

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2018

N° 2018.121

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de médecine générale

Renaud HAMELIN

Né le 24/03/1986 à Fontenay-le-Comte

---

Épidémiologie descriptive des patients admis aux urgences de l'hôpital privé du Confluent pour un syndrome douloureux abdominal. Étude prospective observationnelle du 1<sup>er</sup> Janvier 2017 au 31 Avril 2017.

---

*Présentée et soutenue publiquement le 4 Octobre 2018*

Président : Monsieur le Professeur Remy SENAND

Directeur de thèse : Dr Christophe BERRANGER

## Remerciements

À Monsieur le Professeur Rémy SENAND, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, sachez que vous avez toute ma reconnaissance et que notre rencontre lors d'une évaluation de travaux pédagogiques a grandement contribué au souhait de vous avoir comme président de jury.

À Monsieur le Professeur Éric BATARD, vous avez accepté de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Gilles POTEL, vous avez également accepté de faire partie du jury, merci pour l'intérêt porté à mon travail et pour votre dévouement à l'enseignement.

À Monsieur le Docteur Christophe BERRANGER, pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse, pour ta capacité d'analyse, tes conseils, ta patience, ta réactivité et ton intelligence. Ta détermination à t'améliorer dans ta pratique est un exemple, merci d'avoir accepté que je puisse travailler à tes côtés et m'avoir accordé ta confiance.

À l'équipe des urgences du Confluent, l'équipe des médecins de SOS Médecins, Fabrice, Dominique, Bertrand et Patrick pour leur travail et la confiance qu'ils m'accordent depuis maintenant 3 ans.

À ma famille, sans qui rien n'aurait été possible.

À tous mes confrères. Un remerciement particulier à ceux qui m'ont convaincu de me lancer dans cette voie.

Merci aux amis qui m'ont soutenu, chacun à leur manière, au cours des 14 dernières années.

## Table des matières

Remerciements.....	2
Table des matières.....	3
Abréviations.....	4
1. Introduction.....	5
2. Matériels et méthodes.....	6
Type d'étude.....	6
Objectifs de l'étude.....	6
Population de l'étude.....	6
Recueil des données.....	6
Saisie des données et analyse statistique.....	7
Éthique.....	7
3. Résultats.....	8
4. Discussion.....	13
Méthodologie : forces, limites et biais de l'étude.....	13
Réponses aux objectifs, perspectives.....	14
5. Conclusion.....	18
6. Bibliographie.....	19
7. Annexes.....	22
8. Serment médical.....	23
9. Résumé.....	24

## Abréviations

ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins

AEG : Altération de l'Etat Général

ARM : Auxiliaire de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centres d'Accueil et de Permanence des Soins

CCRA-15 : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DA : Douleur abdominale

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

DRM : Dossier de Régulation Médicale

EPHAD : Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées et Dépendantes

IDE : Infirmier Diplômé d'État

NSAP : Non Specific Abdominal Pain (douleur abdominale non spécifique)

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Structure d'Urgence

## 1. Introduction

La douleur abdominale aiguë (1) est l'un des principaux motifs de consultation aux urgences. Elle représente entre 4% et 10% des admissions en structure d'urgence (2,3).

La douleur abdominale fait partie des plaintes fonctionnelles à risque d'évolution défavorable (16) et constitue une cause fréquente de consultation aux urgences après une première évaluation médicale (4,1). Plus de la moitié des patients admis vont bénéficier d'un examen d'imagerie en urgence (3,5,24).

Le diagnostic le plus fréquemment retenu est celui de « douleur abdominale non spécifique » (NSAP), qui représente 20% à 40% des diagnostics. La colique néphrétique, l'appendicite aiguë, les causes biliaires, les occlusions, les pancréatites et les diverticulites complètent les diagnostics les plus fréquemment établis. Près de 20% des patients admis aux urgences pour une douleur abdominale sont hospitalisés (5,6).

En Loire Atlantique, les urgences sont épaulées par un système de permanence des soins ambulatoire (PDSA) effective en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux.

Les membres de l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins 44 (ADOPS 44), installés ou remplaçants, effectuent des permanences de 20h à 8h au sein de Centres d'Accueil et de Permanence des Soins (C.A.P.S) ou de façon mobile. Ils sont déclenchés après régulation téléphonique au Centre de réception et de régulation des appels CRRA-C15.

L'association SOS Médecins avec 44 médecins libéraux est responsable de la permanence des soins 24h/24h et 7 jours sur 7 sur l'agglomération de Nantes, de façon mobile ainsi qu'au sein des C.A.P.S de Nantes et Rezé. L'association bénéficie d'un secrétariat téléphonique accessible au 3624 en complément d'une régulation par le CRRA-C15.

Quinze pour cent des appels concernaient les DA en 2013. Il s'agissait du second motif en fréquence après la dyspnée (7). En Loire-Atlantique, il existe douze C.A.P.S répartis sur l'ensemble du territoire.

L'efficacité de ce système de permanence des soins a été mise en évidence, 89% des patients vus n'ont pas consulté aux urgences dans les 48h. Parmi les patients ayant consulté dans les 48h, la majorité l'ont fait pour une plainte liée à une douleur abdominale (4). Alors que son efficacité a été établie, une mauvaise connaissance de ce système de permanence des soins a été observée (8,9).

Nous avons cherché à savoir si la population et la prise en charge des patients admis aux urgences pour le motif « douleur abdominale » était comparable sur les horaires de permanence des soins, la nuit et le jour.

Le but de cette étude est de décrire et comparer l'épidémiologie et la prise en charge des patients s'adressant pour des syndromes douloureux abdominaux aux urgences de l'hôpital privé du Confluent entre le jour et la nuit.

## 2. Matériels et méthodes

### Type d'étude

Une étude prospective observationnelle monocentrique sur la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2017 au 30 Avril 2017 a été menée au sein du service des Urgences de l'hôpital privé du Confluent à Nantes en Loire Atlantique.

### Objectifs de l'étude

Le but de cette étude est de décrire et comparer l'épidémiologie et la prise en charge des patients s'adressant pour des syndromes douloureux abdominaux aux urgences de l'hôpital privé du Confluent entre le jour et la nuit.

