

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Arthur LAVIGNAC

le 24 Juin 2025

**Évaluation du recours à l'UHCD chez les patients âgés
admis en structure d'urgence : comparaison entre la
semaine et le week-end**

Directeur de thèse : Dr Xavier DUBUCS

JURY

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER

Présidente

Madame le Professeur Charles-Henri HOUZE CERFON

Assesseur

Madame le Docteur Laurence MORENO

Assesseure

Monsieur le Docteur Xavier DUBUCS

Suppléant

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2024-2025

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LARRUE Vincent
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. AVET-LOISEAU Hervé	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEVADE Thierry
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CANTAGREL Alain	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CHOLLET François	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUSSEAU Hervé
Professeur Honoraire	M. DIDIER Alain	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. SALLES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOMMUN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SENARD Jean-Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	Mme TAUBER Marie-Thérèse
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Professeurs Emérites

Professeur Emérite	M. BUJAN Louis
Professeur Emérite	M. CARON Philippe
Professeur Emérite	M. CHAP Hugues
Professeur Emérite	M. CLANET Michel
Professeur Emérite	M. DIDIER Alain
Professeur Emérite	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Emérite	M. LANG Thierry
Professeur Emérite	M. LAROCHE Michel
Professeur Emérite	M. LAUQUE Dominique
Professeur Emérite	M. LEVADE Thierry
Professeur Emérite	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Emérite	M. MARCHOU Bruno
Professeur Emérite	M. MESTHE Pierre
Professeur Emérite	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Emérite	M. PARINI Angelo
Professeur Emérite	M. PERRET Bertrand
Professeur Emérite	M. ROQUES LATRILLE Christian
Professeur Emérite	M. SERRE Guy
Professeur Emérite	M. SIZUN Jacques
Professeur Emérite	Mme TAUBER Marie-Thérèse
Professeur Emérite	M. VIRENQUE Christian
Professeur Emérite	M. VINEL Jean-Pierre

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

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

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Anesthésiologie Orthopédique
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovasculaire
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick (C.E.)	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
Mme CORRE Jill	Hématologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GEERAERTS Thomas (C.E)	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GUIMBAUD Rosine (C.E)	Cancérologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie	M. YRONDI Antoine	Psychiatrie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LANGLAIS Tristan	Chirurgie infantile
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. RAPOSO Nicolas	Neurologie
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés de Médecine

M. SIBAUD Vincent Dermato. Vénérologie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. GOZE Tudi	Psychiatrie d'adultes
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BAUDOU Eloise	Pédiatrie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	Mme LARGEAUD Laetitia	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme LEGRAND - ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. COMONT Thibault	Médecine interne	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme DUBUCS Charlotte	Histologie, embryologie et cytogénétique	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme WEYL Ariane	Anatomie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOLAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés de Médecine Générale

M. CHABARDES Arnaud
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
Mme FRAY Isabelle
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian
M. VERGES Yohann

Remerciements

Au Professeur Sandrine Charpentier, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et pour vos engagements au cours de mon internat, mes remerciements respectueux.

Au Professeur Charles-Henri Houzé-Cerfon, pour avoir accepté de faire partie du jury de thèse et pour votre implication dans notre formation, mes remerciements respectueux.

Au Docteur Laurence Moreno, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et pour ces gardes à Rangueil à tes côtés qui sont toujours très agréables et formatrices, mes sincères remerciements.

Au Docteur Xavier Dubucs, pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse, m'avoir si bien encadré et guidé pour la réalisation de ce manuscrit, ma plus profonde gratitude. Ta bienveillance et la patience dont tu as fait preuve à mon égard m'auront encouragé dans ce travail.

À l'équipe des urgences de Toulouse, merci pour tous ceux qui prennent le temps de nous y enseigner une médecine aussi intense que passionnante. Merci pour ces belles rencontres au milieu du flux incessant.

À l'équipe des urgences et du bloc de Lourdes, merci de m'avoir fait découvrir le métier d'urgentiste autrement et de m'avoir si bien encadré pendant ces 6 mois.

À l'équipe de Gériatrie de Castres, merci pour ce semestre qui fut une entrée parfaite dans l'internat.

À Théo, Delph, Lisa, Alice et toute la promo DESMU, merci pour ces trois années d'internat, les moments fun comme les plus durs, hâte de traverser le docteur junior avec vous.

À Evan, Hono et Marie, merci de me supporter depuis ce premier semestre mémorable, de me faire sortir malgré mes esquives et de nous suivre dans nos « exploits » sportifs.

À mes grands-parents, merci de m'avoir transmis l'envie d'apprendre et de découvrir le monde et de m'avoir chouchouté chaque été, je garderai toujours avec moi ces souvenirs d'enfance.

À mes parents, merci pour tous les sacrifices que vous avez faits pour mes études. Merci Maman de m'avoir transmis l'envie de soigner les gens, j'espère que tu continueras d'être fière de moi. Papa, je ne te remercierai jamais assez de m'avoir partagé ta passion du sport, l'école de la vie, et d'avoir tant donné pour ma réussite. Je vous aime.

Claire, merci de m'avoir pris comme jeune *padawan* et de m'avoir guidé dans cette voie (même malgré tes efforts pour m'en dissuader) , merci pour tous tes conseils, ton aide précieuse et tous les *tips* en or que tu m'as donnés. Je resterai toujours ton petit frère et ton plus grand admirateur.

Elise, il n'y a pas de mots assez forts pour te remercier de ton soutien sans faille mais sache que si j'en suis arrivé là c'est grâce à toi, à ton amour, et la force ta détermination qui m'a tant inspiré. Je suis si fier d'être à tes côtés depuis ces 10 ans et je n'imagine pas passer le reste de ma vie sans toi. Merci de tout ce que tu as fait pour moi et de m'avoir prouvé qu'aucune montagne n'est assez grande pour nous séparer. Je t'aime.

Table des matières

Remerciements.....	7
Abréviations	10
I - Introduction	11
A. Les enjeux de la personne âgée en SU	11
B. Qu'est-ce que l'UHCD et pourquoi l'étudier ?	12
C. Le Week-end une période d'aggravation des tensions ?	13
II – Matériel et méthode	14
A. Critères d'inclusion	14
B. Critères d'exclusion.....	14
C. Objectif Principal	14
D. Objectif Secondaire	14
E. Critère de jugement principal	15
F. Critère de jugement secondaire	15
G. Variables d'intérêt.....	16
1. Score de Triage des patients.....	16
2. Secteur d'accueil	16
3. Groupes de pathologie.....	16
4. Service d'aval	17
H. Recueil des données	17
I. Analyses statistiques.....	18
III – Résultats.....	19
A. Caractéristiques de la population	19
B. Incidence de l'hospitalisation	23
C. Hospitalisation après UHCD	24
D. Durée de Passage à l'UHCD	24
E. Durée de Passage en SU avant l'UHCD	25
IV – Discussion.....	25
A. L'impact du Week-end sur l'incidence d'admission à l'UHCD.....	25
C. Le recours à l'admission à l'UHCD.....	27
D. L'augmentation des durées de séjour	27
E. Limites.....	28
V- Conclusion.....	Erreur ! Signet non défini.

VI - Bibliographie	30
VII – Annexes :	34
Annexe1. Incidence de l’Hospitalisation selon l’entrée en SU le Week-end ou la semaine	34
Annexe 2. Statut d’hospitalisation en fonction du jour d’entrée au SU	34
Annexe 3. Tableau des orientation hospitalières en fonction du passage à l’UHCD et de la temporalité dans la semaine	35

Abréviations

AMCT : Accueil Médico-chirurgical et Traumatique

AMT : Accueil Médico-traumatique

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CMCT : Consultation Médico-chirurgicale et Traumatique

DM : Données Manquantes

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

ORL : Otorhinolaryngologie

PUG : Post Urgences Gériatriques

PUM : Post Urgences Médicales

RAD : Retour à Domicile

SAUV : Salle d’Accueil des Urgences Vitales

SU : Service d’Urgence

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD : Unité d’Hospitalisation de Courte Durée

UA : Unité Ambulatoire

USC : Unités de soins Continus

I - Introduction

Actuellement les structures d'urgences (SU) en France, rencontrent une problématique de forte hausse de fréquentation, enregistrant une augmentation de plus de 13% du nombre de passages annuels en 10 ans selon les résultats de l'Enquête Urgences de 2023 de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). A ceci s'ajoute un vieillissement global de la population avec une augmentation en proportion des personnes âgées en SU en France comme à l'international (1).

