

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1601

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Julia LESAGE

Le 5 Octobre 2020

**RETOURS PRÉCOCES AUX URGENCES DANS LES 72H :
CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE DES ÉVÉNEMENTS
INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS À L'ORIGINE DES
HOSPITALISATIONS**

Directeur de thèse : Professeur Dominique LAUQUE

JURY

Madame le Professeur CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur LAUQUE	Assesseur
Madame le Professeur SOTO-MARTIN	Assesseur
Monsieur le Docteur HOUZE-CERFON	Assesseur
Monsieur le Docteur MONTASTIER	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRETINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	P.U. Médecine générale	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Professeur Associé Médecine générale	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Neurologie	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence	Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	Mme MALAUDA Sandra	
M. MALAUDA Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique		
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.	P.U. Médecine générale	
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. BOYER Pierre	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	M. STILLMUNKES André	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hy
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie molé
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme CORRE Jill	Hématologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	Mme VALLET Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	7
Matériels et méthodes	8
<i>Population</i>	8
<i>Ethique</i>	8
<i>Criblage</i>	8
<i>Extraction des données</i>	8
<i>Analyse des dossiers</i>	8
<i>Analyse statistique</i>	10
Résultats	12
Discussion	21
<i>Retours précoces au SU et EIAS</i>	21
<i>Erreurs diagnostiques et de prises en charge</i>	21
<i>Focus sur les patients gériatriques et les erreurs de sorties</i>	22
Limites	25
Conclusion	27
Références bibliographiques	28
Annexes	33

Remerciements

Je tiens à remercier,

Le professeur Lauque,

Qui m'a énormément aidée durant cette thèse, qui a été patient, toujours disponible pour mes questionnements et qui m'a donné goût pour l'épidémiologie aux urgences. Je le remercie énormément pour tout.

Le professeur Charpentier,

Qui nous a accueillis au sein du service des urgences du CHU de Toulouse, qui est là pour nous encadrer en tant qu'urgentiste, et qui m'a aidée dans ma réflexion à poursuivre la médecine d'urgence.

Le professeur Soto-Martin,

De faire partie du jury et qui apportera de l'aide pour la prise en charge de la population gériatrique au sein des urgences.

Le docteur Houze-Cerfon

De faire partie du jury et je l'espère qui continuera les futurs projets avec l'équipe.

Le docteur Montastier,

De faire partie du jury. Qui m'a encadrée durant le stage de gériatrie à Saint Gaudens et qui m'a aussi aidée à poursuivre la médecine que je souhaitais faire.

Les docteurs Touche, Le Meur, Kamar, Fernandez, Juchet, Néron-Bancel, Dubucs, Azema et Balen,

Pour leur grande aide à cette thèse qui est importante à mes yeux. En espérant que ces travaux se poursuivront.

Les équipes,

Médicales, paramédicales, des urgences adultes et pédiatriques du CHU de Toulouse, du CH de Castres, de Carcassonne et de Saint Gaudens, la SAUV de Rangueil.

Les copains,

Merci à Marie Hélène, Julie et Lola pour leur soutien, et qui ont cru en moi jusqu'au bout. Merci aux Noël passés tous ensemble, aux fêtes d'anniversaire, au repas de famille, j'espère que cela continuera.

Merci à toutes les personnes du golf club d'Amiens et de Salouël qui ont toujours cru en moi. Merci à mes coach Yan, Bruno, Marco qui m'ont soutenue dans le sport et qui ont surtout été compréhensifs vis-à-vis de mes études.

Merci à l'équipe féminine d'Amiens, avec qui nous avons passé de très beaux moments que cela soit dans les défaites ou les victoires.

Toute cette partie de vie restera à jamais gravée dans ma mémoire.

Merci aux copains que j'ai rencontrés à mes débuts sur Toulouse, Jojo, Arnaud, Chloé, Axel, Delphine, Cha, Solène, Alizée, Val, Clémence, et à toutes les autres rencontres plus belles les unes que les autres.

Merci à tous les copains de Castres, Juju, Raphouphou, Momo, Ariane, Flo, Maïssane, Marie Toupie, Léo, aux Gygy's et tous les autres pour ce premier semestre d'amour et de rigolades.

Merci aux copains de Carcassonne, Jade, Marion, Aniss, Romane, Marie, Marion, Yoyo, Adèle, Enzo, à l'équipe de gynéco qui m'a intégrée chaleureusement, à la team med gé aux urgences et à tous les autres pour ces soirées à thème de folie et cette super ambiance au sein de l'internat durant tout le semestre.

Merci à la team de Saint Gaudens qui était toujours de bonne humeur et félicitations aux bébés.

Merci à la promo baby DESMU de Toulouse, Marie, Manon, Gwen, Victor, Mathilde, Romain, Maxime, Yvens, Hugo, Julie, Tom, Guigui qui grâce à eux, à leur motivation professionnelle, joie de vivre m'ont fait passer un super stage aux urgences pédiatriques durant l'hiver et les épidémies.

Un grand merci à la promo DESMU de Toulouse, Laeti, Audrey, Toto, Marion kalash, Marion, Jerem, Alice, Malo, Arthur, Jojo, Jordi, Yaya, Guillhem, Juju, Sanchou, Benji,

Simon, Mathieu, Salolo, Loulou, Consti dont j'ai été tellement heureuse de les rencontrer. J'ai beaucoup de chance de faire partie de cette promo. Beaucoup d'années de travail nous attendent mais surtout des années d'amitié, de rires et d'entraide.

Merci beaucoup à mes amis d'Amiens, Agathe, Emmateuteu, Bertoune et tous les autres copains qui ont toujours été là et le seront toujours malgré la distance. Vous êtes et serez toujours les bienvenus sur Toulouse.

Merci à Marine, la petite lilloise, que j'ai rencontrée au weekend d'intégration par hasard. Je suis très contente de t'avoir rencontrée, et j'espère continuer à te voir même si tu retournes en haut de la France. Garde ta simplicité et ton naturel s'il te plaît.

Merci à Jadou, que j'ai rencontrée à Tarbes, comme si de rien était puis est venu Carcassonne. Heureusement que j'ai eu ce stage pour te rencontrer. Merci pour ta bonne humeur. Merci à ton amoureux qui est très attentionné aussi.

Merci à Toto. Merci à toi, tu es toujours joyeux. Tu es mon copain de pizzas et bien plus bien sûr. Merci pour tes pâtisseries, j'attends encore plus de cheese cake.

Merci à Audrey. Tu es une petite maman avec ton expérience. Toujours à l'écoute même si on se voit peu. J'espère de tout cœur garder contact avec toi encore longtemps.

Merci aux copains d'Amiens, Franckycky, Margaux, Poppy, Paupau, Pau, Mymy, Emi, Alban, Chlochlo, Vivi, Claire, Momo, Maxime, Tietienne, Lélé, Rere, Geogeo, Anne Cécé, Valou, Fafa, Tutus avec qui nous nous sommes soutenus durant toutes ces années de médecine et pour encore très longtemps je l'espère. Je ne garde que des superbes souvenirs avec vous tous. Nous avons partagé beaucoup de très beaux moments, de voyages (les débuts à Lloret, la Sicile, puis Barcelone, la Thaïlande, la Réunion, découvrir les villes de France), de fous rires, d'amour, de soirées, de festivals, et j'espère que cela durera jusqu'à la fin. Chacun à une personnalité bien différente, chacun à son caractère, et je trouve ça formidable que l'on reste soudé. Merci à vous tous, vous êtes formidables.

Merci à Laeti. Tu as un cœur énorme. Tu es une personne très attentionnée et je souhaite que l'on continue à se soutenir (et surtout à manger plein de sushis). Je t'ai rencontrée pour la

première fois en dehors du travail, qu'est-ce qu'on a pu rire. Merci à toi, garde foi en toi, de belles années vont arriver j'en suis sûre.

Merci à Sarah. Et dire que lorsque je t'ai vue pour la première fois, je ne me disais pas que l'on allait être aussi proche. Et regarde maintenant, on fait des soirées ensemble, des concerts, on se confie nos vies. Reste comme tu es. Je suis très heureuse d'être ton amie.

Merci à suksuk Louis. Merci à ta folie. Merci à nos fous rires du collège, du lycée, et à ceux actuellement. Je l'avoue, j'espère que tu resteras sur Toulouse. Tu pourras toujours compter sur moi, sache-le.

Merci à ma teuteu, Julie. Et dire que l'on s'est rencontrée au collège, et que l'on se parlait peu. Maintenant, tu es l'un de mes repères sur Toulouse. Je te remercie pour tout. Tu es toujours là pour moi. Merci pour ces soirées, pour toutes ces bières et frites du Carbet, et bien plus encore. J'espère que cela va continuer pour toujours.

Merci à Loulou. Un grand merci. Tu es la toute première personne à m'avoir accueillie sur Toulouse. Je ne l'oublierai jamais. Tu es mon repère, tu le resteras. J'ai vite compris que je tenais énormément à toi. Je ne me vois pas sans toi comme amie dans ma vie.

Merci à Jessica, Jeje. Que de péripéties, mais quelle belle aventure. Et dire que je t'ai rencontrée en Picardie puis que l'on s'est rejoint sur Toulouse par hasard. Je ne garde que de bons souvenirs avec toi. Notre rencontre fut certes tumultueuse, mais nous avons voulu continuer à nous connaître et heureusement car tu es une superbe personne. Tu m'as énormément appris. Tu feras toujours partie de ma famille. Je t'aimerai toujours.

Ma famille,

Merci à toute ma famille, à mes cousines, cousins, oncle, Alan, à mes tantes, merci à Monique qui m'a généreusement accueillie à Toulouse, et m'a permis de me sentir comme à la maison.

Je ne remercierai jamais assez mon père, ma mère, ma nanie et ma sœur qui ont toujours été là, à me soutenir dans les bons et mauvais moments pendant toutes ces années d'études ainsi qu'en dehors. Vous êtes des exemples pour moi. Vous m'avez apporté une aide précieuse pour que je puisse en arriver là dans la vie. Je vous dois énormément et je vous aime de tout mon cœur.

