

# THÈSE

## POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITE MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Lucas COLANGE

Le 21 Avril 2023

### COMPARAISON DU PROFIL DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN ADMISSION PROGRAMMÉE OU NON PROGRAMMÉE DANS UN SERVICE DE MÉDECINE INTERNE À TOULOUSE

Directeur de Thèse : Dr Martin Michaud

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Gregory PUGNET**

Président du Jury

**Monsieur le Docteur Martin MICHAUD**

Assesseur

**Madame le Docteur Camille GARNIER**

Assesseur

**Monsieur le Docteur Fabien FOURCADE**

Assesseur

FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

Tableau des personnels HU de médecine

Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANGAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHLIZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
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. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELUSLE 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. ROQUES-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. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
 Professeur BOUTAULT Franck  
 Professeur CARON Philippe  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Huques  
 Professeur GRAND Alain  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MARCHOU Bruno  
 Professeur PERRET Bertrand  
 Professeur RISCHMANN Pascal  
 Professeur RIVIERE Daniel  
 Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Herve	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
<b>P.U. Médecine générale</b>			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RIJSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
<b>P.U. Médecine générale</b>	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>
M. MESTHÉ Pierre	M. ABITTEBOUL Yves
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	M. BOYER Pierre
	M. CHICOULAA Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	<b>Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène</b>
	Mme MALAUAUD Sandra

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie	Mme MASSIF Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme FREYENS Anne  
Mme LATROUS Lella  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

## **REMERCIEMENTS**

### *A mon jury de thèse,*

#### **A mon président de jury, Monsieur le Professeur Grégory PUGNET**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect. Je vous remercie également de nous transmettre votre savoir à travers le Diplôme Universitaire de Médecine Hospitalière Polyvalente, en nous rappelant l'importance de la de la clinique face à chaque patient rencontré.

#### **A mon directeur de thèse, le Docteur Martin MICHAUD**

Je te remercie de m'avoir proposé ce travail de recherche et de m'avoir accompagné comme tu l'as fait. Ta gentillesse, bienveillance, et ton incroyable disponibilité m'auront permis de mener sereinement ce projet à terme.

#### **Au Docteur Camille GARNIER,**

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Je ne pouvais rêver mieux que d'avoir une stéphanoise dans ce jury. Merci pour ton accompagnement dans mon projet professionnel, ton compagnonnage au SMIT, et surtout ton humour au quotidien.

#### **Au Docteur Fabien FOURCADE,**

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Je suis très heureux de t'avoir rencontré ; j'ai pu découvrir une pratique de la médecine générale dans laquelle je me suis épanoui pendant ces 6 mois, proche de ses patients, mais surtout intéressante sur le plan médical et intellectuel. J'ai apprécié ta grande simplicité dès le premier jour, la manière que tu as de te poser toutes ces questions sur nos patients, nos prises en charge, mais surtout sur la vie en générale. A nos discussions du mercredi qui ne m'auront pas permises d'arriver une seule fois à l'heure pour les consultations de l'après midi, mais qui auront, j'en suis sur, fait grandir mon esprit.

### *Au SMIT de Toulouse,*

#### **Au Professeur Pierre DELOBEL,**

Je te remercie de la confiance et de l'intérêt que tu portes à mon projet professionnel en me permettant de réaliser un assistantat dans ton service. Je t'exprime toute ma reconnaissance et mon profond respect.

#### **A tous les chefs du SMIT,**

A Pierre, Guillaume, Lucie, Camille, Alexa, Muriel, Coleen et Xavier, merci de me transmettre votre savoir au travers de ce stage au SMIT, des journées à l'EMI, et lors des gardes, toujours dans la bienveillance et la bonne humeur. J'ai hâte de rejoindre l'équipe et de travailler avec vous pour continuer d'apprendre de votre rigueur.

### *Au SMIT de Castres,*

#### **Au Docteur Sarah KHATIBI,**

Je te remercie de m'accompagner dans mon projet professionnel et de me faire confiance pour l'année à venir. J'ai hâte que l'on travaille ensemble.

### *Et à tous les autres,*

#### **Au Docteur Delphine MATHIEU,**

Merci pour ce semestre de l'été 2022, j'ai appris énormément à tes côtés.

#### **Au Docteur Sylvie DOMAS,**

Pour ta gentillesse et tes debriefing de qualité qui m'ont permis de grandement progresser.

*A mes cointernes croisés pendant l'internat,*

**A mes cointernes du SMIT,**

A Xavier, Julien, Noémie, Laura et Juliette. Merci pour ce beau semestre où l'on aura appris à se serrer les coudes. J'ai pris plaisir à travailler avec vous tous.

**Et à tous les autres,**

A mes cointernes des urgences de Tarbes, quel beau semestre, quoi que certains en diront le contraire ! A Marion pour la gériatrie à la Clinique Monié, je garde de très bon souvenir de ces trois mois.

*A tous les médecins que j'ai croisé, paramédicaux qui m'ont accompagné,  
patients...*

## *A ma famille,*

### **A mes parents,**

J'ai conscience de la chance d'avoir grandi dans un environnement bienveillant, rempli d'amour, et dans lequel tout pouvait se dire. Merci de m'avoir transmis vos valeurs d'ouverture d'esprit, d'entraide et de partage avec l'autre. Merci à tous les deux pour votre soutien sans faille depuis que je suis venu au monde, et particulièrement durant ces longues études de médecine qui n'auront pas toujours été simples. Je vous dois une grande partie de cette réussite. Je vous aime très fort.

### **A mes frères, Romain et Théo,**

J'ai beaucoup de souvenirs heureux de mon enfance avec vous, en témoignent les photos des vacances, anniversaires, dimanches en famille. Je suis fier de vous, et de la façon dont vous avancez dans la vie. Vous me manquez, bien trop souvent. Je vous aime très fort.

### **A ma famille,**

A Farida, Nouara et Fred, Rachid et Nanou, Esther, et les Abriaux. J'ai eu la chance de vous avoir proches de moi pendant très longtemps. Merci pour votre soutien.

### **A mon grand père, Ahmed,**

J'espère avoir ta longévité avec cette forme olympique, cette détermination, et ce sens de l'humour du haut de tes 98 ans. Ton parcours m'a souvent été inspirant. En espérant que les gènes transmis aient été les bons et me permettront de suivre ton chemin.

### **A mes grands-parents, Tassadit, René, et Pierrot,**

Vous m'avez certainement transmis le goût du travail et des choses bien faites. Vous me manquez, je pense souvent à vous.

### **A David,**

Je n'ai certainement pas choisi cette voie par hasard. Tu me manques énormément.

### **A Rachid.C,**

Je suis très heureux d'avoir pu te rencontrer et partager tous ces moments avec Esther et toi. J'ai beaucoup de souvenirs heureux dans votre appartement et dans les rues de Paris quand on s'y baladé. Je pense souvent à toi.

## *A mes amis, et aux copains*

### **A mes amis du lycée, ma deuxième famille,**

A Pierre, Charles (mon Carles), Ben, Célia, Marion (ma Kaco), Jeanne et Romane. Je me souviens de cette année de seconde en 2010 au cours de laquelle le courant est vite passé, pour finalement ne plus jamais se quitter. A nos années à Sainté, à ces longues soirées à refaire le monde jusqu'à ce que le soleil se lève, à nos vacances d'été, et à toutes celles qui vont suivre. Je vous aime.

### **A Tiphaine,**

Merci pour tout soutien depuis toutes ces années. A notre complicité de toujours.

### **A mes copains de Toulouse,**

Merci ou plutôt merki à tous les Tarbais, Julie Laure et Marie (aka mes belles), Henri, Eva, Maud, Lisa, Mathieu, Raph, Chloé, Aurore, Maëlle et Emilie. A la belle équipe que nous formons depuis plus de deux ans, merci pour votre drôlerie et vos conneries du quotidien, l'internat aura été bien plus simple à vos côtés.

### **A Jules,**

Je suis heureux d'avoir croisé ta route.

### **A mes colloc,**

A Maeva, Julie et Romain.

### **Aux copains de l'externat,**

A Maud pour ton soutien de tous les jours, ces heures de BU interminables, ces verres et bons repas de décompression, et à ton humour que j'aime tant.

A mes deux compères Guillaume et Killian.

A Remi pour cette D4 et toutes ces sorties courses,

A Cécile et Justine.

### **Aux copains rencontrés à Toulouse,**

A Antoine, Côme, Marine, Marion, Aurore et Paul.

### **Aux copains de l'Erasmus,**

A Lucien, Eleonore (tatie) et Jean (Juanito) pour ces six mois à Saragosse hors du temps, et pour ce rythme de vie (et surtout de bringues) que je serai bien incapable de tenir maintenant.

### **A Laurine,**

Merci pour ces six belles années. Et même si nos vies ont pris des chemins différents, je suis fier de toi et de la médecin que tu es devenue. Je tiens beaucoup à toi.

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
I. LA MÉDECINE INTERNE EN FRANCE ET LES LIENS VILLE - HÔPITAL :.....	4
(a) Définition et champ d'action de la Médecine Interne.....	4
(b) Définition de la Médecine Générale et des liens ville - hôpital.....	4
(c) Attente des Médecins Généralistes vis à vis de la Médecine Interne :.....	6
II. L'HOSPITALISATION NON PROGRAMMÉE OU LE PASSAGE AUX URGENCES.....	6
(a) Les services d'urgences : mode d'admission principal aux hospitalisations :.....	6
(b) Les inconvénients d'un passage aux urgences :.....	7
III. L'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU ADMISSION DIRECTE :.....	7
(a) Les avantages d'une hospitalisation programmée :.....	7
(b) La notion d'hospitalisation programmable :.....	8
IV. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :.....	9
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	10
I. TYPE D'ÉTUDE :.....	10
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET CRITÈRES D'INCLUSION-EXCLUSION :.....	18
III. CRITÈRES DE JUGEMENT :.....	11
(a) Critères de jugement pour répondre à l'objectif principal :.....	11
(b) Critères de jugement pour répondre aux objectifs secondaires :.....	11
IV. STATISTIQUES :.....	13
(a) Description de la population étudiée :.....	13
(b) Comparaison des variables d'intérêt selon le mode d'admission:.....	13
V. CADRE RÉGLEMENTAIRE :.....	13
<b>RESULTATS</b> .....	14
I. POPULATION DE L'ÉTUDE ET DESCRIPTIF DES SÉJOURS HOSPITALIERS :.....	14
(a) Séjours inclus :.....	14
(b) Origines des admissions programmées.....	14
(c) Caractéristiques socio démographiques de la population étudiée :.....	15
(d) Motifs d'hospitalisation des séjours inclus :.....	15
II. OBJECTIF PRINCIPAL :.....	17
III. OBJECTIFS SECONDAIRES :.....	18
(a) Quantification de la programmation des hospitalisations :.....	18
(b) Comparaison des caractéristiques des séjours en fonction du mode d'admission :.....	18
(c) Comparaison du mode d'admission en fonction du motif d'hospitalisation :.....	21
<b>DISCUSSION</b> .....	22
I. RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE :.....	22
II. LIMITES DE NOTRE ÉTUDE :.....	24
III. HOSPITALISATION PROGRAMMÉE, POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES :.....	25
IV. PERSPECTIVES :.....	28
<b>CONCLUSION</b> .....	30
<b>ANNEXES</b> .....	31
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	34

## **LISTES DES ILLUSTRATIONS**

### **Figures :**

**Figure 1 :** Diagramme de flux : processus d'inclusion des patients

**Figure 2 :** Répartition des motifs d'hospitalisation

### **Tableau :**

**Tableau 1:** Caractéristiques socio démographiques de la population étudiée

**Tableau 2:** Comparaison du profil des patients en fonction du mode d'admission programmée (SP) ou non programmée (SNP).

