

DREES MÉTHODES

N° 27 • juillet 2026

Comparaison des résumés de passages aux urgences à l'enquête Urgences 2023

**Validation externe de la qualité des remontées
systématiques d'information sur les passages aux
urgences**

Noémie Courtejoie, Elena Mylonas

Comparaison des résumés de passages aux urgences à l'enquête Urgences 2023

**Validation externe de la qualité des remontées
systématiques d'information sur les passages aux
urgences**

Noémie Courtejoie, Elena Mylonas

Remerciements : Elvire Demoly, Albert Vuagnat

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

L'activité des structures des urgences est une donnée capitale pour suivre, caractériser et comprendre le recours non programmé aux soins en France. Sa surveillance rapprochée permet de détecter au plus vite l'apparition d'épidémies et d'événements inattendus, ou encore de suivre la fréquentation des urgences générales et pédiatriques en routine comme lors de circonstances exceptionnelles. Le recueil standardisé et automatisé des informations sur chaque passage dans un service des urgences est assuré quotidiennement au niveau national. Ce recueil se fait sous forme de résumés de passage aux urgences (RPU), qui contiennent des informations administratives, démographiques et médicales. Les données des établissements remontent vers un concentrateur régional (Agence régionale de santé [ARS], observatoire régional des urgences (ORU), ou structure apparentée), qui les retransmet quotidiennement à Santé publique France et mensuellement¹ à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), après un appauvrissement des informations potentiellement identifiantes.

Les RPU présentent de multiples utilisations pour des acteurs variés (ARS, ATIH, Santé publique France, Fédération des observatoires régionaux des urgences [Fedoru], ministère de la Santé). Ils permettent notamment la production en routine d'indicateurs de suivi de l'activité des services des urgences, l'élaboration de synthèses d'activité à destination des professionnels des établissements de santé, ainsi que la contribution à la veille sanitaire en particulier pour la détection précoce d'événements critiques ou inhabituels, notamment d'origine épidémique ou environnementale.

La qualité de ces résumés est un enjeu primordial pour une bonne appréciation de l'activité des services des urgences, ainsi que pour garantir un usage approprié des informations qui en sont issues. L'exploitabilité des différents items des RPU peut être approchée par l'analyse de leurs taux de remplissage et de la conformité du codage (par rapport au format attendu), mais l'évaluation de l'information elle-même nécessite une source externe à laquelle se confronter. C'est ce que permet l'enquête Urgences 2023, qui a été conduite auprès de l'ensemble des services des urgences des hôpitaux et cliniques de France un jour moyen de semaine (les 13 et 14 juin 2023), et dont le champ est en grande partie similaire à celui des RPU. Bien qu'elle ne porte que sur 24 heures, son exhaustivité et la qualité de sa mise en œuvre en font une source de choix pour expertiser les informations contenues dans les RPU.

La grande majorité des passages aux urgences enregistrés dans l'enquête ont pu être mis en correspondance avec les RPU grâce à un appariement statistique (94,5% ; N=52 395). Cet appariement permet de qualifier les variables indirectement identifiantes des RPU (heure et lieu de l'accueil aux urgences, caractéristiques des patients), celles concernant le parcours des patients au sein des services des urgences (circonstances de l'arrivée et de la sortie des urgences), et celles relatives aux circonstances médicales du passage aux urgences (motif de recours, puis diagnostic principal).

Un premier constat porte sur le remplissage des variables d'appariement. L'âge et le sexe sont globalement bien renseignés dans les RPU, même si certains concentrateurs régionaux calculent l'âge atteint dans l'année à la place de celui à la date du soin. La commune de résidence présente quant à elle un moins bon remplissage, et le regroupement des codes postaux de moins de 1 000 habitants n'est pas systématiquement appliqué. Plus généralement, l'analyse des variables d'appariement met en évidence la présence de quelques doublons résiduels dans les RPU (0,1 %) : plusieurs lignes peuvent correspondre à un même passage, avec des taux de remplissage différents, suggérant une saisie des informations en plusieurs temps, ainsi qu'un manque de consolidation des données.

S'agissant de la description du parcours des patients au sein des urgences (arrivée et sortie), la comparaison avec l'enquête Urgences est rendue plus complexe par une certaine hétérogénéité dans la nature et la définition des variables recueillies. La convergence est bonne pour le mode d'arrivée aux urgences, avec une certaine confusion entre les différents transports sanitaires (structures mobiles d'urgence et de réanimation [SMUR], pompiers, ambulances privées). La provenance des patients semble correctement indiquée quand il s'agit du domicile, donc dans la grande majorité des cas. La concordance avec l'enquête Urgences est toutefois moindre pour les patients mutés ou transférés, et les RPU ne permettent pas d'identifier les résidents d'établissements médico-sociaux.

