

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018.144S

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GENERALE)

par

Pierrick LUGUERN

Né le 25 Août 1989 à Saint Maurice

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre à 14h45

**ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ DE L'UHCD (UNITÉ
D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE) DU CHU DE
NANTES DE 2009 À 2017**

Président : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Monsieur de Professeur Philippe LE
CONTE

Table des matières

Table des matières	2
Remerciements	4
Abréviations	5
Introduction	6
Définition de l'UHCD	6
Critères d'admission à l'UHCD	7
Groupe 1 : retour à domicile prévu dans les 24 heures.....	7
Groupe 2 : mise en observation avant orientation.....	7
Groupe 3 : en attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible	7
Groupe 4 : admission pour valorisation d'activité.....	7
Critères de non admission à l'UHCD :.....	8
Quelques chiffres.	8
Présentation du CHU de Nantes.	9
Vue d'ensemble	9
L'Hôtel-Dieu	9
L'hôpital Mère-Enfant.....	9
L'Hôpital Nord Laennec	10
L'Hôpital Bellier	10
L'Hôpital Saint-Jacques	10
La Seilleraye et Beauséjour.....	10
En résumé :.....	10
L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du CHU de Nantes	11
Problèmes relevés	11
Objectif de la thèse	12
Matériel et méthode	13
Extraction des données	13
Définition de la population	13
Type d'étude	13
Type d'analyse	14
Analyse des données quantitatives	14
Analyse des données qualitatives.....	14
Objectif principal	15
Objectifs secondaires	15
Critères principaux de jugement	15
Critères secondaires de jugement	15
Résultats	16
Présentation des résultats	16
Vérification de la validité des données	16
Critères principaux de jugement	17
Critères secondaires de jugements	19
Analyse de la durée totale d'hospitalisation	19
Analyse du sexe	20
Analyse du mode d'entrée	20
Analyse du mode de sortie	22
Analyse des services de sortie	23
Analyse du nombre de décès.....	25
Evolution du nombre de patients hospitalisés à l'UHCD	26

Analyse des catégories diagnostiques	27
Analyse du nombre de RUM par RSS.....	28
Discussions.....	29
Analyses principales	29
Analyse de l'âge des patients admis à l'UCHD.....	29
Analyse de la durée d'hospitalisation.....	30
Analyses secondaires	31
Durée totale d'hospitalisation	31
Sexe	31
Mode d'entrée.....	31
Mode de sortie	31
Décès	32
Nombre de patients hospitalisés à l'UHCD.....	32
Catégories diagnostiques	32
Conclusion.....	33
Bibliographie	34
Annexes	36

Remerciements

Au professeur Philippe LE CONTE, pour m'avoir aidé à trouver ce sujet de thèse, pour sa disponibilité, pour la réalisation de la plupart des statistiques et surtout pour sa sympathie.

Au professeur Gilles POTEL, pour avoir accepté d'être le président de jury de ma soutenance de thèse.

Au docteur Emmanuel MONTASSIER d'avoir accepté d'être dans mon jury de thèse.

Aux docteurs des urgences de Châteaubriant qui m'ont donné envie de faire cette magnifique spécialité qu'est la médecine d'urgences. Un remerciement particulier au docteur Nicolas HOURDIN qui me fait l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

Au docteur François JAVAUDIN pour ses éclaircissements sur les statistiques.

Aux différentes personnes qui m'ont poussé à faire ses études de médecine comme par exemple Charles LAVERDURE.

A ma famille, qui m'a accompagné durant ses longues années d'étude.

A mes grands-parents, qui admirent la voie que j'ai choisi. Un remerciement tout particulier à ma grand mère, mamie Jacqueline, qui nous a quitter trop tôt et sans qui tout ça n'aurait pas été possible.

A ma sœur Gwenola qui a choisie la même voie que la mienne, a qui je transmet tout mon soutien.

A ma maman, pour sa disponibilité et l'aide quelle m'apporte à corriger les fautes d'orthographes.

A ma douce Adèle, qui fait le même métier que moi, qui m'a souvent aidé et soutenu. Je l'aime plus que tout.

A mes amis des premières années avec qui nous avons passés des moments inoubliables, un remerciement tout particulier à Julia HERROU avec qui nous formions un super groupe de sous-colle.

A mes amis, les Niglos® pour les vacances passées ensemble qui sont toujours des moments magiques.

A Perco, mon plus fidèle ami avec qui je partage beaucoup de passions, je souhaite que notre amitié soit éternelle.

Abréviations

ATU : Accueil et traitement des urgences
SAU : Service d'accueil des urgences
CIM-10 : Classification internationale des maladies
CMD : Catégorie majeure de diagnostic
DIM : Département d'information médicale
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjour
HGE : Hépatogastro-entérologie
IPP : Identifiant permanent du patient
IRM : Imagerie par résonance magnétique
MAO : Médecin d'accueil et d'orientation
MCO : Médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique
MPU : Médecine post-urgences
PHU : Pôle hospitalo-universitaire
RUM : Résumé d'unité médicale
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SLD : Soins de longue durée
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée
USC : Unité de surveillance continue
USIC : Unité de soins intensifs de cardiologie
USIP : Unité de soins intensifs de pneumologie
ZSTCD : Zone de surveillance de très courte durée
ZAD : Zone d'attente diagnostic

Introduction

Définition de l'UHCD

L'unité d'hospitalisation de courte durée appelée (UHCD) est une unité annexée au service d'accueil des urgences. Parfois elle peut être appelée « zone de surveillance de très courte durée » ZSTCD ou « lits porte » mais nous l'appelleront UHCD pour rester clair. Cette unité est définie administrativement en France comme faisant partie intégrante du service des urgences depuis 1991 (1). En 2001 la Société française de médecine d'urgence (SFMU) proposait une recommandation sur la gestion et l'utilisation des unités d'UHCD (2). Selon ces recommandations l'UHCD est une unité d'hospitalisation, ce qui suggère que les patients y sont accueillis dans des lits, dans des chambres et qu'il y est pratiqué des soins ainsi que servi des repas comme dans les autres services d'hospitalisation conventionnelle. Elle doit être constituée de chambres individuelles équipées de sanitaires (douches et toilettes), de l'accès aux fluides médicaux (oxygène, air, vide) et d'un système d'appel infirmier. Les chambres individuelles sont plus pratiques en termes de désinfection et de rotation rapide des patients, elles évitent aussi une promiscuité parfois impossible (situation de fin de vie, contexte neuropsychologie difficile).

L'UHCD a la particularité d'avoir une présence médicale disponible 24h/24 7j/7, autorisant des examens cliniques répétés, des prises de décisions diagnostiques (accès au plateau technique) et thérapeutiques. Elle permet de se donner le temps nécessaire pour optimiser l'hypothèse diagnostique afin de diriger le patient vers l'unité adaptée ou lui proposer un retour à son domicile.

La durée de séjour est aussi une des particularités de ce service. Elle ne doit pas dépasser 24 heures. Les lits d'UHCD sont destinés à être renouvelés tous les jours. Ainsi un patient ne doit pas passer deux nuits dans ce service. Il est donc recommandé que la durée de séjour soit comptabilisée en heure plutôt qu'en journée d'hospitalisation.

L'UHCD est une unité de surveillance, elle ne doit pas être confondue avec la réanimation ou les unités de soins intensifs. La surveillance peut se faire à l'aide d'un monitoring non-invasif.

L'UHCD doit être une unité à part entière, mais faisant partie du service des urgences elle doit être en contiguïté avec ce dernier. Elle doit faire entre 4 et 16 lits (3 à 5 lits par 10 000 passages annuels au SAU), pour les services d'urgence admettant plus de 50 000 patients la taille maximum de l'UHCD est adaptable.

Il est recommandé qu'il y ait la présence au moins d'un infirmier et d'un aide-soignant 24 heures sur 24. Les effectifs sont à calculer en fonction du nombre total de lits, du nombre de lits monitorés et de l'existence d'une activité pédiatrique. Il est recommandé que l'ensemble du personnel des urgences assure à tour de rôle cette fonction. En ce qui concerne la présence médicale, un avis de médecin urgentiste doit être disponible 24h/24. S'il existe une activité pédiatrique, un pédiatre doit pouvoir être directement joignable. Un médecin doit y être dédié aux heures ouvrables au minimum.

Critères d'admission à l'UHCD

Pour être admis à l'UHCD il est recommandé que les patients fassent partie d'un des quatre groupes suivants.

Groupe 1 : retour à domicile prévu dans les 24 heures

Il s'agit de patients qui à priori devraient pouvoir rentrer au domicile dans les 24 heures. Il est supposé que ces patients nécessitent des soins prolongés mais inférieurs à 24 heures. On peut citer comme exemple de pathologie, un traumatisme crânien nécessitant une surveillance rapprochée, un œdème de Quincke d'évolution favorable sous traitement, une crise d'asthme contrôlée aux urgences ou alors une crise convulsive non expliquée.

Groupe 2 : mise en observation avant orientation

Il s'agit des patients nécessitant 24 heures d'observation avant de décider de leur orientation (retour à domicile, hospitalisation, unité d'hospitalisation la plus adaptée). Ce groupe concerne des patients pour lesquels les données cliniques et paracliniques ne permettent pas initialement de prédire l'évolution ultérieure ou de décider de l'orientation. Par exemple, les patients souffrant de douleurs thoraciques avec un faible risque d'insuffisance coronarienne aiguë, de douleurs abdominales stables sans diagnostic après évaluation initiale, d'acidocétoses ou encore d'intoxications médicamenteuses en surveillance et en attente d'avis psychiatrique.

Groupe 3 : en attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible

Il s'agit d'un patient nécessitant une place d'hospitalisation non disponible lors de la décision d'hospitalisation. Il doit être notifié dans le règlement intérieur que la fonction première de l'UHCD est l'accueil des patients des groupes 1 et 2. Les admissions des patients du groupe 3 doivent clairement être définies dans le règlement intérieur comme étant une modalité de gestion décidée conjointement entre le service des urgences et les autres services hospitaliers qui doivent s'engager à accueillir ces patients dans des délais fixés à l'avance.

Groupe 4 : admission pour valorisation d'activité

Patients admis administrativement mais non couchés dans le service d'UHCD. Il s'agit de patients pour lesquels le passage aux urgences répond à 3 critères : (3)

- un caractère instable, ou que le diagnostic reste incertain ;
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- nécessite la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Lorsque que les patients répondent à ces 3 critères, la facturation du passage aux urgences n'est plus une ATU comme pour tous les autres passages aux urgences mais une facturation semblable à celle d'une hospitalisation conventionnelle, c'est-à-dire grâce au GHS (Groupe

Homogène de Séjour) qui dépend du diagnostic principal, des comorbidités et de la durée d'hospitalisation. Ces patients ne sont pas physiquement admis dans le service d'UHCD. Ils ne sont pas pris en compte dans ce travail.

Critères de non admission à l'UHCD :

Il est recommandé de ne pas admettre à l'UHCD :

- Les patients dont la pathologie relève à l'évidence, dès l'accueil, d'un service de spécialité.
- Les patients graves relevant d'un service de réanimation.
- Les patients déjà hospitalisés. (Cependant, dans les établissements sans services de soins intensifs, le SAU et l'UHCD peuvent être, le seul lieu de prise en charge transitoire des patients devenus instables).
- Les patients sortant du bloc opératoire.
- Les patients attendus en hospitalisation, même pour des durées inférieures à 24 heures.