**Tableau 3:** Comparaison des caractéristiques des séjours en fonction du mode d'admission

**Tableau 4:** Comparaison du mode d'admission en fonction du motif d'hospitalisation

### **Annexes :**

**Annexe 1 :** Liste des motifs d'hospitalisation

**Annexe 2 :** Liste des diagnostics finaux

**Annexe 3 :** Groupe homogène de malades (GHM)

**Annexe 4 :** Score de comorbidités de Charlson

## **LISTES DES ABREVIATIONS**

<b>AEFp</b>	Appropriateness Evaluation French Protocol
<b>AEG</b>	Altération de l'état général
<b>AM</b>	Assurance Maladie
<b>AP</b>	Ambroise Paré (Clinique)
<b>APHP</b>	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CRH</b>	Compte rendu d'hospitalisation
<b>DPO</b>	Délégué à la protection des données
<b>DUMG</b>	Département universitaire de Médecine Générale
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'état
<b>IDM</b>	Infarctus du myocarde
<b>ECBU</b>	Examen bactériologique des urines
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ET</b>	Ecart type
<b>FOGD</b>	Fibroscopie oeso-gastroduodénale
<b>GHM</b>	Groupe homogène de malades
<b>IRM</b>	Imagerie à résonance magnétique
<b>LCR</b>	Liquide céphalo-rachidien
<b>MG</b>	Médecine générale
<b>MI</b>	Médecine interne
<b>MOY</b>	Moyenne
<b>NFS</b>	Numération formule sanguine
<b>RAD</b>	Retour à domicile
<b>SAU</b>	Service d'accueil des urgences
<b>SNFMI</b>	Société Nationale Française de Médecine Interne
<b>SP</b>	Séjours programmés
<b>SNP</b>	Séjours non programmés
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>T2A</b>	Tarification à l'activité
<b>WONCA</b>	World Organization of Nationale Colleges

# INTRODUCTION

## **I. LA MÉDECINE INTERNE EN FRANCE ET LES LIENS VILLE - HÔPITAL :**

### **(A) DÉFINITION ET CHAMP D'ACTION DE LA MÉDECINE INTERNE**

La Médecine Interne (MI) est une spécialité dont le champ d'activité ne se limite pas à un organe ou un appareil. Créée en 1970, la MI avait pour objectif de répondre à la fragmentation des disciplines médicales et à l'hyperspécialisation des services d'hospitalisation. Ses domaines de prédilection sont les maladies systémiques et générales, les maladies rares, les maladies de l'immunité, ou encore les maladies génétiques. Son champ d'action comporte aussi la prise en charge des patients atteints de polyopathologies. Ainsi, le rôle de l'interniste est avant tout de porter un diagnostic et de conduire à une prise en charge thérapeutique, chez des patients qui lui sont adressés en deuxième voire en troisième recours. En définitif, c'est le spécialiste de tout ce qui ne relève pas de la spécialité d'organe.

Pour ce faire, les missions qui lui sont dévolues sont les suivantes (1) :

- Prise en charge des malades en aval des urgences médicales,
- Prise en charge des malades sans diagnostic,
- Prise en charge des malades atteints de polyopathologies ne relevant pas de façon prédominante d'une spécialité d'organe,
- Prise en charge de la pathologie aiguë des personnes âgées,
- Prise en charge des patients dont l'état ne requiert pas l'hospitalisation dans un service hautement spécialisé,
- Prise en charge des malades relevant d'une spécialité d'organe non représentée dans l'établissement de santé.

### **(B) DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET LES LIENS VILLE - HÔPITAL**

La World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners Europe, a défini le rôle du médecin généraliste (MG) : « Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de

prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » (2)

Actuellement, le MG est à la fois l'interlocuteur privilégié de premier recours du patient, la porte d'entrée vers les soins secondaires et tertiaires, mais aussi le point de passage et de retour à l'issue d'un séjour hospitalier. C'est via le MG que s'articule les soins hospitaliers en consultation ou en hospitalisation, particulièrement quand ceux-ci sont programmés. La collaboration entre la médecine de ville et hospitalière se doit donc d'être au cœur des préoccupations organisationnelles du système de soins français.

Dans cette dynamique, plusieurs études ont évalué la satisfaction des MG vis-vis des hôpitaux. Une étude publiée en 2001 a interrogé les MG du bassin Grenoblois quant à leur satisfaction vis-à-vis du CHU de Grenoble ; ces derniers étaient modérément satisfaits avec un indice à 66 sur 100 points. La principale problématique était le manque de collaboration en lien avec des difficultés de communication. En pistes d'amélioration, les MG souhaitaient des progrès en matière de transmission d'informations, un accès facilité au référent hospitalier de leurs patients, ainsi qu'une réduction du délai de réception des comptes-rendus d'hospitalisation à moins de 48h. De plus, les MG avaient une volonté de fluidifier le parcours de soin de leurs patients en favorisant les hospitalisations directes sans avoir à passer par les urgences (3). Malheureusement, le constat s'est aggravé, car dix ans plus tard, l'indice de satisfaction n'est plus qu'à 55 sur 100 points. Les MG sollicités déplorent à nouveau le manque de coopération, des difficultés à joindre leurs confrères hospitaliers, ainsi que des obstacles pour l'admission directe de leurs patients sans passer par les urgences (4).

Sur d'autres territoires, le constat est semblable. Le CHU de Montpellier a réalisé une enquête auprès des MG dans le but d'évaluer la qualité de la communication avec les structures hospitalières via les outils à dispositions (téléphone, mails, etc.). La relation avec l'hôpital était jugée comme moyenne pour 45% des MG interrogés (5).

(C) ATTENTE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VIS À VIS DE LA MÉDECINE INTERNE :

Au sein de l'hôpital, l'interniste interagit aussi bien avec les MG qui adressent les malades et les suivent après hospitalisation, qu'avec les spécialistes (hospitaliers ou non). Se pose alors la question des attentes des médecins non internistes, et notamment des MG, vis-à-vis des médecins internistes.

Dans le travail de Caux M., interrogeant des MG quant à la place des médecins internistes dans le système de soins français, on retrouve que 84,4% des MG semblent avoir un médecin interniste dans leur réseau, mais n'y font pas appel fréquemment (55% de façon trimestrielle, et 22% de façon annuelle). Les motifs de recours sont variés : situations diagnostics complexes (93,4% des MG), avis de maladies systémiques (92,4% des MG), ou encore les situations de découvertes fortuites d'anomalies biologiques ou incidentalomes. Les MG font ainsi assez peu référence aux situations évoquées par la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI) de « pathologies fréquentes mais complexes (présentation polyviscérale et/ou survenant sur un terrain fragile) ». Ces situations pourtant fréquentes et souvent source d'engorgement des services d'urgence étaient ainsi peu citées. A noter que 46,2% des MI estiment que les MG éprouvent des difficultés à savoir quand faire appel à eux. En ce qui concerne l'organisation de l'offre de soin hospitalière, il existe une disparité de croyances entre les MG et les médecins internistes. Alors que pour une majorité de MG (63,9%), les places sont principalement utilisées pour des bilans programmés par les internistes, une majorité d'internistes (84,6%) pense que ce sont les malades de post urgences qui sont majoritaires (6).

Aujourd'hui, le spécialiste en médecine interne est essentiellement présent en milieu hospitalier (seuls 300 des 2000 internistes français ont un exercice libéral pur) (1). De par son champ d'action, son mode d'exercice, et la typologie de patient pris en charge, la MI doit composer entre l'accueil des patients en hospitalisation programmée (par le MG, par le médecin interniste lui-même, ou par d'autres spécialistes) et en hospitalisation non programmée (via les urgences essentiellement) (7).

## **II. L'HOSPITALISATION NON PROGRAMMÉE OU LE PASSAGE AUX URGENCES**

(A) LES SERVICES D'URGENCES : MODE D'ADMISSION PRINCIPAL AUX HOSPITALISATIONS :

D'une façon globale pour l'ensemble des spécialités médicales, les services d'accueil d'urgence (SAU) sont devenus le mode d'admission principal des hospitalisations. Une enquête de la Direction de Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) montre que le

nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter, passant de 14 millions en 2002 à 19,7 millions en 2014 (8). Les recours injustifiés aux urgences ainsi que l'absence de solution d'aval alimentent ce phénomène. Aux États-Unis, le constat est identique, avec une proportion d'hospitalisations provenant des urgences passant de 33,5% en 1993 à 43,8% en 2006, alors que le nombre d'admissions programmées a diminué dans le même temps (9). Le mode d'admission non programmée via les urgences au sein des services de MI en France semble prépondérant par rapport aux admissions programmées, mais variable entre les différentes cohortes retrouvées dans la littérature ; jusqu'à 62% dans une étude multicentrique nationale dans les services de MI français en 2017 (10).

(B) LES INCONVÉNIENTS D'UN PASSAGE AUX URGENCES :

Ce constat met en lumière une double problématique de santé publique et de prise en charge médicale pour le patient.

D'un point de vu de santé publique, il participe à l'engorgement des SAU, au sein d'un système de soin déjà fortement fragilisé par le manque de moyen matériel et humain, des hospitalisations inadaptées aux urgences, des coûts supplémentaires évitables, ainsi qu'une dégradation des rapports entre la ville et l'hôpital, avec insatisfactions des praticiens urgentistes, MG, et patients.

D'un point de vu médical pour le patient, il est admis qu'un passage aux urgences est source d'augmentation de la morbi-mortalité (11)(12)(13). En effet, les conditions de prise en charge ne sont souvent pas optimales pour le patient (installation inconfortable, temps d'attente considérable, engorgement et manque de personnel altérant la qualité des soins) (14). Par exemple, la prise en charge d'un patient dans un SAU déjà saturé est statistiquement associée à un retard dans la mise en place des traitements antalgiques (15). Une étude canadienne publiée en 2011 a ainsi montré une augmentation significative de la survenue d'événements indésirables de 3% par heure passée dans un SAU (survenu de confusion en population gériatrique par exemple) (16). Enfin, plusieurs études ont démontré qu'une arrivée dans des urgences saturées était associée à une hausse de mortalité à 10 et 30 jours (17)(18).

### **III. L'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU ADMISSION DIRECTE :**

(A) LES AVANTAGES D'UNE HOSPITALISATION PROGRAMMÉE :

Une admission directe ou programmée en service hospitalier est la programmation en amont d'une hospitalisation (date d'entrée, plan de soin avec programmation des examens complémentaires

et avis spécialisés). L'entrée à l'hôpital s'effectue alors sans passage aux urgences. L'admission programmée semble offrir un certain nombre d'avantages pour le système de soin ainsi que pour le patient lui-même.

