

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



FÉVRIER
2017
NUMÉRO
0997

Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé

Mardi 11 juin 2013, un quart des passages aux urgences de patients âgés de 15 ans et plus se poursuivent par une hospitalisation dans un autre service. La décision d'hospitalisation se fonde principalement sur l'état de santé des patients : le motif de recours aux urgences, la gravité associée au diagnostic, la présence de pathologies au long cours, l'avancée en âge.

D'autres facteurs, comme l'éloignement important des urgences, sont associés à une fréquence plus élevée de décision d'hospitalisation : un tiers des patients pris en charge à plus de 20 km de leur domicile sont hospitalisés. Le taux d'hospitalisation depuis les urgences apparaît moins élevé dans les établissements de santé privés à but lucratif (15 %) que dans les établissements de santé publics (26 %).

Cet écart est réduit de 7 points par une modélisation prenant en compte l'ensemble des informations disponibles dans l'enquête sur les urgences hospitalières. Deux pistes d'explications, liées à des différences de recours des patients ou des différences de fonctionnement des établissements, concourent à l'écart qui persiste (4 points), sans qu'il soit possible de les quantifier dans l'enquête.

Cette étude sur les parcours des personnes de plus de 15 ans qui recourent aux urgences complète l'Études et résultats n° 973 sur les circonstances d'hospitalisation.

Layla Ricroch et Albert Vuagnat (DREES)

En 2014, les structures des urgences, en France continentale¹, ont traité, sur l'ensemble de l'année, 14 millions de passages de patients de 15 ans ou plus, d'après les données administratives issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) collectées par les établissements et centralisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) [encadré 1]. 20 % de ces passages ont donné lieu à une hospitalisation² en dehors du service des urgences, que ce soit d'abord en unité d'hospitalisation de courte durée³ (UHCD, 4 % des passages) ou directement dans des services extérieurs aux urgences (16 % des passages). En plus de ces hospitalisations, 6 % des passages ont donné lieu à une admission en UHCD sans continuation en hospitalisation dans un autre service.

D'après les données du PMSI, le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge des patients et la distance entre leur domicile et le lieu de passage aux urgences. Il varie également selon le type d'établissement : il est de 12 % dans les structures des urgences situées en établissement privé à but lucratif et de 21 % pour celles en établissements publics. Pour la majorité des recours aux urgences, ces données ne comportent pas d'information sur l'état de santé des

...

1. C'est-à-dire en France métropolitaine hors Corse ; voir encadré 1 pour la définition du champ de l'enquête.

2. Sur l'ensemble de l'année, le taux d'hospitalisation après le passage aux urgences est légèrement inférieur à celui observé le jour de l'enquête.

3. L'UHCD est une unité d'hospitalisation au sein des services d'urgences qui permet une observation du malade avant diagnostic complet et l'orientation ou l'initiation d'une prise en charge médicale (Circulaire n° 195/DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences).

4. Les patients passés en UHCD avant d'être hospitalisés en dehors des urgences font partie du champ de cette étude, tout comme les transferts depuis les urgences vers un autre établissement. En revanche, l'hospitalisation à domicile (0,6 % d'après le PMSI) n'est pas prise en compte comme hospitalisation. Si, au cours de la journée d'enquête, deux passages ont lieu dans le même établissement et que le second est suivi d'une hospitalisation, le premier passage n'est pas considéré comme ayant été suivi d'une hospitalisation (0,1 %, d'après le PMSI).

patients, pourtant déterminante pour la décision d'hospitalisation.

L'enquête statistique, réalisée auprès de l'ensemble des structures des urgences, un jour donné, le 11 juin 2013, a collecté des données plus riches, notamment sur l'état de santé des patients. Celles-ci permettent une analyse plus fine des facteurs associés à la décision d'hospitalisation dans un autre service⁴ à l'issue du passage aux urgences. En outre, pour cette analyse descriptive, un modèle multifactoriel permet de prendre en compte les liens entre les déterminants de l'hospitalisation. Cette étude concerne les patients de 15 ans ou plus, les hospitalisations pédiatriques renvoyant à des déterminants différents.

