

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2024.

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 30 septembre 2024 à Poitiers
par Mme **BLAYAC** Laurianne.

**Impact de la régulation médicale en période nocturne pour l'accès
aux urgences du centre hospitalier de Niort (79) sur le taux
d'hospitalisation**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur MIMOZ Olivier.

Membres :

Monsieur le Dr. GUENEZAN Jérémy.

Monsieur le Dr. DELELIS-FANIEN Henri.

Directeurs de thèse :

Madame le Dr. DEVOS Aurore.

Monsieur le Dr. PORTRON Clément.

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2024.

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 30 septembre 2024 à Poitiers
par **Mme BLAYAC Laurianne.**

**Impact de la régulation médicale en période nocturne pour l'accès
aux urgences du centre hospitalier de Niort (79) sur le taux
d'hospitalisation**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur MIMOZ Olivier.

Membres :

Monsieur le Dr. GUENEZAN Jérémy.

Monsieur le Dr. DELELIS-FANIEN Henri.

Directeurs de thèse :

Madame le Dr. DEVOS Aurore.

Monsieur le Dr. PORTRON Clément.

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

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

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

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

Maitres de Conférences associés de médecine générale

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

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- 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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

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

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maitres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maitres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maitres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS :

Au Pr. MIMOZ Olivier, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Au Dr. GUENEZAN Jérémy, merci de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci à vous deux pour la formation de qualité que vous apportez aux internes choisissant de se former à la médecine d'urgence et de transmettre votre savoir pour ce métier passionnant.

Au Dr. DELELIS-FANIEN Henri, merci d'avoir accepté de faire parti de ce jury.

Aux Dr. DEVOS Aurore et PORTRON Clément, merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail après toutes mes sollicitations. Merci d'avoir continué à me soutenir malgré les difficultés rencontrées lors de l'avancée du travail. Je vous dois beaucoup (et quelques bières comme promis).

A Mme. GOBIN-BOURDET Clara, Mr. BOURRIGAN Patrice et Mme. GUERIN Magali, merci pour votre aide dans la réalisation de ce travail.

Au Dr. DELELIS-FANIEN Anne-Sophie, merci de m'avoir encadrée lors de mon passage dans le monde de l'internat avec tendresse et passion. Merci pour tous ces apprentissages qui me suivent encore aujourd'hui.

A tous les services qui m'ont accueillie : La médecine gériatrique C du CHU de Poitiers, les urgences du GHT de la Rochelle, la cardiologie et les urgences pédiatriques du CH de Niort, le SAMU/SMUR et la réanimation médicale du CHU de Poitiers. Merci pour les apprentissages que j'ai tiré de chacun. Merci au personnel médical et paramédical pour tout ce que vous m'avez apporté.

TABLE DES MATIÈRES :

REMERCIEMENTS :	1
GLOSSAIRE :	3
1. INTRODUCTION :	4
a. Etat des lieux :	4
b. Problématique :	4
c. Quelles solutions ?	5
d. Hypothèse principale et objectifs de l'étude :	6
2. MATERIEL ET METHODES :	7
a. Conception de l'étude :	7
b. Période d'étude :	7
c. Critère de jugement principal :	7
d. Critères de jugement secondaires :	8
e. Critères d'éligibilité :	8
f. Collecte des données :	8
g. Analyse statistique :	9
h. Aspect légal et éthique :	9
3. RESULTATS :	10
a. Patients inclus :	10
b. Caractéristiques de la population étudiée :	10
c. Critère de jugement principal :	11
d. Critères de jugement secondaires :	12
I. <i>Nombre de passages aux urgences :</i>	12
II. <i>Adressage des patients :</i>	13
III. <i>Orientation des patients dans les urgences :</i>	14
IV. <i>Gravité des patients selon la classification CCMU et GEMSA :</i>	14
V. <i>Nombre d'appels au SAMU Centre 15 :</i>	15
4. DISCUSSION :	16
a. Principaux résultats :	16
b. Forces et limites de l'étude :	18
c. Perspectives :	19
5. CONCLUSION :	21
6. ANNEXES :	22
a. Annexe n°1 : Définition des classifications utilisées :	22
b. Annexe n° 2 : Résultats :	23
7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	24
8. RESUME :	27
9. MOTS CLES :	27
SERMENT D'HIPPOCRATE :	28

GLOSSAIRE :

AMU	Aide médicale d'urgence.
ARM	Assistant de régulation médicale.
ARS	Agence Régionale de Santé.
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences.
CH	Centre Hospitalier.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
DPO	Data Protection Officer.
DRM	Dossier de régulation médicale.
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
GEMSA	Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil.
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire.
HDH	Health Data Hub.
PDS	Permanence des soins.
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente.
SAS	Service d'Accès aux Soins.
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation.
SU	Service d'Urgence.

1. INTRODUCTION :

a. Etat des lieux :

La surfréquentation des urgences est devenue une situation courante, qui survient lorsque la demande en soins excède la capacité du service à les délivrer dans un temps raisonnable (1)(2). C'est une problématique mondialement décrite (3). En France en 2022, le nombre de passages aux urgences a progressé de 6,1% par rapport à 2021, représentant environ 20 millions de passages annuels (4). Ce phénomène, en constante augmentation, est décrit dans la littérature depuis les années 1990 (5)(6).

Dans le département des Deux-Sèvres, au centre hospitalier (CH) de Niort, on observait une augmentation de 8,9% des passages aux urgences en 2022 par rapport à 2021 (7).

b. Problématique :

Cette surfréquentation aux urgences peut s'expliquer par plusieurs éléments :

- La difficulté d'accès aux soins primaires (8), en lien avec l'indisponibilité de rendez-vous rapides ou en dehors des horaires de travail (9).
- L'augmentation des motifs de consultation considérés comme « non urgents » (9)(10), bien que leur définition soit inconstante (11) tout comme leur proportion, variant entre 5% et 80% dans la littérature (8). Ce n'est cependant pas une problématique récente, puisqu'ils étaient déjà décrits en 1996 par l'équipe de Lang (12). Ces consultations peuvent s'expliquer entre autres par l'accessibilité et la qualité des soins prodigués aux urgences ou la sévérité perçue de son état de santé par le patient (8)(9).
- L'augmentation du nombre de patients « complexes » : polyopathologiques ou âgés (9)(10).

Tous ces éléments surviennent dans un contexte de CH sous tension, avec une carence de lits d'aval concernant 60% des établissements (13). Il en résulte une difficulté à obtenir des places d'hospitalisation adaptées aux patients (9)(10), qui restent parfois des nuits entières aux urgences (14). S'ajoute à tous ces paramètres une problématique de sous-effectifs médicaux et paramédicaux (10)(13)(15) contraignant certains CH à fermer, au moins partiellement, leur service d'urgences (SU)(13).

