l'unité en fonction de la durée de séjour.

	t < 5	5 ≥ t < 10	t ≥ 10	total
effectifs	69	25	11	105
H/F	34/35	17/8	2/9	53/52
hébergements	11	1	1	13
DMS	2,6+/-1	6,6+/-1,3	13,2+/-3,5	4,7+/-3,7
AM	62,6+/-20,3	68,5+/-15	66,5+/-18,9	64,4+/-19
domicile	54	17	9	80
SCH	9	7	2	18
MDR/FL	6	1	0	7
RAD	53	16	8	77
SSP	12	5	1	18
SSR	0	2	2	4
HAD	0	1	0	1
CAM	2	0	0	2
décès	2	1	0	3

2.3.1.3 Les entrées par mutation

Il s'agissait de patients hospitalisés dans une structure clinico-hospitalière, SCH, (clinique, centre hospitalier départemental, une autre unité du CHU de Poitiers ou d'un autre CHU) ou d'une HAD, soit 81 patients (13.7% de l'ensemble des patients hospitalisés dans l'unité).

Il y avait 42 hommes (51.9%) et 39 femmes (48.1%).

Dix patients étaient hébergés pour une autre unité hospitalière.

Tous les patients étaient adressés par un médecin (100%).

Soixante-quinze patients venaient d'une SCH (92.6%).

La DMS était de 9.3 +/- 7.9 jours avec une médiane de 6 jours [1-38].

L'âge moyen était de 65.1 +/- 17.5 ans et la médiane était à 68 ans [24-87].

Les principaux diagnostics étaient : 19 infections (20.4%), 12 pneumopathies (12.9%), 10 hémopathies (10.7%), 8 oncologiques (8.6%) et 8 EP/TVP (8.6%).

Concernant leur sortie, 45 patients étaient retournés à leur domicile (55.6%), 19 étaient transférés vers une autre unité (23.5%), 10 patients avaient poursuivi leur séjour en SSR (12.3%), 6 étaient décédés (7.4%) et 1 HAD était faite.

Tableau 11 : Récapitulatif des patients transférés dans l'unité en fonction de la durée de séjour.

	t <5	5 ≥ t < 10	t ≥ 10	total
effectifs	31	21	29	81
H/F	15/16	12/9	15/14	43/39
hébergements	8	1	1	10
DMS	2,8+/-1,1	6,9+/-1,4	17,9+/-7,2	9,3+/-7,9
AM	61,2+/-15	67+/-21,5	67,9+/-16,4	65,1+/-17,5
domicile	3	1	2	6
SCH	28	20	27	75
MDR/FL	0	0	0	0
RAD	18	15	12	45
SSP	10	5	4	19
SSR	0	1	9	10
HAD	1	0	0	1
décès	2	0	4	6

2.3.2 En fonction de la sortie de l'unité

En effet, on avait déterminé 5 sous-groupes en fonction de la destination de sortie des patients hospitalisés dans l'unité au cours des 6 premiers mois de l'année 2009 :

Un RAD, une orientation vers une autre unité hospitalo-universitaire (SSP), une poursuite d'hospitalisation en SSR, la mise en place d'une HAD ou un décès au sein de l'unité.

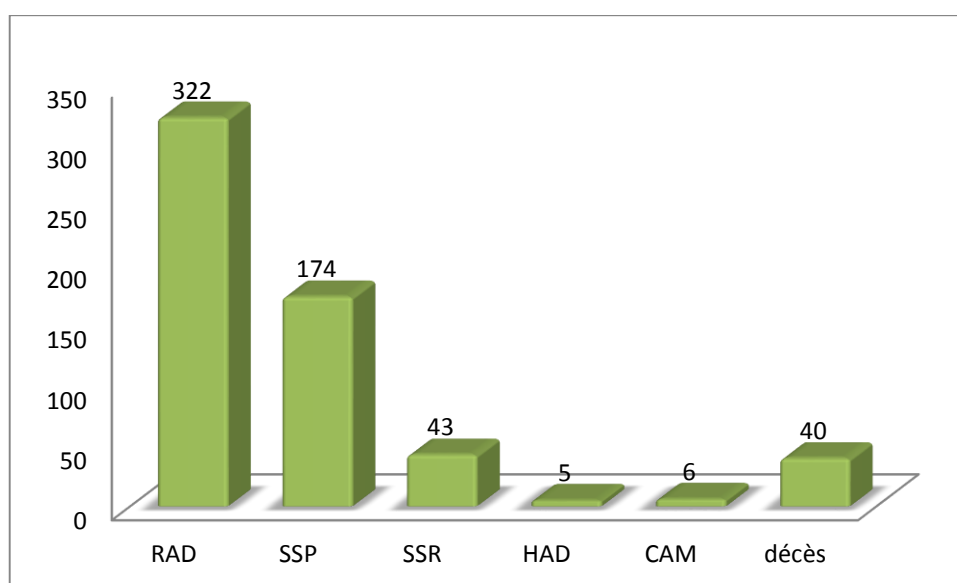


Figure 20 : Représentation des sorties d'unité en fonction de leur destination

Légende : RAD = retour à domicile, SSP = service spécialisé, SSR = soins de suite et de réadaptation, HAD = hospitalisation à domicile, CAM = contre avis médical

2.3.2.1 Les RAD

Des 590 patients hospitalisés, 322 regagnaient leur domicile après ce séjour dans l'unité (54.6%), 170 femmes (52.8%) et 152 hommes (47.2%).

L'âge moyen était de 66.4 ± 19 ans, la médiane était de 70 ans [18-99].

La DMS était de 6.7 ± 5 jours, avec une médiane de 5 jours [1-29].

Il y avait 6 hébergements.

Deux cent patients étaient hospitalisés via le SAU (62.1%), 77 étaient des entrées directes (23.9%), 45 étaient des entrées par mutation (14%).

Deux cent quarante-trois patients étaient adressés par un médecin à l'hôpital (75.6%) et 227 venaient de leur domicile (70.5%).

Les principaux diagnostics étaient : 73 infections (18.6%), 47 hémopathies (12%), 46 atteintes pulmonaires (11.7%), 43 iatrogénies (10.9%) et 33 EP/TVP (8.4%).

Tableau 12 : Récapitulatif des RAD de l'unité en fonction de la durée de séjour

	t < 5	5 ≥ t < 10	10 ≥ t	total
effectif	139	119	64	322
H/F	66/73	58/61	28/36	152/170
hébergements	5	1	0	6
DMS	2,8+/-1	6,8+/-1,3	14,7+/-5	6,7+/-5
AM	61,7+/-19,9	69,4+/-18,2	71,2+/-16,4	66,4+/-19
domicile	101	84	42	227
SCH	25	23	15	63
MDR/FL	11	11	7	29
autres	2	1	0	3
SAU	68	88	44	200
ED	53	16	8	77
EM	18	15	12	45

2.3.2.2 Les patients secondairement orientés vers une autre unité

Cent soixante-quatorze patients étaient secondairement orientés vers une autre unité à la suite de leur hospitalisation dans l'unité de médecine générale, soit 29.5% de la totalité des patients, avec 92 hommes (52.9%) et 82 femmes (47.1%).

Cent vingt patients étaient des hébergements pour une autre unité (69%).

L'âge moyen était de 65.9 +/- 16.6 ans avec une médiane de 68 ans [18-95].