Âges avancés et motifs de recours sont les déterminants principaux de l'hospitalisation

L'hospitalisation répond à des objectifs de prise en charge médicale d'un état instable qui nécessite une surveillance et un traitement en milieu hospitalier. Un grand âge ou encore des pathologies chroniques contribuent à un état de santé instable.

ENCADRÉ 1 Sources et méthodes

Sources

Deux sources de données individuelles sont mobilisées pour cette étude : un recueil permanent exhaustif dans les établissements de santé destiné à la gestion administrative dont la base annuelle 2014 est utilisée, et une enquête ponctuelle dans les urgences un jour donné, le mardi 11 juin 2013.

Le recueil de données administratives est constitué dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui concerne tous les établissements de santé, publics comme privés. Sont enregistrées, pour tous les séjours hospitaliers, que ce soit des passages aux urgences ou des actes de consultation, des informations qui permettent leur financement en fonction de l'activité de prise en charge. Pour les prises en charge aux urgences, les informations recueillies dans le cadre du PMSI diffèrent en partie selon que le passage est suivi ou non d'une hospitalisation dans l'établissement, par exemple, le diagnostic de la pathologie prise en charge n'est renseigné qu'en cas d'hospitalisation. Le recueil s'enrichit aussi dans le temps ; depuis 2014, par exemple, l'âge des patients est ajouté pour les passages sans hospitalisation. La base de données nationale pour 2014¹ a été utilisée pour dénombrer les différents profils de parcours intra-hospitaliers des patients passés aux urgences au cours de l'année 2013, et pour comparer les résultats de l'analyse multifactorielle entre les deux sources de données, en tenant compte de l'âge.

L'enquête nationale sur les structures des urgences réalisée par la DREES, conçue en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et en collaboration avec SAMU-Urgences de France (SUDF) et l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF), a concerné tous les établissements autorisés pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences (au sens du décret n° 2006-577, soit 634 établissements de santé) et tous les patients qui y ont eu recours le mardi 11 juin 2013, de 8 heures à 8 heures le lendemain. Les questionnaires de cette enquête permettent le recueil d'informations sur l'organisation et les ressources de la structure des urgences, d'une part. D'autre part, pour chaque patient, des informations sur les circonstances de la venue aux urgences, la prise en charge et l'orientation à l'issue du passage sont répertoriées². La collecte a été réalisée dans les points d'accueil des structures, certains établissements ayant organisé plus d'une entrée physique pour les patients, le plus souvent avec un accueil général et un accueil pédiatrique. 734 points d'accueil, sur les 736 recensés, ont renseigné les informations d'organisation soit un taux de réponse de 99,7 %. 48 711 questionnaires patients ont été transmis sur les 52 018 passages dans les services d'urgences le jour de l'enquête soit un taux de réponse de 93,6 %. Des traitements statistiques ont été effectués par la DREES pour corriger la non-réponse totale de l'enquête (soit 6 établissements non répondants), la non-réponse à certaines questions ainsi que des anomalies et valeurs aberrantes identifiées. 97 % des questionnaires patients ont finalement pu être intégrés dans l'analyse multifactorielle.

Typologie des communes de résidence

Les communes de France ont été réparties en 16 groupes homogènes distincts, en combinant leurs données concernant le nombre d'habitants, le nombre d'habitants de l'aire urbaine, l'accessibilité (Barlet M., *et al.*, 2012) au médecin généraliste, aux spécialistes (gynécologue, ophtalmologiste, pédiatre, psychiatre), au chirurgien-dentiste, à la sage-femme, au pharmacien, à l'infirmier, au masseur kinésithérapeute, le revenu médian des habitants, le taux de pauvreté. Cette information a ensuite été associée, par le biais du code postal de résidence pour l'enquête urgence ou du code géographique PMSI³, à chaque passage aux urgences pour caractériser

l'environnement des patients en termes de possibilités de recours. Les données n'étant pas toutes disponibles pour les départements et régions d'outre-mer (DROM)⁴ et compte tenu du faible taux de réponse de l'un des deux principaux établissements de Corse, le champ de cette étude a été réduit à la France métropolitaine continentale.