La correspondance entre les informations issues des RPU et celles de l'enquête Urgences est plus difficile à établir s'agissant des circonstances de sortie des urgences. La temporalité de remplissage des deux recueils n'est sans doute pas toujours la même, or les informations enregistrées reflètent la situation telle qu'elle est connue au moment de leur saisie. En particulier, dans l'enquête Urgences, la sortie des urgences s'entend après un éventuel passage en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), car cette unité destinée à accueillir les patients en observation est considérée comme faisant partie intégrante de la structure des urgences. Dans les RPU, l'admission en UHCD est en principe assimilée à une sortie des urgences, même si des pratiques hétérogènes sont constatées. Les principales informations semblent tout de même concordantes, y compris en cas de mutation ou transfert vers des services hospitaliers de différentes spécialités médicales, même si des chevauchements sont parfois observés entre unités aux périmètres proches. Sans passage par une UHCD, les horodatages des passages présentent une

¹ Depuis le 1^{er} février 2026, la remontée vers l'ATIH s'organise pour devenir hebdomadaire (arrêté du 6 février 2026 modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation).

bonne concordance globale entre sources, malgré une certaine hétérogénéité des pratiques de clôture automatique des dossiers dans les RPU.

En ce qui concerne les circonstances médicales des passages aux urgences, les motifs de recours renseignés dans les RPU, définis comme la raison, la plainte, ou le symptôme pour lequel le patient demande des soins, ne sont pas exploitables en l'état, en l'absence d'une uniformisation des pratiques de codage lorsqu'ils sont renseignés. Les actes médicaux réalisés aux urgences sont quant à eux manquant dans les trois-quarts des cas. En revanche, les diagnostics principaux établis après l'examen médical, qui correspondent au problème de santé ayant motivé la venue du patient, sont mieux remplis à l'aide de la classification internationale des maladies (CIM-10), et présentent une bonne correspondance avec ceux renseignés dans l'enquête Urgences. Les principales différences entre les deux sources proviennent sûrement de la restriction à certains codes imposée dans l'enquête Urgences (utilisation d'un thésaurus dédié, conformément aux recommandations de la Fedoru).

L'appariement des RPU avec l'enquête Urgences met ainsi en évidence une bonne concordance générale des informations communes aux deux sources, tout en permettant d'identifier des points de vigilance et de dégager des pistes d'amélioration. Ces résultats sont toutefois à nuancer car ils reposent sur une observation ponctuelle, l'enquête ayant eu lieu sur 24 heures un mardi de juin, dont l'activité n'est pas représentative de l'ensemble de l'activité annuelle ni hebdomadaire des urgences. Il se pourrait également que la qualité du codage des RPU ait été accrue ce jour-là en raison de la mobilisation particulière des équipes dans le cadre de la tenue simultanée de l'enquête.

Au bilan, cette analyse de concordance permet d'apprécier dans quelle mesure et à quelles fins les RPU peuvent d'ores et déjà être exploités. L'exhaustivité de ces résumés, leur fréquence de remontée ainsi que la qualité globale de l'horodatage en font une source de choix pour le suivi de l'activité des services des urgences, notamment à des fins de surveillance épidémiologique. Ils permettent de comptabiliser de manière fiable le nombre de passages aux urgences avec une granularité temporelle particulièrement fine (pouvant aller jusqu'à l'heure), ainsi qu'à différentes échelles géographiques (nationale et régionale notamment). Les durées de passage calculées à partir des RPU peuvent également être exploitées, et leur évolution peut être surveillée, sous réserve de se limiter aux passages non suivis d'une admission en UHCD afin d'assurer une cohérence de concepts. Néanmoins, la déclinaison par établissement est à interpréter avec prudence, ces indicateurs étant particulièrement sensibles aux erreurs de transmission, aux pannes des systèmes d'information, aux doublons ainsi qu'aux pratiques variables, notamment en matière de clôture des dossiers. Toujours dans une optique de surveillance, les diagnostics principaux établis en sortie, bien qu'incomplètement renseignés, constituent une source précieuse pour l'identification d'événements de santé inhabituels. En revanche, les motifs de recours aux urgences, qui apporteraient une information complémentaire à ces diagnostics, ne peuvent, en l'état, être exploités.

Les RPU sont à l'heure actuelle les seules données collectées en routine permettant de décrire les circonstances de l'arrivée aux urgences. Leur qualité semble suffisante pour distinguer les patients arrivés depuis leur domicile (sans distinction fine entre les différents lieux assimilés au domicile) de ceux provenant d'un établissement de santé, ainsi que pour identifier le moyen de transport utilisé pour s'y rendre. Les RPU permettent également de renseigner l'issue des passages aux urgences, avec un bon niveau de précision, notamment en cas d'hospitalisation consécutive (excepté en UHCD), mais avec des réserves sur la complétude des informations en cas de survenue d'un décès. Les passages aux urgences suivis d'hospitalisation sont également enregistrés dans le PMSI. Une étude méthodologique rapprochant ces deux sources permettrait de poursuivre l'expertise de la qualité des informations relatives à la sortie des urgences collectées dans les RPU.

