

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1674

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**MÉDECINE SPECIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Monsieur Baptiste TAUPIAC**

Le vendredi 01 Octobre 2021

**ETUDE DESCRIPTIVE DES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS  
PRIS EN CHARGE SUR LES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE SELON LEUR MODE  
D'ADRESSAGE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Paul-Henri AUBOIROUX

**JURY**

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Monsieur le Professeur Vincent BOUNES	Assesseur
Monsieur le Docteur Hervé MOUROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Frédéric BALEN	Suppléant
Monsieur le Docteur Paul-Henri AUBOIROUX	Membre invité



**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1674

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**MÉDECINE SPECIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Monsieur Baptiste TAUPIAC**

Le vendredi 01 Octobre 2021

**ETUDE DESCRIPTIVE DES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS  
PRIS EN CHARGE SUR LES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE SELON LEUR MODE  
D'ADRESSAGE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Paul-Henri AUBOIROUX

**JURY**

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Monsieur le Professeur Vincent BOUNES	Assesseur
Monsieur le Docteur Hervé MOUROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Frédéric BALEN	Suppléant
Monsieur le Docteur Paul-Henri AUBOIROUX	Membre invité





**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

**37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	<b>Professeur Associé Médecine générale</b>	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence	<b>Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène</b>	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale	Mme MALAVAUD Sandra	
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
<b>P.U. Médecine générale</b>			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			



**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

**M.C.U. - P.H.**

**M.C.U. - P.H**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Française	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. ESCOURROU Emile

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Leila

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.*

*Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels, collectifs 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 dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients de 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 leurs consciences.*

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

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science. Je n'entreprendrai rien qui ne 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.*

## **REMERCIEMENTS DU JURY**

**A notre Maître et Présidente du jury,**

**Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER.**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier.

Urgences.

Responsable de service.

Vous me faites l'honneur d'accepter la Présidence de ce jury.

Vos qualités humaines et professionnelles sont reconnues de tous. Merci de l'énergie que vous avez pu dépenser dans la création de cette nouvelle spécialité médicale qu'est la médecine d'urgence.

Que cette thèse soit l'expression de ma gratitude et de mon respect le plus profond.

**A mes juges,**

**Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE.**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier.

Urgences.

Vous me faites le grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Que cette thèse soit l'expression de ma gratitude et de mon respect le plus profond.

**Monsieur le Professeur Vincent BOUNES.**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier.

SAMU.

Vous me faites le grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Que cette thèse soit l'expression de ma gratitude et de mon respect le plus profond.

**Monsieur le Docteur Hervé MOUROU**

Praticien hospitalier.

Urgences.

Vous me faites le grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Vous avez la connaissance de l'organisation territoriale de la médecine d'urgence et j'espère que notre travail pourra participer à une meilleure compréhension des services d'urgences.

Que cette thèse soit l'expression de ma gratitude et de mon respect le plus profond.

**Monsieur le Docteur Frédéric BALEN.**

Praticien hospitalier.

Urgences.

Vous me faites le grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury

Je vous remercie de m'avoir guidé et conseillé dans l'élaboration de ce travail et tout particulièrement au moment de la réalisation des statistiques.

Que ce travail vous rende fier et soit à la hauteur de vos attentes.

**A mon Directeur de thèse,**

**Monsieur le Docteur Paul-Henri AUBOIROUX.**

Praticien hospitalier.

Urgences.

Qui m'a si bien transmis son savoir, son expérience ainsi que de nombreux conseils m'aidant à l'élaboration et la rédaction de ce travail de thèse. Merci pour le temps que vous m'avez consacré et votre patience.

Que ce travail vous rende fier et soit à la hauteur de vos attentes.

## REMERCIEMENTS

Comment commencer des remerciements sans remercier **mes parents**, merci des valeurs que vous nous avez apprises, des moments de bonheur et d'amour passés ensemble. Merci à vous deux de m'avoir soutenu durant ces longues années, et de m'avoir aidé à votre façon pour optimiser mon temps et à me changer les idées. J'espère que le travail accompli jusqu'à ce jour vous rend fier.

Merci à toi, **Margaux**, d'être à mes côtés depuis d'agréables années. Plus d'une décennie à avancer main dans la main. Tu auras su me ramener à la réalité bien plus d'une fois m'évitant ainsi de ne penser uniquement à la médecine qui occupait mes journées. Merci d'être celle sur qui je me repose, d'être là à chaque instant et de faire de moi un père heureux aujourd'hui. Sans toi tu sais que je n'en serais pas là.

À **ma sœur**, tant de complicité entre nous deux en rende plus d'un jaloux. Même Docteur je serais toujours ton petit frère, prêt à dormir sur le carrelage en cas d'orage à tes côtés. Merci d'être si heureuse, si joyeuse, d'être notre rayon de soleil à tous. Tu m'auras soutenu dans les moments difficiles et je t'en remercie.

À mes années d'école et aux amis rencontrés, des plus anciens **Pauline** et **Pierre** sur les bancs du collège en passant par ceux de Jean de Prades ou Michelet. Merci d'avoir fait passer ces heures de cours plus rapidement, ces heures de pose à refaire le monde.

En particulier, un grand merci à **Charlène**, à **Typhaine**, à **Mathilde** d'avoir tenu le coup et d'être restées toujours aussi présentes dans mon cœur.

À ces instants passés au rugby, ces matchs sous la pluie, dans la boue ou sous un soleil radieux, ces combats de chaque instant, ces rencontres. Merci à toi **Maxime**, ma plus belle rencontre de Montauban. Sans toi je pense que je serais encore dans un coin du stade à ne parler à personne.

Et puis, merci à ces années d'études, et surtout à ces amis. Merci à ceux de Maraichers, **Quentin**, **Souheir** et les autres, d'avoir fait passer si vite ces deux années difficiles. Merci aux années d'externat, l'arsouille, les chicos et toutes les rencontres faites.

Un énorme merci à **Vincent** et **François**, chacun de vous deux sait à quel point vous comptez pour moi. Merci d'avoir été mes soutiens mes acolytes. Je ne désespère pas de nous voir installés un jour dans la même ville et de passer de belles journées ensemble.

Aux années d'internat, ces formateurs, ces médecins, ces chefs de service, ces chefs de clinique. Ces journées, ces nuits à tâcher de soigner au mieux chaque personne. Merci aux amis de **Toulouse**, de **Paris**, de **Tarbes** et de **Rodez**. Merci à vous tous de m'avoir changé les idées, d'avoir discuté d'autre chose que de la médecine, d'être allé au bar, d'avoir bu des verres, et d'oublier pourquoi nous étions là. Pour ne citer que vous, **Anna**, **Ioanna**, **Marine**, **Alice**, **Lou**, **Clara**, **Pierre**, mes colocataires de Tarbes, **Côme** et **Pauline** : un grand merci.

À mes **collègues de promo d'urgence** qui tout comme moi passent leur thèse. Amis de galère lors de longues nuits laborieuses, amis de soirée, amis de tout instant. Merci d'être si motivés et heureux de faire rayonner au mieux cette nouvelle spécialité qu'est la médecine d'urgence.

Pour terminer, une pensée à ces années de travail, à ces heures assis sur une chaise à tâcher de retenir des enseignements essentiels à ma pratique d'urgentiste. Au regret d'avoir quitté les terrains, d'avoir oublié des anniversaires, des amis. On pense bien souvent à tort qu'après tout sera fini. Sans ça, on n'arriverait pas jusqu'ici.

Merci aux sacrifices, à ses moments de doute et d'interrogation qui me suivront jusqu'à la fin et feront de moi une personne humble.

*« La médecine est l'art de guérir, elle n'est que cela »*

Armand Trousseau

# TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS .....	3
I. INTRODUCTION .....	4
A. Généralités.....	4
B. Effecteur de soins du bassin toulousain .....	6
C. Pandémie SARS-Cov 2 .....	7
D. Intérêt de l'étude .....	7
E. Objectifs .....	8
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	9
A. Design de l'étude .....	9
B. Critère d'inclusion .....	9
C. Variables étudiées .....	10
D. Critère de jugement .....	10
E. Base de données .....	10
F. Analyses statistiques .....	11
III. RÉSULTATS .....	12
A. Caractéristiques de la population générale .....	12
B. Diagramme de flux .....	12
C. Critère de jugement principal .....	13
1. Données renseignées par l'agent d'accueil .....	13
2. Fiche IAO .....	14
3. Données médicales et devenir .....	14
D. Critère de jugement secondaire .....	17
1. Comparaison sur les deux périodes .....	17
2. Filière de soin et mode de venue .....	19
3. Devenir post-urgences et mode de venue .....	20
IV. DISCUSSION .....	21
A. Principaux résultats .....	21
B. Principales limitations .....	22
C. Interprétation des résultats .....	24
D. Retombées attendues .....	26

V. CONCLUSION .....	28
BIBLIOGRAPHIE .....	29
ANNEXES .....	32

## ABRÉVIATIONS

AMU : Aide Médicale d'Urgence

ARM : Assistant de régulation Médicale

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

C15 : Centre 15

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante

ETAB : Établissement de santé

FO : Force de l'Ordre

IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation

MG : Médecin Généraliste

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PDS : Permanence De Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Structure d'Urgence

VS : Venu Spontanée

# I. INTRODUCTION

## A. Généralités

Le Code de la Santé Publique définit comme l'un des rôles des Structures d'Urgences (SU), la prise en charge des patients venus de façon spontanée, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, sans sélection, y compris consultant pour des motifs psychiatriques (1). En cela, les SU doivent adapter leur fonctionnement afin de pouvoir accueillir ce flux de patient et permettre à chacun de bénéficier des soins nécessaires. Les SU connaissent depuis plusieurs années une augmentation du nombre de passages. L'enquête DREES sur l'activité des SU met en évidence une croissance de 3,5 % en moyenne du nombre de passages aux urgences depuis 1996 (hors 2010 et 2020). En 20 ans, ce nombre a été multiplié par deux, passant de 10,1 millions de passages en 1996 à 21 millions en 2018 en France métropolitaine (2).