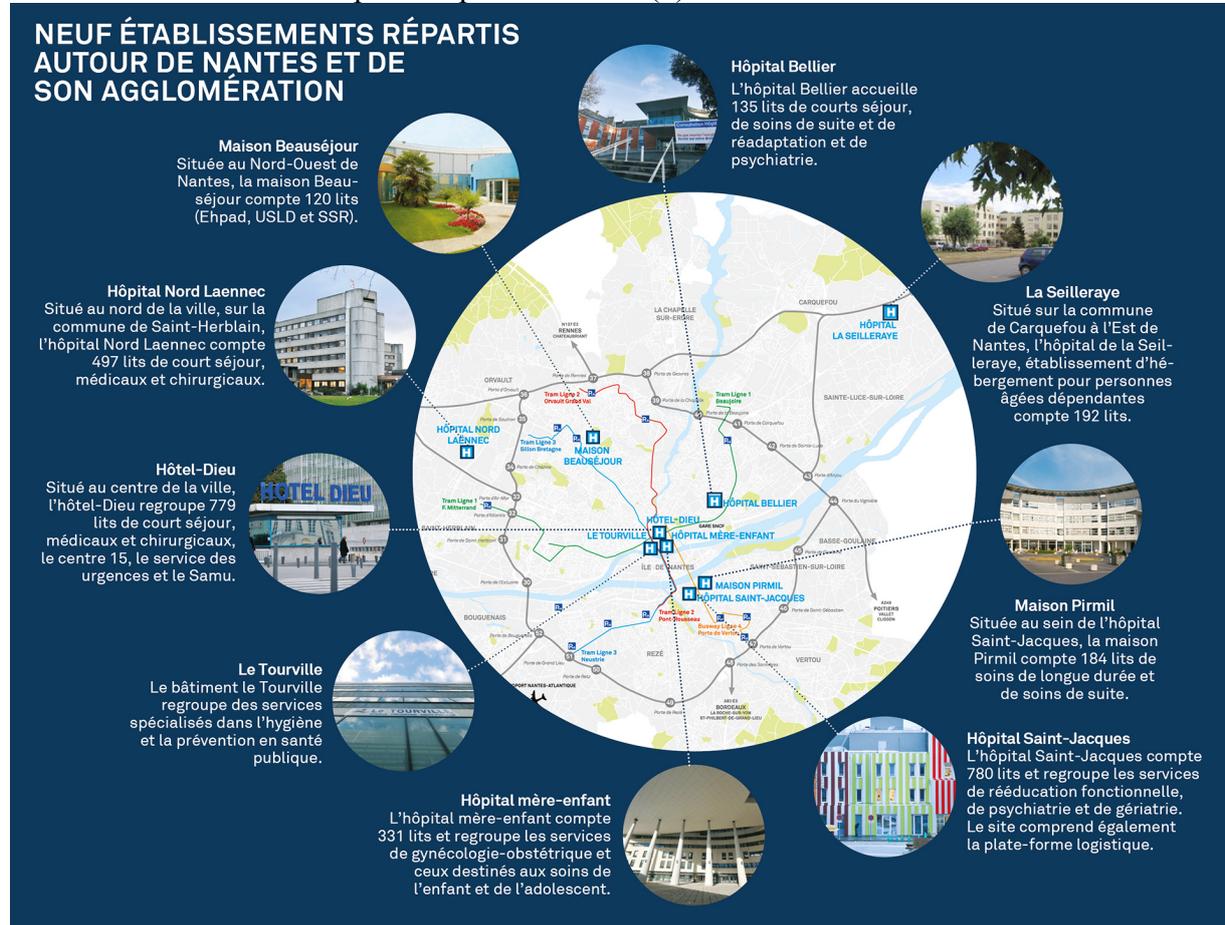
Quelques chiffres.

Dans la plupart des services d'urgence il existe un service d'UHCD, qui est plus ou moins indépendant du service des urgences. On compte en 2015 (4), 4633 lits d'UHCD et quelques 1,75 million séjours en UHCD. Ces unités se trouvent actuellement dans la plupart des services d'urgence de France. Dans la région pays de la Loire en 2017 ont comptait 211 lits d'UHCD (187 pour les urgences adultes et 24 pour les urgences pédiatriques).(5,6)

Présentation du CHU de Nantes.

Vue d'ensemble

Le CHU de Nantes se compose de plusieurs sites (7).



L'Hôtel-Dieu

Il se trouve en centre-ville, c'est le plus gros site du CHU de Nantes, on y trouve de nombreux services. Notamment le service des urgences avec l'UHCD, le SAMU mais aussi la plupart des services de spécialité médicale et chirurgicale. Il y a également un service de réanimation médicale ainsi qu'un service de réanimation chirurgicale et de prise en charge des grands brûlés. Le service de radiologie générale est également sur ce site (il est équipé de 2 scanners et 2 IRM). On y compte 779 lits.

L'hôpital Mère-Enfant

Il est en continuité avec le site de l'Hôtel-Dieu. On y trouve les services de pédiatrie et de gynécologie obstétrique. Il compte 331 lits.

L'Hôpital Nord Laennec

Il est situé au nord-ouest de l'agglomération nantaise sur la commune de Saint-Herblain à environ 10km de l'Hôtel-Dieu, soit 20 minutes en voiture. Il s'agit d'une structure regroupant les services de cardiologie, de pneumologie, de neurologie, de chirurgie cardiaque et réanimation chirurgicale, de médecine aiguë gériatrique ainsi que le plateau technique associé (coronarographie,USIC,USIP...). On y trouve 497 lits.

L'Hôpital Bellier

Ce site se trouve sur la commune de Nantes, il n'est pas en continuité avec l'Hôtel-Dieu. Ce site accueille les personnes âgées grâce à une centaine de lits. Il existe aussi une activité importante concernant l'hôpital de jour gériatrique et les consultations gériatriques.

L'Hôpital Saint-Jacques

Il se situe sur la commune de Nantes également. Il regroupe les services de rééducation fonctionnelle, psychiatrie et gériatrie. On y trouve 780 places

La Seilleraye et Beauséjour

Ce sont deux structures de long séjour. On y trouve des patients dépendant physique ou psychique, ainsi que des places d'EHPAD.

En résumé :

Le CHU de Nantes est une structure importante divisée en plusieurs sites. Il couvre un bassin de population de 800 000 habitants. On y trouve environ 3018 lits d'hospitalisation ainsi que 500 places pour l'activité ambulatoire. La particularité du CHU de Nantes est que la structure centrale du CHU est divisée en deux parties avec l'Hôtel-Dieu associé à l'Hôpital mère-enfant d'une part et l'hôpital Nord Laennec d'autre part. Le service des urgences se trouve à l'Hôtel-Dieu alors que les services de cardiologie,USIC,pneumologie,USIP,neurologieUSINV et leur plateau technique (coronarographie,IRM 24h/24,neuroradiologie interventionnelle) et le service de médecine aiguë gériatrique se trouvent sur un autre site situé à une vingtaine de kilomètres de l'Hôtel-Dieu.

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du CHU de Nantes

Elle se trouve à l'Hôtel-Dieu à proximité des urgences donc en centre-ville. Elle fait partie du PHU 3 (Pôle hospitalo-universitaire 3) dont le directeur est le Pr Gilles POTEL et du service des urgences adultes (Pr Eric BATARD)

Cette unité est composée de 20 lits.

Le personnel qui assure les soins de cette unité est composé :

D'un médecin présent tous les jours, dimanche et jours fériés inclus en journée. Il n'y a pas de médecin présent pour assurer les soins à l'UHCD la nuit, la continuité des soins étant assurée par les médecins de garde dans le service d'accueil des Urgences.

D'un interne présent tous les jours sauf les dimanches et jours fériés.

Il y a deux infirmiers présents en permanence (deux le matin (6h30-14h) et deux le soir (13h30-21h) et un supplémentaire la journée (8h-16h). La nuit il y a deux infirmiers.

Les aides-soignants sont trois en permanence (trois le matin (6h30-14h) et trois le soir (13h30-21h) et un supplémentaire la journée (8h-16h). La nuit il n'y a qu'une seule aide-soignante.

Problèmes relevés

L'UHCD du CHU de Nantes est une unité indispensable qui existe depuis la création du service des urgences, elle a été agrandie pour passer de 12 lits à 20 lits en 2009.

Son taux d'occupation est proche de 100%.

Selon le Pr Philippe LE CONTE et le personnel de cette unité que j'ai personnellement rencontré, l'activité initiale de l'UHCD semblait correspondre aux recommandations de la SFMU. Au cours du temps cette activité semble avoir changé.

Il semble que les patients restent hospitalisés plus longtemps, jusqu'à rester hospitalisés plusieurs jours. Ce qui fait que cette activité est de plus en plus semblable à celle d'un service de médecine conventionnelle.

Lors de notre rencontre, ils m'ont signalé que la charge de travail du personnel est plus importante qu'auparavant. Car les patients sont plus âgés et que la prise en charge de patients en fin de vie est plus fréquente. Cette modification d'activité demande aux équipes médicale et paramédicale des temps dédiés aux soins à l'accompagnement plus importants.

De manière concomitante, les patients présentant une charge de travail moins élevée semblent être moins fréquemment admis à l'UHCD. Il s'agit notamment des patients qui étaient hospitalisés pour des intoxications médicamenteuses ou alcooliques.

Il existe une explication à cette modification d'activité. Au sein du service des urgences, il existe maintenant une zone appelée ZAD (Zone d'attente diagnostic ; elle est définie administrativement comme une UHTCD (Unité d'hospitalisation de très courte durée). Cette unité est constituée des 13 places divisées en chambres doubles ou triples dans lesquelles les patients sont installés sur leurs brancards afin d'attendre la réalisation ou les résultats d'examen. Contrairement à l'UHCD, la ZAD n'est pas une vraie unité d'hospitalisation : peu de soins y sont réalisés, les patients n'ont pas de chambre avec un lit mais sont installés sur

leurs brancards à plusieurs dans des chambres.

L'apparition de cette unité avait pour but de libérer les box d'examen et les couloirs notamment ceux du « secteur médecine » pour améliorer le flux de patients.

Aujourd'hui l'activité de la ZAD a également été modifiée. Aux urgences du CHU de Nantes, comme dans la plupart des services d'urgences, les médecins perdent un temps précieux à trouver une place d'hospitalisation.

Il existe aujourd'hui des infirmiers responsables de « l'ordonnancement » que les médecins appellent lorsqu'un patient nécessite d'être hospitalisé. Cet infirmier possède une vision globale et actualisée des lits disponibles sur l'hôpital et peut imposer l'hospitalisation d'un patient dans un service donné. Cela qui permet un gain de temps pour les médecins des Urgences.

Malgré ces améliorations, trouver une place d'hospitalisation reste difficile. Lorsque que les services de médecine conventionnels sont saturés, l'UHCD et la ZAD sont souvent les seules unités disposant de places libres. Les patients nécessitant d'une surveillance estimée inférieure à 24 heures (intoxication médicamenteuse ou alcoolique) sont plutôt hospitalisés à la ZAD qu'à l'UHCD afin de garder des places d'hospitalisation libres pour des patients plus lourds.

Il existe une autre particularité de l'UHCD du CHU de Nantes. Comme dans la plupart des CHU, il existe une équipe mobile de gériatrique. A l'Hôtel-Dieu, cette équipe est basée à l'UHCD. Cela incite les médecins à hospitaliser les patients qui nécessitent une expertise gériatrique dans le service d'UHCD.

Objectif de la thèse

Cette thèse a pour objectif d'étudier l'évolution de l'activité de cette unité depuis son agrandissement à 20 lits.

Pour évaluer les modifications de l'activité de l'UHCD nous avons donc étudié l'évolution des caractéristiques des patients hospitalisés entre 2009 et 2017 à l'UHCD et les données de leur passage.

Matériel et méthode

Extraction des données

Les données extraites de Clinicom ont été exportées au format Excel (Microsoft, Seattle WA) puis analysées sur PASW Statistics®.

Nous avons demandé au Dr Chan NGOHOU, médecin au service DIM (département d'information médicale), d'extraire les données utilisées pour le codage des séjours à l'UHCD. Ces données ont pu être extraites grâce au logiciel Clinicom® et ont été exportées au format Excel (Microsoft®, Seattle WA). Nous avons pu extraire les données du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2017 ce qui correspond aux passages des patients durant 9 années. Ces données étaient extraites anonymisées.

