

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2019

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 26 septembre 2019 à Poitiers
par l'interne François Gaillot

Titre

« Influence d'un adressage médical sur la prise en charge aux urgences d'Angoulême sur le parcours de soins des patients présentant une douleur abdominale »

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Professeur Jean-Louis KRAIMPS
Madame le Docteur Ginette FOTSING

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent DELAIRE

Liste des enseignants :



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORLOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTEAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements :

A Monsieur le président de jury, le Pr. Olivier MIMOZ,

Vous m'honorez de votre présence à cette soutenance, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et de votre implication dans la formation du DESC d'urgence de Poitiers. Recevez l'assurance de ma sincère considération.

A Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY,

Merci de siéger à cette soutenance et d'accepter de juger ce travail à la lumière de vos qualités et de votre implication dans l'enseignement de la médecine générale. Veuillez trouver ici mes sentiments les plus sincères.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis KRAIMPS,

Merci d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury et de l'intérêt que vous portez envers ce travail de thèse, veuillez accepter l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A Madame le Docteur Ginette FOTSING,

Je vous remercie de siéger au sein de ce jury et d'apporter un regard avisé sur ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Laurent DELAIRE,

Merci à vous pour votre investissement aux urgences et pour ma thèse. Votre disponibilité et votre aide m'ont permis de réaliser ce travail et bien plus encore. Recevez toute ma sympathie.

A ma mère, pour son soutien inébranlable durant toutes ces années qui m'a permis d'arriver jusque-là.

A ma tante, pour sa joie, sa bonne humeur et au souvenir des inventaires et saisons endiablés au marché U.

A Mathilde, ma plus belle rencontre à Angoulême, pour ta présence et ton soutien infailible ces dernières années, ma petite expat du grand ch'nord, mon ch'ti soleil.

A mon père, qui a toujours cru en moi et m'a encouragé depuis le Périgord.

A ma sœur Eva, pour qui je n'ai pas toujours pu être présent mais qui me soutient coûte que coûte et inversement.

A Jade, ma plus belle rencontre à la faculté, seuls les kilomètres nous séparent.

A Thomas B., pour son sens aiguisé de la critique et de la mauvaise foi qu'on partage.

A Corine, pour le temps consacré à rendre mes travaux orthographiquement corrects.

A Rémi, pour ses folles années en colocation à Bordeaux.

A Inès, pour notre amitié de longue date

A Marie, Hanna, Basile, Alexandre, Nicolas et Mickaël, pour tous ces bons moments et fou rire partagés.

A Elodie, Estelle, Morgane, Adrien, Kevin, Maxime et Thomas D., pour m'accompagner dans cette aventure de l'internat Poitevin.

A Amandine, Charlotte, Clémentine, Gaele, Pierre N. et Pierre N., pour cette colocation de folie et toutes ces bonnes soirées. **A Waldenbeck.**

A Monsieur le Docteur Vincent JEDAT, pour son temps et sa patience qu'il a consacré à m'encadrer dans mon apprentissage de la médecine générale.

A Monsieur Stephane DELANCE, pour le temps consacré à m'aider à concrétiser ce travail.

A l'équipe des urgences d'Angoulême, pour votre implication dans mon apprentissage et pour m'avoir fait découvrir les urgences d'une autre façon.

A Elodie et Olivier, tout particulièrement qui ont toujours su être de bon conseil et pédagogues peu importe les moments.

A Monsieur le Docteur Gilles RAYMOND, pour m'avoir fait découvrir le métier de médecin généraliste.

A Madame le Docteur Bérengère PALLOT, pour m'avoir fait vivre sa passion du métier.

A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA, pour son implication et son travail d'excellence dans l'enseignement de la médecine générale.

A l'équipe de pédiatrie à Niort, pour son encadrement et l'équipe soignante.

A l'équipe de Gériatrie d'Angoulême, pour tous les bons souvenirs et avec qui il me tarde de collaborer.

A l'équipe de Réanimation d'Angoulême, pour leur passion du patient et de son entourage et leur partage de l'enseignement, avec qui il me tarde de travailler.

A l'équipe des urgences et du SAMU de Poitiers, avec qui j'apprends tous les jours et vis ma passion.

A la maison médicale de Jarnac, pour m'avoir offert un bureau pendant la rédaction de ce travail.

A Skyr, pour ta douceur journalière, ta ronronthérapie quand il te chante et ta participation aux coquilles lorsque tu marches sur le clavier.

Table des matières :

<i>Liste des enseignants :</i>	2
<i>Remerciements :</i>	4
<i>Abréviations :</i>	7
<i>Introduction :</i>	8
<i>Prérequis :</i>	10
<i>Matériel et méthode :</i>	12
Critères d'inclusion :	12
Critères d'exclusion :	12
Critère de jugement principal:	13
Critères de jugement secondaire :	13
Méthode :	13
<i>Résultats :</i>	15
<i>Discussion :</i>	36
<i>Conclusion :</i>	52
<i>Bibliographie :</i>	53
<i>Résumé et mots clés :</i>	59
<i>Serment d'Hippocrate :</i>	60

Abréviations :

ASP	Abdomen sans préparation
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CHA	Centre hospitalier d'Angoulême
CHU	Centre hospitalier universitaire
CRP	Protéine C réactive
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EVA	Échelle visuelle analogique
GEMSA	Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil des urgences
HTA	Hypertension artérielle
IAO	Infirmière d'accueil et d'orientation
IGS	Indice de gravité simplifié
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAO	Médecin d'accueil et d'orientation
MG	Médecin généraliste
ORUNA	Observatoire régional des urgences de la région Nouvelle-Aquitaine
SAU	Service d'accueil des urgences
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
USI	Unité de soins intensifs

Introduction :

Depuis maintenant plusieurs années on observe une augmentation du nombre de consultations aux urgences, on l'estime en moyenne à 3,6% [1]. Il paraît impossible de poursuivre indéfiniment comme cela, cette perte de contrôle et la désorganisation qu'elle engendre explique en partie les mouvements de contestation et les grèves que nous connaissons actuellement. On observe un peu plus de 51 000 passages par an aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême (CHA) en 2018 [2], lieu de cette étude. On estime à près de 60 000 le nombre de passages à l'horizon 2021. Face à cela, une politique de réorientation a été mise en place au SAU du CHA depuis 1999. Un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) est présent du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 . Il évalue les patients se présentant au SAU accompagné de l'IAO. Il propose une réorientation vers le médecin généraliste quand la situation s'y prête. Ce médecin est joignable via une ligne directe par tous les intervenants notamment par les médecins généralistes (MG). Il convient après discussion au téléphone de l'intérêt du passage aux urgences pour le patient et organise les futures entrées attendues. Dans les observations faites sur les passages aux urgences, les douleurs abdominales correspondent au premier motif de consultation et d'hospitalisation [2]. Elles correspondent également à l'un des motifs pour lequel la réorientation vers le MG n'est pas proposée au CHA. Ces douleurs balayent un champ de pathologies variées touchant de multiples organes, avec des niveaux de gravité différents et souvent sources d'anxiété pour les patients devant la pluralité de diagnostics possibles et potentiellement graves.

Cependant, la réorientation n'est jamais proposée pour les douleurs abdominales au SAU du CHA. A la lumière de ce constat et au vu des incitations récentes du gouvernement à mettre en place des protocoles de réorientations vers les cabinets de ville [1], nous souhaitons repenser la réorientation des patients souffrant de douleurs abdominales avec l'appui de données solides. L'objet de ce travail est de comparer et d'évaluer 2 populations souffrant de douleurs

abdominales, celle des consultations spontanées et celle des patients adressés par le MG. Le critère de jugement principal choisi pour cette étude est la survenue d'une hospitalisation à l'issue du passage aux urgences. Les critères secondaires ont pour but d'identifier les éléments différenciant ces 2 populations afin d'établir des arguments qui pourraient justifier une réorientation.

Prérequis :

L'observatoire régional des urgences de la région Nouvelle-Aquitaine (ORUNA) rapporte 36 561 passages supplémentaires entre 2017 et 2018 [2]. Si l'on se concentre sur les urgences du centre hospitalier d'Angoulême (CHA), lieu de cette étude, la tendance est la même. On observe ainsi 2 182 passages supplémentaires entre 2017 et 2018 soit une augmentation de 4,45%. Tout cela s'inscrit dans un contexte de baisse du nombre de (MG). On observe ainsi une diminution de 4,5% du nombre de médecins généralistes sur la région Nouvelle aquitaine entre 2007 et 2016 [3]. La tendance est la même en Charente avec une diminution du nombre de MG en activité régulière, passant de 471 en 2010 à 410 en 2018 soit une différence de presque 13% [4].

Le CHA est situé dans le secteur sud/sud-ouest de la Charente en périphérie de la ville d'Angoulême. Sa capacité d'accueil est de 473 lits tous services de médecine, chirurgie et obstétrique confondus. L'hôpital présente 3 structures d'accueil d'urgence : les urgences pédiatriques, les urgences gynécologiques et les urgences adultes. Par convention avec la pédiatrie, le SAU adulte s'occupe uniquement des douleurs abdominales traumatiques chez les enfants de moins de 15 ans et 3 mois. Un autre point important à signaler sur le fonctionnement du CHA dans le cadre de cette étude concerne les hospitalisations. En effet celles-ci doivent être acceptées par le médecin d'astreinte du service, il n'existe pas de lit d'hébergement pour un autre service.

Il existe au SAU du CHA une filière de consultation post-urgence, avec un registre permettant d'organiser les examens en externe pour les patients ne présentant pas de critère d'urgence pour leurs réalisations immédiates. Les patients bénéficient par la suite d'une consultation dédiée aux urgences pour communiquer les résultats et proposer la suite de la prise en charge. De plus, pour les coliques néphrétiques sans critère de gravité, les patients bénéficient d'une plage horaire dédiée au scanner le lendemain à partir de 8h30.

Ces consultations post-urgences sont considérées comme la suite de la prise en charge des patients et font donc partie d'un même épisode de soins. Celles-ci sont à distinguer des reconsultations qui correspondent aux patients se présentant une seconde fois aux urgences pour les mêmes symptômes.

- Classification des urgences :

La classification des patients aux urgences s'effectue selon 2 échelles :

La classification des malades aux urgences (CCMU), basée sur un jugement médical subjectif, prend en compte le pronostic vital et les examens réalisés. Le classement va de 1 à 5, la gravité étant croissante avec le chiffre. S'y ajoute 2 catégories supplémentaires, le CCMU « P » pour les problèmes d'ordre psychiatrique ou psychologique et le CCMU « D » lorsque le patient est décédé.

La seconde échelle est celle du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil des urgences (GEMSA), elle distingue 6 catégories et reflètent le circuit du patient et la gravité :

GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation.

GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins.

GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.

GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.

GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour une raison d'organisation

GEMSA 6 : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée

Matériel et méthode :

Ce travail est une étude rétrospective, descriptive et comparative réalisée au service d'accueil des urgences adultes (SAU) du CHA sur une période de 2 mois, du 1^{er} Novembre au 31 décembre 2018.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus, les patients de plus de 15 ans et 3 mois, se présentant aux SAU les jours de semaine pour une douleur abdominale. Les patients ont été répartis selon le fait d'être ou non adressé par un médecin généraliste, que celui-ci soit leur médecin traitant, un de ses collègues ou un remplaçant. Les passages convenus par téléphone avec le MAO sans présence d'un courrier d'adressage ont été comptabilisés comme adressés par le MG.

Critères d'exclusion :

Les patients exclus sont ceux se présentant avant 8h30 et au-delà de 20h30 ou les patients consultant un jour férié, ceux dont l'observation médicale ne retrouvait pas de douleur abdominale. Ceux consultant pour une douleur abdominale secondaire à un traumatisme et ceux conduit aux urgences après un contact par un médecin d'un service hospitalier du CHA ou d'un autre centre hospitalier ainsi que ceux amenés par une équipe SMUR. Les patients mineurs de moins de 15 ans et 3 mois et les examens pour garde à vue ont été également exclus. Nous avons également exclu les patients convoqués pour une consultation de post-urgence antérieure à la période de l'étude.

Nous avons exclu le second passage d'une même personne celui-ci étant considéré comme une reconsultation.

Critère de jugement principal:

Le critère de jugement principal est la survenue d'une hospitalisation à l'issue du passage aux urgences.

Critères de jugement secondaire :

En analyse secondaire nous avons étudié la CCMU, la durée de passage aux urgences, le sexe, l'âge, l'échelle visuelle analogique (EVA), le nombre de comorbidité (de 1 à 4), la demande d'examens biologiques, la valeur de la protéine C réactive (CRP), la réalisation d'examens radiologiques, la survenue d'un bloc opératoire, si celui-ci survient dans les 24h. Les consultations post-urgences ainsi que la survenue d'une hospitalisation à la suite de celles-ci. Les reconsultations pour un motif identique et les hospitalisations survenant à la suite de ce deuxième passage.

Méthode :

Les données sont issues du logiciel dossier médical urgences (DMU), pour chaque patient ont été recueillis :

- La présence d'un courrier médical ou un appel du MG
- Le type de sortie et le service d'hospitalisation. Les passages en UHCD ont été codés selon le type de sortie à l'issue du passage.
- Le sexe et l'âge
- La date et l'heure d'entrée et sortie
- L'EVA déclarée à l'entrée par le patient
- Les comorbidités : pathologies chroniques, antécédents de chirurgie digestive, les néoplasies, les facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, diabète, obésité, dyslipidémie) et insuffisance rénale chronique.

- La CCMU et le GEMSA
- La prescription d'examens biologiques et la valeur de la CRP si celle-ci est présente
- La prescription d'une imagerie abdominale et laquelle
- La demande d'un avis spécialisé et la spécialité médical de l'avis
- La survenue d'un bloc opératoire avec la date et l'heure
- Les diagnostic posés lors des consultations post-urgences
- Le diagnostic principal
- La survenue d'une reconsultation, une hospitalisation secondaire à cette reconsultation et le service d'hospitalisation.

Les données ont été anonymisées et rentrées dans le logiciel Microsoft Excel.

L'analyse des résultats a été effectuée pour l'analyse univariée par un logiciel de statistiques en ligne BiostatTGV et Aly-abbara. Les variables qualitatives ont été étudiées à l'aide de χ^2 ou par test exact de Fischer en cas de petits effectifs. Les variables quantitatives continues ont été comparées à l'aide de test t de Student réalisé en bilatéral.

Le seuil de significativité retenu est $p \leq 0,05$.

Résultats :

634 patients ont été inclus pour une douleur abdominale entre le 1 novembre 2018 et le 31 décembre 2018, 232 ont été exclus. Parmi les 402 patients retenus, 243 étaient des femmes, 172 patients ont été adressés aux urgences et 230 ont consulté de manière spontanée. On ne constate pas de différence significative entre le nombre d'hommes et de femmes dans les 2 groupes ($p=0,413$). On note une population majoritairement féminine représentée à 60,5%.

