



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 23 septembre 2024 à Poitiers
Par Mme GUILBOT Mélissa

Etude de la morbi-mortalité des patients gériatriques passant une nuit sur un brancard aux urgences.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
Membres : Monsieur le Professeur Mathieu PUYADE
Madame le Docteur Julie TISSERAND
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas MARJANOVIC


LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – Doyen, Directeur de la section médecine
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, oncologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude envers mon directeur de thèse, le Docteur MARJANOVIC Nicolas, pour ses conseils tout au long de ce travail.

Je remercie, le Pr MIMOZ Olivier d'avoir accepté de présider ma soutenance, ainsi que le Pr PUYADE Mathieu et le Dr TISSERAND Julie d'avoir accepté de faire partie du jury.

Merci à mes parents, à mon frère et à ma sœur, pour leur soutien sans faille. Leur patience, leur compréhension et leur amour ont été source de réconfort et de motivation durant toutes ces années d'études.

Merci à Dylan, Anthony, Paul, Justine, Marion, Agathe et Clément, mes compagnons de route lors de ces folles années d'externat. Ensemble, nous avons partagé des moments intenses, des rires et tant de souvenirs inoubliables. Votre amitié a rendu cette période bien plus riche et facile à traverser.

Mes remerciements vont également à mes amis et futurs collègues : Zoé, Nicolas et Julie. Votre camaraderie et votre professionnalisme sont une véritable source d'inspiration, je suis si impatiente de continuer cette aventure avec vous.

Un remerciement tout particulier aux Goisiens, cette famille de cœur qui a su rendre la colocation si douce et si amusante. Cécile, Mina, Lucie, Marine, Adélie, Anne-Sophie, Alicia, Paul, Nicolas et Aline, vous avez été plus que des colocataires. Merci pour votre bonne humeur, vos rires et les innombrables moments partagés.

A toutes ces personnes merveilleuses que j'ai rencontrées aux cours de ces études :

Tiff', Alexandra, Léa, Margaux, Joséphine, Pauline, Léa D., Léa P., Marie O... et à celles et ceux que je ne cite pas mais qui ont également marqué ce parcours, je vous remercie du fond du cœur. Chacun de vous a contribué à façonner cette expérience, à la rendre unique et mémorable.

Enfin, merci à mon amie de toujours, Marie, pour avoir été une présence constante. Ton soutien, ton amitié et ton humour aiguisé ont été d'une valeur inestimable tout au long de ces années.

TABLE DES MATIERES

Liste des enseignants 2023/2024 – Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers....	3
Remerciements.....	5
I – Introduction.....	8
II - Matériel et méthodes.....	10
II – A) Schéma d'étude.....	10
II – B) Critères d'éligibilité.....	10
II – C) Critères de jugement.....	10
II – D) Analyses statistiques.....	10
II – E) Aspects éthiques.....	11
III – Résultats.....	12
III – A) Caractéristiques de la population.....	12
III – B) Critères de jugement.....	12
III – C) Tableaux.....	13
IV – Discussion.....	15
V – Abstract.....	18
VI – Bibliographie.....	19
VII – Serment d'Hippocrate.....	21

I - INTRODUCTION

Depuis fin 2013, la France connaît une baisse cumulée de 39 000 lits d'hospitalisation complète soit une diminution de 9,4% (1). Cette réduction du nombre de lit est à l'origine du « virage ambulatoire » défini comme un changement de paradigme dans la prestation des soins de santé, mettant l'accent sur la réduction de la durée des séjours hospitalier et en favorisant le traitement des patients en dehors de l'environnement hospitalier (2). Cependant, le nombre de passage aux urgences est en augmentation depuis 1996. En 2020, les structures d'urgences de France ont accueilli 18,1 millions de personnes contre 10,1 millions en 1996 (France Métropolitaine et hors SSA) (2). La résultante est l'encombrement des urgences aussi appelé *overcrowding*, c'est-à-dire une situation durant laquelle le fonctionnement des urgences est compromis en raison d'un nombre excessif de patients attendant pour une consultation, un diagnostic, un traitement, un transfert ou une sortie, excédant les ressources disponibles (3). Pour illustrer l'*overcrowding*, le *No Bed Challenge* organisé par SAMU Urgences de France en 2018, recensait jusqu'à 100 000 patients ayant passé la nuit sur un brancard sur une période d'un an.