Ces phénomènes peuvent avoir des conséquences néfastes. On note, entre autres, une augmentation du temps d'attente aux urgences (10)(16), une insatisfaction des patients (17)(18) qui quittent parfois le service des urgences avant d'avoir été examinés par un médecin (19)(20), la dégradation de la qualité des soins qui ne peuvent être réalisés dans des conditions optimales (17), ou encore un délai dans l'instauration des traitements, par exemple, des antalgiques (21). Ces phénomènes peuvent également conduire à une augmentation de la mortalité (10)(16)(17)(19).

Les conséquences touchent aussi les soignants : dans l'enquête « Nuit Blanche », 75% des médecins interrogés déclarent vouloir quitter l'hôpital public dans les 5 ans (15).

c. Quelles solutions ?

La permanence de soins (PDS) est assurée par l'hôpital public et consiste à fournir une réponse médicale à tout patient 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec un parcours de soin optimal (13). Le Gouvernement Français a publié des recommandations en ce sens : en 2019 par le Pacte de Refondation des Urgences (21) et en 2022 par la Mission Flash (13).

Ces recommandations ont permis la mise en place progressive du Service d'Accès aux Soins (SAS) depuis 2020. Ce service permet l'accès à distance à un professionnel de santé via la plateforme téléphonique du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), permettant une orientation adaptée du patient pour des soins non programmés (conseil médical, téléconsultation, rendez-vous avec un médecin généraliste, orientation vers un service d'urgences) (21)(13). Si l'accueil de tout patient reste un principe fondamental de la mission du service public, le service des urgences n'est pas toujours la filière de soins la plus pertinente (13). Un triage en amont des urgences permet d'orienter les patients vers les soins les plus adaptés à leurs besoins.

Dans ce contexte, présenter le SAS comme la plateforme de régulation médicale à contacter pour tout problème de santé devant faire l'objet d'un avis médical immédiat est l'un des enjeux des recommandations gouvernementales (21)(13), notamment via la mise en place d'un accès régulé aux services d'urgences. Ce mode de fonctionnement est déjà en vigueur à l'étranger, par exemple au Danemark, mais également en France : au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, au CHU de Dijon et au CH de Cherbourg (22).

Aligné avec ces recommandations et en accord avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Nouvelle Aquitaine, le CH de Niort a mis en place une régulation des entrées aux urgences via le SAMU Centre 15, tous les jours entre 20 heures et 8 heures depuis le 3 juillet 2023. Plusieurs décisions peuvent être prises, que ce soit par le médecin de l'AMU (Aide Médicale d'Urgence) ou le médecin de la PDS (Permanence Des Soins) :

- Admission du patient aux urgences par ses propres moyens, via une ambulance privée, via le service des pompiers ou une équipe médicale d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) selon les signes de gravité déterminés au cours de l'appel.
- Conseil de reconsultation aux urgences en heures ouvrées.
- Réorientation vers la médecine de ville.
- Conseil médical seul.

d. Hypothèse principale et objectifs de l'étude :

Notre travail a pour but d'étudier l'impact de ce système de régulation à différents niveaux. Notre hypothèse principale est qu'il en résulte une augmentation du taux d'hospitalisation, du fait d'une meilleure orientation des patients dans les filières de soins, en comparaison avec les périodes de libre accès.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est de comparer le taux d'hospitalisation dans les suites d'un passage aux urgences du CH de Niort entre les périodes nocturnes d'accès libre et d'accès régulé. Les objectifs secondaires sont d'étudier l'évolution du nombre de passages aux urgences et du nombre d'appels au SAMU Centre 15, et de comparer le mode d'adressage des patients aux urgences et l'orientation des patients au sein même des urgences entre les deux périodes.

2. MATERIEL ET METHODES :

a. Conception de l'étude :

Ce travail est une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, conduite au CH de Niort dans le département des Deux-Sèvres (79).

La régulation médicale pour l'accès aux urgences du CH de Niort a débuté le 3 juillet 2023. Elle est effective de 20 heures jusqu'au lendemain matin 8 heures. Ainsi, toute personne souhaitant un avis médical doit contacter le SAMU Centre 15 afin d'être orientée au mieux dans les filières de soins.

b. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur deux périodes :

- Une première période du 4 juillet 2022 au 31 décembre 2022, correspondant à la période d'accès libre aux urgences du CH de Niort.
- Une deuxième période du 3 juillet 2023 au 31 décembre 2023, correspondant à la période d'accès régulé aux urgences du CH de Niort.

La régulation étant effective entre 20 heures et 8 heures, nous avons étudié dans ce travail seulement les périodes nocturnes.

c. Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal est le taux d'hospitalisation dans les suites d'un passage aux urgences du CH de Niort lors des périodes d'accès régulé en comparaison aux périodes d'accès libre.

d. Critères de jugement secondaires :

Plusieurs critères de jugement secondaires ont été définis, comparant les périodes nocturnes d'accès régulé par rapport aux périodes nocturnes d'accès libre :

- Le nombre de passages aux urgences.
- L'adressage du patient aux urgences (présentation spontanée du patient, adressé par le médecin traitant ou un autre médecin, adressé par le SAMU Centre 15).
- L'orientation du patient au sein même des urgences (filière ambulatoire, filière de consultation de médecine générale ou filière de box).
- La gravité des patients en utilisant la classification CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) et GEMSA (Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil).

Le détail de ces classifications est présenté en annexe n°1.

- Le nombre d'appels au SAMU Centre 15.

e. Critères d'éligibilité :

Les critères d'inclusion sont :

- Patients majeurs.
- Consultant aux urgences du CH de Niort pendant les périodes d'inclusion précédemment définies.

Le critère de non inclusion correspond aux patients mineurs.

f. Collecte des données :

Les données concernant les patients, l'adressage, le nombre de passages aux urgences, l'orientation dans les urgences, l'hospitalisation et les classifications CCMU et GEMSA ont été extraites du logiciel UrQual® (Mc Kesson, San-Francisco, Etats-Unis). Les données concernant le nombre d'appels au Centre 15 ont été extraites du logiciel AppliSAMU© (Appligos, France).

Les données satisfaisant les critères d'inclusion et de non inclusion extraites sur les 2 périodes d'étude ont ensuite été comparées entre elles.

g. Analyse statistique :

Pour la comparaison de variables qualitatives, les tests choisis étaient des tests du χ^2 d'indépendance lorsque tous les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5 et des tests exacts de Fisher dans les autres cas. Pour ces derniers, lorsque le nombre de groupes à comparer était trop important avec des effectifs faibles et que l'estimation de la p-valeur exacte n'était pas possible, ces tests ont été effectués avec une simulation de la p-valeur par la méthode de Monte Carlo basée sur 10000 itérations.

Pour les comparaisons de deux moyennes, les tests utilisés étaient des tests de Student en raison de la présence de grands échantillons ($n > 30$).

Pour la comparaison de plus de deux moyennes, puisque les variables étudiées ne suivaient pas une loi normale, les tests réalisés étaient des tests non paramétriques de Kruskal-Wallis.