A. Les enjeux de la personne âgée en SU

Les personnes âgées, ici définies comme les patients de plus de 75 ans, sont une population particulière des SU, elles sont souvent plus comorbides, ont des pathologies plus graves et nécessitent des prises en charges plus complexes (2), (3). Les personnes âgées ont un taux de réadmissions plus élevé (4). Leur passage aux SU peut entraîner des pertes d'autonomie majeures, et entraînant chez les personnes âgées les plus fragiles un mode d'entrée dans la dépendance.

Elles représentent une part importante des hospitalisations totales à partir des SU avec un taux d'hospitalisation pour les personnes âgées de 40% dans les pays occidentaux et jusqu'à 49% en 2023 en France selon La Fédération des Observatoires Régionaux des urgences (FEDORU)(5).

L'effet de la surfréquentation notamment chez les personnes âgées a été récemment étudiée en SU. Elle serait associée à une hausse de la mortalité (6), une étude rétrospective multicentrique de plus de 600 000 patients montrait en 2014 une association entre la mortalité et le taux d'occupation des SU : l'augmentation de 10% du taux d'occupation entraînait une augmentation de 3% de la mortalité (7). La surfréquentation semblerait être responsable d'une augmentation du temps d'attente avant prise en charge, les patients âgés seraient pour 64% vus après un temps d'attente dépassant le temps cible recommandé à leur catégorie de triage et donc de la durée de passage en SU (8). Elle occasionnerait des coûts matériels et monétaires supplémentaires (9).

La durée des passages en SU est une variable importante à prendre en compte, une étude avait montré une augmentation des risques d'évènements indésirables aux patients de 3% pour toute heure passée en SU (soit un Odd Ratio à 1,03, 95% avec intervalle de confiance de 1,004 à

1.05) (10). Une étude avait mis en avant un lien entre l'augmentation des durées de séjour et la survenue d'un état de confusion, une pathologie courante chez les personnes âgées, en effet elle était multipliée par deux suite à un passage en SU de plus de 10 heures (Odd ratio de 2,23, IC 1,13 – 4,41) (11). La durée de passage est en lien avec un accroissement de la mortalité intrahospitalière de 1,5 % avec l'allongement du temps de passage (12). La relation entre la durée de passage en SU et la surfréquentation est étroite, et elles ont été mises en lien avec la population vieillissante et des délais grandissants d'hospitalisation depuis les SU (13), (14).

Si l'on se focalise sur la durée du boarding (défini comme le temps d'attente en SU d'un lit d'hospitalisation, après la fin de la prise en charge), les études rétrospectives associent une augmentation du boarding à celle du temps d'attente et de la mortalité intrahospitalière (15). Une étude française récemment publiée a comparé la mortalité des patients âgés de plus de 75ans qui passaient une nuit sur un brancard avant hospitalisation et ceux hospitalisés le soir même suivant leur admission en SU. Les résultats retrouvaient un taux de mortalité de 15,7% pour les patients restés en SU contre 11% pour le groupe hospitalisation (Risque Relatif ajusté de 1.39 ; IC 95%, 1,07-1,81), montrant une augmentation non seulement de la mortalité, mais aussi de la durée de séjour et des effets indésirables, lorsque les patients passaient la nuit en SU (16). L'enjeu de l'hospitalisation et du délai de celle-ci est donc majeur chez les personnes âgées.

B. Qu'est-ce que l'UHCD et pourquoi l'étudier ?

Les services d'Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) sont obligatoires depuis 2006 dans toute SU, ces unités sont définies dans le guide de bonnes pratiques de 2024 (17) comme « une unité d'observation, de surveillance et de mise en adéquation entre diagnostic, gravité et parcours de soins ». Ce sont des services dépendants des SU permettant une surveillance, une prolongation des actes et examens diagnostiques afin d'optimiser la prise en charge des patients admis en SU. Lors de leur mise en place dans les années 2000, une durée de prise en charge de moins de 24 heures avait été retenue dans les recommandations comme critères d'indication à l'hospitalisation à l'UHCD (18). Ces services d'UHCD sont adjacents aux secteurs des SU, ils peuvent accueillir des patients dont l'état clinique n'est pas compatible avec un retour au domicile ou bien en attendant une place d'hospitalisation si celle-ci n'est pas disponible de suite afin d'améliorer le flux sortant des SU. En 2022 en Occitanie, les patients âgés représentaient 19,6% des hospitalisations à l'UHCD selon les données de L'Observatoire Régionaux des Urgences Occitanie (19). Ces données étaient similaires dans les pays Anglo-saxons et européens, ils représentaient entre 17% et 26,5% des passages dans les unités de courtes durées

(20). Les données de la FEDORU en 2023 montraient un taux grandissant de séjours à l'UHCD pour les plus de 75 ans, avec un gain de 2,4% en nombre de passage sur 5 ans, et ce de manière plus importante que le nombre d'hospitalisation directe depuis les secteurs des SU (21).

Peu d'études françaises portent sur l'efficacité de ces unités, mais à l'étranger, notamment aux Etats-Unis, où ces unités se sont démocratisées (22), de nombreuses études ont été menées. Ces unités d'observations (*Short-stay units* et *observations units* qui sont des équivalents de l'UHCD en France) apportent un bénéfice certain sur la réduction du nombre d'hospitalisation en service hospitalier, du taux de réadmission des patients, de la réduction des coûts (20) (23), et surtout ont un rôle important sur la réduction de la surfréquentation des SU (24). Leur bénéfice est donc majeur pour les patients et le staff médical. Certains auteurs ont toutefois voulu tempérer cet engouement en présentant l'UHCD comme une solution pour repousser la décision médicale de non hospitalisation (25). Ceci reste marginal et la littérature concernant un possible abus de la part des médecins urgentistes de ces unités est pauvre.

C. Le Week-end une période d'aggravation des tensions ?

Dans la littérature certains auteurs décrivent une mortalité plus importante chez les patients hospitalisés depuis les SU le week-end, ainsi que chez les patients admis en soins intensifs à l'international (26). Concernant les pathologies chirurgicales, elles sont aussi concernées par un allongement des durées de séjour et une surmortalité le week-end.

Ceci est décrit comme « *The Weekend Effect* », ou effet week-end, qui est défini comme une augmentation de la morbi-mortalité des patients admis le week-end (27). Un phénomène qui pour certains est plutôt lié à des facteurs intrinsèques aux patients, par exemple la gravité plus importante de leur pathologie (28) le week-end qu'à un défaut des soins urgents dans les services sur ces périodes (29). La question de l'importance de la présence des spécialistes est légitime et a été également étudiée, mettant en avant par exemple une augmentation du temps d'attente des procédures d'urgence tels que les revascularisations cardiovasculaires et les fibroscopies (30).

Concernant les SU, on retiendra de plus grandes difficultés d'hospitalisation des patients qui sont admis les week-ends. Si l'on reprend l'étude de Stiell *and al* (31), il y est mis en évidence une diminution de moitié des sorties depuis les services hospitaliers conduisant à une majoration de la surfréquentation des SU et ce jusqu'aux jours suivant le week-end. Cette diminution des sorties est largement étudiée (32), elle est mise en étroite relation avec une diminution de la présence médicale le week-end (33).

En France, ceci semble cohérent avec les données d'hospitalisations générales fournies par l'Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en 2018, sans pour autant en expliquer les causes. On y trouve une différence de la prévalence des hospitalisations en service traditionnel depuis les SU, allant jusqu'à 22% en semaine contre 19% le week-end. Peu de données sont disponibles en France et à l'international quant aux hospitalisations réalisées le week-end à l'UHCD.

Il paraît donc intéressant de se pencher en détail sur le recours à l'UHCD. Nous avançons l'hypothèse que le recours à l'UHCD est plus important le week-end par rapport à la semaine. L'objectif de cette étude était d'analyser le recours à l'UHCD chez les patients âgés selon le jour d'admission en SU (jour de semaine versus week-end).

II – Matériel et méthode

Cette étude était observationnelle, rétrospective descriptive, monocentrique, réalisée entre le 01 septembre 2023 et le 31 août 2024 sur la SU du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Toulouse.