La DMS était de 3.8 +/- 5.3 jours dont la médiane était de 2 jours.

Cent trente-sept patients étaient hospitalisés dans l'unité par le SAU (78.6%), 18 étaient des entrées directes (10.3%) et 19 étaient des entrées par mutation (10.9%).

Cent vingt-six patients étaient adressés à l'hôpital par un médecin (72.4%) et 136 patients venaient de leur domicile (78.2%).

Les diagnostics principaux étaient : 13 chirurgicaux (15%), 12 neurologiques (14.6%), 10 infectieux (12.2%), 8 oncologiques (9.8%), 6 atteintes rhumatologiques (7.3%) et 6 atteintes digestives (7.3%).

Tableau 13 : Récapitulatif des patients réorientés après une hospitalisation dans l'unité en fonction de la durée de séjour.

	t < 5	5 ≤ t < 10	t ≥ 10	total
effectif	130	31	13	174
H/F	63/67	21/10	8/5	92/82
hébergements	110	9	1	120
DMS	1,7+/-0,9	6,4+/-1,3	19,2+/-8,4	3,8+/-5,3
AM	65,5+/-17,1	68,7+/-15,8	63,9+/-11,8	65,9+/-16,5
domicile	107	21	8	136
SCH	16	7	3	26
MDR/FL	5	2	2	9
autres	2	1	0	3
SAU	108	21	8	137
ED	12	5	1	18
EM	10	5	4	19

Parmi les patients secondairement réorientés, 120 patients étaient des hébergements restant dans l'unité moins de 5 jours à 91.7%.

En HC, il y avait 29 patients venant du SAU (16.7%), 7 entrées directes (4%) et 13 des entrées par mutation (7.5%).

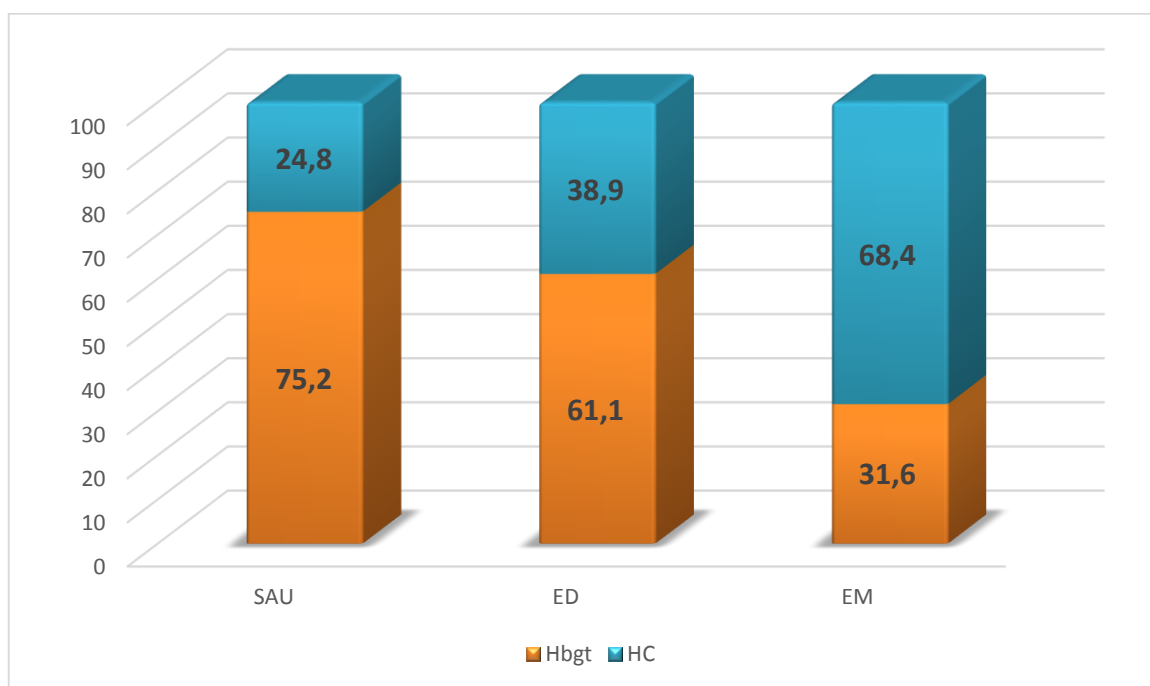


Figure 21 : Pourcentage de la proportion des hébergements dans les hospitalisations secondairement réorientés en fonction de leur mode d'entrée dans l'unité.

Légende : SAU = service d'accueil des urgences, ED = entrée directe, Hbgt = hébergement, HC = hospitalisation classique

2.3.2.3 Les patients sortis en soins de suite et réadaptation (SSR)

Quarante-trois patients avaient poursuivis une hospitalisation en SSR, 24 femmes (55.8%) et 19 hommes (44.2%).

L'âge moyen était de 78.4 ans +/- 9.5 ans dont la médiane était 81 ans [59-99].

La DMS était égale à 13.9 +/- 7.8 jours avec une médiane de 12 jours [4-36].

Parmi les 43 patients, il y avait un hébergement.

Vingt-neuf patients étaient hospitalisés par le SAU (67.4%), 4 étaient des entrées directes (9.3%) et 10 étaient des entrées par mutation (23.3%).

Trente-huit patients étaient adressés par un médecin (88.4%).

Leurs origines étaient pour : 22 patients leur domicile (51.6%), 12 venaient d'une SCH (27.9%), 8 d'une MDR et/ou un FL (18.6%) et un était SDF.

Les principaux diagnostics étaient : 13 atteintes pulmonaires (20.6%), 11 infections (17.5%), 9 atteintes neurologiques (14.3%), 9 atteintes CV (14.3%) et 5 atteintes rénales (7.9%).

Tableau 14 : Récapitulatif des patients adressés en SSR en fonction de la durée de séjour.

	t <5	5 ≥ t < 10	t ≥ 10	total
effectif	1	15	27	43
H/F	0/1	7/8	12/15	19/24
hébergements	0	0	1	1
DMS	-	6,6+/-1,1	17,7+/-6,3	13,9+/-7,7
AM	-	80,7+/-10,2	77+/-9,2	78,4+/-9,5
domicile	1	6	15	22
SCH	0	3	9	12
MDR/FL	0	6	2	8
autres	0	0	1	1
SAU	1	12	16	29
ED	0	2	2	4
EM	0	1	9	10

2.3.2.4 Les patients décédés dans l'unité

Quarante patients étaient décédés dans l'unité dans les 6 premiers mois de l'année 2009, soit 6.8% de l'ensemble des patients hospitalisés, avec 27 hommes (67.5%) et 13 femmes (32.5%).

L'âge moyen était de 77.4 +/- 13.1 ans avec une médiane de 80 ans [39-97].

La DMS était égale à 13.6 +/- 10.9 jours et la médiane de 13 jours [1-42].

Trente et un patients étaient hospitalisés par le SAU (77.5%), 3 étaient des entrées directes (7.5%) et 6 étaient des entrées par mutation (15%).

Un patient était hébergé pour une autre unité.

Ainsi 32 patients étaient adressés par un médecin (80%) et 8 à la demande de la famille (20%).

Et 34 patients venaient de leur domicile (85%) et 6 d'une SCH (15%).