Enfin, pour la comparaison du nombre de passages aux urgences et du nombre d'appels au SAMU Centre 15, nous avons réalisé des tests du χ^2 d'ajustement afin de voir si la répartition de ces deux facteurs étaient homogènes sur les périodes étudiées.

Pour l'ensemble des tests, le seuil de risque alpha a été fixé à 5 %. Toutes ces analyses ont été réalisées avec les logiciels R (version 4.0.2) et RStudio (version 2024.04.2+764).

h. Aspect légal et éthique :

La méthodologie de référence utilisée dans cette étude est la méthodologie MR004 destinée à encadrer les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, d'évaluation ou de recherche n'impliquant pas la personne humaine. Un résumé de l'étude a été déposé sur le Health Data Hub (HDH) sous la référence F20231130163945. Le Data Protection Officer (DPO) du CH de Niort, Mr. DRAPEAU, a été informé du projet et a approuvé la méthodologie utilisée.

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

3. RESULTATS :

a. Patients inclus :

Au cours des années 2022 et 2023, le service des urgences du CH de Niort a accueilli 56709 patients dont 41167 majeurs : 21038 en 2022 et 20129 en 2023. Au total, 5717 patients ont été inclus sur la période nocturne d'accès libre en 2022 et 4771 patients sur la période nocturne d'accès régulée en 2023.

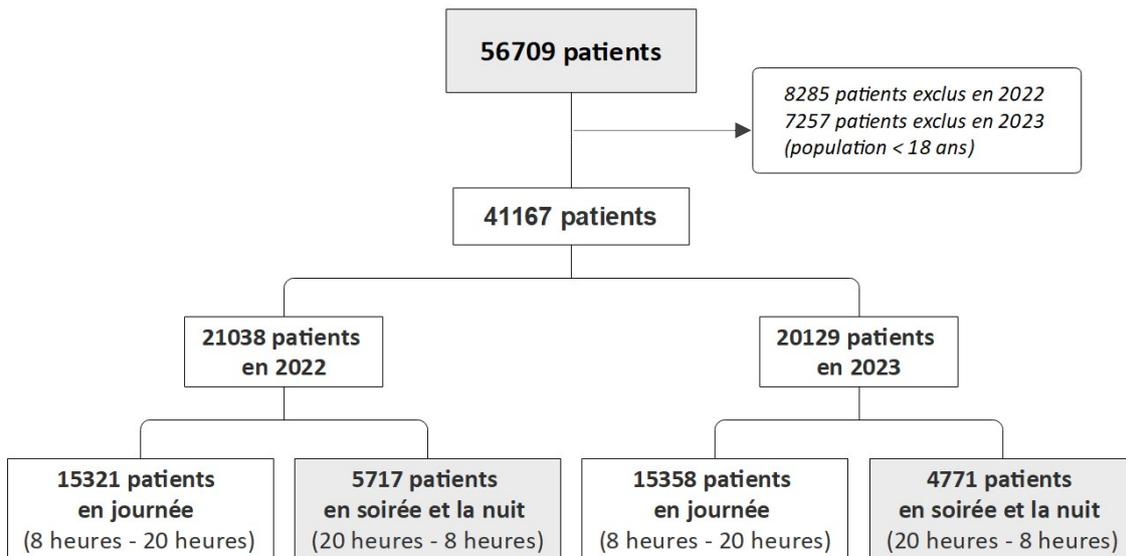


Figure 1 : Diagramme de flux.

b. Caractéristiques de la population étudiée :

Le tableau 1 représente les caractéristiques de la population étudiée ayant consulté aux urgences du CH de Niort sur les deux périodes d'étude.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (N = 10 488).				
		En 2022 (N = 5717)	En 2023 (N = 4771)	p-valeur
Sexe n - (%*)	Hommes	3109 (54,4)	2599 (54,5)	p = 0,9239
	Femmes	2608 (45,6)	2172 (45,5)	
Âge médian (Moy)		50,4 ans	51,5 ans	p = 0,0145
Tranches d'âge n - (%*)	18-24 ans	886 (15,5)	685 (14,4)	p = 0,0295
	25 ans – 44 ans	1775 (31)	1428 (29,9)	
	45 – 64 ans	1368 (23,9)	1119 (23,5)	
	65 – 74 ans	555 (9,8)	530 (11,1)	
	> 75 ans	1133 (19,8)	1009 (21,1)	
* Pourcentage exprimé selon le total de patients dans la catégorie correspondante par rapport au nombre total de patients consultant aux urgences.				

c. Critère de jugement principal :

La figure 2 représente le taux d'hospitalisation depuis les urgences du CH de Niort lors des périodes nocturnes. Ce taux était de 20,7% en 2022 sur la période d'accès libre (soit 1185 patients hospitalisés) et de 22,4% en 2023 sur la période de régulation (soit 1071 patients hospitalisés) ($p = 0,0327$).

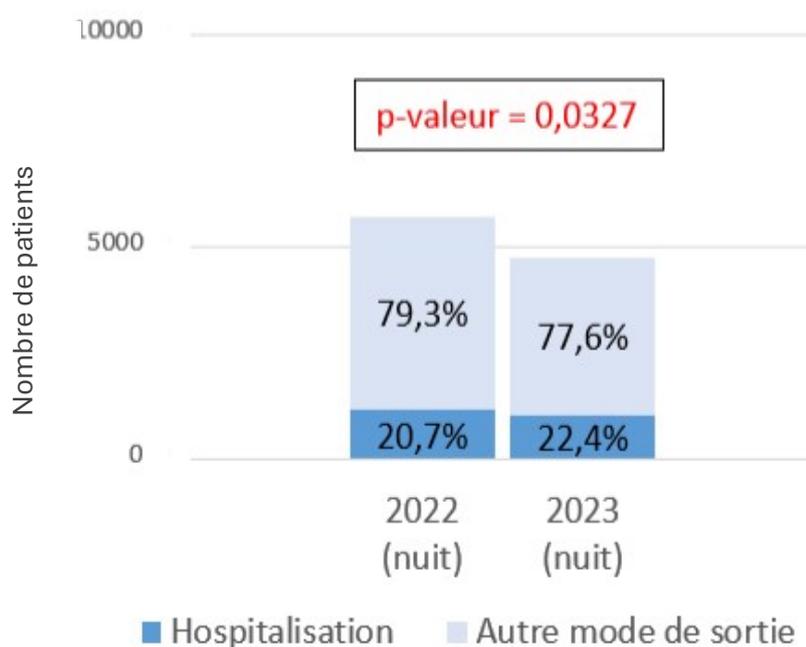


Figure 2 : Taux d'hospitalisation nocturne depuis les urgences du CH de Niort en 2022 et 2023 (N = 10 488).

Les taux d'hospitalisation en fonction de l'âge et du sexe sont présentés dans le tableau 2 en annexe. Les patients hospitalisés en 2022 avaient en moyenne 64,3 ans contre 65,7 ans en 2023 ($p < 0,0001$).

d. Critères de jugement secondaires :

I. Nombre de passages aux urgences :

La figure 3 compare le nombre de passages aux urgences de la population étudiée. Les passages nocturnes représentaient 27,2% des consultations en 2022 sur les périodes d'accès libre et 23,7% des consultations en 2023 sur les périodes d'accès régulé ($p < 0,001$).