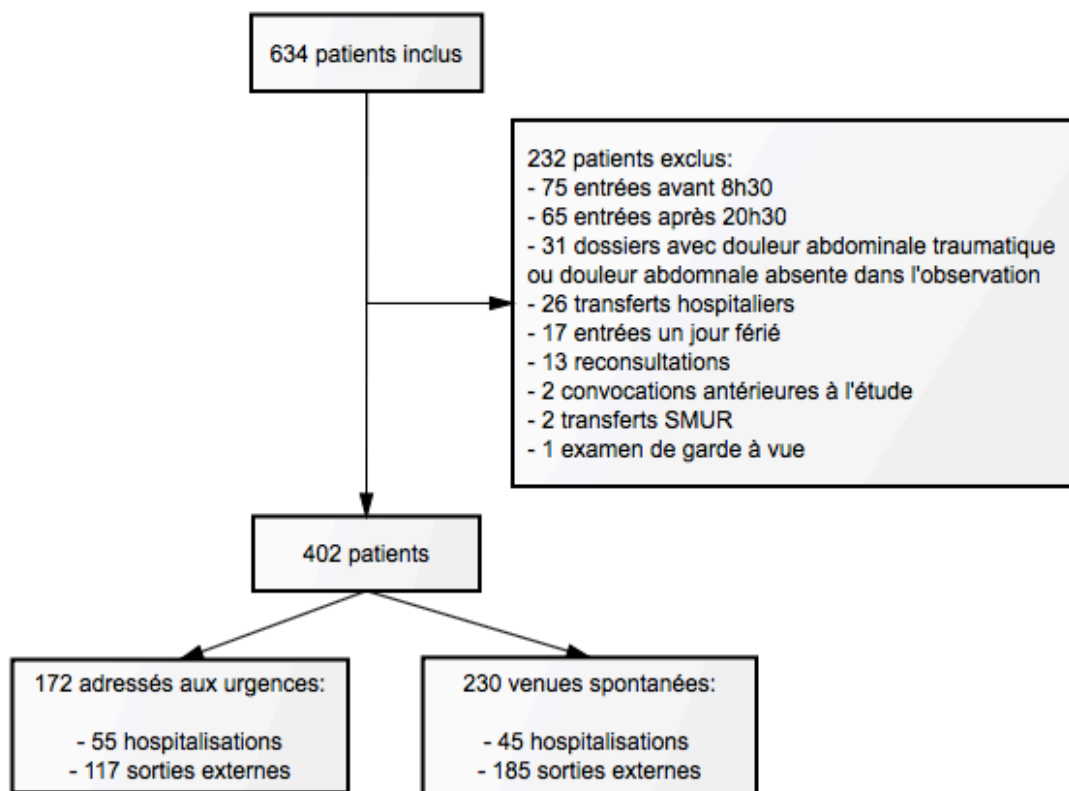


Figure 1 : Diagramme de flux

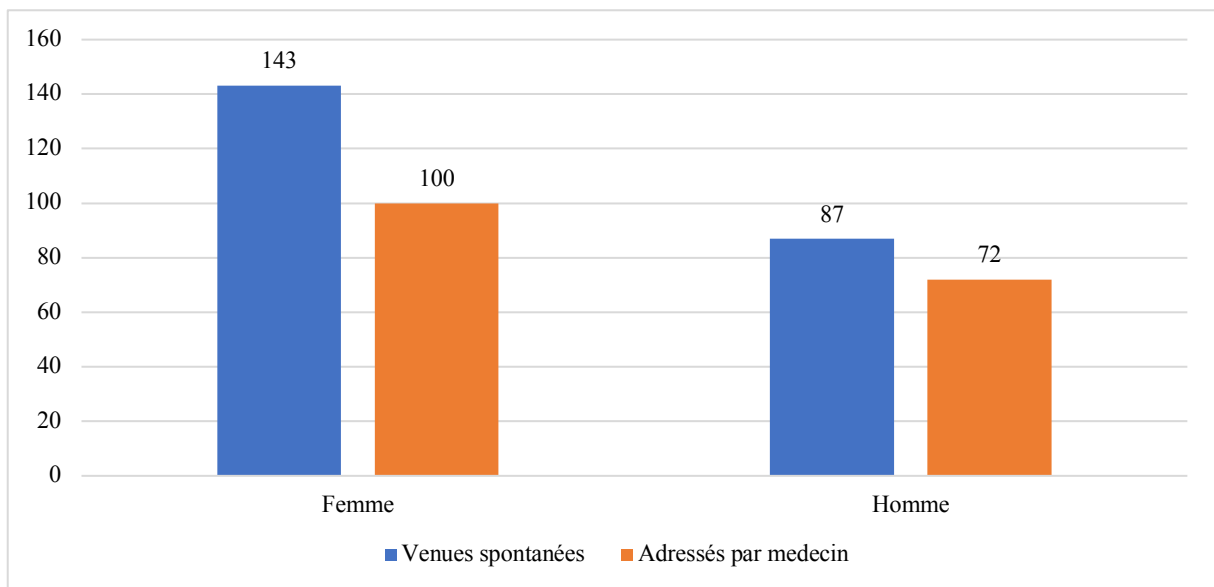


Figure 2 : Répartition des sexes selon l'adressage

On observe la survenue de 100 hospitalisations et 302 sorties externes. Parmi ces hospitalisations 55 avaient eu un contact avec un médecin généraliste, soit 32% des personnes adressées. Les 3 premiers services d'hospitalisation par ordre décroissant sont : la chirurgie viscérale avec 34 hospitalisations, la gastroentérologie avec 24 hospitalisations et 12 patients en urologie. On observe 8 passages au bloc opératoire dans les suites immédiates d'un passage aux urgences, 5 étaient adressés et 3 consultaient de manière spontanées. On note 1 hospitalisation en réanimation d'un patient qui était adressé.

La différence du nombre d'hospitalisations entre les 2 groupes est significativement plus élevée chez les patients adressés ($p=0,00439$), le risque relatif est estimé entre 1,22 et 3,05 à 95 % de confiance.

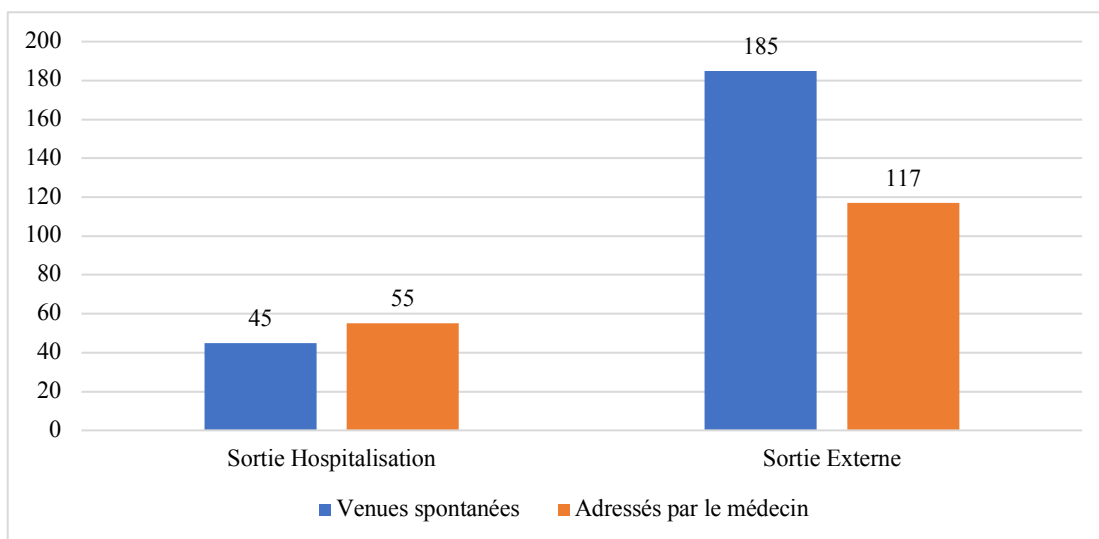


Figure 3 : Nombre d'hospitalisation et de sortie externe selon l'adressage aux urgences

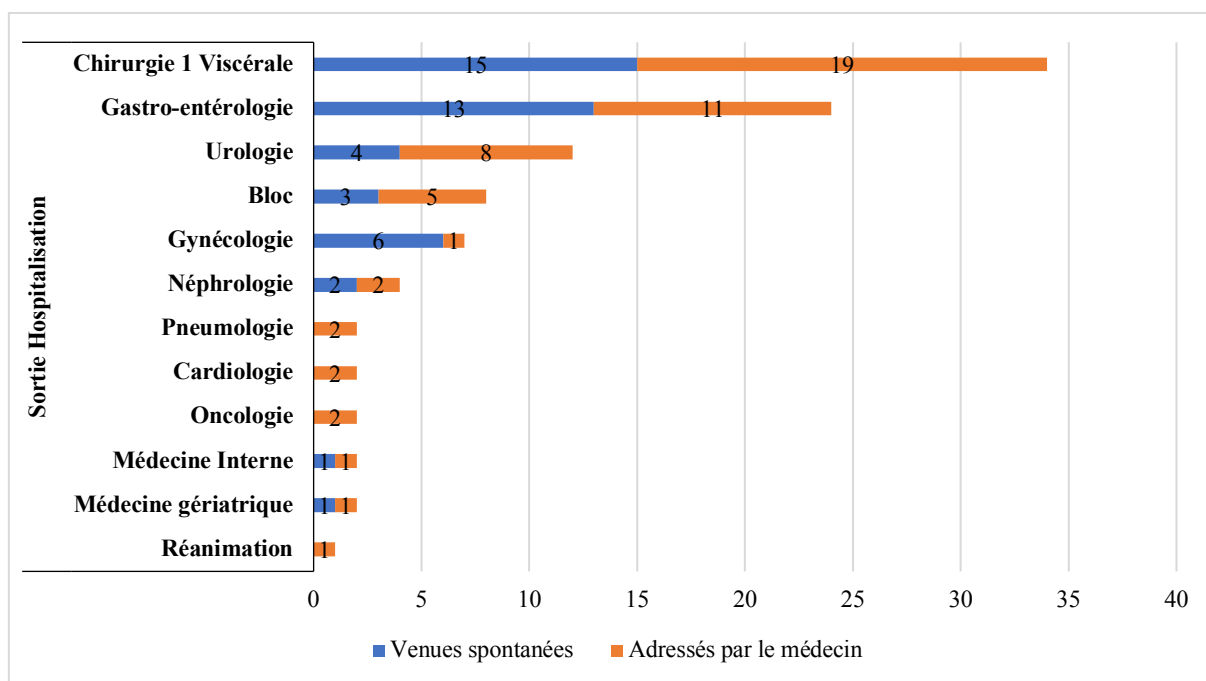


Figure 4 : Répartition des hospitalisations parmi les différents services selon l'adressage aux urgences

La durée moyenne du passage aux urgences était de 3h30, avec une moyenne de 3h57 pour ceux ayant eu un contact médical et 3h15 pour les consultations spontanées. On constate une différence significative ($p=0,00121$) entre les 2 groupes, avec une durée de passage qui tend à être plus longue chez les patients adressés.

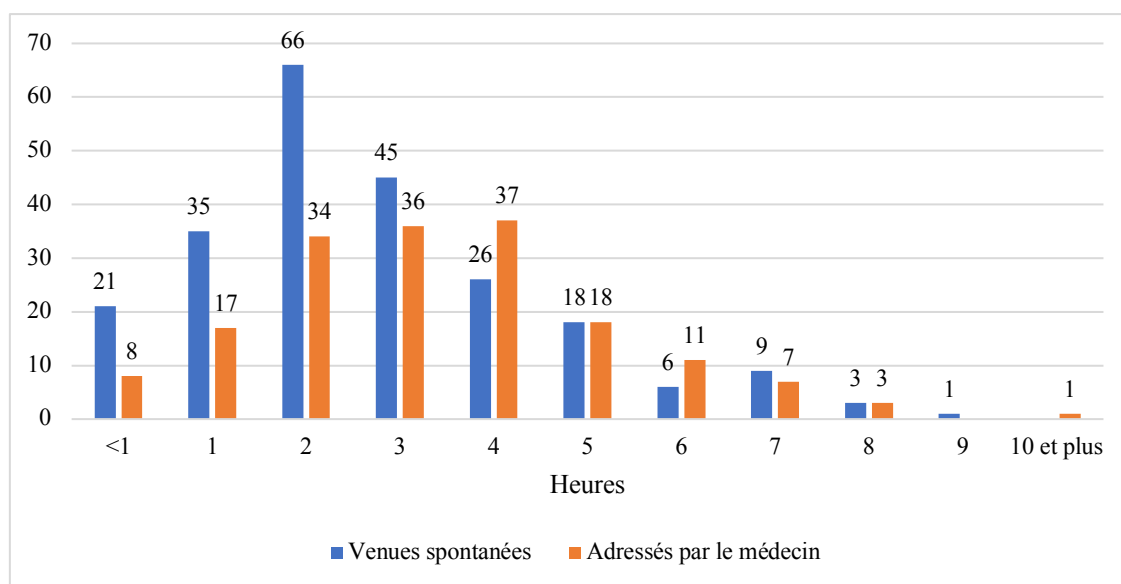


Figure 5 : Durée de passage aux urgences selon l'adressage aux urgences

La moyenne d'âge est de 56 ans pour les patients adressés par le médecin avec une médiane à 60 ans. Pour les patients consultant spontanément la moyenne est de 44 ans avec une médiane à 40,5 ans. On constate une différence significative des âges ($p=0,000001$) entre les 2 groupes de patients, en effet la population des patients adressés serait significativement plus âgée.

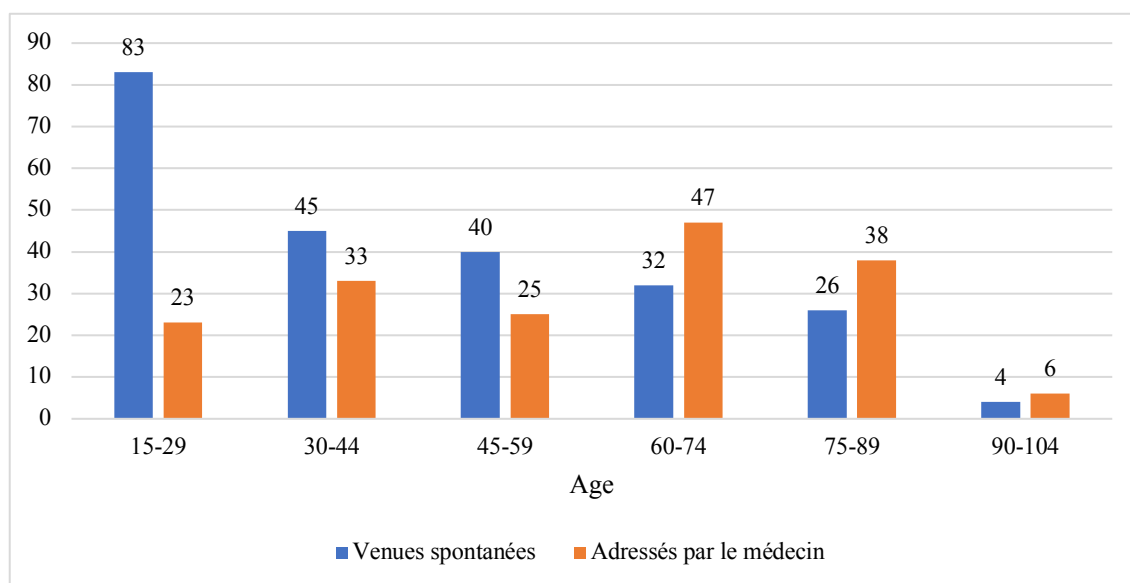


Figure 6 : Répartition des âges selon l'adressage aux urgences

En moyenne l'EVA déclarée à l'entrée est de 5,5. Parmi l'ensemble des EVA 30 étaient non évaluables, 9 chez les patients adressés et 21 chez les personnes consultant spontanément. La moyenne des EVA déclarées est de 4,67 chez les patients adressés et 5,5 chez les patients consultant spontanément, la différence constatée est significative ($p=0,0055$). Les EVA déclarées par les patients adressés auraient tendance à être plus faibles.

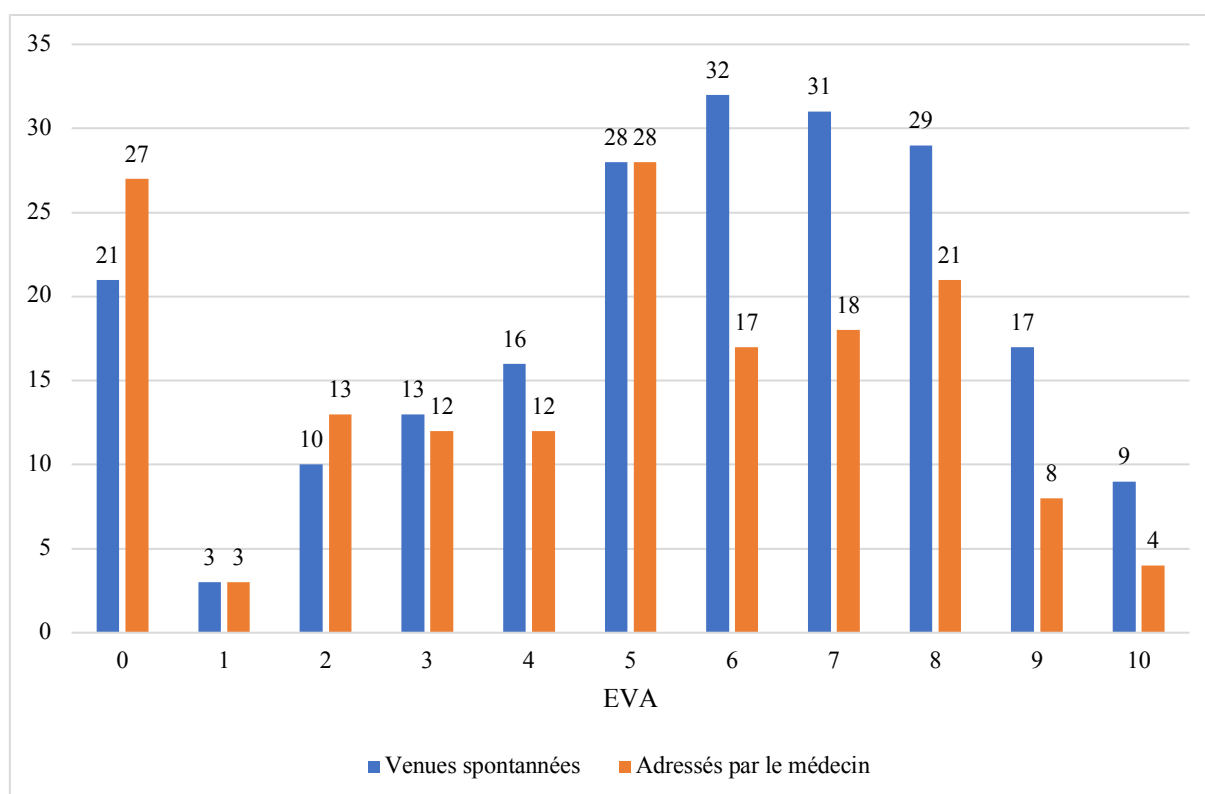


Figure 7 : Répartition des EVA déclarées selon l'adressage aux urgences

La moyenne du nombre de comorbidités est de 2,12, avec une moyenne à 2,31 pour les patients adressés et 1,96 pour les consultations spontanées. Cette différence est significativement plus élevée chez les patients adressés ($p=0,019$).