En revanche, les RPU présentent des limites, qui constituent autant de leviers d'amélioration. Le manque de consignes de codage émanant d'une source officielle et à destination des établissements constitue un problème majeur. S'y ajoutent la présence de doublons résiduels, ainsi que le défaut d'application par certains concentrateurs régionaux des règles fixées par l'arrêté encadrant la remontée des RPU (notamment les modalités de restitution de l'âge et du code géographique). Plusieurs éléments pourraient être mis en place pour en améliorer la qualité :

- Une harmonisation des pratiques de codage entre établissements, mais également entre concentrateurs régionaux, afin de renforcer la cohérence des informations enregistrées : âge au moment du soin, code géographique de la commune de résidence, date de sortie en cas d'admission en UHCD ou de clôture automatique des dossiers ;
- Un meilleur remplissage de certaines données qui restent insuffisamment renseignées : motifs de recours, actes, certaines variables administratives ;
- Une normalisation accrue de certaines données pour garantir un format similaire et améliorer la comparabilité des informations provenant des différents établissements (motifs de recours, diagnostics), en forçant par exemple l'utilisation de thésaurus prédéfinis, aux nombres limités d'items ;
- Une élimination systématique des doublons, qui pourrait être rendue possible par l'inclusion d'un identifiant dans les RPU, par exemple d'un numéro de passage ou numéro d'entrée dans le système d'information des établissements, voire de l'identifiant national de santé (INS), qui correspond au numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (NIR) du patient dans la grande majorité des cas ;
- Plus généralement, l'inclusion de l'INS dans les RPU les rendrait chaînables au PMSI et au Système national des données de santé (SNDS), favorisant ainsi la fiabilisation des informations collectées en routine sur les passages aux urgences, et permettant de positionner le recours aux soins non programmés dans le parcours de soins des patients avant et après leur passage aux urgences.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	2
■ DEUX SOURCES DE DONNÉES SUR LES PASSAGES AUX URGENCES, COLLECTÉES EN ROUTINE OU PONCTUELLEMENT	3
Les sources de données	3
Les résumés de passages aux urgences (RPU).....	3
L'enquête Urgences 2023.....	5
Expertise préalable : les données sont-elles comparables ?	7
Comparaison des volumes	7
Comparaison du contenu des recueils.....	7
■ MÉTHODE D'APPARIEMENT ET BILAN D'EXÉCUTION	9
Harmonisation des variables d'appariement et expertise préalable	9
Harmonisation des variables	9
Unicité des variables d'appariement	9
Étapes de l'appariement	10
Bilan d'exécution de l'appariement	11
■ COMPARAISON DE LA DESCRIPTION DES PARCOURS AU SEIN DES URGENCES.....	14
Circonstances d'arrivée aux urgences	14
Moyen de transport.....	14
Mode d'entrée.....	16
Circonstances de sortie des urgences	17
Mode de sortie des urgences	18
Destination des patients	19
Orientation des patients.....	20
Patients admis en UHCD.....	20
Horodatages	21
Date et heure de l'entrée (enregistrement)	21
Date et heure de la sortie et durée du passage	21
■ COMPARAISON DES INFORMATIONS D'ORDRE MÉDICAL	24
Motifs de recours aux urgences	24
Diagnostics principaux	25
■ AU BILAN, QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LES RPU ?	27
■ POUR EN SAVOIR PLUS	29
Annexe 1. Taux de passages aux urgences appariés par département.....	30
Annexe 2. Complément à l'analyse des parcours au sein des urgences	31

■ INTRODUCTION

L'activité des structures des urgences est une donnée capitale pour suivre, caractériser et comprendre le recours non programmé aux soins. Sa surveillance rapprochée permet de détecter au plus vite l'apparition d'épidémies et d'événements inattendus, ou encore de suivre la fréquentation des urgences en routine comme lors de circonstances exceptionnelles. Le recueil standardisé et automatisé des informations relatives à l'ensemble des passages aux urgences est obligatoire depuis 2014 au niveau national². Les données qui remontent quotidiennement des établissements autorisés en médecine d'urgence vers des concentrateurs régionaux sont appauvries de leurs informations présentant un risque élevé de réidentification, puis transmises mensuellement³ à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui les consolide. Les résumés de passage aux urgences (RPU) fournissent une description dépourvue d'identifiant de chaque passage dans un service d'urgences générales ou pédiatriques et contiennent des informations administratives, démographiques ainsi que médicales : notamment la date, l'heure d'arrivée et de sortie, le mode d'arrivée et de sortie des urgences, le motif de recours, les caractéristiques démographiques, les principales pathologies ou problèmes de santé diagnostiqués.