Les données extraites ne correspondaient pas à un patient mais à un RUM (Résumé d'unité médicale). Lorsqu'un patient est hospitalisé dans une unité, un RUM est édité. On retrouve dans ce document de nombreuses informations :

- La date de naissance
- Le sexe
- Les modes d'entrée et de sortie
- Les dates d'entrée et de sortie de l'unité médicale et du séjour, ce qui permet de calculer les durées de séjour.
- Le diagnostic principal codé en CIM-10, GHM ou GHS (8)
- ...

Définition de la population

La population correspondait aux différents RUM de l'UHCD du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2017. Plusieurs passages à l'UHCD pour un même patient correspondaient à plusieurs RUM.

Ne sont pas inclus dans cette études les patients qui correspondaient au groupe 4 des recommandations de la SFMU, c'est à dire les patients admis uniquement administrativement à l'UHCD afin de revaloriser leur passage aux urgences (2).

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive rétrospective.

Type d'analyse

Dans cette étude, nous avons cherché à évaluer si l'activité de l'UHCD était significativement différente entre les années 2009 à 2017.

Pour se faire, nous avons utilisé un logiciel PASW Statistics®, qui nous a permis de faire de nombreuses analyses. Il nous a permis d'analyser les données quantitatives (l'âge moyen) et qualitatives (le nombre de patients qui sont rentrés à domicile) en fonction des différentes années.

Nous avons ensuite procédé de la même façon pour comparer les différentes années.

Sachant que le nombre de groupes étudiés a toujours été supérieur à 30, nous avons pu estimer qu'ils suivaient une distribution normale. Cependant, la distribution de l'âge ne l'était pas et nous avons donc utilisé la médiane plutôt que la moyenne

Analyse des données quantitatives

Pour les données quantitatives, nous avons commencé par faire un test ANOVA. Ce test a comme hypothèse H0 : « les différents groupes proviennent de la même population ».

Si notre test était significatif alors nous pouvions rejeter l'hypothèse H0 et accepter l'hypothèse H1 : « les différents groupes ne proviennent pas de la même population ».

J'ai ensuite consulté le Dr JAVAUDIN. Il m'a conseillé de faire des régressions linéaires pour tenter de prouver que l'évolution de la variable suivait une croissance linéaire au cours des différentes années.

Le résultat des régressions linéaires se présente de cette façon :

- On y retrouve un p, qui est à comparer à la valeur 0,05, s'il est inférieur alors les résultats suivants sont significatifs.
- Le coefficient de détermination noté R2, qui est un indicateur qui permet de juger la qualité de la relation linéaire. Ce coefficient varie de 0 à 1. Plus il est proche de 1 plus les facteurs étudiés ont un lien entre eux. Par exemple si on étudie l'âge moyen et l'année d'hospitalisation, si le coefficient R2 est égal à 0,5, alors nous pouvons conclure que l'âge moyen dépend de l'année d'hospitalisation.
- Une formule est également extraite de cette analyse. Elle se présente sous la forme « $aX+b$ ». La valeur de « a » a une importance particulière. Si cette valeur est négative, alors la régression est négative, si elle est positive alors la régression est positive. Sa valeur permet de connaître l'évolution du critère étudié. Par exemple, si nous faisons une régression linéaire entre l'âge moyen et l'année d'hospitalisation, si la formule est « $1,6X+60$ », cela signifie que l'âge moyen des patients hospitalisés à l'UHCD augmente de 1,6 ans chaque année.

Analyse des données qualitatives

Pour ce qui concerne les données qualitatives, nous avons fait des tests de Chi2. L'hypothèse H0 est : « les différents groupes proviennent de la même population ». Si le p est inférieur à 0,05 alors on rejette l'hypothèse H0 et on accepte l'hypothèse H1 : « les groupes ne proviennent pas de la même population ».

Afin de montrer que l'évolution est significative en fonction des années, des régressions

linéaires sont également effectuées. Les résultats s'interprètent de la même façon.

Objectif principal

L'objectif principal était d'évaluer l'évolution des caractéristiques de la population hospitalisée à l'UHCD sur 9 ans.

Objectifs secondaires

Grâce aux données que nous avons, nous avons pu définir de nombreux objectifs secondaires, évaluer l'évolution :

- De la durée totale du séjour hospitalier
- Des modes d'entrée
- Des modes de sortie avec un focus sur le nombre de décès
- Des services de sortie
- Du nombre de RUM par RSS
- Des différentes catégories diagnostiques
- Du bassin de population (origine des patients)
- Du nombre de patients hospitalisés au cours du temps

Critères principaux de jugement

Nous avons défini comme critères principaux de jugement l'évolution de l'âge des patients admis à l'UHCD ainsi que l'évolution de la durée d'hospitalisation à l'UHCD entre 2009 et 2017.

Critères secondaires de jugement

Les critères de jugements secondaires ont été définis comme l'évolution

- De la durée totale de séjour entre 2009 à 2017
- Du sexe entre 2009 à 2017
- Du mode d'entrée entre 2009 et 2017
- Du mode de sortie entre 2009 et 2017
- Des services de sortie entre 2009 et 2017
- Du nombre de décès entre 2009 et 2017
- Du nombre total de patients hospitalisés par année entre 2009 et 2017
- Des diagnostics principaux grâce aux classifications CIM-10 et CMD entre 2009 et 2017
- Du nombre de RUM par RSS entre 2009 et 2017

Résultats

Présentation des résultats

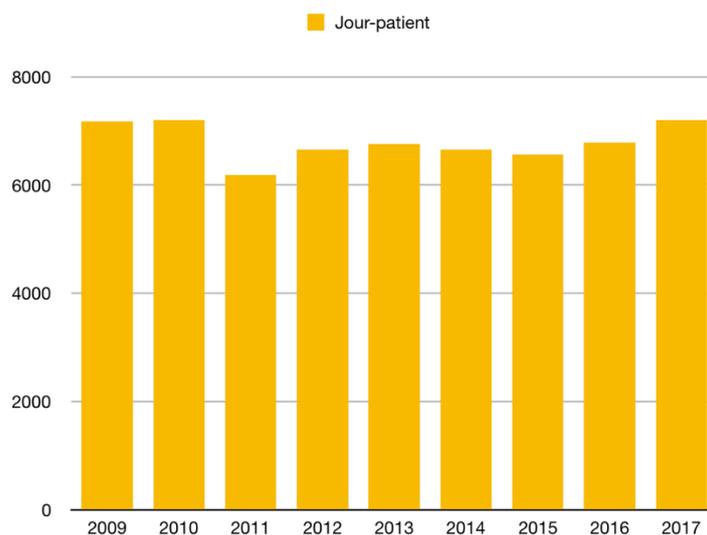
La présentation des résultats se fait sous deux formes :

- Des tableaux permettent de présenter en valeur absolue ou en proportion des différentes variables en fonction des années. La significativité des résultats représentés par p noté dans la dernière colonne du tableau, représente la significativité de la régression linéaire.
- Des graphiques permettent de mettre en valeur les résultats grâce à des colonnes. La régression linéaire a été modélisée par une courbe linéaire bleue, les données de cette régression sont inscrites sur le graphique.

Vérification de la validité des données

Après réception des données, nous avons voulu vérifier qu'il ne manquait pas de données. Le Dr NGOHOU a comparé notre base de données avec une seconde source s'appelant DIM Report® afin de s'assurer qu'il ne manquait pas de RUM. Nous avons ensuite comparé le nombre de patients hospitalisés et la durée moyenne de séjour à l'UHCD ce qui constituait des jours-patients. Etant donnée que le service a un taux d'occupation proche de 100% et que le nombre de lits n'a pas été modifié durant la période d'analyse, le nombre de jours-patient devait être comparable entre les années.

Graphique 1 : Nombre de jour-patient par année



Critères principaux de jugement

Les critères de jugement principaux étaient l'âge et la durée d'hospitalisation à l'UHCD.

Pour l'âge nous avons décidé d'analyser l'âge moyen, l'âge médian et la proportion de patients âgés de plus de 75 ans.

Pour l'analyse de l'âge moyen, médian (ANOVA, $p < 10^{-4}$), et pour la proportion de patients âgés de plus de 75 ans (Chi2 $p < 10^{-4}$) les résultats étaient significatifs, il existe donc une différences entre les groupes pour ces 3 variables.

Pour vérifier que ces différences étaient progressivement croissantes, nous avons fait des régressions linéaires qui sont présentées dans les graphiques ci-dessous.

Pour l'âge moyen, l'âge médian et la proportion de patients âgés de plus de 75 ans, la progression était significativement croissante.

Par exemple, la régression linéaire de l'âge médian était positive avec une augmentation de 1,2167 ans tout les ans ($p=0,0016$ $R^2=0,7791$). La valeur de p inférieure à 0,05 prouvait la significativité des résultats. La valeur de R^2 proche de 1 montrait que la relation entre l'âge médian des patients et les différentes années était forte.

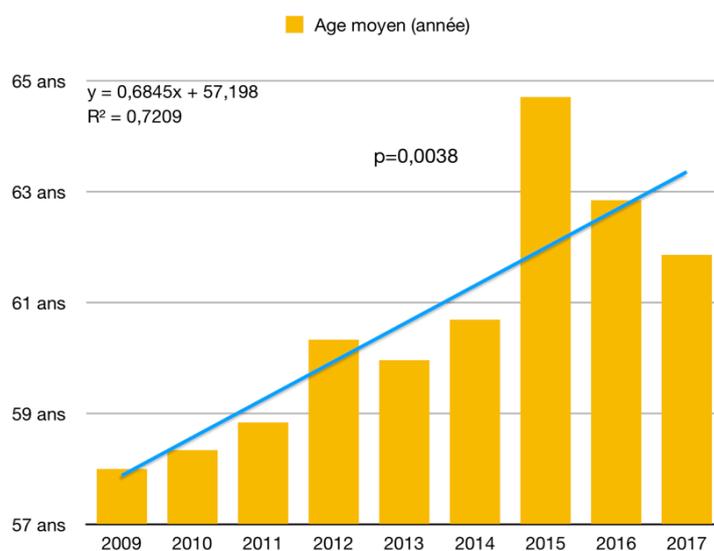
Parmi les différentes années, la durée d'hospitalisation à l'UHCD était significativement différente, le test ANOVA retrouvait un $p < 10^{-4}$. La régression linéaire montrait une augmentation de la durée d'hospitalisation de 0,0322 jours par an (soit 0,29 jours sur 9 ans) ce qui correspondait à une augmentation de 19,7% ($p=0,0417$).

Les résultats sont présentés dans le tableau 1.