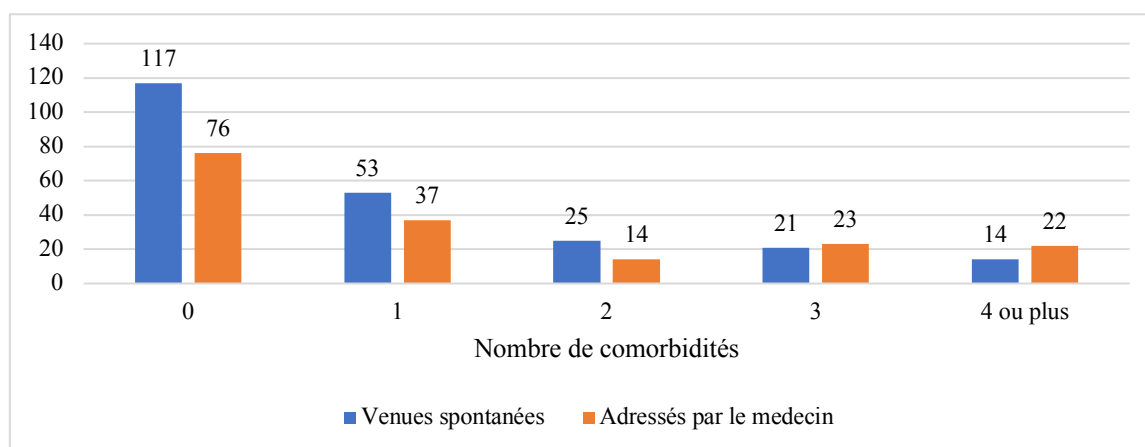


Figure 8 : Répartitions des comorbidités selon l'adressage aux urgences

La cotation CCMU est représentée à 78% par des CCMU 1 ou 2. 20% étaient des cotations CCMU 3 et 1% de CCMU 4 ou 5, uniquement représentées par 3 patients adressés. La différence de cotation des CCMU est significativement plus élevée chez les patients adressés ($p=0,034$).

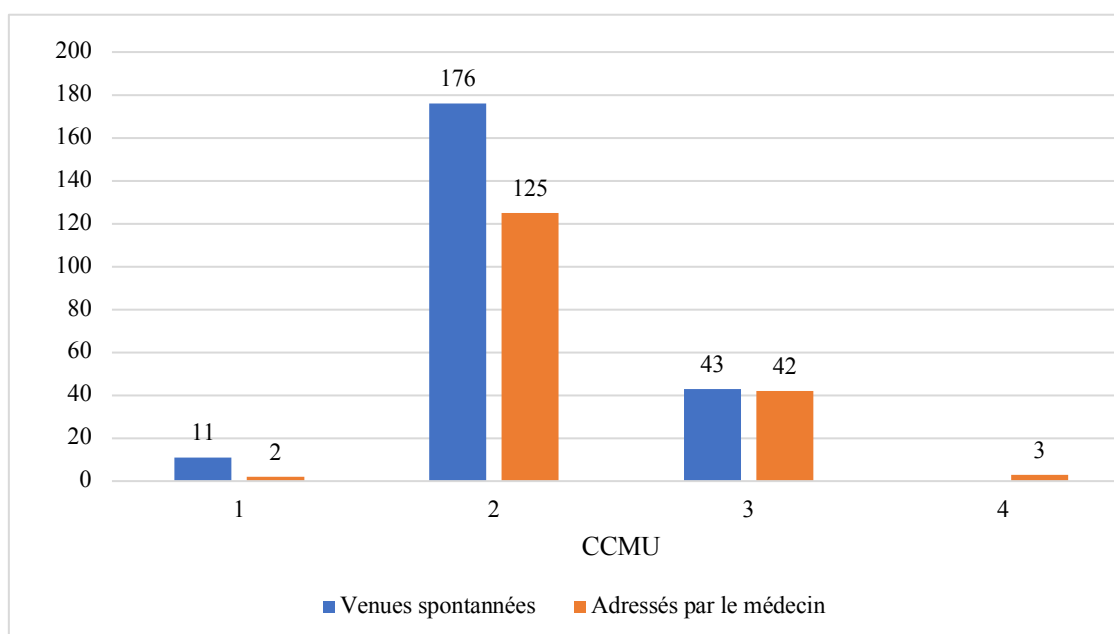


Figure 9 : Répartition des CCMU selon l'adressage aux urgences

Concernant les GEMSA, on constate que le nombre de GEMSA 2 reflète exactement le nombre de sorties externes, tout comme le nombre de GEMSA 4 est identique au nombre d'hospitalisations.

On comptabilise 331 examens biologiques prescrits, 172 pour les venues spontanées soit 74% des passages spontanés et 159 pour les adressés par le médecin, soit 92% des patients adressés. On observe une différence significative du nombre d'examens biologiques adressés. On observe une différence significative du nombre d'examens biologiques ($p=0,000004$), ceux-ci étant réalisés en plus grand nombre chez les patients adressés. Parmi l'ensemble des examens biologiques 268 CRP ont été prescrites soit 80% des examens biologiques, 135 chez les patients adressés et 133 pour les venues spontanées. Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes sur le nombre de CRP prescrites ($p=0,079$). En revanche la valeur moyenne de la CRP est significativement plus élevée chez les patients adressés ($p=0,00007$), cette dernière étant égale à 69,04 mg/L chez les patients adressés contre 37,12 mg/L chez ceux consultant de manière spontanée.

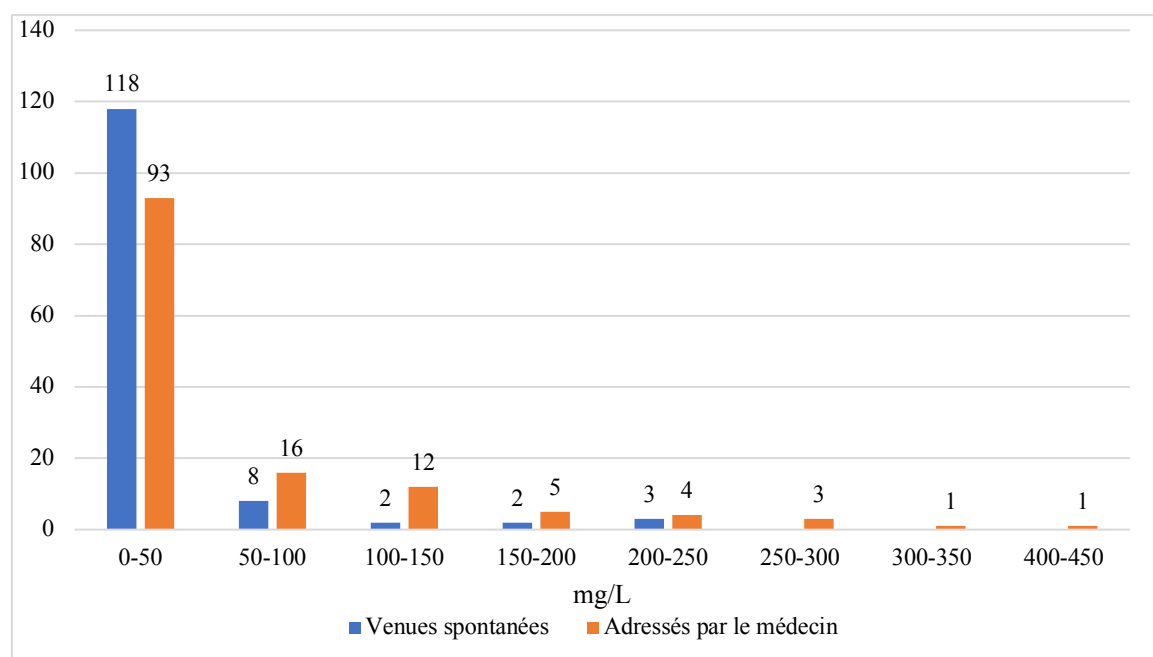


Figure 10 : Répartition des valeurs de CRP observée selon l'adressage aux urgences

Au total 172 examens d'imagerie ont été réalisés soit 42% des passages, 28 ont été programmés à distance et 144 réalisés immédiatement soit 83% de l'ensemble des imageries. On observe 136 scanners et 36 échographies. Il y a significativement plus d'examen d'imagerie prescrit chez les patients adressés ($p=0,00018$). Il n'y a pas de différence significative entre les nombres d'imageries réalisées dès le premier passage ($p=0,22$). Il n'y a pas significativement plus de scanner que d'échographie réalisés chez les patients adressés ($p=0,78$).

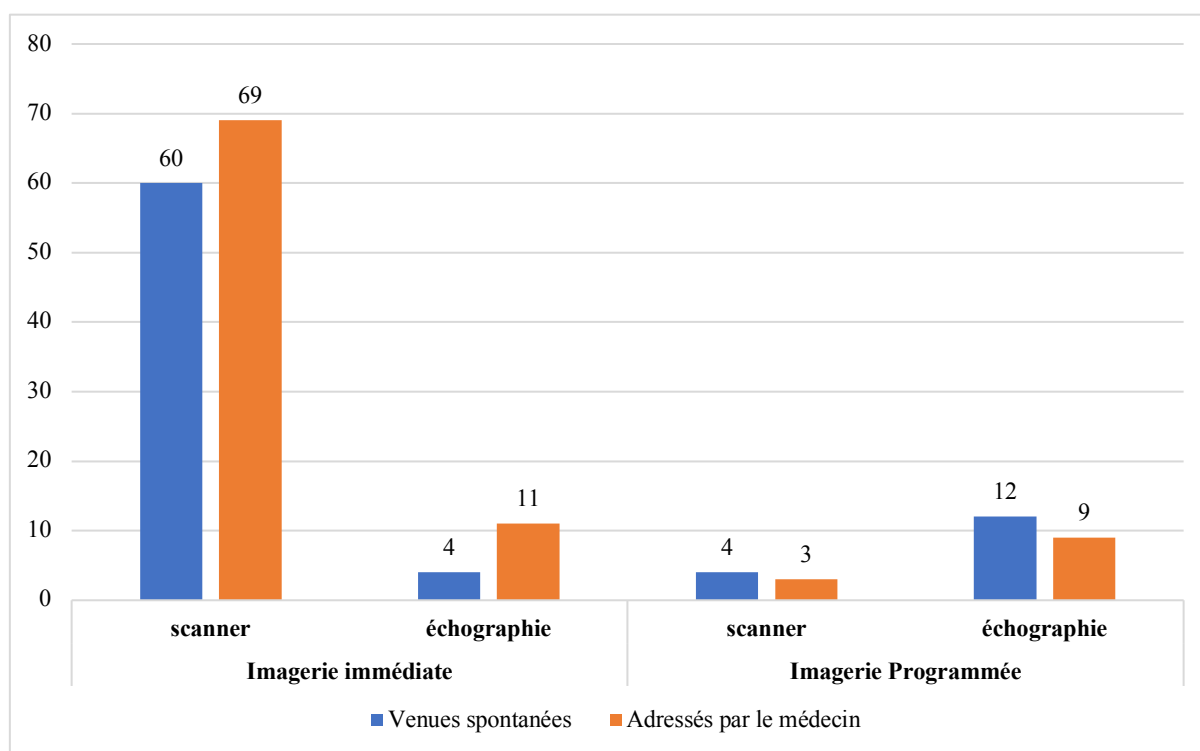


Figure 11 : Répartition des examens d'imagerie immédiate et programmés selon l'adressage aux urgences

Au total on compte 145 avis spécialisés demandés soit 36% de l'ensemble des passages, majoritairement chirurgicaux, hépato-gastroentérologiques et urologiques. 69 avis ont été demandés pour les patients adressés soit 40% d'entre eux et 76 pour les venues spontanées soit 33% d'entre eux. Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes ($p=0,143$). Nous n'observons pas non plus de différence significative entre les 2 groupes au regard des 4 premières demandes d'avis spécialisé ($p=0,25$).

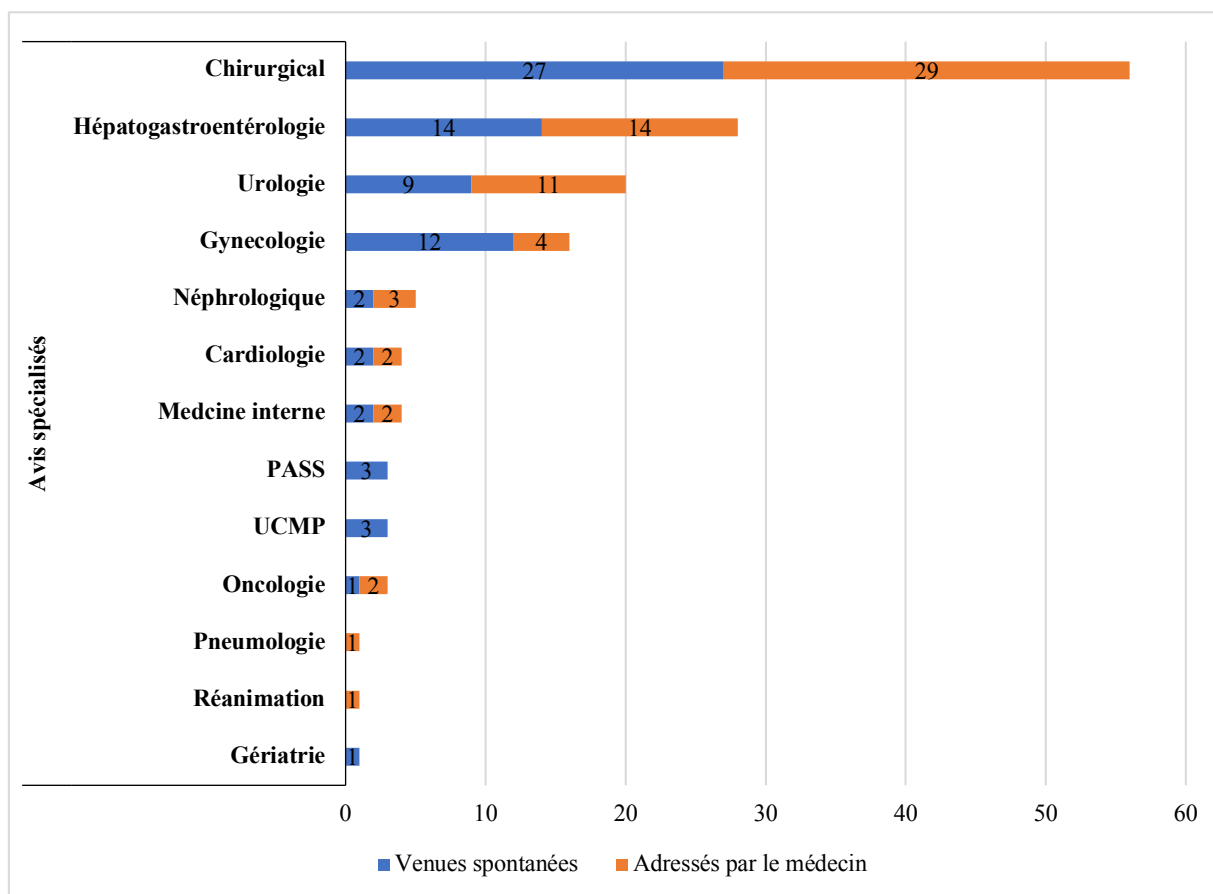


Figure 12 : Répartition des avis selon la spécialité et le type d'adressage aux urgences

Durant l'étude 42 personnes ont été admises au bloc opératoire soit 10% de l'ensemble des passages, 21 dans les premières 24 heures de leur passage aux urgences, 13 adressées par le médecin et 8 par des venues spontanées. Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes sur la survenue d'un bloc opératoire ($p=0,31$). Il n'existe pas non plus de différence significative entre le nombre de blocs opératoires dans les 24 premières heures ($p=0,12$). On constate que 74% des blocs opératoires sont réalisés dans les premières 72h.