Vérification de cohérence entre les deux sources

L'analyse multifactorielle de l'hospitalisation après un passage aux urgences a été appliquée aux informations communes aux deux sources de données (âge, sexe, typologie du code postal de résidence, distance entre le lieu de résidence et le lieu de prise en charge, catégorie juridique de l'établissement, affluence dans le service des urgences, typologie de la commune dans laquelle est située la structure des urgences⁵, présence d'autres structures d'urgences dans un rayon de 5 km). Elle montre des effets en sens et importance en quasi-totalité similaires (tableau D sur le site internet de la DREES).

Ce résultat constitue une validation de la qualité des informations recueillies et de la stabilité des facteurs associés à l'hospitalisation après un passage aux urgences, tels qu'observés un jour donné. En outre, les résultats issus du PMSI sont identiques que l'on s'intéresse au mois de juin ou à l'année entière. Les différences de significativité des tests statistiques pour les faibles effets s'expliquent par la taille plus modeste de l'enquête, qui porte sur un jour de semaine en moyenne plus creux, par rapport au recueil administratif, portant ici sur le mois de juin ou l'ensemble de l'année. Il faut noter que le profil des patients pris en charge aux urgences varie légèrement suivant les jours de la semaine, notamment le week-end, ce qui peut engendrer des différences ponctuelles observées dans cette comparaison. Par exemple, le taux d'hospitalisation pour les femmes de 25 à 35 ans est plus élevé en fin de semaine que celui des femmes de 35 à 45 ans, tandis que l'inverse est observé le mardi (graphique C sur le site internet de la DREES). Par ailleurs, les modes de recueil d'informations diffèrent entre les deux sources et peuvent marginalement créer quelques différences. Le code géographique de résidence pour les patients domiciliés à l'étranger semble moins fréquemment renseigné dans l'enquête urgences. Ou encore, le recueil se fait par point d'accueil et non par établissement, ce qui peut influencer sur les résultats, notamment pour les CHU qui disposent de plusieurs points d'accueils (l'affluence est mesurée au niveau des points d'accueils dans l'enquête).

Au total, les résultats observés sur l'enquête urgences réalisée un jour donné semblent extrapolables à l'ensemble de l'activité des urgences hospitalières et ce d'autant plus que, lorsqu'on ajoute à cette analyse multifactorielle les informations supplémentaires disponibles grâce à l'enquête (principalement les indicateurs d'état de santé du patient), il n'y a pas de modification substantielle des résultats observés sur le modèle parcimonieux. Logiquement, les effets des variables corrélées à l'état de santé (comme l'âge ou les pathologies chroniques plus fréquentes chez les personnes âgées) sont réduits dans l'analyse multifactorielle sur l'enquête urgences.

1. La distribution des profils de parcours des patients depuis les urgences est quasi identique entre 2013, année de l'enquête, et 2014.
2. Questionnaire et détail de la méthodologie sur le site internet de la DREES, dans l'enquête nationale sur les structures hospitalières des urgences, juin 2013.
3. Le cas échéant après imputation *via* le chaînage des résumés PMSI.
4. Collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.
5. Les résultats entre les deux sources de données sont également les mêmes lorsque les variables qui ont servi à créer la typologie de commune sont introduites directement.

Par ailleurs, l'environnement du patient peut être favorable ou non à une alternative à l'hospitalisation. La décision d'hospitalisation, bien que pour partie normée⁵, comprend donc de multiples facteurs. L'enquête sur les urgences permet d'approcher certains éléments de cette déci-

sion. Certains motifs de recours, la gravité associée au diagnostic retenu en fin de parcours aux urgences (encadré 2), l'âge, la pathologie chronique, un problème de santé qui dure, l'arrivée par le service d'aide médicale urgente (SAMU), sont des indicateurs d'un état de santé instable.

Vivre seul, avec de moindres ressources financières, être étranger de passage réduisent les possibilités d'alternative à l'hospitalisation. La décision d'hospitalisation peut aussi être contrainte à la marge par le nombre de lits disponibles (plusieurs appels pour trouver un lit d'hospitalisation) ou encore par l'organisation des établissements de santé (accès direct organisé dans les services, disponibilité du scanner, rythme quotidien d'organisation variable selon le moment de la journée).

