

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE**

Septembre 2014

2014 TOU3 1069

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Jean Louis MONTSERRET

Le vendredi 12 septembre 2014

**INTERET DE LA MISE EN PLACE D'UNE LIGNE
TELEPHONIQUE MEDECIN GENERALISTE-MEDECIN
D'ACCUEIL DES URGENCES SUR LE TEMPS DE PRISE EN
CHARGE DES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS.**

Directrice de thèse : Dr Josiane BOULARAN

JURY

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Président
Monsieur le Professeur Yves ROLLAND	Assesseur
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Vincent BOUNES	Membre invité
Monsieur le Docteur Jean-Christophe GALLART	Membre invité
Madame le Docteur Josiane BOULARAN	Membre invité

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE**

Septembre 2014

2014 TOU3 1069

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Jean Louis MONTSERRET

Le vendredi 12 septembre 2014

**INTERET DE LA MISE EN PLACE D'UNE LIGNE
TELEPHONIQUE MEDECIN GENERALISTE-MEDECIN
D'ACCUEIL DES URGENCES SUR LE TEMPS DE PRISE EN
CHARGE DES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS.**

Directrice de thèse : Dr Josiane BOULARAN

JURY

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Président
Monsieur le Professeur Yves ROLLAND	Assesseur
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Vincent BOUNES	Membre invité
Monsieur le Docteur Jean-Christophe GALLART	Membre invité
Madame le Docteur Josiane BOULARAN	Membre invité

LISTE DES ABREVIATIONS :

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HPA : Hôpital du Pays d'Autant

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

MT : Médecin Traitant

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

ORU-MiP : Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFGG : Société française de gériatrie et de gérontologie

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

TABLE DES MATIERES :

LISTE DES ABREVIATIONS.....	2
INTRODUCTION.....	5
1ère PARTIE : CONTEXTE.....	6
I- DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION GERIATRIQUE.....	6
a. Le vieillissement de la population française.....	6
b. Bassin de santé Castres-Mazamet.....	7
II- LES PATIENTS AGES AUX URGENCES.....	7
a. Les problèmes posés.....	7
i. Une population à risque : Concept de fragilité.....	8
ii. Des besoins plus importants.....	9
b. Les solutions.....	10
i. Le repérage des patients fragiles.....	10
ii. Les unités/équipes mobiles de gériatrie.....	11
iii. Les médecins urgentistes.....	11
iv. Des solutions en devenir.....	11
2ème PARTIE : L'ETUDE.....	13
I- PATIENTS ET METHODES.....	13
a. Objectifs de l'étude.....	13
b. Population étudiée.....	13
i. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	13
ii. Définition des groupes.....	14
c. Recueil des données.....	14
d. Analyse statistique.....	15

II-	RESULTATS.....	16
a.	Caractéristiques des patients à l’admission.....	16
i.	Caractéristiques socio-démographiques.....	16
ii.	Données médicales.....	17
iii.	Temps de prise en charge.....	20
b.	Comparaison entre « appel du médecin oui » (groupe A) et « appel du médecin non » (groupe B).....	21
i.	Comparaisons des données socio-démographiques.....	21
ii.	Comparaison des données médicales.....	23
iii.	Comparaison des temps de prise en charge.....	25
c.	Comparaison des temps de prise en charge en fonction des différents sous-groupes.....	27
i.	Urgences « traumatologie ».....	27
ii.	Urgences « cardio-pulmonaire ».....	28
iii.	Urgences « pathologie abdominale ».....	30
iv.	Urgences « neurologie ».....	31
v.	Urgences « médecine polyvalente ».....	32
vi.	Urgences « sociale ».....	33
III-	ANALYSE ET DISCUSSION	34
IV-	CONCLUSION.....	37
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	38

INTRODUCTION :

Le monde médical fait actuellement face à la prise en charge de patients devenant de plus en plus âgés et dépendant. La population française âgée de plus de 75 ans représente actuellement un peu plus de 9 % de la population générale, soit un total de presque 6 millions de personnes¹. Ce chiffre ne cesse d'augmenter et les prévisions statistiques des pays développés, prévoient une multiplication par un facteur 3 de la population âgée de plus de 75 ans et d'un facteur 5 pour les plus de 85 ans d'ici 2050...

La gériatrie est une spécialité médicale récente dont l'importance ne cesse de croître au fil des années. Sa place aux urgences est de plus en plus importante, puisque les patients de plus de 75 ans représentent la population qui a le temps de prise en charge le plus long². En plus des risques de complications qui en découlent, l'impact sur le plan financier est également important³. Face à une politique en perpétuelle recherche d'une diminution des coûts, réduire ce temps de prise en charge est primordial pour l'efficacité des services d'urgences.

La médecine générale libérale a un rôle central à jouer dans la prise en charge de ces patients âgés. C'est la première sollicitée par cette tranche d'âge grâce à un contact social privilégié, ce qui n'est pas le cas de la médecine d'urgence. Il semble donc évident que l'amélioration du temps de prise en charge de la population gériatrique doit passer par une meilleure efficacité du lien entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

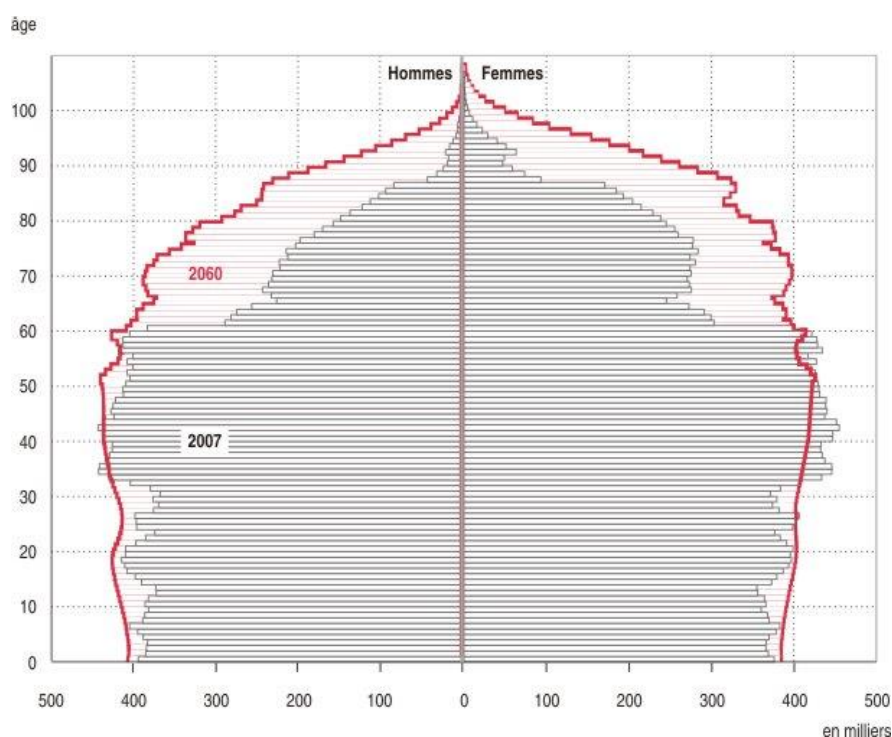
1^{ère} PARTIE : CONTEXTE

I- DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION GERIATRIQUE

a. Le vieillissement de la population française

Selon le dernier rapport de l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), la population française a atteint 65 millions d'habitants au premier janvier 2014¹. Parmi eux, plus de 9% sont âgés de plus de 75 ans, dont 3% ont plus de 85 ans. Par ailleurs, les prévisions de croissance sont constamment revues à la hausse⁴ (**Figure A**).

Figure A : Pyramide des âges en 2007 et prévision pour 2060



Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060

La qualité des soins du système de santé français a permis un allongement de la durée de vie en partie grâce à une diminution de la mortalité. Les nouvelles estimations concernant le vieillissement de la population prévoient que plus de 15% de personnes âgées auront plus de

75 ans aux environs de 2050. Cependant, malgré un allongement de l'espérance de vie, ce vieillissement ne s'accompagne pas systématiquement d'un vieillissement en bonne santé⁵.