Merci à ma nanie. Tu es une grand-mère formidable. Tu as toujours été là pour nous. Sache que j'ai beau être à Toulouse et ne pas donner tous les jours des nouvelles, je pense tous les jours à toi.

Merci à ma sœur. Je sais que l'on pourra toujours compter l'une sur l'autre. Et je suis contente que tu sois aussi proche de Toulouse pour que l'on puisse se voir souvent.

Merci à mon papa, qui a toujours été là, qui a compris que j'étais passionnée par le golf mais encore plus par la médecine. Merci d'être toujours présent.

Merci à ma maman. Tu as fait énormément aussi pour moi. Tu as toujours été là. Tu m'aides pour tout.

Je ne sais pas ce que je ferai sans vous.

Je pourrai écrire des pages entières pour chaque rencontre.

Merci sincèrement à toutes et à tous.

Introduction

Les retours précoces aux urgences dans les deux ou trois jours suivant un premier passage sont fréquents (1,2). Ils peuvent nécessiter une hospitalisation en raison de leur gravité. Des études épidémiologiques ont précisé le profil des patients retournant précocement dans les services d'urgence (SU) et leurs facteurs de risque, tels que le sexe, l'âge, ou le motif de venue (3–7) (1,8–12). D'autres travaux ont détaillé les retours de groupes de patients particuliers par leur pathologie ou leur âge. Les retours des personnes âgées dans les SU peuvent être fréquents et rapprochés (13–20).

Les retours précoces aux urgences sont liés le plus souvent à l'aggravation de la pathologie ayant causé le premier passage et à une perte d'autonomie des personnes âgées (10,21,22). Ils peuvent être liés aussi à l'inquiétude et au besoin de réassurance des usagers des SU qui les utilisent pour des demandes multiples et variées allant des urgences ambulatoires ressenties à des situations urgentes requérant des soins lourds (23).

Moins fréquemment, les retours précoces peuvent être dus à la survenue d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) lors du premier passage (24). L'EIAS est défini comme un dysfonctionnement dans les soins, qui correspond à un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, et impacte directement le patient dans sa santé (11,25–27). Ces incidents survenant au cours des soins ne doivent pas être considérés comme une fatalité, car les ignorer ou les nier pourrait conduire à leur répétition et à la survenue d'EIAS graves (28,29).

Comprendre pourquoi les patients reconsultent rapidement dans le SU et doivent être hospitalisés après leur retour doit permettre d'améliorer la qualité des soins et de diminuer les retours liés à des EIAS (10,30). Le SU doit être organisé pour gérer les soins et le flux de patients en limitant les dommages aux patients et en sécurisant le travail des professionnels (29). Notre objectif était d'étudier les EIAS et surtout leurs causes et leurs facteurs de risque à l'origine des retours précoces nécessitant une hospitalisation.

Matériels et méthodes

Population

Nous avons réalisé une étude épidémiologique rétrospective dans les deux SU adultes du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Toulouse. Ces deux SU recevaient environ 110 000 patients en 2018. Tous les patients non hospitalisés après leur passage dans le SU du 1er janvier au 9 octobre 2018 et sortis après les soins représentaient la population totale étudiée.

Ethique

Cette étude hors loi Jardé ne nécessitait pas de passage devant un comité de protection des personnes, et répondait à la méthodologie de référence MR-004. Elle était enregistrée par le CHU sous le numéro RnIPH 2019-41.

Criblage

Les patients sortis après un premier passage, retournés dans les 72 heures et hospitalisés dans le CHU après ce deuxième passage ou décédés dans le SU étaient identifiés dans le système d'information du CHU. Le médecin référent du département d'information médicale paramétrait le système pour rechercher automatiquement ces patients et fournir chaque semaine leur liste.

Extraction des données

Les données concernant l'identité, la démographie (âge, sexe), les passages antérieurs dans le SU au cours des six derniers mois, la pathologie (motif de recours, score CIMU, diagnostic) et la prise en charge (jour, heure d'arrivée, mode d'arrivée, durée de passage, délai de retour, orientation en aval du SU) étaient extraites lors du criblage.

Analyse des dossiers

Les dossiers du SU étaient disponibles dans le logiciel métier Urqual et dans la base de données Filenet pour les documents scannés tels que les feuilles de soins ou les électrocardiogrammes. Les comptes rendus d'hospitalisation post-urgences étaient consultés dans le logiciel Orbis pour préciser la gravité des EIAS. Les dossiers étaient analysés par un des huit médecins urgentistes préalablement formés à l'analyse de dossiers cliniques et des EIAS lors d'une pré-étude de 250 dossiers de retours précoces qui comprenait 62 EIAS. Le praticien comparait d'abord les comptes rendus médicaux du premier et du second passage pour écarter les retours programmés, sans rapport avec le premier passage, et les prises en charge exclusivement psychiatriques (sans intervention d'un médecin urgentiste).

Il analysait ensuite, avec son jugement de clinicien, l'examen clinique, les examens complémentaires réalisés et leur(s) résultat(s), les comptes rendus d'avis spécialisés, la démarche diagnostique, les traitements, la décision de sortie, et l'organisation des soins post urgences. Les EIAS étaient définis comme un événement inattendu perturbant ou retardant le processus de soin lors du premier passage au SU, qui nécessitait un retour aux urgences dans moins de 72h après la sortie et une hospitalisation ou qui entraînait un décès dans le SU. Les EIAS étaient caractérisés par leur diagnostic après le retour (diagnostic final), leur gravité, leur évitabilité, et leur type au nombre de six. Ceux survenant au cours du raisonnement clinique étaient considérés comme des erreurs évitables. Ils concernaient le diagnostic, la prise en charge, la décision de sortie, ou le suivi post-urgence, et étaient définies d'après les définitions dans les études de Calder et Forster (31,32). (Figure 1). Les deux autres types d'EIAS, médicamenteux et procéduraux, étaient considérés comme inévitables.

Figure 1. Définition des EIAS

- **Erreur diagnostique** : non-prise en compte ou mauvaise interprétation d'un antécédent, d'un signe, d'un symptôme, d'un résultat biologique ou d'imagerie, noté avant ou pendant le passage au SU, conduisant à un diagnostic erroné ; réfutation non argumentée du diagnostic correct proposé par le médecin adresseur.
- **Erreur de prise en charge** : non-prescription ou prescription inadaptée d'un examen paraclinique ou d'un avis spécialisé indiqué ou d'une thérapeutique.
- **Erreur de sortie** : décision de sortie inappropriée en raison de l'état du patient ou de ses conditions de vie, sans erreur diagnostique ou de prise en charge.
- **Erreur de suivi post-urgence** : conseils indispensables pour la suite des soins oubliés ou irréalisables ; traitements de sortie inadaptés à l'état du patient.
- **Événement indésirable médicamenteux** : réaction à un médicament prescrit ou administré correctement au SU
- **Événement indésirable procédural** : réaction à un geste effectué correctement dans le SU

La gravité des EIAS était classée en 5 niveaux, de mineur (1) à catastrophique (5), d'après l'échelle de la Haute Autorité de Santé (33) (Figure 2). Les EIAS mineurs étaient considérés comme des événements porteurs de risque, sans autre conséquence pour les patients que le retour au SU.

Figure 2. Echelle de gravité des événements indésirables associés aux soins (EIAS)

- **EIAS mineur** (niveau 1) : désagrément ou insatisfaction du patient
- **EIAS significatif** (niveau 2) : impact sans mise en jeu sécuritaire ni interruption de prise en charge
- **EIAS majeur** (niveau 3) : prise en charge spécifique ou surveillance accrue nécessaire sans interruption de prise en charge
- **EIAS critique** (niveau 4) : récupération de l'état antérieur avec conséquences réversibles
- **EIAS catastrophique** (niveau 5) : séquelles importantes et irréversibles, voire décès

L'analyse des dossiers était colligée dans une copie du fichier Excel contenant les variables extraites automatiquement pour chaque patient. Les dossiers contenant des EIAS étaient revus en réunion plénière bimestrielle par les 8 experts pour valider par consensus la présence et les caractéristiques des EIAS. En raison de leur fréquence élevée, les erreurs de diagnostic, de prise en charge, et de sortie étaient revues secondairement pour préciser leur cause. Deux praticiens et une interne choisissaient par consensus le ou les signes cliniques et paracliniques déterminants non pris en compte ou mal interprétés lors des erreurs diagnostiques, les examens complémentaires, avis spécialisés ou traitements non réalisés dans les erreurs de prise en charge, et les facteurs liés aux patients ou à leur entourage médicosocial non pris en compte dans les erreurs de sortie.

Analyse statistique

Les patients et les EIAS étaient décrits par des variables quantitatives exprimées en médiane et espace interquartile (EIQ) et par des variables qualitatives exprimées en effectif et pourcentage. Afin d'identifier les facteurs de risque d'EIAS, les caractéristiques que présentaient les patients avec EIAS lors de leur premier passage étaient comparées à la population totale en utilisant le test de rang de Mann-Whitney pour les variables quantitatives et le test de chi-2 pour les variables qualitatives, en analyse bivariée. Ces facteurs de risque concernaient les patients, leur pathologie, et les conditions de prise en charge lors du premier passage. Les facteurs de risque de tous les retours précoces, dus ou pas à un EIAS, étaient également étudiés.