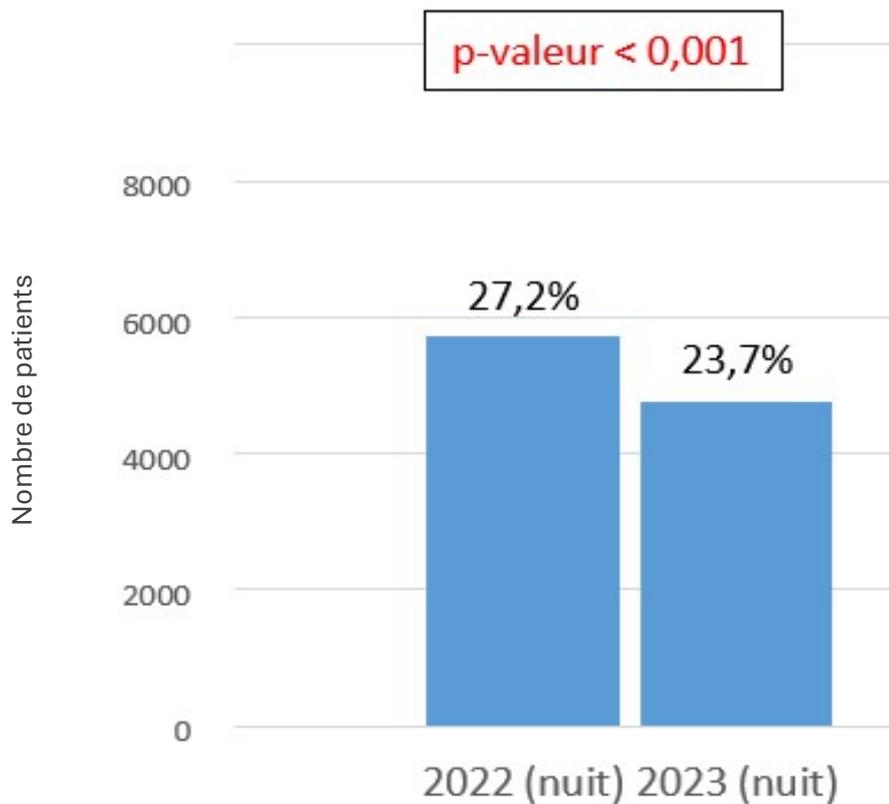


Figure 3 : Passages nocturnes aux urgences du CH de Niort en 2022 et 2023 (N = 41 167).

II. Adressage des patients :

La figure 4 représente les modes de présentation aux urgences des patients étudiés en période nocturne. Elle montre que 43,8% des patients consultaient spontanément en 2022 contre 7,7% en 2023. Au contraire, les patients adressés par le SAMU Centre 15 étaient de 52% en 2022 contre 88,7% en 2023 ($p < 0,0001$).

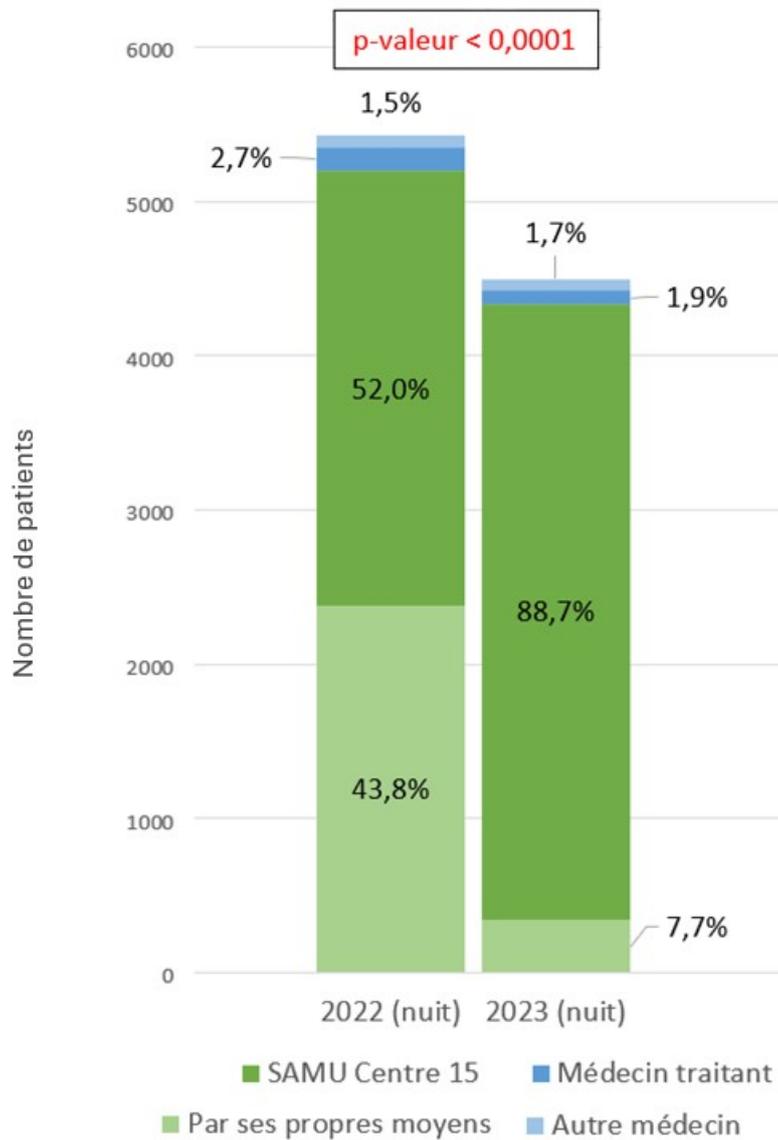


Figure 4 : Modes de présentation nocturne des patients aux urgences du CH de Niort en 2022 et en 2023 (N = 10 488).

III. Orientation des patients dans les urgences :

La figure 5 représente l'orientation des patients étudiés au sein des urgences en période nocturne. La proportion de patients orientés en ambulatoire était de 39% en 2022 et de 33,9% en 2023. La proportion de patients orientés vers la filière de box était de 59,2% en 2022 et de 65% en 2023 ($p < 0,0001$).