Tout le problème réside dans le fait que cette population demande plus de soins et plus d'attention que les autres tranches d'âge.

b. Le bassin de santé Castres-Mazamet

Le bassin de santé de Castres-Mazamet compte plus de 150 000 habitants⁶, dont plus de 18000 sujets de plus de 75 ans⁷. Selon le rapport prévisionnel de l'INSEE, ce chiffre dépasserait les 27 000 à l'horizon 2030.

Sur le dernier rapport de l'Observation Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MiP) de 2013, l'Hôpital du Pays d'Autant (HPA) est le 3^{ème} de la région Midi-Pyrénées en termes d'entrées de patients gériatriques avec 6 742 patients, soit une augmentation de 7.2% par rapport à l'année précédente. Cette catégorie de population représente 17,4% de l'ensemble des patients admis aux urgences.

La prise en charge des patients gériatriques occupe une place importante dans ce bassin de santé. La constante augmentation du nombre de passage des patients de plus de 75 ans depuis une dizaine d'année montre l'intérêt de rechercher des moyens permettant d'améliorer la prise en charge.

II- LES PATIENTS AGES AUX URGENCES

a. Les problèmes posés

Si l'âge n'est pas une maladie, le vieillissement s'accompagne de changements physiques, métaboliques et sociaux, mais aussi d'une baisse de l'autonomie. Ces éléments font toute la complexité de la prise en charge du patient âgé dans un service d'urgence.

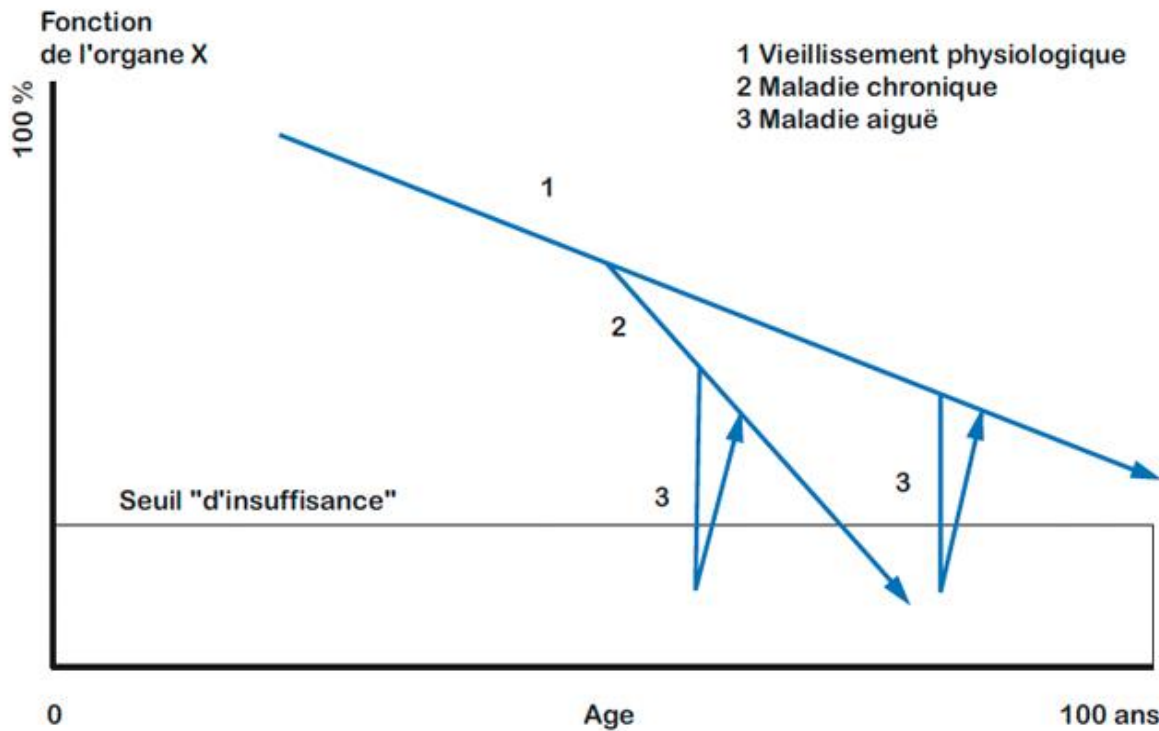
i. Une population à risque : Concept de fragilité

Le concept de fragilité a été défini en 2011 par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), de la façon suivante : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux* ». Ce terme de fragilité intègre des notions variables selon les études mais les principaux éléments retrouvés sont la fonction physique, la vitesse de marche et la cognition⁸. Il a permis d'introduire un concept de pré-invalidité permettant des interventions préventives contre le handicap⁹.

Des études ont prouvé que cette fragilité est associée à un taux de mortalité plus important¹⁰ et à des complications rapides au cours d'une hospitalisation même de courte durée¹¹. Repérer ces patients fragiles¹² va permettre d'éviter ces complications et surtout éviter des prises en charge inadaptées¹³.

Le vieillissement d'organe fait partie intégrante du concept de fragilité. Son évolution est continue mais n'est pas synonyme d'insuffisance d'organe. Le *modèle 1+2+3 de Bouchon (figure B)* reprend le principe du vieillissement physiologique d'organe sur lequel s'ajoutent les pathologies, jusqu'à franchir un seuil « d'insuffisance ». De nombreux facteurs peuvent être à l'origine d'une décompensation. Plus le patient sera âgé, plus les risques de décompensations seront importants. La mise en évidence du facteur déclenchant est un élément clé souvent complexe à réaliser.

Figure B : Evolution de la fonction d'un organe selon l'âge et les différentes manifestations pathologiques



D'après J.P. Bouchon. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Revue du praticien 1984 34:888

ii. Des besoins plus importants

Dans la région Midi-Pyrénées, le rapport de l'ORU-MiP de 2013 a montré un temps de prise en charge moyen des patients âgés de plus de 75 ans aux urgences de 4h47 (avec des durées pouvant atteindre les 7h selon les établissements²). Dans la population générale, la moyenne du temps de prise en charge est de 3h21.

La demande en soins des patients âgés est bien plus importante que pour les tranches d'âge inférieures¹⁴. L'importance de cette demande se conçoit facilement par le concept de fragilité expliqué précédemment. Ces patients nécessitent parfois des soins lourds, complexes et comportant des risques iatrogènes¹⁵.

Si le service des urgences est parfois incontournable, il n'est pas le lieu le plus approprié à une prise en charge optimale¹⁶.

Avec un nombre de passage quotidien en constante augmentation¹⁷, il devient difficile d'avoir une attention plus importante envers la personne âgée aussi bien au niveau médical que paramédical. L'attente dans les services d'urgences est parfois délétère et vécue comme un traumatisme par les personnes âgées. C'est pourquoi réduire le temps de prise en charge est nécessaire, mais ne doit pas se faire à n'importe quel prix.

b. Les solutions

Diverses méthodes ont été étudiées afin d'améliorer la prise en charge des plus de 75 ans aux urgences. Certaines ont prouvé leur efficacité mais sont en perpétuelle évolution afin d'être toujours plus efficaces.

i. Repérer les patients fragiles

Si le terme de fragilité est un concept récent, il n'en est pas moins utilisé dans le domaine de la gériatrie. Le médecin traitant possède une place de choix dans sa recherche puisqu'il est directement en contact avec le côté socio-environnemental du patient. L'identification des patients fragiles en médecine générale a été mise en place avec succès sur Midi-Pyrénées par l'intermédiaire de la structure « Geriatric Frailty Clinic »¹⁸. L'évaluation globale et multidisciplinaire est un excellent exemple de repérage pré-hospitalier des patients fragiles, qui sont à risque de handicap⁹. Des études ont été publiées sur leur recherche par l'intermédiaire d'autre partenaire de soins, notamment les familles¹³.