La durée moyenne de passage au bloc opératoire est de 5 jours et 1 heure avec une médiane à 23 heures et 32 minutes pour l'ensemble des patients. Chez les patients adressés la moyenne est de 3 jours, 15 heures et 30 minutes pour une médiane à 18 heures et 34 minutes. Pour les patients consultant de manière spontanée la moyenne de passage au bloc opératoire est 6 jours,

10 heures et 45 minutes avec une médiane à 2 jours, 19 heures et 25 minutes. On ne retrouve pas de différence significative entre les délais de prise en charge au bloc opératoire ($p=0,37$).

Les 5 premiers diagnostics posés aux urgences et engendrant un bloc opératoire sont par ordre de fréquence, les cholécystites aiguës avec 10 opérations, puis viennent les appendicites à égalité avec les syndromes occlusifs représentant chacun 7 opérations, puis les pancréatites avec 4 opérations et les coliques néphrétiques avec 3 blocs opératoires.

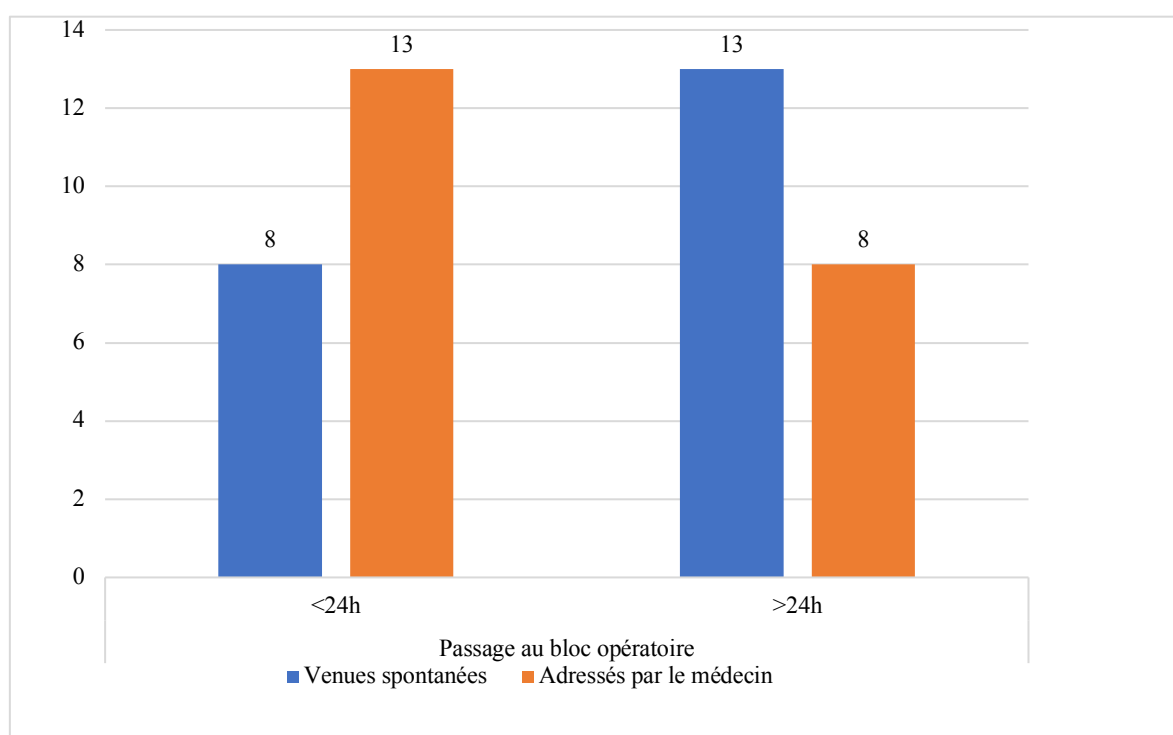


Figure 13 : Nombre de passage au bloc opératoire dans les 24 heures selon l'adressage aux urgences

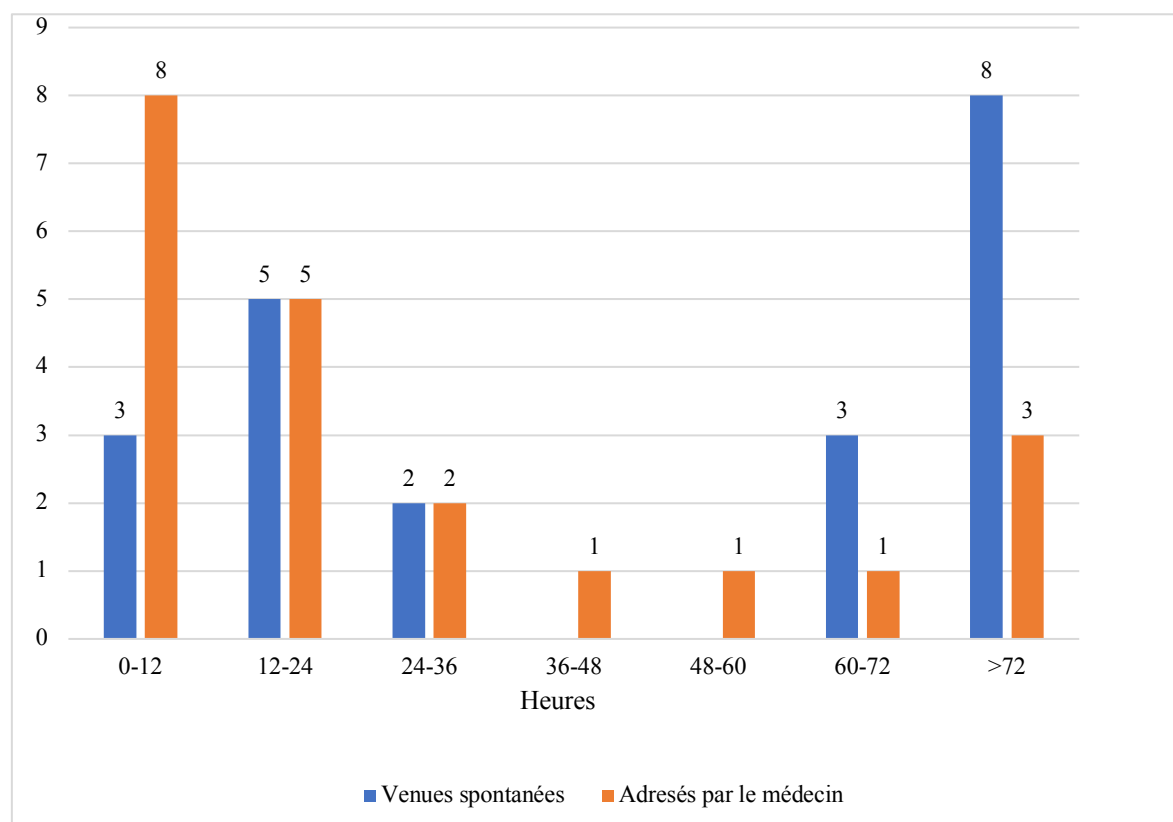


Figure 14 : Délai de passage au bloc opératoire selon l'adressage aux urgences

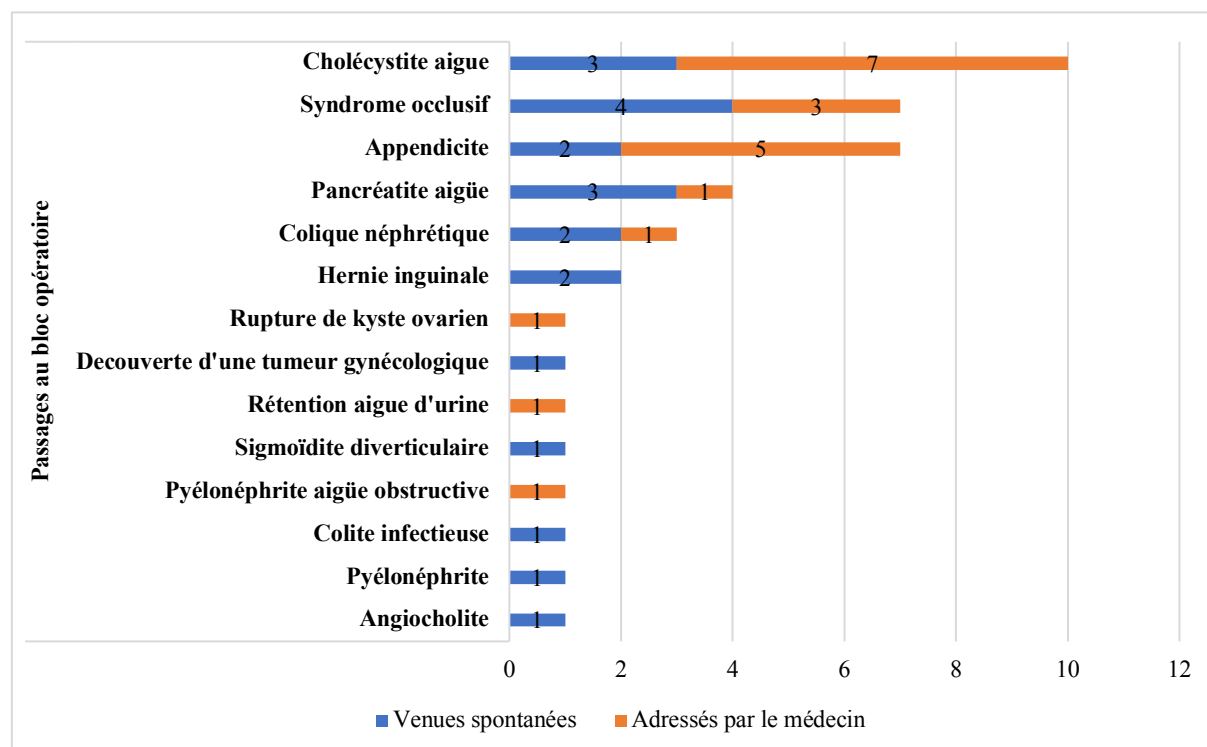


Figure 15 : Pathologies opérées au bloc opératoire selon l'adressage aux urgences

Sur les 402 patients de l'étude, 16 diagnostics ont été posés à la suite d'une consultation de post-urgence, ceci représente 4% de l'ensemble des diagnostics, 8 parmi les venues spontanées et les adressés. Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes sur le nombre de consultation de post-urgence ($p=0,55$). A l'issue de celles-ci 2 hospitalisations surviennent, une dans chaque groupe, la différence n'est pas significative ($p=1$).

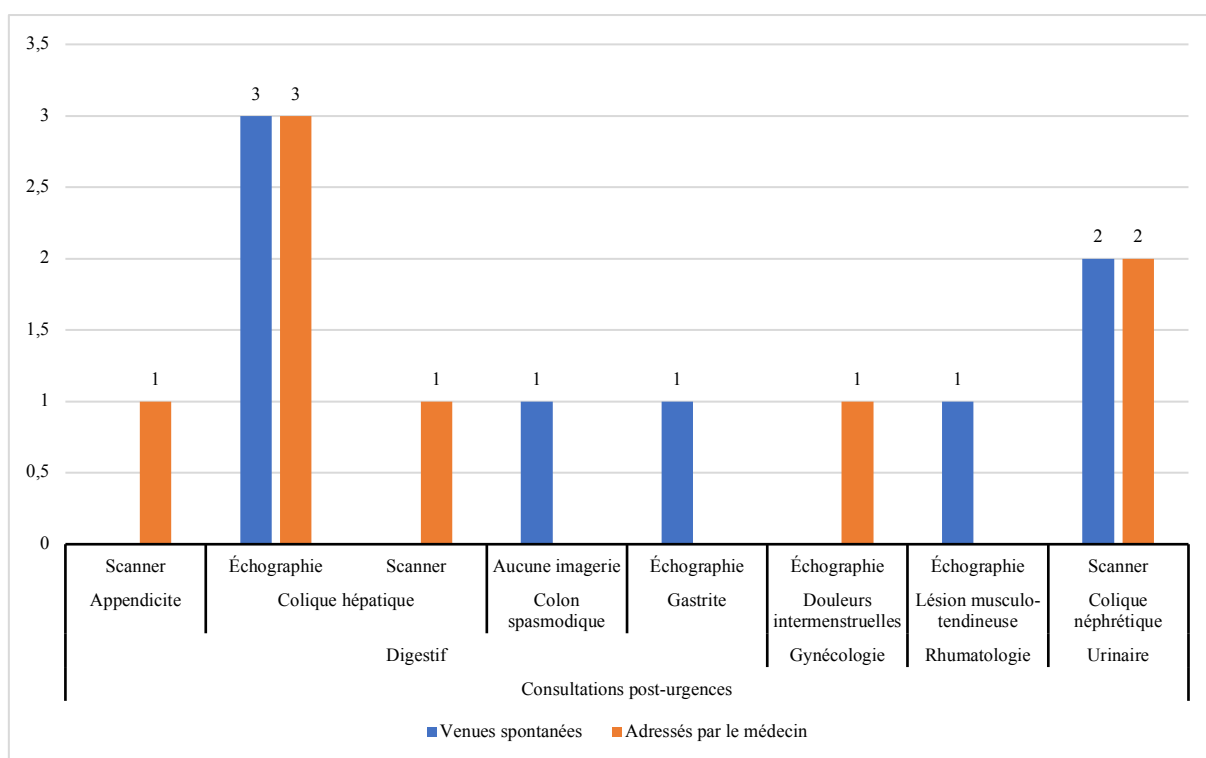


Figure 16 : Les diagnostics des consultations post-urgences avec l'imagerie pratiquée selon l'adressage

A l'issue du passage aux urgences des 402 patients, 7 d'entre eux n'avaient pas de diagnostic posé, soit 1,8% de l'ensemble des diagnostics. On compte l'absence de diagnostic chez 2 patients adressés et 5 chez les personnes consultant de manière spontanée. On ne note pas de différence significative entre les 2 groupes sur le nombre de pathologie par appareil ($p=0,39$).

Parmi les diagnostics à l'issue des consultations l'appareil digestif apparaît comme le premier en fréquence avec 249 diagnostics soit 63% de l'ensemble des diagnostics, suivi de

l'appareil urinaire avec 86 diagnostics soit 22%. Les diagnostics gynécologiques arrivent en troisième position avec 24 diagnostics soit 6%.

Les causes rhumatologiques concernent 11 diagnostics, parmi lesquels 6 lombo-sciatiques, 2 douleurs musculaires, 1 névralgie pudendale, 1 pubalgie et une lésion musculo-tendineuse.

Les pathologies pulmonaires impliquent 6 cas dont 4 pneumopathies bactériennes et 2 bronchites. Les pathologies psychiatriques sont représentées par 8 diagnostics d'anxiété.

Les causes vasculaires correspondent à 2 infarctus rénaux et les causes cutanées à 2 abcès cutanés. On note une cause neurologique rattachée à 1 confusion, les causes ORL sont représentées par un vertige paroxystique bénin.

Les causes cardiologiques sont au nombre de 4 avec 2 angors, 1 œdème aigu du poumon et 1 insuffisance cardiaque globale.

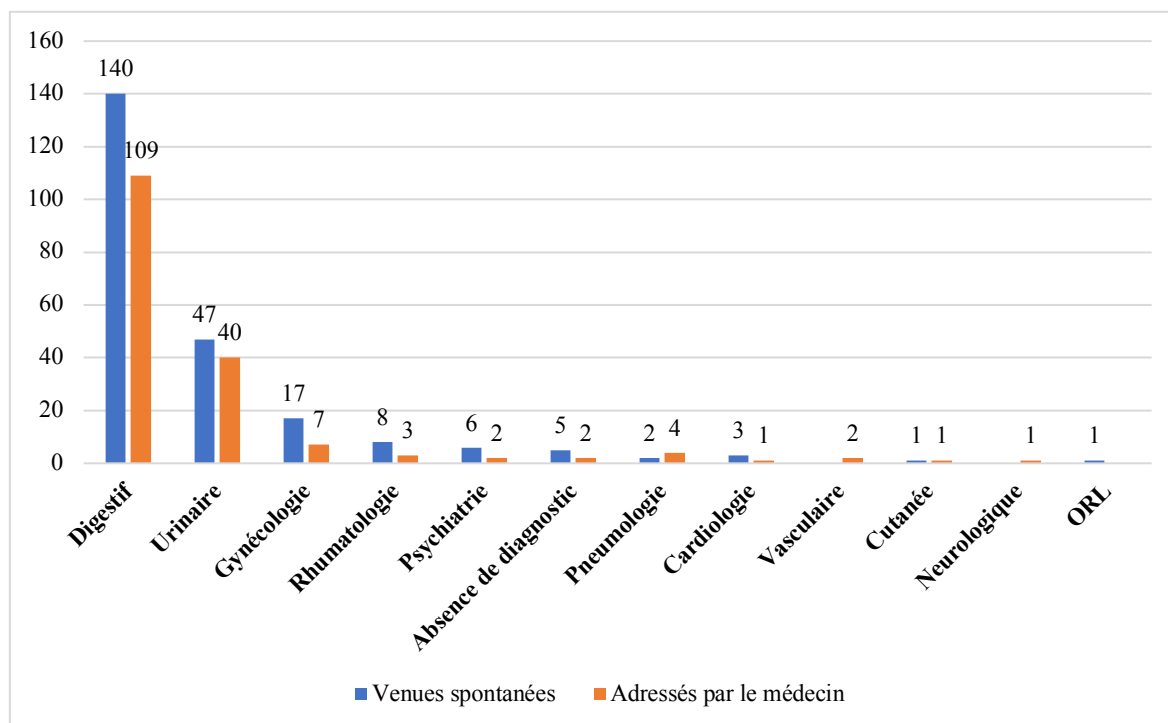


Figure 17 : Pathologies par appareil selon l'adressage aux urgences

L'analyse des 10 pathologies digestives les plus représentées, à savoir par ordre décroissant : côlon spasmodique, gastro-entérite virale, constipation, gastrite, colique hépatique, sigmoïdite diverticulaire, syndrome occlusif, cholécystite, pancréatite et colite infectieuse, ne met pas en évidence de différence significative entre les 2 groupes ($p=0,19$).