### Population de l'étude

- Critères d'inclusion :

Patients admis aux urgences pour le motif « douleur abdominale » entre le 1er janvier 2017 et le 30 Avril 2017

- Critères d'exclusion :

- patients admis pour de la traumatologie
- patients pour qui le diagnostic étiologique a déjà été établi (patients programmés en attente d'hospitalisation)
- pédiatrie, moins de 15 ans / obstétrique

### Recueil des données

Plusieurs critères ont été retenus :

Le nombre de passage aux urgences, le sexe des patients, l'âge des patients, le mode d'admission, la date d'entrée et de sortie, l'heure de début et de fin de prise en charge, l'orientation du patient, les examens d'imagerie demandés.

Nous avons observé 7 modes d'admissions sur la période. Les patients préalablement vus par un médecin ont été regroupés dans le groupe « adressé ».

Les informations ont été extraites de la base de données de l'hôpital de façon prospective. Le motif « douleur abdominale » étant initialement inscrit par l'IDE d'accueil, au besoin corrigé par le médecin urgentiste prenant en charge le patient.

L'équipe informatique du Groupe Confluent a aidé à l'extraction des données.

L'équipe médicale des Urgences de l'hôpital privé du Confluent est composée de 2 médecins de 8h à 12h puis 3 de 12h à minuit. À partir de minuit et ce jusqu'à 8h un seul médecin de garde est présent. Les équipes paramédicales sont, elles aussi, réduites en effectif.

## Saisie des données et analyse statistique

Ont été calculés à partir de ces données : la répartition selon le mode d'admission, les délais et durées de prise en charge, le nombre de patients hospitalisés, le devenir des patients selon leur mode d'entrée, la répartition des hospitalisations selon l'âge, le devenir après avoir eu une imagerie, les examens complémentaires prescrits selon le mode d'admission.

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel® pour les calculs. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel BiostaTGV®. Pour les variables indépendantes qualitatives nominales nous avons utilisé le test Chi2. Le test T de Student a lui été utilisé pour comparer les variables indépendantes quantitatives.

## Éthique

L'étude a été menée en accord avec la déclaration d'Helsinki (10).

### 3. Résultats

Au total 550 patients ont été inclus entre le 1er Janvier 2017 et le 31 Avril 2017.

315 patients ont été inclus le jour, 235 la nuit (127 de 20h à minuit, 108 entre minuit et 8h).

155 patients se sont présentés aux urgences le weekend (28,18%) : 85 le jour (54,84%) et 70 la nuit (45,16%).

Le motif « douleur abdominale » représente sur la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2017 au 31 Avril 2017, 5,8% des admissions aux urgences.

Les caractéristiques de la population sont présentées dans le *tableau 1*. Les patients entre 25 ans et 44 ans sont significativement plus admis pour des douleurs abdominales la nuit que le jour ( $p=0,016$ ).

*Tableau 1 - Caractéristiques de la population*

	Jour (n=315)	Nuit (n=235)	
Sexe			
Femme	186 (59,05)	146 (62,13)	ns
Homme	129 (40,95)	89 (37,87)	ns
Sexe ratio	1,44	1,64	ns
Répartition des âges			
(15 ans - 24 ans)	59 (18,73)	42 (17,87)	$p=0,77$
(25 ans - 44 ans)	75 (23,81)	78 (32,77)	$p=0,016$
(45 ans-64 ans)	84 (26,67)	61 (25,96)	$p=0,91$
(65 ans - 84 ans)	73 (23,18)	43 (18,30)	$p=0,15$
(>84)	21 (6,67)	7 (2,98)	$p=0,12$
Age moyen (années)	47,8	47,1	ns
Ecart type (années)	22,3	22,0	ns

Le *tableau 2* présente les modes d'admissions des patients. Le jour, les patients adressés après avis médical représentent 75,24% des admissions. La nuit, les patients adressés après avis représentent 62,13% des admissions. Le weekend 59 patients (38,06%) n'étaient pas adressés contre 96 adressés (61,93%).

La nuit, il y a de manière très significative une augmentation des admissions sans avis médical préalable ( $p=0,00094$ ).

Tableau 2 - Mode d'admission

	Jour (n=315)	Nuit (n=235)	
Médecin traitant	151 (47,94)	26 (11,06)	
SOS Médecins	37 (11,75)	40 (17,02)	ns
Autre médecin	15 (4,76)	11 (4,68)	ns
Service clinique	2 (0,63)	0	ns
Etablissement extérieur	0	2 (0,85)	ns
C 15	33 (10,48)	66 (28,09)	ns
Non adressé	76 (24,13)	88 (37,45)	p=0,00094

Le *tableau 3* présente les délais et durées moyennes de prise en charge. Pour les 550 patients le délai moyen de prise en charge est de 1h34 pour une médiane à 1h15. La durée moyenne de prise en charge est de 8h28 pour une médiane à 7h06. Les prises en charge la nuit sont significativement plus longues que celles du jour ( $p=4*10^{-13}$ ). (Test t de Student)

Tableau 3- Délai et durée de prise en charge

	Jour (n=315)	Nuit (n=235)	
Délai de prise en charge			
moyenne	1h 34min	1h 34min	ns
médiane	1h 19min	1h 7min	ns
Durée de prise en charge			
moyenne	7h 3min	10h 23min	$P=4*10^{-13}$
médiane	1h 19min	1h 7min	ns

Le nombre de patients sortant et hospitalisés est présenté dans le *tableau 4*. Au total, après leur prise en charge aux urgences, 206 hospitalisations en service (hors UHCD) ont été nécessaires (37,46%). Le jour 47,93% des patients ont été hospitalisés, la nuit 53,61% des patients ont été hospitalisés. Il y a de manière significative plus de patients admis en UHCD la nuit que le jour.

Sur les 235 patients admis la nuit de 20h à 8h, 175 (74,47%) sont sortis sur les horaires de jour. Pour les patients admis en soirée, 39,06% sont sortis sur les horaires de jour.

Tableau 4- Nombre de patients sortant, hospitalisés

	Jour (n=315)	Nuit (n=235)
Hospitalisation	129 (40,95)	77 (32,76)
UHCD	22 (6,98)	49 (20,85)
Sortie		
<4h	47 (14,92)	31 (13,19)
4h<S<8h	87 (27,62)	20 (8,51)
>8h	30 (9,52)	58 (24,68)
Total Sortie	164 (52,06)	109 (46,38)

Les patients préalablement vus par un médecin ont été regroupés dans le groupe « adressé ».