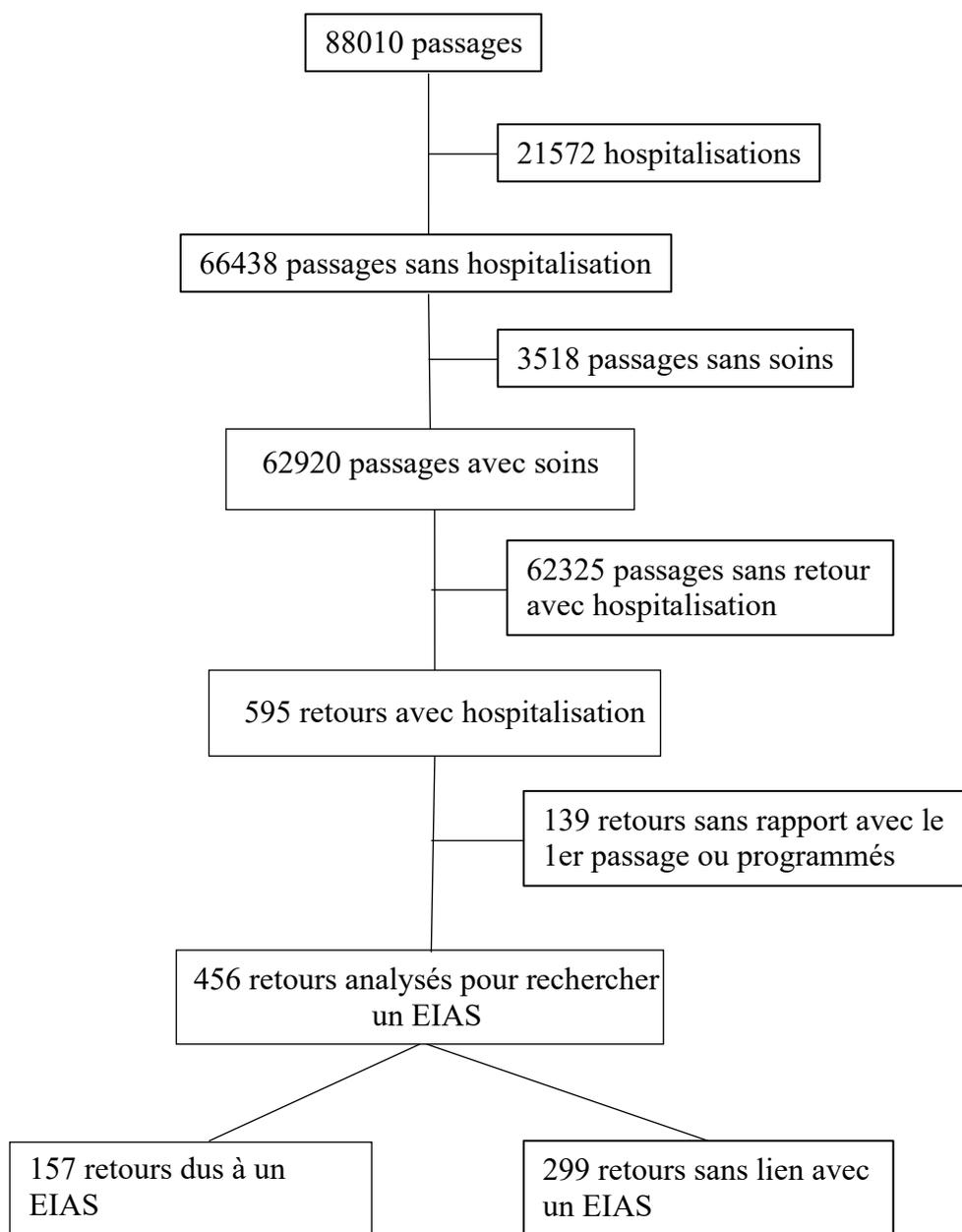
L'analyse des données anonymisées était réalisée à l'aide du logiciel Stata version 13. Toutes les variables étaient analysées de façon individuelle après vérification du nombre de données manquantes et de valeurs aberrantes. La normalité de distribution des variables quantitatives était analysée. Les valeurs manquantes n'étaient pas imputées. Le seuil de signification était fixé à 0,005 après correction de Bonferroni pour tenir compte de la répétition des tests pour

chaque motif de recours et chaque diagnostic. Ce seuil de 0,005 était conservé pour les autres variables en raison du nombre élevé de patients dans la population totale.

Résultats

Pendant la période d'étude, 62920 passages avec soins dans le SU et sans hospitalisation post-urgences étaient comptabilisés et représentaient la population étudiée (Figure 3). Parmi les 595 retours (0,9%) dans les 3 jours nécessitant une hospitalisation, 456 (0,7%) étaient des retours non programmés en relation avec le 1er passage. L'analyse de ces 456 dossiers identifiait 157 patients (0,2%) dont le retour précoce était dû à un EIAS survenu lors du premier passage.

Figure 3. Diagramme de flux (EIAS : événement indésirable associé aux soins)



Comparativement à la population totale, ces 157 patients étaient plus âgés (68 versus 36 ans), vivaient plus souvent en EHPAD (10% versus 2%), et venaient plus souvent au SU au

cours des 6 mois précédents (32% versus 10%) (Tableau 1). Lors de leur premier passage, ils arrivaient plus souvent en transport sanitaire (62% versus 34%) avec un niveau de gravité intermédiaire ou élevé (73% versus 38% de CIMU \leq 3), et ils séjournèrent plus longtemps dans le SU (durée médiane 6,4 versus 4,5 heures). L'altération de l'état général et la fièvre étaient des motifs de recours et des diagnostics de sortie plus fréquents en cas d'EIAS, ainsi que la dyspnée comme motif de recours et le diagnostic d'infection respiratoire basse. Comparativement à la population totale, le profil clinique des 456 patients retournés au SU avec ou sans EIAS était similaire à celui des 157 patients présentant un EIAS (annexe 1).

Tableau 1. Caractéristiques de la population totale et des 157 patients revenus au SU en raison d'un EIAS (premier passage).

	Population totale n=62920 (%)	Patients avec événement indésirable n=157 (%)	p ^μ
Âge médian [EIQ*] (ans)	36 [25-55]	68 [35-83]	<0.001
Âge \geq 75 ans	6602 (10%)	69 (44%)	<0.002
Femmes	29881 (47%)	74 (47%)	0.929
Mode vie (n=60398)			<0.001
seul	8225 (13%)	20 (13%)	
famille	43328 (69%)	111 (71%)	
ehpad [§]	1549 (2%)	15 (10%)	
autre	7296(12%)	11 (7%)	
Venue au SU [£] les 6 derniers mois	6291 (10%)	50 (32%)	<0.001
Site			0.010
Purpan	42126 (67%)	90 (57%)	
Rangueil	20794 (33%)	67 (43%)	
Trimestre			0.048
Premier	20431 (32%)	65 (41%)	
Deuxième	19875 (32%)	46 (29%)	
Troisième (jusqu'au 9 octobre)	22614 (36%)	46 (29%)	
Arrivée le week-end	18912 (30%)	56 (36%)	0.125
Arrivée la nuit (18-8h)	29599 (47%)	86 (55%)	0.052
Nb de passages			0.028
bas (<Q1 [#])	14875 (24%)	29 (18%)	
habituel (EIQ)	32984 (52%)	99 (63%)	
élevé (>Q3 [#])	15061 (24%)	29 (18%)	
Durée passage, médiane [EIQ] (h)	4.5 [2.8-6.7]	6.4 [4.0-9.3]	<0.001
Transport sanitaire	21568 (34%)	97 (62%)	<0.001
CIMU [°]			<0.001

	Population totale n=62920 (%)	Patients avec événement indésirable n=157 (%)	p ^μ
5	12464 (20%)	8 (5%)	
4	25931 (41%)	35 (22%)	
3	22305 (35%)	96 (61%)	
2	1280 (2%)	14 (9%)	
1	33 (<1%)	0	
non renseignée	907 (1%)	4 (3%)	
Motifs de recours (n=51215)			
Douleur abdominale	5197 (8%)	17 (11%)	0.357
Dyspnée	1074 (2%)	13 (8%)	< 0,001
Douleur de membre	3233 (5%)	12 (8%)	0.247
Douleur thoracique	3392 (5%)	10 (6%)	0.736
Altération de l'état général	963 (2%)	8 (5%)	0.001
Fièvre	1065 (2%)	8 (5%)	0.004
Céphalée	2249 (4%)	7 (4%)	0.719
Traumatisme crâniofacial	3509 (6%)	7 (4%)	0.684
Malaise, perte de connaissance	2415 (4%)	5 (3%)	0.838
Coma, convulsions	555 (1%)	4 (3%)	0.076
Diagnostics			
Douleur abdominale	3962 (6%)	17 (11%)	0.046
Altération de l'état général	709 (1%)	10 (6%)	< 0,001
Infection respiratoire basse	1192 (2%)	11 (6%)	< 0,001
Fractures	2152 (3%)	8 (5%)	0.373
Douleur thoracique	2761 (4%)	7 (4%)	1
Malaise, perte de connaissance	2172 (3%)	7 (4%)	0.655
Colique néphrétique	1256 (2%)	9 (4%)	0.191
Fièvre	334 (1%)	6 (4%)	< 0,001
Traumatisme crâniofacial	1643 (3%)	6 (4%)	0.315
Autre traumatisme [§]	1494 (2%)	6 (4%)	0.285

^μvaleurs significatives en gras (p<0.005) ; *espace interquartile ; [§]établissement hébergeant les personnes âgées dépendantes ; ^εservice des urgences ; [#]1er et 3ème quartiles ; [°]classification infirmière des malades aux urgences ; [§] hors fractures, plaies, traumatisme crâniofacial

Les 157 patients avec EIAS retournaient au SU après un délai médian de 26 heures [EIQ 12-44]. La plupart étaient hospitalisés en médecine (99 patients, 63%) ou en chirurgie (47 patients, 30%). Quatre étaient mutés en réanimation et trois en psychiatrie. Quatre patients décédaient au SU, deux à cause d'un EIAS et deux en raison de l'évolution de la maladie. Après regroupement des diagnostics finaux selon la classification CIM-10, les catégories les plus fréquentes d'EIAS concernaient les maladies de l'appareil digestif (29 patients) dont l'appendicite et la lithiase biliaire compliquée étaient les plus fréquentes, celles de l'appareil circulatoire (28 patients) dont l'insuffisance cardiaque était la plus fréquente, les maladies de l'appareil respiratoire (23 patients) dont l'infection respiratoire basse était la plus

fréquente, et les traumatismes (21 patients) dont les fractures étaient les plus fréquentes (Tableau 2). Toutes catégories CIM-10 confondues, les maladies les plus fréquentes étaient les infections respiratoires basses, les fractures, l'insuffisance cardiaque, et l'infarctus cérébral (Tableau 3).