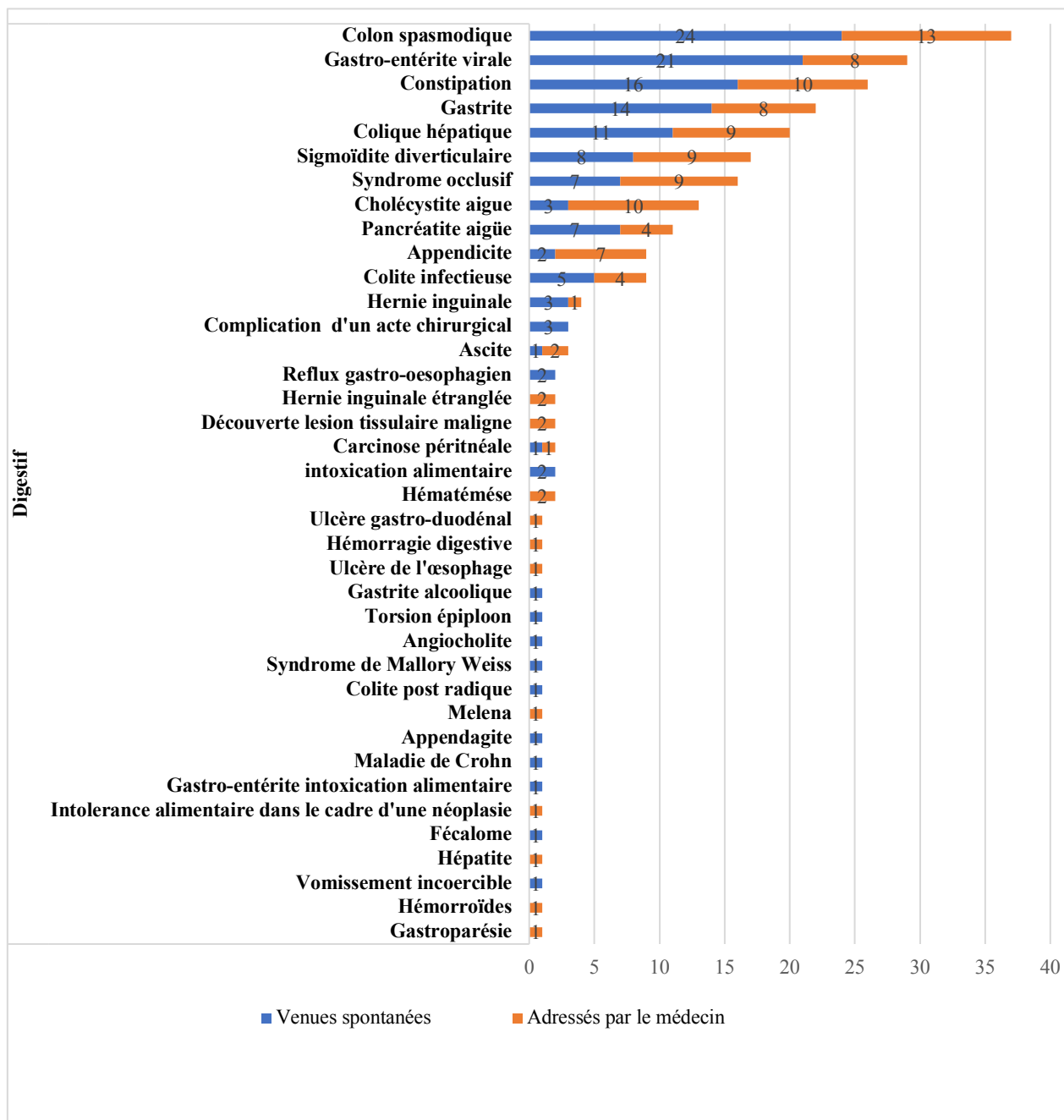


Figure 18 : Répartition des pathologies digestives selon l'adressage

Les pathologies urinaires sont en majorité représentées par les coliques néphrétiques à hauteur de 32%, suivi des pyélonéphrites à 27,5%, des cystites à 15%, des orchi-épididymite à 7% et des prostatites à 6%. Leur répartition entre les 2 groupes n'est pas significativement différente ($p=0,45$).

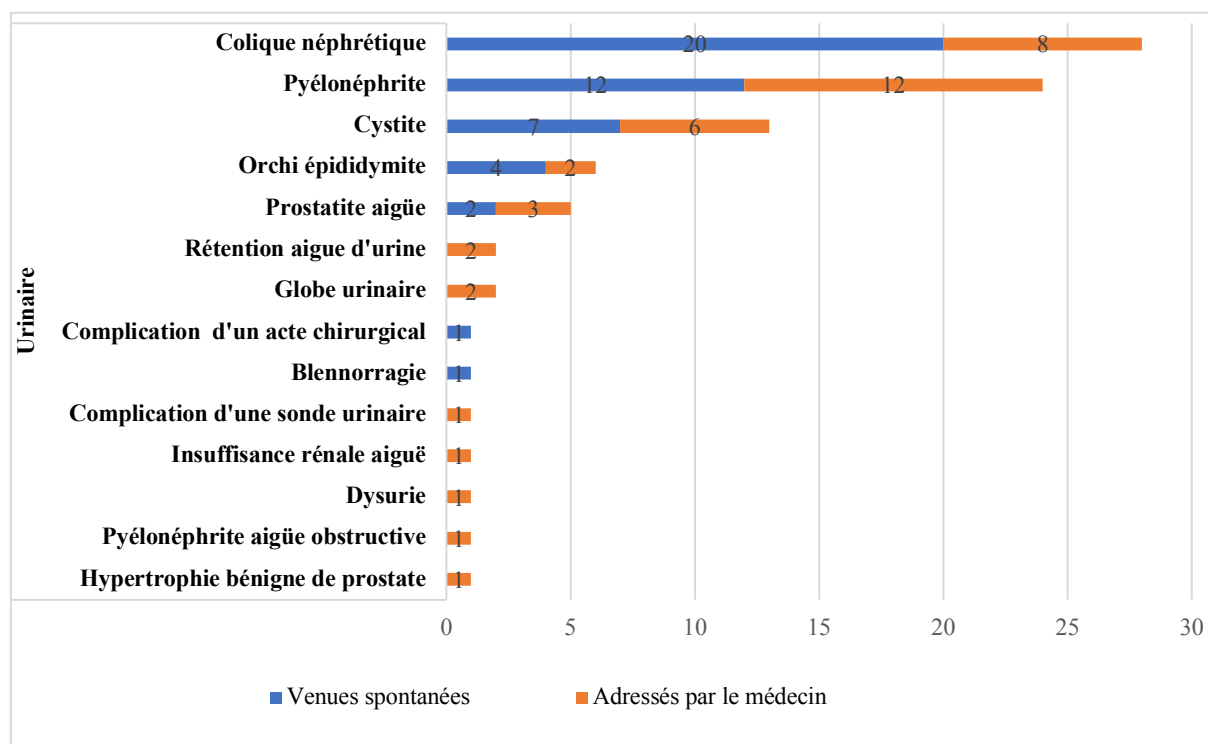


Figure 19 : Répartition des pathologies urinaires selon l'adressage

Les pathologies gynécologiques sont représentées en majorité par des douleurs intermenstruelles avec 58%. On note 3 diagnostics de grossesses. La différence constatée selon l'adressage ou non des pathologies gynécologiques n'est pas significatif ($p=0,37$).

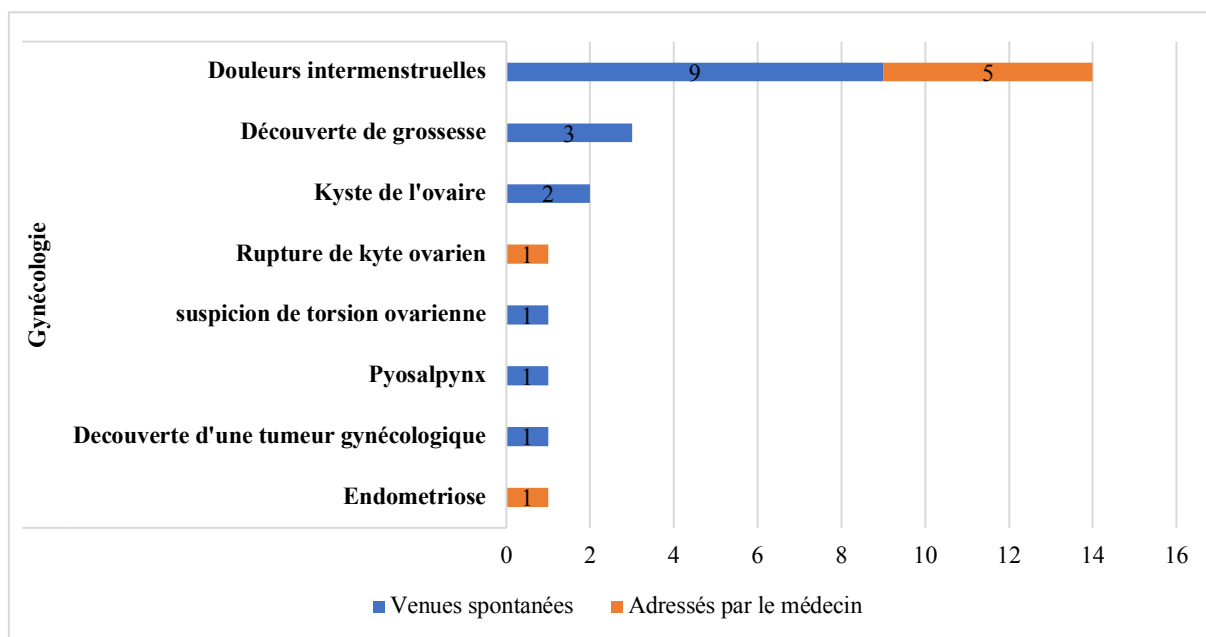


Figure 20 : Répartition des pathologies gynécologiques selon l'adressage

On observe 77 reconsultations dont 30 pour des patients initialement adressés par leur médecin. On ne constate pas de différence significative entre le nombre de reconsultation chez les personnes initialement adressées et les venues spontanées ($p=0,45$). Il y a 19 hospitalisations à l'issue de ces reconsultations dont 9 adressés par le médecin au premier passage, il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes ($p=0,39$).

A noter 1 patient de 74 ans reconduit aux urgences 11 jours après sa sortie, décède dans l'ambulance. Le motif de revenu n'ayant pu être identifié, sa reconsultation n'a pas été prise en compte. Ce patient était initialement adressé par son médecin.

Le délai moyen de reconsultation est de 15 jours, 17 heures et 46 minutes avec une médiane à 5 jours, 23 heures et 8 minutes. Pour les patients adressés au départ, la moyenne est de 12 jours, 14 heures et 11 minutes avec une médiane à 5 jours, 22 heures et 17 minutes. Pour les

patients ayant consulté de manière spontanée au premier passage, la moyenne s'élève à 17 jours, 18 heures et 1 minute, avec une médiane à 6 jours, 4 heures et 8 minutes. Il n'existe pas de différence significative entre les moyennes de reconsultations ($p=0,29$). Le nombre de reconsultations dans les 30 jours ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes ($p=0,60$).

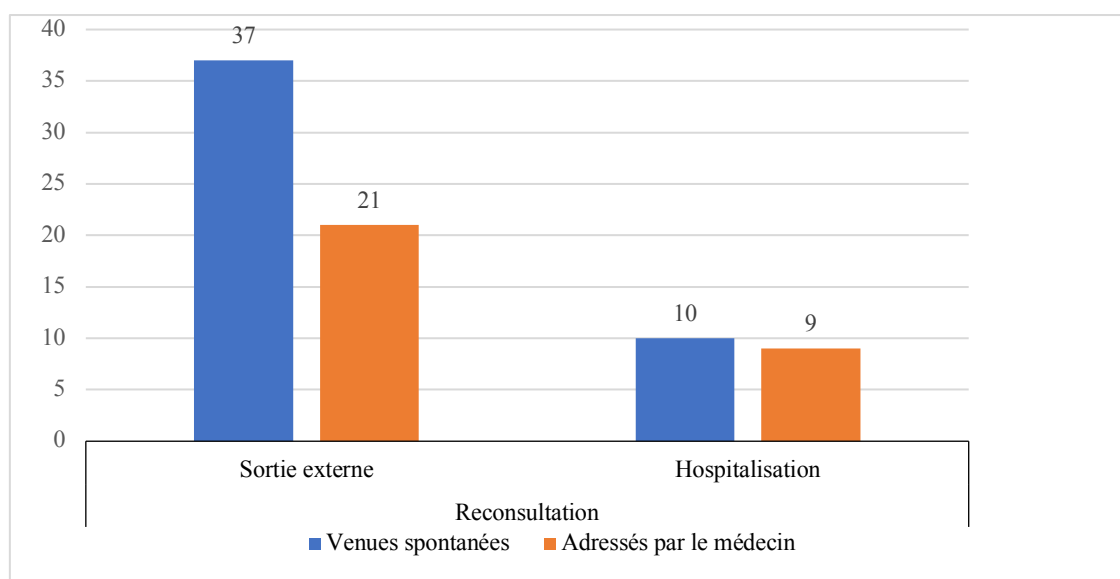


Figure 21 : Hospitalisations et sorties externes chez les patients qui reconsultent selon l'adressage initial au premier passage

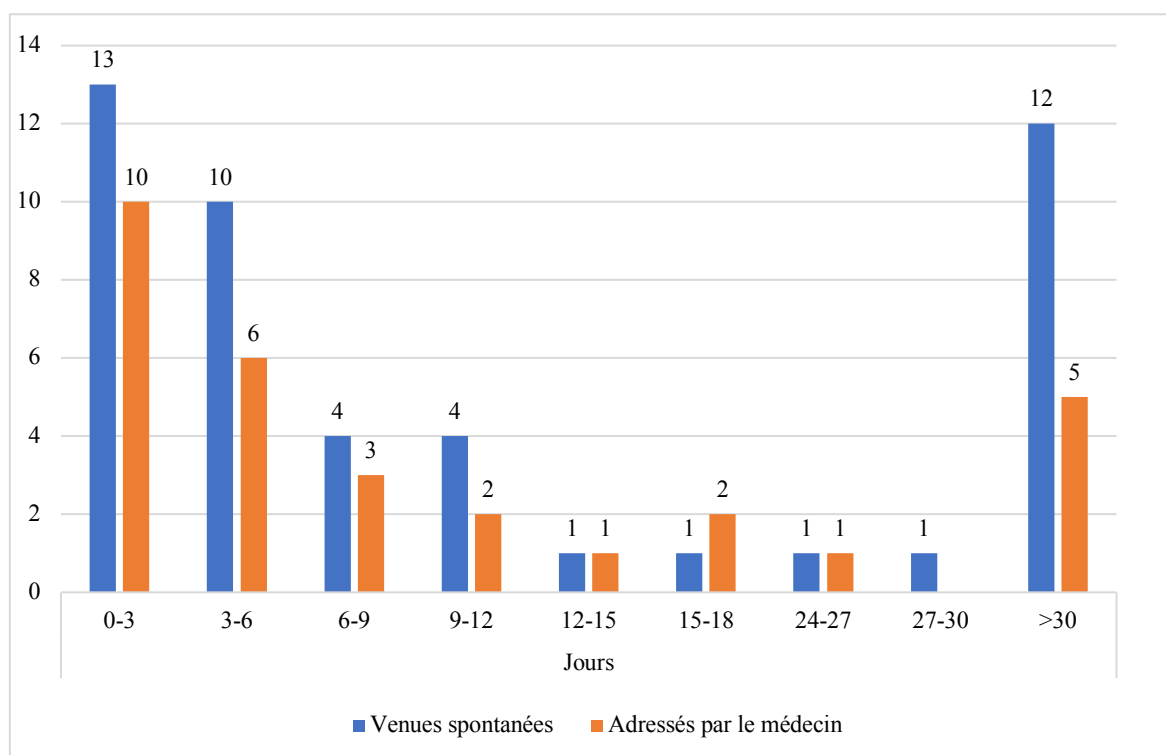


Figure 22 : Délai de reconsultation des patients selon l'adressage

On constate que 74% des hospitalisations après une reconsultation s'effectuent quand celle-ci a lieu dans les 30 jours suivant la première consultation aux urgences.

