

## Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N° 3134

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 juin 2024

Par Quentin MOYSSET, né le 17 juin 1996 à Albi (81)

### **L'impact du temps de passage aux urgences du CHU de Limoges des personnes âgées sur la durée d'hospitalisation et la morbi- mortalité**

Thèse dirigée par le Pr. Henri Hani KARAM

Examineurs :

M. le Professeur Henri Hani KARAM, PA-PH ; CHU de Limoges - Président

M. le Professeur Achille TCHALLA, PU-PH ; CHU de Limoges - Juge

M. le Docteur Thomas LAFON, PHU ; CHU de Limoges - Juge

Mme. Le Docteur Delphine MARCHESSEAU, PH ; CHU de Limoges – Invitée

Mme. Le Docteur Coralie LACORRE, PHC ; CHU de Limoges – Invitée





**Faculté de Médecine**

Année 2024

Thèse N° 3134

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 juin 2024

Par Quentin MOYSSET, né le 17 juin 1996 à Albi (81)

**L'impact du temps de passage aux urgences du CHU de Limoges  
des personnes âgées sur la durée d'hospitalisation et la morbi-  
mortalité**

Thèse dirigée par le Pr. Henri Hani KARAM

Examineurs :

M. le Professeur Henri Hani KARAM, PA-PH ; CHU de Limoges - Président

M. le Professeur Achille TCHALLA, PU-PH ; CHU de Limoges - Juge

M. le Docteur Thomas LAFON, PHU ; CHU de Limoges - Juge

Mme. Le Docteur Delphine MARCHESSEAU, PH ; CHU de Limoges - Invitée

Mme. Le Docteur Coralie LACORRE, PHC ; CHU de Limoges – Invitée



**Doyen de la Faculté**

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

**Assesseurs**

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DELUCHE</b> Elise	CANCEROLOGIE
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN M.</b> Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>JOUAN</b> Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MAGNE</b> Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARCHEIX</b> Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE

<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>YERA</b> Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

### **Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU</b> Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
<b>VANDROUX</b> David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

### **Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers**

<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>GEYL</b> Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MARGUERITTE</b> François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>PASCAL</b> Virginie	IMMUNOLOGIE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE
<b>SALLE</b> Laurence	ENDOCRINOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

### **P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

### **Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps**

<b>BELONI</b> Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

### **Professeur des Universités de Médecine Générale**

**DUMOITIER** Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

### **Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale**

**HOUDARD** Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

**LAUCHET** Nadège (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

### **Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale**

**BAUDOT** Pierre-Jean (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

**BUREAU-YNIESTA** Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

**SEVE** Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

### **Professeurs Emérites**

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

**LACROIX** Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

**MABIT** Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

**MOREAU** Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

**TREVES** Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

**VALLAT** Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2025

**VIROT** Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

**Assistants Hospitaliers Universitaires**

<b>ABDALLAH</b> Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
<b>BOYER</b> Claire	NEUROLOGIE
<b>HAZELAS</b> Pauline	BIOCHIMIE
<b>CUSSINET</b> Lucie	ORL
<b>FERRERO</b> Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
<b>FRAY</b> Camille	PEDIATRIE
<b>GRIFFEUILLE</b> Pauline	IPR
<b>HERAULT</b> Etienne	PARASITOLOGIE
<b>JADEAU</b> Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
<b>KHAYATI</b> Yasmine	HEMATOLOGIE
<b>LAIDET</b> Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
<b>MEYER</b> Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
<b>PERANI</b> Alexandre	GENETIQUE
<b>PLATEKER</b> Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
<b>SERVASIER</b> Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

**Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux**

<b>ABDELKAFI</b> Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>AGUADO</b> Benoît	PNEUMOLOGIE
<b>ANNERAUD</b> Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
<b>AUBOIROUX</b> Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
<b>BAUDOIN</b> Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>BEAUJOUAN</b> Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
<b>BERENGER</b> Adeline	PEDIATRIE

<b>BLANCHET</b> Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
<b>BONILLA</b> Anthony	PSYCHIATRIE
<b>BOUTALEB</b> Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
<b>BURGUIERE</b> Loïc	SOINS PALLIATIFS
<b>CAILLARD</b> Pauline	NEPHROLOGIE
<b>CATANASE</b> Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
<b>CHASTAINGT</b> Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
<b>CHROSCIANY</b> Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>COLLIN</b> Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>COUMES-SALOMON</b> Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
<b>DELPY</b> Teddy	NEUROLOGIE
<b>DU FAYET DE LA TOUR</b> Anaïs	MEDECINE LEGALE
<b>FESTOU</b> Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>FRACHET</b> Simon	NEUROLOGIE
<b>GADON</b> Emma	RHUMATOLOGIE
<b>GEROME</b> Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>GOURGUE</b> Maxime	CHIRURGIE
<b>LADRAT</b> Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>LAPLACE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE
<b>LEMACON</b> Camille	RHUMATOLOGIE
<b>LOPEZ</b> Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
<b>MACIA</b> Antoine	CARDIOLOGIE
<b>MEYNARD</b> Alexandre	NEUROCHIRURGIE
<b>MOI BERTOLO</b> Emilie	DERMATOLOGIE
<b>NASSER</b> Yara	ENDOCRINOLOGIE
<b>PAGES</b> Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE



*« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. »*

**Hippocrate**

## Remerciements

---

### **A Monsieur le Professeur Henri Hani KARAM :**

Je vous remercie pour m'avoir fait l'honneur de m'encadrer pour cette thèse et de présider ce jury. Merci pour votre enseignement de mon externat jusqu'à ce jour. Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect et de ma gratitude.

### **A Monsieur le Professeur Achille TCHALLA :**

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Je vous remercie pour votre accueil dans votre service, votre gentillesse et votre bienveillance. Je garderai à jamais un très bon souvenir de mon passage en gériatrie et une passion pour cette discipline.

Veillez trouver ici l'expression de mon respect et de mes sincères remerciements.

### **A Monsieur le Docteur Thomas LAFON :**

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Merci pour tes conseils et ton aide précieuse pour l'élaboration de cette thèse. Merci pour ton investissement et ton enseignement tout au long de ma formation, et surtout merci pour ta vision de la médecine et toutes tes expressions qui me font tant rire.

Je te prie de croire en mes sincères remerciements, mon profond respect et mon admiration.

### **A Madame le Docteur Delphine MARCHESSEAU :**

Tu me fais l'honneur d'être membre de ce jury. Merci pour ta disponibilité et ton aide pour ce travail. Merci pour ton encadrement lors de mon stage dans ton service. Merci pour le soutien que tu m'as apporté. Merci pour ta vision de la médecine, ta pédagogie et ton humanité. Sache que tu es certainement le médecin qui aura le plus influencé ma pratique médicale.

Je tiens à t'exprimer mon plus profond respect, mes sincères remerciements et toute mon estime.

### **A Madame le Docteur Coralie LACORRE :**

Coco, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury mais plus encore de m'avoir proposé ton aide pour ce travail. Merci pour ton humour et ton optimisme à toute épreuve. Merci pour la confiance que tu m'accordes. J'espère avoir le plaisir de travailler avec toi encore longtemps.

Soit assurée de mon plus profond respect.

## **A ma famille :**

**A mes parents et à ma sœur :** merci d'avoir cru en moi depuis mon plus jeune âge. Merci de m'avoir accompagné sur cette voie et d'avoir accepté que je parte si loin de la maison. Même si je ne vous le dis pas souvent, voire même jamais, sachez que je vous aime de tout mon cœur.

**A mon grand-père Robert :** Merci pour tout ce que tu m'as appris et pour tout ce que tu m'as transmis. L'amour de la nature, mais aussi le calme et surtout la patience. Tu fais partie de mes modèles dans la vie.

A mes grands-parents partis trop tôt : **Mamie Françoise** et **Papi Jean Claude**, vous me l'avez suffisamment dit quand vous étiez là pour que je sache que vous êtes fiers de moi aujourd'hui. A **Mamie Lydie**, toi qui espérais tant me voir un jour Docteur, sache que c'est à toi que je penserai le plus le jour de la soutenance de cette thèse.

**A Christine, Éric et Adam :** Merci de m'avoir accueilli à bras ouverts dans votre famille.

**A l'ensemble des membres de ma famille :** je vous remercie pour la bienveillance, la gentillesse et le soutien que vous m'avez toujours apportés.

## **A mes amis les plus proches :**

**A Audrey et François :** on se connaît depuis la maternelle et on ne s'est jamais perdus de vue, nous avons grandi ensemble, avons pris des chemins différents, vivons dans des villes différentes, mais je suis toujours heureux de vous revoir.

**A Emilien, Kalvin et Clément :** depuis le collège nous sommes restés soudés malgré la distance, je me souviens avec plaisir de ces nombreuses après-midis passées à jouer à la pétanque, faire du vélo ou ne rien faire d'autre que d'être ensemble. Je vous promets de me rendre plus disponible dans les années à venir.

**A Arnaud et Nisrine :** Pour tous ces bons moments passés ensemble depuis la P4 de forma, pour toutes ces vacances et soirées ensemble, merci. Et surtout merci Arnaud pour tous ces moments de rigolade, notamment à l'approche et pendant les examens.

**A Pierre et Solène :** Pierre, pour notre amour commun de la nature et de notre région natale. Solène pour notre amour commun des potins et ragots de l'hôpital.

**A Camille et Maxime :** Pour votre disponibilité sans faille, votre dévouement et votre bonne humeur. Je suis heureux de vous compter parmi mes amis aujourd'hui.

**A Matthieu :** Tu as été mon binôme devant la machine à café pendant au moins 5 ans, vu le temps qu'on y a passé j'espère qu'elle se souvient de nous. Merci d'avoir accepté toutes ces séances bricolage ou champignons à la place de ces séances BU.

A **Maza, Thibault** et **Anne-Marie** : Vous avez fait le choix de partir de Limoges mais nous passons finalement encore de bons moments ensemble malgré la distance. Merci pour toutes ces soirées cartes et jeux de société durant notre externat.

A **Marie V** : Merci pour ta joie de vivre et ton dynamisme. J'espère qu'on aura le temps de se revoir plus souvent à l'avenir.

A **Gabi** et **Tom** : Merci d'avoir été là depuis ma deuxième PACES pour me rappeler que je ne suis pas le seul Albigeois à Limoges. Merci pour toutes vos idioties. J'espère qu'ensemble « TOM SOURD !!! » on pourra remettre encore beaucoup de chevilles. Désolé Gabi, tu n'as pas pris la bonne voie, on remet peu de chevilles en psychiatrie.

### A mes co-internes :

A **Léa RUAN** : pour tous ces moments de rigolades, aux urgences pédiatriques, en réanimation et au SAMU, merci. Tu as appris à respecter tous mes tocs et je t'en remercie. PS : ne jouez plus avec la B1.

A **Dom** : car au bout de 3 ans je ne sais toujours pas prononcer ton prénom et tu ne m'en tiens pas rigueur. Merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur.

A **MH** : Pour ton soutien au début de l'internat, ton franc-parler et ces 3 années passées ensemble.

A **Simon** : Merci pour ces 3 années d'internat, je ne pensais pas que les Bordelais connaissaient aussi bien les champignons.

A **Manon V** : Merci pour ta décontraction et ta spontanéité qui t'amènent parfois à commettre des erreurs drôles ou à oublier des choses mais c'est comme cela que l'on t'apprécie.

A **Antoine B** : Pour notre amour commun du rugby.

A **Faustine** : Pour ces discussions philosophiques surtout avec un verre de vin et ton caractère italien que j'apprécie.