Toutes ces informations sont combinées dans un modèle multifactoriel (tableau 1 et tableau complémentaire A sur le site internet de la DREES) qui réunit des données de contrôle dont les caractéristiques de la commune de résidence du patient. L'analyse intègre également le nombre de services d'urgences dans un périmètre de 5 km, pour prendre en compte le fait que les patients choisissent parfois de se rendre dans un service d'urgences particulier.

Avec l'avancée en âge, la vitalité et les ressources physiologiques diminuent et la fréquence des pathologies chroniques augmente. De ce fait, les caractéristiques les plus déterminantes dans la décision d'hospitalisation sont l'âge du patient et le motif médical de recours aux urgences. Les patients les plus âgés, dont les recours aux urgences sont également les plus élevés, sont donc ceux qui sont plus souvent hospitalisés dans un établissement de santé après leur passage par les urgences (graphique 1 et graphique complémentaire A sur le site internet de la DREES).

Ainsi, plus de la moitié des patients de plus de 75 ans sont hospitalisés dans un service après leur passage aux urgences. La présence de pathologies chroniques, identifiée ici à l'aide de l'indice de comorbidité de Charlson, augmente fortement la probabilité d'être hospitalisé.

Le motif médical de recours aux urgences, énoncé par le patient à son arrivée, ainsi que la gravité de son état de santé sont bien sûr les principaux moteurs de la décision d'hospitalisation. Les patients qui se plaignent de faiblesse d'un membre – symptôme pouvant évoquer un accident vasculaire cérébral – sont, par exemple, hospitalisés pour les trois quarts d'entre eux. Les deux tiers

•••
5. Elle est définie par exemple dans l'instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

ENCADRÉ 2

Indicateurs de gravité de l'état de santé

Les médecins urgentistes ont noté à la fin de la prise en charge aux urgences le ou les diagnostics du patient pour chaque passage. Ces diagnostics sont codés à partir d'une nomenclature regroupant 2 200 possibilités (selon le thésaurus de la SFMU disponible en ligne). Cette information ne peut être directement intégrée dans l'analyse avec ce niveau de détail. Il faut effectuer des regroupements afin de caractériser plus simplement l'état de santé du patient. Deux approches complémentaires à partir de ces diagnostics sont utilisées.

D'une part, les diagnostics ont été regroupés selon la gravité estimée pour chaque code diagnostic. En effet, au sein d'un grand groupe de pathologies, la gravité peut être très variable. Par exemple, au sein de la traumatologie du membre inférieur, la fracture d'un orteil est généralement médicalement moins grave qu'une fracture du fémur. L'estimation de la gravité combine, pour chaque diagnostic, l'orientation conseillée dans la nomenclature SFMU des diagnostics médicaux et la proportion des patients ayant été en soins intensifs ou en réanimation mesurée dans le PMSI. Ceci se traduit par un score de 5 catégories de gravité ; le taux d'hospitalisation dans l'enquête urgences augmente régulièrement avec la valeur du score (tableau 1, dernière colonne, section indice de gravité).

D'autre part, le score de Charlson¹ a été appliqué sur les diagnostics disponibles dans l'enquête. Cet indice de comorbidité rend compte de la sévérité en termes de pronostic vital à un an de l'ensemble des maladies chroniques d'un patient (diabète, cancer, etc.). Plus le score est élevé plus le patient souffre de comorbidités sévères.

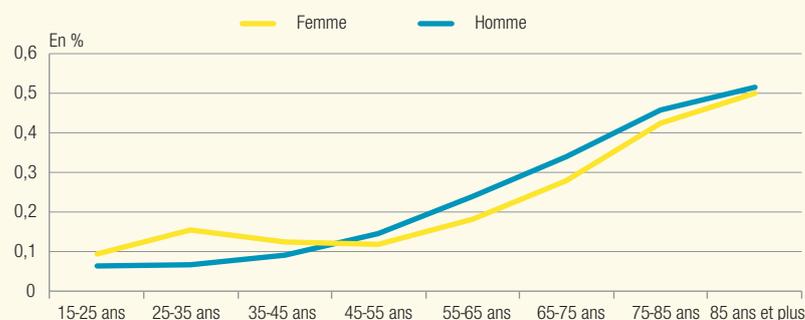
Le motif de recours aux urgences, énoncé par le patient à son arrivée et renseigné au début de sa prise en charge, informe également sur le problème de santé. Ces motifs de recours, souvent de l'ordre du symptôme, ont été regroupés selon la spécialité médicale à laquelle ils appartiennent (ophtalmologie, rhumatologie, etc.), en allant aussi finement que le permet la taille de l'échantillon. Pour certaines modalités d'arrivées aux urgences (avec les forces de l'ordre, ou lors d'un transfert depuis un établissement de santé), le motif retenu est cette modalité d'arrivée.