Les RPU ont de multiples usages, pour des acteurs variés (agences régionales de santé [ARS], ATIH, Santé publique France, Fédération des observatoires des urgences [Fedoru], ministère de la Santé). Ils sont exploités pour la production en routine d'indicateurs permettant de surveiller les niveaux d'activité des services des urgences dans certaines régions. Ils sont à l'origine de la diffusion de synthèses d'activité qui donnent la possibilité aux professionnels des établissements de suivre leur activité, la typologie de leurs patients, ou encore les modalités de leur prise en charge. Ils contribuent aussi à l'évaluation de pratiques (registres de pratiques, audits de filières de soin), et constituent un outil de contrôle de gestion pour les établissements. Les informations contenues dans les RPU sont également utilisées pour la veille sanitaire et tout particulièrement pour la détection précoce d'événements critiques ou inhabituels (épidémies ou événements extrêmes notamment) dans le cadre de la surveillance syndromique⁴ (via le réseau de Surveillance sanitaire des urgences et des décès [SURSAUD] de Santé publique France). Enfin les RPU contribuent à la production d'études scientifiques, à l'analyse d'événements indésirables, ou encore à l'évaluation de protocoles de prises en charge.

La fiabilité et la qualité des RPU sont déterminantes pour apporter des réponses pertinentes à la hauteur des attentes. Si les données se sont améliorées sur la dernière décennie (Khaoua, 2024), elles restent affectées d'un défaut d'exhaustivité et de qualité (Fedoru, 2024). Des mesures de financement incitatives ont été prises en 2021 pour en améliorer la qualité, dans le cadre de la refonte du financement des urgences. L'analyse de la qualité du remplissage des RPU, permettant d'en apprécier la pertinence et les limites, constitue un préalable indispensable à leur exploitation. L'enquête Urgences 2023 apporte un point de comparaison ponctuel pour en évaluer la qualité, dans une perspective de validation externe. En effet, cette enquête à caractère obligatoire, conduite auprès de l'ensemble des structures des urgences des hôpitaux et cliniques de France les 13 et 14 juin 2023, collecte des éléments communs avec ceux remontant en routine dans les RPU. Bien qu'elle ne porte que sur 24 heures, son exhaustivité et la qualité de sa mise en œuvre en font une source de choix pour expertiser les informations contenues dans les RPU.

La présente étude a ainsi pour objectif de déterminer la qualité des informations contenues dans les RPU en les confrontant à celles issues de l'enquête Urgences 2023, au moyen d'un appariement statistique entre ces deux sources. La qualification des informations disponibles, ainsi que l'identification des facteurs susceptibles d'influencer la qualité du codage (liés notamment aux caractéristiques des établissements ou aux profils des patients), permettent d'apprécier dans quelle mesure et à quelles fins les RPU peuvent d'ores et déjà être exploités, tout en mettant en évidence des leviers d'amélioration de leur qualité. L'analyse ci-après évalue les RPU dans leur globalité, et n'a pas vocation à être déclinée par établissement.

² Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.

³ La transmission s'effectue à une fréquence hebdomadaire depuis le 1^{er} février 2026, mais elle était encore mensuelle au moment de l'enquête Urgences 2023 ([Instruction n° DGOS/AS3/DGS/2025/173 du 31 décembre 2025 relative à la modification de l'arrêté régissant la remontée des RPU](#)).

⁴ La surveillance syndromique repose sur la collecte et l'analyse automatisées d'un ensemble d'informations non spécifiques, médicales et autres, afin de détecter rapidement toute variation sortant de l'ordinaire, et devant faire l'objet d'une investigation.

■ DEUX SOURCES DE DONNÉES SUR LES PASSAGES AUX URGENCES, COLLECTÉES EN ROUTINE OU PONCTUELLEMENT

Les sources de données

Les résumés de passages aux urgences (RPU) et l'enquête Urgences 2023 sont deux sources collectant des données sur les passages aux Urgences. Elles comportent des points de convergence, mais aussi des spécificités, concernant sur le mode de collecte, la temporalité du remplissage (à différents stades du parcours des patients), les informations collectées et leurs définitions, ou encore les consignes de codage.

Les résumés de passages aux urgences (RPU)

Définis par la Société française de médecine d'urgence (SFMU), la direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé (DGOS), et Santé publique France, les RPU contiennent des informations administratives, démographiques et médicales pour chaque patient pris en charge aux urgences. Ils concernent tous les établissements de santé autorisés en médecine d'urgence et leur transmission est obligatoire sur l'ensemble du territoire national depuis 2014. Elle se fait à l'échelle du Finess géographique, c'est-à-dire pour chaque site physique des établissements de santé.

Les RPU sont renseignés par plusieurs groupes professionnels, dans des contextes organisationnels pouvant différer entre établissements, ou avec la fréquentation des urgences : personnel administratif d'accueil, infirmière organisatrice de l'accueil (IOA), personnel de facturation, voire personnel médical. La remontée des RPU par les établissements s'effectue quotidiennement et de manière automatique vers un concentrateur régional (ARS, observatoire régional des urgences [ORU], ou structure apparentée). Celui-ci les retransmet quotidiennement vers Santé publique France (pour alimenter le réseau [OSCOUR](#)⁵) et mensuellement à l'ATIH (en 2023⁶), après un appauvrissement des informations présentant un risque élevé de réidentification.