Plusieurs facteurs sont responsables de cette bascule des soins vers la médecine d'urgence. D'une part, l'accessibilité des SU ouvertes jour et nuit pouvant évaluer tout patient se présentant sans nécessité de prise de rendez-vous. D'autre part, la perception qu'a le patient de l'urgence sur laquelle il s'interroge. Décrit par E. Brasseur and al sur une étude menée en 2021 en Belgique, l'accès des SU en continue serait un facteur principal de recours aux soins (3).

L'accueil de ce flux important de patients impose une organisation particulière des SU définie par la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) et permettant une prise en charge optimale de chaque patient en filiarisant leur venue (4). À leur admission, les agents d'accueil complètent les données administratives, le patient est ensuite consulté par l'Infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) qui lui attribuera via la classification CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences) un niveau de gravité initial et qui définira également le délai de premier contact médical (*Annexe 1*). Les scores de triage sont une aide essentielle à l'activité de médecine d'urgence permettant de fluidifier la prise en charge de patients (5). Enfin, le patient est orienté vers une des unités de la SU en fonction de ce score.

Plusieurs moyens d'action peuvent influencer sur la qualité de prise en charge des patients aux urgences. Différents paramètres sont ajustables et permettent de diminuer le temps de prise en charge aux urgences en fournissant un accueil raisonnable et adapté de chaque patient.

Le premier moyen d'action est d'adapter l'adressage aux SU. Par quel moyen les patients prennent-ils la décision de venir aux urgences ? Le rapport annuel de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) Occitanie 2020 fait état de 74,9% des consultants aux urgences qui viennent de façon spontanées et seulement 5,1% qui sont orientés par un Médecin Généraliste (MG) sur la région Occitanie Est (6). Soit plus de 2/3 des patients se présentant dans les SU s'y rendent sans avis médical préalable (consultation ou téléphonique). Si on s'intéresse à l'évolution dans les modes d'adressage aux urgences, on s'aperçoit dans une étude anglaise menée sur la ville de Glasgow en 1970 que sur cinq mois, 1.491 (41%) des patients accueillis étaient orientés par un MG soit via un courrier, soit après l'appel préalable à la SU (7). On comprend donc qu'il existe à ce jour une diminution de la part de patients orientés aux urgences par leur MG responsable en contrepartie d'une augmentation des patients se présentant par eux-mêmes depuis une cinquantaine d'années.

Pour ce qui est de la médecine de ville et des recours considérés comme nécessitant une prise en charge urgente, l'enquête DRESS de 2006 menée par M. Gouyon et mise à jour en 2020 met en évidence que 12% de leur consultation concerne un recours urgent ou non programmé (8). Il s'agit d'un pourcentage non négligeable de patients s'orientant d'abord vers leur MG au lieu de se rendre aux urgences. Le délai de prise en charge y est par conséquent allongé. D'un autre côté, le rapport annuel de l'ORU Occitanie nous expose que 77,6% des consultations aux urgences étaient considérées comme des consultations simples chez des patients stables (CCMU 1 et 2) (6). Là aussi, une part d'entre eux aurait probablement pu être prise en charge en médecine de ville. Ceux-ci participent à l'engorgement des urgences et allongent les durées moyennes de séjour. Avec ces données, on comprend qu'il existe alors un défaut d'orientation adaptée des patients vers à la fois les SU et la médecine de ville.

Le second paramètre impactant la qualité de prise en charge des urgences est la durée moyenne de séjour. L'efficacité de la prise en charge des patients passe par une bonne gestion de la durée moyenne de séjour aux urgences. Plusieurs paramètres sont, à ce jour, reconnu comme l'influençant, l'âge, le sexe, la pathologie présentée ou encore le mode d'adressage aux urgences. Décrit en 2019 sur une étude Turque dirigée par G. Sariyer and al décrivent l'influence de ces paramètres sur la durée de prise en charge aux urgences (9). Plus ce délai s'allonge, plus les patients non encore vus ou évalués peuvent s'accumuler, entraînant une mortalité accrue et d'une mauvaise qualité de soins (10).

Enfin le devenir post-urgence du patient dans sa gestion du retour au domicile, de l'hospitalisation ou du transfert, se doit d'être adapté en réponse avec la pathologie et la surveillance recommandée. Plusieurs axes d'amélioration ont été développés comme la création

de service d'urgence médicale avec admission directe permettant une prise en charge rapide et directe des patients. En cela, la création des unités neuro-vasculaires a par exemple permis une amélioration de la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral (AVC) ou suspect (11).

Ces différents moyens d'action sont au centre de l'enjeu actuel des SU. Par la compréhension de ces différents points, chaque SU peut adapter son activité et son organisation territoriale permettant un accueil optimal de chaque patient.

## B. Effecteur de soins du bassin toulousain

L'agglomération toulousaine regroupe une population globale de 1.380.672 personnes en 2018 (12). En perpétuelle croissance avec un taux de + 6,2% la ville de Toulouse figure toujours parmi les progressions démographiques les plus dynamiques au sein des grandes villes de France pour la période 2013-2018.

L'organisation des soins s'articule entre différents effecteurs.

Plusieurs SU adultes dont une (répartie en deux sites) au sein du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Toulouse permettent la prise en charge des patients H24.

Le site de Purpan situé dans le Nord-Ouest de Toulouse présente un plateau technique de traumatologie, neurologie, chirurgie céphalique et psychiatrie.

Le site de Rangueil localisé dans le Sud de Toulouse comporte un plateau technique de cardiologie, chirurgie digestive, gastrologie et est en étroite lien avec l'oncopole et les services de pneumologie de l'hôpital Larrey.

133.260 admissions par an sont dénombrées sur ces deux sites sur l'année 2020 avec une répartition d'environ 2/3 sur le site de Purpan et 1/3 sur le site de Rangueil (6). Cette différence est en partie due à la proximité des moyens de transport ainsi que de la situation géographique. Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) se compose de quatre équipes de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) H24, une Équipe Para-médicalisée de Soins d'Urgence (EPASU) et une équipe de MG complète l'offre mobile du CHU en heures ouvrables. La régulation médicale se compose principalement d'urgentistes accompagnés de 8-h00 à 00-h00 par une ligne de Permanence De Soins (PDS) répondant aux demandes de conseils et aux problématiques jugées comme non immédiatement urgentes par l'Assistant de régulation Médicale (ARM).

La ville de Toulouse compte également deux centres de SOS médecin permettant la prise en charge de patients sans prise de rendez-vous et se déplaçant à domicile.

La région Haute-Garonne compte en 2020, 5643 généralistes encore en activité en cabinet ainsi qu'en visite à domicile, chiffre en augmentation de 7,8% depuis 2010 selon le rapport du conseil national de l'ordre des médecins (13). Ils assurent également plusieurs lignes de garde permettant la visite de patients hors horaires d'ouverture.

### C. Pandémie SARS-Cov 2

En décembre 2019, un nouveau coronavirus, le SARS-COV2 est découvert (14). Depuis mars 2020, la France subit la pandémie et les recours aux urgences se sont modifiés en profondeur autant sur l'organisation de soins que sur la modification de pratique (15).

Durant l'année 2020, une diminution des recours aux SU a été constatée avec une modification des caractéristiques des populations ayant recours aux soins. Dans le travail de mémoire du Dr HARMAND sur le CHU de Toulouse, on trouve un regroupement d'échantillonnage autour de l'âge de 50 ans, décrivant une augmentation des patients plus graves classés CCMU 4 et 5 (16). La SU du CHU de Toulouse s'est réorganisée pour s'adapter à cette nouvelle pandémie. Une des mesures prises est la réorientation de patients jugés comme non graves, stables ou ne nécessitant pas le plateau technique du CHU de façon systématique.

### D. Intérêt de l'étude

Depuis juin 2020, le mode d'adressage au sein des urgences du CHU de Toulouse est renseigné par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) dans le dossier patient. Deux groupes peuvent être identifiés, les patients non orientés n'ayant au préalable pas eu de contact avec un médecin (généraliste, PDS ou régulation d'Aide Médicale d'Urgence (AMU)) et ceux ayant reçu un premier avis concluant à une orientation aux urgences. Il s'agit d'une nouvelle source de données qui, par son analyse, permet une description épidémiologique en fonction des modes d'adressage. Ce travail a pour objectif de décrire le profil des patients se présentant spontanément aux urgences.

Sur une cohorte de patients venus aux urgences du CHU de Toulouse en 2019, 9% d'entre eux étaient orientés par un médecin traitant, étaient statistiquement plus âgés, plus hospitalisés (39% contre 19%), et présentaient un score de triage CIMU moins élevé (17).

Une étude menée par F. Holzinger and al en 2020 à Berlin définit quels sont les patients se présentant par eux-mêmes aux urgences pour une problématique d'ordre respiratoire. Il en

résulte qu'ils sont plus jeunes, issus de l'immigration ou touristes et ne présentent pas de pathologie sous-jacente (18).

Il n'existe à ce jour aucune donnée dans la littérature française comparant les patients orientés par un médecin ou une structure (généraliste et régulation AMU comprise) et ceux venus de façon spontanée fondant alors l'intérêt de notre étude.

## E. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de comparer les patients accueillis en SU venant de façon spontanée et des patients adressés par un médecin ou une structure de soins. Une bonne compréhension de leurs caractéristiques est à ce jour nécessaire pour adapter au mieux l'organisation de soins et la prise en charge de chacun.