A **Manon D** et **Anne** : Pour votre duo qui m'impressionnait au début de mon internat et qui maintenant est mon duo préféré.

A **Pierrick** et **Antoine L** : Pour votre humour et votre verve fort développés.

A **Vincent R** : pour ta joie de vivre et ton côté tête en l'air.

A **Anaëlle** : Pour m'avoir confirmé que finalement, on peut avoir plus d'embûches que moi en voyage. Pour ta disponibilité et ton engagement dans l'enseignement.

A **Charles** et **Cyril** : pour ces bons moments passés aux urgences pédiatriques.

A **Axel, Swann, Imen, Charlotte, Florence** et **Mélanie** : pour les bons moments passés aux urgences et ceux à venir.

**Aux services qui m'ont accueilli :**

**Au service des urgences et du SAMU :**

A **Alexandra** pour les potins, car même si je rebondis peu j'apprécie de les écouter ; **Mélanie** pour ton encadrement des plans NOVI et pour ton humour, **Vincent B** pour ta gentillesse et ton calme sans égal ; **Christine** pour ta bienveillance, ton écoute et pour ton encadrement en régulation et en sortie ; **Thomas B** pour ce mois de formation à l'échographie et ton humour, Dr. **Cailloce** pour votre encadrement, votre expérience et votre bienveillance ; **JF** pour ton accueil dans le service et ta bonne humeur ; **Julie** pour ton encadrement mais surtout pour cette 3<sup>ème</sup> garde seniorisée qui s'annonçait mal (la légende annonce un record du nombre de patients dans les urgences) mais qui s'est finalement bien passée ; **Jérôme** pour être le papa du service et pour ta présence rassurante ; **Fred Join** pour ton humour et ta culture que j'apprécie particulièrement ; **Fred Julia** pour ta gentillesse, ton humanité et ton encadrement ; **Lucie** pour la confiance que tu m'as accordée dès le premier jour ; **Vincent L** si je n'arrive pas à fermer mon costume le jour de la thèse tu seras certainement en partie responsable avec toutes les pizzas que tu m'as offertes ; **Alexandre** pour être le grand frère toujours joignable en cas de problèmes ; **Déborah** pour ta science de la régulation et pour ce match d'ouverture de coupe du monde de rugby passé au SAMU ; **Clément** pour ton encadrement et pour m'avoir seniorisé sur ma toute première journée d'internat ; **Stéphanie** pour ton expérience de la régulation ; **Aloïse** pour ton soutien et ton humour (parfois un peu noir) que j'apprécie ; **Manu** pour m'avoir pris sous ton aile au début de mon internat ; **Emily B** pour ta gentillesse et ton professionnalisme ; **Amaury** pour ta bonne humeur permanente, ta décontraction, ces gardes au CHU et à Guéret mais surtout pour cette toute première sortie SMUR lors de mon externat ; **Gilles et Marc** pour vos caractéristiques communes à savoir votre calme et votre gentillesse mais surtout vos explications et vos astuces simplifiant la médecine, **Jérémy** pour notre amour commun de l'évènementiel sportif, **Emilie V** pour ton caractère vif et explosif mais finalement très appréciable, **Pauline** pour ton calme et ta gentillesse, **Morgan** pour ces sorties bien trop souvent non médicalisées, **Gabi** pour ton sourire et ta bonne humeur, **Jean** pour ton humour, ta régulation des plus humaines et ton encadrement comme externe puis comme interne.

A vous tous, merci

Merci à l'ensemble du personnel paramédical des Urgences, pour votre soutien et votre gentillesse sans faille depuis le début de mon internat.

Merci aux ARM, aux ambulanciers, IADE et IDE du SAMU pour votre professionnalisme, votre décontraction et votre humour qui rendent toutes ces interventions compliquées plus faciles.

**Au service de post-urgence gériatrique :**

Merci à **Delphine**, **Cécile**, **Noëlle** et **Mumu** pour m'avoir fait aimer la gériatrie. Merci à toute l'équipe paramédicale pour votre accueil, votre gentillesse et votre humanité.

**Au service des urgences pédiatriques :**

Aux équipes médicales et paramédicales de l'HME, merci de m'avoir transmis toutes ces connaissances sur la pédiatrie dans la joie et la bonne humeur.

**Au service des urgences de Guéret :**

Merci à vous pour votre accueil, votre joie de vivre sans prise de tête et pour tous les bons moments passés.

**Au service de réanimation de Guéret :**

A **Dhaoui, Ahmed, Tim et Raoul** : pour votre humanité votre gentillesse et votre bienveillance qui semblent sans limite. Vous êtes sans aucun doute possible l'équipe médicale la plus humaine que j'ai rencontrée et pour cela je vous dis merci, surtout ne changez pas.

A **Jérôme** : Pour tous ces moments de rigolades, pour cette suture du genou dans des conditions d'asepsie optimales, pour ce pantalon vert qui n'a pas résisté à un plaquage aux jambes dans le service... Ah oui, merci aussi accessoirement pour les compétences médicales et techniques que tu m'as enseignées

Aux infirmiers/ères et AS : vous êtes trop nombreux pour que je puisse tous vous citer. Merci pour votre aide et votre patience à mes débuts de réanimateur et merci pour tous ces moments de complicité et de rigolades pendant ces 6 mois.

...

Pour finir, à toi **Emma** : Tu sais que j'ai toujours du mal exprimer mes émotions et que ces phrases ne sont pas si simples à écrire pour moi. Tu es mon rayon de soleil depuis maintenant plus de 6 ans, tu as appris à m'aimer avec tous mes défauts et mes tocs. Tu m'as soutenu dans les moments les plus difficiles. Tu es toujours douce et attentionnée, on ne s'engueule jamais, bref tu es parfaite. Enfin, tu acceptes de me laisser partir faire le pitre sur les routes du Tour de France tous les étés. Tout ce paragraphe est défini par un seul mot : Je t'aime.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

ADL : Activities of Daily Living

AEG : Altération de l'Etat Général

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

HSD : Hématome Sous Dural

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MIG : Médecine Interne Gériatrique

MUPA : Médecine d'Urgence de la Personne Agée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PUG : Post-Urgence Gériatrique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SU : Service d'urgence

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPSAV : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement

URCC : Unité de Réadaptation Cognitivo-Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

## Table des matières

---

Rappels épidémiologiques et définitions.....	23
Introduction générale.....	24
I. Méthode .....	26
I.1. Type d'étude .....	26
I.2. Critères d'éligibilité .....	26
I.3. Critères de non-inclusion .....	26
I.4. Procédure expérimentale .....	26
I.5. Objectif .....	27
I.5.1. Objectif principal.....	27
I.5.2. Objectifs secondaires .....	27
I.6. Critères de jugement principal et secondaire .....	27
I.7. Données recueillies.....	27
I.8. Statistiques .....	29
I.9. Ethique .....	29
II. Résultats .....	30
II.1. Caractéristiques de la population d'étude.....	30
II.2. Durée d'hospitalisation moyenne selon les groupes.....	32
II.3. Critères de jugements secondaires.....	32
II.3.1. Comparaison du recours à un soin de suite et de réadaptation en fonction du temps passé aux urgences.....	32
II.3.2. Comparaison du devenir des patients en fonction de leur temps de passage aux urgences .....	32
II.3.3. Comparaison du nombre de patients décédés durant l'hospitalisation et de leurs caractéristiques .....	34
II.3.4. Comparaison de la morbi-mortalité à 1 an .....	36
II.3.5. Comparaison de la durée d'hospitalisation selon le délai de passage aux urgences .....	36
III. Discussion.....	39
III.1. Objectifs et résultats principaux .....	39
III.2. Objectifs et résultats secondaires.....	39
III.3. Forces et limites de l'étude .....	40
III.4. Analyse des problématiques et ébauche de solution pour l'avenir .....	40
III.4.1. Un nombre d'entrées trop important .....	41
III.4.2. L'allongement du temps de prise en charge dans les urgences.....	42
III.4.3. Un nombre de sorties des urgences insuffisant .....	42
Conclusion .....	44
Références bibliographiques .....	45
Annexes .....	51
Serment d'Hippocrate.....	54

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Diagramme de flux .....	49
Figure 2 : Corrélation entre le temps de passage aux urgences et le temps d'hospitalisation .....	49
Figure 3 : Orientation des personnes âgées en 2022 aux urgences .....	50

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Caractérisation de la population d'étude .....	31
Tableau 2 : Temps d'hospitalisation et devenir post-hospitalisation.....	33
Tableau 3 : Caractéristiques des patients vivants et décédés au cours de l'hospitalisation ..	35
Tableau 4 : Temps d'hospitalisation en fonction du temps de passage aux urgences divisé en 7 groupes temporels.....	36
Tableau 5 : Caractéristiques, orientation et devenir de la population en fonction des 7 groupes de temps de passage aux urgences .....	37

## Rappels épidémiologiques et définitions

---

Selon l’OMS, en 2030 une personne sur six aura plus de 60 ans, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans devrait tripler entre 2020 et 2050 dans le monde (1). La France comptait en 2016 plus de 12.5 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, soit 18.8% de la population. La plupart des personnes âgées demeurent à domicile (93% des femmes et 96% des hommes) (2).

La définition d’une personne âgée varie en fonction des pays et des institutions. Une personne est considérée comme âgée à 60 ans pour les prestations sociales en France ainsi que pour l’OMS et à 75 ans pour une admission dans un service de gériatrie en France (1,3,4).

L’âge physiologique et l’âge réel ne sont pas forcément similaires en fonction des personnes et de leurs antécédents médicaux ou de leur hygiène de vie. Le vieillissement est la résultante des facteurs génétiques et environnementaux associés à des facteurs aléatoires, auxquels est soumis l’organisme. Il est défini par une dégradation progressive des capacités physiques et mentales fragilisant le patient en cas d’agressions extérieures. La personne âgée est donc soumise aux effets du vieillissement, aux effets des maladies passées et des maladies actuelles. Le modèle de Jean-Pierre Bouchon décrit pour la première fois en 1984 permet de modéliser le poids de l’âge (vieillissement physiologique), de la maladie chronique et de la maladie aiguë (facteur précipitant). Il permet une prise en charge du patient dans sa globalité (3,5,6).

En parallèle de cette augmentation du nombre de patients âgés, de 2003 à 2019 le nombre de lits d’hospitalisation est passé de 468 000 à 393 000 soit une diminution de presque 20% du nombre de lits selon une publication de la Drees de 2021 (7) alors que les besoins de la population augmentent.

Les urgences du CHU de Limoges ont accueilli 44 215 patients sur l’année 2022 dont 9511 personnes âgées, ce qui représente 21.5% des admissions. A titre comparatif l’année 2023 a enregistré une augmentation du nombre d’entrées aux urgences avec l’admission de 46 220 patients dont 9992 patients âgés de plus de 75 ans (21,6%). Ces chiffres sont en accord avec la tendance nationale qui montre une augmentation de la fréquentation des urgences et du nombre d’admissions de personnes âgées.

## Introduction générale

---

Les personnes âgées représentent un nombre grandissant du pourcentage de la population et du nombre de consultants aux urgences (8,9). Cette constatation est notamment vraie dans le Limousin qui possède une population plus âgée que la population nationale. Pour exemple, 11% des habitants de Limoges ont 75 ans ou plus (contre 9% en France métropolitaine) (10). Avec le manque de personnel, la réduction des lits et la diminution du nombre de médecins de ville, l'affluence aux urgences ne cesse d'augmenter. Cela entraîne une augmentation du temps passé aux urgences par les patients et notamment les patients âgés.