A. Critères d'inclusion

La population d'étude incluait les patients âgés de plus de 75 ans, admis sur la SU du CHU de Toulouse, comprenant le site de Rangueil et de Purpan.

B. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients ayant été réorientés avant de voir un médecin, les patients dont le lieu d'accueil était un lieu autre que les secteurs d'accueil des SU adultes comme par exemple : les urgences psychiatriques ou une entrée directe à l'UHCD, et encore les patients dont les données manquantes portaient sur le lieu d'accueil ou si les données manquantes étaient trop nombreuses.

C. Objectif Principal

L'objectif principal était d'étudier l'incidence du recours à l'UHCD et de la comparer entre la période de la semaine et du week-end.

D. Objectif Secondaire

Les objectifs secondaires consistaient en l'étude des Durées de Séjour à l'UHCD et en la description des différents lieux de sorties des patients après leur passage à l'UHCD.

E. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'admission à l'UHCD. Le recours à l'UHCD correspondait à une sortie des secteurs des SU directement vers l'UHCD.

Les UHCD étaient différents notamment des Unités d'aval des SU, appelées au CHU de Toulouse le Post-Urgences Gériatriques (PUG) et le Post-Urgences Médicales (PUM).

La SU du CHU de Toulouse était divisée en deux sites distincts, le site de Purpan, qui du fait de la séparation des spécialités regroupait préférentiellement des pathologies neurologiques, traumatologiques, gériatriques et psychiatriques. Il comptait un nombre de passage par an plus important. Le site de Rangueil est quant à lui destiné à accueillir les pathologies cardiovasculaires, digestives (gastro-entérologie et chirurgie digestive) et pulmonaires. Les deux hôpitaux sont munis d'un PUG.

Il est important de préciser un aspect particulier des UHCD des SU du CHU de Toulouse, deux zones distinctes sont identifiées. A Purpan, une partie est nommée « UTOX » raccourci pour unité de Toxicologie, réservée aux patients dont la pathologie relève d'une intoxication aiguë médicamenteuse. A Rangueil, des lits scopés sont réservés à des surveillances très courte durée des patients consultant pour des douleurs thoraciques, ils sont identifiés comme lit d'unité de douleur thoracique (UDT). L'extraction des données étant réalisée à partir du dossier informatique, et la cotation UTOX/UDT en conclusion n'existant pas, il n'avait pas été possible de différencier ces passages des admissions UHCD classiques.

F. Critère de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaire étaient l'admission en service et la durée médiane de séjour. Pour les hospitalisations en service, nous avons différencié l'hospitalisation directe et l'hospitalisation après passage à l'UHCD.

Concernant les temps de passage, ils ont été définis à partir des dates et heures d'arrivée des patients, extraites lors du moment d'enregistrement des patients au SU. Les durées de séjour ont été définies entre l'enregistrement du patient et la clôture informatique du dossier patient. Les temps de passage dans les secteurs des SU, celui de l'UHCD et le temps de passage total dans la SU ont pu être individualisés.

G. Variables d'intérêt

1. Score de Triage des patients

La classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) est un score permettant de trier les patients selon leur gravité initiale lors de leur présentation en SU, permettant une orientation optimale dans les différents secteurs d'accueil de la SU. Elle est répartie en 5 catégories, allant du niveau 1 regroupant des patients devant être vus immédiatement par un médecin jusqu'au niveau 5, des patients non urgents devant théoriquement être vus dans les 240 minutes suivant le triage. Au cours de la période de recueil des données, elle a été remplacée par l'échelle FRENCH (FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital) introduisant un niveau de tri 3A et 3B. Afin d'harmoniser le recueil des données, les patients ont été regroupés comme les 5 catégories de la CIMU.

2. Secteur d'accueil

Les secteurs d'accueil étaient répartis en 3 différents types de secteur :

- Les services d'accueil des urgences vitales (SAUV), accueillant les patients les plus graves
- Les secteurs longs ou couchés dans lesquels ont été admis des patients nécessitant des examens paracliniques et des soins chronophages. Ils étaient répartis en un secteur d'Accueil Médico-traumatique (AMT) à Purpan et un secteur d'Accueil Médico-chirurgical et Traumatique (AMCT) à Rangueil.
- Les secteurs courts l'Unité Ambulatoire (UA) sur Purpan et la Consultation Médico-chirurgicale et Traumatique (CMCT) sur Rangueil, accueillant les patients aux motifs de consultations moins graves.

Pour harmoniser les analyses, les secteurs courts ont été regroupés en un seul groupe de patient et de même pour les secteurs longs.

3. Groupes de pathologie

Les patients sortant des SU avaient un diagnostic final rentré dans la conclusion de leur dossier, ces diagnostics ont ensuite été répartis en catégories de pathologie afin de simplifier les analyses. Ces catégories comprenaient : Neurologie, Infectiologie, Cardio-Vasculaire, Pneumologie, Traumatologie, Gastro-Entérologie, Otorhinolaryngologie, Néphrologie, Urologie. Les pathologies chirurgicales digestives, gynécologique et cardio-vasculaire ont été regroupées dans un seul et même groupe (Chirurgie). Les diagnostics qui relevaient de

l'hématologie ont été associés au groupe Oncologie. Les diagnostics relevant d'un problème socio-économique ont été regroupés dans une catégorie propre. Le reste des diagnostics ont été regroupé dans Autres.

4. Service d'aval

Les différents services de sorties, services hospitaliers de médecine et de chirurgie ont été renseignés service par service puis ont été regroupés en 5 catégories permettant de meilleures analyses. Ces catégories sont :

- Spécialité médicale : regroupe les services de spécialités d'organes non chirurgicales (par exemple cardiologie, pneumologie, oncologie...)
- Spécialité Chirurgicale : regroupe les services de chirurgie, ainsi que la gynécologie, l'urologie et l'otorhinolaryngologie (ORL)
- Réanimation ; regroupe les Réanimations et Unités de soins continues (USC) polyvalentes (les USC de spécialités sont incluses dans la première catégorie)
- Gériatrie : regroupe les PUG et PUM, l'onco-gériatrie et la cardio-gériatrie
- Cliniques privées et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

H. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des Dossier Orbis des patients, anonymisées et rentrées dans une base de données EXCEL.

Les données recueillies portaient sur : le sexe, l'âge des patients, leur service d'accueil réparti entre Purpan et Rangueil, le secteur d'accueil, le statut d'hospitalisation et le statut UHCD. Le Statut des patients était extrait des dossiers, classés en hospitalisés ou non, et les services d'aval ont été définis à partir du commentaire de sortie.

La service de sortie ou le retour à domicile (RAD) ont été tirés de la cotation et des commentaires sur la précision du devenir dans les conclusions du dossier des urgences

La période de définition du week-end s'étendait du vendredi soir à l'heure à laquelle débute la garde, soit 18 heures dans la SU de Toulouse, et se termine le lundi à 7 heures, avant l'arrivée de l'équipe de 8h. La période de la semaine était définie du lundi 8 heures au vendredi 18 heures.

I. Analyses statistiques

Les statistiques descriptives ont été utilisées pour examiner les caractéristiques des patients et des passages en SU et à l'UHCD. Les variables quantitatives ont été analysées par des médianes et des quartiles et par leur moyenne et écart-type quand elles suivent une loi normale. Les variables qualitatives ont été présentées en proportions.