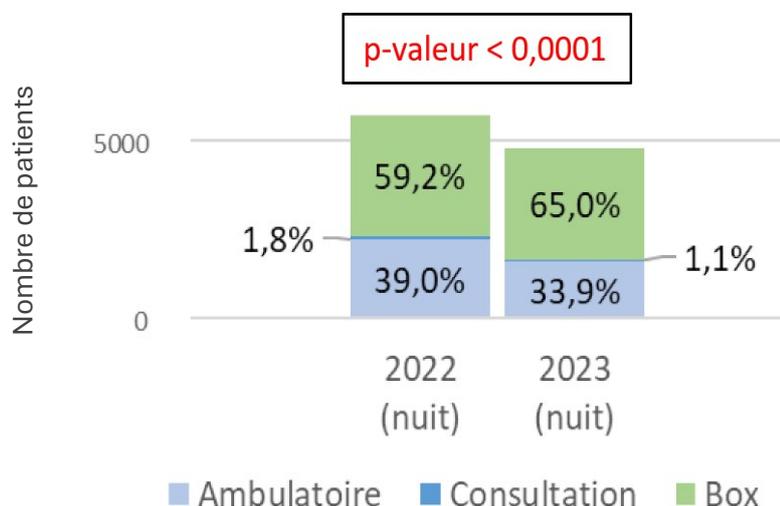


Figure 5 : Orientation nocturne des patients dans les urgences du CH de Niort en 2022 et en 2023 (N =10 488).

IV. Gravité des patients selon la classification CCMU et GEMSA :

Les différents niveaux de gravité des patients selon les classifications GEMSA et CCMU sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Niveaux de gravité nocturne des patients consultant aux urgences du CH de Niort en 2022 et 2023.

	2022		2023			2022		2023	
	N***		N***			N***		N***	
GEMSA n – (%*)	1	13 (0,3)	12 (0,3)	CCMU n – (%*)	1	232 (4,5)	150 (3,5)		
	2	3500 (69,2)	2650 (63,1)		2	3644 (71,1)	2709 (63,8)		
	3	105 (2,1)	89 (2)		3	1133 (22,1)	1286 (30,3)		
	4	1428 (28,2)	1434 (34,2)		4	54 (1,1)	54 (1,3)		
	5	0 (0)	7 (0,2)		5	42 (0,8)	26 (0,6)		
	6	11 (0,2)	7 (0,2)		Décès	4 (0,1)	4 (0,1)		
	p-valeur	p < 0,0001			Psychiatrie	16 (0,3)	17 (0,4)		
			p-valeur	p < 0,0001**					

* Pourcentage exprimé selon le total de patients dans la catégorie correspondante par rapport au nombre total de patients sur chaque période.
 ** p-valeur simulée par la méthode de Monte Carlo avec 10000 itérations.
 *** : Pour les données de CCMU et GEMSA, il y avait des données manquantes en lien avec des dossiers incomplets. Les analyses sont réalisées seulement avec les patients pour lesquels les données ont pu être extraites.

V. Nombre d'appels au SAMU Centre 15 :

La figure 6 représente le nombre d'appels nocturnes total reçus au SAMU Centre 15. Au total 63826 appels ont été reçus en 2022 dont 19779 en période nocturne représentant 31% des appels et 62812 appels en 2023 dont 20210 en période nocturne représentant 32,2% des appels ($p < 0,001$).

La part d'appels des DRM (Dossiers de Régulation Médicale) AMU sur les périodes nocturnes est passée de 48,2% à 40,0 % entre 2022 et 2023 alors que celles des DRM PDS est passée de 51,8% à 60% ($p < 0,0001$).

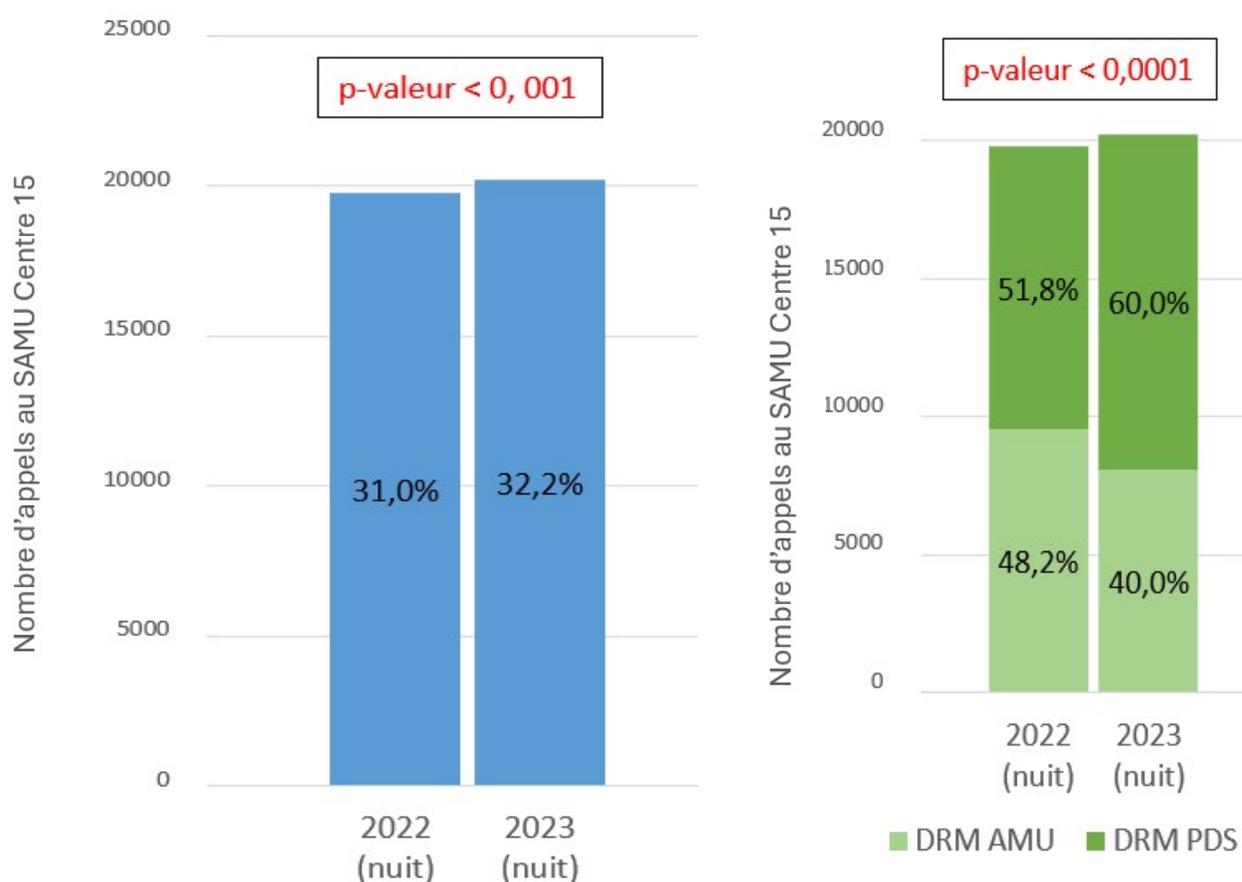


Figure 6 : Nombre d'appels nocturnes (bleu) et type d'appels nocturnes (vert) passés au SAMU Centre 15 du CH de Niort en 2022 et 2023.