Tableau 2. Diagnostics CIM-10 finaux des 157 patients avec EIAS

	N	%
Maladies de l'appareil digestif (K00-K94)	29	18%
Appendicite (5), lithiase biliaire (5), abcès périrectal (3), hémorragie digestive (2) pancréatite (2), iléite (3), péritonite (4), abcès lingual, maladie de Crohn infarctus du mésentère, occlusion intestinale, sigmoïdite		
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)	28	18%
Insuffisance cardiaque (10), infarctus cérébral (9), infarctus myocardique (5), hémorragie cérébrale (2), anévrisme aortique abdominal rompu, encéphalopathie aiguë hypertensive		
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	23	15%
Infection respiratoire basse (16), BPCO (2), asthme, pleurésie, pneumothorax, sinusite, prothèse trachéale déplacée		
Lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes (S00-T98)	21	13%
Fracture (12), contusion (2), infection sur prothèse (2), traumatisme crânien (2), hématome post-acte (2), plaie (1)		
Signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire (R00-R99)	16	10%
Chute (4), fièvre (3), malaise (2), vomissements (2), diarrhée, douleur abdominale, dyspnée, épistaxis, hémoptysie		
Maladies du système nerveux (G00-G100)	8	5%
Syndrome post-ponction lombaire (4), compression médullaire, épilepsie, Parkinson, sclérose en plaques		
Troubles mentaux et du comportement (F00-F104)	7	4%
Démence (3), trouble bipolaire (2), manie, confusion		
Maladies d'appareil génito-urinaire (N00-N99)	7	4%
Colique néphrétique (3), infection génito-urinaire (3), insuffisance rénale aiguë		
Maladies infectieuses (A00-B99)	5	3%
Septicémie (3), érysipèle, rougeole		
Maladies du système ostéo-articulaire (M00-M99)	4	3%
Douleur de membre (2), arthrite, tassement vertébral		
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)	3	2%
Abcès (2), phlegmon		
Maladies du sang (D50-D89)	2	1%
Drépanocytose, leucémie		
Maladies endocriniennes et métaboliques (E00-E90)	2	1%
Diabète (2)		
Facteurs influant l'état de santé et recours aux services de santé (Z00-Z99)	2	1%
Demande d'aide sociale (2)		
Tumeurs (C00-D48)	1	1%
Cancer bronchique		

Tableau 3. Diagnostics finaux les plus fréquents parmi les 157 patients avec EIAS.

Diagnostics	n	%
Infection respiratoire basse	16	11%
Fracture	12	8%
Insuffisance cardiaque	10	6%
Infarctus cérébral	9	6%
Infarctus du myocarde	5	3%
Appendicite	5	3%
Lithiase biliaire	5	3%

La plupart des EIAS avaient peu ou pas de conséquences sur l'état de santé de la plupart des patients, mais quatre patients décédaient dans le SU ou en cours d'hospitalisation (Tableau 4). Trois présentaient respectivement une occlusion sur hernie crurale étranglée, une perforation intestinale, une encéphalopathie hypertensive non diagnostiquées lors du premier passage, et la quatrième, brièvement prise en charge sans mise en box, un probable infarctus myocardique. Ces quatre cas sont résumés dans l'annexe 2.

Tableau 4. Gravité des 157 EIAS.

Niveaux de gravité	Nb sujets	%
Minime	57	(36,3%)
Modéré	80	(51,0%)
Intermédiaire	16	(10,2%)
Sévère	0	(0%)
Catastrophique	4	(2,5%)

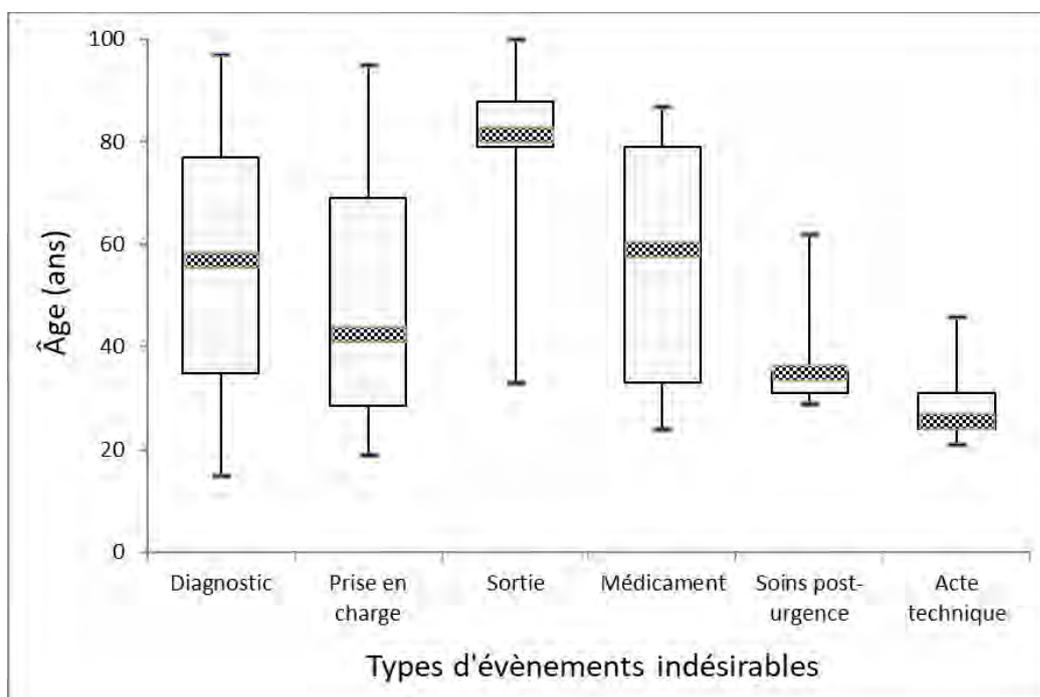
Cent quarante-sept EIAS (93,6%) qualifiés d'évitables étaient dus à une erreur de raisonnement clinique lors du premier passage. Les plus fréquentes concernaient le diagnostic, la prise en charge, et la décision de sortie (tableau 5). Dix EIAS, considérés comme inévitables, survenaient en raison de l'effet indésirable d'un médicament prescrit dans le SU ou d'un acte technique réalisé dans le SU. Les patients exposés à une erreur de

sortie étaient plus âgés que ceux des autres catégories (figure 4). Les 69 patients âgés de 75 ans et plus revenaient surtout en raison d'une erreur diagnostique (n=30) ou de sortie (n=30).

Tableau 5. Types d'EIAS chez 157 patients (EI : événements indésirables)

Types d'événement indésirable	n patients (%)	Age*
Erreurs diagnostiques	66 (42,0%)	57 [35-77]
Erreurs de prise en charge	38 (24,2%)	43 [29-69]
Erreurs de sortie	38 (24,2%)	82 [79-88]
EI médicamenteux	6 (3,8%)	59 [33-79]
Erreurs concernant les soins post-urgence	5 (3,2%)	35 [31-35]
EI lié à un acte technique	4 (2,5%)	26 [24-31]
*médiane (espace interquartile)		

Figure 4. Âge des patients en fonction du type d'EIAS.



Les dossiers des 66 patients présentant une **erreur diagnostique** étaient analysés pour savoir quels éléments déterminants pour le diagnostic n'avaient pas été pris en compte ou mal interprétés (tableau 6). Cent-quatorze éléments étaient dénombrés au total car chaque dossier en contenait un à trois. La non prise en compte d'une donnée clinique, qu'il s'agisse d'un antécédent, d'un symptôme ou d'un signe physique, constaté dans le SU ou décrit dans l'histoire clinique, était l'anomalie la plus fréquente, présente 74 fois (65%). Un résultat biologique ou d'imagerie était mal interprété ou mal utilisé dans 37 cas (32%). Par exemple,

un patient admis pour douleur abdominale et vomissements au domicile, ne vomissait plus au SU. Ce signe fonctionnel, avec l'histoire de la maladie, aurait dû orienter le diagnostic vers une occlusion, mais il n'avait pas été pris en compte.

Tableau 6. Éléments cliniques ou paracliniques non ou mal pris en compte dans le raisonnement clinique chez 66 patients présentant une erreur diagnostique.

Donnée clinique ou résultat noté avant ou pendant le passage au SU	Avant SU		Au SU	
	n	%	n	%
Antécédent	-	-	17	18%
Symptôme	11	55%	9	10%
Signe physique	3	15%	34	36%
Résultat biologique	2	10%	18	19%
Résultat d'imagerie	1	5%	16	17%
Diagnostic proposé avant le SU	3	15%	-	-
Total	20	100%	94	100%

Plusieurs éléments peuvent être notés chez un même patient

Les **erreurs de prise en charge** étaient principalement liées au fait qu'une imagerie ou un examen biologique indiqué n'avait pas été réalisé (Tableau 7). Dans 8 cas, l'erreur était attribuée à une prise en charge trop rapide sans mise en box du patient. Par exemple, pour un patient présentant une douleur abdominale localisée sans franche défense mais avec vomissements associés, nous n'avions pas prescrit de biologie sanguine, ce patient est revenu par la suite avec un tableau d'appendicite.