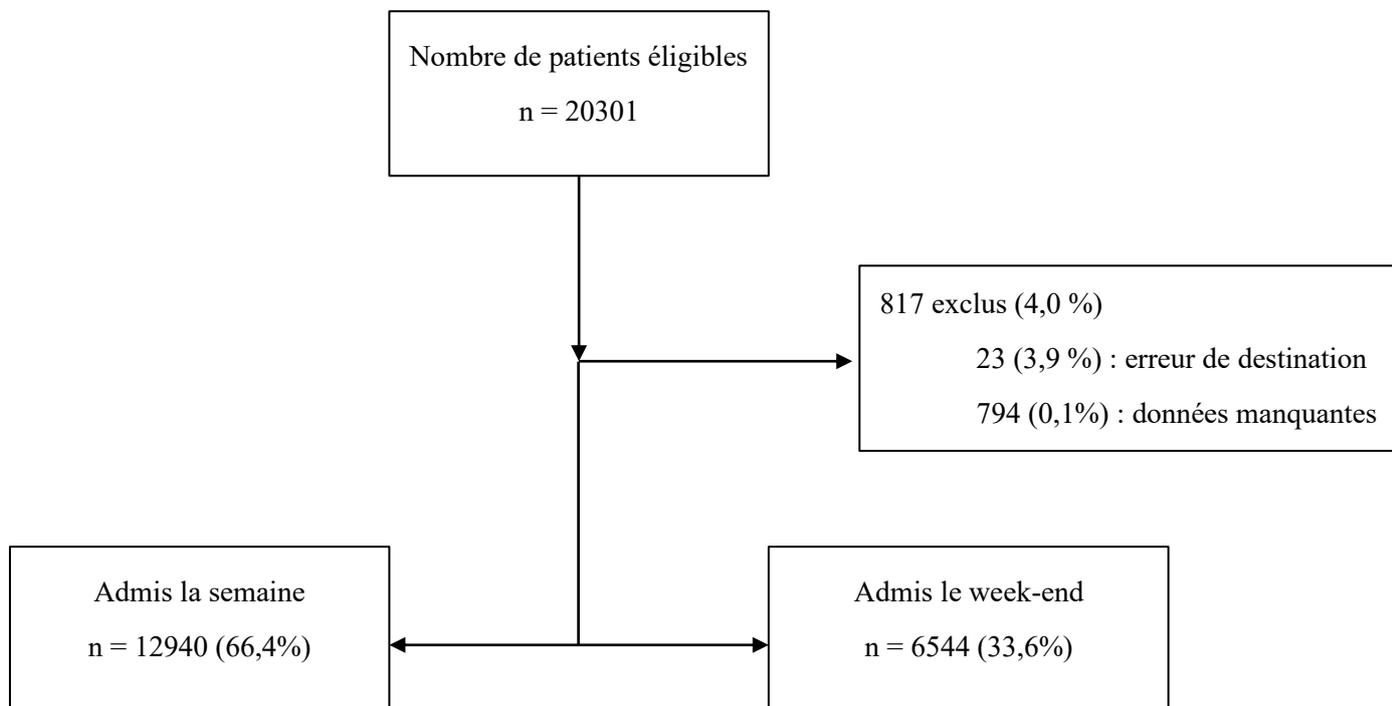
Une analyse bivariée a été utilisée pour comparer les variables selon le jour d'admission en SU (semaine ou week-end). En analyse bivariée les variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test T de Student non apparié ou du test U de Mann-Whitney en fonction de la distribution des données. Les variables nominales ont été comparées à l'aide du Chi 2 ou du test exact de Fisher. La signification statistique était établie à $p < 0,05$.

Les analyses statistiques ont été réalisées via le Logiciel Microsoft EXCEL version 16.0.18623.20208.

Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel GraphPad Prism version 8.

III – Résultats

Figure 1. Flowchart des patients



A. Caractéristiques de la population

Un total de 20301 patients, âgés de plus de 75 ans a été admis dans la SU du CHU de Toulouse, entre le 01 septembre 2023 et le 31 août 2024. La Figure 1 montre le Flowchart de l'inclusion des patients. Le nombre de patients inclus pour l'analyse était de 19484. Le taux de données manquantes a été précisé dans les analyses statistiques.

Les caractéristiques de la population d'étude ont été regroupées dans le Tableau 1. L'âge médian était de 85 ans (IQ1 = 79 ; IQ3 = 90).

Tableau 1. Caractéristiques de la population d'étude

		Nombre (n= 19484)	%
Sexe	Homme	8578	44,0
	Femme	10906	56,0
Site d'accueil	Purpan	10025	51,4
	Rangueil	9459	48,6
Secteur d'accueil	SAUV	1541	7,9
	AMT/AMCT	15901	81,6
	UA/CMCT	1912	9,8
	NC	130	0,7
Jour Admission	Lundi	2819	14,5
	Mardi	2848	14,6
	Mercredi	2708	13,9
	Jeudi	2776	14,3
	Vendredi	2945	15,1
	Samedi	2868	14,7
	Dimanche	2520	12,9
Admission SU	week-end	12940	66,4
	Semaine	6544	33,6
Hospitalisations	Non	11619	59,6
	NC	652	3,4
	Oui	7213	37,0
Passage UHCD	Non	14578	74,8
	Oui	4906	25,2
Pathologie	Traumatologie	3772	19,4
	Neurologie	3374	17,3
	Cardio-vasculaire	3139	16,1
	Pneumologie	2807	14,4
	Gastro-entérologie	1344	6,9
	Urologie	1217	6,3
	Gérontologie	1207	6,2
	Infectiologie	975	5,0
	Néphrologie	615	3,2
	Pathologie Chirurgicale	515	2,6
	Autres	212	1,1
	Oncologie	181	0,9
	ORL	55	0,3
	Problèmes sociaux	41	0,2
	NC	30	0,2
	CIMU	1	247
2		2372	12,1
3		13917	72,3
4		2214	11,3
5		126	0,6
NC		655	3,4

Tableau 1bis. Caractéristiques de la population d'étude

Variables continues		
Age (années)		
Moyenne (Ecart type)	84,8 (6,5)	
Durée de passage (minutes)	Totale	Urgences
Médiane (Q1 ; Q3)	505 (307 ; 1039)	408 (264 ; 619)

Les motifs majoritaires de consultation étaient la traumatologie, la neurologie, les pathologies cardio-vasculaires, et la pneumologie. Les motifs de consultation gériatriques représentaient 6,2 % des patients. Les patients étaient classés dans la catégorie CIMU 3 dans 72,3 % des cas. Seul 13,4 % des patients étaient classés de niveau 1 ou 2 représentant les urgences immédiates. Les patients sont admis à 81,6 % sur les secteurs longs, et 8,0 % sur le SAUV. Ils étaient équitablement répartis entre les sites de Ranguel et Purpan.

Concernant le jour d'admission, on notait une légère baisse des entrées en SU le dimanche, avec 12,9% du total des patients, contre plus de 14% pour la majorité des jours, le vendredi était le plus chargé avec 15% des passages totaux.

La durée de séjour en SU était en moyenne de 497 minutes (ET : 368), soit 8h 20 minutes. La durée médiane du séjour à l'UCHD des patients qui y ont été admis est de 969 minutes (IQ1 = 621 ; IQ3 = 1428).

L'incidence d'hospitalisation était de 37,0 % des patients admis sur cette période de 12 mois.

Le Tableau 2 montre les caractéristiques des patients répartis en 2 groupes, ceux passés en SU la semaine et ceux passés le week-end. Le sexe, l'âge et la classification CIMU étaient identiques. Les pathologies cardiovasculaires étaient plus élevées de 2% la semaine, et inversement les pathologies pulmonaires étaient plus élevées de 2% le week-end. En nombre absolu les patients ont été vus en majorité la semaine, 12940 contre 6544 le week-end.

Tableau 2. Comparaison des caractéristiques des patients admis le week-end et la semaine

Variable	Nombre (%)		p-value
	Semaine	week-end	
Total	12940	6544	
Sexe			0,77
Homme	5707(44,1)	2871 (43,9)	
Femme	7233 (55,9)	3673 (56,1)	
Site et secteur accueil			0,20
Purpan	6729 (52,0)	3296(50,4)	
Rangueil	6211 (48,0)	3248 (49,6)	
SAUV	1004 (7,8)	537 (8,2)	
AMT/AMCT	10575 (81,7)	5326 (81,4)	
UA/CMCT	1261 (9,7)	650 (9,9)	
NC	100 (0,8)	30 (0,5)	
Pathologie			<0,001
Traumatologie	2481 (19,2)	1291 (19,7)	
Neurologie	2212 (17,1)	1161 (17,8)	
Cardio-vasculaire	2187 (16,9)	952 (14,5)	
Pneumologie	1795 (13,9)	1012 (15,5)	
Gastro-entérologie	891 (6,9)	453 (6,9)	
Gérontologie	836 (6,5)	371 (5,7)	
Urologie	788 (6,1)	429 (6,6)	
Infectiologie	629 (4,9)	346 (5,3)	
Néphrologie	434 (3,4)	181 (2,8)	
Pathologie Chirurgicale	337 (2,6)	178 (2,7)	
Autres	132 (1,0)	79 (1,2)	
Oncologie	128 (1,0)	53 (0,8)	
Otorhinolaryngologie	40 (0,3)	15 (0,2)	
Problèmes sociaux	26 (0,2)	15 (0,2)	
NC	24 (0,2)	6 (0,1)	
Ophtalmologie	0 (0)	1 (0)	
CIMU			0,43
1	157 (1,2)	90 (1,4)	
2	1571 (12,1)	798 (12,2)	
3	9215 (71,2)	4682 (71,5)	
4	1479 (11,4)	720 (11,0)	
5	90 (0,7)	34 (0,5)	
NC	428 (3,3)	220 (3,4)	