Sur les 40 décès, 37 étaient imputables à une maladie (19 à une origine oncologique, 5 à une infection, 8 à une origine cardio-vasculaire et 2 iatrogènes) et 3 décès sont inexpliqués.

2.3.3 Les patients en affection de longue durée (ALD)

Trois cent un patients hospitalisés (51%) avaient une ALD.

L'âge moyen était de 71.8 +/- 13.9 ans et la médiane de 75 ans [28-99].

La DMS était de 7.5 +/- 7.3 jours avec une médiane de 5 jours [1-42].

Soixante et onze patients en ALD étaient hébergés pour une autre unité (23.6%).

Le SAU avait hospitalisé 211 patients avec une ALD dans l'unité (69.9%). Ils étaient adressés par un médecin pour 232 d'entre eux (76.8%) et 208 venaient de leur domicile (68.9%).

Les diagnostics principaux étaient : 44 infectieux (14.2%), 41 atteintes pulmonaires (13.2%), 39 iatrogénies (12.6%), 35 oncologiques (11.3%) et 33 atteintes cardiovasculaires (10.6%).

Après avoir été hospitalisés dans l'unité 148 patients avaient regagné leur domicile (49%), 96 patients étaient réorientés vers une autre unité (31.8%), 29 étaient décédés (9.6%), 23 avaient poursuivi leur séjour en SSR (7.6%), 5 HAD étaient mise en place et 1 patient était sorti contre avis médical.

Tableau 15 : Tableau récapitulatif des patients avec une ALD en fonction de la durée de séjour.

	t < 5	5 ≤ t < 10	t ≥ 10	total
effectif	138	87	77	302
H/F	67/71	51/36	46/31	164/138
hébergement	61	8	2	71
DMS	2,3+/-1,1	6,7+/-1,4	17,6+/-7,3	7,5+/-7,3
AM	68,5+/-14,6	73,7+/-13,1	75,5+/-12	71,8+/-13,9
domicile	98	56	54	208
SCH	26	19	15	60
MDR/FL	12	12	8	32
autre	2	0	0	2
SAU	85	66	60	211
ED	30	11	4	45
EM	23	10	13	46
RAD	60	54	34	148
SSP	69	20	7	96
SSR	1	7	15	23
HAD	1	1	3	5
CAM	0	0	1	1
décès	7	5	17	29

Tableau 16 : Caractéristiques des différents sous-groupes étudiés

	effectif	AM	DMS	t<5	5 ≥t<10	t≥10	Hbgt
totaux	590	67,7+/-17,9	6,8+/-6,7	287	173	130	128
femmes	294	67,9+/-19,1	6,5+/-6	150	81	63	66
hommes	296	67,5+/-16,7	7,3+/-7,4	137	92	67	62
< 65 ans	218	48,3+/-12,7	5,6+/-5,9	134	48	36	57
65 ≥ et < 80ans	191	72,8+/-4,4	6,9+/-6,5	88	61	42	40
≥ 80 ans	181	85,8+/-4,4	8,4+/-7,6	65	66	50	31
SAU	404	69,1+/-17,5	6,9+/-6,9	187	127	90	105
ED	105	64,4+/-19	4,7+/-3,7	69	25	11	13
EM	81	65,1+/-17,5	9,3+/-7,9	31	21	29	10
RAD	322	66,4+/-19	6,7+/-5	139	119	64	6
SSP	174	65,9+/-16,5	3,8+/-5,3	130	31	13	120
SSR	43	78,4+/-9,5	13,9+/-7,7	1	15	27	1
décès	40	77,4+/-13,1	7,5+/-7,3	11	7	22	1
ALD	302	71,8+/-13,9	7,5+/-7,3	138	87	77	71
Hbgt	128	65,8+/-17,1	2,9+/-2,6	115	11	2	128

Légende : Hbgt = hébergement

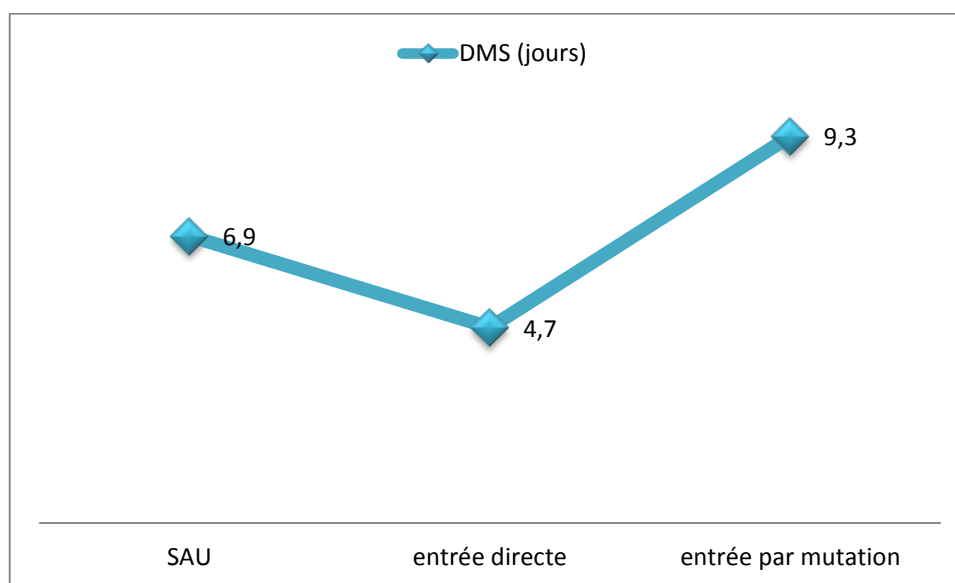


Figure 22 : Représentation de la DMS en fonction du mode d'entrée dans l'unité

2.4 Deux exemples de pathologies traitées dans l'unité

2.4.1 Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire (TVP/EP)

Trente-neuf diagnostics de TVP/EP étaient faits dans l'unité, concernant 21 hommes (53.9%) et 18 femmes (43.1%). Ils représentaient 6.7% de l'ensemble des patients et 8.5% des patients non hébergés.

L'âge moyen était de 68.7 +/- 14.7 ans avec une médiane de 72 ans [35-91].

La DMS était de 6.6 +/- 4.1 jours et une médiane de 5 jours [1-18].

Deux patients étaient hébergés pour une autre unité.

Vingt-quatre patients étaient hospitalisés par le SAU (61.5%), 7 étaient des entrées directes (17.9%) et 8 étaient des entrées par mutation (20.6%).

Trente-trois patients étaient adressés à l'hôpital par un médecin (84.6%).

Dix-neuf patients venaient de leur domicile (48.7%), également 19 patients venaient d'une SCH (48.7%) et 1 patient de MDR/FL.

Trente-trois patients avaient regagné dans leur domicile après l'hospitalisation dans l'unité (84.6%), 4 patients ont poursuivi leur séjour en SSR (10.2%) et 2 patients ont été réorientés vers une autre unité (5.2%).

Avant l'hospitalisation : 6 patients (15.4%) avaient un traitement par anti vitamine K (AVK) et 4 patients (10.2%) un médicament anti agrégeant plaquettaire (AAP).

En sortant de l'unité : 2 patients avaient une trithérapie (AVK/AAP/héparine), 16 avaient une bithérapie (14 AVK/héparine, 1 AVK/AAP et 1 AAP/héparine) et 28 avaient une monothérapie (14 par AVK et 14 par héparine).