Tableau 7. Erreurs de prise en charge chez 38 patients par non réalisation d'un acte médical

Acte médical	n	%
Imagerie	13	33%
Mise en box pour examen	8	20%
Biologie	6	15%
Traitement	6	15%
Avis spécialisé non MU	5	13%
Surveillance SU ou post-SU	2	5%
Total	40	100%
Deux patients parmi les 38 présentaient deux erreurs		

Les facteurs ayant favorisé les **erreurs de sortie** pouvaient être intrinsèques, propres au patient et à sa pathologie, extrinsèques, liés à son environnement médicosocial, ou en rapport avec un manque de lit d'aval (tableau 8). La sortie trop précoce d'un patient non stabilisé était le facteur le plus fréquent retrouvé chez 12 patients. Par exemple, un patient âgé admis pour décompensation cardiorespiratoire repartait 3h30 après son arrivée, insuffisamment amélioré. Sept patients repartaient sans évaluation de leur autonomie fonctionnelle, insuffisante pour rentrer au domicile. Par exemple, un patient adressé pour chutes à répétition sans conséquence traumatique ni pathologie médicale aiguë patente était renvoyé sans évaluation de son autonomie ; une patiente vivant seule sans aide, venait pour chute et fracture de l'épaule et sortait sans évaluation de son environnement ni prescription d'aide. Une expertise gériatrique aurait été nécessaire chez trois patients dont le maintien au domicile était incertain. Le facteur extrinsèque le plus fréquent, noté chez 6 patients, était un retour dans un lieu de vie inadapté malgré une perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive bien notée dans le dossier. Une décision de sortie motivée par l'absence de lit d'aval n'était notée que dans deux dossiers médicaux. En résumé, les erreurs de sortie étaient liées surtout à une sortie trop précoce ou à une prise en compte insuffisante de la perte d'autonomie ou du lieu de vie inadapté.

Tableau 8. Facteurs contributifs à une prise de décision de sortie erronée chez 38 patients

Erreurs intrinsèques liées au patient ou à ses pathologies	n	%
Sortie trop précoce d'un patient non stabilisé	12	32%
Non prise en compte de la perte d'autonomie	8	21%
Pas de demande d'avis gériatrique	3	8%
Non prise en compte du trouble du comportement	0	0%
Patient alcoolisé refusant d'être opéré, autorisé à sortir	1	3%
Erreurs extrinsèques liées aux conditions de vie et de soins		
Lieu de vie inadapté (4 logements familiaux, 1 foyer, 1 EHPAD)	6	16%
Non recueil de l'accord du patient ou de son entourage pour le retour	2	5%
Non recueil de l'accord des aidants professionnels pour le retour	2	5%
Non prise en compte de la demande d'hospitalisation du médecin généraliste	2	5%
Manque de lit d'aval	2	5%

Parmi les autres types d'EIAS, six patients présentaient un **effet indésirable médicamenteux**, cinq revenaient en raison de **soins post-urgences** insuffisants (antalgie, contention), et quatre pour des **céphalées post-ponction lombaire**.

Discussion

Retours précoces au SU et EIAS

Les retours précoces aux urgences sont le plus souvent dus à l'aggravation de la pathologie, de la dépendance ou à des facteurs propres aux patients tels que l'inquiétude, le besoin de réassurance, ou la méconnaissance du système de soins (1,10,21). Les EIAS sont minoritaires parmi les retours précoces dans la littérature: leur taux médian était de 15% [EIQ 8-21%] dans une revue de 13 articles sur les retours précoces (9). Notre taux plus élevé de 26% pouvait être dû à la définition des EIAS qui incluait les événements porteurs de risque, et au fait de n'inclure que des patients hospitalisés après leur retour. Les patients présentant un EIAS sont souvent hospitalisés après leur retour (34). A l'inverse, ceux qui reviennent pour des raisons personnelles ont des pathologies peu sévères nécessitant rarement une hospitalisation (10). Nous avons confirmé que les retours précoces suivis d'hospitalisation sont un trigger performant pour détecter les EIAS puisque le nombre nécessaire de dossiers à analyser pour détecter un EIAS était seulement de quatre dans notre travail (31).

Notre faible prévalence d'EIAS dans la population du SU (0,2%) était proche de celle notée par Calder et al (0,4%) et Abualenain et al (0,03%) (31,35). La plupart des EIAS que nous avons détectés n'étaient pas graves voire étaient simplement porteurs de risque. Identifier des EIAS non graves mais répétitifs doit permettre de préciser leur profil et proposer des actions d'amélioration pour prévenir des événements plus graves. Quatre patients (2,5%) parmi les 157 décédaient des suites de l'EIAS dans ou après le SU. Ces dossiers étaient revus en réunion de morbi mortalité. Le taux de décès variait entre 0 et 3% dans 3 publications ayant étudié 38 à 92 patients retournés au SU en raison d'un EIAS (31,34,36). Une autre publication limitée aux patients admis en soins intensifs après leur retour retrouvait une mortalité intra hospitalière très supérieure de 34% (37).

Erreurs diagnostiques et de prises en charge

La grande majorité des EIAS étaient des erreurs évitables qui survenaient au cours de raisonnement clinique lors du diagnostic, de la prise en charge, ou de la décision de sortie du SU. Dans la littérature, les erreurs diagnostiques représentent 45 à 69% des EIAS causant des retours précoces (24,38). Dans les SU, les patients sont exposés au risque d'EIAS, même chez ceux hospitalisés après leur passage dans le SU (39). Ces risques sont rapportés au manque de temps et d'espace pour réaliser des soins optimaux, à la prise en charge simultanée de plusieurs patients, à des prises de décisions rapides sur des situations parfois

mal documentées, et à la continuité des soins difficile à assurer chez les patients attendant un lit d'aval.

L'erreur peut provenir du fait de ne pas penser au diagnostic, de l'envisager sans le conserver finalement, ou de sous-estimer la gravité malgré un diagnostic correct (40,41). Dans ce dernier travail, comme dans le nôtre, les erreurs pouvaient être occasionnées par une imagerie ou un électrocardiogramme (ECG) non prescrit ou mal interprété. Cependant, nous avons noté qu'elles provenaient plus souvent de la non-prise en compte ou de la mauvaise interprétation d'une ou plusieurs données cliniques critiques pourtant colligées dans le dossier médical. Ce résultat est corroboré par les travaux de T. Pelaccia sur les médecins urgentistes, montrant que les erreurs diagnostiques sont liées au raisonnement médical à partir d'éléments « externes » disponibles au niveau du patient et de son environnement et très rarement à une lacune de connaissance « interne » (42,43). Ces données recueillies lors de l'examen clinique sont indispensables pour générer les hypothèses diagnostiques selon un mode d'abord intuitif par la reconnaissance des formes ou d'exemples antérieurs, puis, si besoin, selon un mode analytique. L'hypothèse diagnostique qui paraît la plus plausible peut être confirmée par des tests et/ou permettre de débiter le traitement et prévoir une orientation post-SU, si le niveau de certitude paraît suffisant. Diminuer les erreurs diagnostiques serait possible en s'intéressant au devenir des patients après leur passage dans le SU, en participant aux réunions de morbi mortalité, en utilisant les outils d'aide au diagnostic comme les scores, et par une supervision attentive des jeunes médecins (40,41). Les multitâches et les interruptions de tâche devraient être évitées autant que possible. La détection systématique et l'analyse des EIAS dans un SU permettrait aussi de diminuer le nombre d'EIAS, de 3,3% à 0,5%, par des actions d'amélioration telles que, par exemple, l'envoi des comptes rendus médicaux aux médecins traitants ou la seniorisation des patients revenant précocement au SU (44).

Focus sur les patients gériatriques et les erreurs de sortie

Le nombre de personnes âgées passant par les urgences augmente au fil des années (19). Plus de la moitié des personnes âgées de plus de 80 ans sont hospitalisées en aval du SU (45). Ces passages par les SU, surtout s'ils sont fréquents et inappropriés, représentent une perte de chance car ils aggravent la fragilité (18).

Les personnes de plus de 75 ans ne représentaient que 10% de la population de notre étude car les patients hospitalisés après leur passage index n'étaient pas inclus. Par contre, ils représentaient un tiers des retours précoces et près de la moitié des EIAS, ce qui justifie de s'y intéresser. Jusqu'à présent, les travaux sur les retours des sujets âgés dans les SU ont

surtout étudié les caractéristiques des patients et de leur pathologie pour les expliquer, mais pas les EIAS qui contribuent pourtant aussi à leur retour comme le montre notre travail (13). Les facteurs de risque habituels de retours fréquents des personnes âgées dans les SU dans la littérature sont la comorbidité, la polymédication, les hospitalisations antérieures par le SU, les maladies aiguës cardiorespiratoires, digestives, neurologiques, et les traumatismes (13,19,46,47). L'isolement et un faible niveau socioéconomique déterminent également les retours fréquents des personnes âgées au SU (13).

Nos patients âgés étaient exposés à des erreurs diagnostiques comme les plus jeunes, mais aussi, de manière plus spécifique, à des décisions de sortie erronées alors même que le diagnostic et la prise en charge apparaissaient satisfaisants. La décision de non admission d'une personne âgée a déjà été identifiée comme cause de retour rapide au SU (19). Dans notre travail, les décisions de sortie erronées étaient souvent prises chez des patients âgés présentant une infection ou une décompensation cardiorespiratoire, arrivés depuis quelques heures seulement et non encore stabilisés lors de leur sortie. D'autres patients repartaient malgré une perte d'autonomie sévère, par exemple après une fracture, sans évaluation ou prise en compte de l'autonomie dans la décision de sortie. Moins souvent, la sortie était décidée sans accord apparent du patient ou de son entourage et des aidants. Ainsi, nous montrons que les réadmissions précoces ne sont pas dues qu'à une mauvaise appréciation de l'environnement médicosocial ou de la comorbidité, comme indiqué dans la conférence de consensus sur la personne âgée aux urgences de 2003, mais aussi à une mauvaise appréciation de la gravité de la pathologie aiguë et de la perte d'autonomie (48).