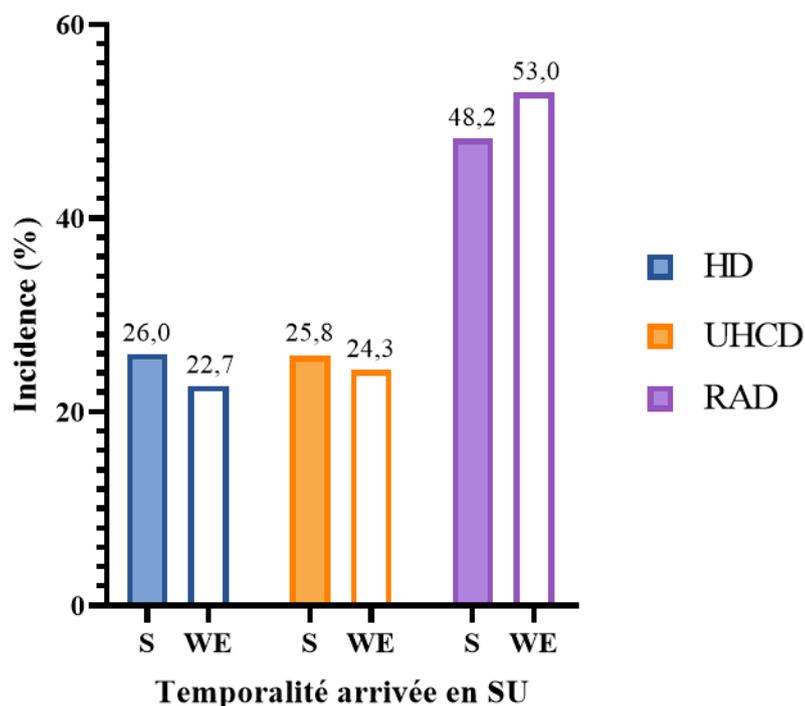
Tableau 2bis : Comparaison des caractéristiques des patients admis le week-end et la semaine : variables continues

	Semaine	Week-end	p-value
Age (années)			
Médiane (Q1: Q3)	84 (79 ; 90)	85 (79 ; 90)	0,82
Durée de passage totale (minutes)			
Médiane (Q1: Q3)	412 (268 ; 624)	339 (255 ; 613)	0,04

B. Incidence de l'hospitalisation

L'incidence de l'admission à l'UHCD est résumée dans la figure 2. Cette incidence était similaire en week-end et en semaine.

Figure 2. Devenirs patients selon la temporalité d'arrivé en Structure d'Urgence.



Légende :

S : Semaine ; week-end : week-end ; UHCD : Unité d'Hospitalisation de courte durée ; HD : Hospitalisation directe ; RAD : Retour à Domicile ; SU: Structure d'Urgence

Si l'on compare l'incidence d'hospitalisation finale, c'est-à-dire en combinant les patients hospitalisés directement depuis les secteurs de la SU et ceux hospitalisés après passage à l'UHCD, l'étude montrait une différence de 6,8% entre le week-end : 2181 patients (34,4%) et la semaine : 5032 patients (40,3%). Les résultats complets sont en Annexe 1. Le taux de données manquantes pour cette analyse était de 3,3%.

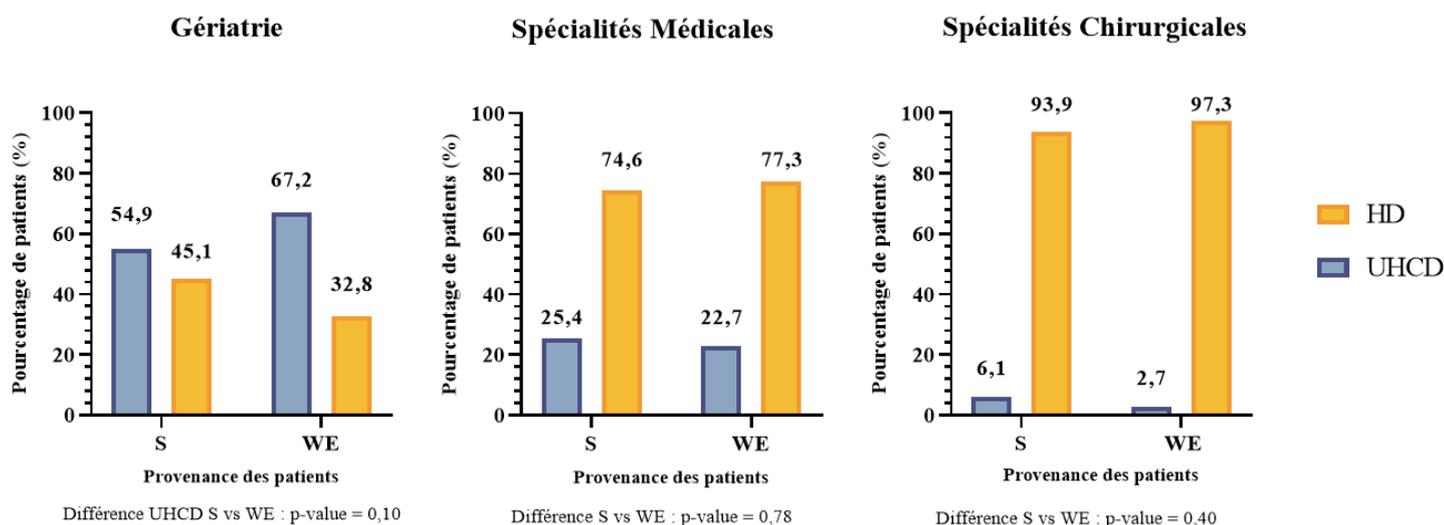
Le nombre d'hospitalisation directe était de 4847 et celui d'admission à l'UHCD était de 4927 et l'incidence entre admission à l'UHCD était comparable à l'incidence d'admission directe pour les patients de plus de 75 ans. Le nombre d'hospitalisation avait été évalué en fonction du jour de passage dans la SU, le dimanche était le jour avec le nombre et la prévalence

d'hospitalisation le plus bas, soit 554 (22,9%) patients, de même pour les admissions à l'UHCD, 583 patients (23,3%). Les résultats complets sont montrés en Annexe 2.

C. Hospitalisation après UHCD

La Figure 3 présente les taux d'admission à l'UHCD avant hospitalisation des patients en service hospitalier. Cette figure montre une proportion plus importante de patient hospitalisés en gériatrie après passage à l'UHCD (54,9% (n = 892) en semaine et 67,2% (n = 382) en week-end) (p-value = 0,1) par rapport aux hospitalisations depuis les secteurs de la SU (45,1% (n = 731) en semaine et 32,8% (n = 731) en week-end). Le taux de décès à l'UHCD était de 6,3% (n = 185) la semaine et de 7,4% (n = 290) le week-end.

Figure 3. Proportion des patients ayant séjourné à l'UHCD selon le service d'hospitalisation et leur jour d'admission en Service d'Urgence.



Légende :

S : Semaine ; week-end : week-end ; UHCD : patient hospitalisé après séjour en Unité d'Hospitalisation de courte durée
 HD : Hospitalisation directe ; RAD : Retour à Domicile

La répartition des différents devenir et services d'hospitalisations après le passage à l'UHCD est fournie en Annexe 3. Les services les plus représentés étaient les services de Post Urgences Gériatriques (901 patients (44,4 %)) ; de Post Urgences Médicales (258 patients (12,7 %)), de Cardiogériatrie (170 (8,4 %)) et de Gériatrie (121 (6,0 %)). Les taux d'incidence étaient similaires le week-end et la semaine pour les services hospitaliers.

D. Durée de Passage à l'UHCD

Sur la période de la semaine, la durée médiane de séjour à l'UCHD était de 927 minutes (IQ1 = 613 ; IQ3 = 1299), soit plus de 15 heures. Le week-end la durée de séjour à l'UHCD était de

1091 minutes (IQ1 = 657 ; IQ3 = 2070) soit 18 heures. Une différence de durée de séjour à l'UHCD de 164 minutes était donc mise en avant, équivalant à 15 % du temps passé en plus à l'UHCD.