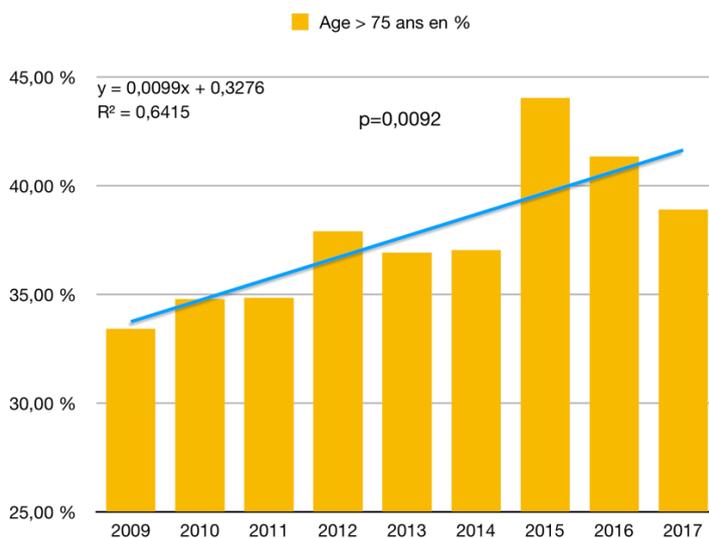
Tableau 1 : Analyse de l'âge médian, moyen, de l'âge supérieur à 75 ans et de la durée d'hospitalisation à l'UHCD.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Age médian (année)	58 ans	59 ans	59 ans	63 ans	61 ans	63 ans	69 ans	66 ans	66 ans	ANOVA : $p < 10^{-4}$
Age moyen (année)	58 ans	58,34 ans	58,84 ans	60,33 ans	59,96 ans	60,69 ans	64,71 ans	62,85 ans	61,86 ans	ANOVA : $p < 10^{-4}$
Age > 75 ans	33,42 %	34,78 %	34,85 %	37,90 %	36,91 %	37,04 %	44,03 %	41,35 %	38,91 %	Chi 2 $p < 10^{-4}$
Durée hospitalisation UHCD (en jours)	1,47 j	1,55 j	1,38 j	1,42 j	1,39 j	1,48 j	1,67 j	1,62 j	1,74 j	ANOVA : $p < 10^{-4}$

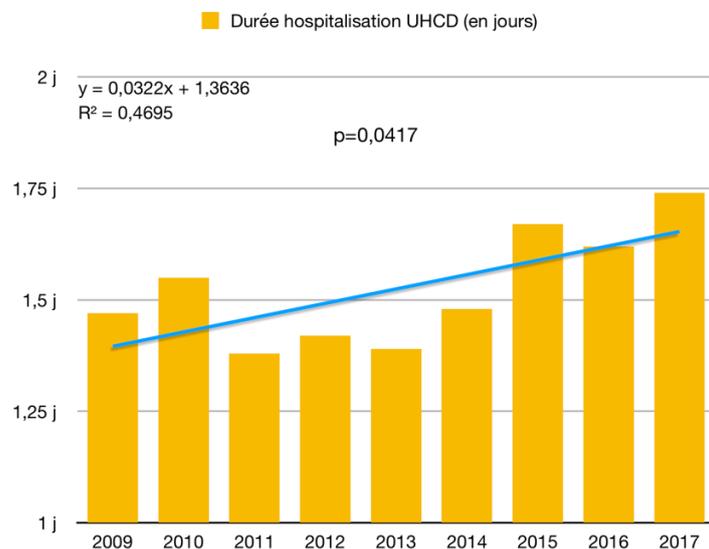
Graphique 2 : Age moyen par année



Graphique 3 : Pourcentage de patient âgés de plus de 75 ans par année



Graphique 4 : Durée d'hospitalisation par année



Critères secondaires de jugements

Analyse de la durée totale d'hospitalisation

Entre 2009 et 2015, la durée totale d'hospitalisation correspondait au nombre de jours d'hospitalisation au CHU de Nantes. Depuis 2016 cette durée correspond aux nombre de jours sur le site de l'Hôtel-Dieu. Ce changement de réglementation a affecté la qualité de nos données. Les durées d'hospitalisation des patients transférés dans des services des sites de l'hôpital Nord Laennec ou de l'hôpital Bellier étaient fausses et bien plus courtes que la réalité.

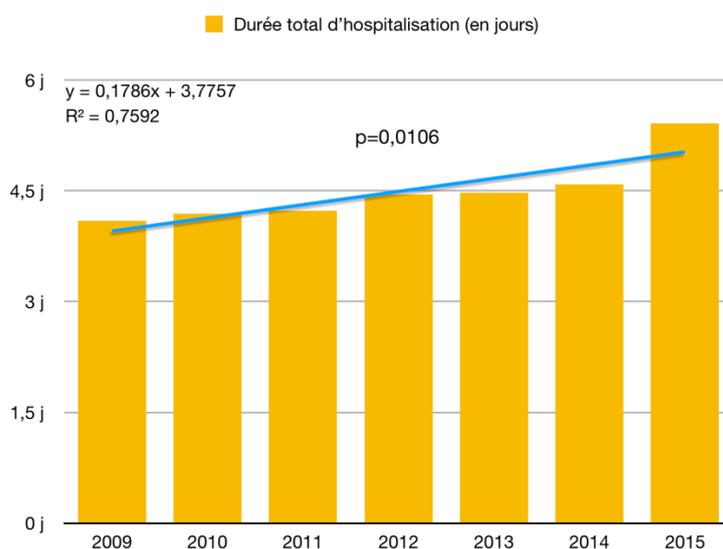
C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas pris en compte les années 2016 et 2017 pour l'analyse de la durée d'hospitalisation.

L'évolution de la durée totale d'hospitalisation des patients admis à l'UHCD était significativement croissante avec une augmentation de 0,1786 jours par année ce qui correspondait à 1,25 jours sur 7 ans.

Tableau 2 : Analyse de la durée totale d'hospitalisation

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Durée total d'hospitalisation (en jours)	4,09 j	4,19 j	4,23 j	4,45 j	4,47 j	4,59 j	5,41 j	3,33 j	3,28 j

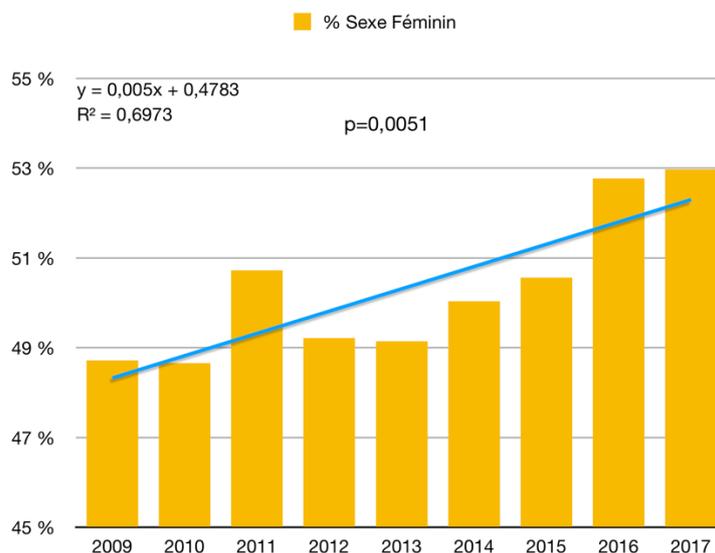
Graphique 5 : Durée totale d'hospitalisation par année



Analyse du sexe

Pour analyser l'évolution du sexe nous avons choisi de comparer la proportion de sexe féminin par année. Un test de Chi 2 permettait de dire que les différentes proportions ne provenaient pas de la même population ($p < 10^{-4}$). Une régression linéaire montrait que la proportion de patientes augmentait en fonction des années ($p = 0,0051$, $R^2 = 0,6873$).

Graphique 6 : Pourcentage de patients de sexe féminin par année



Analyse du mode d'entrée

Les modes d'entrée ont aussi été analysés grâce à un test de Chi2 qui était positif ($p < 10^{-4}$). Il existait trois modes d'entrée principaux.

- L'admission via les urgences qui représentait le mode d'entrée principal.
- L'admission de patients venant du domicile qui n'ont pas été admis aux urgences avant leur admission à l'UHCD (noté Domicile direct).
- Les transferts d'autres services vers l'UHCD (notés transfert de MCO).

Nous avons comparé l'évolution du nombre de patients qui étaient admis à l'UHCD via ces différents modes d'entrée et réalisé des régressions linéaires.

Pour les patients admis via les urgences, étant donné qu'ils représentaient plus de 90% des patients, nous avons comparé l'évolution de leur proportion. Cela permettait d'éviter que cette évolution suive celle du total des patients admis à l'UHCD.

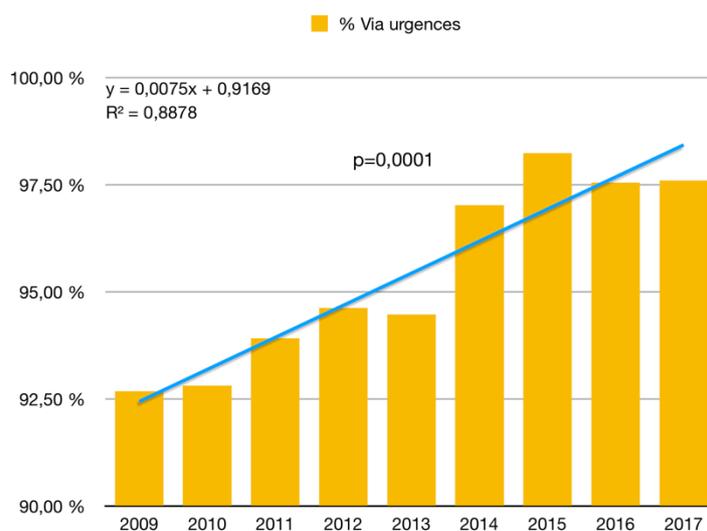
Les régressions linéaires réalisées nous ont permis de montrer que les patients étaient plus souvent admis via les urgences ($p = 0,0001$, $R^2 = 0,8878$) et moins souvent transférés depuis d'autres services vers l'UHCD ($p = 0,0007$, $R^2 = 0,8268$).

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous

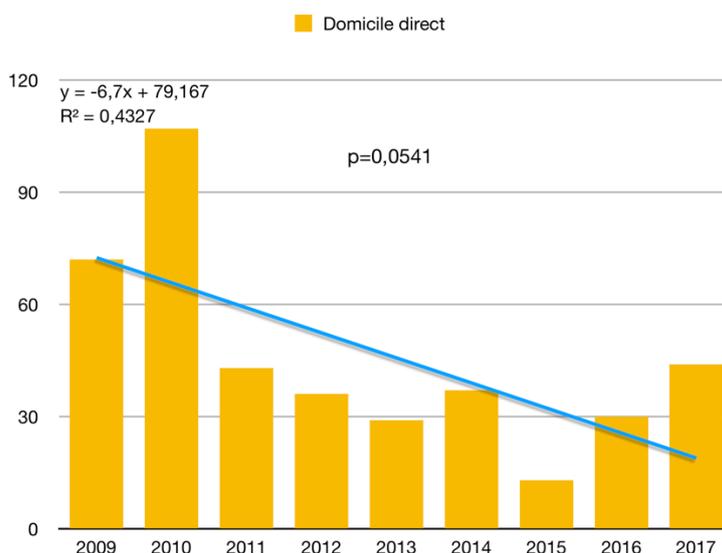
Tableau 3 : Analyse du mode d'entrée

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Via urgences	4535	4328	4212	4434	4581	4375	3853	4075	4026
% Via urgences	92,68 %	92,82 %	93,91 %	94,62 %	94,47 %	97,03 %	98,24 %	97,56 %	97,60 %
Domicile direct	72	107	43	36	29	37	13	30	44
Transfert de MCO	236	200	195	185	196	68	39	63	53
Autres	50	28	35	31	43	29	17	9	2

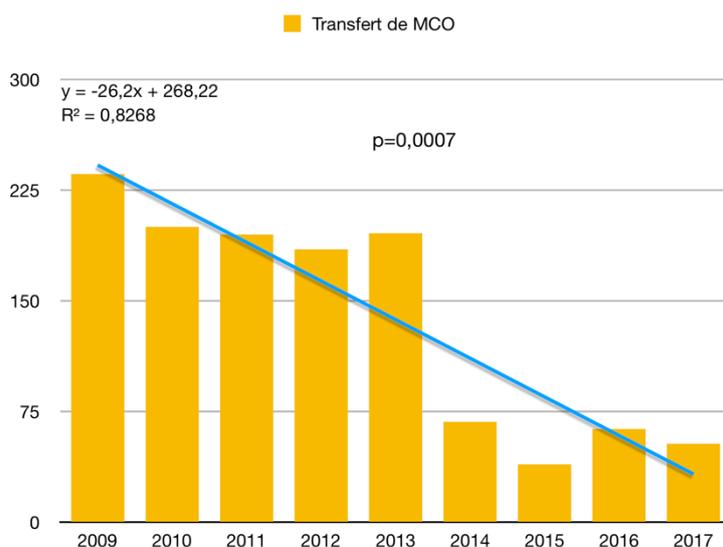
Graphique 7: Pourcentage de patients provenant des urgences par année