Sensibiliser les seniors et juniors urgentistes aux déterminants des EIAS décrits ci-dessus pourrait améliorer leurs prises de décision et les soins des personnes âgées dans et après le SU. A gravité équivalente, celles-ci sont prises en charge plus tardivement après leur arrivée que les patients plus jeunes, ce qui pourrait aggraver leur pronostic (16). Les patients âgés présentant un déclin fonctionnel ou cognitif devraient être reconnus précocement par le score d'identification des personnes âgées à risque (ISAR) (annexe 3). Ils bénéficieraient ainsi de l'intervention d'un gériatre et d'un travailleur social qui feraient le lien avec le médecin traitant et les aidants habituels pour faciliter la continuité des soins, prévenir la dépendance, et limiter les retours hospitaliers (46). Les retours au SU sont plus fréquents dans les petits hôpitaux ne disposant pas de travailleur social ni de service de gériatrie (46). Des consultations précoces post-urgences contribueraient à diminuer les retours au SU (24,46). Revoir les personnes âgées rapidement en hôpital de jour gériatrique serait également intéressant (49). Un dossier médical personnalisé régulièrement actualisé permettrait une

meilleure coordination et suivi entre les différents acteurs, en particulier pour les patients résidant en EHPAD. Le questionnaire « EARLI » permettrait de savoir quel patient âgé adresser au SU pour l'hospitaliser (50). Cela permettrait de diminuer les retours inappropriés du SU vers l'EHPAD ou le domicile des patients à risque de retour précoce, sans sur-hospitaliser les patients pouvant quitter le SU sans risque.

Nous n'avons pas étudié la disponibilité des lits d'aval ni précisé son impact sur les décisions de sortie inappropriées. Deux dossiers seulement justifiaient la sortie, qualifiée d'inappropriée après analyse, par l'absence de lit d'aval. Cependant, un nombre suffisant de lits d'aval faciliterait probablement les hospitalisations des patients à risque élevé de retour. Le manque de lits d'aval, qui se fait sentir de plus en plus dans les SU, augmente le risque de retours au cours des mois suivant un premier passage (46). Chaque augmentation du taux d'occupation hospitalier de 1% augmente le taux de sorties du SU de 0,5% et de réadmission à 30 jours de 0,01% (51). L'arrivée nocturne ou le week-end augmenterait également le risque de retour précoce, peut-être car plus de patients et moins de personnels seraient présents pendant ces périodes (12,24,46,52,53). Nous n'avons pas confirmé qu'une arrivée nocturne, le week-end, ou lors de forte activité dans le SU augmentait le risque d'EIAS. Une durée de passage prolongée lors du premier passage augmente ce risque dans notre étude, sans doute car les patients âgés, les plus sujets aux EIAS, restent plus longtemps dans le SU que les jeunes.

Limites

La validité de l'analyse des dossiers médicaux, méthode largement utilisée pour étudier la qualité des soins, a été discutée en raison de son manque de rigueur scientifique (Gilbert EH 1996). Notre procédure d'analyse a été construite pour limiter le risque de biais inhérent à toute revue de dossiers médicaux : formation des investigateurs travaillant d'abord en binôme dans la cadre de la pré-étude, sélection protocolisée des cas, définition des variables recueillies, saisie des données sur un support formaté, réunions régulières pour valider les EIAS, arbitrer les désaccords et améliorer les règles de codage, suivi des résultats (54). Nous n'avons pas mesuré la concordance entre les investigateurs mais Klasco RS et al ont rapporté un niveau satisfaisant dans leur étude ayant utilisé une méthodologie similaire pour identifier les EIAS dans un SU (55).

Notre taux de retours précoces a pu être sous-estimé par des patients retournés en urgence dans un autre établissement que le nôtre. La proportion de retours dans les 3 jours dans un autre SU que celui d'origine varie entre 11 et 36% selon les études (8,10,56,57). Elle devait être inférieure dans notre travail car les patients revenus le plus souvent en transport sanitaire devaient être réglés en priorité vers le SU du premier passage.

L'analyse rétrospective des dossiers n'a pas permis de questionner les professionnels ou les patients pour rechercher un défaut de communication à l'origine du retour qui aurait alors pu être considéré comme un EIAS. Les patients connaissent mal le système de soins et peuvent ne pas comprendre des informations essentielles pour la suite des soins (21). Ils sont souvent stressés et inquiets et ont du mal à se concentrer sur les informations fournies dans le SU. Des instructions claires, si possible écrites voire audiovisuelles, amélioreraient leur compréhension et faciliteraient probablement la poursuite des soins après le passage dans le SU (4).

Ce travail, réalisé dans un CHU disposant de toutes les spécialités médicales n'est pas généralisable à des SU organisés différemment. Par exemple, la présence d'un interne de chirurgie orthopédique dans le SU 24 heures/24 et 7 jours/7 peut expliquer que nous n'ayons retrouvé qu'une seule plaie de main dans la liste des EIAS. Cependant, même si nos résultats ne sont pas généralisables, la méthode d'analyse des retours précoces présentée dans ce travail serait utilisable dans d'autres SU pour caractériser leurs propres EIAS.

Nous n'avons pas rapporté les facteurs favorisant des EIAS, car le nombre élevé de dossiers analysés de manière rétrospective ne nous a pas permis de préciser les circonstances de survenue des événements avec les équipes concernées. Cela a cependant été réalisé pour les 4 EIAS graves revus en RMM. Ainsi, en dehors de ces dossiers, nous n'avons pas recherché les facteurs systémiques pourtant souvent prédominants dans la survenue d'erreurs

médicales. Les erreurs ne surviennent pas par hasard : « *si l'ampleur de l'erreur médicale est énorme, c'est en raison du recours à des systèmes mal conçus et non pas de l'irresponsabilité du personnel* » (29). Ces facteurs mériteraient d'être investigués dans le futur, tels que le retentissement de la fatigue et du manque de sommeil des médecins urgentistes sur la qualité des soins.

Conclusion

Ce travail devrait permettre de continuer à rechercher les EIAS mais surtout leur(s) cause(s). Les principales erreurs étaient diagnostiques liées à la non-prise en compte de symptômes et de signes physiques principalement. Les erreurs de prise en charge et de sorties étaient fréquentes, liées à la non prescription d'un acte paraclinique, à une sortie trop précoce par non prise en compte du phénomène aigu pouvant impacter les pathologies chroniques, à la non prise en compte de la perte d'autonomie, du lieu de vie inadapté suite à la dégradation clinique aiguë du patient.

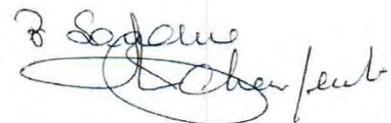
Ces EIAS auraient pu être évités lors du premier passage des patients dans le SU et donc éviter les retours précoces avant hospitalisation. Leur recherche permettrait de diminuer les EIAS et donc les retours et l'encombrement du SU en trouvant des solutions pour améliorer les prises en charge, les conditions de travail, et en sensibilisant les équipes sur les populations les plus à risque d'EIAS et de retour précoce.

Ces recherches de dysfonctionnements ne doivent pas s'effectuer seulement lorsqu'il y a des accidents, erreurs. L'amélioration de la qualité des soins doit être souhaitée et organisée dans la coopération et l'amélioration continue (29).

Cela pourrait permettre aussi d'éclairer les retours précoces suivis d'hospitalisation concernant les personnes âgées. Une meilleure prise en charge lors du premier passage aurait pu permettre d'éviter ce retour et parfois l'aggravation de leur état clinique. Les retours aux urgences des personnes âgées sont motivés par le besoin de soins mais aussi par la situation sociale. Autrement dit, il ne faut pas hospitaliser ou multiplier les examens inutiles chez les personnes très dépendantes, mais il ne faut pas non plus ne pas offrir les soins souvent utiles pour passer un cap, une acutisation, soulager etc. Connaitre notre efficacité, nos limites, notre iatrogénie, fait tout l'intérêt et la beauté de notre métier de médecin urgentiste.

*Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - Purpan*


Didier CARRIÉ



Références bibliographiques

1. Wu C-L, Wang F-T, Chiang Y-C, Chiu Y-F, Lin T-G, Fu L, et al. Rates and Causes of Emergency Department Revisits within 48 Hours [Internet]. *Kuang Tien Medical Journal*. 2008. Disponible sur: http://www.ktgh.com.tw/Public/Library_Magazine/201006020938057055.pdf
2. Hayward J, Hagtvedt R, Ma W, Gauri A, Vester M, Holroyd B. Predictors of Admission in Adult Unscheduled Return Visits to the Emergency Department. *West J Emerg Med*. 2018;19(6):912-8.
3. Sabbatini AK, Kocher KE, Basu A, Hsia RY. In-Hospital Outcomes and Costs Among Patients Hospitalized During a Return Visit to the Emergency Department. *JAMA*. 2016;315(7):663.
4. Hoek AE, Anker SCP, van Beeck EF, Burdorf A, Rood PPM, Haagsma JA. Patient Discharge Instructions in the Emergency Department and Their Effects on Comprehension and Recall of Discharge Instructions: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Emerg Med*. 2020;75(3):435-44.
5. Bottle A, Aylin P, Majeed A. Identifying patients at high risk of emergency hospital admissions: a logistic regression analysis. *J R Soc Med*. 2006;99(8):406-14.
6. Schuur JD, Hsia RY, Burstin H, Schull MJ, Pines JM. Quality Measurement In The Emergency Department: Past And Future. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(12):2129-38.
7. Hutchinson CL, McCloughen A, Curtis K. Incidence, characteristics and outcomes of patients that return to Emergency Departments. An integrative review. *Australas Emerg Care*. 2019;22(1):47-68.
8. Duseja R, Bardach NS, Lin GA, Yazdany J, Dean ML, Clay TH, et al. Revisit Rates and Associated Costs After an Emergency Department Encounter: A Multistate Analysis. *Ann Intern Med*. 2015;162(11):750.
9. Lauque D, Fernandez S, Lecoules N, Charpentier S, Azéma O, Edlow J, et al. Revue de la littérature sur les retours précoces aux urgences pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. *Ann Fr Médecine Urgence*. mai 2017;7(2):106-16.
10. Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return visits to the emergency department: the patient perspective. *Ann Emerg Med*. 2015;65(4):377-86.
11. Chan A, Ho S, Fook-Chong S, Lian S, Liu N, Ong M. Characteristics of patients who made a return visit within 72 hours to the emergency department of a Singapore tertiary hospital. *Singapore Med J*. 2015;57(06):301-6.
12. Hiti EA, Tamim H, Makki M, Geha M, Kaddoura R, Obermeyer Z. Characteristics and determinants of high-risk unscheduled return visits to the emergency department. *Emerg Med J*. 2020;37(2):79-84.
13. Dufour I, Chouinard M-C, Dubuc N, Beaudin J, Lafontaine S, Hudon C. Factors associated with frequent use of emergency-department services in a geriatric population: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):185.