En terme de santé publique, les hospitalisations programmées en admission directe permettent une réduction du nombre de passages aux urgences et donc des dépenses de santé. Aussi, l'admission programmée permet une coordination améliorée entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, et une satisfaction plus importante pour le patient (en lui permettant un accès direct aux soins spécifiques) et pour les médecins intervenant dans la prise en charge (19)(20).

Une étude rétrospective multicentrique réalisée en 2010 dans plusieurs hôpitaux pédiatriques aux États Unis a comparé les caractéristiques des séjours hospitaliers pour prise en charge d'une pneumopathie, entre les enfants hospitalisés en admission directe et ceux hospitalisés via les urgences (21). De façon significative, et ceux malgré une durée de séjour plus importante pour les patients admis en programmé, le coût total de l'hospitalisation était inférieur pour les patients en admissions programmées par rapport à ceux admis via les urgences, sans différence sur les transferts en réanimation ni sur la réadmission précoce après sortie entre les deux groupes.

Aux États-Unis, les admissions directes en pédiatrie représentent 25% des hospitalisations (22). Les travaux s'intéressant à la sécurité et à l'efficacité de cette approche d'admission se limitent à deux études chez l'adulte et deux études en population pédiatrique (études de cohortes rétrospectives) (21)(23)(24)(25). Une étude contrôlée randomisée multicentrique, menée par Leyenaar et al., est actuellement en cours aux Etats-Unis, afin de comparer l'efficacité d'une hospitalisation programmée par rapport à une admission via les urgences (26).

#### (B) LA NOTION D'HOSPITALISATION PROGRAMMABLE :

Une admission justifiée aux urgences relève par définition d'une nécessité de prise en charge immédiate du patient et donc de fait impossible à différer. Plusieurs études ont tenté de vérifier l'adéquation entre l'admission au SAU et l'état clinique du patient. En effet, à côté des patients avec signes de gravité patents ou immédiats nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique sans délai, et dont l'admission au SAU est impérative, certains patients peuvent relever d'une admission dans un service sans passage par le SAU (admissions directes ou programmées). Ces admissions au SAU sont donc par définition, non pertinentes, et programmables afin d'éviter l'engorgement des SAU.

Une première étude réalisée au CHU de Poitiers en 2004 a tenté d'évaluer si les patients admis au

SAU auraient pu bénéficier d'une hospitalisation programmée, grâce à l'outil AEFp (regroupant 10 items médicaux, 8 items sur l'état du patient, et enfin 6 items de soins IDE) (27). Une admission aux urgences était jugée non pertinente, et donc programmable, si le patient ne présentait pas de critère de l'outil AEFp (c'est à dire aucun signe de gravité hémodynamique ou clinique, et l'absence de nécessité de prise en charge thérapeutique urgente) sur les 48 premières heures de prise en charge. Au total, sur les 77 patients inclus, 6 patients (8%) auraient pu bénéficier d'une hospitalisation programmée. Les soins non programmés semblent donc être un facteur de non pertinence de soin dans certaines situations spécifiques. Cette étude, de par son caractère rétrospectif et le choix arbitraire du délai de 48h (durée qu'un patient pouvait attendre pour bénéficier d'une hospitalisation programmée selon les auteurs) présentait tout de même quelques limites.

Une seconde étude réalisée au sein du service d'urgence du CHU de Nantes en 2004 comptabilisait 10% de patients qui auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe dans un service, sans préjudice pour leur prise en charge diagnostique ou thérapeutique (14). La présence de ces patients au SAU n'améliore pas leur niveau de soins ; par contre, la qualité de leur prise en charge s'en trouve altérée par l'attente dans des conditions non optimales et par l'admission dans des services parfois inappropriés, faute de lit disponible.

#### **IV. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :**

Dans ce contexte, il nous semblait intéressant de comparer les profils des patients en fonction du mode d'admission programmée ou non programmée via les urgences, dans le service de Médecine Interne de la Clinique Ambroise Paré (AP) à Toulouse, afin de répondre à la problématique suivante : **existe-t-il une différence entre les patients hospitalisés en admission programmée et ceux admis en non programmé ?**

L'objectif principal était de comparer le profil des patients en fonction du mode d'admission programmée ou non programmée.

Les objectifs secondaires étaient de quantifier la programmation d'hospitalisation, décrire l'activité du service sur une période d'un an, et enfin de comparer les caractéristiques des hospitalisations en fonction du mode d'admission.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **I. TYPE D'ÉTUDE :**

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, conduite au sein du service de Médecine Interne de la clinique Ambroise Paré située à Toulouse, du 1er novembre 2021 au 30 octobre 2022 inclus.

Les patients hospitalisés dans le secteur d'hospitalisation traditionnelle sont admis :

- de façon non programmée : via le service d'urgence de la clinique ou des services d'urgences d'autres établissements,
- de façon programmée : admission directe du domicile, ou transfert d'un service de la clinique ou d'une autre structure hospitalière.

### **II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET CRITÈRES D'INCLUSION-EXCLUSION :**

L'objectif principal était de comparer le profil des patients en fonction du mode d'admission programmé ou non programmé.

Les objectifs secondaires étaient :

- de quantifier la programmation d'hospitalisation sur une période d'un an,
- de décrire l'activité du service sur une période d'un an,
- de comparer les caractéristiques des hospitalisations en fonction du mode d'admission.

L'étude s'intéressait uniquement aux patients hospitalisés en hospitalisation traditionnelle dans le service de Médecine Interne.

Ont été inclus les patient admis en hospitalisation non programmée via les urgences de la Clinique ou en hospitalisation programmée par admission directe (du domicile ou transfert de service).

Les critères d'exclusion dans l'étude étaient les suivants :

- séjour sans nuitée (hospitalisation de jour),
- patient hospitalisé dans le service via d'autres urgences que celles de la clinique AP,
- patient finalement transféré précocement (le 1er jour d'hospitalisation) dans un autre service que celui d'admission (MI),
- patient dont le compte rendu d'hospitalisation n'était pas accessible ou incomplet.

Deux groupes ont ainsi été constitués en fonction du mode d'admission dans le service :

- Patients hospitalisés en admission programmée (groupe 1),
- Patients hospitalisés en admission non programmée via les urgences de la clinique (groupe 2).

### **III. CRITÈRES DE JUGEMENT :**

L'ensemble des données a été recueilli par l'analyse du dossier médical du patient (les comptes rendus d'hospitalisation, observations médicales, serveur de résultats biologiques, logiciel d'imagerie).

#### **(A) CRITÈRES DE JUGEMENT POUR RÉPONDRE À L'OBJECTIF PRINCIPAL :**

L'ensemble des variables ci-dessous a été relevé pour les deux groupes de patients :

- sexe,
- âge,
- entourage du patient (seul, en couple/marié, ou famille proche dont enfants),
- présence d'une aide au domicile (absence d'aide, présence d'une IDE, ou d'une axillaire de vie / aide ménagère),
- score de comorbidité de Charlson (Annexe 4) (28),
- distance domicile - clinique,
- déclaration d'un médecin traitant,
- antériorité d'hospitalisation dans le service,
- antériorité de consultation avec l'un des internistes du service.

#### **(B) CRITÈRES DE JUGEMENT POUR RÉPONDRE AUX OBJECTIFS SECONDAIRES :**

L'ensemble des variables ci-dessous a été relevé pour les deux groupes de patients :

- motif d'hospitalisation (Annexe 1),
- provenance du patient à l'admission si celle-ci était programmée (via le médecin généraliste, un des trois interniste exerçant dans le service, un spécialiste exerçant au sein de la clinique, un spécialiste de ville, un spécialiste exerçant au sein d'une structure hospitalière autre que la clinique, un soin de suite et de réadaptation (SSR)),
- nombre d'avis spécialisé demandé au cours de la prise en charge du patient (avis concernant la prise en charge diagnostique ou thérapeutique, ainsi que les demandes de transfert dans d'autres services pour suite de la prise en charge),
- nombre de radiographie réalisé,
- nombre d'échographie réalisé,
- nombre de scanner réalisé,
- nombre d'IRM réalisé,
- nombre de PET-TDM réalisé,

- nombre de prélèvement type « NFS »,
- nombre de prélèvement type « biochimie »,
- nombre de prélèvement type « bactériologie » (hémocultures, ECBU, coproculture, analyse bactériologique sur LCR, ponction pleurale, ou ponction articulaire),
- nombre de prélèvement type « virologie »,
- réalisation d'un bilan immunologique,
- nombre d'endoscopie (FOGD, coloscopie, fibroscopie bronchique, ou endoscopie urinaire),
- nombre de biopsie « d'organe » (aucune, biopsie d'artère temporale, musculaire, ou digestive lors d'endoscopie),
- nombre de ponction-drainage (ponction thyroïdienne, ponction pleurale, ponction d'ascite, ponction lombaire, ou ponction d'abcès des parties molles ou d'organe, avec ou sans pose de drain au décours du geste),
- diagnostic final (Annexe 2),
- nombre de diagnostic associé (clinique, biologique, ou radiologique),
- sévérité du séjour selon le Groupe Homogène de Malade (GHM) (Annexe 3),
- mode de sortie (retour à domicile ou non (transfert en SSR, transfert en EHPAD, transfert dans un service de la clinique, transfert dans un service d'une autre structure hospitalière)),
- réadmission du patient dans le service dans les 30 jours suivant sa sortie (<J30),
- planification d'un suivi spécialisé (en lien avec le diagnostic principal et/ou le(s) diagnostic(s) associé(s)),
- décès du patient,
- valorisation du séjour (T2A) ou coût de l'hospitalisation pour l'assurance maladie (AM).

#### **IV. STATISTIQUES :**

L'ensemble des variables a été préalablement codé en valeur numérique et relevé dans un tableur Excel®. Tous les patients étaient anonymisés avant inclusion à l'aide d'une variable numérique aléatoire. Les statistiques ont été effectuées avec le logiciel Statis® du Dr.Olivier Mericq (disponible sur le site [www.statis.fr](http://www.statis.fr)).

##### **(A) DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE :**

Afin de décrire l'ensemble des patients inclus ainsi que l'activité du service sur une période d'un an, un descriptif de plusieurs variables d'intérêts a été effectué.

- Les variables qualitatives ainsi que les variables binaires ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages.
- Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne avec intervalle de confiance à 95% (IC95%).

##### **(B) COMPARAISON DES VARIABLES D'INTÉRÊT SELON LE MODE D'ADMISSION:**

Afin de comparer les deux groupes de séjours (caractéristiques des patients et des hospitalisations) selon le mode d'admission programmée ou non programmée, des analyses statistiques bivariées ont été réalisées :

- pour comparer deux variables qualitatives, un test du Chi2 était réalisé quand les conditions étaient réunies (effectif théorique supérieur ou égal à 5) ; à défaut, un test de Fisher était réalisé,
- pour comparer une variable qualitative et une variable quantitative, un test paramétrique de Wilcoxon était réalisé,

Pour l'ensemble de ces tests, le seuil de significativité a été fixé à 5% (soit  $p < 0,05$ ) pour conclure à une différence significative entre les deux groupes.