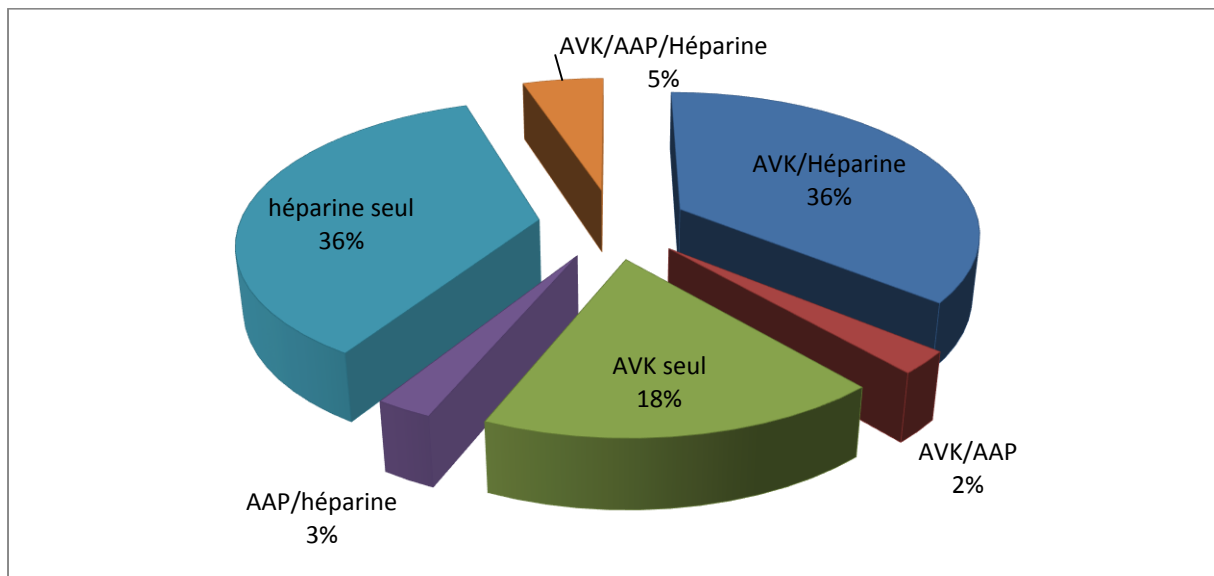


Figure 23 : Répartition des thérapeutiques des TVP/EP

2.4.2 Les maladies inflammatoires

Vingt diagnostics de maladies inflammatoires étaient faits. Ils concernaient 14 femmes (70%) et 6 hommes (30%) et représentaient 3.4% des patients hospitalisés dans l'unité de médecine générale du 1^{er} janvier au 30 juin 2009, soit 4.3% des patients non hébergés.

L'âge moyen était de 47.8 +/- 22.4 ans et la médiane était à 49.5 ans [19-86].

La DMS était de 6.7 +/- 6.6 jours avec une médiane de 4.5 jours [2-29].

Quatorze patients sont des entrées directes (70%), 3 par le SAU et 3 étaient des entrées par mutation (15%).

Dix-huit patients étaient adressés par un médecin (90%) et 2 par leur famille (10%).

Dix-neuf patients regagnaient leur domicile après l'hospitalisation (95%). 1 patient a été réorienté vers une autre unité (5%).

Nous n'avons pas précisé le type de maladie inflammatoire comme une maladie de Horton ou une vascularite.

Tableau 17 : Les 2 exemples de pathologies traités

	effectif	DMS	AM	t < 5	5 ≥ t < 10	t ≥ 10
TVP/EP	39	6,6+/-4,1	68,7+/-14,7	12	19	8
MI	20	6,7+/-6,7	47,8+/-22,4	10	7	3

2.5 Enquête auprès des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) métropolitains

En interrogeant les 26 autres CHU de métropole, 3 avaient une unité de médecine générale (Caen, Clermont-Ferrand et Reims), 2 avaient une unité de médecine polyvalente (Limoges et Lyon) et les 21 autres n'étaient pas pourvus d'un tel service en 2009. On leur a demandé quelques données : nombre de lits, DMS, AM, nombre de PH, d'interne, IDE et le taux d'occupation (TO). Certains CHU n'ont pas souhaité participer à notre enquête.

Tableau 18 : données des unités équivalentes à l'UMG

CHU	LIT	DDS	AM	PH	INTERNE	IDE	TO
CAEN	28	NC	NC	NC	NC	NC	NC
C-FERRAND	24-29	9,2	75,3	2,7	3	13	100
LIMOGES	18	NC	NC	NC	NC	NC	NC
LYON	23	NC	NC	NC	NC	NC	NC
REIMS	20	17,4	71	1	2	11	95

DISCUSSION

1 L'hospitalisation classique dans l'UMG en 2009

Le profil type du patient hospitalisé en UMG du CHU de Poitiers en 2009 :

- Un homme ou une femme (sex-ratio=1).
- Avec un âge moyen de 68 ans (67.7+/- 17.9 ans).
- Venant de son domicile (72.5%).
- Adressé par un médecin (76.1%),
- Ayant une ALD (51.8%).
- Hospitalisé dans l'unité par le SAU (68.5%).
- Les principaux diagnostics étaient : infectieux, une hémopathie, une iatrogénie, une maladie cardiovasculaire et une maladie oncologique
- Restant hospitalisé pendant 6.8 +/- 6.7 jours.
- Retournant au domicile (55%).

Le taux d'occupation en 2009 était de 98.6%.

En 1999, sur l'étude de 306 dossiers médicaux, le taux d'occupation était de 92%, le profil type du patient de l'unité était une femme (sex-ratio 1.57) de 71 ans (70.7 +/- 21.6 ans) venant de son domicile (72.5%) avec une DMS de 6.6 +/- 4.2 jours et regagnant leur domicile (75.4%) [1]. Il n'y avait pas d'hébergement.

Ainsi en 10 ans la DMS est sensiblement la même, l'âge moyen est plus bas en 2009, le pourcentage de patient venant de leur domicile est identique. Nous avons une baisse de 20% des RAD. La notion d'ALD n'a été prise en compte en 1999.

L'UMG de Reims [9] sur une étude de 169 patients sur 6 mois de janvier à juin 2008 trouve un sex-ratio de 1.6 en faveur du sexe féminin, avec un âge moyen de 71 ans, la DMS était de 17.4 jours (l'objectif de l'unité étant entre 7 et 10 jours), les hospitalisation via le SAU était de 74.5% et 62.1% des patients retournaient au domicile.

2 Les hébergements

L'ensemble des hébergements de l'unité représentait 21.7% des hospitalisations (128/590) sur les 6 premiers mois de l'année 2009.

74.2% des hébergements venaient de leur domicile, et 82% étaient hospitalisés par le SAU.

93.7% des hébergés étaient réorientés vers une autre unité.

La DMS des hébergés était de 2.1 +/- 2.3 jours.

L'âge moyen était de 65.8 +/- 17.1 ans.

Il n'y avait pas d'hébergements en 1999.

L'influence des hébergements

Avec 115 patients hospitalisés moins de 5 jours, ils représentent 40 % des hospitalisations de moins de 5 jours.