La durée de séjour à l'UHCD des patients hospitalisés en service hospitalier par la suite était de 988 minutes la semaine (IQ1 = 695 ; IQ3 = 1328,5) et de 1230 minutes le week-end (IQ1 = 681 ; IQ3 = 2337). Les patients hospitalisés en services hospitaliers après passage à l'UHCD avaient une durée de séjour à l'UHCD qui était plus longue de 242 minutes le week-end.

E. Durée de Passage en SU avant l'UHCD

La durée de séjour en SU avant admission à l'UHCD était de 431 minutes (IQ1 = 276 ; IQ3 = 645) la semaine et de 404 minutes (IQ1 = 262 ; IQ3 = 632,5) le week-end. La durée de séjour en SU des patients qui étaient hospitalisés directement en service hospitalier était de 474 minutes (IQ1 = 313 ; IQ3 = 713) la semaine (n = 3325) et de 461 minutes (IQ1 = 290 ; IQ3 = 690) le week-end (n = 1489). La durée de séjour était plus courte de 27 minutes la semaine et de 57 minutes le week-end pour les patients qui étaient admis à l'UHCD.

IV – Discussion

Dans notre étude, l'incidence globale de l'admission à l'UHCD ne semble pas différente que les patients soient entrés en SU le week-end ou la semaine. En revanche, notre étude montre une augmentation du passage à l'UHCD le week-end pour les patients qui sont hospitalisés en service de gériatrie.

Hospitaliser les patients depuis la SU est un enjeu majeur tant pour le patient lui-même que pour gérer le flux global des SU. L'UHCD est une solution reconnue pour faire face à cette problématique de surpopulation. Chez les personnes âgées les difficultés d'hospitalisation font que cette patientèle est plus à même de rester de manière prolongée en SU (34), les exposants à une iatrogénie et des complications plus importantes que leurs cadets (10) et la France n'y fait pas exception (35).

A. L'impact du Week-end sur l'incidence d'admission à l'UHCD

Notre étude ne montre pas de différence entre l'incidence du passage à l'UHCD le week-end et celle de la semaine. En revanche, que cela soit avant ou après un passage à l'UHCD, le nombre de patients hospitalisés tend à diminuer lorsqu'ils sont entrés le week-end. Le recours à l'UHCD

est donc similaire le week-end, alors que le taux de patients effectuant un RAD semble augmenter.

Les difficultés rencontrées pour l'hospitalisation des patients semblent de nos jours plus importantes le week-end, avec des tensions majeures sur les nombres de places disponibles. On pourrait attribuer ce phénomène à plusieurs causes, dont la diminution de présence des spécialistes sur l'hôpital engendrant une baisse des sorties, une difficulté d'accès à certains examens et imageries. Il existe aussi des problèmes externes à l'hôpital tel que la diminution des ressources paramédicales le week-end, en médecine en libéral ou dans les institutions qui freinent la sortie des patients (36).

On pourrait présupposer d'une diminution des sorties d'hospitalisation le week-end qui entraînerait un manque de lits disponibles, et ce principalement en fin de week-end, les hospitalisations réalisées sur le week-end se feraient donc principalement en début de week-end. Une étude anglaise de Varnava and al, montre que les sorties sont évitées le week-end, avec une réduction significative du taux de sortie le week-end chez des patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde (37). Dans notre analyse le jour ayant le taux d'hospitalisation le plus faible est le dimanche, on pourrait émettre l'idée que les difficultés de places hospitalières se répercuteraient sur le taux d'hospitalisation directe mais ne sembleraient pas se répercuter sur l'incidence d'admission à l'UHCD. Ces résultats sont cohérents avec les données fournies par l'Agence technique de l'information sur l'Hospitalisation en 2018 (38). La non augmentation du recours à l'UHCD pourrait être une conséquence d'un fonctionnement à pleine capacité des UHCD.

B. Les Admissions en service depuis l'UHCD

Les résultats de notre étude ont montré que les services de gériatrie (PUG et autres services) sont les services qui hospitalisent le plus de patients depuis l'UHCD. Bien que les motifs de consultations en SU soient principalement portés autour de la traumatologie, de la neurologie, des pathologies cardio-vasculaires et pulmonaires, les patients sont tout de même hospitalisés en gériatrie. Les données montrent que le taux de patients ayant séjournés à l'UHCD avant d'être admis en service de gériatrie augmente le week-end, passant de 54,9% la semaine à 67,2% des hospitalisations en gériatrie. Pour contraster ceci, on voit que pour les patients admis en service de spécialité médicale et chirurgicale ces taux ont tendance à diminuer le week-end, ce qui reflèterait éventuellement des difficultés de disponibilité des lits et donc d'hospitalisation depuis les SU pour ces patients âgés.

Une étude de Steffie and al en 2018, qui comparait la mortalité chez les patients âgés de plus de 65 ans admis le week-end et la semaine avait montré une proportion plus importante le week-end des patients comorbides et de niveau d'urgence des pathologies. Cette étude est importante pour la mise en perspective des résultats, indiquant que les patients consultant le week-end ont à minima les mêmes besoins d'être hospitalisés. Dans notre étude, les caractéristiques des patients, leur gravité et leurs diagnostics retenus étaient similaires la semaine et le week-end, on ne pourrait donc pas mettre les différences observées en lien avec un changement dans les orientations après UHCD.

C. Le recours à l'admission à l'UHCD

Notre étude suggère, chez une patientèle âgée, une incidence importante de l'admission à l'UHCD. On remarque aussi un taux d'hospitalisation de près de 60% après une admission à l'UHCD.

En Gériatrie, la politique actuelle est d'éviter le plus possible les passages en SU non nécessaires aux personnes âgées, afin de leur éviter un environnement inhabituel, et de diminuer un risque éventuel de prise en charge non adaptée à leurs spécificités. Une étude publiée en 2023 par Naouri D montrait que les patients âgés étaient plus à même d'être hospitalisés dans un service inapproprié (OR 1,40 ; IC 95 % = 1,02-1,91 pour des patient de 75 à 84 ans), ces passages en service inapproprié représentaient 17,7 % des hospitalisations (39). Ces hospitalisations pourraient amener à des soins inadaptés pour ces patients représentant une perte de chance.

En France, les études récentes portent surtout sur la comparaison entre des entrées directes en service aigu de gériatrie et les hospitalisations depuis les SU, démontrant une baisse de DMS dans le groupe des entrées directes (40, 41). Mais peu portent directement sur la comparaison entre l'UHCD et les services aigus gériatriques. Une étude réalisée récemment au CHU de Toulouse qui porte sur les admissions au PUG après un séjour à l'UHCD montrait un allongement du séjour mais une absence de majoration de la mortalité chez les personnes âgées (42).

D. L'augmentation des durées de séjour

Ce travail met en lumière des durées médianes de séjour allongées le week-end, avec près de 3h de plus passées à l'UHCD. La durée de séjour à l'UHCD est allongée le week-end lorsque les patients sont hospitalisés ensuite, ils y passent 4 heures de plus en durée médiane. Ceci

pourrait être mis en lien, sans pouvoir en montrer la corrélation ici, avec les diminutions d'hospitalisations depuis l'UHCD rencontrées avec les spécialités médicales et chirurgicales le week-end.

A l'échelle d'une hospitalisation de plusieurs jours ceci représente en effet peu de temps, mais ceci prend son importance si l'on pense que cela retarde le premier contact avec le spécialiste si celui-ci n'est pas passé évaluer le patient à l'UHCD, ou si l'on raisonne en management de flux cela retarde le boarding des patients en attente au SU. Une étude menée par Khanna and al. avait montré que la sortie d'hospitalisation si elle était réalisée tôt dans la journée pourrait permettre de réduire la surpopulation des SU, en agissant directement sur le *boarding* (43). Bien que cette étude était une simulation, elle montre le potentiel qu'aurait une coordination entre les services d'aval et les SU.

Il est important de noter que la durée médiane de séjour à l'UHCD est supérieur à 20 heures sur le week-end avec plus d'un quart des patients dépassant les 38 heures à l'UHCD, des durées très conséquentes, excédant les recommandations de bonnes pratiques de l'UHCD.