#### **V. CADRE RÉGLEMENTAIRE :**

Notre étude est une étude non interventionnelle car n'impliquant pas la personne humaine.

Afin de répondre aux obligations réglementaires sur les études sur données, cette étude se conforme à la méthodologie de référence 004.

L'étude a été enregistrée après validation de conformité au DPO du DUMG sous le numéro 2022CL82.

## RESULTATS

### I. POPULATION DE L'ÉTUDE ET DESCRIPTIF DES SÉJOURS HOSPITALIERS :

#### (A) SÉJOURS INCLUS :

Sur les 514 séjours éligibles à l'inclusion (ensemble des séjours du 1er novembre 2021 au 30 octobre 2022), 454 séjours (88,3%) ont été inclus, parmi lesquels :

- 268 séjours (59%) concernant des patients hospitalisés en admission programmée,
- 186 séjours (41%) concernant des patients hospitalisés en admission non programmée.

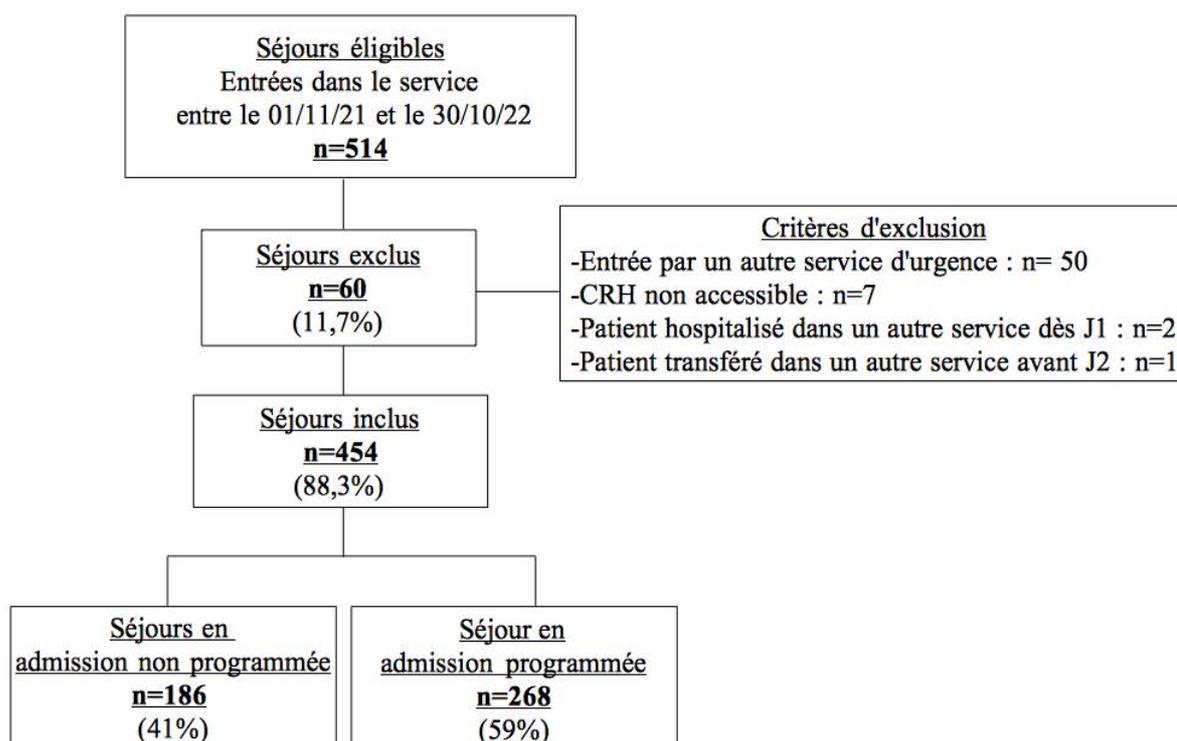


Figure 1 : Diagramme de flux : processus d'inclusion des patients

#### (B) ORIGINES DES ADMISSIONS PROGRAMMÉES

Parmi les 268 séjours programmés, les origines des admissions étaient les suivantes :

- 63,1% via le « Spécialiste en Médecine Générale » (n=164)
- 17,3% via un « Médecin Interniste du service » (n=45)
- 6,2% via un « Spécialiste de ville (autre que MG) » (n=16)
- 6,2% via un « Transfert d'un service hospitalier externe à la Clinique » (n=16)
- 4,2% via un « Transfert d'un service de la Clinique » (n=11)
- 3,1% via un « Transfert d'un SSR » (n=8)

*Au total : n=260 observations soit 8 données manquantes*

(C) CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE :

Tableau 1: Caractéristiques socio démographiques de la population étudiée

Variable étudiée	Descriptif
<b>Age ; Moy ± ET</b>	70,6 ans ± 18,6
<b>Homme / Femmes ; n (%)</b>	206 (45,4) / 248 (54,6)
<b>Entourage ; n (%)</b>	
Vit maritalement, ou en couple	163 (44,1)
Présence d'un entourage proche	140 (37,8)
Isolement social	67 (18,1)
<b>Aides au domicile ; n (%)</b>	
Absence d'aide à domicile	242 (62,7)
Présence d'une IDE à domicile	74 (19,2)
Présence d'une Aide-ménagère ou auxiliaire de vie	70 (18,1)
<b>Score de Charlson ; Moy ± ET</b>	4,3 ± 2,7
<b>Distance entre le domicile et la clinique (km) ; Moy ± ET</b>	17,7 ± 28,5
<b>Antériorité de consultation dans le service ; n (%)</b>	89 (19,6)
<b>Antériorité d'hospitalisation dans le service ; n (%)</b>	104 (22,9)

(D) MOTIFS D'HOSPITALISATION DES SÉJOURS INCLUS :

Les motifs d'hospitalisations étaient les suivants :

- 35,2% pour « Médecine interne dont signes généraux » (n=160)
- 24,7% pour « Infectiologie » (n=112)
- 9,3% pour « Hématologie » (n=42)
- 7% pour « Gériatrie » (n=32)
- 5,7% pour « Gastro-Entérologie » (n=26)
- 5,1% pour « Néphrologie-Urologie » (n=23)
- 4,4% pour « Rhumatologie-Orthopédie » (n=20)
- 2,6% pour « Neurologie » (n=12)
- 2,4% pour « Oncologie » (n=11)
- 3,5% pour « Divers » (4 motifs « Cardiologie » ; 4 motifs « Pneumologie » ; 3 motifs « Dermatologie » ; 3 motifs « Endocrinologie » ; 2 motifs « Psychiatrie »)

*Au total : 454 observations*

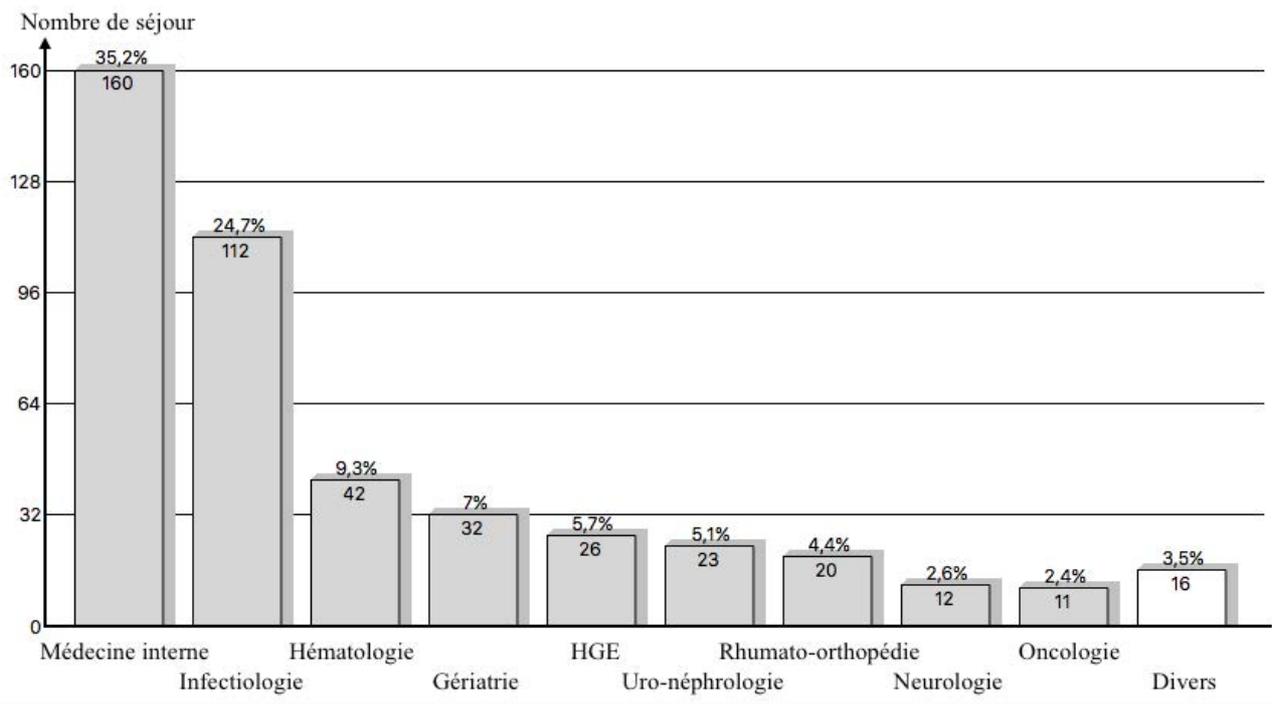


Figure 2 : Répartition des motifs d'hospitalisation

## II. OBJECTIF PRINCIPAL :

**L'objectif principal de notre étude était de comparer le profil des patients en fonction du mode d'admission programmée ou non programmée.**

La comparaison des patients des groupes d'admission programmée et non programmée est indiquée dans le tableau 2.

Au total, les patients admis en hospitalisation programmé étaient significativement plus jeunes ( $p=0,03$ ), vivaient significativement plus loin de la Clinique ( $p<0,001$ ), et avaient déjà consulté ou été hospitalisés de façon significative dans le service ( $p<0,001$ ), en comparaison aux patients dont l'admission était non programmée. Il n'y avait pas de différence concernant la présence d'un entourage entre les deux groupes de patients (à noter 19% de données manquantes).

Tableau 2: Comparaison du profil des patients en fonction du mode d'admission programmée (SP) ou non programmée (SNP).