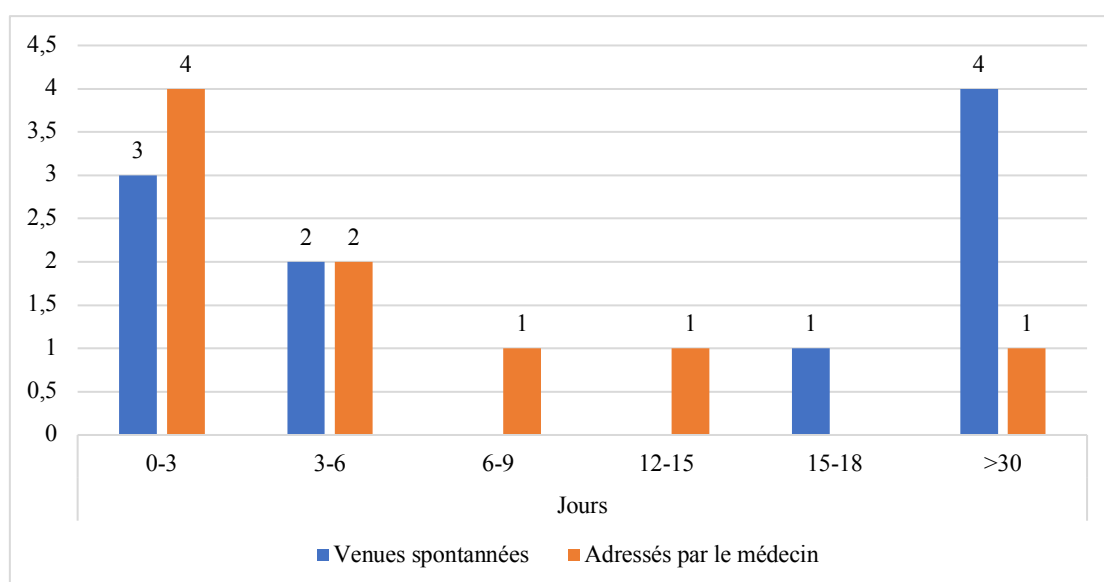


Figure 23 : Délais de reconsultation des patients secondairement hospitalisés selon l'adressage

Tableau n°1 : Hospitalisation selon l'adressage aux urgences en univarié :

	Adressés par le médecin (n= 172)	Venues spontanées (n=230)	Totaux/moyennes (n=402)	Risque relatif	p	Intervalle de confiance à 95%
Hospitalisations (%)	55 (32)	45 (19,5)	100 (25)	1,42	0,00439	[1,22 ; 3,05]
Sorties externes (%)	117 (68)	185 (80,5)	302 (75)			

Tableau n°2 : Caractéristiques de la population de l'étude :

	Adressés par le médecin (n= 172)	Venues spontanées (n=230)	Totaux/moyennes (n=402)	Risque relatif	p	Intervalle de confiance à 95%
Hommes (%)	72 (42)	87 (38)	159 (39,5)	1,1	0,413	[0,79 ; 1,77]
Femmes (%)	100 (58)	143 (62)	243 (60,5)			
Durée de passage (moyenne en hh :mm)	03 :51	03 :15	3 :30	-	0,00121	[0,24 ;0,96]
Age (moyenne)	56,16	44,15	49	-	0,000001	[-16,38 ; -7,63]
Échelle EVA (moyenne)	4,67	5,50	5,14	-	0,0055	[-1,42 ; -0,24]
Nombre de comorbidités (moyenne)	1,29	0,97	1,10	-	0,019	[0,054 ; 0,597]
CCMU 1-2 (%)	127 (74)	187 (81)	314 (78)	-	0,034	-
CCMU 3 (%)	42 (24)	43 (19)	85 (21)			
CCMU 4-5 (%)	3 (2)	0 (0)	3 (1)			

Tableau n°3 : Examens complémentaires et avis spécialisés demandés :

	Adressés par le médecin (n= 172)	Venues spontanées (n=230)	Totaux/moyennes (n=402)	Risque relatif	p	Intervalle de confiance à 95%
Prescription d'examen biologique (%)	159 (92)	172 (74)	331 (82)	2,62	0,000004	[2,17 ; 7,81]
Nombre de CRP prescrites	135 (84)	133 (77)	268 (80)	1,32	0,079	[0,94 ; 2,89]
CRP (moyenne)	69,04	37,12	55,72	-	0,00007	[16,28 ; 47,28]
Nombre d'imageries (%)	92 (53)	80 (34)	172 (42)	1,54	0,00018	[1,44 ; 3,24]
imagerie immédiate (%)	80 (87)	64 (80)	144 (83)	1,3	0,22	[0,74 ; 3,78]
imagerie programmée (%)	12 (13)	16 (20)	28 (17)			
Scanner (%)	72 (78)	64 (80)	136 (79)	1,41	0,78	[1,23 ; 2,84]
Échographie (%)	20 (22)	16 (20)	36 (21)			
Demande d'avis spécialisé (%)	69 (40)	76 (33)	145 (36)	1,19	0,143	[0,9 ; 2,05]
Avis chirurgicaux (%)	29 (42)	27 (35)	56 (39)	-	0,25	-
Avis gastroentérologiques (%)	14 (20)	14 (18)	28 (19)			
Avis urologiques (%)	11 (16)	9 (12)	20 (14)			
Avis gynécologiques (%)	4 (6)	12 (16)	16 (11)			

Tableau n°4 : Diagnostics et devenir des patients :

	Adressés par le médecin (n= 172)	Venues spontanées (n=230)	Totaux/moyennes (n=402)	Risque relatif	p	Intervalle de confiance à 95%
Bloc opératoire (%)	21 (12)	21 (9)	42 (10)	1,19	0,31	[0,73 ; 2,62]
Passage au bloc opératoire <24h	13	8	21	1,63	0,12	[0,76 ; 9,17]
Délai prise en charge au bloc opératoire (moyenne en jours hh :mm)	3 jours 15 :33	6 jours 10 :45	5 jours 01 :09	-	0,37	[-9,09 ; 3,45]
Consultations post-urgences (%)	8 (5)	8 (3)	16 (4)	1,18	0,55	[0,5 ; 3,67]
Hospitalisation après les consultations post-urgences	1	1	2	1	1	[0,05 ; 19,36]
Pathologies par appareil :						
Digestif (%)	109 (63)	140 (61)	249 (62)			
Urinaire (%)	40 (23)	47 (20)	87 (22)	-	0,42	-
Gynécologique (%)	7 (4)	17 (7)	24 (6)			
Absence de diagnostic (%)	2 (1,2)	5 (2,2)	7 (1,8)			
Nombre de diagnostics parmi les 10 pathologies digestives les plus récurrentes (%)	84 (77)	116 (82)	200 (80)	-	0,19	-
Nombre de diagnostics parmi les 10 pathologies urinaires les plus récurrentes (%)	38 (95)	45 (96)	83 (95)	-	0,14	-
Nombre de diagnostics parmi les 8 pathologies gynécologiques les plus récurrentes (%)	7 (100)	17 (100)	24 (100)	-	0,37	-
Reconsultation (%)	30 (17)	47 (20)	77 (19)	0,89	0,45	[0,49 ; 1,36]
Hospitalisation après reconsultation (%)	9 (30)	10 (21)	19 (24)	1,31	0,39	[0,56 ; 4,53]
Délai de reconsultation (moyenne en jours hh :mm)	12 jours 14 :11	17 jours 18 :01	15 jours 17 :46	-	0,29	[-14,77 ; 4,45]
Délai médian de reconsultation (jours hh:mm)	5 jours 22 :17	6 jours 4 :08	5 jours 23 :08	-	-	-
Nombre de reconsultations dans les 30 jours (%)	25 (21)	35 (19)	60 (20)	1,1	0,60	[0,65 ; 2,06]

Discussion :

Nous vivons actuellement dans un contexte de crise des services d'urgence avec des alertes sur l'urgence de la situation qui se multiplient et des grèves qui se répètent [2]. Un des aspects précipitant du problème est le nombre grandissant de consultations. Comme rappelé dans l'introduction le CHA n'échappe pas à cette tendance [2]. On entend classiquement la mise en cause des patients consultant pour des motifs banals comme l'origine du problème, qualifiant ce comportement d'incivil et onéreux pour la société. Dans notre système de soin français le patient reste maître du choix de son parcours de soin et il dispose face à un problème de santé, le choix d'appeler son médecin généraliste, le centre 15, les pompiers ou bien de se présenter aux urgences. Rappelons que le patient, bien souvent exempt de connaissances médicales ou galvaudées sur internet, se fie à son propre ressenti. Face au flou clinique de l'urgence vraie et ressentie, les patients cherchent une réponse qu'ils jugent adaptée à leurs besoins et qui réponde aux contraintes de leurs vies actives, de plus en plus présentes et exigeantes [5]. Les MG ne pouvant pas toujours assurer une réponse rapide à cette détresse au vu de leur patientèle grandissante ; le patient estime n'avoir d'autre choix que de se tourner vers une structure d'urgence [6–8]. Comme le souligne le rapport du Sénat sur l'état des lieux des urgences, le patient méconnaît le système de soin et ignore bien souvent les permanences des soins[9]. Ce travail de thèse avait donc pour but de non seulement mettre en avant l'importance de l'adressage médical aux urgences des douleurs abdominales mais aussi d'essayer d'identifier un profil de patient consultant de manière spontanée, afin de juger du rationnel et de la faisabilité de réorientation des douleurs abdominales.

Nous avons fait le choix de réaliser cette étude sur 2 mois en période automno-hivernale (novembre et décembre) car c'est une période connue pour l'augmentation d'activité aux urgences. De plus la période correspond aux premières vagues de froid, accompagnées du retour des viroses, durant laquelle les douleurs abdominales se multiplient. Ces dernières sont pour le rappeler le premier motif de recours aux urgences et d'hospitalisation en 2018 [2].

Le recueil de 8h30 à 20h30 du lundi au vendredi s'est fait pour correspondre aux heures d'ouverture de la majorité des cabinets de MG, la fin du recueil à 20h30 a été choisi pour laisser le temps aux patients adressés en fin de journée d'arriver aux SAU. Le samedi n'a pas été inclus car plusieurs cabinets en ville s'organisent sous forme d'astreinte pour le samedi matin ne proposant un planning de consultation superposable à celui de la semaine. Les patients de moins de 15 ans et 3 mois n'ont pas été inclus à cause de l'organisation du SAU, les douleurs abdominales somatiques étant gérées par la pédiatrie, seules les douleurs abdominales traumatiques se présentent aux urgences adultes.

Les biais relevés lors de cette étude sont :

- Le début de la douleur abdominale n'a pas pu être recueilli dans l'ensemble des dossiers car rarement précisé notamment chez les patients adressés. Il existe possiblement un biais entre la durée de la douleur, la gravité des tableaux cliniques et la survenue d'une hospitalisation.
- Le lieu de résidence des patients n'a pas été recueilli, il existe possiblement un biais entre les personnes vivant en ville et en campagne et ne profitant pas de la même offre de soin.
- L'étude est monocentrique, uniquement basée sur les urgences du CHA limitant l'extrapolation des résultats.
- Les biais de confusion, inhérents à chaque étude.
- Les motivations des patients consultant de manière spontanée n'ont pu être recueillies afin de pouvoir les stratifier. En effet les patients consultant volontairement de manière spontanée sont confondus avec ceux dont le MG ne peut les recevoir dans un délai raisonnable pour eux.
- Il y a possiblement un biais de classement des patients adressés aux urgences par leur médecin sans courrier ni appel du MG, faussement classé en venue spontanée. Il en est

de même pour les patients conseillés par le secrétariat de leur MG de consulter aux urgences alors que ceux-ci auraient potentiellement pu être adressés.

- De plus un biais d'information liée à l'erreur humaine lors de l'entrée des données dans le logiciel, pouvant entraîner un biais de classement en classant un patient adressé en venue spontanée et inversement.
- Nous n'avons pas distingué dans l'adressage médical quand celui-ci était réalisé par le médecin traitant, un collègue ou un médecin remplaçant, l'information du médecin référent n'étant pas toujours simple à obtenir.

Les points forts de cette étude sont :

- Une période d'inclusion de 2 mois avec une population conséquente de 402 patients retenus.
- L'adressage à la fois papier et téléphonique a pu être recueilli.
- Nous nous sommes intéressés au devenir des patients sortis en explorant notamment les reconsultations.
- Tous les dossiers ont été ouverts un à un pour vérifier l'existence de la douleur abdominale.
- Nous avons ciblé le motif le plus fréquent des consultations aux urgences.
- Nous avons bien encadré la période d'inclusion pour coller au mieux aux différents horaires d'ouverture de cabinet de médecine générale.
- Le CHA pratique à la fois les chirurgies viscérales, urologiques et gynécologiques, il n'y a ainsi pas de biais dans la représentativité des patients et de leurs pathologies, qui aurait pu être amenée à être différente dans l'adressage si l'une des chirurgies n'était pas pratiquée.
- Nous n'avons constaté aucune fugue ni sortie contre avis médical.

Durant la période de l'étude nous avons pu mettre en évidence un rapport significatif entre la survenue d'une hospitalisation et l'adressage par le médecin généraliste dans le cadre des douleurs abdominales. L'adressage aux urgences semble entraîner entre 1,2 et 3 fois plus d'hospitalisations dans le cadre des douleurs abdominales sur le CHA. En comparant notre taux de survenues d'hospitalisations lors d'un adressage à celui des autres études, nous nous apercevons que celui-ci est bien inférieur. En effet nous retrouvons un taux de 32% d'hospitalisations chez les personnes adressées contre 47 à 50% dans les autres travaux réalisés aux CHU de Bordeaux en 2016 [10], Albi en 2013 [11] et Tulle en 2014 [12]. Cette différence observée peut être expliquée par la taille du centre hospitalier, ne disposant de la même capacité d'accueil qu'un CHU. Les critères d'hospitalisation y étant peut-être plus sévères. En effet sur l'ensemble de la population observée le taux d'hospitalisation est de 25%, celui-ci est superposable aux observations de l'ORUNA en 2018 qui constate 26% d'hospitalisation au niveau régional et 25% au niveau du département de la Charente [2]. On constate également un taux d'hospitalisation de 26% au niveau national sur l'ensemble des passages dans les CHU [1]. La différence observée semble donc cohérente quand on compare la population observée dans les autres travaux [10–12], elle peut éventuellement être expliquée par le fait d'avoir sélectionné les patients avec une douleur abdominale uniquement.

On constate en revanche une proportion de femmes plus importante dans l'étude avec un sex-ratio à 0,65. Pour comparaison le sex-ratio est de 1,07 sur l'ensemble des entrées aux urgences au niveau régional [2] voir 1,6 dans un travail d'épidémiologie des douleurs abdominales aux urgences réalisé sur le CHU de Lille entre 2013 et 2016 [13] ; mais cette dernière étude se base sur une observation de seulement 63 patients. La différence constatée ne s'explique pas non plus par une part plus importante de femmes dans le département, en effet le recensement de 2016 par l'INSEE retrouve un sex-ratio à 0,93, soit 51% de femmes. Cette différence pourrait éventuellement s'expliquer par le fait d'avoir observé une population plus

vieille que la moyenne, le sex-ratio s'inversant avec l'âge [8]. On observe cependant dans un travail de thèse réalisé à Toulouse entre 2016 et 2017, à propos des douleurs abdominales aux urgences, un sex-ratio à 0,78 [14], la population observée cette fois-ci est de 384 patients. Dans un second travail de thèse, également réalisé sur Toulouse, fin 2016, les douleurs abdominales aux urgences sont représentées par une majorité de femme à 55% [15]. De plus un rapport de la DRESS publié en 2006 sur les urgences en médecine générale [16] retrouvait lui une proportion de 57% de femmes. Ceci est globalement proche des 58% de femmes adressées par le médecin que nous avons constaté. Une étude de Rouen en 2013 [17], sur la prise en charge des douleurs abdominales aux urgences retrouve une proportion de 57% de femmes, il en est de même pour les observations faites lors d'une thèse basée à Nancy en 2007 et portant sur la prescription des imageries dans le cadre des douleurs abdominales [18] avec 59% de femmes. Le fait de constater une part plus importante de femmes dans les douleurs abdominales semble concordant avec ces derniers travaux réalisés récemment [14,15,17]. Cette majorité de femmes est peut-être en lien avec l'inclusion des pathologies gynécologiques dans les douleurs abdominales qui ne retrouvent pas leur équivalent chez les hommes. Ceux-ci représentant 6% de notre population observée, ils entraînent peut être une sur-représentation des femmes dans les observations.