Les démarches de dépistage au sein des services d'urgences ont surtout évalués la mortalité au retour d'une hospitalisation dans un service d'urgence^{19,20}. Le repérage des patients fragiles aux urgences par une évaluation gériatrique complète s'accompagne d'une mortalité moindre au sein des services d'urgences^{21,22}. Cette évaluation a été de nombreuses fois étudiée avec de bons résultats mais leur utilisation est difficile au sein des urgences.

ii. Les unités/équipes mobiles de gériatrie

L'apport d'un médecin gériatre au sein des urgences est essentiel dans certaines situations. Leur expertise montre un intérêt pour une admission plus rapide et appropriée des personnes en hospitalisation²³.

Le caractère multidisciplinaire des équipes mobiles de gériatrie est également intéressant afin de permettre des évaluations globales de patients potentiellement à risque^{24,25}. Un exemple est celui de l'équipe mobile de l'HPA, qui peut se déplacer pour évaluer un patient aux urgences en cas de besoin²⁶.

iii. Les médecins urgentistes

Les médecins urgentistes sont avant tout des médecins généralistes, spécialisés en médecine d'urgence. Dans le cursus d'un futur médecin urgentiste, la formation de gériatrie est un terrain de stage possible mais non obligatoire²⁷. Ce défaut de formation peut rendre la prise en charge des patients âgés difficile dans leur globalité.

La difficulté est renforcée par le manque d'information dont dispose généralement le médecin urgentiste. Modifier ou arrêter les traitements de longue durée et établir une nouvelle démarche thérapeutique n'est pas envisageable en contexte aigu. Cette attitude étant inutile et potentiellement dangereuse.

Avoir une expérience gériatrique est une aide non négligeable pour un urgentiste. Cependant, à défaut d'avoir une prise en charge spécialisée, il a un rôle de dépistage et de repérage des patients à risque. Former les urgentistes à repérer les patients potentiellement fragiles permettrait d'adapter au mieux la prise en charge des patients âgés.

iv. Des solutions en devenir

Si améliorer le temps de prise en charge est essentiel, éviter des hospitalisations est tout aussi important. L'étude de *Wright et al.* a montré l'intérêt d'une évaluation rapide et d'un triage des patients âgés au sein des urgences afin de diminuer le taux d'admission, mais également le temps de prise en charge²⁸.

Aux Etats-Unis le développement d'urgences dédiées aux patients gériatriques se développent mais l'étude de *Keyes et al.* ne montre cependant pas d'amélioration notable de la durée d'hospitalisation²⁹.

Au-delà de ces solutions intra hospitalières, une prise en charge en amont pourrait avoir un autre intérêt. En effet, avoir un contact téléphonique direct et spécifique entre le médecin traitant (MT) et le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) des urgences pourrait être un moyen d'aide pour une prise en charge plus adaptée de ces patients aux urgences.

L'HPA a bénéficié dans le cadre d'un réseau ville-hôpital-ville, de la mise en place d'une ligne téléphonique spécifique permettant de mettre en relation directement le médecin généraliste et le médecin d'accueil et d'orientation des urgences. Son intégration a été faite au mois de juin 2013, avec un double intérêt, non seulement prévenir de l'arrivée d'un patient, mais surtout avoir un aperçu de la situation clinique. Cet appel va permettre de disposer d'éléments sur l'environnement du patient ce qui intègre le concept de fragilité dans la prise en charge du patient.

Après 6 mois de mise en service, nous avons voulu étudié l'impact de la mise en place de cette ligne téléphonique entre le médecin traitant et le médecin d'accueil des urgences sur le temps de prise en charge des patients de plus de 75 ans.

2^{ème} PARTIE : L'ETUDE

I- PATIENTS ET METHODES :

a. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le temps de prise en charge pour les patients ayant bénéficiés d'un contact téléphonique entre le médecin traitant et le médecin d'accueil des urgences.

Nous avons défini le temps de prise en charge comme le temps qui s'écoulait entre l'enregistrement du patient par l'infirmière d'accueil, et la fin de la prise en charge par le médecin des urgences.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient l'étude des durées de prise en charge suivantes :

- Entrée du patient et premier contact médical, soit le temps écoulé entre l'admission du patient au SAU et le premier contact médical (sénior ou interne du service),
- Entrée du patient et premier examen radiologique,
- Entrée du patient et premier examen biologique,
- Entrée du patient et sortie du service des urgences.

b. Population étudiée

i. Critères d'inclusion et d'exclusion

Entre le 20 décembre 2013 et le 10 février 2014, soit 51 jours, nous avons considéré prospectivement pour l'inclusion tous les patients de plus de 75 ans pris en charge dans le service des urgences de l'HPA.

Les critères d'inclusion ont été les suivant :

- Tout patient âgé de plus de 75 ans,
- Admission entre 8h30 et 20h30, du lundi au vendredi.

Nous avons exclu de notre étude tous les patients décédés au cours de la prise en charge aux urgences.

ii. Définition des groupes

En fonction de l'appel du médecin traitant, deux groupes de patients ont été définis :

- Un groupe A « Appel du médecin traitant »,
- Un groupe B « Pas d'appel du médecin traitant ».

Des sous-groupes ont été définis en fonction des diagnostics d'orientation faits par l'IAO, selon la symptomatologie présentée par le patient lors de son arrivée :

- Traumatologie,
- Cardio-Pulmonaire,
- Pathologies Abdominales,
- Neurologie,
- Social, regroupant les problèmes de maintien au domicile, d'altération de l'état général, et maladie ou décompensations psychiatriques,
- Médecine polyvalente, dont la symptomatologie des patients ne s'inscrivait pas dans les sous-groupes sus-cités.

En cas de symptomatologie multiple, le symptôme principal était retenu.

c. Recueil de données

Toutes ces données ont été enregistrées de façon informatique. Le premier contact médical a été saisi lorsque le médecin s'est inscrit en regard du nom du patient sur le logiciel avant d'aller l'examiner. Concernant les examens complémentaires, ils ont également été saisis de façon automatique lorsque les patients arrivaient à l'examen radiologique, ou quand le bilan était enregistré sur le serveur du laboratoire. Enfin, lorsque le patient quittait le service, l'IDE chargée du patient clôturait son dossier au moment du transfert. Ceci permettait l'enregistrement du patient comme étant définitivement sorti.

Quelques données ont été notifiées sur une fiche de recueil car elles n'ont pas été enregistrées de façon informatique à savoir : l'appel ou non du médecin, la présence de comorbidités, et la présence d'une prise médicamenteuse multiple.

En cas de données manquantes, celles-ci ont été retrouvées par l'intermédiaire du logiciel *Cortexte.- Corpus*.

L'ensemble des données prises en compte pour chaque patient regroupait :

- Appel du médecin traitant, Oui ou Non,
- Présence de comorbidité ou non, jugée comme l'insuffisance d'au moins deux organes,
- Polymédication ou non, défini comme au moins 3 médicaments de spécialité,
- Sexe et âge du patient,
- Habitat (Domicile, Maison de Retraite, ou autres),
- Date et heure d'arrivée du patient,
- Diagnostic IAO,
- Heure du premier contact médical,
- Heure du premier examen biologique,
- Heure du premier examen radiologique,
- Heure de fin de prise en charge aux urgences,
- Heure de départ du service du service des urgences.

d. Analyse statistique

La base de données a été traitée et analysée à l'aide des logiciels Excel® et SAS® 9.4. Tous les tests ont été réalisés avec un seuil de significativité de 5 %.

Les variables quantitatives ont été résumées à l'aide d'indicateurs statistiques tels que la moyenne et l'écart-type. Les variables qualitatives sont présentées en fréquence et pourcentage.