Une population particulièrement à risque de l'*overcrowding* et de ses conséquences est la personne âgée. Celle-ci est généralement définie comme un individu qui a atteint un âge avancé, souvent associé à un état de fragilité et à l'existence de comorbidités et de pathologies chroniques. Selon l'Insee, au 1er janvier 2023, 7 millions de personnes ont plus de 75 ans en France, ce qui représente 10% de la population (5). Une étude de la projection des âges a mis en évidence que la part des personnes âgées pourrait atteindre 16% de la population en 2050 soit 11,3 millions de personnes (6). On met également en évidence une augmentation de la population gériatrique aux urgences, selon le DRESS

les patients âgés de 75 ans ou plus représentaient 14-20 % des patients (4). En raison de leur niveau de fragilité, de la présentation souvent atypique des pathologies et de la complexité de l'interdépendance de leurs problèmes médicaux et psychosociaux, cette population est considérée comme étant plus à risque.

Plusieurs études rétrospectives ont démontré que l'*overcrowding* était associé à une augmentation de la mortalité, du temps de passage aux urgences et de la durée d'hospitalisation (7)(8)(9). Une étude récente intitulé « No Bed Night », a également montré qu'une nuit passée aux urgences en attendant une place d'hospitalisation augmente significativement la mortalité des patients de plus de 75 ans, et en particulier celle des plus fragiles.

L'objectif de cette étude a donc été d'étudier l'association entre la nuit passée sur un brancard et la morbi-mortalité des patients de plus de 75 ans aux urgences à une échelle locale.

II - MATERIEL ET METHODES

A) Schéma d'étude

Nous avons conduit une étude de cohorte monocentrique prospective réalisée de décembre 2022 à décembre 2023 au CHU de Poitiers. Elle fait suite à l'étude No Bed Night publié dans le JAMA, étendue localement aux autres mois de l'année.

B) Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion étaient les patients d'au moins 75 ans, présents aux urgences à partir de 8h le 12 ou à partir de 8h le 13 de chaque mois, hospitalisés, ayant passé la totalité de la période (00h à 8h) soit en hospitalisation soit aux urgences sur un brancard.

Les critères de non-inclusion étaient les patients admis entre minuit et 8h, rentrant à domicile ou admis en soins intensif.

Les patients inclus étaient ceux présent du 12 de chaque mois 8h au 14 de chaque mois 8h, ils étaient ensuite séparés en deux groupes : ceux ayant passés la nuit (00h-8h) sur un brancard et ceux ayant passés la nuit en hospitalisation. Les inclusions ont duré 12 mois, de décembre 2022 à novembre 2023.

C) Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la mortalité à 30 jours.

Les critères de jugement secondaire étaient la durée du séjour hospitalier et les complications survenant au cours de l'hospitalisation (infection nosocomial, complication cutanée, événements thrombo-emboliques, IDM, AVC, hypernatrémie, chute, hémorragie).

D) Analyses statistiques

Les variables quantitatives sont présentées sous forme de médiane et d'espace interquartile, les variables qualitatives sous forme d'effectif et de proportion. Les patients

ont été comparé en fonction d'un groupe lit/brancard. Un test du Chi2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives et un test de Mann Whitney Wilcoxon pour comparer les variables quantitatives. Une valeur de $p < 0.05$ a été considéré comme significative. Nous avons anticipé a priori la réalisation d'un modèle multivarié selon une méthode par régression logistique pour estimer l'indépendance des associations entre les covariables et avec le critère de jugement principal, en souhaitant intégrer les variables statistiquement liées ($p < 0.20$), dans la limite d'une variable pour 10 événements. Cependant, les résultats de l'analyse bivariée ne permettant pas d'identifier de covariables potentiels et le nombre événement étant faible, nous avons réalisé une analyse *post-hoc* en forçant un modèle multivarié par régression logistique en intégrant l'âge, le sexe, les antécédents pertinents, la classification diagnostiques, ainsi que la variable lit/brancard.

E) Aspects éthiques

Les données des patients ont été recueillis rétrospectivement et anonymisées. Le consentement des patients n'a pas été requis (RIPH4)

III - RESULTATS

A) Caractéristiques de la population

Au total, 147 patients ont été inclus pour analyse : 109 dans le groupe « lit » et 38 dans le groupe « brancard ». L'âge médian dans la population était de 84 ans dans le sous-groupe « Brancard » et « Hospitalisation » (IQR respectif [79-88,8] et [80-91]). Le pourcentage de femme était de 51% dans le sous-groupe « Hospitalisation » et 45% dans le sous-groupe « Brancard ». Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes.

La durée moyenne de temps passées aux urgences était de 7h09 dans le groupe « lit » et 21h17 dans le groupe « brancard » (tableau 1).