Entre les hébergements et les HC la première différence significative concerne la DMS avec 2.1 +/- 2.3 pour les hébergements vs 8.1 +/- 7 pour les HC, $p < 0.0001$.

En outre, les hébergements influent sur 6 autres paramètres de notre étude (hébergement vs HC) :

- l'origine des patients : le domicile (80.5% vs 68.2%),
- les 3 modalités d'hospitalisation que sont le SAU (82% vs 64.7%), les entrées directes (10.2% vs 19.9%) et les entrées par mutation (7.8% vs 15.4%)
- le mode de sorties : le RAD (4.7% vs 68.4%) et les réorientations vers une seconde unité du CHU (93.8% vs 11.7%).

En contrepartie les 2 groupes restaient homogènes pour l'âge moyen, les ALD, l'origine clinico-hospitalière et des MDR/FL.

De plus en comparant la DMS de tous les patients (HC + hébergements) avec les HC seules, il existe une différence significative (6.8+/-6.7 vs 8.1+/-6.9, $p < 0.002$).

Tableau 19 : Les hébergements de l'UMG

	hébergements	HC	<i>p</i>
DMS	2,2+/-2,3	8,1+/-7	<0,001
AM	65,8+/-17,2	68,2+/-18	0,2
Domicile (%)	103 (80,5)	315 (68,2)	<0,001
SCH (%)	17 (13,3)	92(19,9)	0,09
MDR/FL (%)	6 (4,7)	40 (8,7)	0,15
SAU (%)	105 (82)	299 (64,7)	<0,001
ED (%)	13 (10,2)	92 (19,9)	0,01
EM (%)	10 (7,8)	71 (15,4)	0,03
RAD (%)	6 (4,7)	316 (68,4)	<0,001
SSP (%)	120 (93,8)	54 (11,7)	<0,001
ALD (%)	71 (55,5)	231 (50)	0,3

Légende : HC = hospitalisation classique, AM = âge moyen, SCH = structure clinico-hospitalière, MDR/FL = maison de retraite et foyer logement, SAU = service d'accueil des urgences, ED = entrée directe, T = transfert, RAD = retour à domicile, SSP = service spécialisé, SSR = soins de suite et de réadaptation

3 Les paramètres influençant la DMS

Comme nous l'avons montré précédemment le premier facteur influençant la DMS est l'apport des hébergements. Ainsi pour se rapprocher de l'objectif d'une hospitalisation de moins de 5 jours, les hébergements permettent une baisse d'environ 1 journée et ½ d'hospitalisation passant de 8.1 à 6.8 jours.

3.1 Les origines

Concernant l'origine (SCH, MDR/FL, domicile ou autre) les patients venant de SCH étaient hospitalisés plus longtemps que ceux venant de leur domicile avec une DMS de 8.2 +/- 6.9 jours pour les premiers contre une DMS de 6.5 +/- 6.6 jours pour les autres, $p < 0.02$. Il n'y avait pas de différence entre les DMS des MDR/FL et les domiciles.

3.2 Le sexe

Le sexe des patients n'avait pas d'influence sur la DMS (H=7.2 +/- 7.4 vs F=6.5 +/- 5.9, $p = 0.15$).

3.3 L'âge

Entre nos trois tranches d'âge il existait toujours une différence significative en comparant leur DMS:

- Moins de 65 ans vs entre 65 ans et moins de 80 ans :
5.6 +/- 5.8 jours vs 6.9 +/- 6.5 jours, $p=0.03$
- Moins de 65 ans vs 80 ans et plus :
5.6 +/- 5.8 jours vs 8.4 +/- 7.5 jours, $p=0.0001$
- De 65 ans à moins de 80 ans vs 80 ans et plus :
6.9 +/- 6.5 jours vs 8.4 +/- 7.5 jours, $p=0.04$

En effet, plus un patient est âgé plus son hospitalisation sera longue, les différences sont significatives (figure8).

3.4 Le mode d'hospitalisation dans l'unité

La comparaison des DMS des patients hospitalisés par le SAU, des entrées directes et des entrées par mutation montre une différence significative entre ces trois modes :

- Les SAU vs les entrées directes :
6.9 +/- 6.9 jours vs 4.7 +/- 3.7 jours, $p<0.001$.
- Les SAU vs les entrées par mutation :
6.9 +/- 6.9 jours vs 9.3 +/- 7.9 jours, $p<0.001$.
- Les entrées directes vs les entrées par mutation :
4.7 +/- 3.7 jours vs 9.3 +/- 7.9 jours, $p<0.001$.

Ainsi les patients hospitalisés par des entrées directes sont les patients qui restent dans l'unité le moins longtemps et de plus avec une DMS répondant à l'objectif.

Or il est à noter que sur les 105 entrées directes nous n'avions que 13 hébergements et que la DMS sans ces hébergements était alors 5.1 ± 4.2 jours.

3.5 En fonction du mode de sortie

Les 3 modes de sortie principaux étant les RAD, les transferts vers d'autres unités et l'admission en SSR, la comparaison de leur DMS montre encore une inégalité de temps car il existe des différences significatives avec

- Les RAD et les transferts :
 6.7 ± 5 jours vs 3.8 ± 5.3 jours, $p < 0.001$.
- Les RAD et les SSR :
 6.7 ± 5 jours vs 13.9 ± 7.7 jours, $p < 0.001$.
- Les transferts et les SSR :
 3.8 ± 5.3 jours vs 13.9 ± 7.7 jours, $p < 0.001$.

En relativisant que parmi les 174 transferts il y avait 120 hébergements. Ainsi la DMS des patients secondairement transférés non hébergés (54 patients) était de 7.9 ± 7.8 jours, il n'y avait pas de différence significative avec les RAD mais il persistait une différence avec les SSR ($p < 0.001$).

3.6 Les patients en ALD

Avec 51% des patients nous comparons alors la DMS de ceux-ci contre la DMS des patients non ALD, soit :

- 7.5 +/- 7.3 jours vs 6.2 +/- 6, $p=0.02$.

La durée d'hospitalisation est plus longue pour les patients avec une ALD par rapport autres patients non ALD.

3.7 Les antécédents

Nous comparons la DMS des patients avec un ou plusieurs antécédents (sans distinctions) avec la DMS des patients sans antécédent (SA) et la DMS des patients dits polypathologiques qui eux ont plusieurs antécédents.

Ainsi la DMS des patients avec antécédent(s) était de : 6.9 +/- 6.7 jours, la DMS des SA était de 4.1 +/- 5 jours et la DMS des patients polypathologiques était de 7.2 +/- 6.9 jours.

En comparant ses 3 DMS :

- Il n'y a pas de différence entre la DMS des patients avec un ou plusieurs antécédents et les SA (6.9+/-6.7 vs 4.1+/-5, $p=0.06$)
- Il existe une différence significative entre la DMS des patients polypathologiques et les SA (7.2+/-6.9 vs 4.1+/-5, $p=0.04$).

Ainsi un patient polypathologique avait une hospitalisation plus longue.

3.8 Les diagnostics

Quatre cent vingt-deux diagnostics étaient faits. La DMS des patients diagnostiqués était de 8.1 +/- 6.8 jours. La DMS des 168 patients « non diagnostiqués » était de 3.7 +/- 5.3 jours et il y a une différence significative avec $p < 0.001$.