Afin de comparer les patients ayant bénéficié de l'appel du médecin ou non, le test du Chi2 ou le test exact de Fisher (si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5) ont été utilisés pour les variables qualitatives. Du fait des faibles effectifs et de la non-normalité des données, le test de Wilcoxon a été utilisé pour les variables quantitatives.

II- RESULTATS

Un total de 469 patients a été inclus dans la période d'étude du 20 décembre 2013 au 10 février 2014. Sur les 51 jours d'inclusion de l'étude, les données de 469 patients ont pu être analysées, dont 86 dans le groupe A (appel médecin Oui) et 383 dans le groupe B (appel médecin Non).

a. Caractéristiques des patients à l'admission

i. Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques des patients sont résumées dans le **Tableau 1**.

Les patients avaient en moyenne 85,3 ans et étaient majoritairement des femmes (59,5%). La tranche d'âge la plus représentée étant celle des 85 à 90 ans (28,6%). La grande majorité des patients vivaient au domicile (78,3%).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients inclus dans l'étude

	n = 469	%
Sexe		
Femme	279	59,5
Homme	190	40,5
Âge moyen		
Moyenne ± écart-type	85,3 ± 5,5	
Tranches d'âge		
[75-80[	106	22,6
[80-85[	125	26,7
[85-90[	134	28,6
[90-95[	89	19,0
95 ans et +	15	3,2
Tranche horaire d'arrivée		
[08h30-12h[	142	30,3
[12h-16h[	159	33,9
[16h-20h30[	168	35,8
Résidence		
Domicile	367	78,3
EHPAD	62	13,2
Autres	40	8,5

Les valeurs sont exprimées en effectif et % ou moyenne ± écart-type

ii. Données médicales

L'ensemble des données médicales des patients est résumé dans le **Tableau 2**.

Les urgences les plus représentées ont été les pathologies cardio-pulmonaires (27,9%) suivi par les pathologies traumatologiques (26,9%), les moins fréquentes étant les problèmes sociaux (6,4%).

Plus de la moitié des patients prenaient plus de 3 médicaments de spécialité (59,5%), et avaient plus de 2 insuffisances d'organe (60,3%).

Sur l'ensemble des patients, un peu plus des $\frac{3}{4}$ ont bénéficié d'un examen radiologique (75,9%) et/ou biologique (76,1%).

A la fin de leur prise en charge, 35,4% des patients ont regagné leur résidence. Pour les autres patients, 67,3% ont été hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie, 18,5% en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et 14,2 % en réanimation.

Tableau 2 : Données médicales des patients inclus

	n	%
Appel Médecin		
Oui	86	18,3
Non	383	81,7
Type d'urgences		
Cardio-Pulmonaire	131	27,9
Traumatologie	126	26,9
Médecine Polyvalente	74	15,8
Neurologie	64	13,6
Abdominales	44	9,4
Social	30	6,4
Polymédication		
Oui	279	59,5
Non	190	40,5
Polypathologie		
Oui	283	60,3
Non	186	39,7
Examen radiologique		
Oui	356	75,9
Non	113	24,1
Examen biologique		
Oui	357	76,1
Non	112	23,9
Devenir		
Retour au domicile	166	35,4
Hospitalisation	303	64,6
- Médecine ou Chirurgie	204	67,3
- UHCD	56	18,5
- Réanimation	43	14,2

Les valeurs sont exprimées en effectif et

iii. Temps de prise en charge

L'ensemble des différents temps de prise en charge des patients est résumé dans le **Tableau 3**.

Le délai entre l'entrée et la fin de la prise en charge du médecin était en moyenne de 4h13.

L'installation en salle de soin durait en moyenne 39 minutes, avant d'avoir un début de prise en charge médical environ 1h02 après l'entrée dans le service.

La sortie des patients s'est faite en moyenne 4h45 après l'entrée dans le service.

Tableau 3 : Temps de prise en charge des patients

	Durées (en heures)	n
Entrée – Fin de la prise en charge du médecin	4h13 ± 1h49	469
Entrée - Installation en salle de soin	0h39 ± 0h52	469
Entrée - Début de la prise en charge du médecin	1h02 ± 0h58	469
Entrée – Premier examen radiologique	1h58 ± 1h18	356
Entrée – Premier examen biologique	1h19 ± 1h13	357
Entrée – Sortie	4h45 ± 2h26	469

Les valeurs sont exprimées en moyenne ± écart-type.

b. Comparaison entre « appel du médecin oui » (groupe A) et « appel du médecin non » (groupe B)

i. Comparaison des données socio-démographiques

La comparaison des patients des groupes A et B, est résumée dans le **Tableau 4**.

Les femmes étaient les plus représentées dans les deux groupes (respectivement 61,6% et 59,0% dans les groupes A et B). Les patients avaient un âge moyen similaire, respectivement de 85,5 ans et 83,3 ans.

Dans les deux groupes, les patients résidant au domicile étaient les plus représentés (69,8% dans le groupe A et 80,2% dans le groupe B). Les patients résidant en EHPAD étaient plus nombreux dans le groupe A (22,1% vs 11,2%, $p < 0,01$).

Tableau 4 : Comparaisons des données socio-démographiques des groupes A et B

	Groupe A Appel Médecin Oui n = 86		Groupe B Appel Médecin Non n = 383		p
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	53	61,6	226	59,0	0,6547
Homme	33	38,4	157	41,0	
Âge moyen					
Moyenne écart-type	85,5 ± 5,9		85,3 ± 5,5		0,7760
Tranches d'âge					
[75-80[	21	24,4	85	22,2	0,6557
[80-85[	23	26,7	102	26,6	0,9830
[85-90[	21	24,4	113	29,5	0,3455
[90-95[	17	19,8	72	18,8	0,8360
95 ans et +	4	4,7	11	2,9	0,4932
Tranche horaire d'arrivée					
[08h30-12h[	31	36,0	111	29,0	0,1975
[12h-16h[	24	28,0	135	35,2	0,1937
[16h-20h30[	31	36,0	137	35,8	0,9615
Résidence					
Domicile	60	69,8	307	80,2	0,0348
EHPAD	19	22,1	43	11,2	0,0072
Autres	7	8,1	33	8,6	0,8863

Les valeurs sont exprimées en effectifs et % ou en moyenne ± écart-type

ii. Comparaison des données médicales

L'ensemble des comparaisons des deux groupes est représenté dans le **Tableau 5**.

La majorité des patients du groupe A relevaient d'une urgence d'origine cardio-pulmonaire (26,7%). A l'inverse, l'essentiel des patients du groupe B était des urgences traumatologiques (30,5%, contre seulement 10,5% pour le groupe A, $p < 0,001$). La part des urgences abdominales et sociales était significativement plus importante dans le groupe A que dans le groupe B (respectivement 16,3% vs 7,8%, $p < 0,02$ et 15,1% vs 4,4%, $p < 0,001$).

De la même façon, plus de patients étaient atteints d'au moins deux insuffisances d'organe dans le groupe A que dans le groupe B (respectivement 69,8% vs 58,2%, $p < 0,05$).

Il n'y a pas de différence significative concernant les prises médicamenteuses.

Dans le groupe A, plus de patients ont bénéficié d'examens radiologiques et biologiques que dans le groupe B (respectivement 90,7% vs 72,6%, $p < 0,001$ et 88,4% vs 73,4%, $p < 0,01$).

Plus de patients ont été hospitalisés dans le groupe A (76,7% vs 61,9%, $p < 0,01$). Le lieu d'hospitalisation ne différait pas entre les deux groupes.