Les données collectées systématiquement sur les passages aux urgences dans les RPU se distinguent de celles remontant dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'ATIH sur les passages aux urgences, notamment par leur temporalité (mensuelle pour les données provisoires du PMSI, annuelle pour les données consolidées), ainsi que par leur plus grand niveau de détail sur le passage lui-même. Plus précisément, le PMSI contient la date du passage aux urgences (mais pas l'heure), l'établissement d'accueil ainsi que certaines caractéristiques du bénéficiaire. Il permet également d'identifier les passages suivis d'une hospitalisation et de reconstituer le parcours hospitalier consécutif. En revanche, il ne renseigne ni le mode d'arrivée, ni le motif de recours, ni le diagnostic principal établi aux urgences. Contrairement au PMSI, les RPU ne font pas l'objet de consignes de codage officielles émanant des ministères sociaux, ce qui entraîne un manque d'harmonisation des pratiques. Cependant, la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) a émis des recommandations pour uniformiser les définitions et processus de production. Elle propose notamment des supports définissant les normes des données attendues : la Figure 1, qui en fait partie, résume les principales informations collectées et permet de visualiser la temporalité de la collecte des différents éléments.

Il convient de noter que les admissions en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont, dans les RPU, un mode de sortie à part entière, car entraînant en principe l'ouverture d'un séjour hospitalier remontant dans le PMSI. Elles sont théoriquement enregistrées comme une « mutation » ou un « transfert » vers un établissement de santé, avec une « destination » en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et une « orientation » vers l'UHCD. L'heure correspondante est alors assimilée dans les RPU à la date et à l'heure de sortie des urgences du patient.

Les données mises à disposition sont préalablement appauvries par les concentrateurs régionaux avant transmission à l'ATIH selon le procédé suivant⁷ : suppression du nom de la commune de résidence et remplacement du code postal de cette commune par un code appelé « géographique »⁸ (dans les conditions également mises en œuvre dans le PMSI), remplacement de la date de naissance par l'âge exprimé en années et calculé à la date de passage aux urgences. L'ATIH effectue quant à elle un travail de consolidation, validation et retraitement des données, avec notamment une suppression des doublons exacts sur toutes les variables, ou encore la correction des Finess (Fedoru, 2024). Les données diffusées comprennent 32 variables. 14 d'entre elles ont été retenues pour l'analyse, dans la mesure où elles se rapportent à des concepts comparables à ceux de l'enquête Urgences. Une sélection d'admissions aux urgences a été réalisée pour les visites débutant entre le 13 juin 2023, 8h, et le 14 juin 2023, 8h, pour se placer sur un champ comparable à celui de l'enquête.

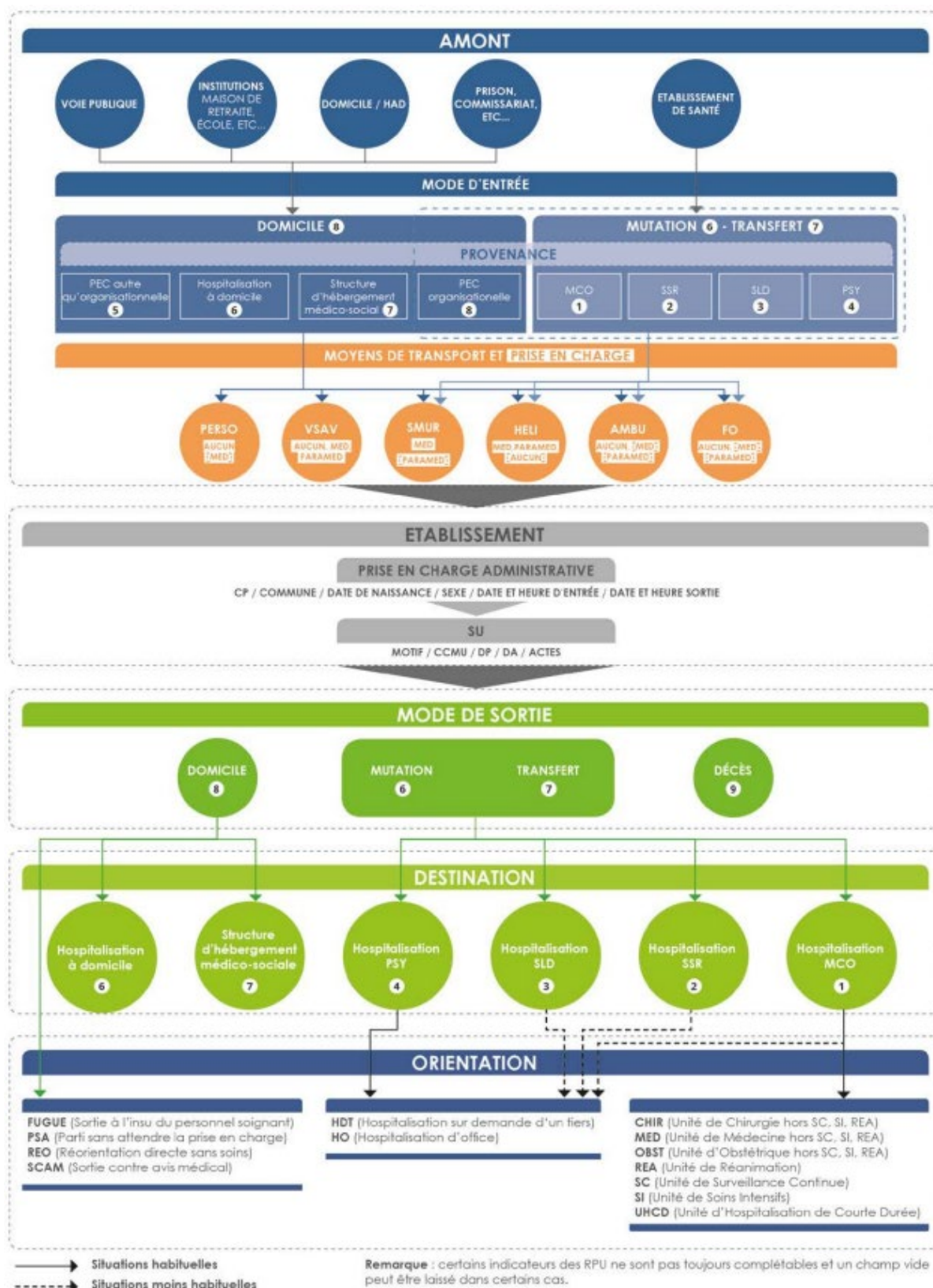
⁵ Le réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) est l'une des quatre sources du système de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SURSAUD) développé par Santé publique France.