Pour les patients adressés après avis médical, nous avons retrouvé, le jour, un délai moyen d'attente de 1h35 pour une médiane à 1h19 et une durée de prise en charge moyenne de 7h03 pour une médiane à 6h08. La nuit le délai moyen est de 1h29 pour une médiane à 1h00, la durée de prise en charge moyenne est de 10h58 pour une médiane à 11h27.

Pour les patients se présentant sans avoir consulté préalablement, nous avons retrouvé, le jour, un délai moyen d'attente de 1h29 pour une médiane à 1h17 et une durée de prise en charge moyenne de 5h28 pour une médiane à 5h04. La nuit, le délai moyen est de 1h42 pour une médiane à 1h34, la durée de prise en charge moyenne est de 9h23 pour une médiane à 9h48.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative sur ces données.

Les *tableaux 5.1* et *5.2* présentent l'impact d'une évaluation médicale avant les admissions.

Le jour 52,32% des patients adressés et 31,58% des patients non adressés ont été hospitalisés. La nuit 63,02% des patients adressés et 35,23% des patients non adressés ont été hospitalisés.

Tableau 5.1- Impact d'une évaluation médicale avant l'admission le jour

	Hospitalisation Jour	UHCD Jour	Sortie Jour
Non adressé (n=76)	22 (28,95)	2 (2,63)	52 (68,42)
Adressé (n=237)	104 (43,88)	20 (8,44)	115 (48,52)

Par test statistique,  $p = 0,0001$ , les patients adressés par un médecin aux urgences le jour sont significativement plus hospitalisés que les patients non adressés.

Tableau 5.2- Impact d'une évaluation médicale avant l'admission la nuit

	Hospitalisation Nuit	UHCD Nuit	Sortie Nuit
Non adressé (n=88)	16 (18,18)	15 (17,05)	57 (64,77)
Adressé (n=146)	58 (39,73)	34 (23,29)	55 (37,67)

Par test statistique,  $p=0,0059$ , les patients adressés par un médecin aux urgences la nuit sont significativement plus hospitalisés que les patients non adressés.

Les demandes d'examens complémentaires sont résumées dans le *tableau 6*. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes. Le jour 72,38% des patients ont eu une imagerie. La nuit 62,13% des patients ont eu une imagerie.

*Tableau 6- Examens complémentaires*

	Jour (n=315)	Nuit (n=235)	
Radiographie	31 (9,84)	24 (10,21)	ns
Echographie	84 (26,66)	56 (23,83)	ns
Scanner	146 (46,35)	94 (40,00)	ns
Pas d'examen complémentaire	87 (27,62)	89 (37,87)	ns

Le *tableau 7* compare les examens complémentaires en fonction du mode d'admission. Il n'y a pas de différence significative sur les demandes d'examens complémentaires que le patient soit adressé ou non.

*Tableau 7- Examens complémentaires selon le mode d'admission*

	Adressés	Non adressés	
Jour	237	78	ns
Radiographie	25 (5,06)	6 (7,69)	ns
Echographie	69 (19,41)	17 (21,80)	ns
Scanner	122 (40,93)	24 (30,77)	ns
Nuit	146	89	ns
Radiographie	19 (6,16)	5 (5,62)	ns
Echographie	37 (19,18)	19 (21,35)	ns
Scanner	63 (43,15)	31 (34,83)	ns

Les *tableaux 8.1 et 8.2* comparent l'orientation des patients après la réalisation ou non d'un examen complémentaire. Les patients qui ont un examen d'imagerie la nuit et qui sortent ont des temps d'attente significativement supérieurs à ceux du jour. En l'absence d'examen d'imagerie, on ne retrouve pas de différence significative.

*Tableau 8.1- Orientation après examens complémentaires d'imagerie*

	Jour (n=228)	Nuit (n=146)
Hospitalisation	104 (45,61)	53 (36,30)
UHCD	19 (8,33)	34 (23,29)
Sortie	105 (46,05)	59 (40,41)
<4h	12 (5,26)	4 (2,74)
4h<S<8h	66 (28,95)	7 (4,79)
>8h	27 (11,84)	48 (32,88)

Tableau 8.2 – Orientation en l'absence d'examens complémentaires d'imagerie

	Jour (n=87)	Nuit (n=89)
Hospitalisation	25 (28,75)	24 (26,97)
UHCD	3 (3,45)	15 (16,85)
Sortie	59 (67,82)	50 (56,18)
<4h	35 (40,23)	27 (30,34)
4h<S<8h	21 (24,14)	13 (14,61)
>8h	3 (3,45)	10 (8,90)

#### 4. Discussion

##### Méthodologie : forces, limites et biais de l'étude.

550 patients ont été inclus dans l'étude ce qui représente sur la période 5,8% des entrées. 57,27% des patients se sont présentés en journée et 42,73% se sont présentés la nuit.

Les études à grande échelle sur les DA aux urgences (2,3) ont estimé qu'entre 4 à 10% des admissions aux urgences concernaient les DA. A titre de comparaison, l'étude rétrospective Italienne incluant 5500 visites aux urgences a montré que 5,76% des visites concernaient les DA (5).

En dehors de la traumatologie, il s'agit de la principale plainte fonctionnelle aux urgences. En France, l'enquête nationale sur les urgences hospitalières menée par la DRESS a évalué que dans 8% des cas, les diagnostics étaient liés à une pathologie de l'appareil digestif (11).

Nos données ne comportent pas d'informations sur l'état de santé des patients. L'étude des antécédents des patients est incontournable pour la décision d'hospitalisation. Les « déterminants de la décision d'hospitalisation » sont nombreux et ne concernent pas uniquement le motif d'hospitalisation (12).

Nous avons choisi d'exclure les patients en attente d'hospitalisation « programmée » ce qui excluait, par exemple, les patients suivis en cancérologie au centre Catherine de Sienne. De plus, notre étude a évalué les patients s'adressant pour des douleurs abdominales en dehors de la traumatologie, de la pédiatrie et de l'obstétrique.

Il n'a pas été possible de connaître le délai entre la demande d'un examen complémentaire et sa réalisation. Ce délai est suggéré plus important la nuit compte tenu de la politique de réalisation des examens complémentaires en horaire de PDS. Les durées de prise en charge étant plus longues la nuit de façon significative, on s'attend à ce que le délai entre la demande et la réalisation soit lui aussi significatif.