La DMS du passage en SU chez les patients hospitalisés directement depuis les SU est plus longue, de 45 minutes environ, mettant en lumière la difficulté que peuvent rencontrer les SU à trouver une place d'hospitalisation et à y transférer les patients. Ici aussi le week-end n'a pas d'effet sur ce phénomène.

La force de cette étude réside dans le nombre de patients inclus pour les analyses finales, qui comporte plus de 19000 patients dont près de 5000 admis à l'UHCD sur un an, représentant avec fidélité les patients et les orientations rencontrées dans les SU de France.

E. Limites

L'étude est Rétrospective et s'expose donc à des biais de sélection et de classements des patients. Les données ne comportaient pas de données cliniques permettant une catégorisation des patients, les données sociales et d'entourage auraient été intéressantes pour définir s'il existe des profils de patients plus à même d'être hospitalisés en UHCD. L'étude croisée des diagnostics avec le service d'hospitalisation aurait de même pu permettre une compréhension de l'adéquation ou non du service dans lequel est hospitalisé le patient.

Les critères de définition du week-end sont plus larges que dans la plupart des études, ce qui tend à surestimer la proportion des patients appartenant au groupe week-end. Mais cela reste

entièrement cohérent, tant la présence médicale et paramédicale est sensiblement la même en horaire de garde de nuit que le week-end.

V- Conclusion

En conclusion, dans cette étude rétrospective l'incidence de l'admission à l'UHCD des patients âgés de plus de 75 ans ne différait pas entre le week-end et la semaine. Les taux d'hospitalisations semblaient diminuer très légèrement pour les patients admis le week-end, au profit d'une augmentation relative des retour à domicile, qui augmentaient de 4,8%.

Ce qui différait en revanche était l'augmentation du recours à l'UHCD pour les patients hospitalisés en service de gériatrie le week-end, une augmentation de 13,3% qui n'avait pas montré de différence statistique. Le taux de recours à l'UHCD était similaire en semaine et en week-end chez les patients hospitalisés en services de spécialités médicales et chirurgicales. La durée de séjour médiane à l'UHCD était allongée le week-end, de 164 minutes. L'augmentation de durée de séjour en UHCD le week-end semblait s'accroître chez les patients hospitalisés en service hospitalier secondairement à un passage à l'UHCD.

Toulouse le 16 juin 2025
Vu, permis d'imprimer
La Présidente de l'Université de Toulouse
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur
du Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'T. Geeraerts', written over a horizontal line.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'S. Charpentier', written over a horizontal line.

Professeur Sandrine Charpentier
Cheffe de service des Urgences adultes
1 av. du Pr Jean Poulhes CHU Toulouse Rangueil
Place du Dr Baylac CHU Toulouse Purpan
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél : 05 61 32 33 54
RPPC 19002872827

VI - Bibliographie

1. Lowthian JA, Curtis AJ, Jolley DJ, Stoelwinder JU, McNeil JJ, Cameron PA. Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations. *Med J Aust.* 2012;196(2):128-32.
2. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, et al. Geriatric patient emergency visits part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med.* 1 juill 1992;21(7):802-7.
3. Latham LP, Ackroyd-Stolarz S. Emergency Department Utilization by Older Adults: a Descriptive Study. *Can Geriatr J.* 2 déc 2014;17(4):118-25.
4. Lowthian J, Curtis A, Stoelwinder J, McNeil J, Cameron P. Emergency demand and repeat attendances by older patients. *Intern Med J.* mai 2013;43(5):554-60.
5. PANORAMA_FEDORU_2023.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2025]. Disponible sur: https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2024/11/PANORAMA_FEDORU_2023.pdf
6. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Acad Emerg Med.* 2009;16(1):1-10.
7. McCusker J, Vadeboncoeur A, Lévesque JF, Ciampi A, Belzile E. Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* oct 2014;21(10):1092-100.
8. Freund Y, Vincent-Cassy C, Bloom B, Riou B, Ray P, APHP Emergency Database Study Group. Association between age older than 75 years and exceeded target waiting times in the emergency department: a multicenter cross-sectional survey in the Paris metropolitan area, France. *Ann Emerg Med.* nov 2013;62(5):449-56.
9. Krochmal P, Riley TA. Increased health care costs associated with ED overcrowding. *Am J Emerg Med.* mai 1994;12(3):265-6.
10. 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.
11. 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.* mai 2016;64(5):1114-9.
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 Urgence.* 1 juill 2019;9(4):229-34.
13. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE.* 30 août 2018;13(8):e0203316.

14. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Ann Emerg Med.* août 2008;52(2):126-36.
15. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality. *Acad Emerg Med.* 2011;18(12):1324-9.
16. 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.
17. UHCDguide2024.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/UHCDguide2024.pdf>
18. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) policy. Implementation and management of Observation Units.
19. PANO_GERIATRIE_2022.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: https://oruoccitanie.fr/wp-content/uploads/2023/05/PANO_GERIATRIE_2022.pdf
20. Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Ann Emerg Med.* mai 2003;41(5):668-77.
21. 1-Caroline-LIGIER-et-Pierre-MENSAN_Personnes-agees.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2023/04/1-Caroline-LIGIER-et-Pierre-MENSAN_Personnes-agees.pdf
22. Venkatesh AK, Geisler BP, Gibson Chambers JJ, Baugh CW, Bohan JS, Schuur JD. Use of Observation Care in US Emergency Departments, 2001 to 2008. *PLoS ONE.* 14 sept 2011;6(9):e24326.
23. Baugh CW, Venkatesh AK, Bohan JS. Emergency department observation units: A clinical and financial benefit for hospitals. *Health Care Manage Rev.* 2011;36(1):28-37.
24. Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* nov 2001;8(11):1095-100.
25. Blecker S, Gavin NP, Park H, Ladapo JA, Katz SD. Observation Units as Substitutes for Hospitalization or Home Discharge. *Ann Emerg Med.* 1 juin 2016;67(6):706-713.e2.
26. Barnett MJ, Kaboli PJ, Sirio CA, Rosenthal GE. Day of the week of intensive care admission and patient outcomes: a multisite regional evaluation. *Med Care.* juin 2002;40(6):530-9.
27. Cram P, Hillis SL, Barnett M, Rosenthal GE. Effects of weekend admission and hospital teaching status on in-hospital mortality. *Am J Med.* 1 août 2004;117(3):151-7.
28. Bell CM, Redelmeier DA. Mortality among Patients Admitted to Hospitals on Weekends as Compared with Weekdays. *N Engl J Med.* 30 août 2001;345(9):663-8.

29. Saul H, Gursul D, Bion J. Emergency care in hospitals is as good at the weekend as on weekdays. *BMJ*. 17 juin 2022;377:o1304.
30. Bell CM, Redelmeier DA. Waiting for urgent procedures on the weekend among emergently hospitalized patients. *Am J Med*. 1 août 2004;117(3):175-81.
31. Stiell IG, Odorizzi S, Perry JJ, Eagles DA, Yadav K. Decreased patient discharges on weekends part 1: what do the data tell us? *Can J Emerg Med*. 1 sept 2024;26(9):628-32.
32. Carey MR, Sheth H, Scott Braithwaite R. A Prospective Study of Reasons for Prolonged Hospitalizations on a General Medicine Teaching Service. *J Gen Intern Med*. févr 2005;20(2):108-15.
33. Chow KM, Szeto CC. Impact of enforcing the Labour Ordinance, with 1-in-7-day off for hospital doctors, on weekend hospital discharge rate. *J Public Health*. 1 juin 2005;27(2):189-91.
34. Kreindler SA, Cui Y, Metge CJ, Raynard M. Patient characteristics associated with longer emergency department stay: a rapid review. *Emerg Med J EMJ*. mars 2016;33(3):194-9.
35. Boisguérin B., Mauro L., 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », Études et Résultats, DREES, n° 1008. [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
36. Salonga-Reyes A, Scott IA. Stranded: causes and effects of discharge delays involving non-acute in-patients requiring maintenance care in a tertiary hospital general medicine service. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. mars 2017;41(1):54-62.
37. Varnava AM, Sedgwick JEC, Deaner A, Ranjadayalan K, Timmis AD. Restricted weekend service inappropriately delays discharge after acute myocardial infarction. *Heart*. 1 mars 2002;87(3):216-9.
38. synthese activité hospitalière 2018 ATIH.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3675/synthese_aah_2018_v2.pdf
39. Naouri D, Panjo H, Moïsi L, El Khoury C, Serre P, Schmidt J, et al. The Association Between Age and Admission to an Inappropriate Ward: A Cross-Sectional Survey in France. *Health Serv Insights*. 13 mai 2023;16:11786329231174340.
40. 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(1):555.
41. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 22 janv 2009;338:b50.