De plus en plus de patients nécessitant une place d'hospitalisation attendent dans les services d'urgence bien que leur prise en charge initiale soit terminée. Les patients restent donc dans les services d'urgence sous la responsabilité des urgentistes, faute de places dans les secteurs d'hospitalisation. Le terme « boarding » est utilisé par les anglo-saxons pour définir cette situation.

Une étude récente, menée simultanément dans plusieurs services d'urgence partout en France (No bed challenge), incluant plus de 1500 patients, a permis de prouver qu'une seule nuit passée dans les urgences augmentait le taux de mortalité (de 15% contre 11%) des personnes âgées hospitalisées (11). Une autre étude française menée au CHU de Nîmes a montré un accroissement de la mortalité pour les patients adultes hospitalisés avec un temps d'attente aux urgences contre une admission sans attente. Cette étude a été menée sur 6 997 patients hospitalisés pour une étiologie médicale. Les patients admis sans attente présentaient un taux de mortalité de 6.3% contre 7,8% dans le groupe attente. L'un des objectifs secondaire de cette étude a également mis en évidence un accroissement du temps d'hospitalisation (7,1j vs 7,6j) (12).

Les urgences du CHU de Limoges, confrontées à une population vieillissante et un manque de lits d'hospitalisation présentent un temps de passage bien supérieur aux moyennes nationales. Des temps de passage supérieurs à 7 jours dans les urgences ont été observés pour des personnes âgées de plus de 75 ans et ayant bénéficié d'une hospitalisation en service de gériatrie par la suite. Au niveau national, le temps de passage des personnes âgées est plus long que celui d'un patient jeune avec une durée moyenne de 4 heures contre 2h et 10 minutes pour les patients âgés de 15 à 74 ans (13).

La littérature s'est enrichie au cours de la dernière décennie suite à la publication aux Etats-Unis d'un rapport « Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point (14) » et a permis de prouver que l'engorgement des urgences était responsable d'effets néfastes pour les patients avec des retards d'administration de traitements, des erreurs de prise en charge... (15). Les conséquences délétères de l'attente aux urgences ont été décrites à de multiples reprises à travers le monde (16–20). Les personnes âgées sont plus susceptibles de souffrir des effets indésirables avec une augmentation de 3% du risque d'évènements indésirables par heure passée dans les services d'urgence. Cela s'explique par leur plus grand niveau de fragilité et un nombre de comorbidités plus important (21). La durée d'hospitalisation s'en trouve allongée, majorant ainsi le manque de lits et l'encombrement des urgences (22).

Les missions traditionnelles des services d'urgence étaient la prise en charge des soins urgents et vitaux. Leur rôle a évolué pour fournir également aujourd'hui une prise en charge sociale et une première réponse médicale pour les patients ne trouvant pas de praticiens libéraux pouvant les accueillir. Cet élargissement des missions contribue à l'allongement des temps de passages et à l'engorgement dont sont victimes les services d'urgence.

En parallèle de cela, les lits d'aval ont été réduits de 20% au cours de ces vingt dernières années. Tous ces facteurs réunis nous ont poussé à réaliser cette étude au CHU de Limoges qui présente une population gériatrique plus importante que le reste du territoire national et un temps d'attente aux urgences également bien supérieur aux moyennes nationales.

L'objectif principal de cette étude est donc de rechercher une différence dans la durée d'hospitalisation totale (hospitalisation aiguë puis SSR si nécessaire) en fonction du temps de passage des patients de 75 ans et plus, ayant nécessité une hospitalisation en service de gériatrie.

# I. Méthode

---

## I.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, à partir des dossiers médicaux informatisés du CHU de Limoges sur une période de trois mois (du 1<sup>er</sup> août 2022 au 31 octobre 2022).

## I.2. Critères d'éligibilité

Ont été inclus les patients ayant un âge supérieur ou égal à 75 ans et ayant été admis dans un service de gériatrie aiguë (post-urgence gériatrique ou médecine interne gériatrique) suite à leurs passages aux urgences sur la période d'étude. Les patients hospitalisés à deux reprises durant cette période ont été considérés comme deux patients indépendants et n'ont pas été exclus.

## I.3. Critères de non-inclusion

Les patients avec une erreur de codage, non admis en gériatrie et les patients orientés en URCC n'ont pas été analysés dans l'étude.

## I.4. Procédure expérimentale

Les patients ont été classés en deux groupes correspondant à leur temps de passage aux urgences. Les patients hospitalisés en moins de vingt-quatre heures formaient le premier groupe, représentant un effectif de 77 patients. Les patients hospitalisés après vingt-quatre heures passées dans les urgences formaient le second groupe, représentant un effectif de 178 patients. Le Cut-off de vingt-quatre heures a été défini en fonction des critères des dernières études nationales menées (11,12).

En effet, en choisissant cette limite, nous sommes certains que les patients ont passé au moins une nuit dans les urgences, avec les inconvénients et conséquences que cela entraîne (23). Nous pouvons, par exemple, citer le risque d'apparition d'un délirium ou la majoration des troubles neurocognitifs (24). Des troubles du sommeil apparaissent chez ces patients, non seulement durant leur séjour aux urgences, mais également durant la suite de leur hospitalisation (25,26). L'alitement prolongé sur un brancard a des conséquences multiples (cardiovasculaires, respiratoires, circulatoires...) connues depuis des années. Les patients âgés sont également exposés aux effets indésirables de l'immobilisation prolongée avec un risque accru de majoration de troubles de la mobilisation et de la marche chez des personnes présentant déjà une autonomie précaire (27,28).

Le seuil des 24 heures a également permis de réaliser deux groupes comparables. En effet, le nombre de patients hospitalisés en moins de 12 heures au CHU de Limoges est trop faible pour pouvoir réaliser une analyse statistique satisfaisante sur une période de trois mois.

Aucun patient n'a été hospitalisé en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) aux urgences car cette unité était fermée durant la période de l'étude permettant ainsi de supprimer un biais car le service d'UHCD se rapproche d'un service d'hospitalisation conventionnel.

## **I.5. Objectif**

### **I.5.1. Objectif principal**

L'objectif principal était de comparer le temps d'hospitalisation total (gériatrie aiguë et SSR) en fonction du temps passé dans les urgences des personnes âgées.

### **I.5.2. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de :

- Comparer la proportion d'hospitalisation dans un service de SSR en fonction du temps de passage dans les urgences.
- Comparer le devenir des patients en fonction de leur temps de passage dans les urgences.
- Comparer le taux et les caractéristiques des patients décédés durant l'hospitalisation en fonction du temps d'attente aux urgences.
- Comparer la morbi-mortalité à un an au travers du pourcentage de nouvelle hospitalisation ou de nouvelle consultation aux urgences ainsi que le taux de mortalité à 1 an.
- Comparer la durée d'hospitalisation selon le délai de passage aux urgences.

## **I.6. Critères de jugement principal et secondaire**

Le critère de jugement principal était le nombre de jours d'hospitalisation totale.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Le nombre et la proportion de patients bénéficiant d'un passage par un service de SSR en fonction des groupes
- Le devenir des patients en fonction de leur temps d'attente aux urgences
- Le nombre et la proportion de patients décédés durant l'hospitalisation en fonction de leur temps d'attente aux urgences et la comparabilité des patients.
- Le taux de re-consultation aux urgences, d'hospitalisation et de décès à un an après la sortie d'hospitalisation
- Le nombre de jours d'hospitalisation totale en fonction du groupe de temps de passage (réalisation de 7 groupes de temps de passage aux urgences)

## **I.7. Données recueillies**

Les données recueillies via les dossiers médicaux des patients admis dans un service de gériatrie après leur passage aux urgences du CHU étaient les suivantes :

- Age, sexe
- Mode de vie (personne vivant à domicile sans aide, à domicile avec des aides, en foyer logement, en EHPAD, en HAD ou patient résidant d'une MAS)
- Score de Charlson

- Nombre de prises de médicaments par jour
- Présence de troubles neurocognitifs
- Patient bénéficiant d'un suivi gériatrique antérieur, soit par consultation, soit par l'UPSAV (Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement)
- Temps de passage aux urgences
- Passage aux urgences dans l'année passée
- Hospitalisation dans l'année passée
- Durée d'hospitalisation aiguë (PUG ou MIG)
- Durée d'hospitalisation totale
- Nécessité d'une hospitalisation en SSR
- Nombre de patients nécessitant une mise en place ou une augmentation des aides, une entrée en foyer logement, en HAD ou en EHPAD/ USLD
- Nombre de nouvelles hospitalisations et/ ou entrées aux urgences dans l'année suivant l'hospitalisation
- Nombre de décès à 1 an
- Diagnostic principal à la fin de l'hospitalisation aiguë et classification dans un groupe diagnostic

Les patients ont été classés dans le groupe sémiologique correspondant à l'origine de leur diagnostic principal à la sortie d'hospitalisation. Sept groupes ont été réalisés dont voici la composition :

- ⇒ Groupe 1 : Origine Cardiologique
  - Patients présentant une problématique d'origine cardiaque (insuffisance/ décompensation cardiaque, infarctus du myocarde de traitement médical...)
- ⇒ Groupe 2 : Origine pneumologique
  - Patients présentant une infection ou insuffisance respiratoire (dont AEG sur SARS CoV 2 ou grippe)
- ⇒ Groupe 3 : Origine Uro-digestive
  - Patients présentant une infection ou une hémorragie de la sphère uro-digestive
- ⇒ Groupe 4 : Chute et problématique sociale
  - Patients admis pour chute ou AEG sans trigger clairement mis en évidence, problématique de maintien à domicile
- ⇒ Groupe 5 : Origine métabolique/hématologique
  - Patients admis pour des troubles hématologiques et métaboliques (dont insuffisance rénale aiguë d'origine fonctionnelle)
- ⇒ Groupe 6 : Origine infectieuse
  - Patients présentant un sepsis sur un autre site infectieux (sepsis cutané, ostéite...)
- ⇒ Groupe 7 : Origine neurologique
  - Patients admis pour un problème médical d'ordre neurologique (AVC, HSD, décompensation de Parkinson...)

## **I.8. Statistiques**

Les résultats des variables quantitatives ont été exprimés en moyenne et en écarts types. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences et de pourcentages.

La comparaison des deux groupes de passage aux urgences a été réalisée à l'aide du test du Chi<sup>2</sup> ou du test exact de Fischer selon la taille de l'effectif pour les variables qualitatives. Le test de Mann Whitney a été utilisé pour les variables quantitatives recueillies au sein de chaque groupe.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques était de 5%.

Les données recueillies ont été classées dans un document Excel afin de faciliter leur analyse. Par la suite, les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du site BiostaTGV.

## **I.9. Ethique**

Cette recherche est concernée par l'application de la méthodologie MR-004 car elle ne répond pas à la définition des recherches impliquant la personne humaine telles que définies par l'article L.1121-1 du Code de Santé Publique.

## II. Résultats

---

### II.1. Caractéristiques de la population d'étude

Les urgences du CHU de Limoges ont enregistré sur la période d'étude 11 154 entrées (1er août 2022 au 31 octobre 2022). Parmi ces entrées, 2300 patients avaient plus de 75 ans et 263 ont été admis en service de gériatrie. 255 patients ont été inclus dans l'étude après exclusion des 5 patients n'ayant pas vraiment été hospitalisés en service de gériatrie (suite à une erreur de codage) et des 3 patients hospitalisés en URRC (Figure 1).

La répartition des patients inclus était de 70% (179 patients) dans le service de post-urgences gériatriques et de 30 % (76 patients) dans le service de médecine interne gériatrique.