Variable	<u>Groupe 1</u> SP n=268	<u>Groupe 2</u> SNP n=186	p
<b>Age (ans) ; Moy ± ET</b>	69,1 ± 18	72,7 ± 19,3	<b>0.003</b>
<b>Sexe / Femme ; n (%)</b>	142 (53)	106 (57)	0.45
<b>Charlson (points) ; n</b>	4,1	4,5	0.13
<b>Entourage ; n (%)</b>	192 (86)	129 (85)	0.07
<b>Aides à domicile ; n (%)</b>			
<i>IDE à domicile</i>	41 (18)	33 (21)	0.41
<i>AM/AV</i>	35 (15)	35 (22)	0.07
<b>Distance domicile clinique (km) ; Moy ± ET</b>	22,6 ± 32,6	10,5 ± 19,1	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Déclaration MT ; n (%)</b>	263 (98)	184 (99)	0.7
<b>Lien antérieur avec le service ; n (%)</b>			
<i>Patient déjà hospitalisé</i>	84 (31)	20 (11)	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Patient déjà vu en consultation</i>	73 (27)	16 (9)	<b>p&lt;0,001</b>

SP : séjours programmés ; SNP : séjours non programmés

### **III. OBJECTIFS SECONDAIRES :**

#### **(A) QUANTIFICATION DE LA PROGRAMMATION DES SÉJOURS :**

Sur une année, **59% des séjours (n=268)** étaient programmés.

#### **(B) COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS EN FONCTION DU MODE D'ADMISSION :**

La comparaison des caractéristiques des séjours hospitaliers entre les deux groupes est indiquée dans le tableau 3.

Le nombre d'avis spécialisés demandé n'était pas différent selon le mode d'admission programmée ou non programmé pour l'ensemble des séjours étudiés.

Concernant la réalisation d'imagerie, la prescription de scanner était significativement plus importante pour les patients admis en non programmé ( $p < 0,001$ ), à l'inverse de la prescription de PET-TDM qui était plus importante pour les séjours dont l'admission était programmée ( $p = 0,02$ ).

Il n'y avait pas de différence concernant la prescription de radiographie, d'échographie et d'IRM entre les deux groupes.

Concernant la réalisation de bilans biologiques, les prescriptions de NFS, de biochimie, de bilans bactériologiques et virologiques, étaient significativement plus importantes pour les séjours dont l'admission était non programmée ( $p < 0,001$  pour l'ensemble des examens) par rapport aux séjours dont l'admission était programmée.

A l'inverse, la prescription de bilan immunologique était significativement plus importante pour les patients dont l'admission était programmée ( $p < 0,001$ ).

Concernant la réalisation de gestes techniques, la différence était significative pour les endoscopies ( $p = 0,03$ ) et les biopsies d'organes ( $p < 0,001$ ) en faveur des séjours dont l'admission était programmée.

Le nombre de diagnostics associés était significativement plus important pour les séjours dont l'admission était non programmée ( $3.0 \pm 2.4$  diagnostics associés) par rapport aux séjours programmés ( $2.3 \pm 2.3$  diagnostics associés) ( $p < 0,001$ ).

La durée de séjour était significativement plus importante pour les séjours dont l'admission était non programmée ( $8.1 \pm 6.4$  jours) par rapport aux séjours dont l'admission était programmée ( $6.1 \pm 6.4$  jours) ( $p < 0,001$ ).

La sévérité du GHM était significativement plus importante pour les séjours dont l'admission était non programmée ( $2,49 \pm 0,9$ ) par rapport aux séjours dont l'admission était programmée ( $2,19 \pm 0,99$ ) ( $p < 0,001$ ).

Concernant le devenir des patients, on retrouvait une tendance à un nombre de retour à domicile plus important pour les séjours dont l'admission était programmée (82%) par rapport aux séjours dont l'admission était non programmée (75%) mais ce de façon non significative ( $p = 0,08$ ).

Seule la planification d'un suivi spécialisé (en lien avec le diagnostic principal et/ou les diagnostics associés) était significativement différente entre les deux groupes ( $p < 0,001$ ) avec une programmation de suivi spécialisé plus importante chez les patients ayant bénéficié d'un séjour programmé.

Pour finir, la valorisation des séjours (ou coût pour l'AM) était significativement plus importante pour les séjours non programmés (2270.1 euros  $\pm$  1283.8) que pour les séjours programmés (1905 euros  $\pm$  1529.9) ( $p < 0,001$ ).

Tableau 3: Comparaison des caractéristiques des séjours en fonction du mode d'admission

Variable	Groupe 1 SP n=268	Groupe 2 SNP n=186	p
<b>Nb d'avis spécialisé par patient ; Moy ± ET</b>	0,8 ± 1	0,9 ± 1	0.69
<b>Nb d'imageries par patient ; Moy ± ET</b>			
<i>Radiographie</i>	0,2 ± 0,6	0,2 ± 0,6	0.052
<i>Echographie</i>	0,4 ± 0,7	0,3 ± 0,7	0.62
<i>Scanner (TDM)</i>	0,6 ± 0,7	1 ± 0,8	<b>p&lt;0,001</b>
<i>IRM</i>	0,2± 0,5	0,1 ± 0,4	0.23
<i>PET-TDM</i>	0,1 ± 0,2	0 ± 0,1	<b>0.02</b>
<b>Nb de biologies par patient ; Moy ± ET</b>			
<i>NFS</i>	2,2 ± 2,4	3,2 ± 2,1	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Biochimie</i>	2,6 ± 2,6	4.0 ± 2.7	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Bactériologie</i>	1.7 ± 2.1	2.3 ± 1.8	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Virologie</i>	0.9 ± 1.2	1.4 ± 0.8	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Immunologie</i>	0.3 ± 0.5	0.2 ± 0.4	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Nb de gestes techniques par patient ; Moy ± ET</b>			
<i>Endoscopie</i>	0.1 ± 0.4	0 ± 0.3	<b>0.03</b>
<i>Biopsie d'organe</i>	0.3 ± 0.6	0.1 ± 0.3	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Drainage-lavage chirurgical</i>	0.1 ± 0.7	0 ± 0.2	0.7
<b>Nb de diagnostics associés par patient; Moy ± ET</b>	2.3 ± 2.3	3.0 ± 2.4	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Durée de séjour (nuit) ; Moy ± ET</b>	6.1 ± 6.4	8.1 ± 6.4	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Sévérité du GHM (score) ; Moy ± ET</b>	2,19 ± 0,99	2,49 ± 0,9	<b>0.004</b>
<b>Devenir des patients ; n (%)</b>			
Retour à domicile	214 (82)	132 (75)	0.08
Réadmission < J30	19 (7)	11 (6)	0.4
Planification suivi spécialisé	136 (52)	61 (35)	<b>p&lt;0,001</b>
Décès	7 (3)	9 (5)	0.3
<b>Valorisation du séjour (euros), Moy ± ET</b>	1905±1529.9	2270.1±1283.8	<b>p&lt;0,001</b>

SP : séjours programmés ; SNP : séjours non programmés

(C) COMPARAISON DU MODE D'ADMISSION EN FONCTION DU MOTIF D'HOSPITALISATION :

Nous avons choisi de comparer les modes d'admission uniquement pour les 4 motifs d'hospitalisations les plus représentés dans notre étude (représentant 76,2% des admissions totales sur l'année dans le service). Les données sont indiquées dans le Tableau 4.

Alors que les patients hospitalisés pour des motifs de « Médecine Interne » et « Hématologie » étaient significativement d'avantage admis en programmés, les patients admis pour motif « Gériatrie » et « Infectiologie » étaient significativement d'avantage admis en non programmés via les urgences.

Tableau 4: Comparaison du mode d'admission en fonction du motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	<u>Groupe 1</u> SP n=268	<u>Groupe 2</u> SNP n=186	p
<b>Médecine interne ; n (%)</b>	112 (42)	47 (25)	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Infectiologie ; n (%)</b>	49 (18)	63 (34)	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Hématologie ; n (%)</b>	31 (12)	11 (6)	<b>0,04</b>
<b>Gériatrie ; n (%)</b>	7 (3)	25 (13)	<b>p&lt;0,001</b>

SP : séjours programmés ; SNP : séjours non programmés

## DISCUSSION

### I. RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE :

Notre étude avait pour objectif principal de comparer le profil des patients en fonction du mode d'admission programmée ou non programmée. Nous avons ainsi mis en évidence que les patients admis **en programmé** :

- 1) étaient significativement **plus jeunes**,
- 2) vivaient significativement **plus loin** de la Clinique,
- 3) et avaient significativement d'avantage **déjà consultés ou été hospitalisés** le service, en comparaison aux patients dont l'admission était non programmée.

Nos résultats sont comparables à ceux de l'étude de Presente S. qui comparait les profils des patients selon le mode d'admission dans un service de MI à La Pitié Salpêtrière (APHP) en 2020, et qui retrouvait un âge plus jeune dans le groupe de patients programmés (29). L'explication résulte probablement du caractère polypathologique des patients gériatriques, chez qui la survenue d'un événement aigu intercurrent ou la décompensation d'une ou plusieurs pathologies chroniques justifient une hospitalisation sans délai du fait de leur sévérité et d'un maintien immédiat au domicile impossible. L'hospitalisation apparaît alors comme une double urgence médico-sociale, et s'organisera davantage en non programmée car sans délai d'admission, via les urgences. Cette hypothèse se confirme à travers la comparaison des modes d'admissions en fonction des motifs d'hospitalisations, dont les résultats retrouvent un taux d'admission en non programmée significativement plus important qu'en programmée pour le motif « Gériatrie ». Se pose alors la question de l'intérêt de structures d'accueils non programmés gériatriques afin d'améliorer la prise en charge immédiate et à moyen terme de cette population.

Dans notre étude, le score de comorbidité de Charlson était comparable entre les groupes SP et SNP (4,1 vs 4,5), et ce malgré la différence d'âge significativement plus élevée dans le groupe des hospitalisations non programmées. L'hypothèse formulée se résume dans le fait que les items du score de Charlson sont non exhaustifs, n'incluant pas les notions de fragilité et de dépendance pertinentes en population gériatrique, et ne différencient pas de niveaux de sévérité au sein des différentes pathologies codées (exemple de l'insuffisance cardiaque débutante équilibrée sous traitement de fond versus insuffisance cardiaque chronique compliquée d'une dyspnée au moindre effort avec altération de la qualité de la vie malgré un traitement optimal, ces deux patients se verraient attribués le même niveau de sévérité pour le score de Charlson). L'absence de différence du score de comorbidité était également retrouvée dans l'étude de Presente S. (29).

A notre connaissance, aucune étude n'avait encore comparé la distance domicile-hôpital ainsi que l'antériorité de consultation ou d'hospitalisation dans le service en fonction du mode d'admission.

En ce qui concerne la distance domicile-hôpital, ceci peut être expliqué par le fait que la régulation du SAMU peut favoriser l'adressage du patient vers une structure de proximité. Un long trajet domicile-clinique peut également apparaître comme un frein à consulter aux urgences (temps et coût de trajet notamment), et à l'inverse une proximité domicile-clinique peut faciliter et motiver un passage aux urgences avec une hospitalisation proche du lieu de vie.

En ce qui concerne les patients ayant déjà consulté ou été hospitalisé dans le service, ceux-ci étaient significativement plus nombreux dans le groupe des patients admis en programmés. Cette filière de soins semble concerner majoritairement des patients admis pour une motif de « Médecine Interne » (représentant 42% des hospitalisations programmées sur l'année, et 35,2% des hospitalisations totales sur l'année quelque soit le mode d'admission). Il s'agit de patients ayant bénéficié d'une primo-consultation orientés par le MG ou dans le cadre d'un suivi de maladie habituellement prise en charge en MI. Ces observations semblent pertinentes en regard du peu d'urgences diagnostiques ou thérapeutiques des motifs d'hospitalisation de la spécialité. En effet, la MI est une spécialité de diagnostics le plus souvent sans urgence vitale. L'intérêt d'une hospitalisation étant de regrouper les différents examens et avis. De plus l'accès aux examens et aux avis spécialisés est plus rapide en hospitalisation qu'en externe.