On observe une moyenne d'âge de 49 ans proche de la moyenne départementale à 47,7 ans mais plus élevée que la moyenne régionale à 43,8 ans [2]. Cet écart pouvant s'expliquer par l'exclusion des moins de 15 ans et 3 mois. Cependant les patients de plus de 75 ans représentent 18% de la population de notre étude, ce qui concorde avec les 17% observés au niveau régional et 19% au niveau départemental [2]. Une étude sur la prescription d'imagerie dans le cadre de douleur abdominale en 2007 [18] et basé à Nancy retrouvait une moyenne d'âge à 49,3 ans. On constate que les personnes adressées ont tendance à être significativement plus âgées que celles consultant spontanément, ceci est également retrouvé dans les différents travaux d'observation

sur les venues spontanées [8,19–21], qui retrouvent une patientèle plus jeune que chez les personnes adressées.

Nous avons observé des EVA déclarées plus basses chez les personnes adressées avec une moyenne quasiment inférieure d'un point. On observe aussi une part plus importante d'EVA déclarée à 0 chez les personnes adressées. La population des personnes adressées tendant à être plus âgée comme évoqué ci-dessus, ce résultat est peut-être aussi en lien avec une mécompréhension de l'EVA chez les personnes plus âgées, cette échelle étant a priori non validée dans l'évaluation de la douleur de la personne âgée [22]. Ces patients a priori non douloureux mais consultant pour une douleur abdominale on peut être pris un antalgique avant de venir consulter. De plus il est possible que chez ces patients la douleur soit discontinu, comme on l'observe dans les pathologies.

Dans le travail de thèse portant sur les douleurs abdominales non traumatiques au CHU de Lille en 2015 [23] l'EVA moyenne était à 6. Une autre étude également basée à Lille et portant sur l'évaluation de la douleur dans un service d'urgences adultes [24] concluait que celle-ci, dans un service d'urgences, reste difficile et parfois hétérogène.

La durée moyenne de passage aux urgences de 3h30 est cohérente avec les moyennes régionales à 4h02 et départementale à 2h52 [2]. L'adressage aux urgences semble entraîner une durée de passage significativement plus longue, ceci pourrait être en lien avec un tableau clinique plus grave chez ces patients que ceux consultant de manière spontanée. En effet la cotation CCMU des 2 populations est significativement différente. Parmi les personnes adressées 26% avait une CCMU ≥ 3 , soit 8 points de plus que ce que l'on observe au niveau régional sur l'ensemble des patients [2]. Ce lien entre adressage et gravité est déjà mis en lumière par d'autres travaux [11,21]. Cependant on observe une différence sur la proportion

des CCMU cotées chez les patients adressés publiée dans leurs résultats. Leurs taux est de 30% à 40% [11,21] de CCMU 3 chez les personnes adressées contre 24% dans notre étude. Néanmoins cette différence peut être expliquée par le fait d'avoir sélectionné uniquement les douleurs abdominales dans notre étude. Nous avons évalué la gravité des patients dans cette étude à l'aide de la cotation CCMU et non de l'IGS II. Utilisé essentiellement dans les services de réanimation et USI, celui-ci ne pouvait pas être calculé dans notre étude, la diurèse des 24 heures et la bilirubine étant absentes des dossiers observés.

A noter que nous n'avons pas constaté de décès aux urgences lors de l'étude, hormis celui d'un homme de 74 ans dans l'ambulance qui le reconduisait aux urgences, 11 jours après son premier passage. La mortalité est donc difficilement comparable, l'étude réalisée au CHU de Grenoble en 2005 sur l'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences [21] retrouvait 1,4% de décès parmi l'ensemble des patients adressés, toutes pathologies confondues. De plus l'étude réalisée à Angers en 2015 sur les patients adressés aux urgences [25] retrouvait un lien entre l'adressage et l'admission en USI, réanimation ou la survenue d'un décès. Dans cette dernière, 9 décès étaient constatés sur 10 825 patients, soit 0,08% de survenue, ce résultat est à modérer car l'étude portait sur l'ensemble des pathologies et chez des patients uniquement classés CIMU 3 par l'IAO, équivalant aux patients jugés potentiellement instables cliniquement. Quand on s'intéresse aux travaux portant sur les douleurs abdominales aux urgences, ils constatent également l'absence de décès lors de leurs études [12,23], ou bien ceux-ci ne sont pas évoqués [10,13,15,18]. Ce résultat est peut-être en lien avec la taille de la population observée, la durée de l'étude ou le fait d'avoir sélectionné uniquement les douleurs abdominales, possiblement moins pourvoyeuses de décès que les douleurs thoraciques par exemple.

Nous avons observé un nombre significativement plus important d'examens biologiques réalisés chez les patients adressés, 92% d'entre eux en ont bénéficié. Dans une thèse de juillet 2018 réalisée sur 2 sites du CHU de Toulouse sur la prise en charge des douleurs abdominales aux urgences [15], on retrouve la réalisation d'un examen biologique dans 77% de l'ensemble des cas, contre 82% dans notre étude. Ce taux est plus proche des observations faites par un autre travail de thèse réalisé de septembre 2016 à avril 2017 toujours sur le CHU de Toulouse et portant sur les douleurs abdominales non traumatiques de l'adulte [14], le taux d'examens biologiques réalisés était compris entre 88 et 89,5% de la population. On pourrait penser ce résultat élevé comme étant lié à la facilité du plateau des techniques disponibles aux urgences. Mais dans un travail de thèse de 2011 réalisé à Paris et portant sur le recours aux examens complémentaires en soins primaires face à une dyspnée, une douleur thoracique ou une douleur abdominale [26], on retrouve la réalisation d'un examen biologique dans 82% des cas. Néanmoins dans un travail portant sur la différence de prise en charge initiale des douleurs abdominales en Haute-Normandie de 2014 à 2015 [27], une différence significative du nombre d'examens biologiques était mis en avant entre les urgences et les médecins généralistes, probablement en lien avec l'observation de 2 populations différentes. Cependant le taux d'examens biologiques alors réalisés aux urgences était de 85%, proche du taux que nous constatons. Une autre étude basée au CHU de Rouen en 2011 [17] mettait en évidence dans le cadre des douleurs abdominales aux urgences une prescription d'examens biologiques chez 90% des patients. Les observations de notre étude semblent donc cohérentes avec les autres travaux portant sur les douleurs abdominales aux urgences [14,15,17,26,27].

Nous avons constaté la prescription d'une CRP dans 80% des cas lorsqu'un examen biologique était prescrit. Les études portant sur la CRP sont pour la plupart faites dans le cadre d'évaluation d'un sepsis ou d'une infection bactérienne [28–31]. La CRP est un marqueur inflammatoire reconnu et sa prescription dans le cadre des douleurs abdominales reste recommandée par la société française d'hépatogastroentérologie [32]. Notre étude a pu mettre en évidence une

valeur de CRP significativement plus élevée chez les patients adressés. Dans le travail d'étude réalisé sur le CHU de Lille entre 2013 et 2016 [13], la CRP était supérieure à 50 mg/l chez 33% des patients, avec une moyenne constatée à 64 mg/L [13]. Nous observons pour notre part une proportion de 21% de CRP supérieure à 50 mg/L dans notre population, avec une CRP moyenne à 55,12 mg/L. Cette différence peut être due au plus petit effectif analysé par l'étude suscitée [13]. Les valeurs plus hautes de CRP constatées chez les patients adressés est peut-être en lien avec leurs gravités cliniques plus importantes. Une valeur haute de la CRP est corrélée à la fois aux infections bactériennes mais aussi à la sévérité de défaillance d'organe [33].

Notre étude a également mis en avant une réalisation d'imagerie plus importante en proportion chez les patients adressés. En effet 53% d'entre eux soit plus d'une personne sur deux ont bénéficié d'une imagerie contre 34% chez les patients consultant de manière spontanée. L'étude sur les douleurs abdominales basée au CHU de Lille entre 2013 et 2016 [13], avait observé la survenue d'une imagerie chez 71% de l'ensemble des patients souffrant de douleur abdominale, nous sommes bien loin des 42 % observés dans notre étude. L'étude réalisée à Rouen en 2013 [17] retrouvait un taux de 76% d'imagerie réalisée, cependant ce résultat est à nuancer car 40% des imageries réalisées sont des ASP. Une fois soustrait nous obtenons un taux de 36% d'imageries comprenant scanner et échographie, ce qui semble tendre vers ce que l'on observe. Nous retrouvons des taux similaires aux observations faites sur le devenir des patients adressés aux urgences du CHU de Bordeaux en 2013 [10], avec 58,1% d'imageries réalisées chez l'ensemble des patients adressés. Dans une étude basée sur le centre hospitalier d'Albi en 2013 [11] portant sur les patients adressés par le médecin aux urgences, il était constaté 80% d'imageries prescrites chez les patients adressés, mais cela incluait toutes les formes d'imageries (radiographies, scintigraphies, IRM, échographies, scanners thoraciques et abdominaux).

Dans l'étude des prescriptions d'imagerie dans le cadre des douleurs abdominales basée à Rouen en 2007 [18], on retrouve une proportion de 95% d'imageries demandées (scanner et échographie confondus). On constate cependant une part plus importante des échographies face aux scanners, à l'inverse de ce que l'on observe, mais cette différence est peut-être due aux différences d'organisation et de disponibilité des médecins radiologues entre les hôpitaux.

Cette proportion plus importante de scanner que d'échographie s'observe dans l'étude basée à Lille entre 2013 et 2016 [13], où les scanners représentent 76% de l'ensemble des imageries, ce qui est proche des 79% constatés dans notre étude. Concordant avec les observations faite par l'étude sur les douleurs abdominales basée à Toulouse en 2016 [14]. A noter que nous n'avons pas observé de demande d'IRM lors de l'étude, ni d'ASP. La proportion plus importante d'échographie semble cohérente avec les observations récentes.

Nous n'avons pas observé de différence significative sur le nombre total d'avis spécialisés demandés dans les 2 groupes. La comparaison des types d'avis spécialisés n'a pas non plus montré de différence significative. Dans le travail d'étude portant uniquement sur des patients adressés aux urgences d'Albi en 2011 [11], 32,6% des patients avaient une demande d'avis spécialisé toutes spécialités confondues. Nous observons pour notre étude 40% de demandes d'avis chez les patients adressés, cette différence peut être justifiée par des articulations différentes entre les médecins spécialistes au sein des deux hôpitaux mais aussi par le fait d'avoir sélectionné uniquement les douleurs abdominales. Les observations faites sur le CHU de Toulouse en décembre 2016 [15] retrouvaient 33% de demandes d'avis chez l'ensemble des patients souffrant de douleurs abdominales aux urgences, là où nous en observons 36%. Nous observons le même classement des 4 avis spécialisés les plus demandés à savoir chirurgicaux, gastroentérologiques, urologiques et gynécologiques. L'étude sur les douleurs abdominales aux urgences du CHU de Rouen en 2013[17] retrouve une demande d'avis spécialisé dans 29% des

cas. Les résultats que nous constatons semblent cohérents avec les autres travaux, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence peut-être à cause d'un effectif pas assez important.

Nous avons observé la survenue de 21 blocs opératoires dans chacun des deux groupes, il n'existait pas de différence significative ni sur le nombre ni sur la précocité en moins de 24 heures de ceux-ci. L'étude réalisée au CHU de Grenoble en 2006, sur les patients adressés aux urgences [21], retrouvait un taux de 0,2% de survenue d'un bloc opératoire. Ce taux plus bas par rapport au taux que nous constatons de 12%, ceci peut être expliqué par le fait que nous avons sélectionné uniquement les douleurs abdominales, qui sont probablement plus pourvoyeuses d'opérations chirurgicales par rapport aux autres motifs d'admissions. Dans une autre étude basée en Finlande au CHU de Kuopio et comparant la survenue systématique d'un scanner ou non dans les douleurs abdominales[34], il est observé la survenue d'un bloc opératoire dans 35% des cas, cependant leur observation est faite sur une population de 93 patients uniquement. L'étude du délai de passage au bloc opératoire est difficilement comparable avec les autres études, se basant sur l'observation des urgences médico-chirurgicales [35] et non l'ensemble des chirurgies survenant après un passage aux urgences ; ou basée sur les urgences gynécologiques uniquement [36,37]. Nous avons observé 8 blocs opératoires dans les suites immédiates du passage aux urgences, soit 2% de survenue sur l'ensemble des patients observés. Ce résultat est proche de l'observation faite au CHU de Nancy sur 1019 patients pris en charge pour des douleurs abdominales aiguës [18] qui retrouvait 3,5% de survenue d'un bloc opératoire dans les suites immédiates du passage aux urgences. Quand on observe les diagnostics posés aux urgences et engendrant un bloc opératoire, on constate que les 4 premiers diagnostics les plus fréquents sont d'origine digestive.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur le nombre de consultations post-urgences dans les 2 groupes ni sur le nombre d'hospitalisations consécutives. Normalement coté en GEMSA 3, on note que notre étude n'en retrouve aucun alors que nous observons des patients reconvoqués après leurs passages aux urgences. Ceci témoigne peut être d'une méconnaissance de cette classification par les soignants (médecins et internes) des urgences du CHA. On note également que cette donnée est absente des rapports d'activité des urgences [2]. Nous observons un taux de consultation post-urgences de 4% dans notre population, cependant ce résultat est probablement majoré à cause du fonctionnement spécifique aux urgences du CHA de reconvocation des patients après un premier passage.

L'étude des reconsultations après un premier passage aux urgences n'a pas mis en évidence de différence significative entre les 2 groupes. Il en est de même pour le nombre d'hospitalisations après reconsultation et entre les délais de la reconsultation. Dans une étude basée sur le CHU d'Angers en 2015 et portant sur la gravité des patients adressés par leurs MG, aucune différence significative n'avait été faite sur la reconsultation des patients à 28 jours. Cette thèse soulignait également que le terme de reconsultation précoce avait tendance à ne pas être clairement définie dans la littérature lorsque l'on lit les conclusions d'une revue de la littérature sur le sujet réalisée en 2015 [38]. Le délai choisi de 28 jours est basé sur une étude Australienne réalisée en 2007 [39], qui constatait un taux de 18% de reconsultations sur 64 147 passages, avec un délai médian de 6 jours. Notre observation de 19% de reconsultations semble coïncider avec la leur, de plus nous observons également une médiane proche à 5 jours et 23 heures et 8 minutes. Le phénomène de reconsultation après un passage aux urgences semble peu étudié en France, s'intéressant plutôt aux réadmissions aux urgences après une hospitalisation [40,41]. Les réadmissions ont déjà prouvé être représentatives de la qualité des soins [42], il serait intéressant d'étudier ce parallèle avec les reconsultations aux urgences. A noter que lors de notre étude nous n'avons pas observé de reconsultation secondaire à un

réadressage par le médecin. Ceci est peut-être en lien avec la durée d'observation de 2 mois, le fait que les MG étaient peut en accord avec la décision prise lors de la première consultation ou bien ceux-ci adresse sur un autre SAU que celui du CHA.

Lorsque l'on observe la répartition des différentes pathologies d'organes, il n'existe pas de différence significative selon qu'on soit adressé ou non par le médecin. Les 3 premières familles d'organes sont les pathologies digestives avec 62% de l'ensemble des diagnostics, puis viennent les pathologies urinaires avec 22% et gynécologiques avec 7%. Cette classification par organe des diagnostics dans le cadre des douleurs abdominales ou de l'adressage apparaît peu dans la littérature à notre connaissance, on retrouve plutôt des travaux sur les diagnostics détaillés ou les services d'hospitalisation après le passage aux urgences.

Il est important de noter que malgré le diagnostic de pathologie d'ordre psychiatrique des douleurs abdominales, on constate l'absence de CCMU P. Ceci est peut-être une fois de plus lié à la méconnaissance de cette échelle de cotation par les soignants.

Pour synthétiser les observations de cette étude, les patients adressés aux urgences pour des douleurs abdominales sont significativement plus hospitalisés que les personnes consultant de manière spontanée. Les douleurs abdominales sont représentées par une majorité de femmes peu importe l'adressage. Nous avons observé que les patients adressés entraînent une durée de passage plus long aux urgences, ceci est probablement en lien avec la sévérité des tableaux cliniques significativement plus importants. Passage durant lequel ils bénéficient de plus d'examens biologiques et d'imageries. Ils correspondent à une part de la population plus âgée avec plus de comorbidités. Les patients adressés déclarent des douleurs significativement moindre à l'accueil des urgences. Au vue de ces observations, bien que la population des adressés soit significativement plus grave et plus hospitalisée, il paraît néanmoins difficile de

proposer une réorientation aux patients consultant de manière spontanée pour douleur abdominale aux urgences. Les arguments de patient jeune, douloureux avec peu d'antécédent à l'accueil semblent inentendables pour proposer une réorientation dans le cadre des douleurs abdominales. En revanche un examen plus fin de la symptomatologie présentée par le patient comme la localisation de la douleur ou encore les symptômes associés comme les nausées, vomissements et troubles du transit serait intéressant à étudier pour déterminer un profil plus précis des venues spontanées ne relevant pas de la consultation d'urgence.