Les objectifs secondaires sont de décrire au sein de la population générale la modification des profils de patients sur deux périodes différentes. Une première débutant de juin 2020 et se terminant fin août 2020, et la seconde débutant du 1<sup>er</sup> septembre et se terminant fin novembre 2020. Ces deux périodes correspondent respectivement à une période où l'ensemble des patients étaient accueillis dans les services d'urgences du CHU de Toulouse, et où les patients venus de façon spontanée aux urgences étaient réorientés systématiquement vers des SU hors du CHU si leur état de santé était jugé non immédiatement urgent ou non grave. Une analyse de l'orientation et du devenir post-urgences a été également réalisée à partir de la population générale. En cela, nous chercherons à analyser l'impact de la réorientation des patients sur la gestion du devenir post-urgences des patients.

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### A. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive épidémiologique des patients admis sur les 2 sites de la SU du CHU de Toulouse du 1<sup>er</sup> juin 2020 à minuit au 30 novembre 2020 à minuit.

Au cours la première période s'étendant du 1<sup>er</sup> Juin 2020 minuit au 31 août 2020 minuit, l'ensemble des patients étaient accueillis au sein de la SU, la France n'était pas confinée et l'activité hospitalière n'était que très peu impactée par la pandémie comme montré dans le rapport d'activité en lien avec la pandémie COVID-19 sur le rapport ORU Occitanie 2020 (6). Durant la seconde période comprise entre le 1<sup>er</sup> septembre 2020 à minuit et le 30 Novembre 2020 à minuit, les patients avec des scores CIMU 4 et 5 sans nécessité du plateau technique du CHU étaient réorientés systématiquement depuis l'accueil. Les filières d'accueil des patients directement en service de spécialité ont également été favorisées. Un couvre-feu national est aussi appliqué du 17 octobre 2020 à minuit au 29 octobre, et est remplacé par un confinement le 30 octobre 2020 minuit qui sera toujours en vigueur à la fin de l'étude.

### B. Critère d'inclusion

Tout patient enregistré dans la SU du CHU de Toulouse sur la période sus décrite par les agents d'accueil est éligible à l'étude. Le mode de venue est complété au cours du remplissage de la fiche IAO permettant six choix différents : adressé par le centre 15 (C15), par les forces de l'ordre (FO), par le médecin généraliste (MG), par un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), par un établissement de santé (ETAB) ou bien venue spontanée (VS). En cas de non remplissage de cette information, le mode d'adressage sera considéré comme inconnu et les dossiers seront exclus pour l'analyse du critère de jugement principal.

### C. Variables étudiées

La comparaison de ces deux populations est réalisée via différents paramètres complétés par différents agents hospitalisés. L'agent d'accueil renseigne le site d'admission (Purpan ou Rangueil), la présence d'un médecin traitant, le sexe (homme ou femme) et l'âge du patient. L'IAO remplit la fiche de triage qui comprend le motif de recours (regroupé en grande classe médico-chirurgicale, traumatologique, psychiatrique, autre ou inconnu), le score CIMU regroupé en détresse (CIMU 1 ou 2), urgent (CIMU 3 ou 4), non immédiatement urgent (5) ainsi que la filière d'orientation regroupée en réorientation hors CHU, réorientation CHU, admission aux urgences. Le médecin quant à lui complète le diagnostic final (regroupé en grande classe médico-chirurgicale, traumatologique, psychiatrique, autre ou inconnu), le score CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences) regroupé en CCMU 1, CCMU 2 ou 3, CCMU 4, 5 ou D et CCMU P (*Annexe 2*). La durée médiane de passage est également étudiée.

### D. Critère de jugement

Le critère de jugement principal, qui est une description de population, sera analysé sur la population pour laquelle le mode d'adressage a été complété. Une comparaison grâce aux différentes variables suscitées sera réalisée entre les patients orientés aux urgences et ceux se présentant de façon spontanée.

Les critères de jugement secondaires seront analysés à partir de la population générale, mode d'adressage non renseigné compris, comparant sur les deux périodes décrites précédemment principalement le score de gravité initial CIMU complété par l'IAO, le score CCMU, la filière de prise en charge et l'orientation du patient.

### E. Base de données

L'extraction de données a été réalisée grâce au logiciel métier ORBIS® sur les deux sites des patients consultant aux urgences sur la période concernée. Les calculs statistiques ont été réalisés avec le logiciel EXEL®. Cette étude s'inscrit hors champs de la loi Jardé et une déclaration MR-004 a été enregistrée auprès du CHU de Toulouse.

## F. Analyses statistiques

L'analyse statistique des données anonymisées est réalisée à l'aide du logiciel STATA version 16. Toutes les variables de l'étude sont analysées de façon individuelle avec vérification du nombre de données manquantes et de valeurs aberrantes. La normalité de chaque distribution pour les variables quantitatives a été analysée. Il n'a pas été utilisé de méthode d'imputation pour les valeurs manquantes.

Les variables quantitatives (âge et durée de passage) sont représentées par leurs médianes suivies du 1er quartile et du 3ème quartile de distribution (médiane (p25%-p75%)) du fait de l'absence de normalité de leur distribution. L'analyse bi variée des variables quantitatives est réalisée par le test de rang de Man-Whitney. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage (n (%)). Le test du Chi<sup>2</sup> de Pearson est utilisé pour leur comparaison. Le seuil de significativité statistique est considéré atteint quand le risque d'erreur est inférieur à 5% ( $p < 0,05$ ).

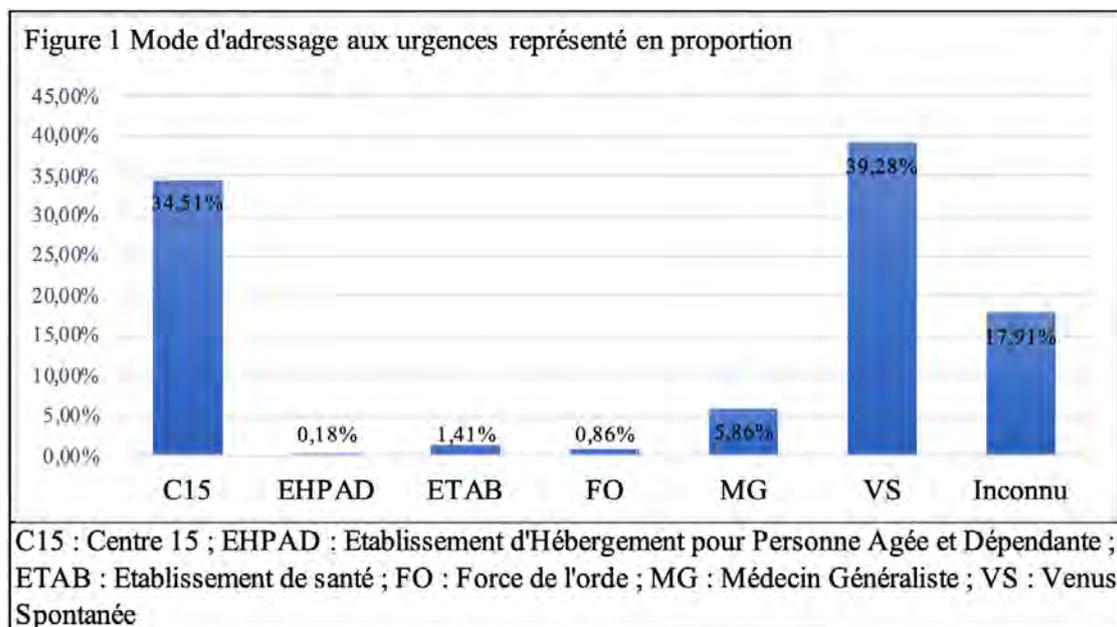
### III. RÉSULTATS

#### A. Caractéristiques de la population générale

49.985 patients se sont présentés aux urgences adultes du CHU de Toulouse sur les six mois d'analyse. Le mode d'adressage est complété pour 41.035 (82%).

La *Figure 1* représente en pourcentage le taux d'orientation vers les urgences.

Le mode d'adressage le plus représenté est le patient venant de façon spontanée avec 19.632 (39%) passages, suivi de celui adressé après contact avec le centre 15 soit 17.250 (35%) venues.

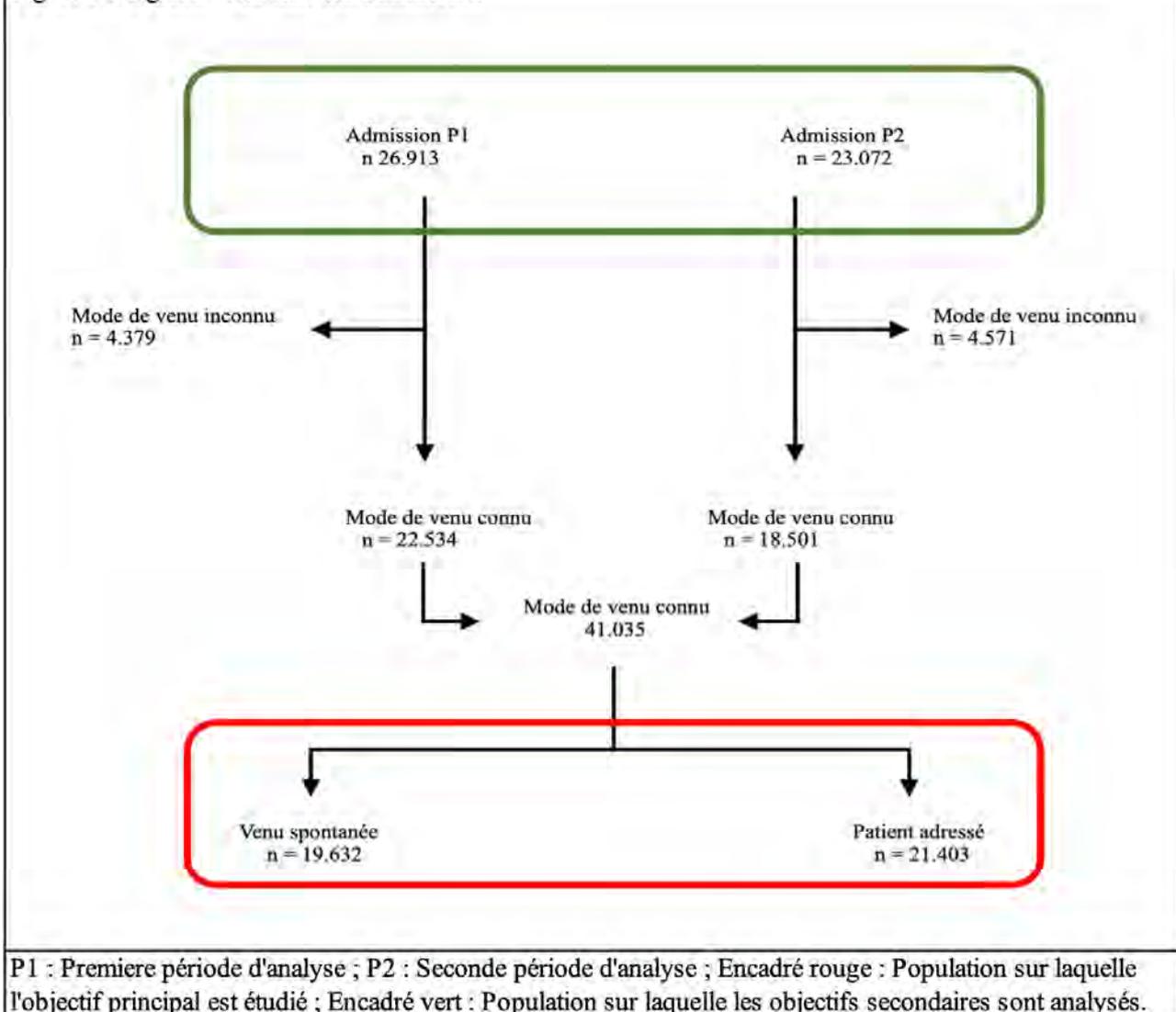


#### B. Diagramme de flux

La *Figure 2* schématise le diagramme de flux sur les deux périodes d'analyse. La période P1 est considérée comme la première période débutant au mois de juin 2020 et se terminant en fin du mois d'août 2020. La période P2 est la seconde période débutant en septembre 2020 et se terminant en fin du novembre 2020.

Comme décrit précédemment, l'objectif principal est étudié via la population n°2 (encadré rouge) qui correspond à la population pour laquelle le mode de venue a été renseigné. L'objectif secondaire est étudié par l'intermédiaire de la population n°1 qui concerne elle, l'ensemble de la population.

Figure 2 Diagramme de flux des admissions



### C. Critère de jugement primaire

#### 1. Données renseignées par l'agent d'accueil

Le *Tableau 1* présente l'ensemble des caractéristiques étudiées sur les deux populations. Le site des urgences de Purpan accueille 14.228 (72%) patients venus spontanément contre 12.617 (59%) sur le site de Rangueil. L'âge médian des patients se présentant de façon spontanée est de 33 ans (24-48 ans) contre 58 ans (36-79 ans) pour les patients adressés. Les patients venus de façon spontanée sont plus fréquemment des hommes, 10.625 (54%) contre 10.908 (51%) des patients orientés. Il n'y a pas de différence significative dans le

renseignement de médecin traitant chez les deux populations avec 14.833 (76%) des VS et 16.361 (76%) des adressés ( $p=0,035$ ).

## 2. Fiche IAO

Les patients orientés sont pour la grande majorité adressés pour un motif d'ordre médico-chirurgical avec 13.506 (63%) passages. Ceux consultant de façon spontanée ont plus fréquemment recours aux soins pour une problématique traumatologique avec 5.954 (30%) passages contre 3.872 (18%) pour ceux orientés.

Un score de CIMU 1 ou 2 est renseigné chez 1.928 (9%) patients orientés contre 231 (1%) patients venus de façon spontanée. Le score CIMU est classé non urgent chez 5.348 (27%) des patients venus de façon spontanée alors que 685 (3%) des patients adressés le sont.

5.972 (30%) des patients venus de façon spontanée sont réorientés hors CHU, jugés ne nécessitant pas de soins urgents ou de plateau technique du CHU. A contrario, 507 (2%) des patients orientés sont réorientés en dehors du CHU.

En ce qui concerne les taux de données manquantes pour chacune de ces informations, il n'existe pas de différences cliniquement représentatives entre les patients venus de façon spontanée de ceux orientés dans le renseignement du motif IAO, du score CIMU ou de la filière d'orientation après triage.

## 3. Données médicales et devenir

Le diagnostic final est de l'ordre médico-chirurgical chez 13.727 (64%) des patients adressés contre 8.841 (45%) chez ceux venus de façon spontanée. Les patients VS ont plus fréquemment recours aux urgences pour un diagnostic traumatologique que ceux orientés avec 4.663 (24%) passages contre 3.715 (17%). Le diagnostic final n'est pas rempli par le médecin chez 4.778 (24%) des patients VS alors que 657 (3%) de données manquantes sont à dénombrer chez les patients orientés. Les patients adressés par le centre 15 consultent pour 2.553 (13%) pour une cause cardiovasculaire suivie de cause traumatique avec 2.334 (14%) et enfin pour motif neurologique avec 1.711 (10%) passages. Les patients adressés par leur médecin traitant sont orientés pour cause gastroentérologique dans 426 (15%) passages, puis pour cause neurologique dans 341 (12%) des cas et enfin pour cause cardiovasculaire dans 334 (11%) des passages. Quant aux patients se présentant de façon spontanée, le trio de tête se compose en premier des recours pour cause traumatique avec 2.344 (12%) passages, puis

gastroentérologique dans 1.745 (9%) des cas et enfin les plaies pour 1.513 (8%) des passages (*Annexe I*).

Les patients consultant de façon spontanée sont plus fréquemment classés CCMU 1 avec 5.579 (28%) des passages que ceux orientés avec 2.400 (11%) passages. Les patients orientés sont classés CCMU 4, 5 ou D dans 372 (2%) des venues contre 30 (<1%) des patients venus de façon spontanée. Le taux de recours aux urgences pour un diagnostic final d'ordre psychiatrique est similaire entre les deux groupes avec chez les patients venus de façon spontanée 704 (4%) des consultations contre 938 (4%) chez ceux orientés. Tout comme pour le diagnostic final, la part de données manquantes est plus importante chez les patients VS avec 3.968 (20%) contre 698 (3%) chez ceux orientés.

Les patients orientés sont plus fréquemment hospitalisés que les VS avec 7.633 (36%) hospitalisations, a contrario, les patients VS sont largement orientés vers leurs domiciles après leurs venues aux urgences avec 16.438 (84%) retours. Le taux de données manquantes au sein de l'orientation post-urgences est similaire entre les deux groupes avec 343 (2%) données manquantes chez les venues spontanées et 374 (2%) chez les orientés.

Tableau 1 Comparaison selon le mode de venue				
	<b>Mode venu connu (n = 41.035)</b>	<b>Venus spontanées (n = 19.632)</b>	<b>Patients adressés (n = 21.403)</b>	<b>p</b>
Age, médiane (IQ), année	43 (27 - 66)	33 (24 - 48)	58 (36 - 79)	<0,001
Sexe féminin	19505 (48%)	9007 (46%)	10495 (49%)	<0,001
Site d'admission :				
- Purpan	26845 (65%)	14228 (72%)	12617 (59%)	<0,001
- Rangueil	14190 (35%)	5404 (28%)	8786 (41%)	
Médecin traitant renseigné	31194 (76%)	14833 (76%)	16361 (76%)	0,035
Motif IAO :				
- Medico-chir	24691 (60%)	11185 (57%)	13506 (63%)	<0,001
- Traumato	9826 (24%)	5954 (30%)	3872 (18%)	
- Psychiatrique	3714 (9%)	1038 (5%)	2676 (13%)	
- Autre	1294 (3%)	641 (3%)	653 (3%)	
- Inconnu	1510 (4%)	814 (4%)	696 (3%)	
CIMU :				
- Détresse (1 ou 2)	2159 (5%)	231 (1%)	1928 (9%)	<0,001
- Urgent (3 ou 4)	31659 (77%)	13485 (69%)	18174 (85%)	
- Non urgent (5)	6033 (15%)	5348 (27%)	685 (3%)	
- Inconnu (CIMU NR)	1184 (3%)	568 (3%)	616 (3%)	
Filère après triage :				
- Réorienté hors CHU	6479 (16%)	5972 (30%)	507 (2%)	<0,001
- Réorienté CHU	2444 (6%)	1313 (7%)	1131 (5%)	
- Urgence	31111 (76%)	12123 (62%)	18988 (89%)	
- Autre	319 (1%)	160 (1%)	159 (1%)	
- Inconnu	682 (2%)	64 (<1%)	618 (3%)	
Diagnostic final :				
- Medico-chir	22568 (55%)	8841 (45%)	13727 (64%)	<0,001
- Traumato	8378 (20%)	4663 (24%)	3715 (17%)	
- Psychiatrique	4124 (10%)	1188 (6%)	2936 (14%)	
- Autre	530 (1%)	162 (1%)	368 (2%)	
- Inconnu	5435 (13%)	4778 (24%)	657 (3%)	
CCMU :				
- CCMU 1	7979 (19%)	5579 (28%)	2400 (11%)	<0,001
- CCMU 2 et 3	26346 (64%)	9351 (48%)	16995 (79%)	
- CCMU 4, 5 ou D	402 (1%)	30 (<1%)	372 (2%)	
- CCMU P	1642 (4%)	704 (4%)	938 (4%)	
- Inconnu	4666 (11%)	3968 (20%)	698 (3%)	
Durée de passage, médiane, min :	251 (108 - 502)	141 (51 - 290)	378 (209 - 727)	<0,001
Orientation :				
- Domicile	29699 (72%)	16438 (84%)	13261 (62%)	<0,001
- Hospitalisation	10483 (26%)	2850 (15%)	7633 (36%)	
- Décès intra-SU	136 (<1%)	1 (<1%)	135 (1%)	
- Inconnu	717 (2%)	343 (2%)	374 (2%)	

## D. Critère de jugement secondaire

### 1. Comparaison sur les deux périodes

Le *Tableau 2* expose les différents paramètres étudiés précédemment remplis par les agents d'accueil, les IAO, le médecin responsable, et permet une comparaison des patients accueils sur les urgences du CHU de Toulouse sur les deux périodes d'études. Au cours de la seconde période d'analyse, la population est significativement plus âgée avec un âge médian de 44 ans (27-68 ans), consulte moins fréquemment sur le site de Purpan qu'au cours de la première période avec 14.853 (64%) passages contre 17.792 (66%), est également moins fréquemment venue de façon spontanée avec 11.427 (42%) contre 8.205 (36%).

Au cours de la seconde période, le taux de patients classés en CIMU 1 ou 2 est comparable à celui de la première période avec 1.236 (5%) contre 1.280 (5%). Les patients sont plus réorientés hors CHU avec 3.435 (15%) réorientations et consultent moins fréquemment pour un motif IAO d'ordre traumatologique avec 4.953 (21%) contre 7.013 (26%) au profit d'une augmentation des consultations d'ordre médico-chirurgical avec 14.104 (61%) contre 15.416 (57%).

Les passages aux urgences sont moins fréquemment classés CCMU 1 au cours de la seconde période avec 3.748 (16%) des consultations contre 5.783 (21%) durant la première période au profit d'une augmentation du taux de données manquantes passant de 2.439 (9%) à 2.950 (13%). Le taux de retour au domicile diminue au cours de la seconde période passant de 19.747 (73%) à 16.164 (70%) au profit d'une augmentation des hospitalisations avec au cours de la seconde période 6.264 (27%) hospitalisations. En ce qui concerne les hospitalisations hors cause COVID, le taux reste comparable au cours des deux périodes, non significatif avec 6.433 (24%) hospitalisations au cours de la première période et 5.622 (25%) au cours de la seconde période ( $p=0,226$ ). La durée médiane de prise en charge est allongée au cours de la seconde période passant à 274 min (118-235 min).

Tableau 2 Comparaison selon la période d'admission

	<b>Population générale</b> <b>(n = 49.985)</b>	<b>Période 1</b> <b>(n = 26.913)</b>	<b>Période 2</b> <b>(n = 23.072)</b>	<b>p</b>
Age, médiane (IQ), année	43 (27 - 66)	42 (27 - 64)	44 (27 - 68)	<0,001
Sexe féminin	23599 (47%)	12607 (47%)	10992 (48%)	0,074
Site d'admission :				
- Purpan	32645 (65%)	17792 (66%)	14853 (64%)	<0,001
- Rangueil	17340 (35%)	9121 (34%)	8219 (35%)	
Venus spontanés	19632 (39%)	11427 (42%)	8205 (36%)	<0,001
Motif IAO :				
- Medico-chir	29520 (59%)	15416 (57%)	14104 (61%)	<0,001
- Traumato	11966 (24%)	7013 (26%)	4953 (21%)	
- Psychiatrique	4668 (9%)	2460 (9%)	2208 (10%)	
- Autre	1458 (3%)	803 (3%)	655 (3%)	
- Inconnu	2373 (5%)	1221 (5%)	1152 (5%)	
CIMU :				
- Détresse (1 ou 2)	2516 (5%)	1280 (5%)	1236 (5%)	<0,001
- Urgent (3 ou 4)	38875 (78%)	21322 (79%)	17553 (76%)	
- Non urgent (5)	6598 (13%)	3344 (12%)	3254 (14%)	
- Inconnu (CIMU NR)	1996 (4%)	967 (4%)	1029 (4%)	
Filère après triage :				
- Réorienté hors CHU	6698 (13%)	3263 (12%)	3435 (15%)	<0,001
- Réorienté CHU	2941 (6%)	1654 (6%)	1287 (6%)	
- Urgence	38298 (77%)	20942 (78%)	17356 (75%)	
- Autre	650 (1%)	345 (1%)	305 (1%)	
- Inconnu	1398 (3%)	709 (3%)	689 (3%)	
Diagnostic final :				
- Medico-chir	27613 (55%)	14541 (54%)	13072 (57%)	<0,001
- Traumato	10420 (21%)	6427 (24%)	3993 (17%)	
- Psychiatrique	5208 (10%)	2796 (10%)	2412 (10%)	
- Autre	627 (1%)	356 (1%)	271 (1%)	
- Inconnu	6117 (12%)	2793 (10%)	3324 (14%)	
CCMU :				
- CCMU 1	9531 (19%)	5783 (21%)	3748 (16%)	<0,001
- CCMU 2 et 3	32495 (65%)	17358 (65%)	15137 (66%)	
- CCMU 4, 5 ou D	479 (1%)	226 (1%)	253 (1%)	
- CCMU P	2091 (4%)	1107 (4%)	984 (4%)	
- Inconnu	5389 (11%)	2439 (9%)	2950 (13%)	
Passage, médiane (IQ), min :	252 (111 - 501)	234 (106 - 468)	274 (118 - 235)	<0,001
Orientation :				
- Domicile	35911 (72%)	19747 (73%)	16164 (70%)	<0,001
- Décès intra-SU	159 (<1%)	64 (<1%)	95 (<1%)	
- Inconnu	1138 (2%)	589 (2%)	549 (2%)	
- Hospitalisation	12777 (26%)	6513 (24%)	6264 (27%)	
- hors cause COVID	12055 (24%)	6433 (24%)	5622 (25%)	

## 2. Filière de soin et mode de venue

Le *Tableau 3* montre le mode de venue en fonction de la filière de soins décidée après le triage IAO. Parmi les patients qui sont réorientés hors CHU, 5.972 (89%) sont venus de façon spontanée aux urgences contre 507 (8%) orientés. Parmi ceux dont la filière de soins n'a pas été renseignée, 716 (51%) n'ont pas de mode d'adressage renseigné.

Parmi les patients réorientés hors CHU, 2.342 (78%) se sont présentés sur le site de Purpan contre 661 (22%) sur le site de Rangueil, ce qui représente respectivement des taux de 7% et 4% du nombre total de consultations sur les deux sites.

Les patients considérés comme ayant recours pour un motif d'ordre non immédiatement urgent classé CIMU 4 ou 5 devaient être réorientés de façon systématique au cours de la seconde période s'ils ne nécessitaient pas du plateau technique du CHU. Pour autant, seuls 4.172 (43%) d'entre eux l'ont été. Les patients restants ont finalement été admis pour la plus grande majorité au sein des secteurs ambulatoires CMCT (401 (4%)) et UA (2.471 (26%)) (*Annexe 2*).

	Réorientation hors CHU (n = 6.698)	Admission CHU (n = 41.239)	Autre (n = 650)	Inconnu (n = 1.398)	p
Mode venu :					
- Venus spontanées	5.972 (89%)	13.436 (33%)	160 (25%)	64 (5%)	<0,001
- Adressé	507 (8%)	20.119 (49%)	159 (24%)	618 (44%)	
- Inconnu	219 (3%)	7.684 (19%)	331 (51%)	716 (51%)	

### 3. Devenir post-urgences et mode de venue

Le *Tableau 4* montre le mode de venue en fonction du devenir post-urgences. On constate que parmi les patients décédés aux urgences, 135 (85%) sont orientés et seul 1 (1%) est venu de façon spontanée. Parmi les patients regagnant leur domicile, 16.438 (46%) sont venus de façon spontanée contre 13.261 (37%) sont orientés.

Si on s'attache à regarder le nombre de transferts parmi les patients classés CIMU 4 et 5, tout mode d'adressage confondu sur la seconde période, seuls 45 (<1%) d'entre eux sont finalement transférés en service de médecine (*Annexe 3*). 1.670 (17%) sont mutés hors des urgences pour la grande majorité orientée vers les urgences psychiatriques (877 (53%)).

Tableau 4 Devenir post-urgence et mode de venue					
	Décès (n = 159)	Hospitalisation (n = 12777)	Domicile (n = 35911)	Inconnu (n = 1138)	p
Mode venu :					
- Venus spontanées	1 (1%)	2850 (22%)	16438 (46%)	343 (30%)	<0,001
- Adressé	135 (85%)	7633 (60%)	13261 (37%)	374 (33%)	
- Inconnu	23 (14%)	2294 (18%)	6212 (17%)	421 (37%)	

## IV. DISCUSSION

### A. Principaux résultats

La comparaison de ces deux groupes met en évidence que les patients se rendant aux urgences de façon spontanée sont plus jeunes, majoritairement des hommes, consultent plus fréquemment pour des problématiques d'ordre traumatologique, sont plus souvent classés en CIMU 5 et CCMU 1. Ils sont également plus réorientés hors CHU et regagnent plus fréquemment leurs domiciles. En ce qui concerne les patients orientés vers les urgences soit après contact médical, soit après avis auprès d'une structure, ils sont plus âgés, ont recours aux urgences pour des problématiques d'ordre médico-chirurgical ou psychiatrique, sont plus fréquemment classés en CIMU 1 ou 2 et CCMU 4, 5 ou D. Ils sont pour la grande majorité accueillis aux urgences et plus fréquemment hospitalisés. Leur durée médiane de prise en charge est également plus longue.

Pour ce qui est de la comparaison sur les deux périodes, on trouve que la population accueillie au cours de la seconde période est légèrement plus âgée et moins fréquemment venue aux urgences de façon spontanée. Elle a recours aux soins pour une part plus importante de motif médico-chirurgical et moins traumatologique sans modification de fréquence de consultation pour un recours d'ordre psychiatrique. Ils sont tout autant classés en CIMU 1 ou 2 ou CCMU 4, 5 ou D. Ils regagnent moins fréquemment leurs domiciles au dépens d'hospitalisations ajoutées en lien avec une infection de type COVID-19. Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les hospitalisations hors cause COVID-19 au cours des deux périodes. La durée médiane de séjour est allongée. Le taux de données manquantes est augmenté au cours de la seconde période dans les données complétées par le corps médical.

Si on s'intéresse au sous-groupe des patients réorientés hors CHU, la quasi-totalité d'eux est venue aux urgences de façon spontanée. A contrario, pour le sous-groupe décédé, la quasi-totalité d'entre eux a été orientée aux urgences par un médecin ou une structure.

Un taux très faible de patients finalement pris en charge aux urgences sur la seconde période classés en CIMU 4 ou 5 sont hospitalisés.

## B. Principales limitations

Différentes limites peuvent être mises en évidence. Notre étude trouve que 39% de la cohorte est venue aux urgences de façon spontanée et 35% orientée par le centre 15. Ces données sont en franche opposition avec celles relevées par le rapport Occitanie Est 2020 où 75% des patients sont considérés comme venus par eux-mêmes et 18% orientés après avis du C15 (6). Il en est de même en Belgique sur l'étude menée par E. Brasseur and al qui retient que 68% des patients viennent d'eux-mêmes aux urgences, seulement 7% après contact du 112 et 17% après avis de leur généraliste (3).

Les patients venus de façon spontanée ainsi que ceux orientés par un médecin ou une structure sont deux populations différentes par leurs paramètres intrinsèques, la première est plus jeune et plus largement masculine, consulte pour des problématiques d'ordre traumatologique sur le site de Purpan tandis que la seconde population est quant à elle plus âgée, moins fréquemment masculine, consulte pour des pathologies d'ordre médico-chirurgical ou psychiatrique et plus fréquemment sur le site de Rangueil. Cette différence fait qu'il n'est pas aisé de comparer strictement ces deux catégories de populations puisque non initialement identiques.

De même, un effet site entraîne un biais. En effet la SU du CHU de Toulouse étant localisés sur deux sites distincts, Purpan et Rangueil, et bien que leurs organisations tendent à se ressembler, leur fonctionnement n'est pas strictement identique. Cette organisation différente influence les pratiques des médecins et fait que notamment 2.342 (7%) des consultants sur le site de Purpan sont réorientés hors CHU contre 661 (4%) des consultants sur le site de Rangueil. On constate donc une tendance à plus facilement réorienter les patients se présentant sur Purpan. De plus, lorsque l'on s'intéresse aux patients classés en CIMU 4 ou 5, soit non immédiatement urgents au cours de la seconde période d'analyse, là encore, des disparités dans les réorientations entre les sites sont trouvées. 3.757 (48%) sont réorientés lorsqu'ils se présentent sur le site de Purpan tandis que seulement 415 (23%) sont réorientés s'ils se présentent sur le site de Rangueil. Cette différence de fonctionnement et de pratique fait qu'il existe un biais dans la prise en charge des patients.

Le protocole d'étude étant une étude observationnelle rétrospective, il n'est alors pas du même niveau qu'une étude interventionnelle ou prospective où une mise en aveugle aurait été réalisée. Le mode d'adressage est alors connu du praticien et engendre un biais dans la prise en charge du patient. Le médecin aura tendance à réaliser plus d'exams et d'hospitaliser en plus grand nombre les patients orientés, ceux-ci ayant bénéficié d'un premier avis jugeant qu'un passage aux urgences était nécessaire.

Les réorientations, bien que devant être systématiques au cours de la seconde période en cas de classification CIMU 4 et 5, n'ont pas été réalisées dans l'ensemble des cas. Seul 40% des patients venant de façon spontanées et classé en CIMU 4 ou 5 ont finalement été réorientés.

L'infection à COVID-19 en lien avec la pandémie Sars-Cov2 récemment découverte au moment de l'étude entraîne un surcroît d'examen, de soins ainsi que d'hospitalisations depuis les urgences (15). Du fait de cette nouvelle entité, les connaissances médicales au sujet de cette infection sont encore à leur commencement. Par conséquent, sur la seconde période d'analyse, les données récupérées chez les patients ont pu être influencées par cette nouvelle infection et les deux périodes ne regroupent donc pas deux populations comparables en termes de pathologies ni de pression médicale. Les données épidémiologiques annuelles peuvent être différentes lorsqu'elles sont comparées.

Une des principales limitations de notre étude est la présence d'un nombre important de données manquantes notamment dans celle complétée par le corps médical. On trouve entre autres que la majorité des données manquantes est présente dans les dossiers des patients se présentant de façon spontanée. Ceux-ci étant généralement moins graves que ceux adressés aux urgences, ces patients ont probablement été soit réorientés en dehors du CHU, soit sont repartis sans attendre et leurs dossiers n'ont pas été complétés. L'incertitude grandit lorsque la fiche IAO n'est également pas remplie. Sur une partie des dossiers, il existe alors une impossibilité de faire la distinction entre les patients réorientés hors CHU d'une part, car jugés non immédiatement graves et pour lesquels une fiche IAO n'a pas été complétée et où ni diagnostic ni score CCMU n'a été renseigné par le médecin, et d'autre part, ceux orientés directement en secteur SAUV puis rapidement transférés en dehors des urgences car trop graves, pour lesquels aucune fiche IAO n'est complétée, et aucun diagnostic ni score CCMU n'est renseigné. De même, le taux de données manquantes complété par les médecins est augmenté au cours de la seconde période d'analyse et peut avoir influencé les résultats obtenus sur les objectifs secondaires.

Il existe quelques incohérences dans le remplissage des informations, autant du côté des agents d'accueil que des IAO, ou encore des médecins remplissant les dossiers participant à un biais d'information atténué par le recrutement important de dossiers de cette étude.

### C. Interprétation des résultats

Plusieurs points mettent en défaut notre étude, mais peuvent trouver des explications. Tout d'abord en ce qui concerne les disparités de proportion dans le mode d'adressage entre notre étude et le rapport ORU Occitanie Est (6). Cette différence, notamment dans les taux de venues spontanées et d'orientation par le centre 15, peut en partie s'expliquer par une organisation des soins et une démographie médicale différentes entre les deux régions. Également, le rapport ORU Occitanie Est prend en compte l'admission de patients en secteur public et privé, ce qui n'est pas le cas de notre étude qui ne concerne que les SU du CHU de Toulouse. D'autre part, une portion importante de mode d'adresse n'est pas complétée et donc considérée comme inconnue (18%). Une proportion vraisemblablement importante d'entre eux était des patients venus de façon spontanée et réorientés immédiatement vers une autre structure. Par défaut d'information nous permettant de les reclasser comme VS et réorienté, nous avons pris le parti de conserver cette donnée manquante.

Pour ce qui est de l'adressage aux urgences après consultation du généraliste, le taux trouvé dans notre étude est légèrement plus faible que celui retrouvé dans un centre hospitalier voisin d'Albi, qui était de 9% en 2013 mais reste comparable (19). Ce résultat peut s'expliquer par l'influence de la pandémie en lien avec le virus Sars-Co2 ayant modifié le recours aux soins au cours de cette année 2020.

Le groupe de patients orientés par les EHPADs, dont le nombre attribué est très faible sur la durée de l'étude, est probablement sous-estimé. L'IAO remplissant la fiche de renseignement a pu catégoriser à tort ces patients comme venus adressés par le centre 15 voyant arriver le patient avec des ambulances.

Notre étude montre que la population adressée par un médecin ou une structure est globalement plus âgée, classée CIMU plus grave et plus hospitalisée ce qui est en accord avec l'étude menée par le Dr Balen and al dans une analyse toulousaine de 2019 (17).

L'âge médian, la répartition des sexes ainsi que le site d'admission des patients se présentant aux urgences du CHU de Toulouse sont conformes à ce qui est décrit dans différentes études (6)(16).

L'enquête DRESS 2020 sur le nombre de séjours hospitaliers hors COVID-19 montre une diminution des hospitalisations de 2,4% par rapport à 2019 dans le département de la Haute-Garonne au cours de la seconde vague (20). Touchant principalement les secteurs

d'hospitalisation de jour et opératoire, une diminution des séjours pour AVC, infarctus du myocarde et insuffisance cardiaque aiguë est retrouvée. Cette diminution s'explique par la peur des patients de consulter aux urgences et de contracter une infection, mais aussi par la mise en place de mesures barrières ayant eu pour conséquence la diminution des infections virales. Si on s'intéresse à l'influence qu'a eu l'augmentation de réorientation au cours de la seconde période d'étude, on constate qu'en dehors des pathologies identifiées en lien avec une affection COVID, les taux d'hospitalisation restent inchangés. Cela signifie que malgré la baisse d'activité au cours de la seconde période ainsi que la réalisation large de la réorientation hors CHU, la part d'hospitalisation de patients est conservée traduisant une méthode de réorientation qui semble efficace.

D'après les résultats obtenus, on peut supposer qu'il existe des limitations dans la réorientation des patients. En effet, l'analyse des réorientations en fonction du score CIMU initial montre que peu de patients ont été réorientés au cours de la seconde période. On peut expliquer cela par la crainte du praticien de ne pas apporter de réponse aux interrogations du patient considérant sa simple venue aux urgences nécessite une prise en charge. Des disparités dans les taux de réorientation sont également retrouvées entre les sites de Purpan et Rangueil trouvant pour explication les différentes pathologies rencontrées sur les deux sites, mais également par des pratiques professionnelles différentes qui font qu'en l'état actuel, les réorientations sont moins fréquentes sur le site de Rangueil.

L'infection par la COVID 19 a pu modifier les pratiques de chacun tout au long de cette étude. C'est ce que l'on trouve dans notre étude, bien qu'avec une diminution du nombre de passages aux cours de la seconde période, un allongement des durées médianes de séjour aux urgences témoigne de la réalisation de plus d'exams médicaux ainsi que de plus de précautions dans leur prise en charge.

On constate que la venue aux urgences des patients n'est pas corrélée au fait d'avoir ou non un MG déclaré. Ceci montre l'importance du degré d'urgence ressenti par le patient ainsi que de la nécessité à ce jour d'avoir une réponse rapide aux interrogations et problématiques présentées. Une étude menée sur Bruxelles par M. Hysenbegasi and al en 2019 compare l'évolution sur 11 ans des caractéristiques des patients se présentant par eux-mêmes aux urgences (21). Elle met en avant une augmentation des VS qui expriment une crainte importante au sujet de leur état de santé ainsi que de la nécessité d'une réponse rapide à leurs maux. Paradoxalement, la grande majorité de ceux interrogés déclare ne pas avoir conscience que leur médecin traitant ou une autre structure de soins primaires pouvait répondre à leur demande.

En ce qui concerne le taux d'exploitabilité d'information les données trouvées sont en adéquation avec les données retenues du rapport ORU Occitanie 2020 (6). Le nombre de données manquantes d'ordre médical est augmenté au cours de la seconde période, probablement en lien avec un taux de réorientation plus élevé et un nombre de dossiers non complétés croissant.

#### D. Retombées attendues

On comprend au travers de ce travail l'existence de caractéristiques différentes entre les populations orientées aux urgences et celles qui se présentent de façon spontanée. Ces caractéristiques différentes influencent les stratégies de prise en charge de chacun avec une tendance à porter plus de précautions sur la population adressée.

Une meilleure compréhension des facteurs influençant la consultation préalable d'un MG ou l'appel au centre 15 dans la décision de consulter aux urgences pourrait apporter un axe d'amélioration dans l'orientation des patients. L'accessibilité des SU par rapport à d'autres établissements semble encourager les patients à se rendre dans les SU. Décrit par E. Brasseur and al sur une étude menée en 2021 en Belgique, l'accès des SU en continue serait un facteur principal de recours aux soins (3). Également, un travail dirigé par S. Ruud and al montre que la perception qu'a le patient de l'urgence qu'il présente ainsi que la connaissance des structures pouvant l'accueillir ou répondre à ses questions sont des paramètres participant à sa prise de décision (22). Pour cela, différentes hypothèses d'amélioration dans l'organisation des soins sont possibles.

Premièrement, la mise en place d'une démarche de santé publique qui viserait à informer la population de ce qu'est l'urgence, et des alternatives possibles aux structures d'urgences permettant une réponse de qualité à leurs interrogations. Par une information claire et visant une population large, des campagnes de sensibilisation de recours au soin d'urgence pourraient être réalisées, permettant ainsi à chacun d'être correctement informé. Bien sûr, la difficulté reste la définition de l'urgence clinique mais également de l'urgence ressentie mettant à mal leur instauration.

Deuxièmement, favoriser et développer les structures et plateformes permettant un renseignement des patients. Le travail de thèse du Dr H. Lecoq montre l'impact qu'a la mise en place d'une régulation diurne permettant une diminution du nombre d'orientations des patients vers les SU grâce, en particulier, à l'instauration de la télé-prescription (23). L'un des rôles du

SAMU est d'apporter une réponse, téléphonique dans un premier temps, à chaque demande allant du simple conseil médical jusqu'à l'envoi d'une équipe médicalisée sur place. On comprend alors la position centrale du centre 15 permettant une réponse rapide aux interrogations des patients, influençant ainsi le nombre de consultations aux urgences. Le centre 15 du SAMU 31 tâche d'apporter une AMU par la mise en place, entre autres, d'une ligne de PDS assurée par des médecins généralistes, et va dans le sens d'une organisation des soins appropriée. Une autre voie d'amélioration pourrait être également la mise en place d'application d'aide à l'orientation en complément du centre 15. Sur une étude Suisse de 2021 dirigée par A. Mettker and al, le recours aux recherches informatisées avant la venue spontanée aux urgences des patients est analysé et permettrait une diminution de recours aux urgences (24).

Un troisième axe d'amélioration serait une promotion et une communication sur les structures de soins permettant l'accueil des patients sans rendez-vous. Une étude menée par S. Wyatt and al sur 5 ans en Angleterre a montré qu'après la mise en application de directives politiques et d'instauration de soins de proximité, une diminution du taux de croissance de consultations aux urgences a été retrouvée (25). Confirmée en 2017 par l'étude dirigée par J. Crawford and al en Angleterre, la mise en place de centres sans rendez-vous et de centres médicaux à proximité des centres d'urgences permet une amélioration de la prise en charge des patients accueillis aux urgences (26). Les initiatives politiques en Angleterre ont également vu l'introduction de cliniques « sans rendez-vous » dirigées par des infirmières (aucun rendez-vous requis) dans les années 2000, pour traiter les blessures et les maladies mineures (27).

Une dernière voie d'amélioration serait l'information des médecins urgentistes sur les structures de soins de proximité pouvant accueillir les patients. On trouve dans notre étude un taux faible de patients réorientés en l'absence de critères de gravité immédiats ou supposés. Il serait intéressant de comprendre quels sont les facteurs influençant la non réorientation de ces patients responsables d'allongement des durées de prise en charge médiane.

## V. CONCLUSION

L'ajout récent au sein du CHU de Toulouse du mode d'adressage des patients permet de caractériser et de comparer les deux sous-populations venant par elles-mêmes et celles orientées. Ce travail de thèse montre notamment que le patient se rendant aux urgences de façon spontanée est plus jeune, consultant plus fréquemment pour une problématique d'ordre traumatologique, et est plus souvent classé en CIMU 5 et CCMU 1. Il est également plus réorienté hors CHU et regagne plus fréquemment son domicile.

La compréhension et la description de ces populations sont essentielles pour permettre une meilleure organisation et notamment permettre un recours au soin de chaque patient de façon proportionnée en fonction des moyens territoriaux disponibles.

Plusieurs axes d'amélioration sont à développer, alliant des campagnes de sensibilisation sur la disponibilité des services de soins primaires, la mise en place d'aide à l'orientation, mais également la gestion des patients accueillis aux urgences.

*Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Toulouse - Purpan*



**Didier CARRIÉ**



Professeur Sandrine Charpentier  
Cheffe de service des Urgences adultes  
1 av. du Pr Jean Poulhès CHU Toulouse Rangueil  
Place du Dr Baylac CHU Toulouse Purpan  
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. : 05 61 32 33 54  
RPPS 10002872827

## BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°2006-576 du 22 mai 2006 - art 2 de Structure des urgences. JORF 23 mai 2006
2. Toutlemonde F, directeur, Les établissements de santé. Édition 2018. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2018
3. Brasseur E, Gilbert A, Servotte J-C, Donneau A-F, D'Orio V, Ghuysen A. Emergency department crowding : why do patients walk-in ? Acta Clin Belg. 4 mai 2021;76(3):217-23.
4. Bleichner G, Bleichner G, Braun F, Burnouf J-M, Cerfontaine C, Delaire L, et al. Architecture des services d'urgence. J Eur Urgences. Juin 2005;18(2):102-26.
5. Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. 2013
6. Observatoire Régional des Urgences Occitanie. Panorama Occitanie. Activité des structures d'urgence 2020. 2020.
7. Patel AR. Modes of Admission to Hospital: A Survey of Emergency Admissions to a General Medical Unit. Br Med J. 30 janv 1971 ;1(5743):281-3.
8. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. avr 2006;51. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2006, dernière mise à jour 2020.
9. Sariyer G, Ataman MG, Kızıloğlu İ. Analyzing Main and Interaction Effects of Length of Stay Determinants in Emergency Departments. Int J Health Policy Manag. 16 nov 2019;9(5):198-205.
10. Eiset AH, Kirkegaard H, Erlandsen M. Crowding in the emergency department in the absence of boarding – a transition regression model to predict departures and waiting time. BMC Med Res Methodol. déc 2019;19(1):68.
11. Bejot Y, Osseby GV, Yeguiayan JM, Chantegret A, Freysz M, Giroud M. en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral : une avancée thérapeutique majeure. 2008 ;10.
12. Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet – Département de la Haute-Garonne (31). 2018.
13. Bouet P, Gerard-Varet JF, Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'ordre des médecins. Paris ; 1<sup>er</sup> Janvier 2020
14. Seyed Hosseini E, Riahi Kashani N, Nikzad H, Azadbakht J, Hassani Bafrani H, Haddad Kashani H. The novel coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Mechanism of action, detection and recent therapeutic strategies. Virology. déc 2020;551:1-9.

15. Claret PG, Martinez M, Cesareo E and al. Prise en charge des patients Covid-19, ou suspects, en structures d'urgence. Recommandations fiche mémo. Société Française de Médecine d'Urgence, Société de Pathologie Infectieuse de la Langue Française. Paris : Mars 2020.
16. Harmand P. Épidémiologie des patients se présentant en structure d'urgence durant la période épidémique de SARS-COV2 pour des pathologies non en rapport [Mémoire de Diplôme d'Enseignement Spécialisé Complémentaire de Médecine D'Urgence]. Toulouse : Université Paul Sabatier Faculté de Médecine ; 2020.
17. Balen F, Boyer A, Auboiroux P, Charpentier S. Qui sont les patients adressés en structure d'urgence par leur médecin traitant? Ann Fr Médecine D'urgence. janv 2020;10(1):09-13.
18. Holzinger F, Oslislo S, Möckel M, Schenk L, Pigorsch M, Heintze C. Self-referred walk-in patients in the emergency department – who and why? Consultation determinants in a multicenter study of respiratory patients in Berlin, Germany. BMC Health Serv Res. 10 sept 2020;20:848.
19. Boudy Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : Description et analyse des motifs de recours [Thèse de Diplôme en médecine générale]. Toulouse : Université Paul Sabatier Faculté de Médecine ; 2013.
20. Naouri D. En 2020, le nombre de séjour hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13% par rapport à 2019. n°1204 paru le 09/09/2021. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2018
21. Hysenbegasi M, Hubloue I, Vanobberghen R, Kartounian J, Devroey D. Evolution over 11 years of the characteristics of walk-in patients at the emergency department of a university hospital in Brussels. J Med Life. 2019;12(1):34-42.
22. Ruud SE, Hjortdahl P, Natvig B. Is it a matter of urgency? A survey of assessments by walk-in patients and doctors of the urgency level of their encounters at a general emergency outpatient clinic in Oslo, Norway. BMC Emerg Med. 4 juill 2016;16:22.
23. Lecoq H. Régulation de la continuité des soins par les médecins généralistes [Thèse de médecine]. Rouen : Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen ; 2017.
24. Mettler AC, Piazza L, Michel J, Müller M, Exadaktylos AK, Hautz WE, et al. Use of telehealth and outcomes before a visit to the emergency department: a cross-sectional study on walk-in patients in Switzerland. Swiss Med Wkly. 28 juill 2021;151:w20543
25. Wyatt S, Child K, Hood A, Cooke M, Mohammed MA. Changes in admission thresholds in English emergency departments. Emerg Med J EMJ. déc 2017;34(12):773-9.
26. Crawford J, Cooper S, Cant R, DeSouza R. The impact of walk-in centres and GP co-operatives on emergency department presentations: A systematic review of the literature. INT EMERG NURS. 2017 Sept;34:36-42

27. Arain M, Nicholl J, Campbell M. Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK; a cross sectional study. *BMC Health Serv Res.* déc 2013;13(1):142.

# ANNEXES

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitale

Code	Libellé
P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Annexe 3 Diagnostic médical et mode d'adressage.									
Diagnostic	Mode d'adressage								Total général
	C15	EHPAD	ETAB	FO	MG	VS	(vide)		
<b>MEDICO-CHIRURGICAL</b>	10782	67	447	42	2389	8841	5045		27613
A	1409	4	61	3	426	1745	781		4429
C	869	3	8	1	133	291	378		1683
CO	31		1		1	8	18		59
CV	2553	10	48	10	334	1039	902		4896
D	191	1	10		100	550	164		1016
GU	849	10	61	1	223	1165	489		2798
M	254	5	7	8	62	64	83		483
Mi	264	6	20	4	86	284	175		839
MP	577	8	15	1	206	263	231		1301
N	1711	8	112	6	341	1014	760		3952
O	401	1	57	1	153	938	340		1891
P	1156	8	23	1	180	331	325		2024
Rh	517	3	24	6	144	1149	399		2242
<b>TOXICO-PSYCHIATRIQUE</b>	2669	3	42	86	136	1188	1084		5208
OH	651		1	38	4	72	201		967
Psy	1337	2	33	39	121	984	667		3183
TA	155		1	4	2	62	58		282
TM	526	1	7	5	9	70	158		776
<b>TRAUMATOLOGIE</b>	3223	14	166	89	223	4663	2042		10420
Con	294	1	9	11	26	806	256		1403
Pl	595		81	13	61	1513	626		2889
T	2334	13	76	65	136	2344	1160		6128
<b>AUTRE</b>	167	2	12	156	31	162	97		627
(vide)	409	3	39	57	149	4778	682		6117
<b>Total général</b>	<b>17250</b>	<b>89</b>	<b>706</b>	<b>430</b>	<b>2928</b>	<b>19632</b>	<b>8950</b>		<b>49985</b>

A : Gastro-entérologie ; C : COVID ; CO : Intoxication au monoxyde de carbone ; CV : Cardio-vasculaire ; D : Dermatologie ; GU : Gynéco-Urinaire ; M : Métabologique ; Mi : Médecine infectieuse ; MP : Médecine polyvalente ; N : Neurologie ; O : ORL-Ophtalmo-CMF ; P : Pneumologie ; Rh : Rhumatologie ; OH : Intoxication alcoolique ; Psy : Psychiatrique ; TA : Intoxication autre ; TM : Intoxication médicamenteuse ; Con : Contusion ; Pl : Plaie ; T : Traumatisme

Annexe 4 Filière IAO et CIMU au cours de la seconde période						
	Filière IAO		Urgences	Autre	(Vide)	Total général
	Réorientation hors CHU	Réorientation CHU				
CIMU						
	1	0	5	31	0	36
	2	1	14	1175	4	1200
	3	30	143	10941	5	11143
	4	509	906	4957	31	6410
	5	2544	213	235	258	3254
(Vide)	351	6	17	7	648	1029
<b>Total général</b>	<b>3435</b>	<b>1287</b>	<b>17356</b>	<b>305</b>	<b>689</b>	<b>23072</b>

Réorientation hors CHU (MCO, Réo Clinique, Réo Maison médicale, Réo Maison Médicale, Réo Médecin Généraliste, Réo UCNP) ; Réorientation CHU (Dehoc, Déhoc, Réo. Cs Spé CHUT, Réo urgences gynéco PDV, Réo Clinique AIT, Réo Cs spé CHUT) ; Urgences (AMT, CMCT, NON COVID, RECOP, SAUV, UA)

Annexe 5 Devenir post-urgence et CIMU au cours de la seconde période									
	Devenir								Total général
	Décès	Domicile	Fugue	Mutation	NR	PSA	SCAM	Transfert (Vide)	
CIMU									
	1	5	4	24	1			1	36
	2	49	400	4	645	1	7	69	1200
	3	22	7256	70	3296	15	66	313	11143
	4		4691	60	1417	10	32	44	6410
	5		2909	3	218	3		1	3254
(Vide)	19	620	4	212	12	1	2	24	1029
<b>Total général</b>	<b>95</b>	<b>15880</b>	<b>141</b>	<b>5812</b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>98</b>	<b>452</b>	<b>23072</b>

NR : Non Renseigné ; PSA : Parti Sans Attendre ; SCAM : Sorti Contre Avis Médical

---

## **ETUDE DESCRIPTIVE DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS PRIS EN CHARGE SUR LES URGENCES DU CHU DE TOULOUSE EN FONCTION DE LEUR MODE D'ADRESSAGE.**

---

**Introduction :** Les structures d'urgences (SU) ont vu leurs activités doublées en 20 ans passant en 2018 à 21 millions de consultations. Pour permettre à chaque patient une prise en charge optimale, les SU se doivent de savoir caractériser les personnes y ayant recours. Depuis Juin 2020, le mode d'adressage est complété à l'admission des patients aux urgences du CHU de Toulouse. Cette nouvelle source de données permet de catégoriser deux populations, les patients venant de façon spontanée et ceux orientés par un médecin ou une structure.

**Matériel et méthode :** il s'agit d'une étude observationnelle menée en deux période de 3 mois sur le CHU de Toulouse de Juin 2020 à Novembre 2020. Le critère de jugement principal est une étude des caractéristiques du patient en fonction de son mode d'adressage (venu spontanée et orienté) basé sur les scores de gravité, la filière de soins et le devenir post-urgence. Parmi les critères de jugement secondaire, la comparaison de ces mêmes éléments sera réalisée sur les deux périodes d'analyse où, au cours de la seconde, les réorientations des patients jugés stables étaient systématiques.

**Résultats :** 41.035 avaient un mode d'adressage complété. Les patients venus spontanément consultent plus fréquemment pour des problématiques d'ordre traumatologique, sont plus souvent classés en CIMU 5 et CCMU 1. Ils sont plus réorientés hors CHU et regagnent plus fréquemment leurs domiciles. Le taux d'hospitalisation au cours de la seconde période n'est pas significativement augmenté. Le nombre de données manquantes est quant à lui plus présent dans les données remplies par le corps médical et particulièrement au cours de la seconde période.

**Conclusion :** La connaissance de ces deux nouveaux groupes permet une meilleure compréhension des venues aux urgences. Des études supplémentaires devront être envisagées afin d'organiser les soins en amont des urgences permettant une gestion du flux optimale.

---

## **CHARACTERISTICS OF PATIENTS CARED IN EMERGENCY BASED ON THEIR ADDRESSING METHOD. AN OBSERVATIONAL STUDY IN UNIVERSITY HOSPITAL TOULOUSE.**

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine d'urgence.

---

**MOTS-CLÉS :** Service d'urgence, venue spontanée, soin primaire, (emergency, walk-in, self-referred, primary care).

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**  
Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Directeur de thèse :** Paul-Henri AUBOIROUX