14. Auger M-C. Vers une meilleure prise en soin des personnes âgées aux urgences. *Soins Gériatologique*. 2010;82(2):16.
15. Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of Care for the Geriatric Patient in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(1):49-69.
16. Freund Y, Yordanov Y, Vincent-Cassy C, Riou B, Ray P. Old Patients Wait Longer in the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(8):1592-3.
17. Grant K, Md EL. In older patients in the ED, higher ERA scores were associated with increased risk for mortality and return visits. *Ann Intern Med*. 19 mai 2020;172(10):JC58.
18. Sough B, Gauthier T, Clair D, Le Gall A, Menecier P, Mangola B. Elders of 75 and over at an emergency service. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. 2012;10(2):151-8.
19. Pereira L, Choquet C, Perozziello A, Wargon M, Juillien G, Colosi L, et al. Unscheduled-Return-Visits after an Emergency Department (ED) Attendance and Clinical Link between Both Visits in Patients Aged 75 Years and Over: A Prospective Observational Study. Abe T, éditeur. *PLoS ONE*. 2015;10(4):e0123803.
20. Naseer M, Agerholm J, Fastbom J, Schön P, Ehrenberg A, Dahlberg L. Factors associated with emergency department revisits among older adults in two Swedish regions: A prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;86:103960.
21. Proud ME, Howard PK. Why Do Patients Return to the Emergency Department?: *Adv Emerg Nurs J*. 2016;38(2):83-8.
22. Gabayan GZ, Asch SM, Hsia RY, Zingmond D, Liang L-J, Han W, et al. Factors Associated With Short-Term Bounce-Back Admissions After Emergency Department Discharge. *Ann Emerg Med*. 2013;62(2):136-44.
23. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;(212):8.
24. Van der Linden MC, Lindeboom R, de Haan R, van der Linden N, de Deckere ER, Lucas C, et al. Unscheduled return visits to a Dutch inner-city emergency department. *Int J Emerg Med*. 2014;7(1):23.
25. HAS. Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS). Haute Aut Santé [Internet]. [cité 16 août 2020]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias
26. Griffey MD RT, Schneider RM, Sharp BR, Pothof J, Vrablik MC, Granzella N, et al. Multicenter Test of an Emergency Department Trigger Tool for Detecting Adverse Events. *J Patient Saf* [Internet]. 2018 [cité 24 août 2020]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343477/>
27. Cheng J, Shroff A, Khan N, Jain S. Emergency Department Return Visits Resulting in Admission: Do They Reflect Quality of Care? *Am J Med Qual*. 2016;31(6):541-51.
28. HAS. Sécurité du patient : la HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins. Haute Aut Santé [Internet]. [cité 16 août 2020]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias

29. Muller, Surun, Turbel. Culture de l'erreur apprenante. 2019; Disponible sur: www.focusqualite.fr/lb-erreur-apprenante
30. Hu K-W, Lu Y-H, Lin H-J, Guo H-R, Foo N-P. Unscheduled Return Visits With and Without Admission Post Emergency Department Discharge. *J Emerg Med.* 2012;43(6):1110-8.
31. Calder L, Pozgay A, Riff S, Rothwell D, Youngson E, Mojaverian N, et al. Adverse events in patients with return emergency department visits. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(2):142-8.
32. Forster AJ, Rose NGW, van Walraven C, Stiell I. Adverse events following an emergency department visit. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(1):17-22.
33. HAS. Repères – Évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Haute Aut Santé [Internet]. [cité 21 août 2020]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974439/fr/reperes-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias
34. Liaw S, Bullard M, Hu P, Chen J, Liao H. Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. - Abstract - Europe PMC. *J Formos Med Assoc.* 1999;98:422-5.
35. Abualenain, Frohna WJ, Smith M, Pipkin M, Webb C, Milzman D. The Prevalence of Quality Issues and Adverse Outcomes among 72-Hour Return Admissions in the Emergency Department. *J Emerg Med.* 2013;45(2):281-8.
36. Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. "Bounces": An analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med.* 1990;19(7):752-7.
37. Fan J-S, Kao W-F, Yen DH-T, Wang L-M, Huang C-I, Lee C-H. Risk factors and prognostic predictors of unexpected intensive care unit admission within 3 days after ED discharge. *Am J Emerg Med.* 2007;25(9):1009-14.
38. Jiménez-Puente A, del Río-Mata J, Arjona-Huertas JL, Mora-Ordóñez B, Martínez-Reina A, Martínez del Campo M, et al. Which unscheduled return visits indicate a quality-of-care issue? *Emerg Med J.* 2017;34(3):145-50.
39. Freund Y, Goulet H, Bokobza J, Ghanem A, Carreira S, Madec D, et al. Factors associated with adverse events resulting from medical errors in the emergency department: two work better than one. *J Emerg Med.* août 2013;45(2):157-62.
40. Hendrie J, Sammartino L, Silvapulle MJ, Braitberg G. Experience in adverse events detection in an emergency department: Nature of events. *Emerg Med Australas.* 2007;19(1):9-15.
41. Hendrie J, Sammartino L, Silvapulle MJ, Braitberg G. Experience in adverse events detection in an emergency department: Incidence and outcome of events. *Emerg Med Australas.* 2007;19(1):16-24.
42. Pelaccia T, Tardif J, Triby E, Ammirati C, Bertrand C, Dory V, et al. Comment les médecins urgentistes raisonnent-ils ? Synthèse des principaux résultats d'une recherche

qualitative multicentrique et multidisciplinaire sur la prise de décision en médecine d'urgence. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2017;7(3):153-8.

43. Pelaccia T, Tardif J, Triby E, Ammirati C, Bertrand C, Charlin B. Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques? Les enjeux en médecine d'urgence. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2011;1(1):77-84.
44. Wolff AM, Bourke J. Detecting and reducing adverse events in an Australian rural base hospital emergency department using medical record screening and review. *Emerg Med J*. 2002;19(1):35-40.
45. Michel.P, Minodier.C, Lathelize.M. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *Solidar Santé* 2 N° 17 - 2010 [Internet]. 2010; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>
46. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile É. Return to the Emergency Department among Elders: Patterns And Predictors. *Acad Emerg Med*. 2000;7(3):249-59.
47. Castillo EM, Brennan JJ, Howard J, Hsia RY, Chalmers C, Chan TC, et al. Factors Associated With Geriatric Frequent Users of Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2019;74(2):270-5.
48. 10ème Conférence de consensus prise en charge de le personne âgée de plus de 75 ans aux urgences 5 Décembre 2003-Strasbourg. Société Francoph Médecine D'Urgence – Pers Âgée Aux Urgences. 2003;
49. Laffon de Mazières C, Romain M, Hermabessière S, Abellan G, Gerard S, Castex A, et al. An Innovative Day Hospital Dedicated to Nursing Home Resident: A Descriptive Study of 1306 Residents Referred by their Physicians. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(9):1138-43.
50. Lyon D, Lancaster GA, Taylor S, Dowrick C, Chellaswamy H. Predicting the likelihood of emergency admission to hospital of older people: development and validation of the Emergency Admission Risk Likelihood Index (EARLI). *Fam Pract*. 2007;24(2):158-67.
51. Friebel R, Fisher R, Deeny SR, Gardner T, Molloy A, Steventon A. The implications of high bed occupancy rates on readmission rates in England: A longitudinal study. *Health Policy*. 2019;123(8):765-72.
52. Bell CM, Redelmeier DA. Mortality among Patients Admitted to Hospitals on Weekends as Compared with Weekdays. *N Engl J Med*. 2001;345(9):663-8.
53. Concha OP, Gallego B, Hillman K, Delaney GP, Coiera E. Do variations in hospital mortality patterns after weekend admission reflect reduced quality of care or different patient cohorts? A population-based study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(3):215-22.
54. Gilbert EH, Lowenstein SR, Koziol-McLain J, Barta DC, Steiner J. Chart Reviews In Emergency Medicine Research: Where Are The Methods? *Ann Emerg Med*. 1996;27(3):305-8.
55. Klasco RS, Wolfe RE, Wong M, Edlow J, Chiu D, Anderson PD, et al. Assessing the rates of error and adverse events in the ED. *Am J Emerg Med*. 2015;33(12):1786-9.

56. Lu T-C, Ling D-A, Tsai C-L, Shih F-Y, Fang C-C. Emergency department revisits: a nation-wide database analysis on the same and different hospital revisits. *Eur J Emerg Med.* 2020;27(2):114-20.
57. Shy BD, Shapiro JS, Shearer PL, Genes NG, Clesca CF, Strayer RJ, et al. A conceptual framework for improved analyses of 72-hour return cases. *Am J Emerg Med.* 2015;33(1):104-7.

Annexes

Annexe 1. Caractéristiques de la population totale et des 456 patients avec retour non programmé en relation avec le 1er passage (caractéristiques du premier passage).