4. DISCUSSION :

a. Principaux résultats :

Le taux d'hospitalisation depuis les urgences du CH de Niort a augmenté de 1,7% entre la période d'accès libre en 2022 et la période d'accès régulé en 2023, de manière significative ($p = 0,0327$). En parallèle, le nombre de passages aux urgences a diminué de 3,5% entre 2022 et 2023, également de manière significative ($p < 0,001$). Ces deux paramètres reflètent probablement une meilleure orientation des patients vers le parcours de soins le plus approprié, diminuant l'engorgement des urgences et recentrant le travail des médecins urgentistes sur leur plus-value : la complexité et la gravité (13)(21).

Les données obtenues par d'autres CH ayant également mis en place ce système de régulation sont présentées ci-dessous. Le CHU de Clermont-Ferrand (où la régulation est effective de 18 heures à 6 heures en jours ouvrés et 24 heures sur 24 les week-end et jours fériés (22)), obtient une diminution d'activité de 13% sur les périodes de régulation. Au CHU de Dijon, où le système est en place toute la journée (22), une diminution de 19% du nombre de passages aux urgences et une augmentation de 4% du taux d'hospitalisation sont observées. Le GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) du Lot-et-Garonne, où la régulation est en place de 18 heures à 8 heures, observe une diminution du nombre de passages de 15% (22).

Au niveau régional, ce système est également en cours d'expérimentation sur le site des urgences de Châtelleraut depuis le 19 août 2024.

Si les autres CH obtiennent des résultats plus marqués, c'est probablement en lien avec des plages de régulation plus étendues que celles mises en place au CH de Niort et des périodes d'étude différentes (entre 2 mois au CHU de Clermont Ferrand et 1 an au GHT Lot-Et-Garonne).

Dans le tableau 2 présenté en annexe, on observe que les patients hospitalisés sont significativement plus âgés en 2023 qu'en 2022 ($p < 0,0001$). On retrouve également cette tendance sur le nombre de passages aux urgences (Tableau 1).

Pour limiter les passages de ces sujets fragiles, il existe d'autres solutions que la régulation des entrées aux urgences, dont certaines sont également recommandées

par la Mission Flash (13) comme la téléconsultation (23) dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ce système mis en place sur le CH de Niort via le logiciel Parsys®, est également en place au CHU de Poitiers avec le logiciel Nomadeec®, étudié par l'équipe du Dr. Marjanovic. Cette étude montre une diminution d'adressage aux urgences de 18% depuis les établissements équipés de cette technologie, comparativement aux établissements non équipés (23).

Nos résultats montrent une augmentation significative du nombre de patients adressés par le SAMU Centre 15 sur la période de régulation nocturne par rapport à la période d'accès libre ($p < 0,0001$). Ce résultat est en lien avec la nécessité d'un contact avec le SAMU Centre 15 pour être admis aux urgences.

En parallèle, on note une augmentation significative du nombre d'appels au SAMU Centre 15 de 1,2% entre 2022 et 2023 ($p < 0,001$), majoritairement orientés vers les médecins régulateurs de la PDS qui voient leur taux d'appels augmenter de 8,2% alors que celui des médecins régulateurs de l'AMU diminue de 8,2% ($p < 0,0001$).

L'augmentation du taux d'appel vers les médecins régulateurs de la PDS entre l'année 2022 et 2023 pourrait expliquer la diminution de 3,5% des consultations aux urgences décrite ci-dessus. Nous pouvons ainsi supposer que l'augmentation du nombre d'appels observée correspond en partie à des appels de patients ne nécessitant pas une consultation aux urgences, réorientés vers le système de soins primaires.

Ces données correspondent à celles de la littérature qui retrouve que 8% des patients consultant aux urgences peuvent être réorientés en libéral (21).

On remarque qu'il persiste 7,7% de présentation spontanée aux urgences en 2023. Des études complémentaires sont nécessaires pour comprendre les raisons pour lesquelles un appel au Centre 15 n'est pas effectué par ces patients, par exemple en évaluant l'impact des campagnes nationales et locales sur le bon usage des urgences (13). Dans la littérature, certains patients choisissent de s'orienter vers les services d'urgences par manque de connaissances des solutions alternatives (9).

L'orientation des patients vers le secteur ambulatoire diminue de 5,1% entre 2022 et 2023 alors que l'orientation vers la filière de box augmente de 5,8% de façon significative ($p < 0,0001$). Ces variations peuvent s'expliquer par la meilleure orientation des patients dans les filières de soins. En effet, on note dans la littérature que 58% des patients consultant aux urgences pour des motifs de traumatologie mineure acceptent une réorientation vers la médecine de ville (24). Pour faciliter la régulation des patients victimes de traumatismes bénins, les données de la littérature suggèrent l'utilisation de photographies télétransmises, permettant de diminuer les consultations inutiles aux urgences de 16% à 7% par une meilleure orientation des patients (25).

Pour finir, nos résultats mettent également en avant une augmentation du pourcentage de patients graves consultant aux urgences, avec une augmentation significative des CCMU 3 et GEMSA 4 ($p < 0,0001$). Là encore, cette évolution démontre une meilleure orientation des patients dans le système de soin, témoignant probablement du recentrage de l'activité nocturne vers des patients plus graves, avec une limitation des consultations pour des motifs « non urgents ».

Cependant, il existe une disparité entre la perception des professionnels de santé et des patients concernant les motifs de recours « non urgents » (27). Devant ces motifs, il faut savoir prendre en compte l'urgence ressentie du patient et son anxiété : il peut par exemple être proposé un rappel systématique, notamment pour les patients recevant un conseil médical seul (28). A noter que cette pratique augmenterait la charge du médecin régulateur.

b. Forces et limites de l'étude :

Ce système de régulation médicale pour l'accès aux urgences semble être une piste intéressante pour limiter leur surfréquentation. Notre étude permet de mettre en évidence une diminution du nombre de consultations aux urgences en parallèle d'une augmentation du pourcentage de patients graves et du taux d'hospitalisation. Ces différents phénomènes sont expliqués par une meilleure orientation du patient dans les filières de soins permettant une meilleure utilisation du temps médical (13). Limiter la surfréquentation aux urgences est essentiel car elle est associée à des effets néfastes, parfois graves (27) pour les patients et les soignants.

De plus, ce système semble satisfaire la majorité des patients (29) et améliorer la santé physique des soignants (30).

En revanche, il augmente le travail du médecin régulateur dans un contexte de sous-effectifs médicaux. Sur le CH de Niort, seuls un médecin régulateur PDS et un médecin régulateur AMU sont présents, de jour comme de nuit.

Ce système à lui-seul ne suffit probablement pas à juguler l'augmentation des consultations aux urgences, progressant en moyenne cinq fois plus rapidement que la croissance de la population Française (31)(32).

Notre étude présente des limites. L'analyse des données est effectuée uniquement sur la période de juillet à décembre. Or, il existe une variation saisonnière, par exemple lors des épidémies virales, qui peuvent influencer le nombre et la gravité des consultations aux urgences. Une étude ultérieure pour étudier l'impact de ce système sur la globalité de l'année serait intéressante.