⁶ Depuis le 1^{er} février 2026, la remontée vers l'ATIH s'organise pour devenir hebdomadaire (arrêté du 6 février 2026 modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation).

⁷ D'après l'article 6 de l'arrêté 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.

⁸ Il s'agit du code postal lorsque celui-ci a plus de 1 000 habitants, et d'un code postal agrégé dans le cas contraire.

Figure 1 Structuration des informations collectées dans les RPU

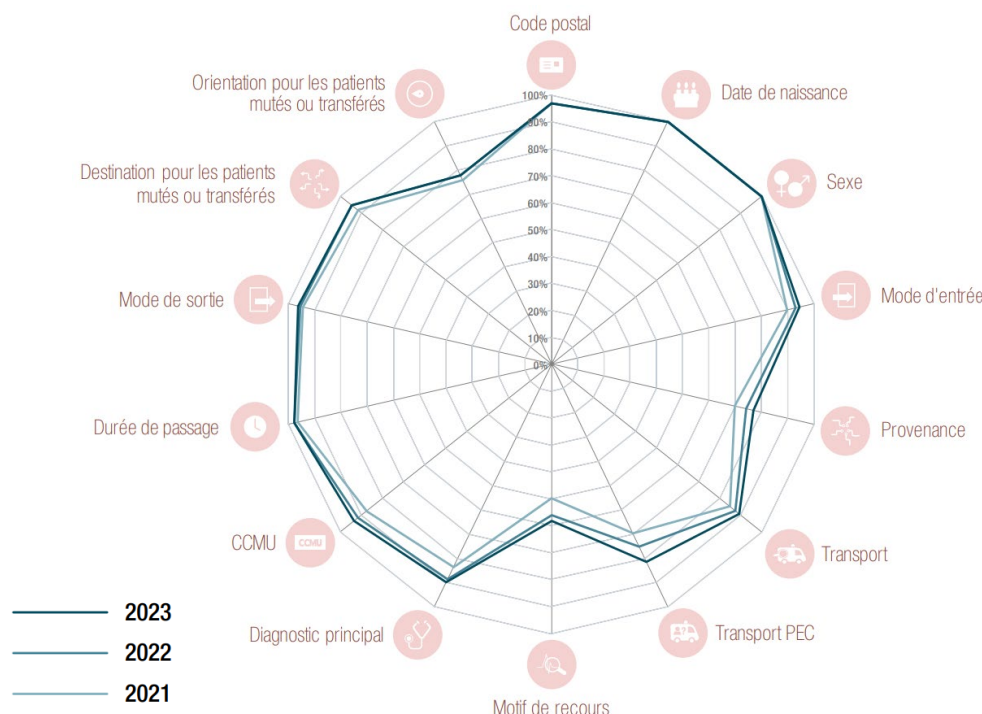


AMBU : ambulance ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; CP : code postal ; DP/DA : diagnostic principal / associé ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; FO : forces de l'ordre ; HAD : hospitalisation à domicile ; HELI : hélicoptère ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PEC : prise en charge ; PSY : psychiatrie ; SLD : soins de longue durée ; SMUR : structures mobiles d'urgence et de réanimation ; SSR (ex SMR) : soins médicaux et de réadaptation ; VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes (pompiers).