Notre population incluait 112 hommes pour 143 femmes avec une répartition similaire entre nos deux groupes d'étude. L'âge moyen des patients inclus était de  $86 \pm 6$  ans ( $86 \pm 5,9$  vs  $87 \pm 6,5$ ,  $p = 0,461$ ). Les variables pouvant représenter les niveaux de comorbidités comme le nombre de médicaments ( $8,03 \pm 3,83$  vs  $8,58 \pm 3,86$ ,  $p = 0,380$ ) ainsi que le score de Charlson ( $6,95 \pm 1,71$  vs  $6,97 \pm 2,02$ ,  $p = 0,986$ ) ne présentent aucune différence significative entre les groupes. Il en est de même pour la comparaison des niveaux d'autonomie avec la comparaison des niveaux d'aide à domicile ne présentant aucune différence significative. La population totale était composée de 150 patients (59%) vivant à domicile avec au moins une aide par semaine (aide-ménagère, aide à la toilette, infirmière...), 66 patients vivaient à domicile sans aide extérieure (26%) et 39 patients (15%) étaient résidents d'une institution ou d'un foyer logement. La répartition des groupes diagnostics semblait elle aussi équivalente. Le taux de consultation aux urgences dans l'année précédente n'était pas différent entre les deux groupes (47% vs 49%,  $p = 0,694$ ) tout comme le taux d'hospitalisation dans l'année précédente (34% vs 37%,  $p = 0,674$ ).

Seulement 44 patients (17%) de la population d'étude bénéficiaient d'un suivi gériatrique, 11 patients du premier groupe contre 33 du second groupe (14 vs 19%,  $p = 0,409$ ). 104 patients (41%) de notre population totale présentaient des troubles cognitifs avec une répartition globalement similaire entre les deux groupes (35% vs 43%,  $p = 0,222$ ).

Tableau 1 : Caractérisation de la population d'étude

	<b>Cohorte totale n = 255</b>	<b>Passage &lt; 24h n = 77</b>	<b>Passage &gt; 24h n = 178</b>	<b>p-value</b>
	N (%) ou moyenne $\pm$ SD			
<b>Caractéristique initiale</b>				
Age moyen (année)	86 $\pm$ 6,3	86 $\pm$ 5,9	87 $\pm$ 6,5	0,461
Homme, n(%)	112 (44%)	33 (43%)	79 (44%)	0,822
Mode de vie :				
⇒ Domicile sans aide	66 (26%)	22 (29%)	44 (25%)	0,519
⇒ Domicile avec aide	150 (59%)	40 (52%)	110 (62%)	0,142
⇒ Foyer logement	13 (5%)	4 (5%)	9 (5%)	1,000*
⇒ Résident d'un EHPAD	18 (7%)	7 (9%)	11 (6%)	0,405
⇒ HAD	7 (3%)	3 (4%)	4 (2%)	0,434*
⇒ Résident d'une MAS	1 (0.4%)	1 (1%)	0	0,302*
Charlson moyen	6,96 $\pm$ 1,93	6,95 $\pm$ 1,71	6,97 $\pm$ 2,02	0,986
Nombre de médicaments par jour	8,40 $\pm$ 3,85	8,03 $\pm$ 3,83	8,58 $\pm$ 3,86	0,380
Troubles cognitifs	104 (41%)	27 (35%)	77 (43%)	0,222
Suivi gériatrique antérieur	44 (17%)	11 (14%)	33 (19%)	0,409
Temps de passage moyen aux urgences	43h10	15h20	55h12	
Hospitalisation dans l'année passée	91 (36%)	26 (34%)	65 (37%)	0,674
Passage aux urgences dans l'année passée	124 (49%)	36 (47%)	88 (49%)	0,694
Groupe diagnostique à la sortie :				
⇒ 1	50 (20%)	16 (21%)	34 (19%)	0,757
⇒ 2	74 (29%)	22 (29%)	52 (29%)	0,917
⇒ 3	51 (20%)	19 (25%)	32 (18%)	0,220
⇒ 4	39 (15%)	7 (9%)	32 (18%)	0,070
⇒ 5	22 (9%)	9 (12%)	13 (7%)	0,252
⇒ 6	6 (2%)	3 (4%)	3 (2%)	0,370*
⇒ 7	13 (5%)	1 (1%)	12 (7%)	0,117*

\* Analyse réalisée avec le test exact de Fischer

## II.2. Durée d'hospitalisation moyenne selon les groupes

Notre critère de jugement principal sur lequel est basée cette étude est le temps d'hospitalisation totale (aiguë et soins de suite) des patients en fonction de leur temps de passage aux urgences. La moyenne de la population d'étude est d'environ  $24 \pm 21,81$  jours d'hospitalisation et la médiane est de 16 jours.

Les patients ayant été hospitalisés après un séjour inférieur à 24 heures dans les urgences présentaient une durée d'hospitalisation significativement plus courte que les patients ayant séjourné plus de 24 heures. Le temps d'hospitalisation était de  $20,5 \pm 22,94$  jours dans le premier groupe contre  $26 \pm 21,15$  jours dans le second groupe avec une *p-value* à  $0,006$ . (Tableau 2)

Le temps d'hospitalisation aiguë est lui aussi significativement allongé dans le second groupe ( $13,38 \pm 9,63$  jours vs  $15,23 \pm 9,98$  jours,  $p = 0,038$ )

## II.3. Critères de jugements secondaires

### II.3.1. Comparaison du recours à un soin de suite et de réadaptation en fonction du temps passé aux urgences

Sur notre période d'étude, 74 patients ont nécessité une hospitalisation en SSR soit 29% des patients. Parmi ces 74 patients, 15 d'entre eux ont séjourné moins de 24 heures aux urgences et 59 plus de 24 heures. Cela représente 19% des patients du premier groupe et 33% du second groupe mettant ainsi en évidence une différence statistiquement significative avec un *p-value* à  $0,027$  (Tableau 2).

### II.3.2. Comparaison du devenir des patients en fonction de leur temps de passage aux urgences

Nous avons pu comparer sur notre période d'étude les différents devenirs après l'hospitalisation des patients. Le but de cet objectif secondaire est de rechercher une différence dans la mise en place ou le renforcement d'aide à domicile ainsi qu'une différence de recours à une institutionnalisation.

Ainsi 107 patients sont rentrés à leur domicile sans mise en place d'aide (pour les personnes autonomes avant l'hospitalisation) ou sans majoration du plan d'aide déjà en place (cela comprend également les patients résidant en EHPAD, en MAS ou en foyer logement et rentrant à leur domicile dans des conditions identiques). Dans les deux groupes le taux de patients n'ayant pas bénéficié d'une majoration des aides semble identique avec 31 patients du premier groupe et 76 patients du second groupe ( $40\%$  vs  $43\%$ ,  $p = 0,717$ ).

23 patients (9%) tous groupes confondus ont bénéficié de l'introduction d'une aide à domicile (7 patients du premier groupe et 16 patients du second groupe ( $7\%$  vs  $9\%$ ,  $p = 0,979$ )). Pour ce qui est du renforcement du plan d'aide déjà en place, 29 patients (11%) de l'effectif total en ont bénéficié avec une répartition similaire entre les deux groupes (11 patients du premier groupe contre 18 du second groupe ( $14\%$  vs  $10\%$ ,  $p = 0,335$ )).

En revanche, le taux d'entrée en institutionnalisation semble, lui, différent en fonction des groupes. 45 patients (18%) ont nécessité une institutionnalisation soit en EHPAD, soit en USLD. Parmi ces 45 patients, 8 ont séjourné moins de 24 heures aux urgences et 37 ont séjourné plus de 24 heures aux urgences (10% vs 21%,  $p = 0,046$ ) mettant ainsi en évidence une différence statistiquement significative.

Tableau 2 : Temps d'hospitalisation et devenir post-hospitalisation

	<b>Cohorte totale n = 255</b>	<b>Passage &lt; 24h n = 77</b>	<b>Passage &gt; 24h n = 178</b>	<b>p-value</b>
	N (%) ou moyenne $\pm$ SD			
<b>Orientation des patients</b>				
Durée d'hospitalisation aiguë moyenne (jours)	14,67 $\pm$ 9,9	13,38 $\pm$ 9,63	15,23 $\pm$ 9,98	<b>0,038</b>
Durée d'hospitalisation totale moyenne	24,44 $\pm$ 21,81	20,50 $\pm$ 22,94	26,14 $\pm$ 21,15	<b>0,006</b>
Nombre d'entrées en SSR	74 (29%)	15 (19%)	59 (33%)	<b>0,027</b>
Nombre de décès, (n%)	48 (19%)	19 (25%)	29 (16%)	0,116
Nombre de RAD sans aide ou sans majoration	107 (42%)	31 (40%)	76 (43%)	0,717
Nombre d'entrées en EHPAD/USLD	45 (18%)	8 (10%)	37 (21%)	<b>0,046</b>
Nombre de mises en place d'aides	23 (9%)	7 (9%)	16 (9%)	0,979
Nombre de patients bénéficiant d'une majoration des aides déjà en place	29 (11%)	11 (14%)	18 (10%)	0,335
Entrées en Foyer	1 (0,4%)	0	1 (0,5%)	1,000*
Entrées en HAD	2 (0,8%)	1(1%)	1 (0,5%)	0,514*
<b>Devenir des patients</b>				
Nouvelle hospitalisation à 1 an	79 (31%)	29 (38%)	50 (28%)	0,129
Nouvelle consultation aux urgences à 1 an	105 (41%)	30 (39%)	75 (41%)	0,636
Décès à 1 an	41 (16%)	8 (14%)	33 (19%)	0,105

\* Analyse réalisée avec le test exact de Fischer

### II.3.3. Comparaison du nombre de patients décédés durant l'hospitalisation et de leurs caractéristiques

Le nombre et la proportion de patients décédés au cours de l'hospitalisation ne sont pas statistiquement différents avec un taux de décès de 19% (48 patients) sur la population générale. 19 patients du premier groupe sont décédés soit au cours de l'hospitalisation aiguë, soit au cours de leur passage en SSR, contre 29 patients dans le second groupe (25% vs 16%,  $p = 0,116$ ).

Les patients décédés au cours de l'hospitalisation semblent avoir un âge significativement plus élevé ( $89 \pm 6,5$  ans vs  $86 \pm 6,2$  ans,  $p = 0,016$ ). Les hommes représentent également une proportion plus importante (67% des décès contre 39% des vivants,  $p = 0,0004$ ). Les patients les plus dépendants, à savoir les patients bénéficiant d'aides à domicile ( $p = 0,042$ ), les patients résidents en EHPAD ( $p = 3,54 \times 10^{-5}$ ) et les patients résidents en HAD ( $p = 0,025$ ), sont aussi plus représentés parmi les patients décédés.

Les caractéristiques telles que le score de Charlson, les troubles cognitifs, le suivi gériatrique antérieur ou le nombre de médicaments pris par jour semblent comparables.

Les patients ayant été hospitalisés dans l'année passée sont également sur-représentés dans la population décédée. En effet, 50% d'entre eux avaient été hospitalisés contre 32% du groupe des patients vivants ( $p = 0,022$ ).

Il est également à noter que le groupe des affections cardiaques est plus représenté dans le groupe des décès de manière significative ( $p = 0,024$ ).

Les patients admis dans le service pour un problème de maintien à domicile, de chute ou d'AEG sans trigger mis en évidence, présentent un taux de survie plus important ( $p = 0,003$ ).

La répartition des autres groupes diagnostics ne met pas en évidence de différence significative.