De plus, il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique, avec les limites inhérentes à ce type d'étude.

c. Perspectives :

Le travail présenté ici ouvre de nombreuses perspectives.

Par exemple, il serait intéressant d'étudier les critères de sécurité notamment l'évolution du nombre d'effets indésirables graves en lien avec ce système de régulation. La régulation est un exercice difficile, particulièrement vulnérable à l'erreur (28). C'est un acte médical à part entière engageant la responsabilité du médecin régulateur (33). Dans la littérature, il est décrit que 18% des appels passés au centre de régulation sont considérés comme « peu clairs », pouvant mener à une augmentation de la morbidité des patients mal orientés dans les filières de soins (34).

Il semble également important d'étudier si ce système permet une diminution du temps d'attente aux urgences. Le GHT Lot-et-Garonne observait une diminution de 21% des patients restant plus de 8 heures aux urgences (35). Cette donnée est essentielle à

étudier devant une association à la morbimortalité décrite dans la littérature (19), notamment chez les sujets âgés qui représentent une population majeure de notre étude. En effet, 23% des personnes de plus de 75 ans restent souvent plus de 8 heures aux urgences (21). L'équipe du Dr. Roussel (36) retrouvait une augmentation de 4,6% de mortalité chez les patients passant la nuit aux urgences, plus marquée chez les sujets dépendants.

Enfin, il serait intéressant de recueillir le ressenti des soignants et des patients au niveau local suite à la mise en place de ce système.

5. CONCLUSION :

Le système de régulation médicale pour l'accès aux urgences du CH de Niort, mis en place depuis le 3 juillet 2023, met en évidence une augmentation significative du taux d'hospitalisation depuis les urgences de 1,7% en 2023 par rapport à 2022.

En parallèle, nous avons également remarqué une diminution significative du nombre de passages aux urgences de 3,5% et une augmentation du pourcentage de patients graves.

Cependant, il accroît le travail des médecins régulateurs avec une augmentation significative des appels à la régulation du SAMU Centre 15 de 1,2%, notamment au dépend des médecins régulateurs de la PDS qui voient leur taux d'appels augmenter de 8,2%.

Ces résultats sont probablement expliqués par une meilleure orientation des patients dans les filières de soins, diminuant le recours aux urgences pour des soins relevant de la médecine de ville. Cela permet de recentrer le travail des médecins urgentistes vers les patients les plus instables en diminuant les consultations non urgentes, permettant une meilleure utilisation du temps médical.

Ces résultats doivent cependant être nuancés par l'augmentation sans cesse grandissante du nombre de consultations aux urgences, que la régulation des entrées seule ne saurait juguler.

Des études complémentaires sur toutes les composantes de ce système de régulation semblent essentielles, tout comme sur les autres dispositifs limitant la surfréquentation des urgences.

6. ANNEXES :

a. Annexe n°1 : Définition des classifications utilisées :

La classification CCMU permet de décrire les ressources à mettre en œuvre selon la gravité du patient. Elle permet aussi de décrire et de comparer la population prise en charge dans les SU en termes de gravité à l'arrivée.

Elle est divisée en 7 items :

- CCMU 1 : Patient peu grave, stable, ne nécessitant pas d'examen complémentaire, ni de traitement réalisé aux urgences.
- CCMU 2 : Patient peu grave, stable, nécessitant au moins un examen ou un traitement aux urgences.
- CCMU 3 : Situation avec potentiel d'aggravation, mais pas de risque vital pour le patient.
- CCMU 4 : Situation engageant le pronostic vital sans manœuvre de réanimation engagée.
- CCMU 5 : Situation engageant le pronostic vital avec réalisation de manœuvres de réanimation.
- CCMU D : Patient décédé à l'arrivée, sans manœuvre de réanimation engagée.
- CCMU P : Problématique psychiatrique pure ou prédominante.

La classification GEMSA permet de décrire et comparer la population dans les SU en termes de lourdeur de prise en charge, utilisée plutôt à la sortie du patient.

Elle est divisée en 6 items :

- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.
- GEMSA 2 : Passage simple aux urgences, puis retour au domicile.
- GEMSA 3 : Deuxième passage dans un SU, généralement convoqué pour des soins après un premier passage.
- GEMSA 4 : Patient hospitalisé après un passage aux urgences.
- GEMSA 5 : Patient ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation.
- GEMSA 6 : Prise en charge thérapeutique immédiate avec gestes de réanimation ou prise en charge prolongée avec surveillance attentive de plus de 1 heure.

b. Annexe n° 2 : Résultats :

<i>Tableau 2 : Taux d'hospitalisation nocturne des patients consultant aux urgences du CH de Niort en 2022 et 2023 selon le sexe et l'âge (N = 2256).</i>					
		2022	P valeur	2023	P valeur
		N = 1185		N = 1071	
Sexe n - (%*)	Hommes	633 (53,4)	p = 0,4543	568 (53)	p = 0,282
	Femmes	552 (46,6)		503 (47)	
Âge moyen (Moy)	Hospitalisés	64,3 ans	p < 0,0001	65,7 ans	p < 0,0001
	Autres	46,8 ans		47,4 ans	
Tranches d'âge n - (%*)	18 – 24 ans	64 (5,4)	p < 0,0001	54 (5)	p < 0,0001
	25 – 44 ans	186 (15,7)		144 (13,4)	
	45 – 64 ans	293 (24,7)		236 (22)	
	65 – 74 ans	171 (14,4)		182 (17)	
	> 75 ans	471 (39,7)		455 (42,5)	
* Pourcentage exprimé selon le total de patients dans la catégorie correspondante par rapport au nombre total de patients consultant aux urgences.					

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Ouyang H, Wang J, Sun Z, Lang E. The impact of emergency department crowding on admission decisions and patient outcomes. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2022;51:163-8.
2. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*. 2003;42(2):173-80.
3. Nan SN, Wittayachamnankul B, Wongtanasarasin W, Tangsuwanaruk T, Sutham K, Thinnukool O. An Effective Methodology for Scoring to Assist Emergency Physicians in Identifying Overcrowding in an Academic Emergency Department in Thailand. *BMC Med*. 2024;24(1):83.
4. FEDORU. Panorama des Urgences 2022.
5. Hwang U, Concato J. Care in the Emergency Department: How Crowded Is Overcrowded. *Academic Emergency Medicine*. 2004;11(10):1097-101.
6. DRESS. Les établissements de santé, la médecine d'urgence. Edition 2022.
7. FEDORU. Panorama des organisations – Nouvelle Aquitaine – Edition 2022.
8. Vogel JA, Rising KL, Jones J, Bowden ML, Ginde AA, Havranek EP. Reasons Patients Choose the Emergency Department over Primary Care: a Qualitative Metasynthesis. *J Intern Med*. 2019;34(11):2610-9
9. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. Theodoro DL, éditeur. *Academic Emergency Medicine*. 2017;24(9):1137-49.
10. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *Bellolio. Plos One*. 2018;13(8):e0203316.
11. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A, Corporation R. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. 2014.
12. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1996;50(4):456-62.