Parmi les 168 patients « non diagnostiqué » : 118 étaient des hébergements avec une DMS de 1.9 +/- 1.7 jours. Les 50 patients restants, soit 8.5% des hospitalisations, ont été secondairement réorientés vers une autre unité pour poursuite de la prise en charge avec une DMS dans l'unité de 7.8 +/- 7.8 jours. La nécessité d'un complément d'hospitalisation par une autre unité rendant nos hypothèses diagnostiques incertaines il a été jugé que le diagnostic n'avait pas été fait dans l'unité.

On voit sur les 5 principaux diagnostics (*cf tableau 6*) la DMS est toujours supérieure à 5 jours.

En 1999, il n'y avait pas de pathologie influençant significativement la DMS. Parmi les hospitalisations de moins de 5 jours 15% étaient des atteintes broncho-pulmonaires, 4.6% étaient des atteintes cardiovasculaires, 3.3% des embolies pulmonaires et 2.9% étaient une pathologie néoplasique. Une iatrogénie était en cause dans 3.3% (8 patients sur 240) des diagnostics [1].

Dans nos hospitalisations de moins de 5 jours : 16.8% concernait une maladie infectieuse (dont 9.8% d'atteintes pulmonaires), 16.8% une hémopathie, 9.5% une maladie néoplasique, 6.7% une EP/TVP, 6.7% une maladie cardiovasculaire et 6.7% une iatrogénie.

On peut ainsi voir une augmentation de la prise en charge des hémopathies et des EP/TVP que l'on peut expliquer par l'orientation clinique des PH de l'unité. Mais l'augmentation des problèmes iatrogènes peut s'expliquer par le vieillissement physiologique de la population et par la complexité pharmacologique de la prise en charge du sujet âgé [10].

Nous avons mis en avant la prise en charge de 2 pathologies : les EP/TVP et les maladies inflammatoires (sans préciser exactement le diagnostic) dont les DMS étaient respectivement (*cf tableau 17*) :

- 6.6+/-4.1
- 6.7+/-6.6

Il n'y a pas de différence significative entre les DMS des EP/TVP et des maladies inflammatoires et les autres diagnostics.

3.9 En résumé

Les facteurs prévisibles d'hospitalisations prolongées (de 5 jours ou plus) sont l'âge de plus de 65 ans, la provenance d'une structure clinico-hospitalière, entrant dans l'unité par mutation, secondairement transféré en SSR, avec des antécédents et une ALD quel que soit le diagnostic.

En 1999, il avait été mis en avant que le paramètre influençant la DMS était l'âge évidemment mais pas les pathologies prises en charge par l'unité à l'époque [1].

D'autres études ont mis en avant d'autres paramètres influençant la DMS non pris en compte dans notre étude comme la durée de séjour aux urgences [11], le jour d'entrée ou de sortie d'hospitalisation [12], le nombre d'examens complémentaires ou avis spécialisés [13].

4 Les objectifs initialement définis sont-ils atteints ?

4.1 Assurer une DMS de moins de 5 jours

Clairement : NON. La DMS de l'ensemble des patients était de 6.8 +/- 6.7 jours.

Le premier des objectifs de l'unité n'est pas atteint [2].

Nous avons vu ci-dessus les facteurs augmentant la DMS :

- L'âge supérieur à 65 ans
- Les antécédents
- Une ALD
- L'hospitalisation par mutation
- La réorientation en SSR

Mais également ceux qui diminuent notre DMS

- Les hébergements
- Les entrées directes
- Le retour à domicile

Le paramètre sans influences sur la DMS est :

- Le sexe

4.2 Admettre des patients « non adressés » via le SAU

68.5% des patients hospitalisés (404) dans l'unité ont été admis via le SAU. Mais parmi les 404 patients hospitalisés par le SAU dans l'unité, on dénombrait 105 patients hébergés, donc le pourcentage de patients non adressés chutait à 50.7%.

Environ la moitié des patients de l'unité étaient des patients non adressés.

4.3 L'absence de soins « compliqués » et de « monitoring »

Dans ce cas, notre étude n'a pas cherché à mettre en avant la présence ou non de soins compliqués ni la présence dans l'unité de « monitoring » pour certains patients.

4.4 La formation des soignants (médicale et paramédicale)

L'unité faisant partie intégrante du CHU, la formation des générations futures des professions de santé est assurée. Notre étude n'avait pas pour but d'analyser la notoriété de l'unité dans les différentes branches universitaires inclus dans le terme de « soignant ».

En 2009, 3 internes du DES médecine générale étaient affectés à l'unité. Auparavant il n'y avait que 2 internes du DES de médecine générale. L'unité forte de son succès auprès des médecins en formation, elle est désormais un terrain de stage prisé des internes et elle a ouvert ses portes aux internes de spécialité en 2011.

5 Différentes propositions d'améliorations

Car c'est en améliorant l'amont que l'on améliorera l'aval.

5.1 Les améliorations en amont de l'hospitalisation

5.1.1 Une assistance téléphonique

En 2010, A. Perlat *et al* [14] ont montré l'intérêt d'instaurer une ligne téléphonique maintenant un lien direct entre le médecin généraliste de ville et un médecin interniste qui permettrait dans $\frac{1}{4}$ des cas une consultation rapide voire une hospitalisation programmée soit $\frac{1}{4}$ de consultations au SAU pourrait être évitées. Les limites de l'étude reste une charge de travail supplémentaire pour les praticiens hospitaliers. Le service de médecine interne a depuis lors mis en place une ligne téléphonique favorisant le contact avec les médecins libéraux et ainsi les entrées directes.

5.1.2 Une prévention médico-sociale

En effet, devant le vieillissement de la population générale, une anticipation des problèmes socio-économiques de nos personnes âgées n'éviterait pas forcément la quantité d'hospitalisation mais aiderait à diminuer le temps de séjours dans les

différentes unités des hôpitaux. Dans sa thèse L. Blaise-Ptak en 2005 [15] mettait en évidence une corrélation entre des problèmes sociaux et une augmentation de la DMS des personnes âgées. De même cette étude mettait en avant la nécessité d'une prévention et d'une anticipation des problèmes sociaux de ses patients âgés par le médecin généraliste pour éviter la découverte de ce problème en cours d'hospitalisation permettant une diminution de la DMS.

Donc en développant une formation médicale continue avec un réseau ville/hôpital dépendante du CHU, cela permettrait de former les médecins traitants à l'approche gériatrique et médico-psycho-social. Mais il y a plusieurs limites à cela :

- La volonté des médecins à former les étudiants et à se former sur la prise en charge gériatrique globale
- Le temps dit de « paperasserie » auquel est confronté le médecin traitant
- Le contexte socio-économique
- La famille, l'entourage et les patients eux-mêmes qui dans un souhait de confort, d'indépendance peuvent être dans le déni de ces problèmes.

5.2 Les propositions d'amélioration d'aval

5.2.1 La mise en place d'une fiche social d'entrée

Comme nous l'avons vu précédemment le besoin d'une assistance sociale augmente le nombre de journée d'hospitalisation pour nos sujets âgés, alors nous pourrions mettre en place une fiche « sociale » avec des items simples tel que :

- Le degré d'isolement : situation maritale, veuvage, nombre d'enfant à proximité et lien social existant
- Couverture maladie et mutuelle
- Existence ou aide (aide à domicile, IDE...)