En dehors des situations d'urgence, le radiologue ne contacte pas le médecin des urgences à chaque examen réalisé, il existe donc un délai entre le moment où l'examen est réalisé et le moment où le praticien est informé des résultats. Ce délai n'a pas été évalué entre le jour et la nuit et constitue un biais sur les durées de prise en charge la nuit.

Notre étude étant prospective et ne s'intéressant pas aux diagnostics posés, elle ne permet pas d'évaluer la prise en charge après les urgences ce qui aurait pu être intéressant. On ne sait pas si les patients hospitalisés ont été opérés ou si le diagnostic a été réajusté après l'hospitalisation.

Il est discutable de dire qu'un patient sortant n'a pas bénéficié d'une prise en charge urgente. Ceci concerne un nombre de patients limité. Les urgences concernant les douleurs abdominales n'aboutissent pas systématiquement à une prise en charge en hospitalisation. Par exemple, la prise en charge des coliques néphrétiques n'aboutit pas à une hospitalisation dans la plupart des cas mais nécessite souvent une prise en charge aux urgences.

Dans notre étude n'ont pas été pris en compte les samedis après-midi et dimanche en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux. L'idée initiale de l'étude était de comparer les prises en charge le jour et la nuit. Cependant les résultats calculés sur les horaires de PDSA (samedi après-midi et dimanche inclus) ne modifient pas les résultats.

Les hospitalisations après un passage aux urgences sont évaluées à 19,9% selon le rapport DRESS. Selon ce même rapport, 33% des passages pour le motif DA ont été suivi d'une hospitalisation ce qui est en cohérence avec notre étude. Nous pouvons remarquer des taux élevés d'hospitalisation dans notre étude par rapport aux études rétrospectives internationales à plus large échelle. Cervellin G. et al. avec une étude rétrospective sur 5340 prises en charge de DA ont montré que 16,57% des patients étaient hospitalisés (5). L'organisation du système de soins Italien diffère de l'organisation Française, ce sujet n'a pas été approfondi.

Les différences entre la patientèle des établissements publics et celle des établissements privés, tant d'un point de vue médical ou social que du choix de recourir aux urgences sont plurifactorielles. En sélectionnant des patients dans une structure d'urgence d'un hôpital privé des biais de recrutement sont possibles. Réaliser le même type d'étude au sein d'une structure publique d'urgence permettrait d'infirmer ou confirmer cette idée. À noter que selon le rapport de la DREES les hospitalisations après un passage aux urgences sont moins nombreuses dans le secteur privé (12).

### Réponses aux objectifs, perspectives

Il n'y a pas de différence significative en termes d'âge moyen et de sexe entre le groupe jour et le groupe nuit.

Il y a une surreprésentation des patients de 25 à 44 ans la nuit. Ces patients sont jugés les plus « mobiles » la nuit ce qui peut expliquer la découverte d'une différence significative.

Nous constatons qu'il y a, la nuit, de manière très significative, plus d'admissions sans avis médical préalable. Les cabinets des médecins de ville étant fermés, il y a une différence significative en termes d'admission le jour par rapport à la nuit qu'il était inutile de calculer... et une augmentation des prises en charge par les médecins de PDS (hors SOS médecins). Cette différence peut attester d'une mauvaise connaissance des systèmes de PDSA par les patients et/ou d'une insuffisante couverture des besoins par les médecins de PDSA. A partir de 20h le soir et jusqu'à minuit, les C.A.P.S et l'association SOS Médecins prennent le relais des cabinets médicaux.

Aucun patient n'a été reçu plusieurs fois aux urgences du Confluent pour le motif DA sur la durée de l'étude.

Les délais de prise en charge sont identiques entre le jour et la nuit. Ce résultat suggère une organisation et une rapidité d'installation du patient en salle d'examen identique entre le jour et la nuit.

Le jour comme la nuit, les patients adressés par un confrère ne sont pas pris en charge plus rapidement. Cela est très étonnant et à mon avis dommageable pour les patients. Créer une fiche de pré-admission avec un numéro dédié aux professionnels aux urgences est une idée. Un accès priorisé aux patients préalablement vus par un confrère semble logique.

Il y a une différence hautement significative entre les durées moyennes de prise en charge le jour et de la nuit. La nuit, les prises en charge sont plus longues. Ces durées sont plus longues que le patient soit hospitalisé ou bien qu'il sorte. Près de 25% des patients sortant ont des durées de prise en charge de plus de 8h la nuit. La présence d'une équipe réduite et d'un

unique médecin à partir de minuit ne peut, à elle seule, expliquer les différences en terme de durées. Cette différence est plurifactorielle.

Le facteur principal « ralentissant » la prise en charge est l'accès aux examens complémentaires la nuit. Le radiologue étant d'astreinte, il est supposé ne se déplacer que pour les situations d'urgence vitale ou pour les situations modifiant la prise en charge du praticien des urgences. Sa présence à l'hôpital est pour le moment obligatoire pour la réalisation des échographies et des scanners.

Ce délai augmente le risque de perforation intestinale et de complications notamment dans les appendicites (16).

Il n'y a pourtant pas de différence significative dans l'accès à l'imagerie entre les patients du jour et de la nuit. Les patients bénéficient des mêmes examens mais comme cela a été noté plus haut le délai d'accès est par contre supposé plus long pour les patients se présentant la nuit.

Notre étude n'a pas comparé dans les détails ce délai d'accès. Il est supposé par les durées de prise en charge plus longues et par la différence hautement significative entre les durées de prise en charge en cas de sortie pour les patients bénéficiant d'un examen complémentaire. Cette donnée permet de dire que les délais d'accès aux examens complémentaires la nuit sont plus longs que le jour (14,15,18).

La réalisation d'une TDM n'est pas plus à risque que les examens de radiologie conventionnelle et est le gold-standard de la prise en charge des DA (18, 26,28). L'accès à la TDM la nuit est aujourd'hui dépendante de la présence du radiologue qui n'est actuellement pas tenu d'être sur son lieu de travail mais seulement d'astreinte. Le radiologue se déplace à la demande de l'urgentiste pour des demandes pouvant immédiatement changer ou adapter la prise en charge. Cela donne lieu à des débats de manière quasi systématique...

Nous constatons que le nombre de patients non hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences et qui ont bénéficié d'une imagerie n'est pas statistiquement supérieur la nuit. Le choix de réaliser un examen n'est pas forcément conditionné par son accès. Cela est rassurant.

Il est admis que la réalisation d'un examen complémentaire « ralentit » la prise en charge des patients. Dans notre étude, la nuit, un patient qui bénéficie d'un examen complémentaire et qui n'est pas hospitalisé a sa prise en charge qui dépasse les 8 heures dans plus de deux tiers des cas.

Il n'y a pas de différence significative sur les demandes d'examens complémentaires (radiographie, échographie, scanner) entre les patients qui sont adressés par un médecin et ceux se présentant d'eux mêmes. C'est étonnant car dans la mesure où il y a beaucoup moins de gens hospitalisés on peut se poser la question de la pertinence de la demande de l'examen complémentaire une fois le patient aux urgences.

Sur les 235 patients admis la nuit de 20h à 8h, 175 (74,47%) sont sortis sur les horaires de jour. Pour les patients admis en soirée, 39,06% sont sortis sur les horaires de jour. Autrement dit, quasiment 75% des patients vus en horaire de PDS aux urgences vont être pris en charge le lendemain par un autre médecin. Cela retarde une nouvelle fois la prise en charge de ces patients, le médecin récupère les transmissions de son collègue de la nuit et doit revoir le patient. Il n'est pas rare d'avoir plus de 10 patients à revoir dès le matin en arrivant aux urgences qui n'ont pas eu leur examen d'imagerie. Cela pose un problème organisationnel et peut également influencer sur la qualité de la prise en charge. Une étude centrée sur les prises en

charge des patients faisant intervenir plusieurs urgentistes me semble intéressante pour éclaircir ce point.

Au total, 37,46% des patients ont été hospitalisés dans un service « d'étage ». Si l'on rajoute les hospitalisations en UHCD, 47,93% des patients ont été hospitalisés le jour et 53,61% des patients ont été hospitalisés la nuit. Il y a significativement plus de patients hospitalisés en UHCD la nuit. Dans notre étude, en journée 6,98% de patients sont hospitalisés en UHCD alors que 20,85% le sont la nuit. Les avis et les imageries sont reportés au lendemain et les patients bénéficient simplement d'une surveillance hospitalière. Les patients dans l'attente d'un avis spécialisé ou d'un examen complémentaire non urgent sont souvent admis en UHCD pour une surveillance la nuit.

Dans le rapport de la DRESS, la part des patients hospitalisés est plus élevée quand le conseil initial de se rendre aux urgences émane d'un médecin, du SAMU ou des pompiers (30 % *versus* 10 % pour les patients venus de leur propre initiative). En revanche, les passages effectués entre minuit et 8 heures ne se distinguent pas par une proportion d'hospitalisation plus élevée que ceux effectués en journée et en début de soirée (11,12). Cela est confirmé dans notre étude, il existe une différence significative entre le nombre d'hospitalisations chez les patients adressés ou non. Les patients préalablement vus par un confrère sont plus souvent hospitalisés à la suite de leur prise en charge que les patients qui se présentent d'eux-mêmes... ce qui semble logique.

La majorité des patients se présentant le jour ont été adressés par leur médecin traitant. Il y a significativement plus de patients se présentant sans avis médical sur les horaires de PDS. Nous constatons que l'augmentation des patients adressés par les médecins de permanence des soins ne « compense » pas le nombre de patients adressés par leur médecin traitant en journée.

La prise en charge des patients jugés cliniquement « non urgents » sans diagnostic spécifique et/ou dans l'attente d'examens complémentaires (patient dans le « safety net ») (1 ; Figure1) est une question d'organisation. Plusieurs options peuvent être envisagées : une observation en service d'urgence (il s'agit également des hospitalisés en UHCD), un retour à domicile avec des consignes de suivi par leur médecin traitant, un retour à domicile avec la programmation d'un examen complémentaire différé.

Une part importante d'examens complémentaires aux urgences sont non contributifs à la prise en charge en ce qui concerne les DA. Le diagnostic est alors NSAP, un enjeu important serait de diminuer constamment la proportion de ce diagnostic en améliorant chaque aspect de la prise en charge des patients. Dans notre étude la part de ce diagnostic atteint 31% (33% le jour et 28,5% la nuit – pas de différence significative).

Que doit-on adapter ? L'organisation des urgences la nuit ou bien l'organisation de la prise en charge en amont des patients ?

Les durées de prise en charge sont bien supérieures la nuit et on remarque que la plupart des patients entrant la nuit vont sortir le jour sous la responsabilité d'un autre médecin. Le nombre de patients hospitalisés en UHCD la nuit « explose ». Le médecin de garde ne peut pas réellement faire son travail, il prépare les patients à une prise en charge en journée avec les risques que cela comporte.

La présence d'un radiologue pour l'interprétation des images est nécessaire mais est-elle nécessaire pour faire l'examen ? Peut-on imaginer que les images soient transférées sur un serveur accessible au radiologue d'astreinte ? L'expérience a été menée dans de nombreux services d'urgence où une permanence des soins « Imagerie » existe informatiquement. Généraliser ce type de pratique permettrait sans aucun doute de désengorger les urgences en ce qui concerne les DA.

L'impact de l'évaluation médicale avant les urgences est de nouveau mis en lumière par notre étude, le rôle de « tri » des médecins exerçant en PDS est aujourd'hui essentiel mais est-ce qu'il faut augmenter l'offre de PDS ou bien faut-il harmoniser les prises en charge hospitalières entre le jour et la nuit ? La question mérite d'être posée, il faut à mon avis « un peu des deux » c'est à dire augmenter et surtout diffuser l'offre de PDS la nuit pour compenser le nombre de médecins traitants qui ne travaillent pas sur ces horaires mais également optimiser les prises en charge la nuit aux urgences surtout au niveau des examens complémentaires. Le coût de telles mesures pour améliorer l'offre de soins tout en améliorant les prises en charge est évaluable. (19, 30)

Il existe aujourd'hui une différence de prise en charge entre le jour et la nuit aux urgences en ce qui concerne les DA. Cette différence concerne la prise en charge en amont des urgences aussi bien qu'au sein du service. L'impact sur les patients est suggéré par notre étude et il convient à l'avenir d'harmoniser les prises en charge le jour et la nuit.

## 5. Conclusion

La douleur abdominale est un des symptômes les plus courants de consultation aux urgences. La population admise aux urgences est hétérogène avec une sur représentation des patients âgés de 25 à 44 ans la nuit. De même, la nuit, les patients se présentent significativement plus sans avis médical préalable. Il y a significativement plus de patients hospitalisés en service d'UHCD la nuit.

A ce jour, il existe une différence de prise en charge des patients au sein de la structure d'urgences privées du Confluent que les patients soient pris en charge ou non sur les horaires de permanence de soins. Les durées de prise en charge sur les horaires de permanence de soins sont significativement supérieures à celles en dehors de ces horaires ce qui est potentiellement préjudiciable aux patients. Soixante quinze pour cent des patients admis sur les horaires de nuit voient la fin de leur prise en charge repoussée au lendemain.

Il est confirmé qu'un patient adressé par un confrère a de façon significative plus de chance d'être hospitalisé.

Le passage en horaire de PDS ne modifie pas l'accès aux examens complémentaires. La nuit et le jour les patients bénéficient des mêmes examens. Qu'un patient soit adressé ou non ne modifie pas le nombre d'examens complémentaires réalisés.

Nous avons identifié deux facteurs principaux influençant l'augmentation des durées de prise en charge. Le premier étant la confirmation de la mauvaise connaissance des systèmes de permanence des soins par les patients, les patients se présentant en horaire de PDS se présentent significativement plus sans avis médical ce qui participe à la surcharge des urgences. Le second étant lié aux conditions d'accès à l'imagerie des patients sur ces horaires. Il est possible d'améliorer la prise en charge des patients se présentant pour des douleurs abdominales sur les horaires de nuit. Limiter l'accès aux urgences aux patients ayant consulté préalablement un praticien de PDSA soins est une des pistes à étudier. Accélérer l'accès à l'imagerie des patients la nuit est également un facteur déterminant.

## 6. Bibliographie

1. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA, on behalf of the expert steering group. Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain. *Digestive Surgery*. 2015;32(1):23-31.
2. Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. *The American Journal of Emergency Medicine*. sept 2011;29(7):711-6.
3. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: Stability and change over 20 years. *The American Journal of Emergency Medicine*. mai 1995;13(3):301-3.
4. M. Champy, P. E. Chon. Devenir à 48 heures des patients vus par les médecins mobiles, du 15 janvier 2013 au 15 juillet 2013 en Loire-Atlantique. Université de Nantes; 2013.
5. Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, Meschi T, Comelli I, Catena F, et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Annals of Translational Medicine*. oct 2016;4(19):362-362.
6. Fagerström A, Paaajanen P, Saarelainen H, Ahonen-Siirtola M, Ukkonen M, Miettinen P, et al. Non-specific abdominal pain remains as the most common reason for acute abdomen: 26-year retrospective audit in one emergency unit. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 28 juin 2017;52:1072-7.
7. Meurisse C. Médecin mobile : un nouvel effecteur complétant la permanence des soins ambulatoires au sein d'un département pilote. Nantes; 2012.
8. Pujol C, Blenet J-C, Rambaud J, Université de Montpellier I, Faculté de médecine. Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'Hôpital de Perpignan aux heures de permanence des soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soin. [S.l.]: [s.n.]; 2007.
9. Calvo A., Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2. Marseille. FRA / com. Étude d'opinion auprès des consultants non urgents du SAU de l'hôpital de la Conception : une éventuelle réorientation vers une autre structure assurant la permanence des soins ? 2005.
10. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 27 nov 2013;310(20):2191.
11. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières – Rapport Drees 2003 – ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791 [Internet]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er215.pdf>
12. Numéros : ISSN 1146-9129 = Études et résultats - Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES (En ligne) [Internet]. Disponible sur : <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2017/03/Hospitalisation-apres-passage-aux-urgences-Drees-Fev-2017.pdf>
13. profilsu44\_hopconfluent.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2017]. Disponible sur : [http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/01/85/00018531-25c1ca823f228d4d98c67e9c9cfd0ce4/profilsu44\\_hopconfluent.pdf](http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/01/85/00018531-25c1ca823f228d4d98c67e9c9cfd0ce4/profilsu44_hopconfluent.pdf)
14. Sala E, Watson CJE, Beadsmoore C, Groot-Wassink T, Fanshawe TR, Smith JC, et al. A randomized, controlled trial of routine early abdominal computed tomography in patients presenting with non-specific acute abdominal pain. *Clinical Radiology*. oct 2007;62(10):961-9.
15. Strömberg C, Johansson G, Adolfsson A. Acute Abdominal Pain: Diagnostic Impact of Immediate CT Scanning. *World Journal of Surgery*. 5 déc 2007;31(12):2347-54.

16. Steinman M, Rogeri PS, Lenci LL, Kirschner CC, Teixeira JC, Gonçalves PDS, et al. Appendicitis: what does really make the difference between private and public hospitals? *BMC Emerg Med.* 26 juill 2013;13:15.
17. Gans SL, Atema JJ, Stoker J, Toorenvliet BR, Laurell H, Boermeester MA. C-Reactive Protein and White Blood Cell Count as Triage Test Between Urgent and Nonurgent Conditions in 2961 Patients With Acute Abdominal Pain: *Medicine.* mars 2015;94(9):e569.
18. Brenner DJ, Hall EJ. Computed Tomography — An Increasing Source of Radiation Exposure. *New England Journal of Medicine.* 29 nov 2007;357(22):2277-84.
19. F. Guillemin, M.M. CAO, F. Girard, J. M. Tortuyaux, L. Chone, E . Toussaint, L . Bressler, D. Regent, P. Boissel. Coût des pratiques d'imagerie médicale dans les syndromes abdominaux aigus. *La presse médicale.* 22 avr 2000;(15):829.
20. Matz K, Britt T, LaBond V. CT ordering patterns for abdominal pain by physician in triage. *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. févr 2017 [cité 16 févr 2017]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735675717300918>
21. Siada SS, Schaetzel SS, Chen AK, Hoang HD, Wilder FG, Dirks RC, et al. Day versus night laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A comparison of outcomes and cost. *Am J Surg.* 18 sept 2017;
22. Mangona KLM, Guillerman RP, Mangona VS, Carpenter J, Zhang W, Lopez M, et al. Diagnostic Performance of Ultrasonography for Pediatric Appendicitis. *Academic Radiology* [Internet]. août 2017; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1076633217302982>
23. Ng CS, Watson CJE, Palmer CR, See TC, Beharry NA, Housden BA, et al. Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. *BMJ.* 14 déc 2002;325(7377):1387.
24. Lameris W, van Randen A, van Es HW, van Heesewijk JPM, van Ramshorst B, Bouma WH, et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ.* 26 juin 2009;338(jun26 2):b2431-b2431.
25. Begaz T, Elashoff D, Grogan TR, Talan D, Taira BR. Initiating Diagnostic Studies on Patients With Abdominal Pain in the Waiting Room Decreases Time Spent in an Emergency Department Bed: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Emergency Medicine* [Internet]. août 2016 [cité 7 févr 2017]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064416303602>
26. Bechtold RE, Chen MY, Ott DJ, Zagoria RJ, Scharling ES, Wolfman NT, et al. Interpretation of abdominal CT: analysis of errors and their causes. *J Comput Assist Tomogr.* oct 1997;21(5):681-5.
27. France, Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France: rapport 2015. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015.
28. Smith-Bindman R, Lipson J, Marcus R, Kim K-P, Mahesh M, Gould R, et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med.* 14 déc 2009;169(22):2078-86.
29. Toorenvliet BR, Bakker RFR, Flu HC, Merkus JWS, Hamming JF, Breslau PJ. Standard Outpatient Re-Evaluation for Patients Not Admitted to the Hospital After Emergency Department Evaluation for Acute Abdominal Pain. *World Journal of Surgery.* mars 2010;34(3):480-6.

30. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine*. août 2008;52(2):126-136.e1.
31. Bénédicte Boisguérin, Hélène Valdelièvre. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. 2014. [Internet]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>

7. Annexes

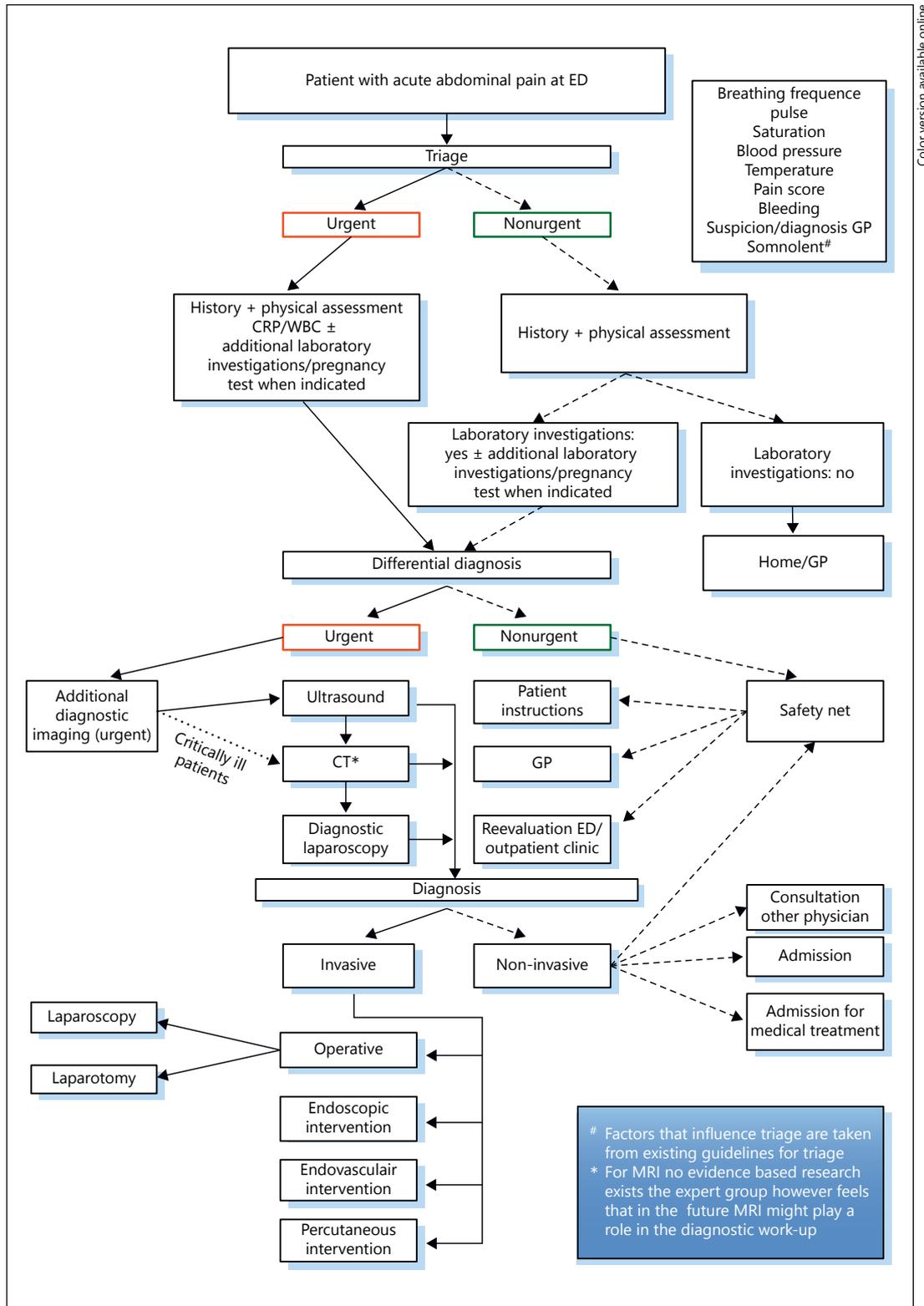


Fig. 1. Flowchart from the guideline for acute abdominal pain.

## 8. Serment médical

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## 9. Résumé

Le but de cette étude est de décrire et comparer l'épidémiologie et la prise en charge des patients s'adressant pour des syndromes douloureux abdominaux aux urgences de l'hôpital privé du Confluent entre le jour et la nuit. Une étude prospective observationnelle monocentrique sur la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2017 au 30 Avril 2017 à été réalisée. Les patients admis aux urgences pour le motif « douleur abdominale » ont été inclus à l'exclusion des patients admis pour de la traumatologie, des patients programmés, des patients de moins de 15 ans et des femmes enceintes.