Ces trois informations complémentaires sur l'état de santé ont été intégrées dans l'analyse multifactorielle.

1. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, *et al.*, « A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation ». *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83.
Quan H., Sundararajan V., Halfon P., *et al.*, « Coding algorithms for defining comorbidities » in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Med Care* 2005;43(11):1130-139.

GRAPHIQUE 1

Taux d'hospitalisation selon l'âge et le sexe



Note • Le graphique utilise les données administratives du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'ensemble de l'année 2014, et non les passages du jour de l'enquête. Mais les profils par âge sont similaires (voir encadré sources et méthodes).

Champ • Personnes de 15 ans et plus, passées dans une structure des urgences situées en France métropolitaine continentale (hors Corse et DROM) en 2014.

Source • PMSI, données 2014.

TABLEAU 1
Les déterminants de la décision d'hospitalisation

	Odds ratio	Effectif	Taux d'hospitalisation, en %
Indicateur du niveau de vie			
Ressources moindres (CMUC, AME, logement à l'hôtel, SDF, ...)	0,92*	5 880	17
Aucun marqueur de ressources moindres	Référence	27 023	26
Habitation			
Patient en institution	0,99	1 309	44
Patient vivant seul	1,10***	10 095	26
Autre situation	Référence	21 499	22
Pathologie chronique			
Score de Charlson positif	3,74***	30 660	20
Score de Charlson nul	Référence	2 243	74
Gravité de l'état de santé lors du recours			
Indicateur gravité : 0	0,39***	14 034	10
Indicateur gravité : 1	0,87***	8 259	26
Indicateur gravité : 2	Référence	7 115	33
Indicateur gravité : 3	1,67***	3 031	50
Indicateur gravité : 4	6,37***	464	80
SMUR			
Arrivée par un SMUR	2,13***	547	56
Autre mode d'arrivée	Référence	32 356	23
Date de début de la situation ayant conduit aux urgences			
Aujourd'hui	Référence	17 902	23
Précédemment et le patient a déjà fait une démarche	1,13**	2 639	23
Précédemment, sans démarche	1,10**	12 362	25
Distance du lieu de vie habituel à l'établissement			
Moins de 5 km (inclus)	Référence	14 393	22
Entre 5 km (strictement) et 10 km (inclus)	1,08	5 001	23
Entre 10 km (strictement) et 20 km (inclus)	1,18***	5 470	27
Entre 20 km (strictement) et 30 km (inclus)	1,45***	2 373	34
Strictement plus de 30 km	1,41***	1 683	32
Recours aux urgences hors du lieu de vie habituel	1,10*	3 360	18
Étranger de passage	1,33	73	25
Non renseigné	1,31*	550	29
Motif de recours aux urgences			
Motif cardio-vasculaire autre que douleurs thoraciques	0,37***	1 955	32
Douleurs thoraciques	0,31***	1 556	27
Motif de gastro-entérologie autre que douleurs abdominales	0,86	841	39
Douleurs abdominales	Référence	2 391	33
Motif génito-urinaire	0,47***	1 045	24
Motif d'intoxication	1,15	625	37
Motif de neurologie	0,47***	1 828	36
Motif de gynécologie ou d'obstétrique	0,72***	533	16
Motif d'ophtalmologie	0,09***	789	4
Motif d'ORL	0,17***	813	8
Motif de recours aux urgences			
Motif lié à la peau	0,30***	1 596	12
Motif psychiatrique	2,29***	826	40
Motif respiratoire autre que dyspnées	0,31***	389	23
Dyspnées	0,81***	1 096	66
Motif rhumatologique	0,28***	1 927	13
Plaie	0,25***	1 596	8
Traumatisme crânien sans perte de connaissance	0,24***	512	13
Trauma membre supérieur	0,32***	2 891	10
Trauma membre inférieur	0,30***	3 258	9
Autres traumas	0,28***	1 875	15
Motif environnemental - général et divers	0,73***	1 636	41
Fièvre	1,19	251	47
Motif non renseigné	0,50***	601	24
Inconscient	0,94	1 094	51
Amené par les forces de l'ordre	0,25***	427	7
Adressé par un établissement de santé	1,42***	552	55
Catégorie juridique			
Centre hospitalier régional universitaire	1,13**	5 735	26
Centre hospitalier	Référence	20 499	26
Privé non lucratif	0,9	1 945	19
Privé lucratif	0,71***	4 724	15
Affluence			
Moins de 40 patients	1,04	3 274	24
Entre 40 et 80 patients	1,01	11 600	23
80 patients ou plus	Référence	18 029	25
Accès direct			
Accès direct aux services sans passer par les urgences pour certains services	0,96	30 281	24
Aucun accès direct	Référence	2 622	19
Priorité au scanner			
Priorité d'usage d'un scanner par les urgences	Référence	28 404	24
Pas de scanner ou pas de priorité d'usage pour les urgences	0,90**	4 499	24
Tension pour obtenir un lit			
Moins de 10 % de patients pour lesquels il faut appeler plusieurs services pour trouver une place	0,87***	10 753	21
Entre 10 et 20 %	Référence	7 956	25
Entre 20 et 30 %	0,99	6 631	26
Plus de 30 % de patients pour lesquels il faut appeler plusieurs services	0,88***	7 563	25
Nombre d'urgences dans un rayon de 5 km			
	0,98***		