Source > Fedoru, format des éléments de collectes et règles de codage : https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2022/03/2_GT1_V02_Forum-des-elements-collectes-et-regles-de-codage.pdf

La remontée des RPU fait preuve d'une bonne exhaustivité par rapport au nombre de passages aux urgences estimés à partir de la statistique annuelle des établissements (SAE), qui constitue la donnée de référence [Khaoua, 2024]. Cependant, la conformité de leur remplissage est de qualité variable, et ce particulièrement pour certains champs des RPU qui ne sont pas toujours renseignés au bon format, donc inexploitable (Fedoru 2024) [Figure 2].

Figure 2 Radar d'exploitabilité des items des RPU



CCMU : classification clinique des malades des urgences ; PEC : prise en charge.

Note > L'exploitabilité s'entend comme la combinaison de l'exhaustivité et de la conformité (variable remplie et au bon format). Elle est calculée sur les variables des RPU pour lesquelles une réponse est systématiquement attendue (certaines variables doivent rester vides dans divers cas de figure).

Source > Fedoru, Panorama 2024 : https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2024/11/PANORAMA_FEDORU_2023.pdf.

L'enquête Urgences 2023

L'enquête Urgences 2023⁹ a été conduite auprès de l'ensemble des services des urgences des hôpitaux et cliniques de France le mardi 13 juin 2023, de 8h le matin au lendemain à 8h, apportant une photographie de l'activité un jour moyen. Elle concerne tous les points d'accueil des structures des urgences générales et pédiatriques autorisées au sens de l'article R.6123-1 du Code de la santé publique. Les données peuvent être regroupées à l'échelle du Finess géographique, c'est-à-dire de chaque site physique hébergeant les points d'accueil. L'enquête comporte deux volets complémentaires, recueillis le même jour : un recueil administratif sur les points d'accueil décrivant leur organisation (volet « Structure ») et un volet sur les patients qui s'y sont rendus pendant les 24 heures de l'enquête. C'est ce dernier dont les données ont été mobilisées pour l'appariement.

Le jour de l'enquête, les structures des urgences de France hors Mayotte¹⁰ ont reçu 58 500 passages (estimation issue de l'enquête en tenant compte de la non-réponse). Au total, 55 800 questionnaires « Patient » ont été recueillis (soit un taux de réponse de 95 %), dans 699 points d'accueil des urgences (parmi les 719 points d'accueil dénombrés dans les 612 établissements autorisés pour l'activité d'urgences générales et pédiatriques). La collecte a été réalisée par des personnels des hôpitaux et cliniques mobilisés spécifiquement (majoritairement par des personnels habituels, mais intervenant en renfort, en plus de l'équipe soignante), qui ont interrogé les patients et saisi les informations sur leur parcours aux urgences. Les questionnaires, remplis au format papier, ont été saisis

⁹ L'enquête a été conduite par la Drees en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et le Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques (GFRUP), et en collaboration avec Samu-Urgences de France (SUdF), l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) et le Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée (SNUHP).

¹⁰ Seule la structure d'urgences de Mayotte n'a pas répondu au volet « Structure » de l'enquête.

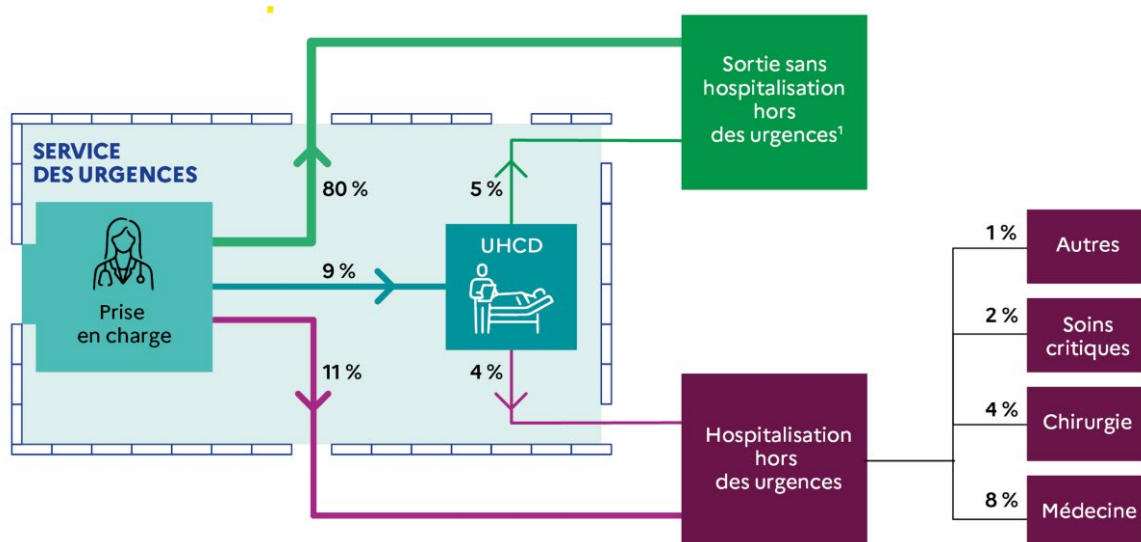
sur un site internet dédié, le plus souvent au cours du mois qui a suivi l'enquête, mais avec une clôture officielle du site de saisie mi-octobre.