Tableau 5 : Comparaison médicale des groupes A et B

	Groupe A Appel Médecin Oui n = 86		Groupe B Appel Médecin Non n = 383		p
	n	%	n	%	
Type d'urgences					
Traumatologie	9	10,5	117	30,5	0,0001
Cardio-Pulmonaire	23	26,7	108	28,2	0,7859
Abdominale	14	16,3	30	7,8	0,0152
Neurologie	13	15,1	51	13,3	0,6603
Médecine Polyvalente	14	16,3	60	15,7	0,8879
Social	13	15,1	17	4,4	0,0003
Polymédication					
Oui	59	68,6	220	57,4	0,0567
Non	27	31,4	163	42,6	
Polypathologies					
Oui	60	69,8	223	58,2	0,0480
Non	26	30,2	160	41,8	
Examen radiologique					
Oui	78	90,7	278	72,6	0,0004
Non	8	9,3	105	27,4	
Examen biologique					
Oui	76	88,4	281	73,4	0,0032
Non	10	11,6	102	26,6	
Devenir					
Retour au domicile	20	23,3	146	38,1	0,0092
Hospitalisation	66	76,7	237	61,9	
- Médecine ou Chirurgie	41	62,1	163	68,8	0,3148
- UHCD	13	19,7	43	18,1	0,3872
- Réanimation	12	18,2	31	13,1	0,0888

Les valeurs sont exprimées en effectif et %

iii. Comparaison des temps de prise en charge

Les différents temps de prise en charge sont résumés dans la **Figure C** et le **Tableau 6**.

On n'observait pas de différence significative concernant l'objectif principal de l'étude, à savoir la durée entre l'entrée et la fin de prise en charge du patient (4h10 dans le groupe A contre 4h14 dans le groupe B).

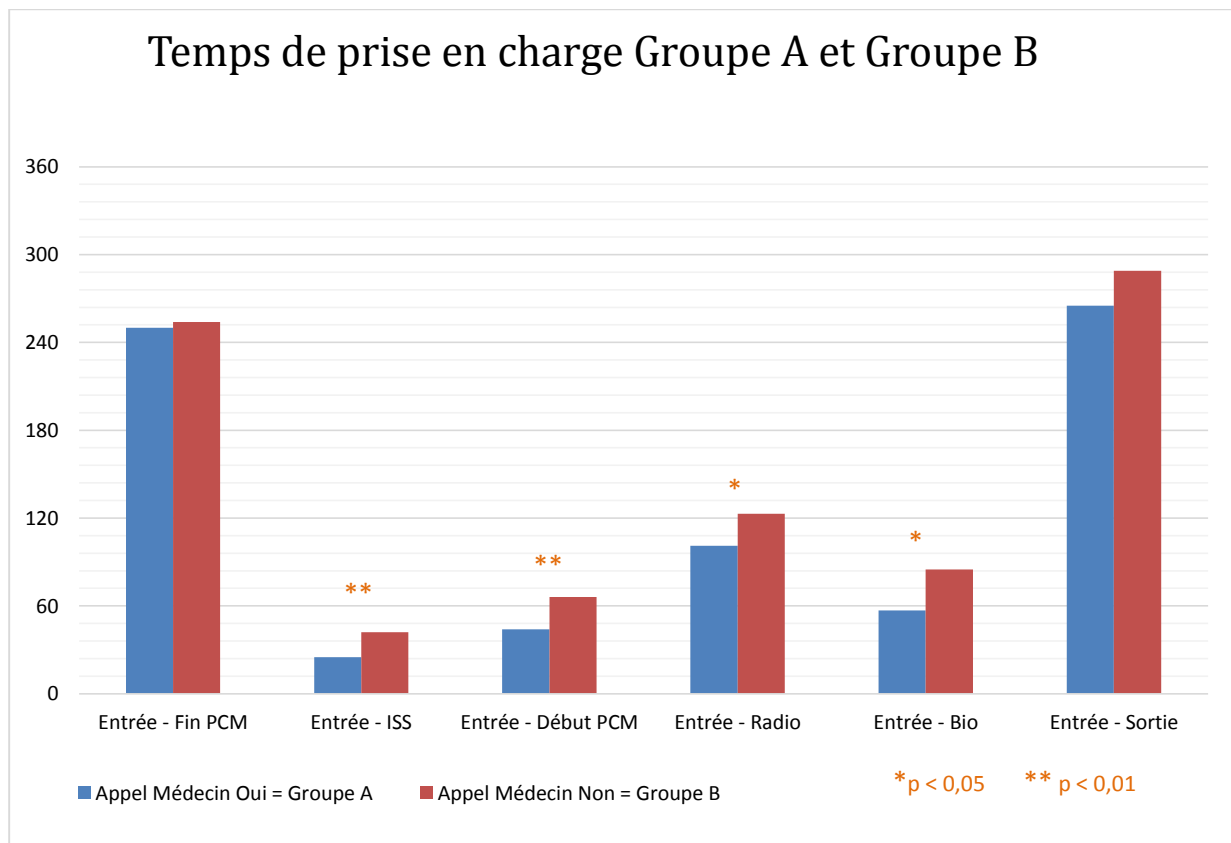
Dans le groupe A, le délai moyen était plus court de 17 minutes pour l'installation du patient en salle de soin ($0h25 \pm 0h38$ vs $0h42 \pm 0h54$, $p < 0,01$).

La prise en charge par le médecin débutait en moyenne 22 minutes plus tôt dans le groupe A ($0h44 \pm 0h42$ vs $1h06 \pm 1h00$, $p < 0,01$).

En cas d'examen(s) complémentaire(s), les examens biologiques étaient réalisés avant les examens radiologiques, et intervenaient dans un délai plus précoce dans le groupe A, respectivement de 28 minutes ($0h57 \pm 1h32$ vs $1h25 \pm 1h06$, $p < 0,02$) et 22 minutes ($1h41 \pm 1h07$ vs $2h03 \pm 1h20$, $p < 0,03$).

Le délai entrée-sortie n'était pas significativement différent dans les deux groupes, de même que la durée totale de la prise en charge du médecin.

Figure C : Graphique de comparaison des temps de prise en charge



Légende :

- PCM = Prise en Charge Médicale
- ISS = Installation en Salle de Soins
- Radio = Premier Examen Radiographique
- Bio = Premier Examen Biologique

Tableau 6 : Comparaison des temps de prise en charge des patients dans chaque groupe

Délai global	Groupe A Appel Médecin Oui n = 86		Groupe B Appel Médecin Non n = 383		p
	Durée	n	Durée	n	
Entrée – Fin de la prise en charge du médecin	4h10 ± 1h45	86	4h14 ± 1h49	383	0,6664
Entrée - Installation en salle de soin	0h25 ± 0h38	86	0h42 ± 0h54	383	0,0012
Entrée - Début de la prise en charge du médecin	0h44 ± 0h42	86	1h06 ± 1h00	383	0,0068
Entrée – Premier examen radiologique	1h41 ± 1h07	78	2h03 ± 1h20	278	0,0274
Entrée – Premier examen biologique	0h57 ± 1h32	76	1h25 ± 1h06	276	0,0126
Entrée – Sortie	4h25 ± 1h45	86	4h49 ± 2h34	383	0,1213

Les valeurs sont exprimées en moyenne ± écart-type

c. Comparaison des temps de prise en charge en fonction des différents sous-groupes

i. Urgences « traumatologie »

Les résultats d'analyse pour les urgences « traumatologiques » sont résumés dans le **Tableau 7**.

Les temps de prise en charge ont été plus courts dans le groupe A quel que soit le délai étudié mais les différences n'étaient globalement pas significatives. Seul le délai entre l'entrée et l'examen biologique était plus court de 1h10, pour les patients le groupe A (0h39 ± 0h22 vs 1h49 ± 1h13, $p < 0,03$).