Autres variables intégrées (voir sur le site internet de la DREES) : âge, sexe, typologie de la commune dans laquelle vit le patient, moment de la journée (heure d'arrivée).

Note • Si l'odds ratio est significativement supérieur ou inférieur à 1, alors l'impact est positif ou négatif, toutes choses égales par ailleurs. Les astérisques indiquent que les odds ratios sont significatifs au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*). R² (coefficient de corrélation) = 40 %. C (statistique de Wilcoxon) = 0,84.

Lecture • Vivre seul (par rapport à d'autres situations) accentue de 10 % la probabilité d'être hospitalisé après le passage aux urgences.

Champ • Personnes de 15 ans ou plus, passées dans une structure des urgences situées en France métropolitaine continentale (hors Corse et DROM) le mardi 11 juin 2013.

Source • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

•••

6. Les forces de l'ordre peuvent demander au service des urgences l'examen médical d'une personne et un certificat médical avant que celle-ci ne soit placée en garde à vue ou en salle de dégrisement.

7. Il s'agit ici des établissements de santé et des établissements médico-sociaux : Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), foyer Aide sociale à l'enfance, Institut médico-éducatif (IME), Institut médico-psychologique (IMP), Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

8. D'ailleurs, les patients de plus de 75 ans sont 56 % à être hospitalisés quand ils vivent à domicile, soit la même proportion que lorsqu'ils viennent d'une institution.

9. Les personnes concernées sont identifiées dans l'enquête comme celles répondant à l'un de ces critères : avoir pour lieu de vie habituel un hôtel ou être sans abri, bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME), de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C), ne pas avoir d'assurance complémentaire ou être au chômage.

des patients souffrant de dyspnées (difficultés respiratoires) restent également en hospitalisation dans les autres services, en dehors des urgences. Cette plus grande fréquence d'hospitalisation en cas de dyspnée demeure, même en tenant compte de l'ensemble des autres déterminants. *A contrario*, les patients qui présentent des traumatismes des membres inférieurs, supérieurs ou des traumatismes crâniens sans perte de connaissance ne sont hospitalisés qu'une fois sur dix. Toutes choses égales par ailleurs, les patients consultant pour des raisons psychiatriques sont beaucoup plus fréquemment hospitalisés que ceux venus pour des motifs d'ophtalmologie ou d'ORL.