Graphique 8 : Nombre de patients admis directement à l'UHCD par année



Graphique 9 : Nombre de patients admis à l'UHCD depuis un service hospitalier par année



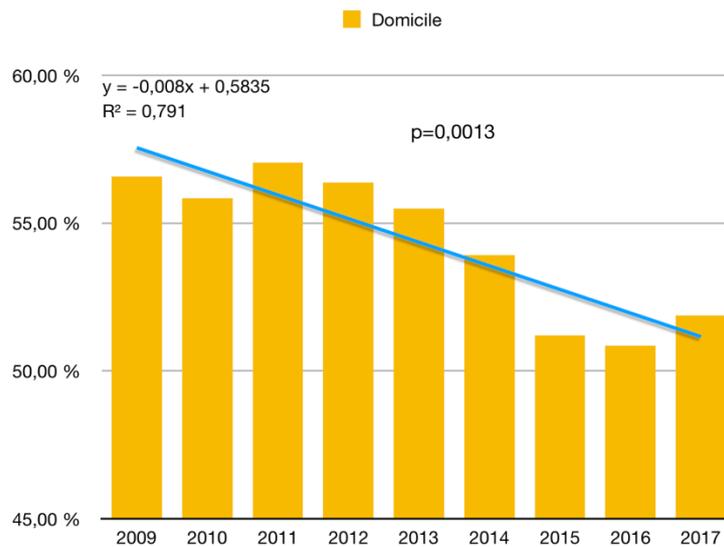
Analyse du mode de sortie

L'évolution des modes de sorties a été analysée grâce à un test de Chi2 ($p < 10^{-4}$). Ensuite pour chaque mode de sortie des régressions linéaires ont été réalisées. Les modes de sortie « domicile », « MCO » et « SSR » présentaient une augmentation croissante ou décroissante significative. Pour les modes de sortie les plus importants « domicile » et « MCO » qui correspondaient respectivement aux patients qui sortaient à domicile et ceux qui étaient admis dans un autre service hospitalier de médecine, chirurgie ou obstétrique, nous avons édité des graphiques. Pour les autres, leur évolution ne dépendait pas des années sauf pour les sorties vers les SSR qui représentaient une part faible des patients.

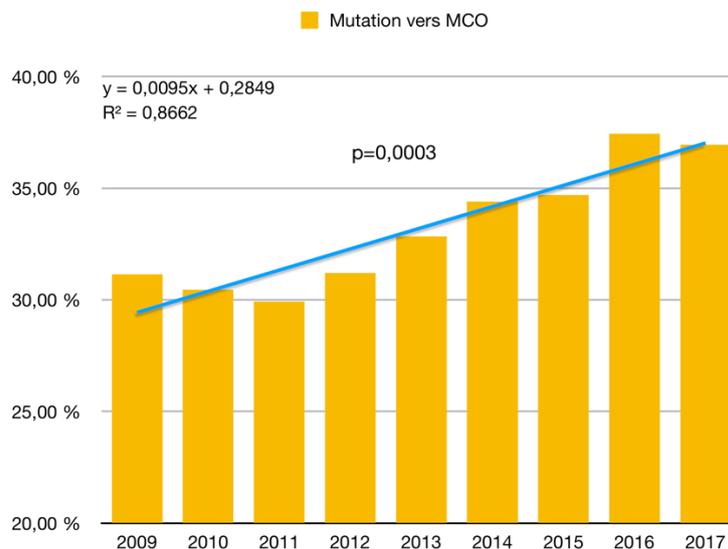
Tableau 4 : Analyse du mode de sortie

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	p (régressions linéaires)
Deces	298	286	299	347	311	286	306	242	224	
	6,09 %	6,13 %	6,67 %	7,41 %	6,41 %	6,34 %	7,80 %	5,79 %	5,43 %	0,7018
Domicile	2768	2604	2559	2642	2691	2431	2008	2124	2140	
	56,57 %	55,84 %	57,06 %	56,38 %	55,50 %	53,91 %	51,20 %	50,85 %	51,88 %	0,0013
Mutation vers MCO	1524	1420	1342	1462	1593	1551	1361	1564	1524	
	31,15 %	30,45 %	29,92 %	31,20 %	32,85 %	34,40 %	34,70 %	37,44 %	36,95 %	0,0003
Mutation vers PSY	148	172	166	138	156	160	175	159	164	
	3,02 %	3,69 %	3,70 %	2,94 %	3,22 %	3,55 %	4,46 %	3,81 %	3,98 %	0,0905
Mutation vers SSR	134	140	94	80	77	51	52	72	60	
	2,74 %	3,00 %	2,10 %	1,71 %	1,59 %	1,13 %	1,33 %	1,72 %	1,45 %	0,0102
Autres	21	41	25	17	21	30	20	16	13	
	0,43 %	0,88 %	0,56 %	0,36 %	0,43 %	0,67 %	0,51 %	0,38 %	0,32 %	0,2265

Graphique 10 : Pourcentage de patients sortant au domicile par année



Graphique 11 : Pourcentage de patients transférés vers un autre service par année



Analyse des services de sortie

Analyser les services de sortie a nécessité de faire un test de Chi2 qui était significatif pour la plupart des services, ce qui signifie que durant les différentes années la plupart des services ont admis plus ou moins de patients en fonction des années.

Ensuite nous avons réalisé des régressions linéaires afin de voir si certains services accueillait de façon croissante ou décroissante des patients de l'UHCD.

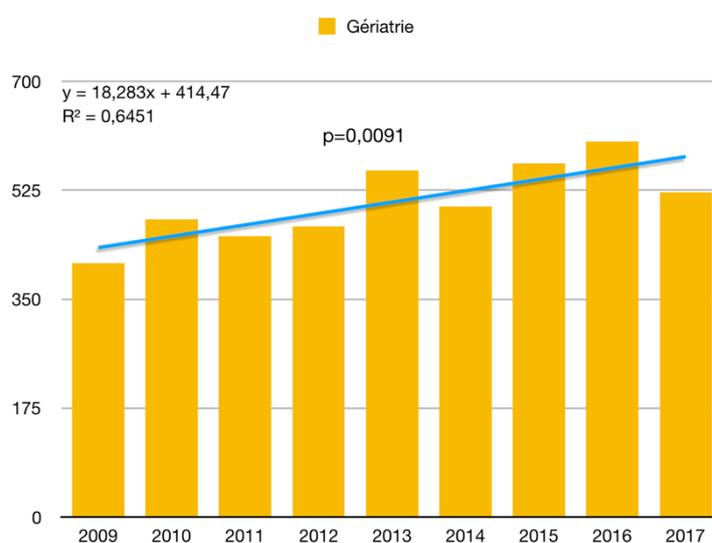
Seuls deux services accueillait des patients de l'UHCD de façon significativement croissante, il s'agissait de la gériatrie et du service d'HGE (hépatogastro-entérologie). Pour les autres services, aucune évolution significative n'a pu être montrée.

Les données sont présentées dans le tableau ci-dessous. L'évolution du nombre de transferts de patients en gériatrie et HGE est présentée dans des graphiques ci-dessous.

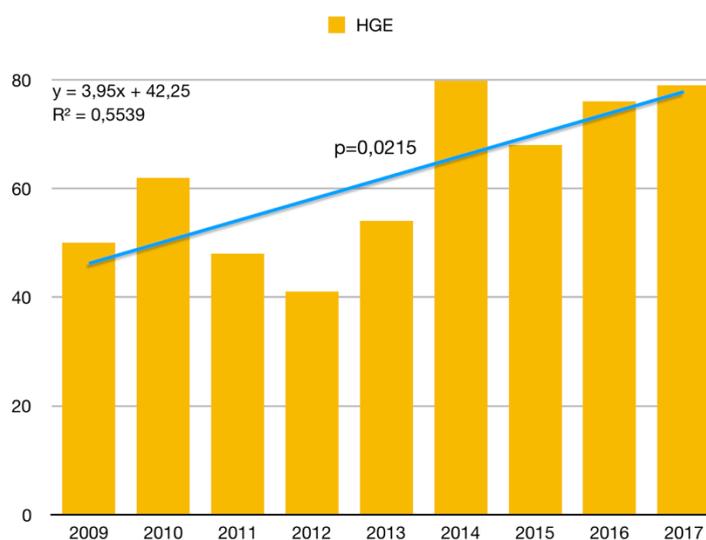
Tableau 5 : Analyse des services de sortie

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Chi2	Régression linéaires
Autre	167	11	19	23	18	21	19	16	25	p<0.0001	p=0,159
Cardiologie	22	25	12	15	17	29	20	24	23	p=0,2578	p=0,4902
Chirurgie	136	179	156	185	146	137	89	122	145	p<0.0001	p=0,1696
Dermatologie	17	6	9	8	7	12	15	23	17	p=0,0149	p=0,1383
Gériatrie	408	478	451	467	557	499	568	603	522	p<0.0001	p=0,0091
HGE	50	62	48	41	54	80	68	76	79	p=0,0018	p=0,0215
Médecine interne	178	154	129	150	146	207	146	173	223	p<0.0001	p=0,1875
MPU	199	259	304	341	329	245	217	240	207	p<0.0001	p=0,5074
Néphrologie	13	9	5	8	20	17	14	19	17	p=0,1094	p=0,0661
Neurologie	43	29	41	33	61	73	34	59	50	p=0,0002	p=0,2331
Pneumologie	43	33	32	45	36	39	37	52	42	p=0,7011	p=0,2721
Réanimation	24	21	21	21	24	14	22	22	23	p=0,8634	p=0,8153

Graphique 12 : Nombre de patients transférés en gériatrie par année



Graphique 13 : Nombre de patients transférés en HGE par année



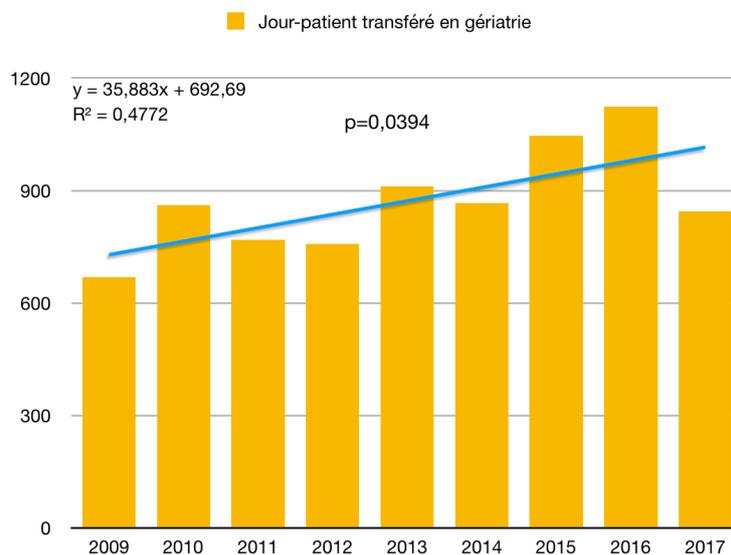
Pour compléter l'analyse des services d'hospitalisation, nous avons fait une analyse du nombre de jour-patient des patients transférés vers les services de gériatrie. Cette analyse correspond au nombre de lits occupés par des patients qui étaient en attente d'une place en gériatrie.

Les résultats sont présentés ci-dessous.