Tableau 3 : Caractéristiques des patients vivants et décédés au cours de l'hospitalisation

	Vivants n = 207	Décès n = 48	p-value
	N (%) ou moyenne $\pm$ SD		
<b>Caractéristique initiale</b>			
Age moyen (année)	86 $\pm$ 6,2	89 $\pm$ 6,5	<b>0,016</b>
Homme, n(%)	80 (39%)	32 (67%)	<b>0,0004</b>
Mode de vie :			
⇒ Domicile sans aide	58 (28%)	8 (17%)	0,106
⇒ Domicile avec aide	128 (62%)	22 (46%)	<b>0,042</b>
⇒ Foyer logement	9 (4%)	4 (8%)	0,275*
⇒ Résident d'un EHPAD	8 (4%)	10 (21%)	<b>3,54x10<sup>-5</sup></b>
⇒ HAD	3 (1%)	4 (8%)	<b>0,025*</b>
⇒ Résident d'une MAS	1 (0,5%)	0	1,000
Charlson moyen	6,81 $\pm$ 1,87	7,625 $\pm$ 2,04	<b>0,014</b>
Nombre de médicaments par jour	8,25 $\pm$ 3,7	9,06 $\pm$ 4,41	0,265
Troubles cognitifs	87 (42%)	17 (35%)	0,401
Suivi gériatrique antérieur	37 (18%)	7 (15%)	0,587
Temps de passage moyen aux urgences	44h42	36h32	
Hospitalisation dans l'année passée	67 (32%)	24 (50%)	<b>0,022</b>
Passage aux urgences dans l'année passée	95 (46%)	29 (60%)	0,07
<b>Orientation des patients</b>			
Groupe diagnostique à la sortie :			
⇒ 1	35 (17%)	15 (31%)	<b>0,024</b>
⇒ 2	63 (30%)	11 (23%)	0,301
⇒ 3	42 (20%)	9 (19%)	0,810
⇒ 4	38 (18%)	1 (2%)	<b>0,003*</b>
⇒ 5	17 (8%)	5 (10%)	0,576*
⇒ 6	3 (1%)	3 (6%)	0,083*
⇒ 7	9 (4%)	4 (8%)	0,274*

\* Analyse réalisée avec le test exact de Fischer

### II.3.4. Comparaison de la morbi-mortalité à 1 an

Le nombre et la proportion de patients décédés à 1 an de l'hospitalisation ne semblent pas statistiquement différents en fonction du temps de passage aux urgences (14% vs 19%,  $p = 0,105$ ).

Le taux de nouvelles consultations aux urgences, tout comme le taux de nouvelles hospitalisations, ne présentent pas de différences significatives entre les 2 groupes. 105 patients (41%) de notre étude nécessiteront une nouvelle consultation aux urgences et 79 (31%) bénéficieront d'une nouvelle hospitalisation dans l'année qui suivra leur sortie d'hospitalisation.

### II.3.5. Comparaison de la durée d'hospitalisation selon le délai de passage aux urgences

Pour la recherche de cet objectif secondaire, nous avons fait le choix de rechercher uniquement un lien entre le temps de passage aux urgences et le temps d'hospitalisation. A cette fin, les patients décédés ont été exclus pour cet objectif secondaire afin d'étudier uniquement le temps d'hospitalisation qui pourrait être biaisé par un décès prématuré.

Un tableau de comparabilité (Tableau 5) a été réalisé avec cette nouvelle population (N = 207) et une découpe en 7 groupes de temps de passage a été réalisée. Aucune analyse statistique n'a été réalisée devant un effectif par groupe trop faible, demandant un taux de significativité trop élevé, pour pouvoir mettre en évidence une différence pertinente.

Visuellement, aucune différence n'a été relevée dans la comparaison des caractéristiques en fonction des groupes. Une différence semble se dégager pour le taux d'hospitalisations en service de SRR et le taux d'entrées en institution.

Le temps d'hospitalisation semble être stable jusqu'à 36 heures, puis semble s'élever pour redevenir stable aux alentours des 48 heures de séjour aux urgences. Les patients restant moins de 36 heures dans les urgences ont un temps d'hospitalisation d'environ 21 jours alors que celui des patients restant plus de 48 heures semblent plus proche des 30-31 jours d'hospitalisation (Figure 2). L'analyse de la médiane du temps d'hospitalisation révèle également de grosses différences avec une médiane de 11 à 12 jours pour les patients ayant passé moins de 36 heures dans les urgences contre plus de 20 jours pour les autres patients.

Tableau 4 : Temps d'hospitalisation en fonction du temps de passage aux urgences divisé en 7 groupes temporels

Durée d'hospitalisation totale (en jours)		
	Moyenne $\pm$ SD	Médiane
Population de l'étude (207)	26,08 $\pm$ 22,88	16
Groupe < 12h (19)	20 $\pm$ 16,65	12
Groupe 12 -24h (39)	23,33 $\pm$ 28,79	11
Groupe 24-36h (45)	20,18 $\pm$ 18,59	11
Groupe 36-48h (25)	26,44 $\pm$ 18,41	18
Groupe 48-72h (41)	33,73 $\pm$ 23,25	33
Groupe 72-96h (25)	30,88 $\pm$ 21,58	20
Groupe >96h (13)	29,61 $\pm$ 28,15	23

Tableau 5 : Caractéristiques, orientation et devenir de la population en fonction des 7 groupes de temps de passage aux urgences

	< 12h	12-24h	24-36h	36-48h	48-72h	72-96h	>96h
<b>Caractéristique initiale</b>	19	39	45	25	41	25	13
Age moyen (année)	86±4,6	85±6,7	87±6,1	87± 6,6	86±6,6	84±5,5	83±4,8
Répartition H/F	9/10	12/27	18/27	10/15	15/26	9/16	7/6
Mode de vie :							
⇒ Domicile sans aide	5	14	11	8	14	4	2
⇒ Domicile avec aide	12	20	29	13	25	20	9
⇒ Foyer logement	2	1	2	1	1	0	2
⇒Résident d'un EHPAD	0	2	3	3	0	0	0
⇒HAD	0	1	0	0	1	1	0
⇒Résident d'une MAS	0	1	0	0	0	0	0
Charlson moyen	6,7±1,6	6,8±1,7	7,2±2	7,2±2,1	6,9±1,9	6,2±1,9	6±1,5
Nombre de médicaments jour	8,47±4,1	7,33±3,1	8,04±3,2	8,84±4	8,83±4,3	7,64±3,4	9,53±4,5
Troubles cognitifs	42,11%	28,20%	46,67%	56%	34,15%	48%	53,85%
Suivi gériatrique antérieur	21,05%	10,26%	15,56%	12%	24,39%	28%	15,38%
Hospitalisation dans l'année passée	7 (36,8%)	12 (31%)	14 (31,1%)	8 (32%)	12 (29,3%)	7 (28%)	7 (53,9%)
Passage aux urgences dans l'année passée	8 (42,1%)	18 (46%)	21 (46,7%)	10 (40%)	20 (48,8%)	10 (40%)	8 (61,53%)
<b>Orientation des patients</b>							
Durée d'hospitalisation aiguë moyenne (avant SSR)	14,79 ± 11,15	12,43 ± 7,76	12,96 ± 9,59	17,32 ± 11,34	14,98 ± 7,42	15,72 ± 8,15	17,23 ± 7,5
Nombre d'entrées de passage par un SSR	4 (21%)	10 (26%)	11 (24%)	10(40%)	23 (56%)	11 (44%)	4 (31%)
Nombre de RAD sans aide ou sans majoration	10 (53%)	21 (54%)	25 (56%)	16(64%)	17 (41%)	13 (52%)	5 (38%)
Nombre d'entrées en EHPAD/USLD	4 (21%)	4 (10%)	8 (18%)	4 (16%)	13 (32%)	9 (36%)	3 (23%)

Nombre de mises en place d'aides	2 (11%)	5 (13%)	3 (7%)	3 (12%)	6 (15%)	2 (8%)	2(15%)
Nombre de patients bénéficiant d'une majoration des aides déjà en place	3 (16%)	8 (21%)	7 (16%)	2 (8%)	5 (12%)	1 (4%)	3 (23%)
Entrées en Foyer	0	0	1 (2%)	0	0	0	0
Entrées en HAD	0	1 (3%)	1 (2%)	0	0	0	0
Devenir des patients							
Nouvelle hospitalisation à 1 an	6 (31,6%)	23 (59%)	16 (35,6%)	7 (28%)	15 (36,6%)	10 (40%)	2 (15,4%)
Nouvelle consultation aux urgences à 1 an	8 (42,1%)	22 (56,4%)	27 (60%)	14 (56%)	17 (41,5%)	14 (56%)	3 (23,1%)
Décès à 1 an	3 (15,8%)	5 (12,8%)	10 (22,2%)	5 (20%)	8 (19,5%)	7 (28%)	3 (23,1%)
Groupe diagnostic à la sortie :							
⇒ 1	4 (21%)	6 (15%)	6 (13%)	1 (4%)	11 (27%)	7 (28%)	0
⇒ 2	5 (26%)	9 (23%)	15 (33%)	9 (36%)	11 (27%)	6 (24%)	8 (62%)
⇒ 3	3 (16%)	14 (36%)	10 (22%)	5 (20%)	5 (12%)	4 (16%)	1 (8%)
⇒ 4	4 (21%)	3 (8%)	11 (24%)	5 (20%)	7 (17%)	6 (24%)	2 (15%)
⇒ 5	3 (16%)	6 (15%)	0	4 (16%)	2 (5%)	0	2 (15%)
⇒ 6	0	1 (3%)	0	0	1 (2%)	1 (4%)	0
⇒ 7	0	0	3 (7%)	1 (4%)	4 (10%)	1 (4%)	0

## III. Discussion

---

### III.1. Objectifs et résultats principaux

Notre étude permet de mettre en évidence une différence significative entre le temps d'hospitalisation d'un patient de plus de 75 ans ayant passé moins de 24 heures aux urgences et un patient de plus de 75 ans ayant passé plus de 24 heures dans les urgences. Une différence moyenne de presque 6 jours d'hospitalisation est observée alors que les deux groupes d'étude ne présentent pas de différences significatives sur le profil des patients.

Par ailleurs, l'échantillon étudié est représentatif de la population hospitalière dans les services de gériatrie compte tenu d'un recrutement de tous les patients admis dans les services du PUG et de la MIG. Sur une période de trois mois, seuls trois patients réellement admis dans un service ont été exclus suite à leur admission en URCC.

### III.2. Objectifs et résultats secondaires

Nos objectifs secondaires permettent de révéler d'autres conséquences à ce temps d'attente prolongé. En effet, 33% des patients du second groupe ont nécessité une hospitalisation en SSR contre 19% des patients du premier groupe. Il en est de même pour le taux d'entrées en institution (ULSD ou EHPAD) avec 37 patients (21%) du second groupe ayant nécessité un placement contre seulement 8 patients (10%) du premier groupe. *A contrario*, le taux de retour à domicile dans les mêmes conditions et le taux de mise en place ou d'augmentation des aides semblent comparables entre les deux groupes. Ces résultats laissent penser qu'après une rééducation bien conduite, un patient ayant initialement une autonomie préservée pourra rentrer à domicile même si son hospitalisation s'en trouvera allongée. L'analyse du taux de décès et de nouvelles consultations ou hospitalisations va également dans ce sens en ne mettant pas en évidence de différences entre les deux groupes. Pour les patients les plus fragiles, en revanche, l'augmentation de leur temps de passage aux urgences majore grandement le risque de recours à une institutionnalisation.