Les circonstances du recours aux urgences sont également déterminantes pour préjuger d'une possible hospitalisation : une personne amenée par les forces de l'ordre, le plus souvent en vue de la délivrance d'un certificat⁶ de non-admission, est effectivement rarement hospitalisée (7 % des cas). À l'inverse, les patients dirigés vers les urgences par un établissement hospitalier sont plus souvent hospitalisés (55 %). De même, l'arrivée aux urgences par un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), envoyé par une décision médicale du SAMU, se traduit plus souvent par une hospitalisation après le passage (56 %).

Moins d'hospitalisations pour les patients résidant à proximité des urgences

Si l'état de santé est prépondérant dans la décision d'hospitalisation, d'autres caractéristiques non médicales sont liées à celles-ci.

Plus la distance entre le domicile du patient et la structure des urgences est grande, plus la probabilité d'être hospitalisé est élevée. Deux éléments complémentaires peuvent expliquer cette augmentation : les médecins prennent en compte, à état de santé donné, les risques inhérents à un plus long déplacement entre le domicile et les urgences et préfèrent garder le patient à l'hôpital ; les patients qui habitent loin d'une structure d'urgences, mais qui décident tout de même de s'y rendre, ont des pathologies plus graves pouvant nécessiter un plateau de grande technicité. Ce lien crois-

sant entre hospitalisation et distance est observé toutes choses égales par ailleurs, notamment en prenant en compte l'offre de soins de la commune de résidence du patient, à travers une typologie des communes.

Une fréquence élevée d'appels multiples pour trouver un lit d'hospitalisation par rapport à une fréquence moyenne, est associée, dans le modèle multifactoriel, à un taux d'hospitalisation légèrement moindre, ce qui laisse penser que la contrainte sur la disponibilité des lits est prise en compte.

Le contexte de vie des patients n'entre que marginalement dans la décision d'hospitalisation. Cependant, un patient qui vit seul a, compte tenu des autres facteurs, une fréquence d'hospitalisation légèrement plus élevée. Les patients adultes vivant en institution⁷ sont, de prime abord, plus souvent hospitalisés (45 %) que la moyenne nationale (24 %). Cette sur-hospitalisation est surtout le reflet des profils démographiques et du recours aux urgences des résidents en institution⁸ : 63 % des patients des urgences en provenance d'une institution

ont plus de 75 ans, si bien qu'ils ont plus de chances d'être hospitalisés ensuite. *In fine*, toutes choses égales par ailleurs, cette caractéristique n'est plus associée à une augmentation de la fréquence d'hospitalisation. Seul le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'un soutien à domicile semble pris en compte dans la décision d'hospitalisation.

De plus, les patients qui se rendent aux urgences et dont la situation financière est moins favorable que la moyenne⁹ sont aussi moins souvent hospitalisés après leur passage aux urgences, toutes choses égales par ailleurs. Cet écart peut refléter une différence dans l'accès aux soins, les patients choisissant parfois entre médecine générale et recours aux urgences.

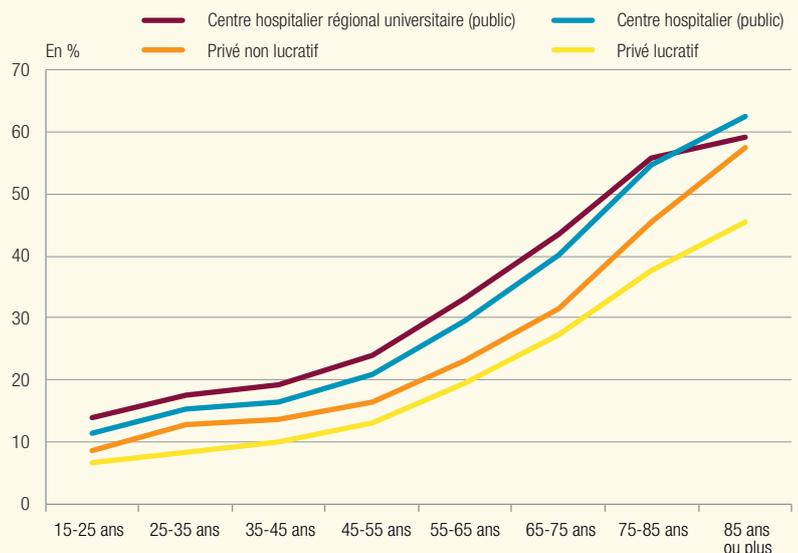
Des hospitalisations moins fréquentes dans les établissements privés