Tableau 6 : Analyse du nombre de jour-patient transféré en gériatrie

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Jour-patient transféré en gériatrie	669	862	768	757	912	866	1047	1124	844
Occupation moyenne par jour	1,83	2,36	2,10	2,07	2,50	2,37	2,87	3,08	2,31

Graphique 14 : nombre de jour-patient transféré en gériatrie par année



Analyse du nombre de décès

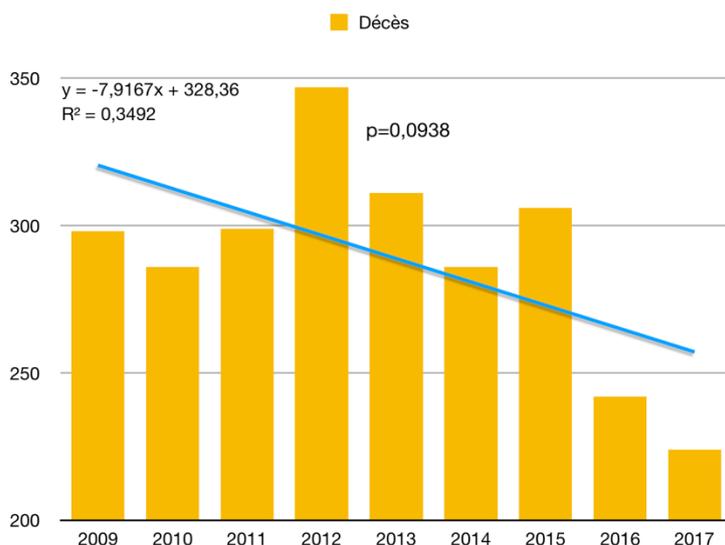
L'analyse du nombre de décès a été faite grâce à un test de Chi2 ($p=0,0001$). Le nombre de décès était différent entre les groupes.

La réalisation de la régression linéaire n'était pas significative ($p=0,0938$) ce qui signifie que la différence entre les groupes n'était pas significativement décroissante.

Les données sont présentées dans le tableau 4 ci-dessus

La régression linéaire est présentée dans le graphique ci-dessous.

Graphique 15 : Nombre de décès par année



Evolution du nombre de patients hospitalisés à l'UHCD

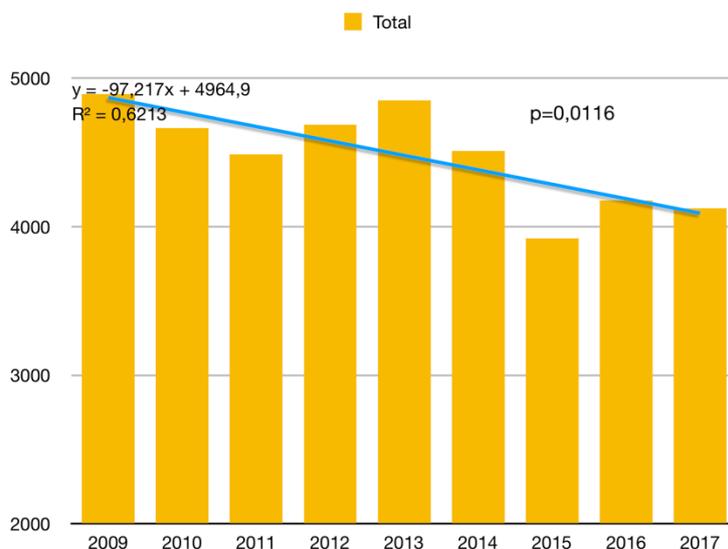
L'évolution du nombre de patients hospitalisés au cours du temps est présentée dans le tableau ci-dessous.

Cette décroissance était significative, avec une diminution moyenne d'environ 100 patients (97,217) patients par années.

Tableau 7 : Analyse du nombre total de patient admis à l'UHCD

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Total	4893	4663	4485	4686	4849	4509	3922	4177	4125	40310

Graphique 16 : Nombre total de patient admis à l'UHCD par année



Analyse des catégories diagnostiques

L'analyse de l'évolution des catégories diagnostiques était possible grâce au codage des diagnostics principaux selon les classifications CIM-10 et GHM qui ont ensuite été regroupées en catégories diagnostiques (annexe 1 et 2).

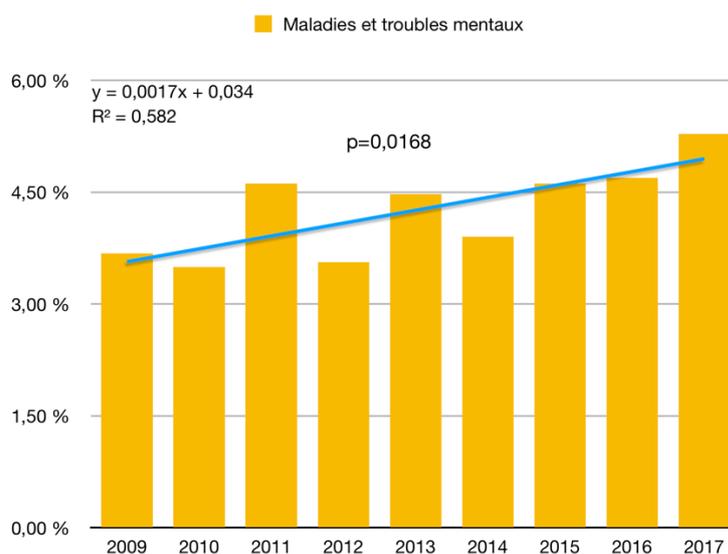
Les regroupements diagnostiques de la classification CIM-10 ont été analysés bien que les intitulés de ces regroupements ne semblaient pas représenter d'intérêt pour ce travail. Les résultats sont présentés dans les annexes.

Les regroupements diagnostiques de la classification GHM appelés CMD semblaient intéressants. On y retrouve deux groupes de diagnostics qui correspondaient à l'analyse que nous voulions faire. Il s'agissait de la CMD 19 « maladies et troubles mentaux » qui correspondait aux patients souvent âgés atteints de démence, la régression linéaire du pourcentage de patients admis pour ce motif était en diminution. La CMD 20 « troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci » semblait correspondre aux patients hospitalisés pour différentes intoxications, la régression linéaire des pourcentages de ces patients était en diminution.

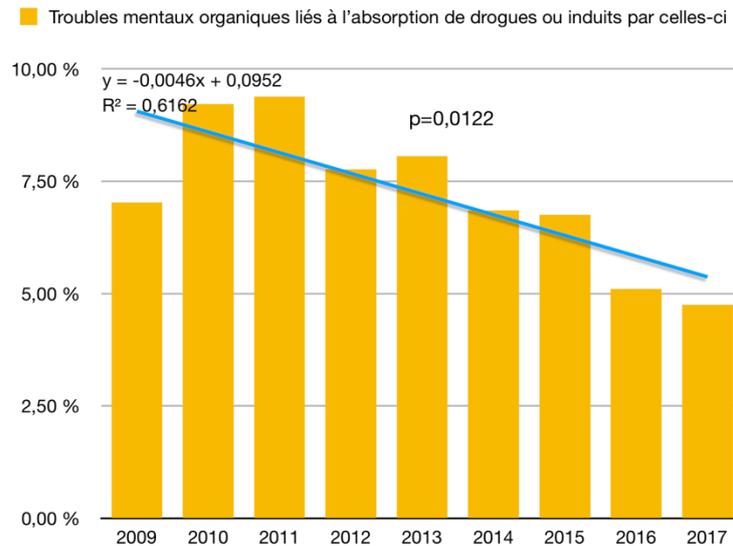
L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau X présent dans les annexes.

Les graphiques des CMD 19 et 20 sont présentés ci-dessous.

Graphique 17 : Pourcentage de patients admis pour « Maladies et troubles mentaux » par année



Graphique 18 : : *Pourcentage de patients admis pour « troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci »*



Analyse du nombre de RUM par RSS

Le nombre de RUM par RSS correspondait au nombre d'unités médicales par lesquelles le patient était passé durant son séjour à l'hôpital. La comparaison du nombre de RUM par RSS a posé plusieurs problèmes.

Afin de valoriser le séjour des patients admis à l'UHCD, aléatoirement, certains patients étaient préalablement admis à l'UHTCD. Cette admission supplémentaire ajoutait un RUM au RSS du patient.

Enfin, comme nous l'avons vu avec le durée totale d'hospitalisation, avant 2016 le transfert d'un patient vers un autre site du CHU ne clôturait pas son séjour. Après 2016 dès que le patient quittait le site de l'Hôtel-Dieu son séjour était clôturé. Le nombre de RUM par RSS était alors complètement différent.

Du fait de ces deux facteurs de confusion, cette analyse n'a pas été réalisée.

Discussions

Analyses principales

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'évolution de l'âge et la durée d'hospitalisation des patients admis à l'UHCD.

Analyse de l'âge des patients admis à l'UHCD

Nous avons évalué l'âge de 3 façons : l'âge moyen, médian et la proportion de patient ayant un âge supérieur à 75 ans. Pour ses 3 différentes analyses l'âge des patients augmentait avec les années. Cela signifie que les patients admis à l'UHCD étaient de plus en plus âgés.

La proportion des patients âgés de plus de 75 ans est passée de 33,42% à 38,41%, soit une augmentation brute de 37% avec une croissance linéaire significative ($p=0,0092$, $R^2=0,6415$) à 0,99% par année. Cela signifie que tous les ans la proportion de patients âgés de 75 ans a augmenté de 1% à l'UHCD.

Une telle augmentation peut avoir différentes explications.

La première explication est démographique. L'INSEE (9,10,11,12) publie régulièrement des données démographiques. L'augmentation de l'espérance de vie des français s'accompagne d'un vieillissement de la population et d'une augmentation de la proportion des personnes âgées. Entre 2007 et 2015 (soit 9 ans) la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est passée de 8,5% à 9,3% ce qui correspond à une augmentation de 9,4%. Dans notre étude, si on tient compte de la régression linéaire ($y=0,0099X+0,3276$) les patients âgés de plus de 75 ans ont augmenté de 37% en 9 ans. Mais l'augmentation des patients âgés de plus de 75 ans ne s'explique pas uniquement pas la modification démographique de la population française.

L'hypothèse qui nous semble la plus probable est que le nombre de places de gériatrie dans l'hôpital n'est pas suffisant. Le nombre de patients nécessitant d'être hospitalisés en gériatrie augmente plus vite que le nombre de places dans ces services. Les patients sont alors hospitalisés dans d'autres services. Le bureau de l'équipe mobile gériatrique étant situé dans l'UHCD, les médecins urgentistes préfèrent peut-être hospitaliser un patient âgé dans ce service pour qu'il puisse bénéficier de l'expertise gériatrique.

Les patients transférés vers un autre service ont initialement été admis à l'UHCD par manque de place dans le service de destination. L'analyse des services de sortie permet de savoir quelle unité manque de place. Parmi tous les services du CHU la gériatrie est celui qui admet le plus de patients de l'UHCD (environ 500 patients par an), puis ce sont les services de MPU (250 patients par an) et de médecine interne (150 patients par an).

L'évolution des transferts vers d'autres services n'est significative que pour la gériatrie ($p=0,0091$, $R^2=0,6451$) et l'HGE ($p=0,0215$, $R^2=0,5539$). Cependant, la valeur brute du nombre d'hospitalisations en HGE rend cette augmentation peu significative pour la vie de l'unité. Si nous tenons compte de la régression linéaire l'augmentation de patients admis en gériatrie est de 33,8% sur 9 ans. La valeur élevée de cette augmentation signifie que l'UHCD

est un service privilégié de l'admission des personnes âgées en attendant qu'une place en gériatrie se libère.

L'analyse du nombre de jour-patient des patients transférés vers la gériatrie, correspond au nombre de journées d'hospitalisation qui sont dédiées aux patients en attente d'une place en gériatrie. En 2017 il y en avait 844, ce qui correspond à 2,31 lits occupés par ces patients par jour.

Ce nombre de jour-patient est significativement croissant au cours des années ($p=0,0394$, $R^2=0,4772$).

Analyse de la durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation de cette unité est longue quand elle est supérieure à 1 jour. Selon les recommandations de la SFMU (2), les patients devraient être hospitalisés moins de 24 heures, la durée moyenne d'hospitalisation devrait être inférieure à 24 heures.