13. Mission Flash sur les Urgences et les soins non programmés. François Braun. Juin 2022.
14. O Gourd, D. Pateron. Medical regulation: the French National Authority for Health (HAS) lays down recommendations on the management of calls. 2011.
15. Etude Nuits Blanches – Consultation nationale sur la permanence des soins. 2022.
16. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. *Annals of Emergency Medicine*. 2013;61(6):605-611.e6.
17. Stewart D, Lang E, Wang D, Innes G. Are emergency medical services offload delay patients at increased risk of adverse outcomes. *CJEM*. 2019;21(4):505-12.
18. Tekwani K, Kerem Y, Mistry C, Sayger B, Kulstad E. Emergency Department Crowding is Associated with Reduced Satisfaction Scores in Patients Discharged from the Emergency Department. *WestJEM*. 2013;14(1):11-5.
19. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342.
20. McMullan JT, Veser FH. Emergency Department Volume and Acuity as Factors in Patients Leaving Without Treatment: *Southern Medical Journal*. 2004;97(8):729-33
21. Pacte de refondation des Urgences. Agnès Buzyn. 9 septembre 2019.
22. . Actualité de l'Urgence – Site SFMU.
23. Marjanovic N, Jonchier M, Guenezan J, Delelis-Fanien H, Reuter PG, Mimos O. Telemedicine in Nursing Home Residents Requiring a Call to an Emergency Medical Communication Center. *Journal of the American Medical Directors Association*. févr 2024;25(2):195-200.e1.
24. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Serv Res*. déc 2010;10(1):66.
25. Magimel-Pelonnier E, Marjanovic N, Couvreur R, Drugeon B, Mimos O, Guenezan J. Photography tele-transmission by regular ambulance staff for the management of mild traumatic injury: the NiCEPHORE randomised-controlled trial. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 14 oct 2022;30(1):53

26. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes*. déc 2012;5(1):525.
27. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine*. 2008;52(2):126-136.e1
28. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. *Réanimation*. 2009;18(8):737-41.
29. Viguier Tanguy. Retour d'expérience des usagers du SAMU 47 suite à la mise en place de l'entrée régulée en période nocturne au sein des urgences. Novembre 2023.
30. Ahmad HAJJOUZ. Impact d'une régulation nocturne des entrées aux urgences du CH-Agen Nérac et du Pôle de Santé du Villeneuvois sur la qualité de vie au travail des soignants. Octobre 2023.
31. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *The American Journal of Emergency Medicine*. mars 2005;23(2):131-7.
32. DREES. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. 2020.
33. O Gourd, D. Pateron. Medical regulation: the French National Authority for Health (HAS) lays down recommendations on the management of calls. 2011.
34. Møller TP, Kjærulff TM, Viereck S, Østergaard D, Folke F, Ersbøll AK, et al. The difficult medical emergency call: A register-based study of predictors and outcomes. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. déc 2017;25(1):22.
35. Maillard L. Congrès CPCMU, Et si on régulait tout ? Novembre 2023.
36. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte K, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*. 1 déc 2023;183(12):1378.

8. RESUME :

Introduction : La surfréquentation des urgences est une problématique mondialement connue, en constante augmentation depuis les années 1990. Elle est associée à des conséquences néfastes pour les patients et pour les soignants. Devant cette problématique, le Gouvernement Français a édité des recommandations, ayant permis la mise en place du SAS depuis 2020 afin d'améliorer l'orientation des patient dans les filières de soins. En accord avec ces recommandations, le CH de Niort a mis en place un système d'accès régulé aux urgences depuis le 3 juillet 2023 entre 20 heures et 8 heures le lendemain matin.

Matériel et méthodes : Cette étude rétrospective, observationnelle, monocentrique, compare la période nocturne d'accès libre en 2022 et la période nocturne d'accès régulé en 2023 dans le service des urgences du CH de Niort. Le critère de jugement principal est le taux d'hospitalisation depuis les urgences. Les critères de jugement secondaires sont : le nombre de passages aux urgences, l'adressage des patients aux urgences, l'orientation du patient dans les urgences, la gravité des patients et le nombre d'appels au SAMU Centre 15).

Résultats : On observe une augmentation significative de 1,7% des hospitalisations depuis les urgences, associée à une diminution de 3,5% des passages aux urgences, une augmentation de 1,2% des appels au SAMU Centre 15 et une augmentation des proportions de CCMU 3 et GEMSA 4.

Conclusion : Ce système de régulation médicale pour l'accès aux urgences semble être une piste intéressante pour limiter la surfréquentation. Il permet une diminution du nombre de passages aux urgences permettant une meilleure utilisation du temps médical pour les patients les plus graves. Cependant, il augmente le travail du médecin régulateur. Enfin, ce système seul ne suffit probablement pas à juguler l'augmentation des consultations aux urgences.

9. MOTS CLES :

Surfréquentation des urgences, Service d'Accès aux Soins, SAMU Centre 15, régulation médicale, taux d'hospitalisation, nombre de passages aux urgences.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



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 !



RESUME :

Introduction : La surfréquentation des urgences est une problématique mondialement connue, en constante augmentation depuis les années 1990. Elle est associée à des conséquences néfastes pour les patients et pour les soignants. Devant cette problématique, le Gouvernement Français a édité des recommandations, ayant permis la mise en place du SAS depuis 2020 afin d'améliorer l'orientation des patient dans les filières de soins. En accord avec ces recommandations, le CH de Niort a mis en place un système d'accès régulé aux urgences depuis le 3 juillet 2023 entre 20 heures et 8 heures le lendemain matin.

Matériel et méthodes : Cette étude rétrospective, observationnelle, monocentrique, compare la période nocturne d'accès libre en 2022 et la période nocturne d'accès régulé en 2023 dans le service des urgences du CH de Niort. Le critère de jugement principal est le taux d'hospitalisation depuis les urgences. Les critères de jugement secondaires sont : le nombre de passages aux urgences, l'adressage des patients aux urgences, l'orientation du patient dans les urgences, la gravité des patients et le nombre d'appels au SAMU Centre 15).

Résultats : On observe une augmentation significative de 1,7% des hospitalisations depuis les urgences, associée à une diminution de 3,5% des passages aux urgences, une augmentation de 1,2% des appels au SAMU Centre 15 et une augmentation des proportions de CCMU 3 et GEMSA 4.

Conclusion : Ce système de régulation médicale pour l'accès aux urgences semble être une piste intéressante pour limiter la surfréquentation. Il permet une diminution du nombre de passages aux urgences permettant une meilleure utilisation du temps médical pour les patients les plus graves. Cependant, il augmente le travail du médecin régulateur. Enfin, ce système seul ne suffit probablement pas à juguler l'augmentation des consultations aux urgences.

MOTS CLES :

Surfréquentation des urgences, Service d'Accès aux Soins, SAMU Centre 15, régulation médicale, taux d'hospitalisation, nombre de passages aux urgences.