B) Critères de jugement

La mortalité intra-hospitalière était de 10% (11/109) dans le groupe « Nuit en hospitalisation » et 2,6% (1/38) dans le groupe « brancard », aucune différence significative n'a pu être mise en évidence ($p = 0,2$) (tableau 2).

Une analyse multivariée a été réalisée en forçant dans le modèle les caractéristiques liées à la population (l'âge, le sexe, l'insuffisance rénale chronique, l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance cardiaque) et les critères d'hospitalisation (respiratoire, cardiologique, neurologique et abdominale), aucune différence significative n'a été révélée (tableau 3).

Concernant le critère de jugement secondaire, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes sur la survenue des événements indésirables ($p = 0,4$) ou sur la durée de séjour ($p = 0,2$) (tableau 2).

Tableau 1 : Caractéristiques des patients					
	Nuit en hospitalisation		Nuit en brancard		p-value
Caractéristiques des patients		n=109		n=38	
Age : médiane (IQR)	84 (80-91)		84 (79-88,8)		0,5
Sexe féminin (%)	56 (51%)		17 (45%)		0,5
Antécédents		n=108		n=38	
Cardiopathie ischémique (%)	13 (12%)		8 (21%)		0,2
HTA (%)	75 (69%)		23 (61%)		0,3
Diabète (%)	5 (4,6%)		1 (2,6%)		>0,9
Insuffisance respiratoire chronique (%)	6 (5,6%)		2 (5,3%)		>0,9
Insuffisance rénale chronique (%)	10 (9,3%)		8 (21%)		0,082
Insuffisance cardiaque chronique (%)	11 (10%)		7 (18%)		0,2
Tumeur solide sans métastase (%)	37 (34%)		10 (26%)		0,4
AVC	12 (11%)		9 (24%)		0,057
Démence	14 (13%)		5 (13%)		> 0,9
Constantes à l'entrée					
PAS : médiane (IQR)	138 (121-161)	n=107	129 (118-161)	n=38	0,5
FC : médiane (IQR)	80 (67-93)	n=106	82 (73-91)	n=38	0,5
FR : médiane (IQR)	22 (20-26)	n=33	22 (18,5-26,8)	n=10	0,8
SpO2 : médiane (IQR)	96 (94-97,75)	n=106	96 (94,25-97)	n=38	0,9
Température : médiane (IQR)	37,10 (36,3-37,62)	n=104	37,3 (36,73-37,9)	n=38	0,2
Motif d'entrée		n=109		n=38	
Respiratoire	19 (17%)		5 (13%)		0,5
Cardiologique	7 (6,4%)		0 (0%)		0,2
Abdominale	14 (13%)		4 (11%)		>0,9
Neurologique	11 (10%)		7 (18%)		0,2
Temps passé aux urgences : moyenne	07:09:57		21:17:15		< 0,0001

Tableau 2 : Analyse des critères de jugements primaires et secondaires			
	Nuit en hospitalisation (n=109)	Nuit en brancard (n=38)	P-value
Décès intra-hospitalier	11 (10%)	1 (2,6%)	0,2
Complication			0,4
Non	75 (69%)	29 (76%)	
Oui	34 (31%)	9 (24%)	
Infection nosocomiale	14 (13%)	4 (11%)	> 0,9
AVC	0 (0%)	0 (0%)	
IDM	0 (0%)	0 (0%)	
MTEV	2 (1,8%)	2 (5,3%)	0,3
Hémorragie	2 (1,8%)	1 (2,6%)	> 0,9
Escarre	2 (1,8%)	2 (5,3%)	0,3
Chute	7 (6,4%)	1 (2,6%)	0,7
Hypernatrémie	5 (4,6%)	4 (11%)	0,2
Autre	0 (0%)	0 (0%)	
Durée de séjour (jours, IQR)	13 (5-21)	15 (5,25-26)	0,2

Tableau 3 : Analyses multivariées			
Caractéristiques	Log(OR)	95% CI	p-value
Brancard (n=38)	-2	[-5 ; -0,14]	0,082
Age	-0,04	[-0,15 ; 0,07]	0,5
Sexe	-0,73	[-2,2 ; 0,58]	0,3
Insuffisance rénale chronique (n=18)	1,3	[-0,72 ; 3,2]	0,2
HTA (n=98)	0,43	[-1 ; 2,1]	0,6
Diabète compliqué (n=6)	-0,05	[-3,4 ; 2,3]	>0,9
Insuffisance cardiaque (n=18)	0,98	[-0,96 ; 2,8]	0,3
Critères d'hospitalisation			
Respiratoire (n=24)	-0,76	[-2,9 ; 0,86]	0,4
Cardiologique (n=7)	-16		>0,9
Neurologique (n=18)	-0,38	[-3,4 ; 1,5]	0,7
Abdominale (n=18)	-1,3	[-4,5 ; 0,74]	0,3

V - DISCUSSION

Dans notre étude, nous n'avons pas observé de différence de mortalité entre les patients de plus de 75 ans ayant passé la nuit dans un lit d'hospitalisation ou sur un brancard.