Tableau 7 : Comparaison des groupes A et B pour les urgences « traumatologie »

Urgences « traumatologie »	Groupe A Appel Médecin Oui n = 9		Groupe B Appel Médecin Non n = 117		p
	Durée	n	Durée	n	
Entrée – Fin de la prise en charge du médecin	3h01 ± 1h57	9	3h39 ± 1h49	117	0,2598
Entrée - Installation en salle de soin	0h15 ± 0h12	9	0h39 ± 0h45	117	0,1777
Entrée - Début de la prise en charge du médecin	0h32 ± 0h33	9	1h01 ± 0h54	117	0,0698
Entrée – Premier examen radiologique	1h27 ± 1h53	9	1h48 ± 1h23	92	0,1609
Entrée – Premier examen biologique	0h39 ± 0h22	4	1h49 ± 1h13	43	0,0256
Entrée – Sortie	3h13 ± 1h46	9	4h08 ± 2h54	117	0,2462

Les valeurs sont exprimées en moyenne ± écart-type

ii. Urgences « cardio-pulmonaire »

Ces résultats sont résumés dans le **Tableau 8**.

De façon non significative, le délai de prise en charge selon l'objectif principal était plus court de 28 minutes ($4h12 \pm 1h49$ et $4h40 \pm 1h43$), de même que le délai entrée-début de prise en charge.

L'ensemble des autres délais étaient plus court pour les patients du groupe A. Le délai d'installation en salle de soin était inférieur de 26 minutes ($0h19 \pm 0h29$ vs $0h45 \pm 0h58$, $p < 0,01$), le délai entrée-premier examen biologique, inférieur de 49 minutes ($0h22 \pm 2h26$ vs $1h11 \pm 1h04$, $p < 0,01$), et le délai entrée-premier examen radiologique, inférieur de 42 minutes ($1h20 \pm 0h44$ vs $2h02 \pm 1h10$, $p < 0,04$).

La durée entre l'entrée et la sortie du patient était également diminuée de 49 minutes pour les patients du groupe A ($4h26 \pm 1h47$ vs $5h15 \pm 1h41$, $p < 0,02$).

Tableau 8 : Comparaison des groupes A et B pour les urgences « cardio-pulmonaire »

Urgences « cardio-pulmonaire »	Groupe A Appel Médecin Oui n = 23		Groupe B Appel Médecin Non n = 108		p
	Durée	n	Durée	n	
Entrée – Fin de la prise en charge du médecin	4h12 ± 1h49	23	4h40 ± 1h43	108	0,2160
Entrée - Installation en salle de soin	0h19 ± 0h29	23	0h45 ± 0h58	108	0,0038
Entrée - Début de la prise en charge du médecin	0h34 ± 0h36	23	1h03 ± 1h01	108	0,0589
Entrée – Premier examen radiologique	1h20 ± 0h44	23	2h02 ± 1h10	93	0,0084
Entrée – Premier examen biologique	0h22 ± 2h26	22	1h11 ± 1h04	105	0,0395
Entrée – Sortie	4h26 ± 1h47	23	5h15 ± 1h41	108	0,0190

Les valeurs sont exprimées en moyenne ± écart-type

iii. Urgences « pathologie abdominale »

Les résultats sont résumés dans le **Tableau 9**.

Dans cette comparaison, les différences observées n'étaient pas significatives.

Tableau 9 : Comparaison des groupes A et B pour les urgences « pathologie abdominale »

Urgences « pathologie abdominale »	Groupe A Appel Médecin Oui n = 14		Groupe B Appel Médecin Non n = 30		p
	Durée	n	Durée	n	
Entrée – Fin de la prise en charge du médecin	4h36 ± 1h42	14	5h13 ± 1h49	30	0,2379
Entrée - Installation en salle de soin	0h28 ± 1h00	14	0h47 ± 1h24	30	0,1841
Entrée - Début de la prise en charge du médecin	0h50 ± 0h59	14	0h55 ± 0h56	30	0,6433
Entrée – Premier examen radiologique	2h00 ± 1h02	14	2h14 ± 1h47	17	0,9686
Entrée – Premier examen biologique	1h21 ± 1h05	13	1h14 ± 0h49	28	0,8237
Entrée – Sortie	4h57 ± 1h47	14	5h38 ± 2h03	30	0,3252

Les valeurs sont exprimées en moyenne ± écart-type

iv. Urgences « neurologie »

Les résultats sont résumés dans le **Tableau 10**.

Quel que soit le temps de prise en charge étudié, celui-ci était plus court dans le groupe A mais ne différait pas de façon significative du groupe B.

Tableau 10 : Comparaison des groupes A et B pour les urgences « neurologie »

Urgences « neurologie »	Groupe A Appel Médecin Oui n = 13		Groupe B Appel Médecin Non n = 51		p
	Durée	n	Durée	n	
Entrée – Fin de la prise en charge du médecin	3h49 ± 1h02	13	4h26 ± 1h39	51	0,1760
Entrée - Installation en salle de soin	0h16 ± 0h19	13	0h40 ± 0h50	51	0,2240
Entrée - Début de la prise en charge du médecin	0h50 ± 0h43	13	1h23 ± 1h14	51	0,3009
Entrée – Premier examen radiologique	1h34 ± 0h49	12	2h38 ± 1h41	31	0,0767
Entrée – Premier examen biologique	0h52 ± 0h47	12	1h19 ± 1h11	43	0,1564
Entrée – Sortie	4h10 ± 1h01	13	5h22 ± 3h49	51	0,1922

Les valeurs sont exprimées en moyenne ± écart-type

v. Urgences Médecine Polyvalente

Les résultats sont représentés dans le **Tableau 11**.

Dans ce sous-groupe d'analyse, on retrouvait une durée entre l'entrée et la fin de la prise en charge médicale plus longue de 1h23, dans le groupe A ($5h00 \pm 1h46$ vs $3h37 \pm 1h44$, $p < 0,02$).

Les différences observées pour les durées pour l'installation en salle de soin, le début de la prise en charge médicale et les examens biologiques et radiologiques, n'étaient pas significatives.

Tableau 11 : Comparaison des groupes A et B pour les urgences « médecine polyvalente »

	Groupe A		Groupe B		p
	Appel Médecin Oui n = 14		Appel Médecin Non n = 60		
Urgences « médecine polyvalente »	Durée	n	Durée	n	
Entrée – Fin de la prise en charge du médecin	$5h00 \pm 1h46$	14	$3h37 \pm 1h44$	60	0,0140
Entrée - Installation en salle de soin	$0h45 \pm 0h51$	14	$0h33 \pm 0h36$	60	0,6849
Entrée - Début de la prise en charge du médecin	$0h52 \pm 0h37$	14	$0h59 \pm 0h44$	60	0,8098
Entrée – Premier examen radiologique	$1h44 \pm 1h01$	11	$1h57 \pm 0h42$	35	0,4745
Entrée – Premier examen biologique	$1h25 \pm 0h55$	13	$1h32 \pm 1h02$	48	0,9092
Entrée – Sortie	$5h07 \pm 1h50$	14	$4h19 \pm 1h56$	60	0,1282

Les valeurs sont exprimées en moyenne \pm écart-type

vi. Urgences « sociale »

Ces résultats sont résumés dans le **Tableau 12**.

Sur l'analyse de l'objectif principal, on observait un délai plus court de 1h23 pour le groupe A ($3h54 \pm 1h49$ vs $5h17 \pm 1h28$, $p < 0,04$).

L'installation en salle de soins était plus rapide ($0h26 \pm 0h26$ vs $1h21 \pm 1h14$, $p < 0,02$), de même que le délai entre l'entrée et le premier examen biologique ($1h18 \pm 0h43$ vs $2h05 \pm 0h59$, $p < 0,05$).

Les différences de délais entrée-début de la prise en charge médicale et entrée-réalisation du premier examen radiologique n'étaient pas significatives entre les deux groupes comparés.

Les patients du groupe A avaient un délai entre l'entrée et la sortie du service plus court de 1h29 ($4h06 \pm 1h54$ vs $5h35 \pm 1h24$, $p < 0,05$).