	Population totale n=62920 (%)	Retours non programmés n=456 (%)	p ^μ
Âge médian [EIQ [~]] (ans)	36 [25-55]	63 [37-80]	<0.001
Âge > 75 ans	6602 (10%)	158 (35%)	<0.001
Femmes	29881 (47%)	210 (46%)	0.537
Mode vie (n=60398)			<0.001
seul	8225 (13%)	62 (14%)	
famille	43328 (69%)	322 (71%)	
ehpad [§]	1549 (2%)	40 (9%)	
autre	7296 (12%)	32 (7%)	
Venue au SU [£] les 6 derniers mois	6291 (10%)	163 (36%)	<0.001
Site			<0.001
Purpan	42126 (67%)	239 (52%)	
Rangueil	20794 (33%)	217 (48%)	
Trimestre			0.161
Premier	20431 (32%)	166 (37%)	
Deuxième	19875 (32%)	130 (29%)	
Troisième (jusqu'au 9 octobre)	22614 (36%)	160 (35%)	
Arrivée le week-end	18912 (30%)	133 (29%)	0.617
Arrivée la nuit (18-8h)	29599 (47%)	226 (50%)	0.279
Nb quotidien de passages			
bas (<Q1 [#])	14875 (24%)	103 (23%)	0.049
habituel (EIQ)	32984 (52%)	263 (58%)	
élevé (>Q3 [#])	15061 (24%)	90 (20%)	
Durée passage, médiane [EIQ] (h)	4.5 [2.8-6.7]	6.2 [4.0-9.0]	<0.001
Transport sanitaire	21568 (34%)	262 (57%)	<0.001
CIMU [°]			<0.001
5	12464 (20%)	23 (5%)	
4	25931 (41%)	92 (20%)	
3	22305 (35%)	292 (64%)	
2	1280 (2%)	38 (8%)	
1	33 (<1%)	1 (<1%)	
non renseignée	907 (1%)	10 (2%)	
Motifs de recours (n=51215)			
Douleur abdominale	5197 (8%)	68 (15%)	< 0,001
Dyspnée	1074 (2%)	38 (8%)	< 0,001
Altération de l'état général	963 (2%)	29 (6%)	< 0,001
Douleur de membre	3233 (5%)	21 (5%)	0.699
Douleur du rachis	2442 (4%)	19 (4%)	0.855
Douleur thoracique	3392 (5%)	18 (4%)	0.229
Motif urogénital	2180 (3%)	19 (4%)	0.677
Vomissements	958 (2%)	20 (4%)	< 0,001
Traumatisme crâniofacial	3509 (6%)	16 (4%)	0.082
Céphalée	2249 (4%)	15 (3%)	0.848
Diagnostics			
Douleur abdominale	3962 (6%)	45 (10%)	0.005
Pneumopathie	1192 (2%)	30 (7%)	<0.001
Colique néphrétique	1256 (2%)	28 (6%)	<0.001
Altération de l'état général	709 (1%)	20 (4%)	<0.001
Malaise, perte de connaissance	2172 (3%)	16 (4%)	1
Douleur thoracique	2761 (4%)	13 (3%)	0.151
Fièvre	334 (1%)	13 (3%)	<0.001
Infection urogénitale	132 (0%)	13 (3%)	0.350
Intoxication	2008 (3%)	13 (3%)	0.788
Douleur rachidienne	2234 (4%)	12 (3%)	0.818

μvaleurs significatives en gras ; ~espace interquartile ; §établissement hébergeant les personnes âgées dépendantes ; £service des urgences ; #1er et 3ème quartiles ; °classification infirmière des malades aux urgences

Annexe 2: Description des 4 patients décédés en raison d'un EIAS.

(Dossiers présentés en réunion de morbi mortalité).

Description des passages	Événements indésirables
Femme 57 ans, diabète insulino dépendant, HTA, tabagisme, vient spontanément pour dyspnée, orthopnée, angoisse. Vue à l'accueil par IOA, TA 100/60, FC 91/mn, SpO2 100%, T°C 36°C, EN 0. Réorientée après avis médical 40min après son arrivée vers le médecin traitant. Ramenée par le SMUR 7h plus tard pour ACR non récupéré.	Réorientation rapide inappropriée (antécédent et motif de venue non pris en compte, examen clinique ? ECG non fait (EI évitable par erreur de prise en charge, favorisée par des facteurs procéduraux))
Femme 86 ans, malaise avec hypotension artérielle. A l'arrivée TAs 96, FC 105, T°C 37.4°C, SpO2 93%. Epigastre douloureux, déshydratation. Sort au bout de 3h. Revient 3h après pour choc hypovolémique et occlusion grêlique sur hernie crurale étranglée. Décès rapide à la SAUV.	Pas d'imagerie malgré épigastre douloureux, hémodynamique altérée et déshydratation à 86 ans (EI diagnostique favorisée par des facteurs individuels)
Femme 54 ans, SEP (paraplégie, vessie neurologique avec Bricker), comitialité, séquelle TVC, HTA, EP, vient pour déficit sensitif récent membre inférieur gauche récent. Conclusion avis neurologique : probable poussée SEP, pas d'indication d'IRM en urgence, sera reconvoqué. HTA persistante 200/120 avec FC 120/min avant le départ, majoration insuffisance rénale. Revient 3h après sortie pour crises comitiales liée à une encéphalopathie hypertensive (IRM cérébrale) évoluant vers le décès au bout de 10 jours.	HTA maligne non diagnostiquée : signes neurologiques attribués à la SEP et l'insuffisance rénale à l'obstruction des voies urinaires vue à l'échographie (EI diagnostic favorisée par la comorbidité)
Femme 76 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, obèse, vient pour épigastralgie, vomissement, constipation. Au SU, disparition des douleurs et vomissements après IPP et gaviscon. Abdomen tendu. CRP 35, troponine négative. Retour au domicile sous traitement symptomatique. Revient au bout de 38h car hyperalgique et choc hypovolémique. Scanner en faveur d'une péritonite sur perforation intestin. Bloc puis décès	Erreur diagnostique sur tableau clinique débutant et frustré (erreur diagnostique favorisée par l'obésité)

(HTA : hypertension artérielle, IOA : infirmière d'orientation à l'accueil, FC : fréquence cardiaque, SpO2 : saturation en oxygène, T°C : température, EN : échelle numérique de la douleur, SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation, ACR : arrêt cardio respiratoire, EP : embolie pulmonaire, TA : tension artérielle, TAs : tension artérielle systémique, TVC : thrombose veineuse cérébrale, SAUV : service adultes des urgences vitales, ECG : électrocardiogramme, IRM : imagerie par résonance, SEP : sclérose en plaque magnétique, EI : événement indésirable, IPP : inhibiteur de la pompe à proton, CRP : protéine réactive C)

Annexe 3. Score d'identification des personnes âgées à risque (ISAR)

- Avant l'arrivée de la pathologie aiguë ou de la blessure qui vous a fait venir aux urgences, avez-vous eu besoin d'une aide pour les actes de la vie quotidienne ? (oui, non).
- Depuis la maladie ou la blessure qui vous a fait venir aux urgences, avez-vous besoin de plus d'aide pour prendre soin de vous que d'habitude ? (oui, non).
- Avez-vous été hospitalisé pendant une ou plusieurs nuits durant ces 6 derniers mois (en dehors des passages aux urgences) ? (oui, non).
- En général, est ce que vous voyez bien ? (oui, non).
- En général, avez-vous des problèmes de mémoire ? (oui, non).
- Prenez-vous plus de trois médicaments différents par jour ? (oui, non).

Un patient est considéré à risque de déclin fonctionnel ou de réadmission avec plus de 2 réponses positives (sur 6 questions). Ce score pourrait être un moyen de prédire le retour (mais pas la fréquence des admissions).

RETOURS PRÉCOCES AUX URGENCES DANS LES 72H : CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS À L'ORIGINE DES HOSPITALISATIONS

RESUMÉ :

Les retours précoces aux urgences peuvent être dus à un événement indésirable associé aux soins (EIAS) survenu lors du premier passage. Les EIAS à l'origine de retours aux urgences suivis d'hospitalisation dans les 72h ont été analysés pour en préciser leurs causes, leur gravité, et leurs facteurs de risque.

Au cours de cette étude rétrospective observationnelle, les retours ont été criblés pendant 9 mois, puis les dossiers expertisés par 8 médecins urgentistes pour déterminer la présence d'un EIAS, le caractériser, et préciser ses causes. Les caractéristiques des patients lors du 1^{er} passage ont été comparées à la population des urgences pour préciser les facteurs de risque d'EIAS.

Parmi 88010 passages aux urgences, 456 étaient des retours non programmés suivis d'hospitalisation, parmi lesquels 157 (34%) étaient attribués à un EIAS. Les facteurs de risque d'EIAS étaient un âge élevé, une vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un transport sanitaire, une gravité élevée à l'arrivée, un diagnostic de fièvre, pneumopathie, altération de l'état général. Quatre décès étaient en rapport avec un EIAS. La plupart des EIAS (94%) étaient évitables et étaient en rapport avec une erreur de diagnostic (42%), de prise en charge (24%), de décision de sortie (24%), de soins post urgence (3%). Les EIAS inévitables (10%) étaient médicamenteux ou liés à un acte technique.

Les retours précoces suivis d'hospitalisation démontrent un taux élevé d'EIAS, la plupart évitables en rapport avec une erreur de raisonnement clinique. Ils doivent être pris en compte et des actions correctives proposées pour améliorer la qualité des soins.

TITLE: Early return visits to the emergency department within 72H: causes and risk factors of adverse events associated with hospitalization care

ABSTRACT: Early return visits to the emergency department (ED) may be due to adverse event (AE) occurring during the first visit. Adverse event at the origin to the return visit at ED followed by hospitalization within 72 hours were analyzed to specify their causes, severity, and risk factors. During this retrospective observational study, return visits were screened for 9 months, then files reviewed by 8 emergency physicians to determine the presence of an AE, characterize it, and specify its causes. The characteristics of the patients during the first visit were compared to the ED population to clarify the risk factors for AE. Of 88,010 ED visits, 456 were unscheduled returns followed by hospitalization, of which 157 (34%) were attributed to an AE. The risk factors for AE were high age, life in a residential care facility for dependent elderly people, medical transport, high severity on arrival, diagnosis of fever, pneumonia, weakness. Four deaths were related to an AE. Most AE (94%) were preventable and were related to an error in diagnosis (42%), management (24%), discharge decision (24%), post-emergency care (3%). The inevitable AE (10%) were related to an adverse drug reaction or a procedural complication.

Early returns followed by hospitalization show a high rate of AE, most of which are preventable due to clinical reasoning error. They must be taken into account and corrective actions proposed to improve the quality of care.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée d'urgence

MOTS-CLÉS : retours précoces, service des urgences, événements indésirables associés aux soins, erreurs médicales, raisonnement clinique, personnes âgées.

KEYWORDS : early return visit, emergency department, adverse event, medical errors, clinical reasoning, old people.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Professeur Dominique LAUQUE