Notre étude avait pour objectifs secondaires de quantifier la programmation des hospitalisations, de décrire l'activité du service sur un an, et de comparer les caractéristiques des hospitalisations en fonction du mode d'admission.

Notre étude se démarque par un nombre important de séjour inclus, via le choix d'un recueil rétrospectif sur un an (454 séjours).

Nous avons ainsi mis en évidence un taux d'admission programmée de 59% sur un an, soit un chiffre comparable à celui observé dans l'étude de Presente S. qui retrouvait 57% d'admissions programmées sur un an dans un service de Médecine Interne de La Pitié Salpêtrière à Paris (29).

Concernant les 41% d'hospitalisations non programmées, les motifs d'hospitalisations «Gériatrie» et «Infectiologie» regroupaient 19% de ces admissions, soit près de la moitié, et ceci de façon significative par rapports aux séjours programmés.

Comme décrit plus haut, l'urgence médico-social de certaines situations gériatriques peut être un des facteurs explicatifs. Il s'agit d'ailleurs de l'une des missions de la MI, qui comprend la prise en

charge des malades en aval des urgences médicales, et la prise en charge de la pathologie aiguë des personnes âgées, tel que décrit dans le Livre Blanc de Médecine Interne (1).

Concernant les motifs d'ordre infectiologique, l'urgence de la prise en charge diagnostique et thérapeutique peut justifier l'admission non programmée dans les cas de sepsis nécessitant une prise en charge rapide avec surveillance clinico-biologique rapprochée, et lorsque l'administration parentérale des traitements anti-infectieux est indiquée.

Pour finir, de fausses croyances voire une méconnaissance de la spécialité de médecine interne et de son champ d'action peuvent concourir à un défaut d'organisation d'hospitalisation directement dans le service de MI. En effet, dans l'étude de Caux M., 46,2% des médecins internistes déclarent estimer que les MG éprouvent des difficultés à savoir quand faire appel à eux (6). Une certaine proportion de patients a donc possiblement été orientés aux urgences par défaut, sans avoir connaissance de la possibilité de les hospitaliser en programmé directement dans le service de MI.

## **II. LIMITES DE NOTRE ÉTUDE :**

Notre étude présente plusieurs limites.

Premièrement, le caractère rétrospectif de notre étude peut rendre discutable la comparaison de certaines variables, notamment l'analyse de l'accompagnement des patients sur le plan du suivi médical et sur le plan de l'entourage familial.

Sur le plan médical, nous avons décidé de prendre en compte la variable « déclaration d'un MT » qui concernait la quasi-totalité des patients inclus (98,5%). Néanmoins, avoir un médecin traitant déclaré n'est pas forcément synonyme d'un suivi fréquent ni d'une accessibilité rapide à une consultation de médecine générale. Or, le médecin traitant a un rôle central dans l'organisation d'une hospitalisation programmée (63,1% des hospitalisations programmées sur l'année étant organisées par le MG dans notre étude). L'étude de Presente S. s'est attachée à mesurer l'impact de la qualité du suivi par le MG sur le pronostic hospitalier et extrahospitalier des patients issus des urgences (29). Il a ainsi été démontré que les patients avec un mauvais pronostic (durée d'hospitalisation prolongée, décès pendant le séjour ou à 3 mois, absence de retour à domicile immédiat à la sortie d'hospitalisation), étaient caractérisés de façon significative par un profil de consultations moins fréquentes dans les 6 mois précédant le séjour à l'hôpital (c'est à dire un suivi de fond non optimal). Des conclusions similaires ont été retrouvées dans d'autres études : Christakis *et al.* retrouvaient une baisse du risque d'hospitalisation et de visites aux urgences pédiatriques avec un suivi régulier (30) ; Nyweide *et al.* ont montré que la présence d'un médecin généraliste référent réduisait le

risque d'hospitalisation au sein d'une population gériatrique (31) ; Bentler *et al.* retrouvaient aussi qu'une continuité de soin déclarée par le patient était associée non seulement à une plus faible utilisation des services des urgences, à un taux plus bas d'hospitalisation, mais aussi à une plus faible mortalité (32).

Sur le plan familial, le caractère déclaratif lors du recueil des données à l'entrée des patients a possiblement eu pour conséquence un biais de classement (exemple d'un patient âgé déclarant avoir des enfants proches de son domicile, mais finalement très peu présents ou aidants). Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes concernant cette variable. De plus, nous avons un nombre important de données manquantes concernant la variable « entourage des patients » (380 observations / 464 séjours soit 18% de données manquantes), ce qui peut rendre discutable la pertinence de la comparaison entre les deux groupes : l'absence de significativité était-elle alors réelle ou imputable à l'absence d'exhaustivité pour l'ensemble des patients ?

Deuxièmement, nous avons décidé d'exclure les patients admis dans le service via un SAU autre que celui de la Clinique (n=50). En effet, nous n'avons pas accès à l'ensemble des examens biologiques et paracliniques réalisés au sein des autres SAU, ainsi qu'au coût imputable à ces admissions, et nous avons souhaité prendre en compte le coût de prise en charge initiale aux urgences pour le groupe hospitalisé en non programmé (justifié par le fait qu'une partie des examens réalisée aux urgences aurait été réalisée dans le service si les patients avaient été hospitalisés en admission programmée). Se pose alors la question de la significativité de certaines comparaisons, après exclusion de l'ensemble de ces patients.

Enfin, nous n'avons pas pu prendre en compte le coût éventuel de la prise en charge en ambulatoire des patients admis en programmé, en amont de l'hospitalisation, notamment si des bilans biologiques ou iconographiques étaient réalisés par le MG afin d'orienter le patient en consultation ou hospitalisation en MI. Cette observation peut rendre discutable le résultat significatif de dépenses de santé (ou valorisation des séjours) en fonction du mode d'admission.

### **III. HOSPITALISATION PROGRAMMÉE, POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES :**

En terme de santé publique, les hospitalisations programmées en admission directe permettent une réduction du nombre de passages aux urgences et donc des dépenses de santé, ainsi qu'une coordination améliorée entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, et donc une satisfaction plus importante pour les patients (en leur permettant un accès direct aux soins spécifiques, des durées d'hospitalisations moins importantes via la programmation des examens

notamment et de fait une attente moindre) et pour les médecins intervenant dans la prise en charge du patient (9)(20). L'étude de Presente S retrouvait une durée de séjour significativement plus faible pour les SP comparativement aux patients hospitalisés via les urgences, sans étudier la valorisation des séjours par ailleurs (29).

Des résultats similaires ont été retrouvés dans notre étude.

Premièrement, d'un point de vu de santé publique, le coût des hospitalisations pour l'AM était significativement moins important en SP qu'en SNP, corrélé à une durée de séjour significativement moins importante pour les séjours en SP qu'en SNP. Aussi, la réalisation « systématique » de certains examens complémentaires, intégrés dans des bilans de débrouillage réalisés aux urgences, comme les biologies type NFS, biochimie, bilan bactériologique et virologiques, ainsi que les TDM (significativement plus prescrits pour les séjours dont l'admission était non programmée dans notre étude) peuvent expliquer la différence de coût entre les deux groupes de patients.

Deuxièmement, d'un point de vu médical et organisationnel, nous avons objectivé que les patients admis en programmés bénéficiaient d'avantage de gestes techniques spécifiques notamment d'endoscopies et de biopsies d'organes, explorations nécessitant une organisation importante en amont en terme de programmation pour s'assurer de la disponibilité des plateaux techniques, médecins dont chirurgiens et anesthésistes réalisant le geste. Cette organisation permet aux patients de bénéficier de l'ensemble du bilan sur une seule hospitalisation, et évite les reconvoctions ultérieures pour la réalisation en ambulatoire de ces investigations. Les hospitalisations de jours peuvent apparaître comme une alternative aux hospitalisations programmées de courtes durées, permettant ainsi un bilan multidisciplinaire et la réalisation de plusieurs examens paracliniques nécessaires au diagnostic, mais la convocation des patients nécessite un délai organisationnel indispensable à la programmation des examens afin de pouvoir les regrouper sur une même journée (33).

Enfin, les patients admis en SP bénéficiaient davantage de bilans spécifiques majoritairement prescrits par les internistes, avec une prescription significativement plus importante de PET-TDM (dont les délais d'obtention nécessitent également une programmation) et de bilans immunologiques.

Cependant, l'admission directe ne semble pas présenter que des avantages. En effet, même si cette organisation participe au désencombrement des SAU, l'absence de primo-évaluation intra hospitalière avant une hospitalisation peut concourir à des admission incohérentes en terme de

service d'accueil pour une pathologie donnée nécessitant telle ou telle prise en charge spécialisée ; un retard potentiel de prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient (temps incompressible entre la validation de l'admission directe et l'arrivée du patient dans le service) ; et enfin une non pertinence de prise en charge qui pourrait avoir un impact négatif sur la sécurité et la qualité des soins pour le patient (34).

L'étude transversale multicentrique de Powell ES *et al.* réalisée en 2008 aux États-Unis a comparé la mortalité de patients admis pour sepsis, selon le mode d'admission par les urgences, ou directement dans un service de médecine. La mortalité globale était significativement plus élevée pour les patients admis directement dans le service par rapport à ceux bénéficiant d'un passage aux SAU, cette surmortalité étant selon les auteurs imputable à des soins moins rapides pour le groupe admis directement dans le service (35).

De la même manière, l'étude observationnelle de Leyenaar *et al.* réalisée via une cohorte des hospitalisations entre 2000 et 2009 dans plusieurs hôpitaux des États-Unis a comparé la mortalité des patients hospitalisés directement dans le service ou via les urgences, pour plusieurs pathologies données. Alors que la mortalité était plus élevée chez les patients admis directement dans le service pour des affections nécessitant une prise en charge en urgence comme l'IDM ou la septicémie, cette différence n'était pas retrouvée pour des pathologies moins graves comme la pneumopathie, la crise d'asthme, ou encore la cellulite infectieuse (34).

Dans notre étude, il n'y avait pas de différence significative de survenue de décès entre les deux groupes. La faible survenue de décès sur l'année (n=9) ne nous a pas permis de réaliser des comparaisons en sous-groupe par motifs d'hospitalisations ou par sévérité.

Ces constatations rendent probable le fait que l'admission programmée ne soit pas adaptée pour toutes les pathologies, notamment celles nécessitant une prise en charge thérapeutique sans délais (signe de gravité clinico-biologiques patents ou objectifs dès la primo-évaluation du patient).

Enfin, nous n'avons pas relevé les signes de gravités initiaux au début de la prise en charge, mais les patients admis en non programmés semblent être plus graves et plus lourds, comme le montre la sévérité du GHM significativement plus importante pour les séjours dont l'admission était non programmée.