Tableau 12 : Comparaison des groupes A et B pour les urgences « sociale »

Urgences « sociale »	Groupe A Appel Médecin Oui n = 13		Groupe B Appel Médecin Non n = 17		p
	Durée	n	Durée	n	
Entrée – Fin de la prise en charge du médecin	$3h54 \pm 1h49$	13	$5h17 \pm 1h28$	17	0,0395
Entrée - Installation en salle de soin	$0h26 \pm 0h26$	13	$1h21 \pm 1h14$	17	0,0154
Entrée - Début de la prise en charge du médecin	$0h51 \pm 0h42$	13	$1h44 \pm 1h23$	17	0,0563
Entrée – Premier examen radiologique	$2h25 \pm 1h21$	9	$2h58 \pm 1h08$	10	0,3208
Entrée – Premier examen biologique	$1h18 \pm 0h43$	12	$2h05 \pm 0h59$	14	0,0363
Entrée – Sortie	$4h06 \pm 1h54$	13	$5h35 \pm 1h24$	17	0,0494

Les valeurs exprimées sont en moyenne \pm écart-type

III- ANALYSE ET DISCUSSION

Comparativement aux données recueillies par l'ORU-MiP sur l'année 2013, les caractéristiques socio-démographiques de la population de notre étude ne diffère pas de la population générale³⁰. La grande majorité des patients proviennent du domicile (78,3%). Les appels de médecin traitant (groupe A) sont presque deux fois plus fréquents pour les patients institutionnalisés en EHPAD (22,1% vs 11,2% $p<0,01$).

Concernant les données médicales, le groupe A comporte plus de patients polypathologiques (69,8% vs 58,2%), et ayant un motif médico-chirurgical de consultation. La pathologie cardio-pulmonaire représente plus du quart de ces patients (26,7%), contrairement à la pathologie traumatique qui est minoritaire en nombre d'appel (10,5%), à l'inverse du groupe B. Il s'agit d'un élément qualitatif qui montre que les appels de MT concernent des patients lourds dont la prise en charge risque d'être complexe et longue. Ces patients reçoivent plus d'examens complémentaires biologique ou radiographique et sont plus fréquemment hospitalisés (76,7% vs 61,9%, $p<0,01$).

On note que sur l'ensemble des patients, le délai entrée-fin de prise en charge médicale ne varie pas d'un groupe à l'autre. A contrario, les autres délais sont plus court dans le groupe A, pour l'installation en salle de soin (-17 minutes), la prise en charge médicale initiale (-22 minutes), les examens complémentaires radiologique (-22 minutes) et biologique (-28 minutes). Ce gain de temps significatif démontre que l'appel du MT permet une anticipation sur le plan médical et paramédical.

Par contre, l'étude des délais en fonction des diagnostics initiaux révèle des points forts mais aussi des limites.

Dans le groupe A, les résultats font état d'améliorations notables. Les urgences cardio-pulmonaires, qui regroupent plus du quart (26,7%) des effectifs du groupe A, font état de délais significativement plus court au sein de ce même groupe. Ces délais concernent l'installation en salle de soin (-26 minutes), les premiers examens radiologique (-42 minutes) et biologique (-49 minutes). Les patients sont plus rapidement orientés, et leur temps de passage global aux urgences est bien plus court (15% de temps en moins par rapport au groupe B).

Les urgences « sociale » ont également bénéficié d'une amélioration franche et notable du temps de prise en charge. Bien que l'effectif des deux sous-groupes soit faible, il est cependant comparable (13 patients dans le groupe A pour 17 patients dans le groupe B) nous permettant de mettre en évidence un délai entrée-fin de prise en charge médicale nettement plus court (-83 minutes). Ce délai est raccourci de façon significative pour l'installation en salle de soin et le premier examen biologique (respectivement -55 minutes et -47 minutes). Ceci permet finalement aux patients du groupe A de bénéficier d'un temps global de prise en charge aux urgences moins long d'environ 90 minutes (soit 26,5% de temps en moins). Il est important de noter que ce type d'urgence est souvent plus compliqué à gérer pour le médecin urgentiste. En effet, il regroupe l'ensemble des prises en charge complexes telles que les altérations de l'état général, les problèmes de maintien au domicile, et autres difficultés d'ordre socio-environnemental. L'étude de cohorte EDEN³¹, portant sur 422 patients a d'ailleurs montré un taux de mortalité significativement plus important pour les patients admis aux urgences pour des troubles sociaux.

A contrario, nous n'avons pas noté d'améliorations significatives pour les deux sous-groupes « pathologie abdominale » et « neurologie ». Les différences observées sont minimes, en raison d'effectifs trop faibles.

De plus, l'analyse du sous-groupe urgences « médecine polyvalente » montre une tendance péjorative pour le groupe A. En effet, on note pour ce dernier, un délai entrée-fin de prise en charge du médecin significativement beaucoup plus longue (+83 minutes), les autres délais étudiés étant peu différents et non significatifs. Cependant, il convient d'interpréter ce résultat avec précaution, en raison du caractère peu homogène de ce sous-groupe. Comme nous l'avons décrit dans Patients et Méthodes, ce type d'urgences représente un groupe par « défaut », puisqu'il a été défini comme le sous-groupe reprenant les patients ayant une symptomatologie ne s'incluant pas dans les autres types d'urgences. Ce choix a été ainsi fait en raison d'un effectif insuffisant pour permettre de scinder ce groupe.

Les différents sous-groupes d'analyse ne sont donc pas contradictoires en termes de résultats.

Dans l'interprétation des résultats, nous devons également tenir compte des problèmes logistiques rencontrés pendant la réalisation de cette étude. En effet, le nouveau logiciel de saisie informatique *Cortexte- Corpus* est une évolution du logiciel précédent, dont la mise en place a débuté quelques mois avant le début de l'étude. S'il a permis d'obtenir l'ensemble des données utilisées dans notre étude, certaines saisies ont pu être faites avec retard, notamment en ce qui

concerne la fin de la prise en charge médicale. Si celle-ci n'est pas enregistrée volontairement, c'est l'heure de sortie du service des urgences qui est retenue par défaut, pouvant ainsi allonger considérablement le délai entrée-fin de prise en charge médicale. Par ailleurs, notre étude a été menée seulement 6 mois après la mise en service de la ligne téléphonique, ceci pouvant expliquer les faibles effectifs du groupe avec appel du médecin traitant.

Sur l'ensemble de notre étude, nous pouvons dire que l'appel du médecin traitant améliore le temps de prise en charge dans le service des urgences. L'échange des données clinique, thérapeutique ainsi que sociale entre le MAO et le MT permet d'anticiper les actions de santé dès l'admission du patient. Cette notion est importante car la gestion de ces patients qui arrivent quotidiennement au sein des SAU est chronophage pour les médecins urgentistes. Avoir une bonne prise en charge médicale, le choix de l'orientation, la recherche d'un service et d'un lit d'accueil avec un médecin référent prend un temps considérable.

IV- CONCLUSION

Notre étude est basée sur un concept qui, à notre connaissance, n'a jamais été évalué jusqu'ici. En dépit des faibles effectifs de notre étude, certaines données sont tout de même en faveur d'une amélioration du temps de prise en charge des patients de plus de 75 ans aux urgences pour ceux ayant bénéficié de l'appel du médecin traitant.

L'action d'anticipation que permet ce contact téléphonique médecin traitant-médecin d'accueil des urgences est indéniable, bien qu'il existe un temps de prise en charge incompressible dû à l'attente des résultats biologiques, les attentes d'avis de spécialités, réévaluation des patients, etc.... En plus d'être un avantage pour le patient, cet appel permet une amélioration du fonctionnement des urgences en limitant le temps d'attente des personnes âgées avant leur hospitalisation dans le service approprié.

Il est donc important de sensibiliser les médecins traitants à contacter le médecin d'accueil des urgences dans ce but, afin de limiter les risques de complications, tout en améliorant la qualité des soins délivrés.

Si les résultats de notre étude sont en faveur d'une amélioration du temps de prise en charge des patients de plus de 75 ans au sein du service des urgences de l'HPA, son installation très récente mérite d'être réévaluée à distance. Les études à venir devront porter sur des effectifs plus importants et des groupes mieux définis afin de confirmer les tendances observées dans ce travail.