La fréquence d'hospitalisation à l'issue d'un passage aux urgences varie selon le type d'établissement : elle est la plus faible pour les établissements de santé privés à but lucratif (15 %) et la plus élevée pour les CHU (26 %). Cette différence



GRAPHIQUE 2

Taux d'hospitalisation des patients après le passage aux urgences selon le statut juridique de la structure des urgences



Note • Le graphique utilise les données administratives du PMSI de l'ensemble de l'année 2014, et non les passages du jour de l'enquête. Sur l'ensemble de l'année, le taux d'hospitalisation après le passage aux urgences est légèrement inférieur à celui observé le jour de l'enquête, mais les profils par âge sont similaires (voir encadré 1).

Champ • Personnes de 15 ans ou plus, passées dans une structure des urgences situées en France métropolitaine continentale (hors Corse et DROM) en 2014.

Source • PMSI, données 2014.

TABLEAU 2

Impact du statut juridique de l'établissement sur la décision d'hospitalisation selon des sous-groupes de patients

Odds ratio

Catégorie juridique	Population entière	Gravité = 0	Gravité = 3 ou 4	Seules urgences dans les 5 km	Au moins 4 choix dans les 5 km
Centre hospitalier régional universitaire (public)	1,13**	1,46***	1,09	1,35**	1,24*
Centre hospitalier (public)	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Privé non lucratif	0,9	1	0,79	0,94	0,82
Privé lucratif	0,71***	0,61***	0,73**	0,67***	0,76

Note • Si l'odds ratio est significativement supérieur ou inférieur à 1, alors l'impact est positif ou négatif, toutes choses égales par ailleurs. Les astérisques indiquent que les odds ratios sont significatifs au seuil de 1% (***) , 5% (**) ou 10% (*).
Champ • Personnes de 15 ans ou plus, passées dans une structure des urgences situées en France métropolitaine continentale (hors Corse et DROM).
Source • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

est observée pour tous les groupes d'âges de 15 à plus de 85 ans (graphique 2) et pour la quasi-totalité des motifs de recours (tableau complémentaire B sur le site internet de la DREES). La prise en compte de

l'ensemble des facteurs explicatifs disponibles liés à l'état de santé et à l'environnement du patient, et du contexte de fonctionnement des services réduit cet écart à 4 points, sans pour autant l'annuler¹⁰.

Cet écart persiste, avec une importance variable, lorsque l'analyse multifactorielle est appliquée à différents sous-groupes de patients (tableau 2 et tableau complémentaire C sur le site internet de la DREES). Deux éléments d'explication peuvent être avancés. Premièrement, les variables disponibles ne rendent peut-être pas suffisamment compte des différences entre la patientèle des établissements publics et celle des établissements privés, tant d'un point de vue médical ou social que du choix de recourir aux urgences. Deuxièmement, les modes d'organisation des établissements, en partie approchés grâce à des variables concernant, par exemple, la possibilité d'accès direct dans un service particulier d'un établissement ou la disponibilité d'équipement pour le service des urgences, diffèrent selon les statuts juridiques. Certains aspects de cette diversité ne sont pas pris en compte dans l'enquête, comme l'expérience du personnel médical ou l'intégration dans un réseau de soins.

•••
10. Dans l'analyse multifactorielle appliquée au PMSI, soit un ensemble de variable plus restreint, l'écart résiduel est de 6 points.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Barlet M., Coldefy M., Collin C. *et al.*, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et résultats*, n° 795, mars.
- Boisguérin B., Brillhault G., Ricroch L. *et al.*, 2014, « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES », *Le Panorama des établissements de santé*, DREES.
- Ricroch L., 2016, « Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers », *Études et Résultats*, DREES, n°973, septembre.
- Boisguérin B., Mauro L., 2016, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle particulière », *Études et Résultats*, DREES, à paraître en 2017.
- Site internet de la DREES sur les urgences hospitalières : drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/ rubrique Open Data, sous rubrique établissements de santé sociaux et médico-sociaux. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.social-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Franck von Lennep
Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara
Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Fabienne Brifault
Composition et mise en pages : T. B.
Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin
Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens
Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •
 ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384