42. BROSSARD M, Dr Xavier DUBUCS. Impact du passage UHCD sur la durée moyenne de séjour totale et la mortalité intrahospitalière des patients âgés hospitalisés en post-urgences gériatriques. 2023.
43. Khanna S, Sier D, Boyle J, Zeitz K. Discharge timeliness and its impact on hospital crowding and emergency department flow performance. Emerg Med Australas EMA. avr 2016;28(2):164-70.

VII – Annexes :

Annexe1. Incidence de l’Hospitalisation selon l’entrée en SU le Week-end ou la semaine

	S n (%)	WE n (%)	TOTAL PATIENTS n (%)
RETOUR AU DOMICILE	7452 (59,7)	4167 (65,6)	11619 (61,7)
HOSPITALISATION	5032 (40,3)	2181 (34,4)	7213 (38,3)
TOTAL	12484	6348	18832
NC	456	196	652

Annexe 2. Statut d’hospitalisation en fonction du jour d’entrée au SU

	RAD n (%)	Hospitalisations Directes n (%)	Admission UHCD n (%)	Nombre de passage SU n (%)
LUNDI	1400 (14,4)	748 (15,4)	671 (13,6)	2819 (14,5)
MARDI	1357 (14,0)	737 (15,2)	754 (15,3)	2848 (14,6)
MERCREDI	1292 (13,3)	702 (14,5)	714 (14,5)	2708 (13,9)
JEUDI	1321 (13,6)	737 (15,2)	718 (14,6)	2776 (14,2)
VENDREDI	1471 (15,9)	702 (14,5)	772 (15,7)	2945(15,1)
SAMEDI	1487 (15,8)	669 (13,8)	712 (14,5)	2868 (14,7)
DIMANCHE	1382 (13,6)	552 (11,4)	586 (11,9)	2520 (12,9)
TOTAL		4847	4927	19484

Annexe 3. Tableau des orientation hospitalières en fonction du passage à l'UHCD et de la temporalité dans la semaine

TYPE HOSPITALISATION	SEMAINE		WEEKEND	
	après UHCD	Directe	après UHCD	Directe
TOTAL	1433	3358	598	1062
PUG	641 (44,7)	532 (21,8)	260 (43,5)	145(13,7)
PUM	193 (13,5)	155 (6,4)	65 (10,9)	21 (2,0)
CARDIOGERIATRIE	117 (8,2)	123 (5,1)	53 (8,9)	25 (2,4)
GERIATRIE (HORS CHU)	83 (5,8)	45 (1,8)	38 (6,4)	7 (0,7)
MEDECINE POLYVALENTE	80 (5,6)	24 (1,0)	27 (4,5)	9 (0,8)
CARDIOLOGIE	67 (4,7)	197 (8,1)	38 (6,4)	97 (9,1)
PNEUMOLOGIE	32 (2,2)	64 (2,6)	19 (3,2)	62 (5,8)
SSR	31 (2,2)	14 (0,6)	14 (2,3)	6 (0,6)
GASTRO-ENTEROLOGIE	22 (1,5)	90 (3,7)	10 (1,7)	48 (4,5)
ONCOGERIATRIE	20 (1,4)	22 (0,9)	15 (2,5)	13 (1,2)
MEDECINE INTERNE	16 (1,1)	36 (1,5)	6 (1,0)	32 (3)
ONCOLOGIE	14 (1,0)	5 (0,2)	8 (1,3)	11 (1,0)
PSYCHIATRIE	13 (0,9)	19 (0,8)	4 (0,7)	11 (1,0)
NEPHROLOGIE	12 (0,8)	48 (2,0)	8 (1,3)	21 (2,0)
NEUROLOGIE	9 (0,6)	235 (9,7)	5 (0,8)	21 (2)
INFECTIOLOGIE	9 (0,6)	22 (0,9)	4 (0,7)	118 (11,1)
UROLOGIE	9 (0,6)	87 (3,6)	5 (0,8)	26 (2,4)
REANIMATION	8 (0,6)	64 (2,6)	1 (0,2)	30 (2,8)
MEDECINE VASCULAIRE	8 (0,6)	32 (1,3)	5 (0,8)	14 (1,3)
ORTHOPEDIE	7 (0,5)	285 (11,7)	1 (0,2)	173 (16,3)
CHIRURGIE DIGESTIVE	6 (0,4)	86 (3,5)	0 (0)	45 (4,2)
ORL	6 (0,4)	23 (0,9)	1 (0,2)	17 (1,6)
DERMATOLOGIE	5 (0,3)	20 (0,8)	5 (0,8)	9 (0,8)
NEUROCHIRURGIE	5 (0,3)	82 (3,4)	2 (0,3)	38 (3,6)
RHUMATOLOGIE	3 (0,2)	8 (0,2)	1 (0,2)	6 (0,6)
SOINS PALLIATIF	3 (0,2)	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)
CHIRURGIE PLASTIQUE	3 (0,2)	22 (0,9)	0 (0)	9 (0,8)
CHIRURGIE VASCULAIRE	2 (0,1)	13 (0,5)	0 (0)	9 (0,8)
DIABETOLOGIE	2 (0,1)	11 (0,5)	1 (0,2)	5 (0,5)
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE	2 (0,1)	13 (0,5)	1 (0,2)	4 (0,4)
GYNECOLOGIE	2 (0,1)	7 (0,3)	0 (0)	12 (1,1)
HEMATOLOGIE	1 (0,1)	2 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)
ENDOCRINOLOGIE	1 (0,1)	17 (0,6)	0 (0)	0 (0)
UHSI	1 (0,1)	4 (0,2)	0 (0)	1 (0,1)
DM	241	923	94	426

SSR : Soins de suite et Rééducation ; UHSI : Unité Hospitalière sécurisée interrégionale ; ORL : Otorhinolaryngologie

Evaluation du recours à l'UHCD chez les patients âgés admis en structure d'urgence : comparaison entre la semaine et le week-end

Introduction : l'Unité d'Hospitalisation de courte durée (UHCD) est un service des Structures d'Urgences (SU), permettant une surveillance courte ou une hospitalisation avant une admission en service hospitalier. Les difficultés d'hospitalisation des patients âgés sont à l'origine d'une surfréquentation et elles s'aggravent le week-end. L'objectif de cette étude est de comparer le recours à l'UHCD sur la période de la semaine et du week-end, ainsi que les durées de séjour.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, réalisée entre le 01 septembre 2023 et le 31 août 2024, qui incluait les patients âgés de 75 ans et plus, consultant sur la SU du CHU de Toulouse. Les données ont été collectées à partir du dossier informatique des patients. Nous avons étudié les taux d'admission à l'UHCD et d'hospitalisation le week-end et la semaine. La comparaison des variables selon les périodes du week-end et de la semaine avait été réalisée en analyse bivariée. Les durées de séjour ont été étudiées selon leur médianes et quartiles.

Résultats : 19484 patients ont consulté en SU, dont 66,4% (n=12940) la semaine et 33,6% (n=6544) le week-end. L'incidence d'admission à l'UHCD était de 25.8% pour les patients admis en période de semaine et était de 24.3% le week-end. Chez les patients hospitalisés en gériatrie, l'incidence d'admission à l'UHCD était de 67,2% le week-end contre 54,9% la semaine. Les durées de séjour à l'UHCD étaient, en médiane, de 927 minutes (IQ1=613 ; IQ3=1299) la semaine, contre 1091 minutes (IQ1=657 ; IQ3=2070) le week-end.

Conclusion : L'incidence d'admission à l'UHCD était identique la semaine et le week-end. En revanche une augmentation non significative du recours à l'UHCD pour les patients admis en service de gériatrie le week-end était retrouvée. Les durées de passage à l'UHCD étaient allongées le week-end et étaient accrues chez les patients secondairement admis en service hospitalier.

Mots clés : UHCD ; week-end ; incidence hospitalisation ; durée de séjour ; gériatrie

TITLE : Admission rate of the elderly patients in ED observation units : comparison between weekdays and weekends

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Université Toulouse III-Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Xavier DUBUCS