#### **IV. PERSPECTIVES :**

Dans le parcours de soin d'un patient et pour une problématique médico-sociale donnée, l'hospitalisation apparaît comme l'étape ultime que le MG et le patient souhaitent la plupart du temps éviter. Dans certaines situations, les MG sont dans l'obligation d'adresser leurs patients aux urgences, de part différents obstacles à l'admission directe ou programmée. Plusieurs facteurs expliquent alors ce nombre croissant de passages aux urgences, et de fait, d'hospitalisations non programmées dans les services de MI.

Selon les MG interrogés dans une enquête réalisée dans la région mâconnaise en 2010, on retrouve comme justification au recours à une admission par les urgences, par ordre croissant : les difficultés du maintien à domicile (67,6%), la demande du service receveur lui-même en cas de volonté d'hospitalisation (61,6%), les trop longs délais d'hospitalisation programmée (57,6%), les moments des appels (notamment en fin de semaine, soir ou weekend) (46,5%), la pression de la famille du patient (42,5%), le manque de temps lié à une activité professionnelle intense (31,3%), les difficultés à trouver un interlocuteur hospitalier (30%), et enfin, le temps important passé à programmer une hospitalisation (26,3%). En effet, pour 54% des MG interrogés, le temps nécessaire à la programmation était compris entre 10 et 30 minutes, ce qu'ils considéraient comme trop chronophage (36).

Une seconde étude a évalué en cas simulés la programmation d'hospitalisation d'un MG dans quatre services de spécialités différentes (MI, rhumatologie, neurologie, et gastro-entérologie), par téléphone, à l'APHP (37). La durée moyenne des appels était de 5 minutes, soit compatible avec une pratique professionnelle libérale. Sur les 55 services joints pour une demande d'hospitalisation, seules 22 demandes ont pu aboutir (soit 60% d'échec). Le délai moyen entre l'appel et l'hospitalisation était de 46,3h pour le service de MI. Les motifs d'échecs retrouvés étaient l'absence d'interlocuteur compétent, l'absence de place programmable, ou encore l'absence de rappel comme prévu lors de l'appel initial. Enfin, les solutions proposées étaient le passage aux urgences, l'adressage vers une autre structure, ou l'absence de solution proposée.

De plus, près de deux tiers des usagers des SAU se présentent sans consultation préalable avec leurs MG, qui auraient pu potentiellement trouver une solution alternative de prise en charge en ambulatoire ou en programmée, ce qui participe à l'engorgement des SAU et à une non coordination de la médecine de ville et hospitalière. (38).

De par son champ d'action, la MI doit composer entre l'accueil des patients en hospitalisation programmée (réalisation de bilan de maladies rares ou symptômes inexplicables par

exemple) et en hospitalisation rapide (prise en charge de pathologies aiguës), majoritairement organisée via un passage aux urgences. Pour pallier à cela, des initiatives tentent d'améliorer le lien et la communication ville hôpital afin de faciliter l'admission directe (rapide) et la programmation des hospitalisations. Ces initiatives sont locales, le plus souvent à l'initiative des services de médecine interne, plutôt que structurées sur le plan national ou régional.

En 2016, une filière d'admission directe a été inaugurée dans l'un des services de médecine interne du CHU de Toulouse, dans le but de faciliter la prise en soins des patients nécessitant une admission rapide. L'objectif était de prendre en charge une pathologie aiguë nécessitant une hospitalisation dans un délai inférieur à 48h (pathologie non spécifique d'organe, polyopathie, médecine « polyvalente », médecine aiguë de recours), promouvoir la continuité des soins, et ainsi éviter un passage non justifié aux urgences. L'étude de Toledano A. a évalué le service rendu aux MG d'Occitanie après la création de cette filière à un an de son ouverture. Le taux de satisfaction s'élevait à 96,7%, avec un gain de temps pour l'organisation d'une hospitalisation programmée ainsi que le fait d'éviter un passage aux urgences à leurs patients (39).

En 2016 a également été inauguré une ligne téléphonique d'astreinte de MI à l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse, à destination des MG en demande d'une expertise téléphonique, d'un rendez vous de consultation rapide, d'une hospitalisation directe ou programmée pour leurs patients. L'étude de Babinet M. avait pour objectifs d'évaluer les motifs d'appels les plus fréquents un an après l'ouverture de la ligne, et décrire les types de prises en charge proposées en fonction du motif d'appel. On retrouvait ainsi 112 hospitalisations et 169 consultations organisées via la ligne téléphonique sur un an. Les motifs étaient hétérogènes à l'image du champ d'action de la MI (majoritairement pour des affections rhumatologiques, ou des symptômes généraux dont asthénie ou douleurs). 44% des patients ont été vus en consultation (dont plus de 50% en urgences, avec un délai moyen de 5,8 jours), et 30% des patients ont bénéficié d'une hospitalisation (dont près de 2/3 en urgences, avec un délai moyen de 24,7 jours, délai plus court à 9,2 jours chez les patients de plus de 71 ans) (40).

Enfin, dans d'autres régions, des unités d'assistance diagnostic et thérapeutique rapide voient le jour via des lignes téléphoniques, comme l'illustrent les CHU de Rennes ou de Nantes. Ayant pour objectifs d'apporter une expertise aux MG à la réalisation de bilan diagnostic en ville, et de favoriser la prise en charge rapide des patients en consultation, elles participent à la réduction des passages évitables aux urgences en favorisant les admissions directes ou programmées, à la réduction des dépenses de santé évitables, mais aussi à une plus grande satisfaction des usagers de soins (41)(42).

## CONCLUSION

Notre étude montre qu'il existe une différence de profil entre les patients hospitalisés en programmé en comparaison de ceux admis par les urgences. Les patients hospitalisés en admission programmée étaient significativement plus jeunes, vivaient significativement plus loin de la clinique, et avaient significativement d'avantage déjà consulté ou été hospitalisé dans le service de MI, en comparaison à ceux admis via les urgences en non programmé.

Dans notre étude, l'hospitalisation programmée dans le service de MI (59%) est prépondérante par rapport aux admissions via les urgences (41%), ce qui est en accord avec le fait que la MI soit une spécialité de diagnostics le plus souvent sans urgence vitale.

Même si l'hospitalisation programmée présente des avantages en terme de réduction de durée d'hospitalisation et de dépenses de santé, elle n'est pas adaptée à toutes les situations cliniques, notamment en cas de signe de gravité nécessitant impérativement une prise en charge sans délai.

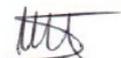
De ce fait, les objectifs principaux en terme de politique de santé publique dans les années à venir seraient de renforcer la communication ville hôpital afin de faciliter l'accès des MG aux spécialistes hospitaliers, de déployer des moyens d'aide diagnostique via des lignes téléphoniques ou mailing avec réponse rapide de la part des spécialistes (tri des patients en fonction des signes de gravité patents ou objectifs), et développer d'avantage de filières d'admission directe (rapide) et programmée, afin de faciliter l'orientation des patients ambulatoires en hospitalisation et éviter l'engorgement des SAU du fait d'admissions non justifiées.

L'un des axes de travail serait de développer des filières d'admission directe gériatrique, population d'avantage fragile et vulnérable et pour laquelle un passage aux urgences apparaît comme un facteur de risque de décompensation de comorbidités voire de mortalité à court, moyen et long terme.

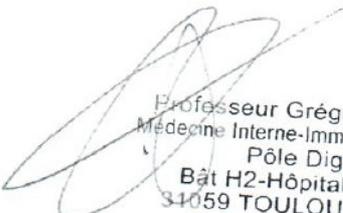
Toulouse, le 07/04/23

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



Accord pour imprimer



Professeur Grégory PUGNET  
Médecine Interne-Immunologie Clinique  
Pôle Digestif  
Bât H2-Hôpital Rangueil  
31059 TOULOUSE CEDEX  
RPPS : 10100163640  
CHU de Toulouse: 26310012500016

## ANNEXES

### Annexe 1 : Liste des motifs d'hospitalisation

	Motifs d'hospitalisation
1	Médecine interne, dont signes généraux systémiques (exemple : douleurs, AEG etc)
2	Cardiologie
3	Pneumologie
4	Néphrologie - Urologie
5	Hépto-gastro-entérologie
6	Rhumatologie - Orthopédie
7	Dermatologie
8	Gériatrie (exemple : chute, maintien à domicile difficile etc)
9	Neurologie
10	Infectiologie
11	Hématologie
12	Endocrinologie
13	Psychiatrie
14	Oncologie

### Annexe 2 : Liste des diagnostics faux

	Diagnostics faux
1	Aucun
2	Cardiologie
3	Pneumologie
4	Néphrologie - Urologie
5	Hépto-gastro-entérologie
6	Rhumatologie - Orthopédie
7	Dermatologie
8	Gériatrie (exemple : chute, maintien à domicile difficile etc)
9	Neurologie
10	Infectiologie
11	Hématologie
12	Endocrinologie
13	Psychiatrie
14	Médecine interne
15	Oncologie

### Annexe 3 : Groupe homogène de malades (GHM)

Un groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médical et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient.

Un code GHM est composé de 6 caractères (exemple : 07 C 09 2), dont quatre apportent des informations : les trois premiers caractères, et le dernier caractère.

Caractères	Signification
Les deux premiers caractères	Ils codent pour la catégorie majeur de diagnostic (CMD). Exemple : cardiologie. Il y a vingt-huit CMD au total.
Le troisième caractère	Il s'agit de l'une des quatre lettres suivantes : C, K, M ou Z. Non utilisé dans le cadre de notre étude.
Les quatrième et cinquième caractère	Ils n'ont pas de réelle signification : c'est un compteur pour différencier les GHM. Pas d'intérêt en statistique.
Le sixième caractère	Il peut prendre douze valeurs différentes pour marquer la complexité du séjour ou sa durée. Il s'agit du caractère utilisé pour l'analyse statistique de notre étude : - <b>Valeur numérique de 1 à 4</b> : niveau de sévérité croissant dans la plupart des CMD - <b>Lettre de A à D</b> : niveau de sévérité croissant dans les deux CMD de maternité (non concerné pour notre étude) - <b>T</b> : GMH de très courte durée (de 0 à 3 nuitées) - <b>J</b> : GHM en ambulatoire (non concerné pour notre étude) - <b>E</b> : GHM avec décès - <b>Z</b> : GHM non concerné par un niveau de sévérité ou des questions de courte durée.