Malgré les limites liées à un défaut de puissance, les résultats sont encourageants, et nous incitent à poursuivre l'usage de ce numéro téléphonique spécifique, à l'améliorer et le généraliser.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport Insee- Bilan démographique 2013.
2. Rapport annuel 2012 | ORUMIP.
3. Naughton, B. J., Moran, M. B., Feinglass, J., Falconer, J. & Williams, M. E. Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: a randomized trial. *J. Am. Geriatr. Soc.* **42**, 1045–1049 (1994).
4. INSEE, Robert-Bobée I. Projection de population 2005-2050 pour la France métropolitaine. (2006).
5. Sieurin A., Cambois E. & Robine J-M. Les espérances de vie sans incapacité en France : Une tendance récente moins favorable que dans le passé. *INED* (2011).
6. Rapport insee. Bassin de santé Castres, Mazamet. Population générale. (2011).
7. Rapport insee. Bassin de santé Castres, Mazamet. Population âgée. (2012).
8. Sternberg, S. A., Wershof Schwartz, A., Karunanathan, S., Bergman, H. & Mark Clarfield, A. The identification of frailty: a systematic literature review. *J. Am. Geriatr. Soc.* **59**, 2129–2138 (2011).
9. Vellas, B. *et al.* Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J. Nutr. Health Aging* **17**, 629–631 (2013).
10. Escobar-Bravo, M. Á., Jürschik, P., Botigué, T. & Nuin, C. [Frailty as a predictor of mortality in a cohort of people aged 75 years and older.]. *Gac. Sanit. SESPAS* (2014). doi:10.1016/j.gaceta.2014.06.005
11. Lim, K. H. & Yap, K. B. The presentation of elderly people at an emergency department in Singapore. *Singapore Med. J.* **40**, 742–744 (1999).
12. Fernandez, L. S., Byard, D., Lin, C.-C., Benson, S. & Barbera, J. A. Frail elderly as disaster victims: emergency management strategies. *Prehospital Disaster Med.* **17**, 67–74 (2002).

13. Goldstein, J. *et al.* Assessment of older adults by emergency medical services: methodology and feasibility of a care partner Comprehensive Geriatric Assessment (CP-CGA). *CJEM* **16**, 2–15 (2014).
14. Dickinson, E. T., Verdile, V. P., Kostyun, C. T. & Salluzzo, R. F. Geriatric use of emergency medical services. *Ann. Emerg. Med.* **27**, 199–203 (1996).
15. Sanon, M., Baumlin, K. M., Kaplan, S. S. & Grudzen, C. R. Care and Respect for Elders in Emergencies program: a preliminary report of a volunteer approach to enhance care in the emergency department. *J. Am. Geriatr. Soc.* **62**, 365–370 (2014).
16. Chansou A, F. A., Mouchague JM, Machado G & Guillotin P. Les personnes âgées aux urgences : Passages appropriés ? *J. Eur. Urgences* (2009).
17. Greenwald, P. W., Stern, M. E., Rosen, T., Clark, S. & Flomenbaum, N. Trends in short-stay hospitalizations for older adults from 1990 to 2010: implications for geriatric emergency care. *Am. J. Emerg. Med.* **32**, 311–314 (2014).
18. Tavassoli, N. *et al.* Description of 1,108 older patients referred by their physician to the ‘Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability’ at the gerontopole. *J. Nutr. Health Aging* **18**, 457–464 (2014).
19. Asomaning, N. & Loftus, C. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Screening Tool in the Emergency Department: Implementation Using the Plan-Do-Study-Act Model and Validation Results. *J. Emerg. Nurs. JEN Off. Publ. Emerg. Dep. Nurses Assoc.* **40**, 357–364.e1 (2014).
20. Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O’Neill, D. & Langhorne, P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* **343**, d6553 (2011).
21. Salvi, F. *et al.* Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). *J. Nutr. Health Aging* **16**, 313–318 (2012).
22. Wou, F. *et al.* The predictive properties of frailty-rating scales in the acute medical unit. *Age Ageing* **42**, 776–781 (2013).

23. Jones, S. & Wallis, P. Effectiveness of a geriatrician in the emergency department in facilitating safe admission prevention of older patients. *Clin. Med. Lond. Engl.* **13**, 561–564 (2013).
24. Launay, C. P. *et al.* Mobile geriatric team advice: effect on length of hospital stay in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* **62**, 390–391 (2014).
25. Launay, C., Annweiler, C., de Decker, L., Kabeshova, A. & Beauchet, O. Early hospital discharge of older adults admitted to the emergency department: effect of different types of recommendations made by a mobile geriatric team. *J. Am. Geriatr. Soc.* **61**, 1031–1033 (2013).
26. La dépêche. Castres. Gériatrie : Une longueur d’avance pour le Chic. (2013).
27. UPS Toulouse III. Cours de DES de Médecine Générale. (2006).
28. Wright, P. N., Tan, G., Iliffe, S. & Lee, D. The impact of a new emergency admission avoidance system for older people on length of stay and same-day discharges. *Age Ageing* **43**, 116–121 (2014).
29. Keyes, D. C., Singal, B., Kropf, C. W. & Fisk, A. Impact of a new senior emergency department on emergency department recidivism, rate of hospital admission, and hospital length of stay. *Ann. Emerg. Med.* **63**, 517–524 (2014).
30. Rapport ORU-MiP annuel. (2013).
31. Launay, C. P. *et al.* Risk of in-hospital mortality following emergency department admission: results from the geriatric EDEN cohort study. *J. Nutr. Health Aging* **18**, 83–86 (2014).

INTERET DE LA MISE EN PLACE D'UNE LIGNE TELEPHONIQUE MEDECIN GENERALISTE-MEDECIN D'ACCUEIL DES URGENCES SUR LE TEMPS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS.

Toulouse, 2014

Introduction : Le temps de prise en charge des patients de plus de 75 ans au sein des services d'urgences est le plus long de toutes les tranches d'âge. Ceci a comme conséquence une augmentation de la morbi-mortalité. A travers la mise en place d'une ligne téléphonique spécifique entre le médecin traitant (MT) et le médecin d'accueil des urgences (MAO), nous avons évalué le temps de prise en charge pour les patients de plus de 75 ans ayant bénéficié de cet appel.

Patients et Méthodes : Du 20 décembre 2012 au 10 février 2014, nous avons considéré prospectivement pour l'inclusion tous les patients de plus de 75 ans pris en charge aux urgences de l'Hôpital du Pays d'Autant, entre 8h30 et 20h30 en jour de semaine. Ils ont été répartis en deux groupes en fonction de l'appel du médecin traitant (groupe A) ou non (groupe B). Des sous-groupes ont ensuite été définis en fonction de la symptomatologie présentée à l'admission. L'ensemble des données a été recueilli informatiquement.

Résultats : Nous avons inclus 469 patients, 86 dans le groupe A et 383 dans le groupe B. Le délai entrée-fin de prise en charge médicale était de $4h10 \pm 1h45$ dans le groupe A et de $4h14 \pm 1h49$ dans le groupe B ($p=0,66$). L'analyse des différents sous-groupes montre des différences significatives, notamment concernant les urgences « sociale » avec un délai diminué de $1h23$ pour le groupe A ($p<0,02$). Les délais d'étude secondaire sont globalement plus court dans le groupe A ($p<0,05$), avec des différences observées au sein des sous-groupes.

Conclusion : Notre étude démontre un intérêt de l'appel du MT sur le temps de prise en charge des plus de 75 ans dans certains sous-groupes. Du fait d'un manque de puissance, d'autres études devront confirmer la tendance encourageante sur l'intérêt de la mise en place de cette ligne téléphonique spécifique.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : médecine générale, médecin traitant, urgences, gériatrie, temps de prise en charge, ligne téléphonique spécifique.

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil, 133, route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex 04-France

Directeur de thèse : Docteur Josiane BOULARAN