Les venues spontanées mélangent 2 types de patients, des patients relevant des soins primaires et des plus graves potentiellement adressables par le MG si ils avaient eu recours à lui. Ceci corrobore les observations de notre étude qui relève que parmi les venues spontanées il existe des pathologies graves relevant d'une hospitalisation.

Le sondage sur les motivations des patients se présentant spontanément aux urgences révèle que 13% justifient leurs passages par l'absence ou l'impossibilité de rendez-vous avec le médecin traitant [6]. Ce chiffre est probablement sous-estimé car 2 patients sur 10 justifiaient leur passage par une gravité présumée (« Je pensais que c'était grave ») et 1 sur 10 par de l'angoisse. Il est difficile de ne pas y voir un parallèle entre le nombre d'entrée et la diminution du nombre de MG. La difficulté d'accès ou d'obtention d'un médecin traitant par les patients les conduisent à consulter aux urgences, comme le souligne le rapport du sénat sur les urgences hospitalières en France de 2017[9]. Le recours accru aux services d'urgences est un problème observé dans l'ensemble des pays occidentaux [9]. Il est intéressant d'observer les solutions mises en avant pour essayer de résoudre cet afflux. Ainsi en Belgique une charge forfaitaire est demandée aux patients se présentant de manière spontanée aux urgences sans avoir eu recours au médecin traitant ou à la régulation. Cependant depuis 2007 la mesure n'a pas permis de diminuer le nombre de visites dans les services d'urgences [43]. En Italie, l'instauration d'un ticket modérateur pour les passages jugés inappropriés n'a pas non plus montré d'impact significatif sur l'utilisation des services d'urgence [43].

Le travail de thèse portant sur les patients consultant de manière spontanée aux urgences du CHA en 2012 [8], met en avant l'importance de l'éducation des patients sur le recours aux urgences, afin que celui-ci ne paraisse pas une normalité. Elle souligne également l'importance de replacer au cœur de la prise en charge en soin primaire le MG, afin qu'il soit le promoteur d'accès aux urgences [8]. Les politiques de répression des consultations jugées injustifiées ou non adressées aux urgences dans les pays étrangers n'ont pas fait leurs preuves [43]. L'observation des profils et motivations des consultations spontanées, souligne un profil de personne jeune, active et jugeant son passage aux urgences justifié, soit par la gravité ressentie ou par les contraintes personnelles ne s'adaptant que très peu à celles de la médecine générale [8]. De plus, selon la cour des comptes, il semblerait que 20% des patients actuels des urgences ne devraient pas fréquenter ces structures [1]. Face à ce constat, l'éducation et la sensibilisation des patients aux recours à l'urgence semble l'une des clés à proposer pour l'avenir. Des campagnes de sensibilisation des patients, basées sur nos observations et mettant en valeur l'importance de l'adressage du MG aux urgences pourraient être envisageables, afin d'attirer l'attention sur la collaboration entre la ville et l'hôpital que souhaite le Sénat [9].

L'autre point soulevé par le rapport du Sénat de 2017 [9] est la méconnaissance du système de soin par le patient. Le patient restant maître dans le choix de son parcours de soin il paraît important de l'informer et de le sensibiliser. On observe très récemment la mise en place d'applications mobiles comme « My urgence » [44] en France et « DoctR » [45] au Canada, qui donnent la possibilité de connaître le SAU le plus proche par géolocalisation mais informe aussi des autres recours en soins primaires disponibles près du patient comme une maison médicale assurant une permanence de soin. D'autres applications pour aider le patient face à ses symptômes sont mises en place à l'exemple de : « Grave pas grave » [46], une application qui propose après une série de questions, de répondre aux patients sur la gravité de leurs symptômes et si ceux-ci justifient un passage par les urgences. A noter que cette dernière est malheureusement payante ce qui limite son accessibilité.

L'un des autres points important de l'adressage est l'importance de sa qualité et sa forme. Avec la mise en place des dossiers médicaux partagés on peut se demander la forme que va prendre l'adressage dans le futur. Avec les nouvelles technologies émergentes on peut imaginer une messagerie collaborative ou des applications de partage d'informations médicales sécurisées, à l'image de l'application « MY 15 » [47] qui propose la transmission d'informations médicales personnelles au 15 lors d'un appel.

Conclusion :

Nous avons pu observer que les consultations pour douleur abdominale non traumatique sont majoritairement représentées par des femmes au CHA. Notre étude a pu mettre en avant l'importance de l'influence d'un adressage dans le cadre des douleurs abdominales au centre hospitalier d'Angoulême. Celui-ci pouvant entraîner 1,4 fois plus d'hospitalisations lors d'un passage aux urgences. Nous avons pu observer qu'il n'existait pas de différence entre les sexes dans l'adressage aux urgences, mais qu'une majorité de femmes consulte aux urgences pour des douleurs abdominales non traumatiques durant la période de notre étude. Nous avons pu également constater que les patients adressés par leur médecin avaient tendance à correspondre à une patientèle plus âgée avec plus de comorbidités, mais qui paradoxalement déclarent des douleurs moins intense. Ils bénéficient de plus d'examens biologiques, avec des signes marqués d'inflammation à travers l'évaluation de la CRP, ce qui s'accorde avec la tendance des diagnostics significativement plus graves constatés. Les imageries tendent à être plus réalisées chez cette population également.

Néanmoins au regard des pathologies parfois graves présentées par les patients consultant spontanément et notamment la nécessité de prise en charge chirurgicale, il semble encore déraisonnable de proposer une réorientation aux patients qui se présentent spontanément avec une douleur abdominale aux urgences du CHA. D'autres travaux sur les venues spontanées présentant une douleur abdominale et détaillant par exemple les symptômes associés semblent nécessaires avant de pouvoir envisager des critères fiables de réorientation. Parmi les patients consultant de manière spontanée, il en existe une partie qui relève des soins primaires. Ce sont ces personnes sur lesquelles il serait intéressant d'agir en les sensibilisant et en les informant sur leur choix du parcours de soins ainsi qu'en les éduquant sur le recours à l'urgence. Des campagnes de sensibilisation pourraient être envisagées, de plus des applications telles que celles développées sur mobile voient le jour pour accompagner le patient dans sa décision. Il serait intéressant d'étudier l'impact réel que celles-ci ont sur le choix du patient.

Bibliographie :

1. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. 2019.
2. Observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine. Activité des structures d'urgences, panorama de la région Nouvelle-Aquitaine en 2018 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.oruna.fr>
3. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016, conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
4. Conseil national de l'ordre des médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#l=fr;sid=15;v=map2;s=2015;z=174066,6647170,603575,279164;i=demo_gen_tot.mg_act_regul;sly=a_dep_DR
5. Gentile S, Amadaï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. 2004.
6. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. La protection sociale en France et en Europe en 2012, DREES [Internet]. juill 2014;(889). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
7. Foucault C, Claudet I. Evaluation des connaissances des usagers des Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse sur l'existence des maisons médicales de garde [Internet]. Université Toulouse III; 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2030/1/2017TOU31149.pdf>

8. Bouniort L. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. [Internet]. Poitiers; 2012. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/21f90be8-23f1-472f-8a34-5cdfa5c4eb2f>
9. Cohen L, Génisson C, Savary R-P. Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières [Internet]. 2017 juill. Report No.: 685 (2016-2017). Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html
10. Lemonnier N. Devenir des patients adressés par un médecin avec courrier médical, aux urgences adultes du CHU Pellegrin, à Bordeaux. [Bordeaux]: Bordeaux; 2016.
11. Boudy Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi: description et analyse des motifs de recours. [Toulouse]: Toulouse III; 2013.
12. Thomas A. Etude descriptive et retrospective des motifs d'admission et diagnostics de sortie dans un service d'urgence : profil du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Tulle. Limoges; 2014.
13. Tabourin E. Diagnostic étiologique des douleurs abdominales atypiques aux urgences du CHU de Lille: étude rétrospective entre avril 2013 et septembre 2016. Lille 2; 2018.
14. Ferouelle A. Douleurs abdominales non traumatiques de l'adulte : Etude de la discordance diagnostique entre service d'accueil des urgences et service d'aval et des facteurs l'influençant. Toulouse III; 2017.
15. Senette M. Description de la prise en charge des douleurs abdominales aux urgences Étude observationnelle rétrospective réalisée sur 519 patients âgés de plus de 15 ans venus aux urgences du CHU de Toulouse (Rangueil et Purpan) en décembre 2016. Toulouse III; 2018.

16. Gouyon M, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les urgences en médecine générale. 2006.
17. Vouin M, Boujedaini R, Lucas R, Delasalle E, Peschanski N, Joly L. Prise en charge des douleurs abdominales aux urgences : étude prospective d'évaluation de la pertinence diagnostique. Rouen; 2011.
18. Delage C. Evaluation de la prescription de l'imagerie dans la prise en charge de la douleur abdominale aiguë non traumatique: étude rétrospective de 1019 patients admis au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy. Nancy; 2007.
19. Baubeau D, Carrasco V, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. 2003.
20. Bonnet M. Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste. Bordeaux; 2018.
21. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Grenoble Alpes; 2006.
22. Pradines B. Evaluation de la douleur chez les personnes âgées [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <http://geriatrie-albi.com/Douleurevaluation.htm>
23. Winter M. Evaluation de la prise en charge des douleurs abdominales aiguës (<24h) non traumatiques de la femme aux urgences dans deux centres du Nord de la France. [Lille 2]; 2015.
24. Guevart E, Bouquillon J, Vesselier H, RAMU AM, Coudou F. La douleur dans un service d'urgences d'adultes, évaluation et prise en charge à propos de 592 patients douloureux. [cité 5 sept 2019]; Disponible sur: https://www.jlar.com/Congres_anterieurs/JLARJARPEN/Resumes/posters/p03%20LA%20DOULEUR%20URG.htm

25. Boishardy T. Les patients adressés aux urgences par un médecin sont ils plus graves que les autres? Angers; 2016.
26. Bressand S. Importance relative de l'examen clinique et des examens complémentaires dans la démarche diagnostique en soins primaires lors de la consultation pour dyspnée, douleur thoracique et douleur abdominale. Paris Val-de-marne; 2011.
27. Morel-Marechal E. Prise en charge initiale des douleurs abdominales: différences de pratique entre médecine générale de ville et services d'accueil des urgences hospitalières. Rouen; 2015.
28. Bauer S, Lamy O. Utilité du dosage de la CRP dans le diagnostic, le pronostic et le suivi de la pneumonie acquise dans la communauté. Revue médical suiss. nov 2010;
29. Denimal L. Intérêt de la CRP en complément de l'examen clinique dans la détection des bactériémies des patients suspects de sepsis admis aux urgences. Nice; 2017.
30. Asseray N, Leconte C, El Kouri D, Touzé MD, Struillou L, Potel G. Utilité du dosage de la CRP pour la prise en charge des infections bactériennes aux urgences. EM consulte. mars 2008;
31. Uzzan B, Cohen R, Nicolas P, Cucherat M, Perret GY. Procalcitonin as a diagnostic test for sepsis in critically ill adults and after surgery or trauma: a systematic review and meta-analysis. Critical care medicine. 2006;34(7):1996-2003.
32. Société nationale Française de gastro-entérologie. Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte. 2015.
33. Castelli GP, Pognani C, Meisner M, Stuardi A, Bellomi D, Sgarbi L. Procalcitonin and C-reactive protein during systemic inflammatory response syndrome, sepsis and organ dysfunction. Crit Care. août 2004;8(4):R234-242.

34. Juvonen P, Lehtimäki T, Eskelinen M, Ilves I, Vanninen R, Miettinen P, et al. The Need for Surgery in Acute Abdominal Pain: A Randomized Study of Abdominal Computed Tomography. *In Vivo*. 5 janv 2014;28(3):305-9.
35. Zué AS, Josseaume A, Nsafu DN, Galois-Guibal L, Carpentier JP. Les urgences chirurgicales au Centre Hospitalier de Libreville. /data/revues/07507658/v0022i03/0300008x/ [Internet]. [cité 3 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/14987>
36. Dupuis O, Dubuisson J, Moreau R, Sayegh I, Clément H-J, Rudigoz R-C. Rapidité d'extraction respective des césariennes et des forceps réalisés en urgence. /data/revues/03682315/00340008/789/ [Internet]. 10 avr 2008 [cité 3 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/138454>
37. Bloc F, Dupuis O, Massardier J, Gaucherand P, Doret M. Abuse-t-on des césariennes en extrême urgence ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 avr 2010;39(2):133-8.
38. Trivedy CR, Cooke MW. Unscheduled return visits (URV) in adults to the emergency department (ED): a rapid evidence assessment policy review. *Emerg Med J*. 1 avr 2015;32(4):324-9.
39. Moore G, Gerdtz M, Manias E, Hepworth G, Dent A. Socio-demographic and clinical characteristics of re-presentation to an Australian inner-city emergency department: implications for service delivery. *BMC Public Health*. 10 nov 2007;7:320.
40. François P, Bertrand D, Beden C, Fauconnier J, Olive F. Évaluation du taux de réadmissions précoces comme indicateur de la qualité des soins à l'hôpital. /data/revues/03987620/00490002/183/ [Internet]. 2 mars 2008 [cité 3 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/106659>

41. Besse B. Réadmissions à 30 jours par le service des urgences: fréquence, pertinence et déterminants de la prise en charge à l'aide de deux grilles d'évaluation. Grenoble Alpes; 2014.
42. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med*. 24 avr 2000;160(8):1074-81.
43. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [Internet]. Paris; 2015. Report No.: OECD Health Working Papers, No. 83. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>
44. Vernhes T. My urgence [Internet]. App Store. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://apps.apple.com/us/app/myurgence/id1472348862>
45. Technologies wise guys Inc. Doctr: temps attente en santé [Internet]. App Store. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://apps.apple.com/ca/app/doctr-temps-attente-en-sant%C3%A9/id978914806?l=fr>
46. Tribune Santé. Grave Pas Grave ? [Internet]. App Store. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://apps.apple.com/fr/app/grave-pas-grave-tribune-sant%C3%A9/id953508242>
47. Telecom EXOS. My 15 [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.exos.my15&hl=fr>

Résumé et mots clés :

Introduction : Les douleurs abdominales représentent le premier motif de recours aux urgences. Nous avons souhaité étudier le taux de survenue d'hospitalisation chez les patients adressés par un médecin versus ceux consultant de manière spontanée, afin de déterminer si une politique de réorientation était envisageable. L'objectif secondaire était d'identifier les différences de caractéristique et prise en charge de ces 2 groupes, pour identifier des arguments de réorientation.

Méthode : Étude monocentrique, rétrospective, observationnelle et analytique. Réalisée sur 2 mois, incluant tous les patients souffrant de douleurs abdominales sur les horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale de 8h30 à 20h30 du lundi au vendredi. Les patients étaient classés selon le fait ou non d'avoir été adressés par leur médecin aux urgences.

Résultats : 634 patients ont été inclus, 232 ont été exclus, l'analyse a porté sur 402 patients avec 60,5% de femme. 172 d'entre eux étaient adressés par le médecin et 230 ont consulté de manière spontanée. On a observé 55 hospitalisations chez les personnes adressées et 45 dans l'autre groupe, la différence est significative ($p=0,00439$). Les patients adressés avaient tendance à rester significativement plus longtemps aux urgences ($p=0,00121$). Ils correspondent à une population significativement plus âgée ($p=0,000001$), déclarant des EVA moins importantes ($p=0,0055$), ont plus de comorbidités ($p=0,019$), sont classés (CCMU) comme plus grave ($p=0,034$), bénéficient de plus d'examens biologiques ($p=0,000004$) avec des valeurs de CRP significativement plus élevées ($p=0,00007$). Ils bénéficient également de plus d'imageries ($p=0,00018$).

Conclusion : L'adressage aux urgences par un médecin généraliste sur le centre hospitalier d'Angoulême dans le cadre de douleurs abdominales entraîne 1,4 fois plus d'hospitalisations. La réorientation des douleurs abdominales ne semble néanmoins pas envisageable pour le moment, au vu des pathologies parfois graves de ces patients. L'importance du recours au soin primaire par le patient est mis en avant à travers ce travail, le patient restant maître de son choix dans notre système de soin français il paraît important d'axer les solutions sur l'éducation et l'information en amont des urgences. Les solutions modernes comme les applications mobiles offrant des informations sur les offres de soins disponibles pour le patient sont à étudier.

Mots clés : Adressage, réorientation, courrier d'adressage, douleur abdominale, médecine générale, hospitalisation, venues spontanées, influence, urgences, prise en charge, parcours de soin.

Serment d'Hippocrate :

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !