

# En quoi les patients adressés dans les services d'urgences après avis médical sont-ils différents des patients venant d'eux-mêmes ?

## How Do Patients Referred to the Emergency Department by a Medical Practitioner Differ from Self-Referred Patients?

H. Mourou · G. Latournerie · E. Delisle · S. Charpentier

Reçu le 26 juillet 2021 ; accepté le 14 décembre 2021  
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

**Résumé** *Introduction* : Peu d'études évaluent les caractéristiques des patients adressés aux urgences après un avis médical et celles des patients s'y rendant de leur propre initiative. L'objectif de cette étude était de comparer ces deux populations définies par leur mode d'adressage.

*Matériel et méthodes* : Étude transversale rétrospective réalisée dans les services d'urgence en Occitanie de 2016 à 2018. Les analyses ont porté sur les données du résumé de passage aux urgences. Deux groupes de patients ont été créés : les adressés après avis médical et les non-adressés venant directement.

*Résultats* : Sur 1 812 795 passages, 80 % sont venus aux urgences de leur propre initiative. Parmi les 20 % adressés, 75 % ont été régulés par le Samu et 25 % adressés par un médecin de ville. Les patients adressés étaient plus âgés que les patients non adressés (âge moyen de  $57 \pm 26$  versus  $36 \pm 24$  ans). Les patients adressés étaient dirigés dans 71 % des

cas vers les établissements publics et arrivaient avec un transport sanitaire dans 76 % des cas. La durée médiane de passage aux urgences était plus importante dans le groupe des patients adressés (4 h 23 min contre 2 h 25 min pour les non-adressés). Les patients adressés étaient plus graves (3 % de CCMU4-5 versus 0,4 % dans le groupe non adressé) et plus hospitalisés (38 versus 12 % dans le groupe non adressé). Les motifs de consultations, en revanche, étaient assez similaires entre les deux groupes.

*Conclusion* : Les patients adressés aux urgences étaient très différents de ceux venant d'eux-mêmes.

**Mots clés** Service d'urgence · Patients autoadressés · Amélioration de la qualité des soins

**Abstract** *Introduction*: Few studies have evaluated the characteristics of patients referred to Emergency Departments (ED) by a medical practitioner and those of patients attending EDs of their own initiative. This study aimed to compare these two populations as defined by their means of referral.

*Materials and methods*: A transversal retrospective study was performed in the Occitanie region EDs from 2016 to 2018. The analysis concerned data from ED visit reports. Two patients groups were created: those attending following a medical referral and those non-referred, attending directly. *Results*: Of the 1,812,795 attendance, 80% attended on their own initiative. Of the 20% of patients referred, 75% were referred by the emergency services (Samu) and 25% by a private medical practitioner. Referred patients were older than non-referred patients (average age:  $57 \pm 26$  versus  $36 \pm 24$  years). Referred patients were, in 71% of cases, directed to public EDs, and in 76% of cases, arrived by medical transportation. The median duration of ED attendance was greater in the referred patient group (4 h 23 min as opposed to 2 h 25 min for the non-referred group). Referred patients were more severely ill (3% CCMU4-5 versus 0.4% in the

---

H. Mourou (✉) · E. Delisle  
Observatoire régional des urgences Occitanie,  
118, route d'Espagne, F-31100 Toulouse, France  
e-mail : mourou.h@oruoccitanie.fr

H. Mourou  
Service des urgences, Samu 11, centre hospitalier  
de Carcassonne, chemin de la Madeleine,  
F-11000 Carcassonne, France

G. Latournerie  
Service des urgences, centre hospitalier universitaire  
de Toulouse Rangueil et Purpan, F-31059 Toulouse, France

S. Charpentier  
Service des urgences, centre hospitalier universitaire  
de Toulouse, F-31059 Toulouse, France

Faculté de médecine, université Paul-Sabatier,  
Toulouse-III, F-31000 Toulouse, France

CERPOP, Inserm-UPS, université de Toulouse,  
F-31000 Toulouse, France

non-referred group) and more often hospitalized (38 versus 12% in the non-referred group). Motives for consultation were, however, quite similar in the two groups.

**Conclusion:** Those patients referred to EDs were very different from those attending on their own initiative.

**Keywords** Emergency department · Self-referred patients · Healthcare quality improvement

## Introduction

Le nombre de passage aux urgences est en constante augmentation depuis de nombreuses années avec pour conséquence une saturation des services d'urgences [1,2]. En 2019 en France, on a dénombré 21 443 657 passages aux urgences, soit une augmentation de 0,6 % par rapport à 2018 [3]. Sur la même période en région Occitanie, l'augmentation a été de 2,2 % [4]. Cette augmentation des passages, responsable d'une saturation des services d'urgences, se traduit par des délais de prise en charge plus longs ainsi qu'un impact sur la mortalité [5]. Les services d'urgences sont l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital et sont accessibles librement en France à toute personne en demande de soins. Les pouvoirs publics soucieux d'apporter une réponse à cette croissance exponentielle des passages aux urgences ont mis en place des mesures incitant à favoriser l'hospitalisation directe sans passage aux urgences d'une part et d'autre part à limiter la venue directe aux urgences sans avis médical avec la création des services d'accès aux soins (SAS) et le développement des consultations non programmées en médecine de ville [6,7]. Peu d'études ont évalué les caractéristiques des patients adressés aux urgences après un avis médical et ceux venant directement [8–10]. En région Occitanie-Est (ex Languedoc-Roussillon), les services d'urgences transmettent dans leurs résumés de passage aux urgences (RPU) cette donnée, en plus des éléments obligatoires définis nationalement depuis 2013 [11]. L'objectif de cette étude a été de comparer les caractéristiques et le devenir aux urgences des deux populations définies par leur mode d'adressage : les patients adressés après un premier avis médical et les patients non adressés, consultant aux urgences de leur propre initiative.

## Matériels et méthodes

Cette étude transversale rétrospective a été réalisée sur les services d'urgence en région Occitanie-Est du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2018. Les analyses ont porté sur les données du RPU, issues de la base de l'observatoire régional des urgences (ORU) Occitanie. Les RPU sont des données médicoadministratives pseudonymisées recueillies pour tout passage d'un patient en service d'urgence et sont transmises

quotidiennement à l'ORU par chaque service. Les établissements n'ayant pas une saisie pertinente du mode d'adressage dans le RPU ont été exclus. La non-pertinence a été définie par un taux d'exhaustivité de la variable « mode d'adressage » inférieure à 95 % ou une exclusivité du type d'adressage (l'ensemble des patients sont non adressés par exemple). Les variables d'intérêt retenues, outre le mode d'adressage, étaient l'âge, le sexe, l'horaire d'arrivée, le mode de transport vers les urgences (moyen personnel, transport sanitaire, transport médicalisé), le devenir (hospitalisation, retour à domicile, décès), le temps de passage aux urgences (différence entre heure de sortie du service et heure d'enregistrement à l'entrée), le diagnostic (codé selon la CIM10) et la gravité (évaluée selon la classification clinique des malades aux urgences CCMU [12]). L'horaire d'arrivée a été étudié selon trois périodes : journée (8 h–18 h), soirée (18 h–00 h) et nuit profonde (00 h–8 h). Il a été spécifié si l'arrivée a eu lieu pendant les horaires de permanence des soins. Les patients ont été répartis en deux groupes selon leur mode d'adressage : après avis médical (adressés) ou venue spontanée (non adressés). Le groupe des adressés a été divisé en deux sous-groupes : adressés par la régulation du Samu-Centre 15 et adressés par un médecin libéral. L'ensemble des variables a été comparé dans les deux sous-groupes.

## Analyse statistique

Les caractéristiques des patients ont été décrites par nombre et pourcentage, par classe pour les variables qualitatives et par moyenne (et écart-type) ou médiane (et intervalle interquartile) pour les variables quantitatives, selon leur répartition normale ou non. Les tests de comparaison ont été choisis selon leur condition de réalisation. Un test du  $\chi^2$  de Pearson ou exact de Fisher a été réalisé pour comparer les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, un test de Wilcoxon a été utilisé pour comparer les moyennes, un test de Mood a été utilisé pour comparer les médianes. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS 9.2<sup>®</sup> (SAS Institute, Cary, NC). Une valeur de  $p$  inférieure à 0,05 a été considérée comme significative, et les comparaisons ont été effectuées en situation bilatérale. S'agissant d'une étude descriptive, les données manquantes n'ont pas été imputées. Le pourcentage d'exhaustivité pour chaque variable a été précisé, et le caractère aléatoire de ces données manquantes a été vérifié.

## Résultats

La région Occitanie-Est regroupe cinq départements et compte 2 783 000 habitants. Elle est dotée de 29 services d'urgences (11 établissements publics, dont 2 CHU et 18 établissements

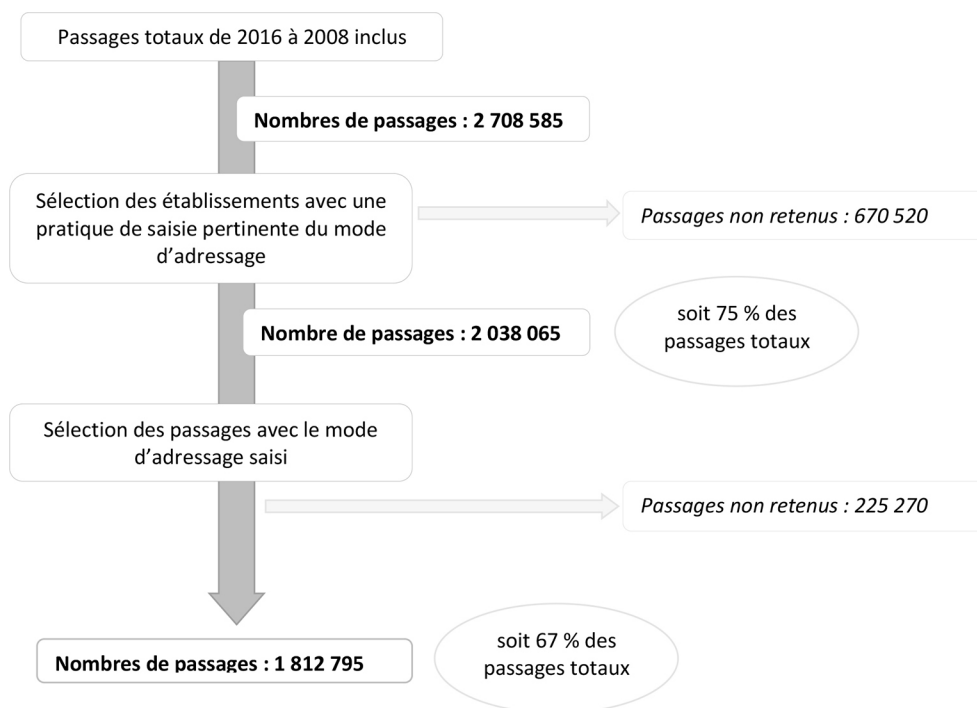
privés). Au total sur les 87 établissements-années potentiels (29 établissements chaque année sur trois ans), 72 ont été retenus (en moyenne 24 établissements chaque année d'étude, dont 17 privés et 7 publics), représentant 2 038 065 RPU. Après avoir exclu les RPU sans mode d'adressage, 1 812 795 RPU ont été retenus pour l'étude, représentant 67 % de l'ensemble des passages sur les trois ans (Fig. 1).

Parmi ces passages, 80 % sont venus aux urgences de leur propre initiative et 20 % y ont été adressés. Parmi les patients adressés, 75 % ont été régulés par le Samu-Centre 15 et 25 % ont été adressés par un médecin libéral de ville. Au total, moins de 5 % des patients vus aux urgences ont été adressés par un médecin libéral. Les caractéristiques des patients adressés et non adressés sont décrites dans le tableau 1. L'analyse en sous-groupe des patients adressés est décrite dans le tableau 2.

Les patients non adressés étaient significativement plus jeunes que les patients adressés. La proportion de patients adressés augmentait avec les classes d'âge (Fig. 2). Dans ces classes d'âge, la tranche annuelle 0–1 an représentait le pic de fréquence des patients non adressés. L'âge moyen des patients adressés par le Samu-Centre 15 et le médecin libéral était comparable. La répartition de la fréquentation des urgences entre le jour et la nuit était peu différente pour les patients adressés et non adressés, avec une consultation majoritairement en journée ouvrée (71 % chez les adressés et 76 % chez les non-adressés). Le médecin libéral orientait presque exclusivement ses patients la journée (91 %).

La répartition des patients entre le public et le privé était différente en fonction du mode d'adressage. Alors que les patients non adressés se sont répartis de manière comparable entre les établissements publics et privés, les patients adressés aux urgences l'ont été principalement dans des établissements publics (72 %). C'est surtout le Samu-Centre 15 qui a adressé les patients vers le public (83 %). Les patients adressés sont arrivés majoritairement aux urgences avec un transport sanitaire (76 %), que ce soit une ambulance privée (30 %), un véhicule de secours des pompiers (41 %) ou un SMUR (5 %). La durée médiane de passage aux urgences était significativement plus importante dans le groupe des patients adressés (4 h 23 min contre 2 h 25 min pour les non-adressés).

Pour ce qui est de la gravité des patients, la proportion de consultations simples sans acte thérapeutique ou diagnostique (CCMU1) était plus importante chez les patients non adressés (15 des patients versus 7 % chez les patients adressés). Cette proportion était comparable que l'adresseur soit le Samu-Centre 15 ou le médecin libéral. À l'inverse, la proportion des patients avec mise en jeu du pronostic vital (CCMU4 et 5) était plus importante chez les patients adressés (3 % des patients versus 0,4 % des patients non adressés). Ce niveau de gravité était plus présent chez les patients adressés par le Samu-Centre 15 (4 %) que chez les patients adressés par le médecin libéral (2 %). Ainsi, le taux d'hospitalisation après le passage aux urgences était plus important chez les patients adressés (38 versus 12 % chez les patients



**Fig. 1** Étapes de sélection des passages aux urgences pour l'étude

<b>Tableau 1</b> Comparaison des deux populations définies par leur mode d'adressage			
	<b>Adressés (n = 358 424)</b>	<b>Non adressés (n = 1 454 371)</b>	<b>Valeur de p</b>
<b>Âge (années)</b>	57 ± 26	36 ± 24	< 0,001
% exhaustivité	100	100	
<b>Sexe</b>			< 0,001
% exhaustivité	100	100	
Féminin	179 571 (50)	721 670 (50)	
<b>Horaire d'arrivée</b>			< 0,001
% exhaustivité	100	100	
Journée	255 924 (71)	1 101 129 (76)	
Soirée	53 862 (15)	214 693 (15)	
Nuit profonde	48 638 (14)	138 549 (10)	
<b>Arrivée en horaire PDSa</b>	159 028 (44)	661 163 (46)	< 0,001
<b>Type d'établissement</b>			< 0,001
% exhaustivité	100	100	
Public	256 413 (72)	732 544 (50)	
Privé	102 011 (29)	721 827 (49)	
<b>Mode de venue</b>			< 0,001
% exhaustivité	94	96	
Ambulance	100 067 (30)	25 087 (2)	
Propres moyens	75 606 (23)	1 362 138 (97)	
VSAV	138 678 (41)	0	
SMUR	17 977 (5)	0	
Autres	4 378 (1)	11 157 (1)	
<b>Devenir après urgences</b>			< 0,001
% exhaustivité	85	72	
Hospitalisation	114 957 (38)	120 952 (12)	
Retour à domicile	188 657 (62)	928 689 (89)	
Décès	739 (0,2)	204 (0,01)	
<b>Durée de passage</b>	4 h 23 min [2 h 31 min ; 7 h 27 min]	2 h 25 min [1 h 19 min ; 4 h 09 min]	< 0,001
% exhaustivité	99	99	
<b>CCMU</b>			< 0,001
% exhaustivité	91	92	
CCMU1	21 125 (7)	200 532 (15)	
CCMU4-5	10 308 (3)	4 919 (0,4)	
<b>Pathologies</b>			< 0,001
% exhaustivité	83	77	
Traumatologiques	73 736 (25)	395 165 (35)	
Médocochirurgicales	196 624 (67)	674 170 (60)	
Psychiatriques	11 277 (4)	22 571 (2)	
Toxicologiques	10 088 (3)	5 380 (0,5)	
Autres	3 942 (1)	24 496 (2)	

Les résultats sont exprimés en nombre (%) et moyenne ± écart type, ou médiane [interquartile]. PDSa : permanence de soins ambulatoire ; VSAV : véhicule de secours et d'aide aux victimes ; CCMU : classification clinique de médecine d'urgence

non adressés). Il était comparable dans les deux sous-groupes adressés par le Samu-Centre 15 et adressés par le médecin libéral.

Les motifs de consultation étaient différents entre les deux groupes. Les motifs de consultation traumatologiques étaient

plus importants dans le groupe non-adressés (35 versus 25 % dans le groupe adressés). À l'inverse, il y avait plus de consultations pour motifs médocochirurgicaux, psychiatriques et toxicologiques chez les patients adressés (respectivement 67, 4 et 3 %) que chez les non adressés (respectivement

<b>Tableau 2</b> Comparaison des deux sous-populations des adressés, adressés par un médecin libéral ou par le Samu-Centre 15			
	<b>Adressés par le Samu-Centre 15 (n = 268 944)</b>	<b>Adressés par le médecin libéral (n = 87 321)</b>	<b>Valeur de p</b>
<b>Âge (années)</b>	57 ± 26	56 ± 26	< 0,001
% exhaustivité	100	100	
<b>Sexe</b>			< 0,001
% exhaustivité	100	100	
Féminin	134 001 (50)	44 510 (51)	
<b>Horaire d'arrivée</b>			< 0,001
% exhaustivité	100	100	
Journée	174 763 (65)	79 981 (91)	
Soirée	46 749 (17)	1 516 (2)	
Nuit profonde	47 432 (18)	5 824 (7)	
<b>Arrivée en horaire PDSa</b>	142 124 (53)	15 547 (18)	< 0,001
<b>Type d'établissement</b>			< 0,001
% exhaustivité	100	100	
Public	222 231 (83)	54 521 (62)	
Privé	46 713 (17)	32 800 (38)	
<b>Devenir après urgences</b>			< 0,001
% exhaustivité	85	72	
Hospitalisation	91 740 (38)	22 246 (37)	
Retour à domicile	150 238 (62)	37 547 (63)	
Décès	679 (0,3)	56 (0,1)	
<b>Durée de passage</b>	4 h 40 min [2 h 37 min ; 8 h 03 min]	3 h 47 min [2 h 18 min ; 5 h 57 min]	< 0,001
% exhaustivité	99	99	
<b>CCMU</b>			< 0,001
% exhaustivité	91	92	
CCMU1	15 926 (7)	5 096 (6)	
CCMU4-5	8 668 (4)	1 562 (2)	
<b>Pathologies</b>			< 0,001
% exhaustivité	83	77	
Traumatologiques	61 983 (28)	11 167 (16)	
Médocochirurgicales	140 816 (62)	54 642 (80)	
Psychiatriques	10 120 (5)	1 124 (2)	
Toxicologiques	9 906 (4)	176 (0,3)	
Autres	2 796 (1)	1 111 (2)	

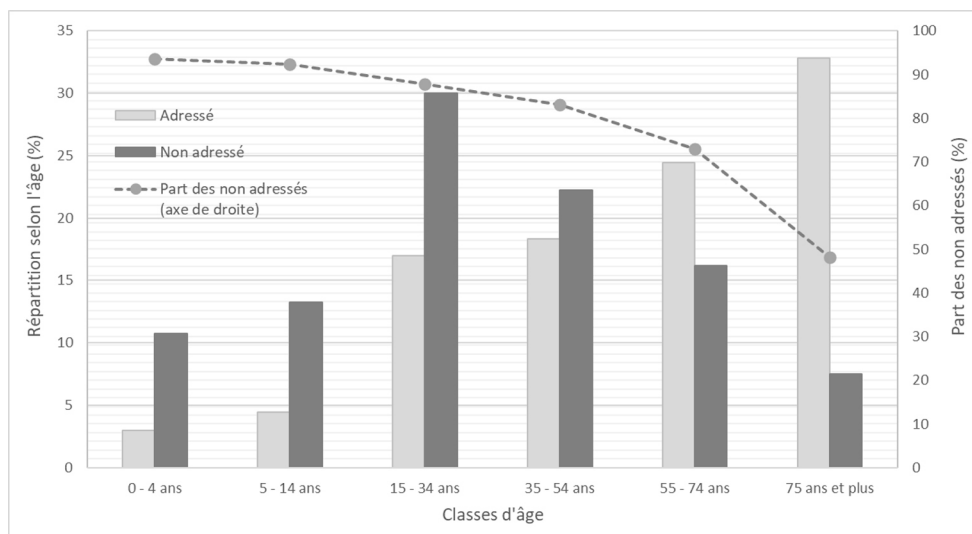
Les résultats sont exprimés en nombre (%) et moyenne ± écart type, ou médiane [interquartile]. PDSa : permanence de soins ambulatoire ; VSAV : véhicule de secours et d'aide aux victimes ; CCMU : classification clinique de médecine d'urgence

60, 2 et 0,5 %). Le médecin libéral adressait plus de patients médocochirurgicaux que le Samu-Centre 15 (80 versus 62 %) et moins de traumatologie (16 versus 28 %). Les pathologies les plus fréquentes (représentant 50 % des passages) dans les deux groupes sont représentées dans le tableau 3. Les différences entre les deux populations d'adressés et de non-adressés concernant l'âge des patients, la gravité, les taux d'hospitalisation et la durée de passage, se retrouvaient quelle que soit la pathologie observée. La durée médiane de passage la plus importante, parmi les pathologies les plus fréquentes, concernait les pneumopathies dans le

groupe des adressés avec 7 h 04 min [4 h 29 min ; 11 h 23 min] et les douleurs abdominales dans le groupe non-adressés avec 3 h 33 min [2 h 14 min ; 5 h 31 min].

## Discussion

Notre étude a porté sur plus de 1,8 million de passages aux urgences. Les patients venus spontanément sans avis médical préalable représentaient 80 % des passages. Ce taux important est aussi retrouvé dans d'autres études françaises



**Fig. 2** Répartition des patients adressés et non adressés en fonction de tranches d'âge

<b>Tableau 3</b> Les dix pathologies les plus fréquentes dans les deux groupes (patients adressés et non adressés)			
<b>Patients adressés (n = 295 667)</b>		<b>Patients non adressés (n = 1 121 782)</b>	
Fractures de membre	15 716 (5)	Contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses	96 502 (9)
Contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses	14 838 (5)	Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	96 435 (9)
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	14 579 (5)	Entorses et luxations de membre	70 171 (6)
Douleur abdominale sans précision	12 928 (4)	Douleur abdominale sans précision	64 086 (6)
Malaises sans PC ou sans précision	12 473 (4)	Traumatismes autres et sans précision	50 149 (5)
Douleur précordiale ou thoracique non élucidée	11 573 (4)	Fractures de membre	46 304 (4)
AVC, AIT, hémiplégie et syndromes apparentés	9 343 (3)	Douleur oculaire, conjonctivites, autre ophtalmo	37 036 (3)
Pneumopathie	9 176 (3)	Angines, amygdalites, rhinopharyngites, toux	34 234 (3)
Traumatismes autres et sans précision	9 046 (3)	Arthralgie, arthrites, tendinites	25 770 (2)
Dyspnée et gêne respiratoire	7 202 (2)	Diarrhée et gastroentérite	22 451 (2)

Les résultats sont exprimés en nombre (%)

(70 à 74 %) [13,14]. Il est décrit avec une moindre importance à l'étranger, 68 % dans une étude belge [15] et 61 % dans une étude néerlandaise [8]. Les patients adressés par un médecin libéral constituent une faible proportion des patients adressés aux urgences. Dans notre étude, elle était inférieure à 5 %, comparable au 4 à 10 % retrouvés dans la littérature [9,16]. Dans notre étude, le « médecin libéral » regroupait le médecin traitant, le médecin spécialiste libéral ou le médecin de garde, ce qui a limité la comparaison avec la littérature qui ne s'intéresse qu'au médecin traitant. Cependant, nous avons considéré que la part de l'adressage par le médecin traitant était majoritaire dans le groupe médecin libéral sans avoir les moyens de le prouver. Le périmètre géographique de notre étude, s'étendant sur des départements à forte population touristique, a pu cependant influen-

cer le taux de non-adressés à la hausse et le taux d'adressage par le médecin libéral à la baisse. Les caractéristiques des patients adressés par le médecin libéral se sont beaucoup rapprochées de celles des patients adressés par le Samu-Centre 15 concernant l'âge moyen, le sexe, la proportion de CCMU1 et le taux d'hospitalisation. Les principales différences étaient les heures d'adressage, presque exclusivement en journée pour le médecin libéral, et les motifs d'adressages qui ont plus concerné les pathologies médico-chirurgicales et moins la traumatologie, la psychiatrie et la toxicologie. Les raisons pour lesquelles les patients consultent directement aux urgences sont connues : proximité de l'établissement de santé, le besoin ressenti d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés, la rapidité de la prise en charge et la gravité ressentie [14,17,18]. Près d'un patient

sur deux qui consulte aux urgences spontanément pense que les urgences sont plus adaptées à son problème de santé [15]. En apportant une réponse rapide à toute heure, avec un accès facile aux plateaux techniques, les urgences sont un recours sécurisant et détermine, comme le notent Bellou et al. « *un nouveau mode de consommation médicale* » [19].

Les patients non adressés étaient plus jeunes que les patients adressés. Cinquante-quatre pour cent des patients non adressés avaient moins de 35 ans. Les moins de 15 ans représentaient un quart des patients de ce groupe. Cette forte influence de l'âge avait déjà été mise en évidence dans l'étude nationale de 2003 [13]. L'étude de Ladner et al. retrouve, dans la consultation directe aux urgences sans avis préalable, majoritairement une population de jeunes actifs [20]. Cette différence entre l'âge moyen des patients adressés et non adressés était présente quels que soient les regroupements diagnostiques. Elle était majeure pour le diagnostic de gastroentérite, qui concernait le plus souvent la population pédiatrique chez les non-adressés, avec un âge médian de 5 contre 50 ans chez les patients adressés. Les patients plus âgés en revanche vont avoir le plus souvent un avis médical avant de venir aux urgences. Des études ont montré que près de 75 % des patients de plus de 75 ans aux urgences avaient été adressés par leur médecin traitant [21,22]. Dans notre étude, les patients de plus de 75 ans représentaient près de 33 % des adressés.

Concernant la gravité, on notait chez les patients non adressés, une proportion de consultations simples 2,5 fois plus importante que chez les patients adressés (15 % de CCMU1 contre 7 %) et huit fois moins de patients graves avec mise en jeu du pronostic vital (0,4 % de CCMU4-5 contre 3 % chez les patients adressés). Ces taux d'hospitalisation et ces niveaux de CCMU nous permettaient de penser que les patients non adressés étaient moins graves que les patients adressés. La nouvelle grille FRENCH de triage des patients arrivant aux urgences est dans la logique de nos résultats, en affectant une priorité plus haute aux patients adressés (3A), qu'aux non adressés (3B) [23]. Bien qu'il soit difficile d'évaluer si un passage aux urgences est adapté ou non, il a été montré que les passages aux urgences des patients adressés par leur médecin traitant étaient plus appropriés que les passages aux urgences des patients venant d'eux-mêmes sans avis [10].

D'une manière générale, l'accidentologie et la douleur sont les principaux motifs de consultation aux urgences si on considère l'ensemble de la population [9]. Les patients non adressés, quant à eux, consultaient plus pour des motifs traumatologiques que les adressés (35 versus 25 %). Une étude réalisée aux Pays-Bas, sur les patients consultant spontanément aux urgences sans y être adressés, retrouvait les trois mêmes diagnostics principaux que notre étude [17]. Le premier diagnostic médicochirurgical était la douleur abdominale [24]. Notre étude a montré que pour des motifs

similaires, la gravité des patients, évaluée sur la CCMU et le taux d'hospitalisation, était plus importante chez les patients adressés que chez les non-adressés. Cela était bien visible concernant le diagnostic « douleur abdominale » pour lequel on observe 2 fois plus d'hospitalisations chez les patients adressés par rapport aux non adressés. Concernant les fractures de membre, la gravité était là aussi bien différente avec 17 % d'hospitalisation chez les patients non adressés contre 65 % chez les patients adressés. Quelques regroupements diagnostiques étaient plus spécifiques d'un des deux groupes de patients. C'est le cas des pathologies ophtalmologiques et fonctionnelles ORL qui arrivaient en deuxième et troisième motifs de consultation non traumatologique chez les non-adressés (3 %), alors qu'elles étaient rares chez les adressés (< 1 %). À l'inverse, les dyspnées et les accidents vasculaires cérébraux concernaient essentiellement des patients adressés. Quant aux durées de passage aux urgences, elles étaient nettement majorées chez les patients adressés quelle que soit la pathologie, probablement en relation avec l'âge plus élevé des patients, la nécessité d'hospitalisation plus fréquente et la gravité. Il a été montré, en effet, que près de la moitié des patients de plus de 75 ans était hospitalisée à la suite de leur passage aux urgences [10,24].

La plupart des publications, notamment internationales, se sont intéressées au caractère pertinent ou non de la consultation aux urgences, avec des résultats très différents, étant donné la difficulté d'avoir une définition consensuelle de ce caractère [8,17,18,25]. Notre approche a permis d'éviter cette difficulté et d'observer les passages aux urgences en lien avec le mode d'adressage qui est aussi un reflet de l'organisation des soins non programmés sur un territoire. Si les patients non adressés se répartissaient à parts égales entre le public et le privé, les patients adressés l'étaient majoritairement vers le public (72 %). Notre étude a aussi été initiée dans le contexte actuel de déploiement national du SAS et l'incitation d'avoir un avis médical avant de se rendre aux urgences. Elle comportait cependant des limites. S'appuyant sur les RPU, elle était fortement dépendante de l'exhaustivité et de la pertinence du remplissage des différentes variables. La sélection des établissements a été faite sur la « pertinence » du mode d'adressage (exhaustivité de la variable remplie à plus de 95 % et non monomodale). Nous n'avons cependant pas évalué si lorsqu'elle était renseignée, la variable « mode d'adressage » était bien le reflet de la réalité. Le caractère « non adressé » était probablement surestimé. Parfois noté à tort « non adressé », alors que le patient arrivant aux urgences en moyen personnel a été adressé par son médecin traitant sans courrier. Il en était de même lorsque le patient arrivait par ses propres moyens après avoir été conseillé par le Samu-Centre 15. De plus dans les RPU inclus, l'exhaustivité de certaines variables (CCMU, diagnostic, devenir) était inférieure à 95 %, ce qui peut influencer nos résultats. Enfin, l'effectif très important sur lequel s'est

fondée notre étude a conduit nos tests statistiques à considérer comme significatives toutes différences, y compris lorsque celles-ci étaient extrêmement faibles. C'était le cas concernant le sexe et l'âge moyen des patients dans les deux groupes adressés et non-adressés. C'était également le cas pour la comparaison des patients dans les sous-groupes adressés par le Samu-Centre 15 et le médecin libéral, concernant l'âge moyen, le sexe, la CCMU et le devenir après urgences, pour lesquels les différences étaient minimales mais apparaissaient statistiquement significatives.

## Conclusion

Notre étude a montré que les patients adressés aux urgences étaient très différents des patients non adressés. Ils étaient le plus souvent plus âgés, plus graves donc plus souvent hospitalisés. Cette différence était présente quel que soit le mode d'adressage : Samu-Centre 15 ou médecin libéral. Les motifs de consultations, en revanche, étaient assez similaires entre les deux groupes et regroupaient en premier lieu des pathologies traumatiques et la douleur. L'orientation après un avis médical préalable, soit en consultation présenteielle ou faisant suite à un avis téléphonique au Samu-Centre 15, permettait d'orienter aux urgences, des patients plus graves, nécessitant plus souvent d'actes diagnostiques ou thérapeutiques (CCMU > 1). Le SAS peut ainsi trouver une place importante dans le dispositif d'orientation des patients, en limitant la venue directe aux urgences en premier recours. Les publics à cibler préférentiellement, pour promouvoir cette attitude, dans le cadre d'une éventuelle campagne de sensibilisation, sont les populations d'adultes jeunes et les parents de jeunes enfants.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

- Jayaprakash N, O'Sullivan R, Bey T, et al (2009) Crowding and delivery of healthcare in emergency departments: the European perspective. *West J Emerg Med* 10:233-9
- Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, et al (2011) International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 18:1358-70
- Fédération des observatoires régionaux des urgences (2020) Panorama des ORU 2019, activité des structures d'urgence. [http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2021/01/PANORAMA\\_FEDORU\\_2019\\_VF\\_compressed.pdf](http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2021/01/PANORAMA_FEDORU_2019_VF_compressed.pdf) (Dernier accès le 8 juin 2021)
- Observatoire régional des urgences d'Occitanie (2020) Panorama d'activité des structures d'urgences 2019. <https://www.oruoccitanie.fr/panorama-2019/> (Dernier accès le 8 juin 2021)
- Hoot NR, Aronsky D (2008) Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 52:126-36
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Le service d'accès aux soins (SAS). <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure> (Dernier accès le 8 juin 2021)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des Urgences. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf) (Dernier accès le 8 juin 2021)
- van der Linden MC, Lindeboom R, van der Linden N, et al (2014) Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral. *Int J Emerg Med* 7:28
- Balen F, Boyer A, Auboiron P, Charpentier S (2020) Qui sont les patients adressés en structure d'urgence par leur médecin traitant ? *Ann Fr Med Urgence* 10:09-13
- Ng J, Fatovich D, Turner V, et al (2012) Appropriateness of health direct referrals to the emergency department compared with self-referrals and GP referrals. *Med J Aust* 197:498-502
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013) Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaire. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027825549/> (Dernier accès le 8 juin 2021)
- Fourestié V, Roussignol E, Elkaharrat D, et al (1994) Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. *Reanim Urg* 3:573-8
- Carrasco V, Baubeau D (2003) Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. DRESS, études et résultats. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er212.pdf> (Dernier accès le 8 juin 2021)
- Baubeau D, Carrasco V (2003) Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières. DRESS, études et résultats. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er215.pdf> (Dernier accès le 8 juin 2021)
- Brasseur E, Gilbert A, Servotte JC, et al (2021) Emergency department crowding: why do patients walk-in? *Acta Clin Belg* 76:217-23
- Boudy Lapouge M (2013) Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours. <http://thesesante.ups-tlse.fr/46/1/2013TOU31003.pdf> (Dernier accès le 8 juin 2021)
- Kraaijvanger N, Rijpsma D, van Leeuwen H, et al (2015) Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first-a questionnaire study. *Int J Emerg Med* 8:46
- Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, et al (2020) Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a Cross-sectional National Study in France. *BMJ Qual Saf* 29: 449-64
- Bellou A, de Korvin JD, Bouget J, et al (2003) Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *Rev Med Interne* 24: 602-12
- Ladner J, Bailly L, Pitrou I, et al (2008) Les patients autoréférés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins. *Prat Organ Soins* 39:33-42



21. Boiguerin B, Mauro L (2017) Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. DRESS, études et résultats. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf> (Dernier accès le 8 juin 2021)
22. Labet T, Bouget J (1995) Les urgences gériatriques médicales en hôpital général : pour une meilleure prise en charge. *Rev Geriatr* 20:471–80
23. Société française de médecine d'urgence (2018) Grille FRENCH 2018 de triage IOA. [https://www.sfm.u.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmu/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-1/ref\\_id/39](https://www.sfm.u.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmu/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-1/ref_id/39) (Dernier accès le 8 juin 2021)
24. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, et al (2006) Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. *Presse Med* 35:1804-10
25. Collineaux H, Le Querrec F, Pourcel L, et al (2018) Is the use of emergency departments socially patterned? *Int J Public Health* 63:397-407