#### Annexe 4 : Score de comorbidités de Charlson

Comorbidités	Pondérations assignées
Infarctus du myocarde	1 point
Insuffisance cardiaque congestive	1 point
Maladie vasculaire périphérique	1 point
Maladie cérébro-vasculaire (AVC ou AIT)	1 point
Démence	1 point
Maladie pulmonaire chronique	1 point
Maladie de système	1 point
Diabète sans atteinte d'organe cible	1 point
Hémiplégie	2 points
Insuffisance rénale chronique	2 points
Diabète compliqué d'atteinte d'organe cible	2 points
Leucémie	2 points
Lymphome	2 points
Tumeur solide sans métastase	2 points
Maladie du foie sévère (compliqué d'hypertension portale)	3 points
Tumeur solide avec métastases	6 points
SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise)	6 points
<b>Interprétation du score de Charlson :</b> - Score à 0 : la mortalité à 1 an est de 12% - Score de 1 à 2 : la mortalité à 1 an est de 26% - Score de 3 à 4 : la mortalité à 1 an est de 52% - Score supérieur ou égal à 5 : la mortalité à 1 an est de 85%	

## BIBLIOGRAPHIE

1. Sereni D. Qu'est ce qu'un interniste ? La Médecine Interne en France. Livre blanc, Collège National des Internistes. 2004 ; p.211.
2. Definition of General Practicer / Family Medicine. WONCA Europe.  
Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
3. Beden C, François P, Baudoin Bertrand D, Caligula F. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. J Econ Medicale. 2001;19(4):263-78.
4. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes: Santé Publique. 15 mars 2014;Vol. 26(2):p.189-97.
5. Enquête : communication médecine de ville - hôpital - CHRU de Montpellier.  
Disponible sur : <http://www.chu-montpellier.fr/fr/contenu/liste-desactualites/actualite/Enquete-communication-medecine-de-ville-hopital/>
6. Caux M. La place des internistes dans le système de santé français: le point de vue des médecins généralistes en 2016. Université Toulouse III Paul Sabatier. Faculté de médecine; 2017.
7. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. La Revue de Médecine Interne. Septembre 2003 ; Vol.24(0):p.602-612
8. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé. Panoramas de la DREES Santé; Edition 2016.  
Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
9. Leyenaar JK, Lagu T, Lindenauer PK. Direct admission to the hospital: An alternative approach to hospitalization. J Hosp Med. 1 avr 2016;11(4):303-5.
10. Sovaila S, Lhote R, Cohen Aubart F, Bourgarit A. Durée et typologie des séjours hospitaliers dans les services de médecine interne et médecine polyvalente en France : résultats de l'étude multicentrique du groupe SifMi. La Revue de Médecine Interne. 1 déc 2018;39:A85-6.
11. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. American Journal of Emergency Medicine. Mars 2010;28(3):304-9.
12. Sikka R, Metha S, Kaucky C, Kulstad EB. ED crowding is associated with an increased time

- to pneumonia treatment. *American Journal Emergency Medicine*. 2010;28(7):809-12.
13. Sprivulis PC, Da Silva J, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia*. 2006;184(5):208.
  14. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. *La Presse Médicale*. Juillet 2004;33(12):780-3.
  15. McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clin Exp Emerg Med*. 12 juill 2019;6(3):189-95.
  16. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. Juill 2011;20(7):564-9.
  17. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 6 mars 2006;184(5):213-6
  18. McCusker J, Vadeboncoeur A, Lévesque J-F, Ciampi A, Belzile E. Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. *Acad Emerg Med*. Oct 2014;21(10):1092-100.
  19. Leyenaar JK, Lagu T, Lindenauer PK. Direct admission to the hospital: An alternative approach to hospitalization. *J Hosp Med*. avr 2016;11(4):303-5.
  20. Bjertnaes OA. The association between survey timing and patient-reported experiences with hospitals: results of a national postal survey. *BMC Med Res Methodol*. 2012; 12(1):13.
  21. Leyenaar JK, Shieh MS, Lagu T, Pekow PS, Lindenauer PK. Variation and Outcomes Associated With Direct Hospital Admission Among Children With Pneumonia in the United States. *JAMA Pediatr*. 1 sept 2014;168(9):829.
  22. Leyenaar JK, Shieh MS, Lagu T, Pekow PS, Lindenauer PK. Direct Admission to Hospitals Among Children in the United States. *JAMA Pediatr*. mai 2015;169(5):500-2.
  23. Powell ES, Khare RK, Courtney DM, Feinglass J. Lower mortality in sepsis patients admitted through the ED vs direct admission. *Am J Emerg Med*. mars 2012;30(3):432-9.
  24. Kocher KE, Dimick JB, Nallamothu BK. Changes in the source of unscheduled hospitalizations in the United States. *Med Care*. 2013; 51(8):689–98. [PubMed: 23752257]
  25. Reese J, Deakyne S, Blanchard A, Bajaj L. Rate of preventable early unplanned intensive care unit transfer for direct admissions and emergency department admissions. *Hosp Pediatr*. 2015; 5(1):27–34. [PubMed: 25554756]

26. Leyenaar JK, McDaniel CE, Acquilano SC, Schaefer AP, Bruce ML, O'Malley AJ. Comparative effectiveness of direct admission and admission through emergency departments for children: a randomized stepped wedge study protocol. *Trials*. 30 nov 2020;21:988.
27. Chartier A. Les patients admis au service d'accueil des urgences auraient-ils pu bénéficier d'une hospitalisation programmée ? : à propos d'une étude sur 77 cas réalisée au CHU de Poitiers. Université de Poitiers; 2012.
28. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
29. Presente S. Hospitalisations non programmées en médecine interne via les urgences : étude du rôle pronostic du médecin généraliste. Université Paris Diderot - Paris 7; 2019.
30. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of Lower Continuity of Care With Greater Risk of Emergency Department Use and Hospitalization in Children. *Pediatrics*. 1 mars 2001;107(3):524-9.
31. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JPW, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, et al. Continuity of Care and the Risk of Preventable Hospitalization in Older Adults. *JAMA Intern Med*. 11 nov 2013;173(20):1-13.
32. Bentler SE, Morgan RO, Virnig BA, Wolinsky FD. The Association of Longitudinal and Interpersonal Continuity of Care with Emergency Department Use, Hospitalization, and Mortality among Medicare Beneficiaries. *PLoS One*. 22 déc 2014;9(12):1-18.
33. Perin V. Etude observationnelle rétrospective des admissions non programmées au sein de l'hôpital de jour de médecine interne de l'institut universitaire de Toulouse Oncopôle du 1er janvier au 31 décembre 2016. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.
34. Leyenaar JK, O'Brien E, Malkani N, Lagu T, Lindenauer PK. Direct admission to hospital: a mixed methods survey of pediatric practices, benefits and challenges. *Acad Pediatr*. Mars 2016;16(2):175-82.
35. Powell ES, Khare RK, Courtney DM, Feinglass J. Lower mortality in sepsis patients admitted through the ED vs direct admission. *Am J Emerg Med*. mars 2012;30(3):432-9.
36. Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *JLE*. 2010;6(7):326-30.
37. Andronikof M. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste: Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. *La Presse Médicale*. 1 juill 2005;34(12):847-50.

38. Carrasco V. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-dune-enquete-0>
39. Toledano A. Relations médecins généralistes - hôpital: évaluation à un an d'une filière d'admission directe dans un service de médecine interne au CHU de Toulouse. Université Toulouse III Paul Sabatier. Faculté de médecine; 2017.
40. Babinet M. Évaluation après un an d'utilisation d'une ligne téléphonique d'astreinte de médecine interne destinée aux médecins généralistes à l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse. Université Toulouse III Paul Sabatier. Faculté de médecine ; 2018.
41. Perlat A, Frin M, Decaux O, Cador B, Cazalets C, Sébillot M, et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. La Revue de Médecine Interne. Novembre 2010 ; Vol.31(11):p.776-779
42. Castillo J-M, Agard C, Artifoni M, Brisseau J-M, Connault J, Durant C, et al. Évaluation qualitative et quantitative d'un service d'assistance téléphonique de médecine interne dédié à l'aide diagnostique et thérapeutique de pathologies relevant du champ de la médecine générale. Rev Med Interne 2016;37(5):321-6.

## **RESUME :**

**Introduction :** De part son champ d'action, la médecine interne doit composer entre l'accueil des patients en séjours programmés (SP) et en séjours non programmés (SNP) via les services d'urgences (SAU). Les SNP représentent actuellement le mode d'admission principal à l'hôpital, alors que celles ci sont sources d'engorgement des SAU, de coûts supplémentaires évitables, ainsi que d'une augmentation de la morbi-mortalité. **Matériel et méthode :** Etude retrospective monocentrique. L'objectif principal était de comparer les caractéristiques des patients en fonction du mode d'admission programmée ou non programmée. Les objectifs secondaires étaient de quantifier la programmation d'hospitalisation, décrire l'activité du service sur un an, et comparer les caractéristiques des hospitalisations en fonction du mode d'admission. **Résultats :** Les patients admis en SP étaient significativement plus jeunes, vivaient plus loin de la Clinique, avaient d'avantage déjà consulté ou été hospitalisés dans le service, et étaient moins sévères, en comparaison aux patients en SNP. Les SP représentaient 59% des séjours inclus sur un an, organisé de façon majoritaire par le médecin généraliste (MG). Le coût des hospitalisations étaient significativement moins important pour ces séjours, corrélé à une durée de séjour plus faible. Enfin, les patients admis en SP bénéficiaient d'avantage de gestes techniques, nécessitant une organisation importante en amont en terme de programmation. **Discussion :** Les SP présentent de multiples avantages en terme de réduction des dépenses de santé et des passages aux urgences, et permettent une coordination améliorée entre la médecine de ville et hospitalière. Ils permettent au patient un accès direct aux soins spécifiques et la réalisation de l'ensemble des bilans et avis sur une seule hospitalisation. Cependant, les SP ne semblent pas adaptés aux situations cliniques nécessitant une prise en charge thérapeutique sans délais. **Conclusion :** Les SP apportent une solution face à un système de soin français fragilisé par un nombre croissant de passages aux urgences et de demande de soin. Il apparaît alors comme déterminant de renforcer la communication ville hôpital afin de faciliter l'accès des MG aux spécialistes hospitaliers, et développer d'avantage les filières d'admission directe, notamment pour la population gériatrique.

## **ABSTRACT :**

**Introduction :** Internal medicine has two types of patient admission : scheduled admission or non-scheduled admission patients coming from the emergency room (ER). Non-scheduled admission are the most frequent type of admission in hospitals, meanwhile they are a source of clogging in the ER, preventable supplementary costs, and increasing in the morbidity and mortality rates. **Methods :** Monocentric retrospective study. The aim of the study was to compare the characteristics of patients according to their admission status, scheduled or non-scheduled. The secondary objectives was to assess scheduled hospitalisation rate, describe one-year service activity, and compare hospitalisations characteristics according to the admission mode status. **Results :** Scheduled patients were significantly younger, lived further the clinic, went to consultation or hospitalisation in the service more frequently, and had less signs of severity, in comparison to non-scheduled patients. Scheduled patients represented 59% of admission patients in the last year, and were mostly organized by the general practitioner. The cost of stay was significantly lower, linked to a shorter length of stay. Eventually, scheduled patients overwent more technical acts, which needs better upstream organisation. **Discussion :** Scheduled patients come with more advantages like a decreasing in the health cost and emergency room consultation rate, and allow a better coordination between general medicine and hospital medicine. It creates a direct access to specific care for patients with overgoing all the tests in one hospitalisation. However, scheduled admissions do not suit for clinic situations in need with urgent therapeutic. **Conclusion :** Scheduled hospitalisations provide a solution in an health care system weakened by an increasing rate of ER consultation and demand of care. Communication between general medicine et hospital must be strengthened in order to improve the link between general practitioners and specialists, and to develop direct admissions, especially for geriatric patients.