Des études ont déjà démontré les effets néfastes de la surpopulation des services d'urgence sur la population générale, et plus particulièrement sur les personnes âgées.

L'augmentation du temps d'attente peut non seulement aggraver leur état de santé en raison d'une qualité de soins diminuée dans un contexte de ressources limitées (10)(11), mais aussi accroître leur anxiété et leur inconfort (12). Par ailleurs, le risque d'erreurs médicales est majoré (13), et est accompagné d'une augmentation des transmissions nosocomiales (14). Ces conséquences mettent en lumière l'importance de mettre en place des stratégies efficaces pour gérer le flux de patients aux urgences et garantir des soins appropriés et en temps opportun pour cette population vulnérable.

Les résultats de notre étude, notamment pour le critère de jugement principal, contrastent avec ceux de l'étude « No Bed Night » dont elle est issue. L'étude No Bed Night est une étude de cohorte multicentrique française qui a mis en évidence une augmentation significative de la mortalité, une durée de séjour prolongée et un risque accru d'effets indésirables chez les patients passant la nuit sur un brancard comparé à ceux hébergés dans une chambre d'hospitalisation (14). Ces différences de résultats peuvent être attribuées à une organisation locale spécifique, caractérisé par plusieurs facteurs clés.

Tout d'abord, la présence d'un gestionnaire de lit efficace joue un rôle crucial dans la gestion des lits disponibles, réduisant ainsi le nombre de patients passant la nuit sur un brancard. De plus, notre établissement dispose de filières de soins bien organisées qui facilitent une orientation rapide et appropriée des patients graves vers les services

spécialisés adéquats. Cette gestion optimisée a probablement permis de minimiser les temps d'attente et de réduire les risques liés à l'immobilisation des patients sur des brancards.

Concernant les critères de jugements secondaires, ils visaient à évaluer la morbidité liée à une nuit passée sur un brancard pour une personne âgée et l'impact sur la durée de séjour. Dans notre étude, ces critères n'ont pas atteint le seuil de significativité requis pour une analyse robuste. Cela pourrait être dû à un biais d'information, car les variables étudiées étaient extraites des dossiers informatiques des patients. Si une information n'était pas consignée par l'équipe soignante, elle ne pouvait pas être collectée.

Les principales limites de cette étude incluent la faible récurrence du facteur étudié, la difficulté d'ajustement pour des facteurs non anticipés et la non prise en compte de la sévérité des patients et de la surpopulation des urgences au moment des inclusions.

Néanmoins, elle présente des points forts tels que la bonne conduite de l'étude avec respect des critères d'inclusion, un schéma d'étude adapté et une réalisation sur une année complète permettant de minimiser l'impact des épidémies saisonnières.

Malgré l'absence de résultats significatifs, ce travail permet de discuter de la nécessité de trouver des solutions pour désengorger les services d'urgences : trois axes d'action sont envisageables en utilisant le modèle « *input, throughput, and output* »(15).

Le premier, non modulable par les services d'urgences eux même, consiste à réduire le nombre de passages aux urgences. Cela peut passer par la création de centres de soins d'urgence indépendants ou par le développement de la téléconsultation. La prévention et l'éducation des patients sont également essentielles : des campagnes de santé publique peuvent sensibiliser à l'utilisation appropriée des services d'urgence et

encourager la population à consulter les médecins généralistes pour les problèmes de santé non urgents(16).

Le deuxième, consiste à optimiser le temps de passage aux urgences, en mettant en place un triage efficace pour orienter rapidement les patients vers des soins appropriés (17), en optimisant la gestion des lits en temps réel grâce à des systèmes informatisés (18)(19). La création de filières de soins et de protocole de soin, en collaboration avec les différents services hospitaliers, permettrait également une prise en charge plus rapide et efficace des patients.