550 patients ont été inclus, 315 le jour, 235 la nuit. Les patients entre 25 ans et 44 ans sont plus admis pour des douleurs abdominales la nuit que le jour ( $p=0,016$ ). La nuit, il y a plus d'admission sans avis médical préalable ( $p=0,00094$ ). Les prises en charge la nuit sont plus longues que celles du jour ( $p=4*10^{-13}$ ). Il y a plus d'admission en UHCD la nuit que le jour. Le jour ( $p = 0,0001$ ) comme la nuit ( $p=0,0059$ ), les patients adressés par un médecin aux urgences sont plus hospitalisés que les patients non adressés. Il n'y a pas de différence entre les demande d'examens complémentaires entre le jour et la nuit. Le jour comme la nuit, les patients qui n'ont pas d'imagerie sortent plus vite que ceux qui sont dans l'attente d'un examen complémentaire.

Nos résultats montrent une différence de prise en charge aux urgences entre le jour et la nuit, l'impact de l'évaluation médicale avant les urgences est de nouveau mis en lumière. L'efficacité des systèmes de permanence des soins est indéniable mais son organisation ne permet pas de compenser les fermetures des cabinets de médecins libéraux la nuit.

---

The purpose of this study is to describe and compare the epidemiology and care of patients referred to the emergency room of the Confluent private hospital for abdominal pain between day and night. The 4 months monocentric, observational, prospective study was carried out between January 1st, 2017 and April 30th, 2017. The study included all patients admitted to the emergency department with "abdominal pain" but excluded patients admitted for trauma, patients with a scheduled appointment, patients under 15 and pregnant women. 550 patients were included, 315 during the day, 235 at night. Patients aged 25 to 44 years are more likely to experience abdominal pain at night than during the day ( $p = 0.016$ ). At night, there are more admissions without prior medical advice ( $p = 0.00094$ ). Overnight care is longer than care happening during the day ( $p = 4*10^{-13}$ ). There are more short-stay observation unit admissions at night than during the day. During the day ( $p = 0.0001$ ) and at night ( $p = 0.0059$ ), patients that have been referred by a physician to the emergency department are more likely to be hospitalized than other patients. There is no difference between the requests for further examination between day and night. Whether it's day or night, patients who have not had x-ray examination are discharged quicker than those who are waiting for further examination. Our results show a difference in care in the emergency room between day and night and highlights the impact of a medical evaluation before patients go to the ER. The effectiveness of out-of-hours care is undeniable but does not fully compensate for the closure of private surgeries at night.

Vu, le Président du Jury, Professeur Rémy SENAND

Vu, le Directeur de Thèse, Dr Christophe BERRANGER

Vu, le Doyen de la Faculté,

Épidémiologie descriptive des patients admis aux urgences de l'hôpital privé du Confluent pour un syndrome douloureux abdominal. Étude prospective observationnelle du 1<sup>er</sup> Janvier 2017 au 31 Avril 2017.

Le but de cette étude est de décrire et comparer l'épidémiologie et la prise en charge des patients s'adressant pour des syndromes douloureux abdominaux aux urgences de l'hôpital privé du Confluent entre le jour et la nuit. Une étude prospective observationnelle monocentrique sur la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2017 au 30 Avril 2017 à été réalisée. Les patients admis aux urgences pour le motif « douleur abdominale » ont été inclus à l'exclusion des patients admis pour de la traumatologie, des patients programmés, des patients de moins de 15 ans et des femmes enceintes. 550 patients ont été inclus, 315 le jour, 235 la nuit. Les patients entre 25 ans et 44 ans sont plus admis pour des douleurs abdominales la nuit que le jour ( $p=0,016$ ). La nuit, il y a plus d'admission sans avis médical préalable ( $p=0,00094$ ). Les prises en charge la nuit sont plus longues que celles du jour ( $p=4*10^{-13}$ ). Il y a plus d'admission en UHCD la nuit que le jour. Le jour ( $p = 0,0001$ ) comme la nuit ( $p=0,0059$ ), les patients adressés par un médecin aux urgences sont plus hospitalisés que les patients non adressés. Il n'y a pas de différence entre les demande d'examens complémentaires entre le jour et la nuit. Le jour comme la nuit, les patients qui n'ont pas d'imagerie sortent plus vite que ceux qui sont dans l'attente d'un examen complémentaire. Nos résultats montrent une différence de prise en charge aux urgences entre le jour et la nuit, l'impact de l'évaluation médicale avant les urgences est de nouveau mis en lumière. L'efficacité des systèmes de permanence des soins est indéniable mais son organisation ne permet pas de compenser les fermetures des cabinets de médecins libéraux la nuit.

Mots clés : Urgence, douleur abdominale, syndrome abdominal aigüe, permanence des soins ambulatoires, régulation médicale, tomodensitométrie abdominale, organisation des soins

-----

Descriptive epidemiology of patients admitted to the emergency department of the Confluent private hospital for an abdominal pain syndrome. Observational prospective study from 1st January 2017 to 31st April 2017.

The purpose of this study is to describe and compare the epidemiology and care of patients referred to the emergency room of the Confluent private hospital for abdominal pain between day and night. The 4 months monocentric, observational, prospective study was carried out between January 1st, 2017 and April 30th, 2017. The study included all patients admitted to the emergency department with "abdominal pain" but excluded patients admitted for trauma, patients with a scheduled appointment, patients under 15 and pregnant women. 550 patients were included, 315 during the day, 235 at night. Patients aged 25 to 44 years are more likely to experience abdominal pain at night than during the day ( $p = 0.016$ ). At night, there are more admissions without prior medical advice ( $p = 0.00094$ ). Overnight care is longer than care happening during the day ( $p = 4*10^{-13}$ ). There are more short-stay observation unit admissions at night than during the day. During the day ( $p = 0.0001$ ) and at night ( $p = 0.0059$ ), patients that have been referred by a physician to the emergency department are more likely to be hospitalized than other patients. There is no difference between the requests for further examination between day and night. Whether it's day or night, patients who have not had x-ray examination are discharged quicker than those who are waiting for further examination. Our results show a difference in care in the emergency room between day and night and highlights the impact of a medical evaluation before patients go to the ER. The effectiveness of out-of-hours care is undeniable but does not fully compensate for the closure of private surgeries at night.

Keywords : Emergency Department, abdominal pain, acute abdomen, computed tomography, epidemiology, permanence care, health organization