Nous avons également recherché le profil des patients décédés, bien qu'il n'existe pas de différence significative sur la répartition des patients décédés entre les deux groupes. Il semble néanmoins y avoir proportionnellement plus de décès dans le premier groupe (25%) que dans le deuxième groupe (16%). Cela s'oppose aux données de la littérature qui a prouvé à de nombreuses reprises que l'allongement du temps de passage aux urgences augmente le taux de décès (11,12). Il est possible que notre étude manque de puissance pour retrouver cette différence. Mais cette différence peut également être expliquée par le fait que les patients les plus graves et ne pouvant relever d'une prise en charge en réanimation au vu de leurs antécédents et de leur âge, sont admis en service de médecine plus rapidement, afin d'offrir une fin de vie plus décente, loin de l'agitation des urgences, dans un environnement calme afin de pouvoir également accueillir les familles des patients.

Les patients décédés sont des patients plus fragiles, avec un âge plus avancé et résidant plus souvent en institution. Ils ont également plus souvent consulté aux urgences dans l'année ayant précédé leur décès. Un travail de prévention et d'anticipation pour les patients les plus à risques, de retour en hospitalisation ou en fin de vie devrait être réalisé afin d'épargner un passage aux urgences à ces patients déjà très fragiles (29).

Notre étude a ensuite cherché à mettre en évidence une corrélation linéaire entre le temps de passage aux urgences et la durée d'hospitalisation. En effet, les patients des urgences du CHU présentent des DMS aux urgences bien plus longues que dans d'autres centres (13,29), et surtout bien supérieures aux recommandations nationales et internationales avec des DMS parfois supérieures à 7 jours. Pour ce faire, nous avons comparé les DMS totales (aiguës + SSR) des patients ayant survécu à leur hospitalisation afin d'observer uniquement le temps d'hospitalisation qui pourrait être écourté par un décès prématuré. Cette analyse en sous-groupe ne nous permet pas de voir une relation linéaire entre le temps de passage aux urgences et le temps d'hospitalisation total. Cependant, il semblerait que les effets indésirables de l'allongement du séjour aux urgences soient plus marqués après 36 heures passées dans les urgences. Il serait intéressant de réaliser une étude de plus grande ampleur afin de rechercher et de confirmer le lien entre ce cut-off des 36 heures et l'allongement du temps d'hospitalisation. De même, les études ont déjà montré une augmentation du taux de mortalité après 12 et 24 heures passées dans les urgences. Mais bien souvent, la comparaison est réalisée entre les séjours inférieurs à 12 ou 24 heures avec les séjours supérieurs. Cependant les séjours supérieurs peuvent avoir une grande disparité de répartition comme c'est le cas dans notre étude.

### **III.3. Forces et limites de l'étude**

Parmi les forces de notre étude, nous retrouvons l'inclusion de la quasi-totalité des patients admis en service de gériatrie et l'absence de service d'UHCD ouvert sur cette période qui auraient pu diminuer l'exposition à certains effets indésirables.

Cette étude est une étude observationnelle, rétrospective et monocentrique qui n'a donc pas un niveau de preuve optimal.

L'analyse du profil des patients est soumise à certains manques de données, liée à son caractère rétrospectif entre autres. En effet, devant la non-réalisation de score MMS ou l'absence de traces écrites dans les dossiers médicaux, les patients ont été classés comme ayant des troubles neurocognitifs ou non. De même, le niveau d'autonomie n'a pas pu être exploité correctement devant le très faible nombre de dossiers stipulant le niveau GIR du patient ou les scores ADL et IADL. Seuls, les patients suivis par l'UPSAV et quelques patients pensionnaires d'EHPAD avaient ce genre d'informations dans leur dossier.

### **III.4. Analyse des problématiques et ébauche de solution pour l'avenir**

Le problème n'est pas nouveau et la France n'est pas le seul pays concerné, des solutions ont été proposées depuis de nombreuses années (30) ainsi que dans d'autres pays (31,32). L'engorgement des urgences est la résultante de facteurs multiples et complexes. Il est difficile de tous les décrire mais 3 facteurs principaux se dégagent :

- Le premier facteur est le nombre d'entrées trop important pour le service d'accueil des urgences.
- Le second facteur est l'allongement du temps de prise en charge, de diagnostic et de traitement des patients.
- Le troisième facteur est le nombre insuffisant de sorties.

Bien que la problématique soit bien plus large, ce modèle simplifié avec ces 3 principaux facteurs d'engorgement nous permet de proposer des solutions plus ciblées.

### III.4.1. Un nombre d'entrées trop important

Les urgences françaises accueillent les patients 24 heures sur 24 pour des motifs divers et variés, des pathologies les plus graves et urgentes aux problématiques sociales. Les urgences restent l'un des derniers points d'accueil de jour comme de nuit dans les villes.

Il est habituel de penser que l'engorgement des urgences vient d'un problème de sur-consultation des patients qui ne nécessitent pas réellement une prise en charge urgente. Cependant, avec la densité médicale de la médecine générale qui ne cesse de diminuer, les patients ne trouvent bien souvent pas d'autres solutions que la consultation aux urgences. Tant que les recours de consultations extrahospitalières ne seront pas plus importants, par manque de praticiens libéraux ou par une mauvaise organisation de la permanence des soins, le nombre d'entrées non urgentes sera difficile à réduire. Ces patients, souvent plus jeunes, ne consomment généralement pas beaucoup de ressources et ne constituent qu'un facteur mineur de l'engorgement des urgences (33).

En revanche, les personnes âgées consultant aux urgences nécessitent plus de ressources et bien souvent une hospitalisation. Au niveau national, 45% des consultations aux urgences de personnes âgées finissent par une hospitalisation (34). Les chiffres de 2022 sur les urgences du CHU retrouvent une proportion similaire avec 4660 hospitalisations sur les 9511 consultations des personnes âgées de 75 ans et plus (Figure 3). Des solutions ont été évoquées pour diminuer le nombre d'entrées aux urgences des personnes âgées avec notamment, la création de filières d'admissions directes des patients en EHPAD vers un service de médecine (35) ou la création de téléconsultations nocturnes en EHPAD (36). Les personnes âgées résidant à domicile et présentant une fragilité accrue doivent être suivies plus régulièrement par des structures comme l'UPS AV en Limousin afin d'être intégrées dans un réseau de soins et d'avoir accès plus facilement à des consultations spécialisées ou à une hospitalisation directe, évitant ainsi un passage aux urgences délétère (37,38).

Pour les patients âgés comme pour les autres patients, une meilleure coordination entre les spécialités hospitalières et la médecine de ville est nécessaire. La création de créneaux de consultations urgentes par les spécialistes sur demande du médecin traitant permet au patient d'avoir accès à une consultation spécialisée et éventuellement à des examens sans forcément utiliser les urgences comme la « porte d'entrée de l'hôpital ». De même, de plus en plus de filières telles que la filière AVC au CHU de Limoges sont créées afin de faire gagner du temps au patient et ainsi éviter un passage long et délétère dans les services d'urgence. Des mesures ont récemment été prises en ce sens, avec l'ouverture en novembre 2023 d'un service de 10 lits de gériatrie, pour l'admission directe des patients de ville. Il semble néanmoins que le nombre de lits nécessaires pour désengorger les urgences du CHU soit bien supérieur, avec également une augmentation des places d'aval pour les urgences.

Enfin, la création d'une filière spécialisée dans la médecine d'urgence de la personne âgée pourrait réduire le temps de passage aux urgences, voir éviter des consultations aux urgences pour les personnes âgées. La MUPA, présente un temps aux urgences, permettait une prise en charge spécialisée de la personne âgée directement au service d'urgence, et évitait une hospitalisation aux patients les moins précaires après une prise en charge globale (médicale et sociale). La création et la mise en place d'une filière gériatrique aux urgences sont préconisées depuis plus de vingt ans (39).

### **III.4.2. L'allongement du temps de prise en charge dans les urgences**

L'allongement du temps de prise en charge diagnostic et thérapeutique peut s'expliquer en partie par le manque de personnel médical et paramédical en regard de la proportion de patients présents dans les urgences. Les délais d'attente pour avoir accès à un examen, notamment un examen d'imagerie, ou à un avis spécialisé, font partie des causes expliquant un allongement du temps de prise en charge. Il est difficile de proposer une solution permettant de réduire le temps de prise en charge, car bien qu'étant une des causes d'engorgement des urgences, l'allongement du temps de prise en charge dans les urgences en est aussi l'une des conséquences.

Il faut cependant garder à l'esprit que les urgences sont le lieu de réalisation d'un bilan initial et que les spécialistes ne doivent pas profiter de la présence aux urgences de leur patient pour obtenir un bilan complet plus rapidement avec la réalisation d'examens longs (IRM, EEG...). Une fois le diagnostic posé, les investigations complémentaires si elles ne revêtent pas un caractère urgent, doivent être réalisées dans un service d'hospitalisation.

### **III.4.3. Un nombre de sorties des urgences insuffisant**

Le principal facteur d'engorgement du service des urgences du CHU de Limoges est l'accumulation dans le service des patients, faute de places d'hospitalisation disponibles. Le terme « boarding » est utilisé par les anglo-saxons pour désigner ces patients admis aux urgences, dont la prise en charge au SU est terminée, mais qui restent dans les locaux, sous la responsabilité des médecins urgentistes, en attente de lits d'hospitalisation.

La solution la plus évidente et la plus pérenne à mettre en place serait une augmentation de la capacité d'accueil de l'établissement avec une augmentation du nombre de lits de spécialités médicales mais aussi de lits de SSR afin d'éviter ce même phénomène de stagnation du patient dans un service en attente d'une place en rééducation. Bien qu'il soit difficile d'obtenir une ouverture de lits, soit par manque de personnel, soit par manque de budget, il est nécessaire que la capacité d'accueil du CHU de Limoges soit augmentée.

En effet, la conséquence de la surcharge du SU est une augmentation de la morbi-mortalité et du temps d'hospitalisation total pour les patients. Cette augmentation du temps d'hospitalisation et de la morbi-mortalité sont responsables d'un cercle vicieux avec une diminution du nombre de places disponibles dans l'hôpital et donc une accumulation des patients dans les urgences.

Notre étude montre une différence d'environ 6 jours d'hospitalisation en fonction du temps de passage aux urgences. Ainsi, en 2023, une journée d'hospitalisation en médecine gériatrique au CHU de Limoges coûtait en moyenne 416 euros, chaque patient restant plus de 24 heures dans les urgences coûte en moyenne 2 496 euros supplémentaires à l'hôpital. Le coût sur les 3 mois de notre étude est de 444 288 euros et si nous extrapolons nos résultats sur une année, le « boarding » des patients aux urgences coûte à l'hôpital 1 777 152 euros par an uniquement pour la gériatrie. Ce calcul est extrêmement simplifié, la cotation étant la résultante de multiples facteurs (DMS, pathologies du patient...). Cette estimation du coût pour l'hôpital est certainement sous-estimée. Bien qu'une ouverture de services et de lits d'hospitalisation soit difficile à chiffrer, elle pourrait permettre de faire des économies sur les temps d'hospitalisation et le bénéfice pour le patient n'est plus à prouver.