En intégrant dans l'observation médicale en la faisant remplir par les étudiants de médecine en 2^{ème} cycle, cela permettrait également de faire une instruction sociale aux futurs soignants qu'ils représentent.

On peut imaginer en tirer un score et en fonction d'un certain seuil alerter le cadre infirmier de l'unité et l'assistante sociale pour ainsi mieux organiser la sortie du patient.

Avec cette fiche sociale, on devrait palier à des retards de prise en charge sociale et donc diminuer un peu la DMS des patients.

5.2.2 Facilité l'accès au SSR

Notre étude montre que 43 patients (7.3%) ont été mutés en SSR et nous avons montré que la DMS était significativement plus longue pour ses patients vis-à-vis des autres modes de sortie de l'unité.

La polypathologie augmente la DMS [16] et on a démontré que l'insuffisance de lit en SSR faisait accroître la durée d'hospitalisation [17].

Il vaut envisager d'augmenter le nombre de lit d'aval [18, 19] disponible dans l'ensemble de la filière post-hospitalisation gériatrique en plus du nombre de place en SSR mais également en MDR. Il faut pour cela une revalorisation de la prise en charge gériatrique et probablement une prise de conscience des pouvoirs publics [20].

La médecine n'a pas de prix mais elle a un coût.

5.2.3 Amélioration du plateau technique

Effectivement, l'accès aux examens complémentaires tels que la tomodensitométrie (TDM) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM), sans contexte d'urgence, est un frein à la prise en charge des patients et donc il y a une augmentation de la DMS, ainsi A. Bruandet *et al.* [21] mais également K. Takun *et al.* [22] ont démontré une diminution de la DMS des patients avec l'apport d'une nouvelle IRM pour les premiers et d'une TDM pour les seconds. La médecine repose sur des données cliniques et des examens complémentaires nécessaires pour le diagnostic et la prise en charge thérapeutique alors en retardant un des maillons de la chaîne on ralentit la prise en charge et on augmente la DMS.

5.2.4 Accessibilité rapide aux consultations interservices

Au vu du nombre de pathologies différentes traitées dans l'unité et afin d'assurer une prise en charge optimale, il est parfois nécessaire d'avoir recours à un avis spécialisé, ainsi en réduisant le temps d'attente de cet avis on peut supposer que la DMS diminuerait. Pour cela une organisation au sein du CHU doit être faite pour permettre de répondre rapidement aux sollicitations des services. Une organisation d'équipe mobile aux effectifs suffisants de différentes spécialités favoriseraient une prise en charge de qualité, à l'image des équipes mobiles de diabétologie et de soins palliatifs. Mais là encore cela demanderait une augmentation de personnel donc de coût [20].

5.3 Proposer de ne prendre que les patients avec le profil type d'une hospitalisation de moins de 5 jours

Déjà en 1999, la thèse sur l'unité de médecine générale se posait la question du patient « idéal » [1], à Reims, C. Sauvadet [9] jugeait l'unité de médecine générale du CHU de Reims de « fourre-tout ».

Ainsi en cas de nécessité d'hospitaliser un patient par le SAU, celui-ci ne devrait pas avoir d'antécédents, ne pas avoir plus de 65 ans et devrait venir de son domicile. Se posent alors des questions déontologiques de non acceptation d'un patient dans une unité de l'hôpital public, contraire au code de santé publique (article L.711-4) [23].

En 10 ans, une unité de plus tel que l'UMG a ouvert dans un CHU métropolitain (Reims). A. Bellou et al [24] ont montré la nécessité des UMG en aval des SAU en 2003.

M. Pirson et al [25] ont montré une augmentation de la DMS lors d'une hospitalisation par le SAU. Au contraire à Chambéry, on a montré l'absence de différence entre les DMS des HC et des hébergements des patients hospitalisés par le SAU [26].

C. Giroux et al ont montré que les entrées directes étaient hospitalisées moins longtemps et étaient moins consommatrices d'examens complémentaires [27].

Même si 3 des 4 objectifs sont atteints, maintenir l'objectif d'une hospitalisation de moins de 5 jours est difficile. On devrait privilégier les hospitalisations programmées.

Un objectif de DMS à 6 jours ou plus semblerait plus raisonnable pour continuer à prendre en charge des hospitalisations du SAU.

CONCLUSION

Depuis 1999 l'unité de médecine générale a trouvé sa place au sein du CHU de Poitiers, en faisant le lien nécessaire entre le SAU, lieu de passage d'un tout venant médical, et l'hôpital « spécialisé ».

L'unité propose ainsi 21 lits de médecine polyvalente au sein du CHU.

De même si $\frac{3}{4}$ des objectifs sont atteints, une hospitalisation de moins de 5 jours n'est peut-être pas envisageable en l'état actuel des choses sans passer par une réorganisation de l'ensemble de la prise en charge médicale libéro-hospitalière.

L'unité est en constante évolution. Malgré des améliorations déjà mises en place l'objectif d'une DMS inférieur à 5 jours n'est pas atteint et nous proposons diverses mesures pour tenter de diminuer le temps de séjour et permettant ainsi une rotation plus rapide des lits, un rendement plus efficace et peut-être une diminution du coût de la santé.

Mais il faut pour faire cela des investissements financiers et humains.

ANNEXE

ANNEXE 1

B- LES MISSIONS DU SERVICE

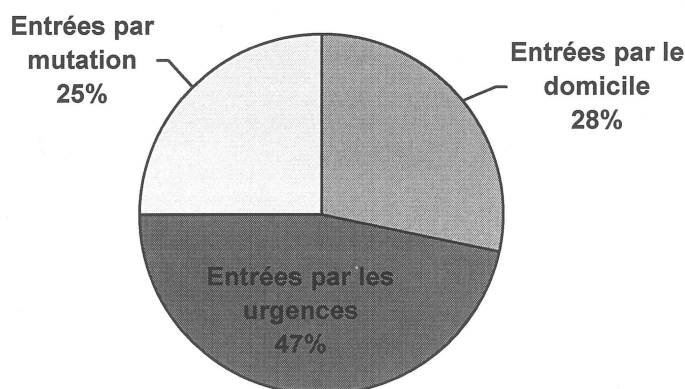
Le service répond aux missions d'accueil et d'enseignement du service public.

1- MISSION D'ACCUEIL DES PATIENTS

a- RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE :

Les patients admis dans l'unité sont des patients:

- ↳ admis aux urgences qui ne sont pas adressés à un service particulier,
- ↳ ne présentant pas une pathologie spécialisée,
- ↳ ne nécessitant pas de surveillance monitorée ni de soins compliqués,
- ↳ hospitalisés pour une durée inférieure à 5 jours.



Répartition des modes d'entrée en 2007

b- RELEVANT D'AUTRES SPECIALITES

Le service est amené à héberger des patients relevant d'autres spécialités dans le cas où les services concernés se trouvent dans l'impossibilité de les accueillir. En 2007, 550 journées d'hospitalisation ont été réalisées pour le compte d'autres spécialités dont 73 journées pour les Maladies infectieuses H8C et Médecine interne H8B et 125 pour l'Unité de Gériatrie Aigüe.

2- MISSION D'ENSEIGNEMENT

Le service accueille :

- ↳ Des médecins en formation : internes, étudiants en médecine
- ↳ Des soignants en formation : étudiants en soins infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, élèves de 1^{ère} en Sciences Médico-Sociales, élèves du cycle préparatoire aux concours paramédicaux.