Cette durée d'hospitalisation est significativement croissante avec une augmentation de 18,5% en 9 ans si on tient compte de la régression linéaire.

Trois types de patients sont hospitalisés à l'UHCD (2).

Ceux du groupe 1 nécessitent une hospitalisation inférieure à 24 heures.

Ceux du groupe 2 nécessitent un temps supplémentaire d'observation avant de prendre une décision qui est estimé inférieur à 24 heures.

Ceux du groupe 3 sont admis à l'UHCD en attendant qu'une place se libère dans le service dans lequel il devrait être pris en charge.

L'augmentation de la durée moyenne d'hospitalisation peut être expliquée par l'augmentation de la durée d'hospitalisation d'au moins un de ces 3 types de patients.

Les patients du groupe 1 correspondent le mieux à ceux qui rentrent directement au domicile. Dans l'analyse des modes de sortie, le retour à domicile des patients représente plus de 50% des patients. L'évolution de ce mode de sortie est significativement décroissant ($p=0,0013$, $R^2=0,791$) avec une diminution de 11,1% si on prend en compte la régression linéaire. Ce ne sont pas les patients du groupe 1 qui expliquent l'augmentation de la durée d'hospitalisation à l'UHCD.

Nous ne pouvons pas analyser les patients du groupe 2 car certains rentrent à domicile et d'autres sont hospitalisés dans un autre service.

Les patients du groupe 3 correspondent le mieux à ceux qui seront transférés vers un autre service. Ils représentent plus de 30% des patients admis à l'UHCD. L'évolution des transferts des patients est significativement croissante ($p=0,0003$, $R^2=0,8662$), ce qui correspond à une augmentation de 25,8%.

L'augmentation de la durée d'hospitalisation à l'UHCD est probablement liée à l'augmentation du nombre de patients admis en attente de place à l'UHCD.

Analyses secondaires

Durée totale d'hospitalisation

La durée totale d'hospitalisation augmente de manière significative entre 2009 et 2015. Deux biais de confusion expliquent cette augmentation. L'augmentation de la durée d'hospitalisation à l'UHCD augmente significativement, donc la durée totale d'hospitalisation augmente également. L'augmentation de la proportion de patients admis à l'UHCD en attendant d'être transférés pour une hospitalisation plus longue augmente également de manière significative.

Plus une prise en charge est complexe plus la durée de l'hospitalisation est longue. L'augmentation de la durée d'hospitalisation à l'UHCD pourrait être expliquée par l'augmentation de la proportion de patients nécessitant une prise en charge complexe.

Sexe

La proportion de patientes augmente avec les années de manière significative. Selon l'INSEE (13), parmi les français âgés de plus de 75 ans, 61% sont des femmes.

Un biais de confusion est responsable de l'augmentation de la proportion de femmes dans notre étude. Etant donné que notre population vieillit, la proportion de femmes augmente également.

Mode d'entrée

Comme nous l'avons vu deux des différents modes d'entrées évoluent de manière significative. Les patients admis via les Urgences augmentent tandis que ceux admis depuis un autre service diminuent.

En 2009 il existait un grand nombre de patients admis depuis d'autres services (d'USC et de réanimation) qui restaient hospitalisés à l'UHCD avant leur retour à domicile.

En 2017, l'activité de l'UHCD ne permet plus ce mode de transfert, ce qui explique que la plupart des patients proviennent des Urgences.

L'évolution des modes d'entrée tend à correspondre aux recommandations de la SFMU (2).

Mode de sortie

Deux modes de sorties sont majoritaires. Le retour à domicile qui diminue significativement et les transferts vers d'autres services qui augmentent significativement.

La modification du mode de sortie est une conséquence du manque de place d'hospitalisation notamment en gériatrie MPU et Médecine interne. Les places d'UHCD servent de tampon aux autres services pour que les patients puissent rester à l'hôpital en attendant une place.

Les patients qui étaient auparavant hospitalisés à l'UHCD restent maintenant dans les urgences pour une surveillance estimée inférieure à 24 heures ou sont alors admis à la ZAD.

Décès

Comparer la valeur absolue de décès plutôt que sa proportion semble plus pertinente pour évaluer le nombre de patients admis pour des fins de vie.

Les morts inattendues étant rares à l'UHCD, les patients qui y décèdent y étaient pour la plupart admis dans le cadre d'une fin de vie.

L'évolution du nombre de décès n'est pas significative. Et contrairement à l'intuition du personnel de l'UHCD, l'évolution du nombre de patients décédés à l'UHCD semble diminuer.

Nombre de patients hospitalisés à l'UHCD

Le service ayant un nombre de lits identique depuis 2009 et un taux d'occupation proche de 100%, le nombre de patients hospitalisé à l'UHCD est inversement proportionnel à la durée moyenne d'hospitalisation.

Cette analyse prouve que le nombre de patients admis à l'UHCD diminue en fonction des années avec une diminution d'environ 100 patients par année. Ce qui conforte le résultat sur l'augmentation de la durée d'hospitalisation à l'UHCD.

Catégories diagnostiques

Seules deux catégories diagnostiques sont intéressantes à analyser. Il s'agit de la CMD 19 « maladies et troubles mentaux » et la CMD 20 « troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci ».

L'analyse de ces deux catégories diagnostiques est positive et la régression linéaire montre que les patients appartenant à la CMD 19 augmentent significativement ($p=0,0168$, $R^2=0,582$) et ceux appartenant à la CMD 20 diminuent ($p=0,0122$, $R^2=0,6162$).

Cette analyse va dans le sens des intuitions des équipes de l'UCHD. Les patients demandant un temps de soins et d'accompagnement plus important, comme les patients présentant un syndrome démentiel, étaient plus souvent admis à l'UHCD. Et qu'en contrepartie, ceux qui demandaient moins de temps de soins comme les intoxications étaient moins présents.

Conclusion

La population des patients admis à l'UHCD a évolué depuis neuf ans avec une proportion plus élevée de patients âgés, souvent déments, nécessitant une hospitalisation dans un second temps et une diminution parallèle des patients plus jeunes, en particulier avec des intoxications diverses ou des traumatismes bénins qui rentraient à domicile à l'issue de leur séjour dans l'unité.

Du fait de l'allongement de la durée de séjour, cette situation retentit sur l'activité de l'unité avec une forte diminution du nombre de patients admis.

Les intuitions du personnel soignant se révèlent donc parfaitement justes mis à part sur le nombre de décès.

Les causes de ces modifications ont été discutées plus haut mais il est probable que la pénurie de lits actifs de court séjour médical et gériatrique soit au premier plan. Un certain nombre de patients dits « bloquant » sont hospitalisés pendant de très longues périodes et leurs lits sont de ce fait inactifs.

Cette situation retentit en amont sur le fonctionnement des secteurs d'accueil médical et traumatologique car mécaniquement, de moins en moins de lits sont disponibles à l'UHCD, les patients passent donc de nombreuses heures à la ZAD et/ou dans les boxes d'examen. De plus, les modifications des caractéristiques de la population s'aggravent au fil du temps comme démontré dans ce travail. Les perspectives ne sont donc pas particulièrement réjouissantes.

Les moyens à notre disposition sont faibles mais devraient être envisagés dans la globalité du service des urgences :

- limiter au maximum les indications d'hospitalisation à partir des secteurs d'accueil
- une fois à l'UHCD, favoriser un retour à domicile précoce grâce aux filières ambulatoires et aux médecins traitants.
- hospitaliser les patients âgés dans les services adaptés.

Bibliographie

1. Direction des Hôpitaux. Circulaire no DH.4B/D.G.S. 3E/91 — 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des Services d'Accueil des Urgences dans les établissements à vocation générale : guide d'organisation.
2. GERBEAUX P, BOURRIER P, CHÉRON G, FOURESTIÉ V, GORALSKI M, JACQUET-FRANCILLON T. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU). Implémentation and management of Observation Units. 2001;14:144-52.
3. PRISES EN CHARGE DE MOINS D'UNE JOURNEE. 15 sept 2009;3.
4. FEDORU | Fédération des ORU [Internet]. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.fedoru.fr/>
5. Panorama des ORU 2015 [Internet]. calameo.com. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0046058877b4ea096622f>
6. Buyck J-F, Lelièvre F, Tallec A, Goument M, Lehée A, Catherine J, et al. Panorama urgences 2016. déc 2017;48.
7. COUX DD. Présentation du CHU de Nantes [Internet]. CHU de Nantes. [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/presentation-du-chu-de-nantes--73205.kjsp?RH=1517926147273>
8. ameli.fr - T2A, CCAM et LPP [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/t2a-ccam-et-lpp/>
9. Études et statistiques - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>
10. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Études et Résultats, DREES. 2014;889.
11. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Mars 2017;(1008).
12. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. INSEE PREMIERE. 27 oct 2010;(1320):4.

13. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France – Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. 2018 [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>

Annexes

Annexe 1 : Classification CIM-10

Code CIM10	Libellé
A00-B99	Chapitre I Certaines maladies infectieuses et parasitaires
C00-D48	Chapitre II Tumeurs
D50-D89	Chapitre III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
E00-E90	Chapitre IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
F00-F99	Chapitre V Troubles mentaux et du comportement
G00-G99	Chapitre VI Maladies du système nerveux
H00-H59	Chapitre VII Maladies de l'œil et de ses annexes
H60-H95	Chapitre VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
I00-I99	Chapitre IX Maladies de l'appareil circulatoire
J00-J99	Chapitre X Maladies de l'appareil respiratoire
K00-K93	Chapitre XI Maladies de l'appareil digestif
L00-L99	Chapitre XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
M00-M99	Chapitre XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
N00-N99	Chapitre XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire
O00-O99	Chapitre XV Grossesse, accouchement et puerpéralité
P00-P96	Chapitre XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
Q00-Q99	Chapitre XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
R00-R99	Chapitre XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
S00-T98	Chapitre XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
V01-Y98	Chapitre XX Causes externes de morbidité et de mortalité
Z00-Z99	Chapitre XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Annexe 2 : Classification CMD

CMD 01 Affections du système nerveux
CMD 02 Affections de l'œil
CMD 03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
CMD 04 Affections de l'appareil respiratoire
CMD 05 Affections de l'appareil circulatoire
CMD 06 Affections du tube digestif
CMD 07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
CMD 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
CMD 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
CMD 10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
CMD 11 Affections du rein et des voies urinaires
CMD 12 Affections de l'appareil génital masculin
CMD 13 Affections de l'appareil génital féminin
CMD 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du postpartum
CMD 15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
CMD 16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
CMD 17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
CMD 18 Maladies infectieuses et parasitaires
CMD 19 Maladies et troubles mentaux
CMD 20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
CMD 21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
CMD 22 Brulures
CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
CMD 24 Séjours de moins de 2 jours
CMD 25 Maladies dues à une infection par le VIH
CMD 26 Traumatismes multiples graves
CMD 27 Transplantations d'organes
CMD 28 Séances
CMD 90 Erreurs et autres séjours inclassables

Tableau 6 : Analyse de l'évolution des diagnostics principaux selon la classification CIM-10