D'autres solutions ont été évoquées devant la difficulté de trouver des financements ou des personnels médicaux et paramédicaux nécessaires à l'ouverture de lits. Il est, par exemple, préconisé d'encourager un maximum les procédures chirurgicales ambulatoires, d'adapter l'activité programmée en laissant une place suffisante pour les urgences, de disposer de lits et de consultations pour les explorations rapides sur la journée, et enfin, d'encourager les praticiens à faire sortir les patients d'hospitalisation dès que possible. Une autre piste d'amélioration serait l'hébergement des patients dans d'autres services, voir l'hébergement de patients médicaux en chirurgie. Ces solutions sont bien souvent déjà mises en place mais doivent être optimisées. Il faut cependant retenir que pour avoir une meilleure fluidité dans les urgences, l'hôpital doit disposer de lits d'aval disponibles. Une étude a été menée sur les flux de patients venant des urgences en Angleterre (40). Pour avoir un flux de patients satisfaisant sans temps d'attente, un hôpital doit afficher un taux d'occupation maximum de 85 à 90%. Au-delà de ce taux d'occupation, il existe un risque majeur d'encombrement des services d'urgence.

Des solutions, plus difficiles à appliquer encore, ont été proposées notamment aux États Unis. Des études ont été menées sur le nombre de places en week-end et ont remarqué une diminution de plus de 50% du nombre de sorties d'hospitalisation sur ces périodes (41), souvent par manque de personnel, majorant ainsi l'accumulation des patients aux urgences. Il reste cependant difficile de demander aux praticiens des services d'augmenter leurs nombres de sorties en week-end si les places d'aval ne sont pas disponibles ou si les équipes sont en sous nombre.

Une autre solution a également été étudiée aux États Unis : l'admission vers les couloirs des services de patients stables ayant fini leur prise en charge dans les urgences. Cette étude n'a pas montré de perte de chance pour le patient étant donné que le ratio infirmière/patient reste meilleur dans un service que dans les urgences (42). Une autre étude a même été réalisée auprès des patients et a révélé que ceux-ci préféreraient être admis dans un couloir de service plutôt que rester dans l'agitation du couloir des urgences (43). Cette solution ne semble cependant pas applicable en France pour des raisons éthiques, de dignité et de sécurité des soins réalisés dans les services, bien que les conditions de prise en charge aux urgences semblent, elles, affranchies de ces considérations.

## Conclusion

---

L'allongement du temps de passage avec la stagnation des patients aux urgences est un problème de plus en plus important dans les hôpitaux français. Ce « boarding » entraîne un risque accru d'effets indésirables, une augmentation du temps d'hospitalisation et une perte de chance pour le patient.

Notre étude observationnelle a permis de retrouver une différence d'environ 6 jours d'hospitalisation entre un patient ayant passé moins de 24 heures dans les urgences et un patient ayant passé plus de 24 heures. Nous avons également retrouvé dans notre étude un surrisque d'institutionnalisation pour les patients ayant séjourné plus de 24 heures dans les urgences. D'autres études avaient déjà montré un surrisque d'effets indésirables dans la prise en charge médicale ainsi qu'un taux de mortalité plus élevé.

L'impact sur la santé des patients mais également l'impact économique de ces séjours prolongés aux urgences fait de cette problématique un réel sujet de santé publique. Plusieurs pistes d'amélioration semblent intéressantes à mettre en place, autant au niveau régional que national.

Bien que les solutions soient difficiles à mettre en place, une augmentation du nombre de lits d'hospitalisation est nécessaire afin que la qualité du système de soins soit préservée.

## Références bibliographiques

---

1. Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse et santé [Internet]. 2022 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. France portrait social, édition 2016 INSEE. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492220/FPORSOC16j7\\_F2.7\\_seniors.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492220/FPORSOC16j7_F2.7_seniors.pdf)
3. Collège national de Gériatrie.
4. Pacôme C. Aide personne âgée : liste des dispositifs pour bien vieillir [Internet]. Aide-Sociale.fr. 2023 [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.aide-sociale.fr/aide-personne-agee/>
5. Pradines B. GérontoLiberté. 2023 [cité 13 mars 2024]. Bouchon : un concept simple et génial. Disponible sur: <https://free-geriatrics.overblog.com/2015/11/bouchon-un-concept-simple-et-genial.html>
6. La revue du praticien. Physiopathologie de la chute [Internet]. 2021 [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/physiopathologie-de-la-chute>
7. Toutlemonde F. Les établissements de santé, DREES 2021 [Internet]. 2021 [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>
8. Legramante JM, Morciano L, Lucaroni F, Gilardi F, Caredda E, Pesaresi A, et al. Frequent Use of Emergency Departments by the Elderly Population When Continuing Care Is Not Well Established. PLOS ONE. 14 déc 2016;11(12):e0165939.
9. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older Patients in the Emergency Department: A Review. Ann Emerg Med. 1 sept 2010;56(3):261-9.
10. ORS du Limousin. www.ors-limousin.org. 2018 [cité 12 mars 2024]. Les problématiques de santé et d'offre de soins dans la ville de Limoges. Disponible sur: [https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2018/11/3.Cls\\_Limoges\\_synth.pdf](https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2018/11/3.Cls_Limoges_synth.pdf)
11. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte K, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. JAMA Intern Med. 1 déc 2023;183(12):1378-85.
12. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. Ann Fr Médecine D'urgence. 1 juill 2019;9(4):229-34.
13. Boisguerin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue [Internet]. 2017 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
14. National academic press. Read « Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point » at NAP.edu [Internet]. 2007 [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://nap.nationalacademies.org/read/11621/chapter/1>
15. Pines JM, Griffey RT. What We Have Learned From a Decade of ED Crowding Research. Acad Emerg Med. 2015;22(8):985-7.

16. Al-Qahtani S, Alsultan A, Haddad S, Alsaawi A, Alshehri M, Alsolamy S, et al. The association of duration of boarding in the emergency room and the outcome of patients admitted to the intensive care unit. *BMC Emerg Med.* 9 nov 2017;17(1):34.
17. Singer AJ, Thode HC, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* déc 2011;18(12):1324-9.
18. Stretch R, Della Penna N, Celi LA, Landon BE. Effect of Boarding on Mortality in ICUs. *Crit Care Med.* avr 2018;46(4):525-31.
19. Reznick MA, Upatising B, Kennedy SJ, Durham NT, Forster RM, Michael SS. Mortality Associated With Emergency Department Boarding Exposure: Are There Differences Between Patients Admitted to ICU and Non-ICU Settings? *Med Care.* mai 2018;56(5):436-40.
20. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med.* juin 2013;61(6):605-611.e6.
21. Shenvi CL, Platts-Mills TF. Managing the Elderly Emergency Department Patient. *Ann Emerg Med.* 1 mars 2019;73(3):302-7.
22. 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.
23. Sri-On J, Chang Y, Curley DP, Camargo CA, Weissman JS, Singer SJ, et al. Boarding is associated with higher rates of medication delays and adverse events but fewer laboratory-related delays. *Am J Emerg Med.* 1 sept 2014;32(9):1033-6.
24. Bo M, Bonetto M, Bottignole G, Porrino P, Coppo E, Tibaldi M, et al. Length of Stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(5):1114-9.
25. Prendiville R, Umana E, Avalos G, McNicholl B. No rest for the weary: a cross-sectional study comparing patients' sleep in the emergency department to those on the ward. *Emerg Med J.* 1 janv 2020;37(1):42-4.
26. Mannion H, Molloy DW, O'Caomh R. Sleep Disturbance in Older Patients in the Emergency Department: Prevalence, Predictors and Associated Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2019;16(19):3577.
27. Marusic U, Narici M, Simunic B, Pisot R, Ritzmann R. Nonuniform loss of muscle strength and atrophy during bed rest: a systematic review. *J Appl Physiol.* 1 juill 2021;131(1):194-206.
28. Harper CM, Lyles YM. Physiology and complications of bed rest. *J Am Geriatr Soc.* nov 1988;36(11):1047-54.
29. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée [Internet]. 2018 [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_atelier\\_10\\_hopital\\_et\\_personne\\_agee\\_14\\_fev\\_2018\\_3\\_.docx.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf)

30. Claret PG, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye JE. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 mars 2014;4(2):96-105.
31. Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, et al. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. *Healthcare*. 25 août 2022;10(9):1625.
32. Rabin E, Kocher K, McClelland M, Pines J, Hwang U, Rathlev N, et al. Solutions To Emergency Department ‘Boarding’ And Crowding Are Underused And May Need To Be Legislated. *Health Aff (Millwood)*. août 2012;31(8):1757-66.
33. Ogliari G, Coffey F, Keillor L, Aw D, Azad MY, Allaboudy M, et al. Emergency department use and length of stay by younger and older adults: Nottingham cohort study in the emergency department (NOCED). *Aging Clin Exp Res*. 2022;34(11):2873-85.
34. Haute autorité de santé. Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification [Internet]. 2020 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_personnes\\_agees\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf)
35. Aizen E, Swartzman R, Clarfield AM. Hospitalization of nursing home residents in an acute-care geriatric department: direct versus emergency room admission. *Isr Med Assoc J IMAJ*. oct 2001;3(10):734-8.
36. SFMU. Actualités de l’Urgence - APM / Société Française de Médecine d’Urgence - SFMU [Internet]. 2023 [cité 4 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-chu-d-angers-lance-une-telemedecine-nocturne-en-ehpad-pour-reduire-et-differer-l-arrivee-des-personnes-agees-aux-urgences/new\\_id/68932](https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-chu-d-angers-lance-une-telemedecine-nocturne-en-ehpad-pour-reduire-et-differer-l-arrivee-des-personnes-agees-aux-urgences/new_id/68932)
37. Mion LC, Palmer RM, Anetzberger GJ, Meldon SW. Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting: the SIGNET model. *J Am Geriatr Soc*. oct 2001;49(10):1379-86.
38. Naouri D, Pelletier-Fleury N, Lapidus N, Yordanov Y. The effect of direct admission to acute geriatric units compared to admission after an emergency department visit on length of stay, postacute care transfers and ED return visits. *BMC Geriatr*. 4 juill 2022;22:555.
39. Société Francophone de médecine d’urgence. 10ème conférence de consensus prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences [Internet]. 2003 [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/upload/consensus/pa\\_urgs\\_long.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf)
40. Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ*. 17 juill 1999;319(7203):155-8.
41. Wong H, Wu RC, Tomlinson G, Caesar M, Abrams H, Carter MW, et al. How much do operational processes affect hospital inpatient discharge rates? *J Public Health Oxf Engl*. déc 2009;31(4):546-53.
42. Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC, Henry MC. The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. *Ann Emerg Med*. oct 2009;54(4):487-91.

43. Garson C, Hollander JE, Rhodes KV, Shofer FS, Baxt WG, Pines JM. Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Ann Emerg Med.* janv 2008;51(1):9-12, 12.e1-3.