Le dernier point d'amélioration consiste à assurer une solution de sortie pour les patients. L'un des enjeux majeurs est d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation, en augmentant leur nombre et en réduisant les durées de séjour, notamment grâce au *reverse triage* : une méthode consistant à sélectionner, à l'aide de critères objectifs, les patients hospitalisés éligibles à une sortie (18). Le renforcement des soins post-urgence est essentiel et repose sur le développement des soins de suite et de réadaptation, l'augmentation des places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que sur la promotion de la prise en charge à domicile, afin de faciliter l'accueil rapide des patients après leur passage aux urgences (20).

La majorité des solutions proposées nécessite une implication à tous les niveaux : local, régional et national. Le soutien des différentes administrations est indispensable pour coordonner et manager l'ensemble de ces propositions.

V - ABSTRACT

Introduction - Since 2013, France has seen a reduction of 39,000 full hospitalization beds, leading to a shift towards outpatient care and an overload of emergency services. This phenomenon, known as "overcrowding," particularly affects elderly individuals, who are more vulnerable due to their frailty and comorbidities. This study examines the association between spending a night on a stretcher and the morbidity and mortality of patients over 75 years old in the emergency department.

Methods - A prospective single-center cohort study was conducted at Poitiers University Hospital from December 2022 to December 2023. The included patients were 75 years or older and were hospitalized after visiting the emergency department, where they spent a night either on a stretcher or in a hospital bed. The primary outcome was 30-day mortality, while secondary outcomes included the length of hospital stay and the occurrence of complications.

Results - A total of 147 patients were included, with 109 in the "bed" group and 38 in the "stretcher" group. The median age was 84 years. No significant difference was observed between the groups in terms of in-hospital mortality (10% for those hospitalized versus 2.6% for those on stretchers, $p = 0.2$) or the occurrence of adverse events ($p = 0.4$) or the length of stay ($p = 0.2$). Multivariate analysis did not reveal a significant association between the type of overnight care and mortality.

Conclusion - The results of our study do not show a significant difference in mortality related to spending a night on a stretcher.

VI - BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2022. Paris: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES); 2023. 1289 p. Disponible sur: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>
2. DREES. Vue d'ensemble des hôpitaux 2022. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2022. 50 p.
3. Lindner G, Woitok BK. Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wien Klin Wochenschr.* 2021;133(5-6):229-33.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les personnes âgées aux urgences, une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Paris: DREES; 2022.
5. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Bilan démographique 2022. Paris: INSEE; 2022.
6. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Pyramide des âges de la France en 2050 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5896897/pyramide.htm#!y=2050&a=20,75&g&c=0>
7. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J.* 2022;39(3):168-73.
8. Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality. *Acad Emerg Med.* 2011;18(12):1324-9.
9. 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.* 2013;61(6):605-611.e6.
10. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, Schull M. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med.* 2009;16(1):1-10. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x.
11. Pines JM, Batt RJ, Hilton JA, Terwiesch C. The financial consequences of lost demand and reducing boarding in hospital emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2011;58(3):331-40. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.03.004.

12. Hwang U, Richardson LD, Livote E, Harris B, Spencer N, Morrison RS. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Acad Emerg Med*. 2008;15(12):1248-55. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00282.x.
13. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med*. 2010;28(3):304-9. doi: 10.1016/j.ajem.2008.12.014.
14. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*. 2023;183(12):1378-85. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.5961.
15. Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Bavestrello Piccini G, Longhitano Y, Zanza C, Piccioni A, Esposito C, Ricevuti G, Bressan MA. Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med*. 2022;12(2):279. doi: 10.3390/jpm12020279. PMID: 35207769; PMCID: PMC8877301.
16. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, Stoelwinder JU, Cooke MW, McNeil JJ. Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. *Emerg Med J*. 2011;28(5):373-7. doi: 10.1136/emj.2010.099226. Epub 2010 Oct 20. PMID: 20961936.
17. Wiler JL, Gentle C, Halfpenny JM, Heins A, Mehrotra A, Mikhail MG, Fite D. Optimizing emergency department front-end operations. *Ann Emerg Med*. 2010;55(2):142-160.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.05.021. Epub 2009 Jun 25. PMID: 19556030.
18. Lovett PB, Illg ML, Sweeney BE. A Successful Model for a Comprehensive Patient Flow Management Center at an Academic Health System. *Am J Med Qual*. 2016;31(3):246-55. doi: 10.1177/1062860614564618. Epub 2014 Dec 30. PMID: 25550446.
19. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13(8). doi: 10.1371/journal.pone.0203316. PMID: 30161242; PMCID: PMC6117060.
20. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, Gonçalves-Bradley DC. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9(9). doi: 10.1002/14651858.CD007491.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;3. PMID: 27583824; PMCID: PMC6457791.

VII - SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !