

Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?



Albert VUAGNAT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé a organisé une enquête nationale un jour donné, le 11 juin 2013, auprès de tous les patients se présentant dans l'ensemble des 738 structures d'urgences hospitalières, générales comme pédiatriques, de France métropolitaine et des DOM. Connaître les circonstances des recours aux urgences et analyser les difficultés éventuelles rencontrées lors de la prise en charge sont les objectifs assignés à cette enquête. Sa préparation s'est faite, sous l'égide d'un comité de pilotage, en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence et avec la participation de Samu-Urgences de France et de l'Association des médecins urgentistes de France.

Ses résultats, en cours de consolidation, viendront compléter et actualiser les données existantes sur les urgences hospitalières. En effet, de nombreuses informations quantifiées sont disponibles tant sur l'activité des structures des urgences que sur les caractéristiques des patients pris en charge. Le texte qui suit établit une photographie de la structure des urgences hospitalières à partir de ces recueils : première enquête nationale de 2002 relative aux urgences hospitalières, enquête sur les recours urgents à un médecin installé en cabinet de ville, informations recueillies en routine dans le cadre de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), du résumé de passage aux urgences (RPU). Cette description s'appuie également sur des informations qualitatives issues d'une série d'entretiens réalisés en 2012 auprès de 110 professionnels des urgences, dans le cadre de la préparation de l'enquête nationale du 11 juin 2013. Ce texte présente également la structuration récente des services au sein des établissements de santé chargés de l'accueil et du traitement des urgences.

Évoquer les urgences médicales renvoie tout d'abord à la solidarité et à la tradition d'accueil, à l'intervention médicale rapide en cas d'accident corporel ou de maladie aiguë, inopinée. En France, l'État garantit cette aide via l'organisation de l'accès aux soins. Des situations médicales sont emblématiques des urgences, comme les accidents de la route ou les ressuscitations cardiaques.

Aujourd'hui, à cette image se superpose parfois celle d'un encombrement des services, de temps d'attente parfois très longs, voire d'un ultime recours, mais aussi d'un pis-aller de prise en charge de la précarité. Certaines de ces difficultés peuvent être mises en relation avec des modifications, lentes mais régulières, de la société : augmentation de la longévité des habitants, technicisation de la médecine, modification de la répartition des médecins, attentes accrues de la population en termes de résultats des prises en charge médicales.

Dans ce qui suit est retracé ce qui était connu de l'activité et des circonstances de recours des patients aux urgences des établissements de santé, tant au moyen d'enquêtes que de recueils d'informations réalisés en routine, avant l'enquête nationale de juin 2013. Cet état des lieux permet d'éclairer les objectifs et les principes généraux de cette enquête, dont les résultats sont en cours de consolidation.

Les services d'urgences ont accueilli plus de 18 millions de passages en 2011

En 2011, les 750 structures¹ d'accueil et de traitement des urgences de France métropolitaine et de ses départements d'outre-mer ont accueilli 18,5 millions

de passages. Ces structures d'urgences sont implantées dans 655 établissements de santé (certains sites disposant de plusieurs structures), publics pour 76 %, privés à but non lucratif pour 6 %, et privés à but lucratif pour 18 % ; 85 % d'entre elles sont générales et 15 % exclusivement pédiatriques.

Une forte dispersion du nombre moyen de patients pris en charge chaque jour aux urgences est observée : pour 28 % des structures, moins de 40 passages quotidiens ; pour 43 % de 40 à 80 ; pour 18 % de 80 à 120 et pour 11 % plus de 120 passages quotidiens (tableau 1). Chaque département dispose d'au moins une structure d'accueil et de traitement des urgences autorisée, *i.e.* d'une organisation rendant possible un recours sans délai à des soins hospitaliers le cas échéant de haute technicité. Selon la région, le nombre et les caractéristiques des structures des urgences sont fonction du nombre d'habitants mais aussi de l'histoire du développement des établissements de santé, comme semble l'indiquer la non-uniformité de distribution régionale des accueils pédiatriques ou des établissements privés accueillant les urgences (tableau 2).

On observe sur la période 2001-2011², période sur laquelle le nombre de passages annuels aux urgences est passé de 13,6 millions à 18,5 millions, des profils d'évolution de l'activité distincts selon les établissements de santé : pour 23 % des établissements, l'augmentation moyenne de l'activité a été inférieure à 1 % par an ; pour 30 % des établissements, elle a été comprise entre 1 % et 2,5 % ; pour 24 % des établissements, elle a été comprise entre 2,5 % et 4 % ; pour

TABLEAU 1 • Dénombrement des structures d'urgences hospitalières en fonction du statut des établissements de santé, du type d'autorisation, du nombre de passages quotidiens

Établissements		Urgences	Passages quotidiens				
			<40	40-80	80-120	>120	
Publics	494	Générales	479	116	179	109	75
		Pédiatriques	106	43	48	11	4
Privés à but non lucratif	41	Générales	41	12	23	6	
		Pédiatriques	4	1	3		
Privés à but lucratif	120	Générales	119	37	72	8	2
		Pédiatriques	1				1

Note • Les sites géographiques des établissements sont pris en considération; certains sites disposent d'un accueil pédiatrique distinct de celui des urgences générales.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitement DREES.

1. Données issues de la SAE, France, y compris DOM dont Mayotte : ensemble de l'activité déclarée par les établissements de santé, bordereau Q13, année 2011. Le champ retenu ici est légèrement différent de la fiche sur la médecine d'urgence (*cf. infra*), elle aussi fondée sur le bordereau Q13 de la SAE 2011 : il inclut Mayotte et quelques établissements qui n'ont pas signalé avoir d'autorisation pour une activité d'urgence dans le bordereau Q13 en 2011 alors qu'ils l'ont fait pour les autres années.

2. Données issues de la SAE des années 2001 à 2011, France y compris DOM : les données du bordereau Q13 transmises pour ces années par chaque établissement sont rassemblées en une série chronologique ; pour reconstituer ces séries chronologiques, il a été tenu compte de la modification éventuelle de l'identifiant de l'établissement (n° FINESS) survenant en cas de déplacement ou de regroupement d'activités.

TABLEAU 2 • Dénombrement des structures d'urgences hospitalières dans les régions de France

Région	Établissements avec activité déclarée			Types d'accueil		Nombre d'accueils par département	
	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Général	Pédiatrique	Min	Max
Île-de-France	61	7	27	92	33	10	16
Rhône-Alpes	47	5	17	68	3	4	17
Provence Alpes du Sud	38	5	9	50	9	3	19
Midi-Pyrénées	27	1	9	36	1	2	10
Aquitaine	21	4	9	34	3	3	14
Nord-Pas-de-Calais	24	6	3	32	9	11	22
Bretagne	27	1	3	31	5	5	12
Pays de la Loire	22	0	5	27	3	4	7
Centre-Val de Loire	23	0	3	25	4	3	6
Languedoc-Roussillon	12	2	12	26	2	1	11
Picardie	20	0	3	23	8	7	8
Basse-Normandie	20	1	2	23	1	6	10
Lorraine-Vosges	19	2	2	22	5	2	8
Poitou-Charentes	21	0	2	23	4	5	8
Bourgogne	19	1	2	22	3	4	6
Haute-Normandie	15	0	5	20	2	8	12
Alsace	13	4	1	16	4	9	9
Champagne-Ardenne	14	0	2	15	1	2	7
Auvergne	14	0	2	15	1	2	7
Franche-Comté	11	0	0	10	1	1	4
Limousin	8	1	1	9	1	2	5
Guadeloupe	5	0	0	5	2	5	5
Océan Indien	5	0	0	5	3	1	4
Martinique	4	0	0	4	2	4	4
Corse	2	0	1	3	0	1	2
Guyane	2	1	0	3	1	3	3

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2011, traitement DREES.

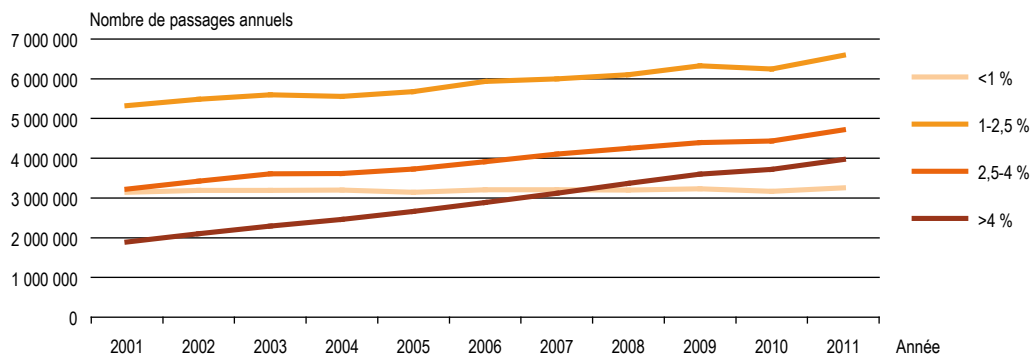
23 % des établissements, elle a été supérieure à 4 % (graphique 1). Selon le statut des établissements et la région, la distribution des profils d'évolution est différente (tableau 3) : les établissements privés à but lucratif ont pour 43 % d'entre eux une évolution annuelle de l'activité supérieure à 4 % ; cette proportion est de 17 % pour les établissements publics et de 32 % pour les établissements privés à but non lucratif. En France métropolitaine, la région Centre a la plus forte proportion (41 %) d'établissements présentant une évolution annuelle d'activité de plus de 4 %, suivie de la région Languedoc-Roussillon (38 %). Les régions Alsace et Franche-Comté ont les plus fortes proportions d'éta-

blissements présentant une évolution annuelle de l'activité inférieure à 1 % (respectivement 74 % et 54 %) ; dans les départements d'outre-mer, la quasi-totalité des établissements voient l'évolution de leur activité d'accueil et de traitement des urgences augmenter de plus de 2,5 % et plus par an en moyenne. Le nombre d'habitants dans un périmètre de 7,5 kilomètres autour de chaque établissement, pouvant refléter la densité urbaine de leur implantation, ne semble pas lié au profil d'évolution d'activité : pour chaque profil, la valeur médiane est proche de 70 000 habitants.

En 2011, 11,6 millions de personnes³ ont été prises en charge aux urgences, dont le quart l'a été plus d'une

3. Données issues des bases de données nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des années 2009 à 2011 : fichiers des résumés de sortie anonymes, des résumés standardisés de facturation anonymes, de chaînage ; le nombre de patients est déterminé comme le nombre de clés de chaînage anonyme distinctes et correspondant à un passage aux urgences (code prestation ATU ou mode d'entrée et de provenance 85 ou encore admission en UHCD [code autorisation d'unité médicale 07]) ; le chaînage PMSI permet, via un positionnement relatif non significatif, de déterminer le délai entre les prises en charge. Le recueil de l'ensemble de l'activité des urgences dans les fichiers PMSI a été institué à compter de 2007 ; en 2008, les données restent incomplètes ; sur la période 2009-2011, ces données deviennent exhaustives, ce qui explique une plus forte augmentation du nombre de passages selon le PMSI qu'observé au moyen de la SAE.

GRAPHIQUE 1 • Nombre de passages annuels cumulés selon 4 catégories 2001-2011



Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

Sources • DREES, SAE 2001-2011, traitement DREES.

TABLEAU 3 • Caractéristiques des établissements de santé selon leur profil d'évolution de l'activité d'accueil et de traitement des urgences sur la période 2001 à 2011

	Évolution annuelle moyenne de l'activité sur la période 2001-2011			
	<1 %	Entre 1 % et 2,5 %	Entre 2,5 % et 4 %	>4 %
Nombre d'établissements	158	209	164	161
Publics	117	177	130	88
Privés à but non lucratif	13	10	7	14
Privés à but lucratif	28	22	27	59
Nombre d'ouvertures	15	10	11	32
Nombre de fermetures	6	0	1	9
Nombre de réorganisation des établissements	24	37	21	19
Population dans un périmètre de 7,5 km, médiane	71 690	76 181	62 556	68 053
Distribution par région				
Île-de-France	23	46	19	12
Rhône-Alpes	22	19	16	13
Provence Alpes du Sud	9	26	8	11
Nord-Pas-de-Calais	5	7	17	13
Midi-Pyrénées	7	12	11	8
Aquitaine	7	10	12	6
Bretagne	5	12	8	7
Centre-Val de Loire	6	6	5	12
Languedoc-Roussillon	3	5	9	11
Basse-Normandie	7	7	5	8
Pays de la Loire	4	6	8	9
Bourgogne	9	4	3	8
Picardie	2	3	12	6
Lorraine-Vosges	7	6	7	3
Poitou-Charentes	4	8	3	8
Haute-Normandie	5	7	6	3
Alsace	14	1	1	3
Champagne-Ardenne	5	6	3	2
Auvergne	2	7	4	3
Franche-Comté	7	5	1	0
Limousin	4	2	1	4
Guadeloupe	1	0	2	3
Corse	0	2	0	2
Martinique	0	0	2	2
Océan Indien	0	2	1	1
Guyane	0	0	0	3

Note • Tous les établissements ayant déclaré une activité au moins deux années consécutives sur la période 2001-2011 ont été pris en considération

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

Sources • DREES, SAE 2001-2011, traitement DREES.

fois dans l'année. Dans ce cas, le délai médian entre deux prises en charge est de 40 jours (tableau 4). La distance médiane entre le lieu de résidence⁴ et le lieu de prise en charge aux urgences est de 7,4 kilomètres et stable sur la période 2009-2011.

Les fichiers PMSI permettent également de dénombrer les hospitalisations depuis le domicile comportant des codes diagnostics de pathologies nécessitant une prise en charge dans les meilleurs délais, qu'elles s'accompagnent ou non d'un passage aux urgences. Certaines d'entre elles sont présentées en tableau 5 : infarctus aigu du myocarde, fracture du fémur, gastro-entérite

aiguë infectieuse chez l'enfant, bronchiolite du nourrisson, accident vasculaire cérébral ischémique. Les taux de passages aux urgences sont de 53 % pour l'infarctus du myocarde et supérieurs à 75 % pour les autres pathologies.

L'ensemble de ces informations montrent l'importance des structures des urgences au sein des établissements de santé. Un nombre croissant de patients est hospitalisé depuis les urgences (3,6 millions en 2004, 4,7 millions en 2011 [SAE]) ; le nombre de séjours non ambulatoires semble stable selon les données PMSI (Mouquet et Oberlin, 2012).

TABLEAU 4 ● Données relatives à l'activité des urgences issues des fichiers PMSI transmis par les établissements

	2009	2010	2011
Nombre d'établissements	578	587	584
Publics	416	419	414
Privés à but non lucratif	35	35	35
Privés à but lucratif	127	133	135
Nombre de passages aux urgences	16 064 851	16 780 220	18 031 004
<i>dont avec hospitalisation au décours, en %</i>	22,6	22,3	22,2
Distance médiane entre le domicile et le lieu de prise en charge, en km	7,3	7,4	7,4
Passages avec informations de chaînage sans erreur détectée, en %	90,5	90,5	91,3
Nombre de patients	10 425 092	10 836 110	11 578 305
<i>dont avec plus d'un passage dans l'année, en %</i>	24,7	25,0	25,9
Délai médian entre deux passages dans l'année, en jours	40	40	40

Note • La distance est déterminée à partir des codes géographiques du PMSI et selon une méthode « à vol d'oiseau ».

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI MCO 2008-2011, traitement DREES.

TABLEAU 5 ● Caractéristiques de séjours hospitaliers de court séjour en 2011 comportant un code diagnostic de pathologies relevant de prise en charge thérapeutique dans les meilleurs délais

	Nombre de séjours	Âge moyen, en années	Distance médiane depuis le domicile, en km	Passages aux urgences	Durée moyenne de séjour, en jours	Séjours avec transfert	Séjours avec décès	Nombre d'établissements	Nombre d'établissements avec plus de 20 séjours/an
Infarctus aigu du myocarde (I21.-)	76 723	68,2	12,7	40 696	7,2	20 829	7 458	912	453
Fracture du fémur (S72.-)	104 445	76,3	9,3	82 068	11,7	47 375	4 348	1 152	618
Gastro-entérite aiguë infectieuse (A09.-)	36 894	2,5	8,3	31 144	2,1	397	15	439	222
Bronchiolite (J20.-, J21.-)	61 795	0,8	8,3	50 276	3,7	1 737	40	410	275
Accident vasculaire cérébral ischémique (I63.-)	90 548	73,4	10,9	68 096	11,8	21 453	9 640	935	423

Note • Sont pris en compte les séjours avec un mode d'entrée « depuis le domicile ». Les établissements publics comptent pour un, qu'ils disposent ou non de plusieurs sites.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI MCO 2011, traitement DREES.

4. La distance est calculée comme étant celle entre le centre du code géographique PMSI du lieu de résidence et celui de l'établissement de prise en charge (un code géographique PMSI correspondant aux codes postaux, sauf dans les zones peu peuplées pour lesquelles un code géographique PMSI correspond à plusieurs codes postaux).

Une description des patients ayant recours aux urgences hospitalières : l'apport de l'enquête nationale de 2002

La DREES a réalisé, au cours de la deuxième semaine de janvier 2002, une enquête nationale auprès d'un échantillon représentatif de 10 195 patients s'étant présentés dans l'un des 150 services d'urgences, tirés au sort en France métropolitaine, visant à décrire leurs motifs et trajectoire de recours, leurs caractéristiques médicales et de prise en charge. Le contexte de cette première enquête est un recours croissant et soutenu des patients aux urgences hospitalières (Baubeau *et al.*, 2000)⁵, ce phénomène gagnant en ampleur et nécessitant d'être étudié de plus près à l'échelle nationale, notamment suite à des monographies ayant eu pour objet les motivations des patients dans le recours aux urgences. Parallèlement, des efforts tendant à l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences ont été engagés.

Les résultats de cette enquête (Carrasco et Baubeau, 2003) ont apporté une première description statistique de l'activité d'accueil et de prise en charge dans les services des urgences au niveau national :

- une forte proportion de patients jeunes (25 % de moins de 25 ans, 18 % entre 16 et 24 ans), avec un taux de recours particulièrement élevé pour la classe d'âge des moins de un an, et dans une moindre mesure, pour celle des 80 ans ou plus ;
- une venue principalement le jour (79 % entre 8 heures et 20 heures) sans nette majoration le week-end ;
- des patients qui se présentent pour la plupart sans avis médical préalable (70 %) ;
- les patients jeunes comme âgés sont accompagnés (90 % pour les moins de 15 ans, 50 % pour les plus de 70 ans) ;
- des pathologies réparties en somatiques (48 %), traumatiques (48 %), psychiatriques (2,5 %), combinées (1,5 %), la pathologie étant jugée comme pouvant encore s'aggraver pour 14 % des patients de plus de 6 ans, exclusion faite de la psychiatrie ;
- trois quarts des patients ont bénéficié de gestes thérapeutiques (dont réanimation pour 0,5 %, mais aussi pansements, sutures, immobilisation, aéro-sols), d'examen complémentaires (biologie, imagerie) ou d'une consultation spécialisée.

In fine, 19 % des patients ont été hospitalisés (91 % en médecine, chirurgie, obstétrique, 6 % en psychiatrie, 2 % en soins de suite, 1 % en long séjour), dont 85 % dans le même établissement. Le délai moyen de transfert a été de 163 minutes à compter de la décision d'hospitalisation.

Cinq grands groupes d'usagers des urgences, correspondant aux différents âges de la vie, ont pu être identifiés :

- des nourrissons, amenés par leur parent en fin d'après-midi ou en soirée pour un problème somatique et retournant très fréquemment à domicile après une consultation sans examen complémentaire ;
- des enfants, venant plus fréquemment pour de la traumatologie (avec prédominance masculine) dans la journée et pour lesquels des actes de radiologie, d'immobilisation, de suture sont réalisés avant un retour à domicile ;
- des jeunes avec un profil similaire aux enfants auquel viennent s'ajouter des problèmes de psychiatrie et de violence ;
- des adultes, pour lesquels la fréquence de la traumatologie diminue avec l'âge alors que les pathologies somatiques, notamment cardio-vasculaires, augmentent ;
- des patients âgés de 70 ans ou plus, plus fréquemment adressés par un médecin, arrivant le matin dans un état jugé susceptible de s'aggraver et hospitalisés pour moitié.

Ces éléments donnent une première image globale de la diversité des situations prises en charge par les services d'urgences des établissements de santé en France. Ils montrent que des situations médicales graves, comme par exemple la méningite, si elles sont peu fréquentes, peuvent survenir à tout âge, tout comme des situations nécessitant une prise en charge complexe dans les meilleurs délais au risque de séquelles, la section d'un doigt par exemple.

Deux semaines après leur passage, 3 000 de ces patients, tirés au sort parmi ceux qui n'avaient pas été hospitalisés, ont été interrogés par téléphone sur la genèse de leur recours (Carrasco et Baubeau, 2003)⁶. Cette interrogation a permis d'identifier des situations types :

- des patients qui ne décident pas eux-mêmes mais sont emmenés, sans examen par un médecin, aux

5. Voir aussi le graphique de la fiche relative à la médecine d'urgence, donnant l'évolution du nombre de passages aux urgences à compter de 1996.

6. Cette interrogation ayant porté sur un sous-ensemble des patients ayant pu être joints à domicile, il est possible que certaines situations types n'aient pu être identifiées, comme par exemple les personnes âgées en établissement.

urgences, dans les suites immédiates d'un accident, d'un malaise, d'un symptôme apparaissant subit et péjoratif, que ce soit par les parents pour les jeunes enfants ou par les premiers secours pour les adultes, notamment les personnes âgées ;

- des patients victimes d'un accident corporel dont ils jugent les conséquences comme pouvant nécessiter une prise en charge chirurgicale sans délai, se rendant donc, sans prendre un avis médical, directement aux urgences pour recevoir des soins ;
- des patients ayant consulté un médecin (y compris *via* un appel au SAMU⁷), plus fréquemment pour un symptôme que pour les suites d'une blessure, qui se voient recommander la poursuite de la prise en charge aux urgences ;
- des patients consultant directement aux urgences pour des symptômes, notamment une gêne, récents

et ressentis comme sévères, ou encore dans les suites d'une agression ;

- des patients, principalement les nourrissons, ayant un traitement en cours mais sans amélioration notable.

À l'issue de cette enquête et de celle de 2004 sur les recours urgents ou non programmés à des médecins généralistes libéraux (encadré 1), on peut retenir que les services d'urgences des établissements de santé prennent en charge une grande diversité de situations médicales, des plus simples aux plus complexes, avec toutefois, par comparaison aux recours en cabinet de ville, une forte proportion de traumatologie et de cas nécessitant une hospitalisation sans délai, et réalisent sur place les premiers soins et examens complémentaires. Si une majorité de patients viennent d'eux-mêmes ou sont conduits par leur entourage inquiets d'un événement de santé apprécié comme pouvant

ENCADRÉ 1 • Enquête en 2004 sur les recours urgents ou non programmés à des médecins généralistes libéraux

Afin de positionner l'activité des services d'urgences dans la prise en charge des soins non programmés, une seconde enquête nationale a été conduite par la DREES, la troisième semaine d'octobre 2004 (Gouyon et Labarthe, 2006), auprès de 1 300 médecins généralistes installés en ville et 90 médecins libéraux d'associations organisant des visites à domicile sans rendez-vous (qui réaliseront 13 % du volume). Plus de 17 000 patients ont été vus dans un contexte d'urgence, soit 12 % de l'activité de ces médecins (88 % de l'activité de ces médecins est donc hors contexte d'urgence). Ce contexte correspond à la demande des patients de voir un médecin dans la journée (75 %) ou à la qualification par les médecins (25 %) eu égard à l'état clinique des patients. Le profil de densité horaire est similaire à ce qui est observé pour les urgences hospitalières : pics en début de matinée et début d'après-midi, avec cependant une moindre activité entre 20 heures et 8 heures et le week-end. Comme pour les urgences hospitalières, il y a une forte proportion de patients jeunes : 29 % âgés de moins de 25 ans, 26 % âgés de 25 à 45 ans. La distribution des motifs de recours est en revanche différente de ce qui est observé aux urgences hospitalières : affections aiguës somatiques plus fréquentes (63 %, dont un tiers pour une affection en cours de traitement, souvent par automédication, sans amélioration), affections aiguës traumatiques moins fréquentes (10 %), affection chronique déstabilisée (10 %), troubles psychiques (7 %), renouvellement d'ordonnance (7 %), autres (3 %) [certificat, etc.]. Un syndrome douloureux est noté dans 40 % des cas, un pronostic vital engagé dans 1,2 %, le décès constaté lors de la visite dans 0,2 %. Des premiers soins (injection médicamenteuse, pansement) ont été faits dans 9 % des cas, des médicaments, renouvellements non compris, prescrits dans 80 % des cas, des examens complémentaires dans 20 %, une hospitalisation dans 5 % et une nouvelle consultation recommandée dans 34 % des cas. La durée moyenne de la consultation a été de 18 minutes¹. Le recours a été considéré par le médecin comme justifié dans 90 % des cas. Un quart des patients ont été interrogés par téléphone au décours : l'appréciation par les patients de la gravité réelle, *i.e.* de la nécessité de soins sans délai au risque de séquelles, ne s'avère en fait pas bonne, les attentes vis-à-vis des possibilités médicales étant nécessairement fortes de la part des patients dans ce contexte (Collet et Gouyon, 2007).

1. Une durée moyenne de consultation de 16 minutes est issue d'une enquête en 2002 auprès de 992 médecins généralistes (DREES, *Études et Résultats*, n°481, avril 2006).

7. Voir la fiche relative à la médecine d'urgence, pour des éléments sur le SAMU.

nécessiter un traitement immédiat, un quart d'entre eux ont consulté un médecin qui a alors jugé nécessaire la prise en charge par un service d'urgences hospitalières, ce sans délai ; un quart des patients non hospitalisés se sont présentés aux urgences après un avis médical.

L'organisation des services d'urgences a connu d'importantes transformations depuis l'enquête de 2002

La structuration des services d'urgences s'est faite progressivement, depuis un point d'accueil sans présence médicale permanente, encore moins dédiée, mais où les médecins de l'établissement hospitalier pouvaient examiner des patients se présentant d'eux-mêmes pour des soins, ou adressés par un médecin avec transport en ambulance pour une hospitalisation, ou encore amenés depuis la voie publique par police secours (encadré 2).

Sur la dernière décennie, les structures d'urgences ont été renforcées, notamment pour ce qui concerne les effectifs médicaux et soignants, dans le cadre du plan urgences 2004-2008, et leur fonctionnement réformé (décrets 2006-576 et 577) : il existe désormais un seul type d'accueil et de traitement des urgences, non plus trois (service d'accueil et de traitement des urgences [SAU], pôle spécialisé [POSU], unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences [UPATOU] – encadré 2), et les structures des urgences s'inscrivent comme l'une des modalités de la médecine d'urgence, aux côtés de l'aide médicale et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)⁸. Une répartition mutualisée du personnel entre les différentes activités de médecine d'urgence, de façon à améliorer le fonctionnement par décloisonnement, peut prendre appui sur les décrets de 2006. D'autres réformes, plus générales, ont modifié l'organisation des établissements de santé, en particulier publics, avec répercussion sur les structures des urgences :

- La réforme de la durée légale du temps de travail, avec pour les médecins des établissements publics intégration des gardes de nuit, du samedi après-midi, des dimanches et jours fériés dans le temps de travail, limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures, institution d'un repos quotidien dit « de

sécurité », possibilité d'effectuer un travail au-delà des dix demi-journées de service contre rétribution ou abondement d'un compte-épargne temps. Pour les urgences, comme les activités d'anesthésie, de réanimation, de néonatalogie, d'obstétrique, la permanence médicale, *i.e.* au-delà du service quotidien de jour, peut être organisée en temps continu et non en demi-journée. Ces prescriptions nécessitent un aménagement complet de l'organisation du travail, voire des recrutements.

- La réforme du financement des établissements publics de santé comme de ceux du secteur privé participant au service public hospitalier fait passer d'un régime de dotation globale à un régime fondé sur des forfaits de prise en charge pour chaque hospitalisation dite « tarification à l'activité », instaurée en 2005 avec transition graduelle jusqu'en 2008. Dès lors, les dépenses de fonctionnement des établissements doivent être équilibrées avec des recettes générées par les forfaits de séjours hospitaliers, une des possibilités étant de programmer au mieux les admissions.
- La loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (dite « loi HPST ») prévoit, dans ses dispositions, de nouveaux modes de coopérations sanitaires entre établissements de santé, notamment les communautés hospitalières de territoires et les groupements de coopérations sanitaires, qui peuvent servir ainsi de support à la mutualisation des moyens au-delà de chaque établissement. Par ailleurs, cette loi prévoit une organisation des établissements publics de santé en pôles, auxquels sont attribués des moyens et qui génèrent des recettes liées à leur activité. Pour les structures des urgences en cas de passage avec hospitalisation immédiate, l'activité et les recettes associées sont partagées avec les services de l'établissement.

Des mesures ont aussi été prises pour faciliter et simplifier le recours non programmé des patients à un médecin installé en ville :

- développement de la régulation médicale libérale, avec mise en œuvre d'un numéro de téléphone unique au niveau départemental recouvrant l'ensemble des secteurs de permanence de soins (le 15) ;

8. Les activités de SAMU et de SMUR ont été définies par la loi du 6 janvier 1986 et un ensemble de décrets dont celui en 2010 relatif à la télé-médecine, la régulation médicale du SAMU étant dès lors une téléconsultation – voir la fiche relative à la médecine d'urgence. Le SAMU est un service téléphonique gratuit permettant d'obtenir un avis médical sur une situation ; l'avis donné par un médecin régulateur résulte soit en des conseils, soit en l'envoi sur les lieux de personnel soignant (médecin de garde, SMUR notamment). Le SMUR est une ambulance équipée de matériel de réanimation et pourvue d'une équipe médicale en mesure de le mettre en œuvre.

ENCADRÉ 2 ● Structure des urgences : émergence, individualisation au sein des établissements de santé

Avant l'individualisation des services d'urgence décrite ci-dessous, les médecins aux urgences étaient des internes de médecine ou de chirurgie effectuant un semestre dans un service clinique de l'établissement, de garde à tour de rôle pour les urgences. Ils pouvaient, si l'état clinique des patients le nécessitait, prendre un avis auprès de spécialistes présents dans l'établissement, ou par téléphone avec des praticiens à l'extérieur de celui-ci. Si ces points d'accueil étaient dotés de box de consultations et de la possibilité de faire circuler des brancards, en pratique, l'équipement en matériel médical, l'organisation interne et l'articulation avec les services mais aussi l'accessibilité étaient laissés à la libre appréciation de chaque établissement. Ce point d'accueil n'était toutefois pas assimilable à la fonction de dispensaire, la question, outre les premiers soins, étant celle d'une éventuelle hospitalisation immédiate si la poursuite de la prise en charge n'était pas jugée possible en ambulatoire. Aux côtés de ce point d'accueil, un accès direct dans les services des établissements pouvait se faire sur un mode non programmé, contact ayant été rapidement pris au préalable avec l'équipe médicale, étant entendu qu'une part de l'activité dans les centres hospitaliers est de ce type, la fonction d'accueil leur étant inhérente.

L'organisation au sein des établissements de santé de l'activité d'accueil et de traitement des urgences est précisée une première fois par le décret 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour la prise en charge des patients : un service dédié, une présence 24 heures sur 24 d'un médecin formé à l'urgence comme d'infirmiers diplômés d'État, des locaux permettant notamment des premiers soins dont ceux dits de « déchocage », un accès sans délai à de l'imagerie comme à des analyses médicales, à un bloc opératoire, aux spécialistes des autres services cliniques, si nécessaire à d'autres spécialistes dont les pédiatres ; les établissements de santé qui disposaient d'un service des urgences ont eu une période de cinq années pour se mettre en conformité et conserver l'autorisation pour cette activité. La publication de ce décret avait été précédée de celle d'autres documents, dans un mouvement pour faire émerger et structurer cette activité hospitalière. Un guide relatif à l'amélioration de l'accueil des urgences avait été publié par voie de circulaire en 1991. La présence permanente d'un médecin expérimenté avait été recommandée dans un rapport au Conseil économique et social en 1989 (Steg, 1989) avec pour objet de garantir une prise en charge de qualité dans un contexte de recours croissant aux urgences ; des recommandations sur le fonctionnement des urgences ont fait l'objet d'un rapport ultérieur en 1994 (Steg, 1994). Une formation spécifique à la médecine d'urgence existait depuis 1986, le diplôme étant reconnu par l'ordre des médecins, et complétait alors l'éventail des spécialistes de l'urgence : chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs. Une société savante, dont l'objet est le développement et la diffusion de connaissances nouvelles utiles pour l'amélioration de la pratique de la médecine d'urgence, se constitue progressivement. L'individualisation de la médecine polyvalente d'urgence sera consacrée par une inscription au concours national de praticien hospitalier à compter de 1995 (suite au décret). Le décret 1997-616, modifiant celui de 1995, prescrivait la possibilité de recourir à l'avis d'un psychiatre sans délai.

En 2002, il y avait 616 sites d'urgence autorisés, se répartissant en 208 services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), 34 pôles spécialisés (POSU), 374 unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). Les SAU accueillent toutes les situations d'urgence médicale ; ils sont situés dans des établissements disposant de services de réanimation, de médecine interne, de cardiologie, de pédiatrie, de chirurgie orthopédique, viscérale et gynécologique. Les POSU ne prennent en charge qu'un type particulier de pathologie. Les UPATOU, situées dans des établissements disposant au moins d'un service de médecine, accueillent tous les patients et réorientent vers un SAU les patients que leur plateau technique ne peut prendre en charge. Les schémas régionaux d'organisation des soins (loi de 1991 portant réforme hospitalière, décret 97-615) couvrant la période 1999-2004 ont permis le renforcement de la présence de médecins expérimentés dans les services d'urgences, et l'attribution d'autorisation d'activité d'accueil des urgences à des établissements privés à but lucratif. Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001, un financement « à la pathologie » spécifique à cette activité est instauré pour les établissements privés à but lucratif disposant d'une autorisation. Ce financement se fait au moyen de deux forfaits : forfait de prestation d'accueil et de traitement des urgences venant en complément, pour chaque passage, des actes facturables en médecine ambulatoire ; forfait annuel en fonction du type et de l'importance du service d'urgences. Ces forfaits ne dépendent pas du profil des pathologies prises en charge, le recueil de données d'activité en juin 2002 ayant montré une similarité des profils entre établissements.

- augmentation de l'attractivité de la participation à la permanence des soins ambulatoires (soit de 20 heures à 8 heures les jours ouvrables, les dimanches et les jours fériés dans leur intégralité) par revalorisation de cette activité qui devient une mission de service public, volontaire et régulée, sous l'égide des agences régionales de santé et des conseils départementaux de l'ordre des médecins ;
- ouverture de maisons médicales de garde, qui sont des lieux de consultation de médecine générale ouverts aux heures de permanence des soins et à l'attention des soins non programmés ; des moyens sont alloués pour leur fonctionnement, les médecins libéraux y interviennent sur un mode volontaire ; l'accès est régulé par téléphone (circulaire de 2007).

L'individualisation des services des urgences avec notamment des équipes médicales dédiées, dans le but de renforcer la qualité des prises en charge, ne les rend pas autonomes pour autant. Ces services sont en effet en relation quotidienne avec le plateau technique et les services d'hospitalisation de l'établissement pour la majorité des patients qu'ils prennent en charge. La médecine d'urgence recouvre des situations pathologiques très diverses, pouvant affecter tous les organes. Lors de prises en charge complexes, de nombreux spécialistes interviennent, chacun dans son domaine de compétences. En contrepoint, la loi, en 2002 et 2005, en prévoyant notamment que les patients soient destinataires des informations les concernant et puissent refuser des soins, a prévu le dialogue avec les professionnels de santé.

Une enquête qualitative : principaux résultats d'une série de 110 entretiens de professionnels des urgences en 2012

Depuis l'enquête nationale sur les urgences hospitalières de 2002, l'organisation des établissements de santé, comme celle du premier recours en cabinet de ville, a connu de nombreuses modifications, présentées ci-dessus, qui justifiaient une réédition de l'enquête. Pour la préparer, cinq monographies de territoires centrées sur l'accueil et le traitement des urgences dans les établissements de santé ont été réalisées à la demande de la DREES. Ces territoires ont été choisis pour présenter des caractéristiques aussi diverses que possible : un ou plusieurs services d'urgences, présence ou non d'un service d'urgences privé, densité de médecins généralistes faible ou forte, zone urbaine ou rurale. Les monographies ont, *in fine*, été réalisées

dans le département de la Lozère, les arrondissements (au sens des divisions administratives utilisées par l'INSEE) de Montluçon dans l'Allier, de Limoges en Haute-Vienne, d'Avignon dans le Vaucluse, ainsi que dans les arrondissements est de Lyon (3^e et 8^e). Ont été interrogés, lors de visites sur place, les directeurs d'établissements, des médecins (présidents de commission médicale d'établissement, responsables des urgences, hospitaliers en relation fréquente avec les urgences, conseillers à l'ordre des médecins, libéraux installés en cabinet), les cadres de soins aux urgences, les cadres administratifs de pôle, le personnel des agences régionales de santé en charge de l'organisation de la permanence des soins, soit un ensemble de 111 entretiens. Les thèmes abordés recouvrent l'organisation du service des urgences, l'articulation avec les autres services de l'établissement, les caractéristiques des patients pris en charge, les difficultés éventuelles rencontrées, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, du SAMU, du SMUR, les informations que pourrait apporter une nouvelle enquête nationale sur les urgences.

Les avis ainsi recueillis (Cash *et al.*, 2013) semblent converger sur le fait qu'une partie des patients ayant recours aux urgences auraient pu également consulter un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet libéral en ville, s'ils avaient pu obtenir un rendez-vous rapidement, *i.e.* dans la journée ou le lendemain. Or, obtenir un tel rendez-vous semble souvent difficile, bien que la qualité de l'organisation des médecins libéraux entre eux soit un atout appréciable, tout comme l'unicité d'un numéro d'appel pour accéder à la permanence des soins connue par la population. Pour ce qui concerne les enfants, dans deux des cinq territoires, l'absence ou la quasi-absence de pédiatres installés en cabinet de ville est signalée. En filigrane, si la mission des urgences est bien la prise en charge de tous ceux qui s'y présentent, idéalement, la proportion de patients nécessitant des soins immédiats (par exemple la traumatologie) devrait être aussi forte que possible. L'articulation avec les maisons médicales de garde, présentes dans les grands centres urbains, n'est pas immédiate, même si elles sont vues comme améliorant le bien-être de la population, avec un questionnement sur la responsabilité médicale des prises en charge (risque lié à la perte de chance en cas d'orientation initiale non optimale), voire, dans le cadre de la tarification à l'activité, sur une concurrence pour les recettes.

Les personnes âgées dépendantes adressées aux urgences semblent, dans les avis exprimés, souvent

relever d'un manque d'anticipation, voire de projet de soins, ce qui est attribué à une très faible densité médicale dans les structures médico-sociales ; des similitudes existent avec les patients ayant une maladie chronique en fin de vie. Les difficultés d'aval des urgences sont rapportées pour les centres hospitaliers de taille importante, pour lesquels une faible disponibilité de lits est rapprochée de leur utilisation principalement pour de l'activité programmée. Dans les établissements de santé de plus petite taille, au sein d'un plus petit bassin de population, l'hospitalisation des personnes âgées depuis les urgences a pu être organisée de façon plus fluide.

L'effet de spécificités locales sur l'organisation de la prise en charge est mentionné : difficulté d'accès routier dans les régions montagneuses, augmentation de l'activité associée à des événements (festival), questions de santé spécifiques aux migrants dans les grands centres urbains, prise en charge de la précarité par les permanences d'accès aux soins de santé situées dans les locaux des urgences ; violence signalée dans un établissement.

De nombreux établissements signalent des difficultés pour le recrutement et la stabilisation du personnel médical des structures des urgences, gage de qualité. La mutualisation du personnel avec le SAMU ou le SMUR semble rendre les postes plus attractifs. De même, pour les centres hospitaliers de très petite taille en zone rurale, la constitution d'une fédération avec d'autres centres permet de constituer des équipes médicales de taille suffisante pour assurer un fonctionnement plus solide. À défaut, il est souvent fait recours à du personnel intérimaire apparemment bien mieux rétribué et qui par essence ne peut développer le fonctionnement des urgences avec les autres services de l'établissement.

Depuis la mise en œuvre des pôles dans les établissements publics de santé suite à la loi HPST, certains ont développé une comptabilité analytique par pôle, ce qui nécessite, notamment s'il y a un SAMU ou un SMUR, la prise en compte des différents types de recettes (dont les MIGAC⁹). L'analyse du résultat dépendra aussi de la composition des autres activités du pôle comprenant la structure des urgences ; sous ces réserves, l'activité des urgences semble ne pas être déficitaire. Pour les établissements privés interrogés dans le cadre de ces monographies, l'activité des services des urgences est

comprise comme partie intégrante de celle de l'établissement, car ils sont le point de départ d'une partie de l'activité des services, même s'il est fait reproche aux SAMU d'adresser préférentiellement les patients aux établissements publics.

Ainsi, la diversité des situations des établissements, tant de leurs caractéristiques propres (taille, statut) que de leur environnement (géographie, densité et organisation médicale libérale), semble avoir un impact sur l'activité, l'organisation et le fonctionnement de leurs structures des urgences. Cette étude préalable concluait à l'intérêt d'une enquête auprès de patients pris en charge dans les structures des urgences, afin de quantifier et mettre en relation certains points replacés dans leur contexte, dont la genèse du recours et les difficultés rencontrées.

Les urgences aujourd'hui : apports et contour d'une nouvelle enquête nationale

Dans ce qui précède, il a été tenté de préciser, au moyen des informations disponibles, textes et données quantitatives, la situation en 2013 des structures des urgences des établissements de santé et des patients qui y sont pris en charge. Dans ces structures sont pris en charge sans rendez-vous des patients de tout âge, relevant d'une consultation et de premiers soins mais aussi, dans un cas sur cinq, d'une prise en charge hospitalière pouvant comporter, le cas échéant, la réalisation sans délai d'un acte chirurgical ou encore de soins intensifs. En outre, sont réalisées des prises en charge psychiatriques et de difficultés sociales. Cette activité des structures d'urgences ressort des enquêtes ponctuelles comme des systèmes d'informations de collecte en routine et correspond à ce qui est attendu pour ces structures, dont le fonctionnement a été progressivement précisé et individualisé ces vingt dernières années. Toutefois, le profil des prises en charge semble avoir évolué depuis l'enquête nationale de janvier 2002, et le premier objectif pour une nouvelle enquête était d'actualiser la description de l'activité des structures d'urgences au moyen d'une collecte systématique et non uniquement par des établissements de santé réalisant un recueil de leur propre initiative. Cette description d'activité doit permettre d'objectiver les missions des structures des urgences.

9. Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation, financées par dotations budgétaires allouées aux établissements de santé.

Deux autres objectifs peuvent être envisagés pour une enquête nationale sur les urgences hospitalières et les patients qui y sont pris en charge : connaître les circonstances de recours et décrire les éventuelles difficultés rencontrées lors de la prise en charge aux urgences. Dans un contexte d'augmentation régulière du recours aux structures des urgences, une description précise de la genèse de la décision d'y recourir doit permettre d'analyser ce phénomène. Cette description doit tenir compte notamment de l'appréciation des patients de leur état face à un événement de santé ou un accident, de l'urgence ressentie, de leur possibilité de recours rapide aux professionnels de santé, mais aussi des circonstances pour les patients qui sont conduits aux urgences. Or, dans les recueils réalisés en routine par les structures des urgences et les dossiers médicaux, la description des circonstances du recours ne figure que de façon fragmentaire (mode d'arrivée et motif au sens symptôme). Ainsi, dans le cadre de l'enquête nationale, un recueil systématique par les équipes des urgences auprès des patients de réponses à une série structurée de questions est effectué (encadré 3). Lors de l'analyse statistique, ces informations pourront en outre être mises en relation

avec les pathologies diagnostiquées, les données démographiques ainsi qu'avec une appréciation quant à la nécessité d'un point de vue médical de recourir aux urgences, de sorte à restituer une dynamique des demandes de soins faites aux structures des urgences.

Des difficultés lors de la prise en charge des patients aux urgences, autres que celles relatives à la mise en œuvre de thérapeutiques complexes et dans une situation non programmée, sont rapportées sur un mode qualitatif : attente prolongée des patients sur un brancard, difficulté à identifier un lit d'hospitalisation pour faire admettre un patient, ponctuellement expression de la violence. Là aussi, tant dans les dossiers médicaux que dans les recueils réalisés en routine, ne figurent pas de description systématique, voire structurée, des difficultés rencontrées. L'enquête nationale inclut une série de questions à l'adresse du personnel des urgences permettant, pour chaque patient pris en charge, de mentionner les difficultés rencontrées. Pour cette catégorie d'information, l'analyse statistique doit permettre la description et la mise en relation avec d'autres informations, médicales comme de contexte, les situations des structures pouvant être diverses. ■

ENCADRÉ 3 • Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières du 11 juin 2013

L'enquête qualitative préalable à l'enquête nationale a conduit à recommander que ce recueil d'informations ait lieu un jour donné, sur une période de 24 heures. En effet, les variations de volumes d'activité au cours de la semaine, voire de l'année, et, avec une moindre amplitude, celles du profil des pathologies sont connues depuis une dizaine d'années, permettant ainsi d'envisager si nécessaire des extrapolations. Il était en revanche important que la période de recueil comporte les prises en charge faites de nuit, qui intègrent une contrainte supplémentaire. Le jour d'enquête a été choisi de manière à être, *a priori*, le plus médian possible, en semaine et en dehors des périodes de congés. La situation des structures des urgences n'est pas uniforme, ne serait-ce qu'en termes de volumes d'activité, le nombre de passages quotidiens s'étendant de moins de 30 à plus de 150, ce qui implique une organisation des équipes et des locaux différente. Le rythme d'évolution de cette activité, tout comme une spécialisation de l'accueil de type pédiatrique, peut résulter de situations là aussi différentes, l'isolement de l'établissement de santé ou encore son inclusion dans un maillage urbain dense. Bien d'autres aspects interviennent dans cette diversité des situations : réorganisation hospitalière, coopération avec d'autres structures pour ne citer que celles-ci. Il a ainsi semblé opportun que l'enquête nationale sur les urgences hospitalières concerne l'ensemble des structures des établissements du territoire métropolitain et des départements d'outre-mer autorisés pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences. Par ailleurs, les résultats de l'enquête seront, autant que possible, mis en relation avec des informations de synthèse relatives

au contexte entourant l'activité de chaque structure, d'une part, par un recueil d'informations spécifiques sur leur organisation interne et leur organisation avec les autres services et le plateau technique de l'établissement où elles sont implantées, et d'autre part, par des informations relatives à l'activité de premier recours. Dès lors, la participation des professionnels des urgences à l'élaboration des questionnaires d'enquête et de son organisation pratique est apparue nécessaire, pour proposer une enquête qui puisse être réalisée dans les structures des urgences avec le moins d'ambiguïté et les meilleures qualités métrologiques et informatives possibles, la gestion de l'accueil des patients dans les structures d'urgences sur le mode du flux semblant incompatible avec un échantillonnage éventuel des patients. L'enquête organisée par la DREES s'est donc déroulée du mardi 11 juin 2013 à 8 heures au lendemain mercredi 12 juin à 8 heures et a concerné tous les patients se présentant dans l'un des 738 services d'urgences, générales comme pédiatriques, des établissements de santé autorisés pour cette activité en France métropolitaine comme dans les départements d'outre-mer.

Cette enquête comporte deux volets : l'un concerne les structures elles-mêmes¹, l'autre les patients pris en charge².

Pour son volet patients, l'enquête est réalisée par le personnel médical et soignant de chaque structure d'urgence au moyen d'un questionnaire permettant le recueil formalisé de plusieurs groupes d'informations pour chaque patient :

- des informations recueillies systématiquement lors de la prise en charge aux urgences et figurant dans le dossier médical constitué à cette occasion : caractéristiques démographiques, motif de recours, mode d'arrivée, pathologies diagnostiquées, réalisation d'actes techniques diagnostiques comme thérapeutiques, éléments du projet de soins dont l'hospitalisation immédiate, heures des différents temps de la prise en charge ;
- des informations spécifiques à l'enquête : démarches entreprises avant de se rendre aux urgences, ce qui a emporté la décision de se rendre aux urgences, mode habituel de recours aux soins, difficultés éventuelles rencontrées (temps d'attente sur un brancard, expression de violence, en cas de décision d'hospitalisation délai d'obtention d'une place et nombre d'appels de services pour ce faire, intervention de l'administrateur de garde, etc.) ;
- une appréciation par le médecin du degré d'adéquation du recours au service des urgences.

En complément de cette collecte d'informations sur les patients pris en charge, chaque structure devait renseigner un questionnaire relatif à son organisation (ressources humaines, accès au plateau technique, articulation avec les autres services, etc.) ainsi que le nombre de patients et de soignants présents dans la structure à cinq points horaires le jour de l'enquête (8 heures, 12 heures, 18 heures, 22 heures, 8 heures le lendemain).

La préparation de cette enquête s'est faite en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et la participation de Samu-Urgences de France (SUDF) et de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF), notamment pour ce qui concerne l'élaboration des questionnaires et la définition du schéma général de l'enquête. L'enquête a obtenu le label du Conseil national de l'information statistique³. Un comité de pilotage présidé par la DREES rassemblait des représentants des services de l'administration centrale, des professionnels des urgences (SFMU, CNUH, SUDF, AMUF), des établissements (FHF, FEHAP, FHP) et des agences régionales de santé (ARS).

Le taux de réponse s'élève à 99 % pour les structures et à 95 % pour les patients, soit près de 50 000 questionnaires.

Les résultats de l'enquête seront placés dans un contexte plus large, non seulement à partir d'informations existantes (SAE et PMSI en particulier), mais aussi au moyen d'informations relatives à l'organisation des soins de premier recours, transmises par les ARS⁴, ainsi que d'informations sur l'activité de consultations et de visites des médecins généralistes et pédiatres libéraux (hors cliniques privées) le jour de l'enquête, transmises par l'Assurance maladie. La synthèse de l'ensemble de ces informations avec les données recueillies au moyen de l'enquête nationale doit permettre la réalisation d'une cartographie de l'activité d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé tenant compte de la diversité des organisations dans chaque territoire.

1. Arrêté du 17 avril 2013 relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'enquête nationale sur les structures des urgences des établissements de santé.

2. Délibération n° 2013-132 du 16 mai 2013 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés autorisant la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère des affaires sociales et de la santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité une enquête nationale sur les patients des structures des urgences à un jour donné en 2013.

3. Conseil national de l'information statistique. Avis de conformité du Comité du label relatif à l'enquête nationale sur les patients des structures des urgences hospitalières. Visa n°2013X080SA.

4. Instruction DREES/BES n° 2013-175 du 22 mai 2013 relative à la collecte d'informations sur l'offre de soins de premier recours non programmé, complémentaire à l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières.

ANNEXE ● Un enrichissement progressif des données collectées en routine relatives à l'activité des urgences par les établissements de santé

Les établissements de santé collectent des informations relatives à l'activité de leurs services d'urgences : résumés de passages aux urgences (RPU), bordereau de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), fichiers du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), décomptes pour les serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA). Ces transmissions consolidées en bases de données, si elles ne comportent pas d'informations décrivant la genèse du recours aux urgences ou les difficultés éventuelles rencontrées lors de la prise en charge, donnent des informations quantitatives sur l'évolution de l'activité d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé.

La **collecte des RPU** est une initiative des services des urgences désireux de pouvoir décrire leur activité dans un contexte d'individualisation de celle-ci au sein des établissements de santé. Pour chaque passage aux urgences sont ainsi rassemblées une série d'informations sous forme codée : caractéristiques démographiques, éléments de trajectoire (date, heure et mode d'arrivée comme de sortie, motif de recours), pathologie diagnostiquée, actes médicaux réalisés. Cette collecte, apparue au cours des années 1990, a depuis été mise en œuvre dans un nombre croissant de services d'urgences. Pour disposer d'un outil de connaissance utile au pilotage de l'offre de soins, certaines agences régionales de l'hospitalisation ont financé des équipes, constituées en observatoires régionaux des urgences (ORU), chargées de consolider l'ensemble des RPU (au premier semestre 2013, il existe quatre ORU : Midi-Pyrénées, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Lorraine).

En région Midi-Pyrénées, un tel ORU a été constitué en 2001, qui met à disposition un rapport annuel décrivant les caractéristiques des patients pris en charge aux urgences dans les établissements de la région (ORU-MIP, 2001-2011).

Ainsi, en région Midi-Pyrénées, il est observé, sur la période 2001-2011, une augmentation de la proportion de patients de plus de 70 ans de 13 % à 18 % (tableau 1), une diminution corrélative de la proportion de pathologies traumatiques au profit des pathologies somatiques, la proportion de pathologies psychiatriques étant constante ; la gravité cotée par le score CCMU¹ apparaît stable (pour 19 % des patients, leur état est jugé comme susceptible de s'aggraver), tout comme le taux d'hospitalisation au décours pour un quart des passages ; le temps moyen de passage a augmenté progressivement de 140 à 190 minutes (de 80 à 120 minutes pour le temps de passage médian). La proportion de pathologies traumatiques est légèrement plus importante le samedi et le dimanche, tandis que pour les pathologies psychiatriques et les intoxications, une plus forte proportion est observée le vendredi soir et le samedi ; la part de cas graves est plus importante la nuit.

Au cours de la semaine, la plus forte activité a lieu les samedis et les dimanches et la plus faible les mercredis. Ce phénomène est plus fort que les variations saisonnières, très reproductible d'une année à la suivante (graphique 1), et plus important que les variations de profils de pathologie qui sont par ailleurs moins prédictibles (graphique 2).

La **consolidation au niveau national des RPU** collectés par les établissements volontaires (réseau Oscour, initié en 2004, normalisation du format des RPU en 2006) est organisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans une optique de surveillance syndromique (système Sursaud [Fournet *et al.*, 2011] comprenant aussi les informations des certificats de décès) pour analyser des situations médicales inhabituelles, voire nouvelles, avec afflux de patients (phénomènes climatiques, épidémies, intoxications collectives). En 2012, le réseau Oscour recouvre deux tiers de l'activité d'accueil des urgences. L'arrêté du 24 juillet 2013 rend ce recueil obligatoire ; les RPU devraient pouvoir être utilisés pour décrire l'activité des services d'urgences à compter du second semestre de 2014.

Les établissements de santé sont tenus de transmettre chaque année, depuis 1975, au moyen des **bordereaux de la SAE**, un ensemble d'indicateurs relatifs à leur activité, leurs équipements, leurs moyens en personnel : nombre annuel de passages, proportion de patients immédiatement hospitalisés, de cas relevant de la pédiatrie, personnel affecté aux urgences. Ce recueil est fait par implantation géographique, les établissements de santé avec plusieurs implantations renseignent autant de bordereaux qu'ils disposent de sites avec accueil des urgences. Une synthèse nationale avec des données d'évolution est proposée dans la fiche « La médecine d'urgence » de cet ouvrage. De plus, les données par établissement sont mises à disposition du public *via* Internet (site Internet du ministère de la Santé).

1. Classification clinique des malades aux urgences dont l'objet est de caractériser lors de la première évaluation de chaque patient aux urgences l'importance de la prise en charge que nécessite sa pathologie, depuis la simple consultation jusqu'aux soins de réanimation.

TABLEAU 1 • Synthèse pluriannuelle et multisource d'indices relatifs aux caractéristiques des patients pris en charge aux urgences hospitalières

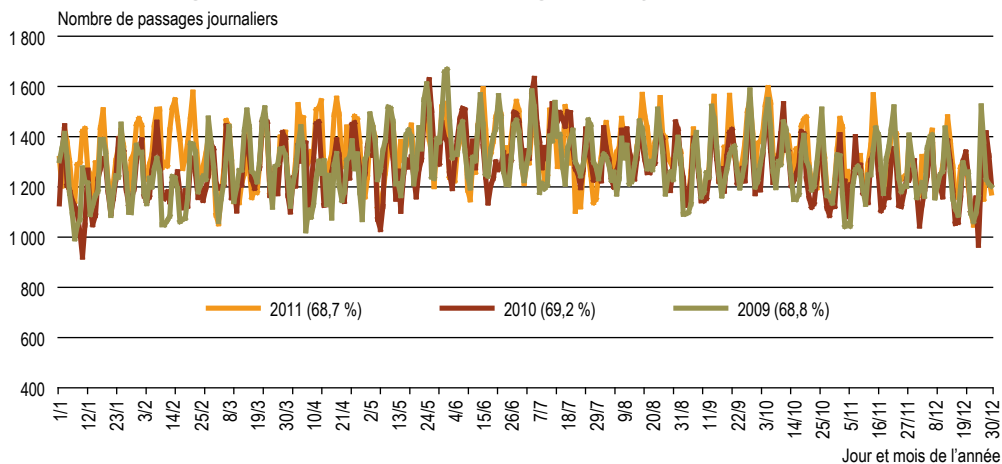
	Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées											Eh- quête DREES	Test du RPU	ORU- PACA 2008- 6/2009	ORU- LIM 2009
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011				
Nombre de passages documentés	450 000	531 109	559 090	562 817	573 834	643 000	640 000	658 338	692 967	676 922	688 236	10 195	165 321	452 905	181 973
Nombre de services	34	36	37	37	37	38	38	38	38	38	37 (1)	150	373	10 → 22	10
Nombre total de passages	-	-	-	-	564 799	-	-	659 078	692 533	676 922	707 405	-	-	776 760	-
Exhaustivité, en %	-	-	-	-	98,1	96	98,4	99,9	99,9	100	97,3	-	-	56,3	-
Défaut global d'exhaustivité de recueil des informations, en %	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,4	11,2	6,9
Diagnostic principal non renseigné, en %	-	-	-	8,4	9,8	8,1	9,6	8,5	11,2	13	12,9	-	7,6	15,3	13,1
Âge moyen	-	-	-	37	38	38	38	39	-	40	39	-	35,7	36,2	40,5
Patients de moins de 16 ans, en %	23	23	23	23	23	22,5	21,3	22,4	22	21,9	23	25	24,0	22,3	25,9
Patients de plus de 70 ans, en %	13,4	13,4	15,2	15,7	16,8	16,8	16,7	17,7	17,7	17,7	18	14	12,8	16,6	17,5
Patients accompagnés, en %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-
Passage de jour (8h-20h), en %	74,3	74,3	74	74	73,5	73,1	72,3	73,3	72,5	72,7	72,1	79	71,8	70,4	74,1
Passage en semaine, en %	69,1	69,1	69,2	69,3	68,6	68,7	68,8	68,6	68,3	69,2	69,4	72	71,7	69,5	71,6
Traumatologie, en %	45	42	44,5	41	43,2	43	42,1	40,9	40	41,5	39,4	48	43,6	32,7	39,4
Pathologie médico-chirurgicale, en %	48	48	47,8	48	44,2	44,8	45,1	47,7	48,8	49,6	50,8	48	45,4	61,9	-
Pathologie psychiatrique, en %	2	2	3,2	4,6	3,3	3,3	3	2,7	2,7	2,8	2,8	2,5	3,0	2,9	-
Intoxications, en %	-	-	-	-	1,9	1,7	2	2	2,1	2,1	2,3	-	-	2,5	-
Autres pathologies, en %	5	8	4,5	6,4	7,4	7,2	7,8	6,6	6,3	3,8	4,8	1,5	8,0	0	-
CCMU 1 et 2, en %	82	84,9	82,4	81,5	80,5	79	77,8	78,1	80,5	79,5	80,2	86,5	-	39,7 (5)	-
CCMU 3, en %	13	13,3	15,8	16,5	17,5	18,9	20,2	20	16,5	17,8	17,1	11,0	-	-	5,5
CCMU 4 et 5, en %	1	1,8	1,8	2	2	2,1	2	1,9	1,8	1,7	1,7	2,5	3,3 (3)	0,6	1,4
Acte médical autre que CS aux urgences, en %	66	-	-	-	-	-	(2)	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation, en %	26,8	26,3	25,9	25,4	25,2	25,6	25,1	24,5	24,2	25,3	24,8	19,0	23,6	26,1	31,2
Durée moyenne du passage, min.	138	140	142	147	166	185	177	194	189	184	193	-	124	268	177
Durée médiane du passage, min.	-	82	80	85	92	111	106	115	118	114	125	-	90	117	125
Nombre de passages SAE (même périmètre)	508 908	552 517	576 713	576 784	598 547	634 533	625 873	647 293	663 272	675 164	705 385	13 275	274 507	1 498 684	182 640
Exhaustivité par rapport à la SAE, en %	88,4	96,1	96,9	97,6	95,9	101,3	102,3	101,7	101,4	100,3	97,6	76,8	60,2	30,2	99,6
Nombre de sites géographiques	35	37	37	37	38	38	37	38	37	38	37	640	640	53	10
Hospitalisation SAE, en %	22,5	21,8	23,4	22,9	23,2	22,0	20,6	17,2	25,5	24,9	24,4	20,7	20,7	18,2	24,2

Notes • 1. Fusion de deux établissements, 2. Liste des examens les plus fréquents (ECG, radio du thorax, radio des membres inférieurs, sutures, aérosol, orthèses), 3. Réanimation et surveillance.

4. Actes de réanimation, d'imagerie et d'intervention (5) CCMU 1 seulement.

Sources • ORUMIP (<http://www.orump.fr/publications/rapports-actvite/>), DREES (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>), test-RPU (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001300001FF>) ORU-PACA (<http://www.orupaca.fr/donnees-urgences/rapports-annuels-urgences-118.html>), ORU-LIM (rapport annuel 2009).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution au cours de l'année civile du nombre de passages journaliers cumulés aux urgences de 27 établissements de la région Midi-Pyrénées

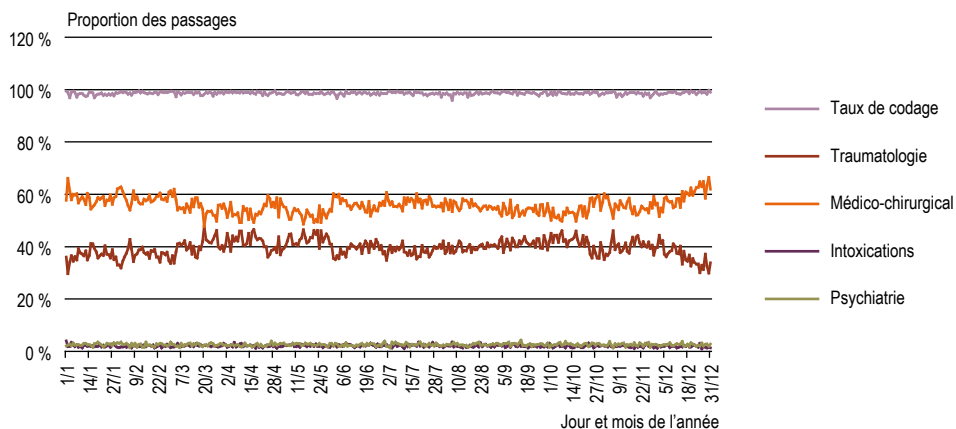


Note • Les données ont été calées pour que les jours de la semaine correspondent d'une année à la suivante.

Champ • Établissements de la région Midi-Pyrénées ayant un taux de codage du diagnostic principal constamment supérieur à 95 % des passages aux urgences.

Sources • ORU-MIP, données d'activité des années 2009-2011, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution au cours de l'année 2011 du profil des pathologies prises en charge aux urgences de 27 établissements de la région Midi-Pyrénées



Champ • Établissements de la région Midi-Pyrénées ayant un taux de codage du diagnostic principal constamment supérieur à 95 % des passages aux urgences.

Sources • ORU-MIP, données d'activité de l'année 2011, traitement DREES.

Pour ce qui concerne les données de personnel, la SAE prévoit le recueil des effectifs et des équivalents temps pleins affectés aux urgences dans chaque établissement. Pour la période 2001-2011, 328 établissements ont fait ce recueil chaque année pour le personnel médical et 362 pour ce qui concerne les cadres de santé et les infirmiers². Ce sous-ensemble d'établissements n'est pas représentatif de l'ensemble des établissements (la répartition par région est identique à celle de l'ensemble des établissements, exception faite des DOM où aucun établissement n'a réalisé le recueil chaque année ; les établissements privés à but lucratif sont légèrement sous-représentés³). Néanmoins, il recouvre les deux tiers de l'activité et permet un regard sur l'évolution du personnel affecté aux urgences sur cette période : on observe pour ces établissements un accroissement annuel moyen des effectifs de 5 % pour le personnel médical et de 4,2 % pour les cadres de soins et les infirmiers, de 4,9 % et 3,9 % si l'on prend en considération les équivalents temps plein (tableau 2).

Enfin, les établissements de santé, pour permettre la valorisation financière de leur activité, transmettent chaque mois un ensemble de fichiers définis dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Les **fichiers du PMSI** comportent une description codée de chaque prise en charge hospitalière, ainsi que des caractéristiques démographiques, de prise en charge, de pathologies diagnostiquées, d'actes médicaux réalisés. Pour ce qui concerne l'activité des urgences, les informations figurent, d'une part, dans les résumés standardisés anonymes depuis 2004 pour les passages immédiatement suivis d'hospitalisation, et d'autre part, depuis 2008, dans les résumés standardisés de facturation anonymes pour les passages non suivis d'hospitalisation immédiate (ces résumés ne comportent pas de codes diagnostics). Le nombre de passages ainsi déterminé converge avec ce qui figure dans la SAE, le léger défaut de concordance pouvant être le reflet de défauts de recueil, collecte ou production, mais aussi de compréhension du périmètre avec prise en compte des accueils sans rendez-vous dans des structures autres que les urgences proprement dites, comme par exemple la maternité, la psychiatrie ou encore la cardiologie.

Enfin, les **serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA)** ont été mis en place dans chaque région à compter de 2004 suite à l'épisode de canicule de l'été 2003. Ils recueillent des informations transmises quotidiennement via Internet par les établissements de santé, quant à leur activité d'accueil aux urgences et de lits disponibles, notamment. Les informations sont centralisées au niveau national par l'InVS.

TABLEAU 2 • Données de personnel affecté aux urgences

	Médecins (hors internes)	Cadres et infirmiers
Nombre d'établissements avec données de personnel renseignées chaque année sur la période 2001-2011	328	362
Fraction de l'ensemble des passages aux urgences que représentent ces établissements, en %	59,5	62,9
Variation annuelle moyenne du nombre de passages pour ces établissements, en %	2,3	2,4
Effectif affecté aux urgences en 2011	5 327	11 243
Variation annuelle moyenne sur la période 2001-2011 des effectifs, en %	5,0	4,2
Equivalent temps plein aux urgences en 2011	3 836	10 040
Variation annuelle moyenne sur la période 2001-2011 des ETP, en %	4,9	3,9
Passages journaliers/ETP 24 h en 2011	43,0	17,4
Valeur médiane en 2011 des passages journaliers/ETP 24 h* [interquartile]	43,3 [32,2 - 63,5]	18,9 [15,4 - 24,7]
Quotité travaillée moyenne aux urgences en 2011, en %	72,0	89,3
Variation annuelle moyenne sur la période 2001-2011 de la quotité travaillée, en %	-0,1	-0,3
Valeur médiane en 2011 de la quotité travaillée [interquartile], en %	81,7 [65,3 - 92,0]	92,1 [85,6 - 96,3]
Mémoire: variation annuelle moyenne du nombre de passages pour les autres établissements, en %	3,8	3,9

* ETP 24 h : Nombre d'équivalents temps plein nécessaire pour un poste couvrant 24 h/24 tous les jours de l'année.

Note • Le niveau de recueil du bordereau q13 de la SAE se fait par site géographique disposant au moins d'une structure des urgences.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2001-2011, traitement DREES.

2. La limitation aux seuls établissements ayant systématiquement renseigné sur cette période les données de personnel prévues dans le bordereau Q13 de la SAE permet de prendre en compte ceux des établissements pour lesquels ce relevé est réalisé en routine, pouvant alors gagner en robustesse.

3. Certains ayant débuté l'activité d'accueil et de traitement des urgences au cours de la période 2001-2011, ils ne peuvent de facto être pris en compte ici.

Bibliographie

- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, DREES, janvier.
- Baubeau D. et al. 2000, « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », *Études et Résultats*, n° 72, DREES.
- Carrasco V., Baubeau D., 2003, « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats* n° 212, DREES, janvier.
- Cash E. et al., 2013, « Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières », *Document de travail* n° 125, Série études et recherche, DREES, mars.
- Collet M., Gouyon M., 2007, « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », *Études et Résultats*, n° 607, DREES, novembre.
- Fournet N. et al., 2011, « Le système français de surveillance sanitaire des urgences et des décès (Sur-SaUD®) », Institut de veille sanitaire.
- Gouyon M., Labarthe G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats », *Études et Résultats*, n° 471, DREES, mars.
- Mouquet M.-C., Oberlin Ph., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Le panorama des établissements de santé - édition 2012*, Études et statistique, DREES, novembre.
- Observatoire régional des urgences du Limousin, 2010, Rapport 2009 sur les urgences en Limousin.
- Observatoire régional des urgences en Midi-Pyrénées, 2001 à 2011, Rapport annuel sur l'activité des services des urgences en Midi-Pyrénées.
- Observatoire régional des urgences Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010, Rapport régional n° 1.
- Site Internet du ministère de la Santé donnant accès aux données collectées dans le cadre de la Statistique annuelle des établissements de santé : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>
- Steg A., 1989, « L'urgence à l'hôpital », rapport du Conseil économique et social.
- Steg A., 1994, Rapport sur la médicalisation des urgences, Commission nationale de restructuration des urgences.