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	p	R ²	Tendance de la régression linéaire
Tumeurs et Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	133	109	132	152	146	156	152	148	149	1277	0,0023	0,7581	Positive
	2,72 %	2,34 %	2,94 %	3,24 %	3,01 %	3,46 %	3,88 %	3,54 %	3,61 %	3,17 %			
Troubles mentaux et du comportement	432	515	488	405	467	358	340	308	309	3622	0,0252	0,5346	Négative
	8,83 %	11,04 %	10,88 %	8,64 %	9,63 %	7,94 %	8,67 %	7,37 %	7,49 %	8,99 %			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	899	897	952	908	876	909	781	725	647	7594	0,1686	0,2519	Négative
	18,37 %	19,24 %	21,23 %	19,38 %	18,07 %	20,16 %	19,91 %	17,36 %	15,69 %	18,84 %			
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0	2	1	3	1	1	0	2	3	13	0,3065	0,1481	Positive
	0,00 %	0,04 %	0,02 %	0,06 %	0,02 %	0,02 %	0,00 %	0,05 %	0,07 %	0,03 %			
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	122	104	117	117	142	94	110	135	141	1082	0,0387	0,4794	Positive
	2,49 %	2,23 %	2,61 %	2,50 %	2,93 %	2,08 %	2,80 %	3,23 %	3,42 %	2,68 %			
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	100	154	111	117	147	168	104	148	134	1183	0,1017	0,3362	Positive
	2,04 %	3,30 %	2,47 %	2,50 %	3,03 %	3,73 %	2,65 %	3,54 %	3,25 %	2,93 %			
Maladies du système nerveux	276	147	141	133	160	174	142	213	199	1585	0,592	0,04309	Positive
	5,64 %	3,15 %	3,14 %	2,84 %	3,30 %	3,86 %	3,62 %	5,10 %	4,82 %	3,93 %			
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	93	100	91	76	69	28	22	38	56	573	0,0183	0,5726	Négative
	1,90 %	2,14 %	2,03 %	1,62 %	1,42 %	0,62 %	0,56 %	0,91 %	1,36 %	1,42 %			
Maladies de l'œil et de ses annexes et Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	43	42	32	32	48	39	31	48	58	373	0,0631	0,4103	Positive
	0,88 %	0,90 %	0,71 %	0,68 %	0,99 %	0,86 %	0,79 %	1,15 %	1,41 %	0,93 %			
Maladies de l'appareil respiratoire	378	279	297	320	301	248	356	355	322	2856	0,2441	0,1876	Positive
	7,73 %	5,98 %	6,62 %	6,83 %	6,21 %	5,50 %	9,08 %	8,50 %	7,81 %	7,09 %			
Maladies de l'appareil génito-urinaire	138	177	120	149	187	130	157	159	180	1397	0,0603	0,4171	Positive
	2,82 %	3,80 %	2,68 %	3,18 %	3,86 %	2,88 %	4,00 %	3,81 %	4,36 %	3,47 %			
Maladies de l'appareil digestif	314	315	252	362	267	267	215	273	335	2600	0,6157	0,0379	Positive
	6,42 %	6,76 %	5,62 %	7,73 %	5,51 %	5,92 %	5,48 %	6,54 %	8,12 %	6,45 %			
Maladies de l'appareil circulatoire	340	318	310	386	368	385	360	390	344	3201	0,004	0,7171	Positive
	6,95 %	6,82 %	6,91 %	8,24 %	7,59 %	8,54 %	9,18 %	9,34 %	8,34 %	7,94 %			
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	1388	1359	1294	1365	1486	1388	984	1075	1036	11375	0,0918	0,3527	Négative
	28,37 %	29,14 %	28,85 %	29,13 %	30,65 %	30,78 %	25,09 %	25,74 %	25,12 %	28,22 %			
Grossesse, accouchement et puerpéralité	1	1	1	3	2	3	0	0	1	12	0,6574	0,02971	Négative
	0,02 %	0,02 %	0,02 %	0,06 %	0,04 %	0,07 %	0,00 %	0,00 %	0,02 %	0,03 %			
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	110	65	40	45	60	72	58	42	69	561	0,65	0,03109	Négative
	2,25 %	1,39 %	0,89 %	0,96 %	1,24 %	1,60 %	1,48 %	1,01 %	1,67 %	1,39 %			
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	124	79	106	113	122	89	110	118	142	1003	0,046	0,4558	Positive
	2,53 %	1,69 %	2,36 %	2,41 %	2,52 %	1,97 %	2,80 %	2,82 %	3,44 %	2,49 %			

Tableau 7 : Analyse de l'évolution des diagnostics principaux selon la classification CMD

CMD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	p	R ²	Tendance de la régression linéaire
01 Affections du système nerveux	800	700	655	834	883	828	652	831	767	0,0123	0,6151	Positif
	16,35 %	15,01 %	14,60 %	17,89 %	18,21 %	18,36 %	17,39 %	19,89 %	18,59 %			
02 Affections de l'œil	13	39	33	35	31	31	18	32	28	0,5815	0,04551	Positif
	0,27 %	0,84 %	0,74 %	0,75 %	0,64 %	0,69 %	0,46 %	0,77 %	0,68 %			
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	110	93	79	70	90	66	73	88	99	0,6793	0,02587	Positif
	2,25 %	1,99 %	1,76 %	1,49 %	1,86 %	1,46 %	1,86 %	2,11 %	2,40 %			
04 Affections de l'appareil respiratoire	437	347	382	384	397	356	461	430	387	0,1177	0,3125	Positif
	8,93 %	7,44 %	8,52 %	8,19 %	8,19 %	7,90 %	11,75 %	10,29 %	9,38 %			
05 Affections de l'appareil circulatoire	349	339	336	411	360	379	354	331	297	0,4112	0,09836	Positif
	7,13 %	7,27 %	7,49 %	8,77 %	7,42 %	8,41 %	9,03 %	7,92 %	7,20 %			
06 Affections du tube digestif	433	426	383	490	405	368	340	372	419	0,7088	0,02116	Positif
	8,85 %	9,14 %	8,54 %	10,46 %	8,35 %	8,16 %	8,67 %	8,91 %	10,16 %			
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	71	78	64	70	79	83	71	90	113	0,0047	0,7031	Positif
	1,45 %	1,67 %	1,43 %	1,49 %	1,63 %	1,84 %	1,81 %	2,15 %	2,74 %			
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	497	609	499	487	551	529	322	409	380	0,1083	0,326	Négatif
	10,16 %	13,06 %	11,13 %	10,39 %	11,36 %	11,73 %	8,21 %	9,79 %	9,21 %			
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	303	338	310	283	256	204	153	170	171	0,0009	0,8117	Négatif
	6,19 %	7,25 %	6,91 %	6,04 %	5,28 %	4,52 %	3,90 %	4,07 %	4,15 %			
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	120	112	117	129	152	107	120	135	152	0,0088	0,6483	Positif
	2,45 %	2,40 %	2,61 %	2,75 %	3,13 %	2,37 %	3,06 %	3,23 %	3,68 %			
11 Affections du rein et des voies urinaires	165	194	153	176	202	169	170	182	194	0,0134	0,6068	Positif
	3,37 %	4,16 %	3,41 %	3,76 %	4,17 %	3,75 %	4,33 %	4,36 %	4,70 %			
12 Affections de l'appareil génital masculin	9	26	12	20	28	22	18	17	30	0,0833	0,3679	Positif
	0,18 %	0,56 %	0,27 %	0,43 %	0,58 %	0,49 %	0,46 %	0,41 %	0,73 %			
13 Affections de l'appareil génital féminin	13	4	4	7	2	5	8	1	3	0,227	0,2003	Négatif
	0,27 %	0,09 %	0,09 %	0,15 %	0,04 %	0,11 %	0,20 %	0,02 %	0,07 %			
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du postpartum	1	2	4	3	3	3	2	0	1	0,4189	0,0953	Négatif
	0,02 %	0,04 %	0,09 %	0,06 %	0,06 %	0,07 %	0,05 %	0,00 %	0,02 %			
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques	55	59	76	98	91	87	88	59	55	0,508	0,065	Positif
	1,12 %	1,27 %	1,69 %	2,09 %	1,88 %	1,93 %	2,24 %	1,41 %	1,33 %			
17 Affections myéoprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	15	15	15	11	17	19	13	21	30	0,0197	0,5639	Positif
	0,31 %	0,32 %	0,33 %	0,23 %	0,35 %	0,42 %	0,33 %	0,50 %	0,73 %			
18 Maladies infectieuses et parasitaires	49	41	68	65	41	61	69	64	64	0,0616	0,4139	Positif
	1,00 %	0,88 %	1,52 %	1,39 %	0,85 %	1,35 %	1,76 %	1,53 %	1,55 %			
19 Maladies et troubles mentaux	180	163	207	167	217	176	181	196	218	0,0168	0,582	Positif
	3,68 %	3,50 %	4,62 %	3,56 %	4,48 %	3,90 %	4,61 %	4,69 %	5,20 %			
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	344	430	421	364	391	309	265	213	196	0,0122	0,6162	Négatif
	7,03 %	9,22 %	9,39 %	7,77 %	8,06 %	6,85 %	6,76 %	5,10 %	4,75 %			
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	445	494	507	445	519	555	386	410	394	0,9438	0,000763	Négatif
	9,09 %	10,99 %	11,30 %	9,50 %	10,70 %	12,31 %	9,84 %	9,82 %	9,55 %			
22 Brûlures	7	5	9	9	6	4	2	7	1	0,1481	0,274	Négatif
	0,14 %	0,11 %	0,20 %	0,19 %	0,12 %	0,09 %	0,05 %	0,17 %	0,02 %			
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	156	143	143	123	119	139	120	110	121	0,3502	0,1252	Négatif
	3,19 %	3,07 %	3,19 %	2,62 %	2,45 %	3,08 %	3,06 %	2,63 %	2,63 %			
24 Séjours de moins de 2 jours	316	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1269	0,3	Négatif
	6,46 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %			
25 Maladies dues à une infection par le VIH	1	1	0	2	3	6	4	8	2	0,0461	0,4556	Positif
	0,02 %	0,02 %	0,00 %	0,04 %	0,06 %	0,13 %	0,10 %	0,19 %	0,05 %			
26 Traumatismes multiples graves	4	5	8	3	4	3	1	1	3	0,0991	0,3404	Négatif
	0,08 %	0,11 %	0,18 %	0,06 %	0,08 %	0,07 %	0,03 %	0,02 %	0,07 %			
28 Séances	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0,6947	0,02335	Positif
	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,04 %	0,00 %	0,03 %	0,00 %	0,00 %			

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Gilles POTEL,
Urgences / SAMU SMUR

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE,
Urgences / SAMU SMUR

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : LUGUERN

PRENOM : PIERRICK

Titre de Thèse : ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ DE L'UHCD
(UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE) DU CHU
DE NANTES DE 2009 À 2017

RESUMÉ

Introduction : L'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) du CHU de Nantes a une activité qui semble avoir été modifiée au cours des années.

Matériel et méthode : Cette étude observationnelle descriptive rétrospective a comme objectif principal d'étudier l'évolution des caractéristiques des patients admis dans cette unité. Les patients analysés ont été hospitalisés à l'UHCD du 1^{er} Janvier 2009 au 31 décembre 2017. L'évolution de la durée d'hospitalisation et l'âge des patients étaient les critères principaux de jugement.

Résultat : L'âge moyen a augmenté de 6,66%, avec une augmentation linéaire ($p=0,0038$) $R^2=0,7209$. La proportion de patient ayant plus de 75 ans a augmenté de 16,44% avec une augmentation linéaire ($p=0,0092$) $R^2=0,6415$.

La durée d'hospitalisation à l'UHCD a augmenté de 18,37% entre 2009 et 2017. Cette augmentation était également linéaire ($p=0,0417$) $R^2=0,4695$.

L'UHCD est un service qui accueille de plus en plus de patient attendant une place dans un autre service, comme la gériatrie. En moyenne en 2017, 2,31 lits étaient occupés par ces patients.

Conclusions : Ces modifications font de l'UHCD un service dont l'activité est de plus en plus proche de celle des services de courts séjours, et ces derniers semblent manquer de place. Les patients qui nécessitent une hospitalisation à l'UHCD semblent rester des heures aux urgences au lieu d'être admis à l'UHCD.

MOTS-CLÉS

Activité, UHCD, unité d'hospitalisation de courte durée, CHU, Nantes, caractéristique, population, âge, durée d'hospitalisation, gériatrie, RUM, diagnostique, sexe, services, sortie, CMD, décès.