ANNEXE 2

Fiche de recueil médecine générale 2009

nom: **prénom :** **sexe:**

age (date de naissance):

mode d'entrée dans le service:

- service d'accueil des urgences
- entrée directe
- entrée par mutation

hébergement

adressé au CHU par: médecin
famille
paramédicale

venant de:

- hôpital
- domicile
- maison de retraite /foyer logement
- autre

ALD:

antécédents principaux:

diagnostique: EP/TVP
MI

durée de séjour:

devenir: **décès:**

retour à domicile
orientation vers un service spécialisé
SSR
HAD

aide sociale mise en place dans le service: *oui*
non

BIBLIOGRAPHIE

[1] Couturier Paccalin S, Une unité de médecine générale a-t-elle sa place dans un centre hospitalier universitaire ? Etude à l'hôpital de Poitiers. Thèse 3 cycle : Méd : Poitiers : 1999.

[2] Charte de fonctionnement de l'unité de Médecine Générale. Pôle Médipool. 2007.

[3] INSEE : Démographie française au 1^{er} Janvier 2009.

Disponible à partir de URL : <http://www.insee.fr>

[4] INSEE : Démographie par aire urbaine de la Vienne.

Disponible à partir de URL : <http://www.insee.fr>

[5] RESEAU CHU : Chiffres clés 2009.

Disponible à partir de URL : <http://www.reseau-chu.org>

[6] INSEE : Consommation de biens et de soins médicaux en Vienne.

Disponible à partir de URL : <http://www.insee.fr>

[7] INSEE : Espérance de vie française en 2009 par rapport à 1999.

Disponible à partir de URL : <http://www.insee.fr>

[8] INSEE : Population de plus de 60 ans.

Disponible à partir de URL : <http://www.insee.fr>

[9] Sauvadet C, Une unité de médecine générale en aval du service d'accueil des urgences au CHU de Reims : étude rétrospective sur 6 mois d'activité. Thèse 3 cycle : Méd : Reims : 2009.

[10] Lesourd B. Le vieillissement du système immunitaire. Un facteur favorisant la survenue et la gravité des infections chez le sujet âgé. In : Veyssier P. infections chez le sujet âgé. Paris Ellipses. 1997: 60-71.

[11] Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department lenght of stay independently predicts excess inpatient stay. MJA. 2003 ; 179 : 524-526.

[12] Cauterman M, Engel F. MEAH. Rapport intermédiaire « La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques ». 2007.

[13] Yoon P, Steiner I, Reinhardt. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. CJEM. 2003 ; 5 : 155-161.

[14] Perlat A, Frina M, Decaux O, Cadora B, Cazalets C, Sébillot M, Jégo P, Grosbois B. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. Rev Med Interne. 2010 ; 31 :776-779.

[15] Blaise-Ptak L, Facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation des personnes âgées en court séjours gériatrique. Etude de 196 patients dans le service de Gériatrie du CHU de Nancy. Thèse 3 cycle : Méd : Nancy : 2005.

[16] Champlon S, Cattenoz C, Mordellet B, Roussel-Laudrin S, Jouanny P. Déterminants de la durée de séjour des personnes âgées hospitalisées. Rev Med Interne. 2008 ; communication orale : S53.

[17] Latappy M. Influence des admissions en service inadéquat sur la durée moyenne de séjour hospitalière. Thèse 3 cycle : Méd : 2011.

[18] Cameron PA. Hospital overcrowding : a threat to patient safety ? MJA. 2006 ; 184: 203-204.

[19] Schull MJ, Slaughter PM, Redelmeier DA. Urban emergency department overcrowding : defining the problem and eliminating misconceptions. CJEM. 2002; 4 : 78-83.

[20] Holcman R. L'hôpital manque-t-il de personnel ? J. Economie Méd. 2007 ; 25 :307-317.

[21] Bruandet A, Lenne X, Dervaux B, Pasquier F, Theix D, Leclerc X. Impact de l'installation d'une Imagerie par résonance magnétique dédiée aux urgences sur les durées de séjour au Centre hospitalier régional universitaire de Lille, France. Rev Épidémiologie Santé Publique. 2011 ; 59 :43–59.

[22] Takun K, M'Silti L, Lecomte F, Dabreteau A, Der Sahakian G, Claessens Y.-E, Ginsburg C. Évaluation de l'apport d'un nouveau scanner dédié à l'activité urgente non programmée d'un CHU. JEUR. 2007; 20: 111-112.

[23] Code de Santé Publique. Article L.711–4.

[24] Bellou A, De Korwin J.-D, Bouget J., Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, Lambert H, la Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence. Implication of emergency departments in the regulation of public hospitalizations. Rev Med Interne. 2003; 24: 602–612.

[25] Pirson M, Di Pierdomenico L, Delo C, Biloque V, Leclercq P. Evaluation de l'augmentation de la durée du séjour hospitalier associée à une admission en urgences. Rev Epidemiologie Santé Publique. 2012 ; 60 : S9.

[26] Paillé-Ricolleau C, Hamidou M, Lombrail P, Moret L. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie : un tiers de journées inappropriées au CHU de Nantes. Presse Med. 2009; 38: 541–550.

[27] Giroux C, Proye E, Hequet F, Dufour P, Gommez G, Dambre D, Goze C. admission de la personne âgée en court séjour gériatrique : entrées directes versus entrées via le service des urgences. JEUR. 2008 ; 21 : 151.

RESUME

OJECTIF : étudier les patients hospitalisés dans l'unité de médecine générale du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers afin de vérifier si les hospitalisations correspondaient aux objectifs de la charte établie en 2007, et voir si d'autres CHU de France ont des unités similaires.

MATERIELS ET METHODES : Etude rétrospective observationnelle de 590 patients hospitalisés de janvier à juin 2009 préalablement sélectionnées par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et recueil des données épidémiologiques via le CRH. Enquête par internet et téléphone auprès des CHU métropolitains.

RESULTATS : Le sex ratio était de 1, la durée moyenne de séjour (DMS) était de 6.8+/-6.7 jours, l'âge moyen (AM) était de 67.7+/-17.9 ans, avec 48.7% patients de plus de 80 ans. 72.5% venaient de leur domicile, 68.5% étaient hospitalisés par le service d'accueil des urgences (SAU). 51% avaient une affection de longue durée (ALD). 422 diagnostics posés pour 81.7% des patients. 55% sortaient à domicile et 29% étaient transférés vers une autre unité. 21.7% étaient des hébergements pour une autre unité du CHU avec une DMS de 2.1+/-2.3 jours, un AM de 65.8+/-17.1 ans et 93.8% ont été transférés. Cinq CHU présentent des unités similaires.

DISCUSSION : l'objectif d'une hospitalisation de moins de 5 jours n'est pas atteint. Cela peut s'expliquer par le nombre important d'hébergement (20%) qui participe au ralentissement de l'activité en bloquant des lits. Plusieurs propositions d'amélioration sont proposées pour diminuer la DMS par exemple la mise en place d'une ligne téléphonique accessible aux médecins libéraux pour faciliter les entrées directes et la création d'une fiche sociale pour faciliter la sortie d'hospitalisation.

MOT-CLEFS : hospitalisation ; durée moyenne de séjour ; âge moyen ; CHU ; médecine générale.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