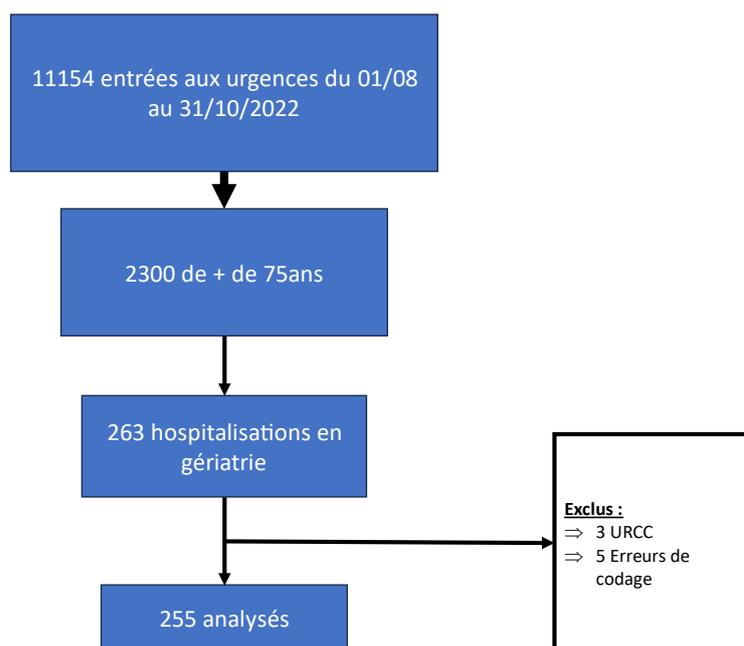


Figure 1 : Diagramme de flux

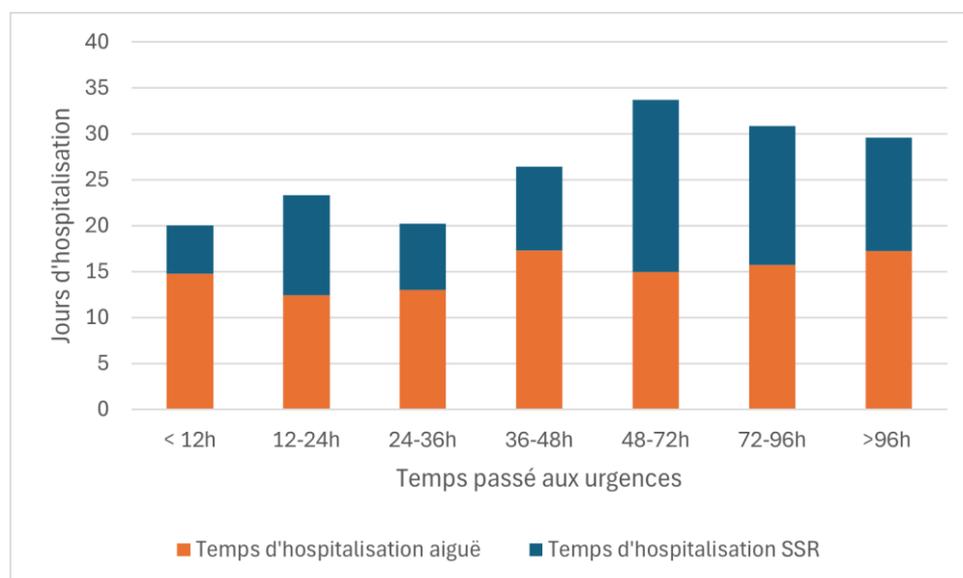


Figure 2 : Corrélation entre le temps de passage aux urgences et le temps d'hospitalisation

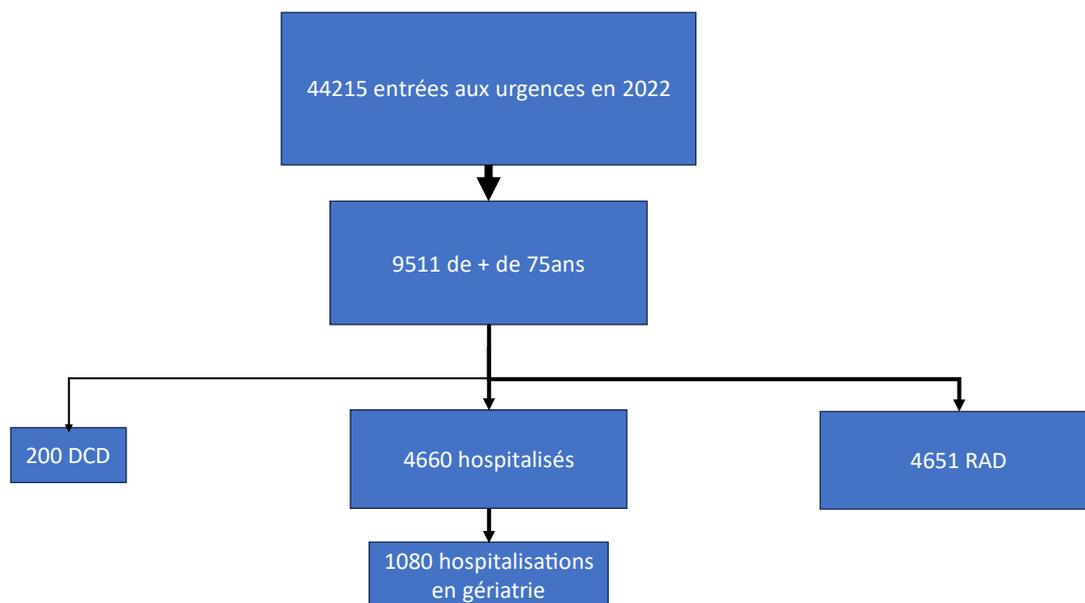


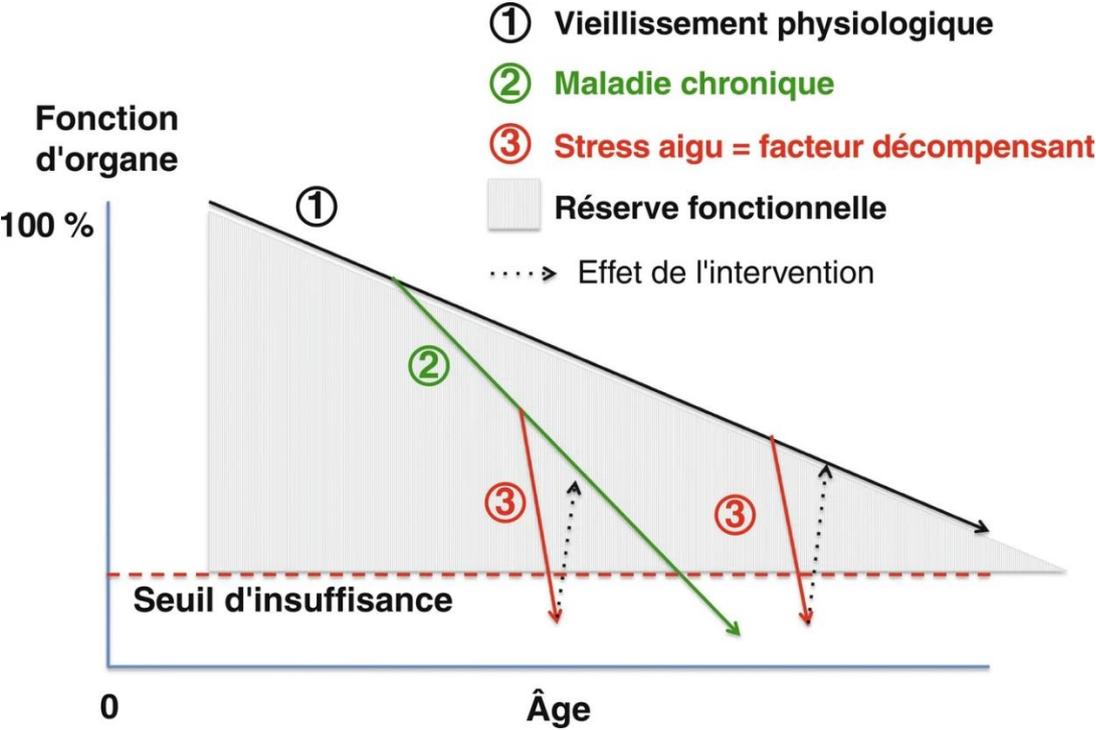
Figure 3 : Orientation des personnes âgées en 2022 aux urgences

## Annexes

---

Annexe 1. Modèle de Jean-Pierre Bouchon.....	52
Annexe 2. Score de comorbidité de Charlson .....	53

Annexe 1. Modèle de Jean-Pierre Bouchon



## Annexe 2. Score de comorbidité de Charlson

Pathologies	Points assignés
Pour chaque décennie après 40 ans, ajouter un 1 point au score	
Infarctus du myocarde	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique	1
Maladie cérébrovasculaire (AVC, AIT)	1
Troubles neurocognitifs	1
Maladie pulmonaire chronique	1
Connectivite	1
Maladie ulcéreuse	1
Maladie hépatique légère	1
Diabète sans lésion organique	1
Hémiplégie	2
Maladie rénale modérée ou sévère	2
Diabète avec lésion organique	2
Tumeur sans métastases	2
Leucémie	2
Lymphome	2
Maladie hépatique modérée ou sévère	3
Tumeur solide métastatique	6
VIH avec SIDA	6

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## L'impact du temps de passage aux urgences du CHU de Limoges des personnes âgées sur la durée d'hospitalisation et la morbi-mortalité

---

**Introduction** : L'encombrement des urgences est de plus en plus important et entraîne un allongement des durées de prise en charge. Les personnes âgées, du fait de leurs fragilités sont en première ligne. Le CHU de Limoges est particulièrement concerné avec une population régionale vieillissante.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique à partir des dossiers médicaux informatisés du CHU de Limoges sur une période de 3 mois. L'objectif principal était de rechercher une différence sur le temps d'hospitalisation totale des personnes âgées de plus de 75 ans en fonction de leur temps de passage aux urgences. Deux groupes ont été réalisés (patients ayant passé moins de 24 heures dans les urgences vs plus de 24 heures). Les objectifs secondaires recherchaient un impact sur l'autonomie des patients et sur le risque de surmortalité.

**Résultats** : 255 patients ont été inclus dans l'étude. Le temps d'hospitalisation était de  $20,5 \pm 22,94$  jours dans le premier groupe contre  $26 \pm 21,15$  jours dans le second groupe avec une *p-value* à *0,006*. Les analyses réalisées sur les objectifs secondaires mettent en évidence un surrisque d'hospitalisation en SSR ainsi qu'un surrisque d'institutionnalisation en sortie d'hospitalisation pour les patients du second groupe.

**Conclusion** : L'encombrement des urgences est un problème majeur de santé publique. Bien qu'existant depuis plusieurs années, la surcharge des urgences est de plus en plus importante, avec des temps de passage de plus en plus longs, entraînant de multiples conséquences pour le patient. Des solutions doivent être mises en place pour préserver la qualité des soins fournis aux patients.

---

Mots-clés : Service d'urgence, Personnes âgées, Surcharge, Durée de séjour

## The impact of the time spent in the emergency department of the Limoges University Hospital on the length of hospitalization and morbidity-mortality

---

**Introduction** : The overcrowding of emergency departments is increasingly important and leads to an extension of the support times. Seniors, because of their fragility, are on the front line. The Limoges University Hospital is particularly concerned with an aging regional population.

**Method** : We conducted a retrospective, observational, single-centre study from the computerized medical records of the Limoges University Hospital over a period of 3 months. The main objective was to look for a difference in the total hospitalization time of people over the age of 75 according to their time in the emergency room. Two groups were performed (patients who spent less than 24 hours in the emergency room vs more than 24 hours). The secondary objectives sought an impact on patient autonomy and the risk of excess mortality.

**Results** : 255 patients were included in the study. The hospitalization time was  $20.5 \pm 22.94$  days in the first group against  $26 \pm 21.15$  days in the second group with a *p-value* of *0.006*. The analyses carried out on secondary objectives highlight an excess risk of hospitalization in rehabilitation centre as well as an excess risk of institutionalization after hospitalization for patients in the second group.

**Conclusion** : Emergency room congestion is a major public health problem. Although existing for several years, the overload of emergency departments is increasingly important, with passage wait times longer and longer, resulting in multiple consequences for the patient. Solutions must be put in place to preserve the quality of patient care.

---

Keywords : emergency overcrowding, boarding, elderly patients, length of stay