L'enquête Urgences distingue les usagers qui ne passent pas par l'UHCD (les plus nombreux : 91 %), de ceux qui y passent (9 %) [Figure 3]. La date et heure d'entrée dans cette unité est recueillie, et l'enquête Urgences collecte aussi les informations de sortie des urgences après l'UHCD (date et heure, mode de sortie, diagnostic principal, type de service hospitalier le cas échéant). En effet, cette unité, destinée à accueillir les patients en observation pour une surveillance et la mise en adéquation entre diagnostic, gravité et parcours de soins, est considérée dans l'enquête Urgences comme faisant partie intégrante de la structure des urgences.

Pour favoriser le bon déroulé de l'enquête et harmoniser son remplissage, les professionnels de santé ont été informés et formés en amont de l'enquête par le biais d'une lettre-avis, de courriers électroniques et d'un webinaire. Une foire aux questions (FAQ) a aussi été mise à leur disposition, ainsi que des consignes de remplissage et des listes de nomenclatures à utiliser pour renseigner les motifs de recours et les diagnostics principaux (tout le matériel de collecte est disponible sur la [page dédiée à l'enquête Urgences 2023](#) du site de la Drees).

Le remplissage des questionnaires de cette enquête ponctuelle a fait l'objet d'une attention particulière, avec le plus souvent des personnels dédiés en renfort le jour de l'enquête. La qualité des réponses recueillies y est vraisemblablement supérieure à celle figurant dans des informations collectées en routine. Elle peut ainsi servir de référence pour l'évaluation de la qualité du contenu des RPU.

Figure 3 Parcours des patients d'après l'enquête Urgences 2023



UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

1. Retour à domicile, en EHPAD, réorientation vers une autre offre de soins, parti sans attendre, etc.

Note > Pour les patients hospitalisés en UHCD, la date et l'heure de leur sortie correspondent à celle de la fin de leur séjour en UHCD. Pour les autres, c'est la date et l'heure de leur départ du service des urgences.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; Etudes et résultats n°1334 Drees.

Comparaison des volumes

Une analyse comparative de l'ensemble des passages aux urgences issus des deux sources est menée en amont de l'appariement. Au préalable, les données des RPU ont été filtrées pour se restreindre aux passages aux urgences ayant eu lieu entre le 13 juin 2023 8h et le 14 juin 2023 8h. De même, les passages de l'enquête Urgences sans heure d'enregistrement (N=28) ou avec une heure d'enregistrement antérieure à 8h le 13 juin (N=34) ou postérieure à 8h le 14 juin (N=19) ont été exclus de l'analyse. Les lignes en doublons pour un même passage ont été supprimées (N=236 dans l'enquête et N=40 dans les RPU), en ne conservant que la ligne présentant le taux de remplissage le plus élevé lorsque celui-ci différait¹¹. Une correction a également été apportée aux numéros Finess¹² de deux établissements voisins, dont les passages remontaient séparément dans les RPU, mais conjointement et sur un autre Finess dans l'enquête Urgences.

Ainsi, sur 24 heures, à partir du 13 juin 2023 à 8h, l'enquête comptabilise un total de 55 449 passages remontés via 596 Finess différents, et les RPU en comptent 59 632 dans 614 Finess. La répartition des entrées par heure est similaire (Figure 4), bien que toujours un peu plus élevée dans les RPU, mais la différence s'atténue si l'on se restreint aux Finess remontant des données dans les deux sources (Figure 4). Ceux-ci sont au nombre de 593 et la répartition du nombre de passages par Finess est comparable dans chacune des sources (Figure 5). Seuls 3 Finess de l'enquête Urgences ne sont pas dans les RPU, tandis que 21 Finess des RPU ne sont pas dans l'enquête. Il s'agit, pour ces derniers, de 6 établissements en dehors du champ de l'enquête Urgences, car non autorisés au sens de l'article R.6123-1 du Code de la santé publique, et de 15 établissements interrogés dans l'enquête mais n'ayant pas rempli les questionnaires « Patient », dont le centre hospitalier de Mayotte (104 passages dans les RPU le jour de l'enquête).

À l'inverse, tous les Finess de l'enquête Urgences font théoriquement partie du champ des RPU : l'absence de trois d'entre eux dans les RPU pourrait être un défaut de transmission (l'un des centres hospitaliers absent des RPU a notamment été victime d'une cyber-attaque quelques mois avant l'enquête, ce qui pourrait expliquer l'absence de RPU sur la période), ou encore une question de périmètre (avec des données remontant via un autre Finess des RPU).

Comparaison du contenu des recueils

Les variables retenues pour l'analyse ci-après sont celles qui se rapportent à des concepts comparables dans les deux sources de données. Elles contiennent des informations :

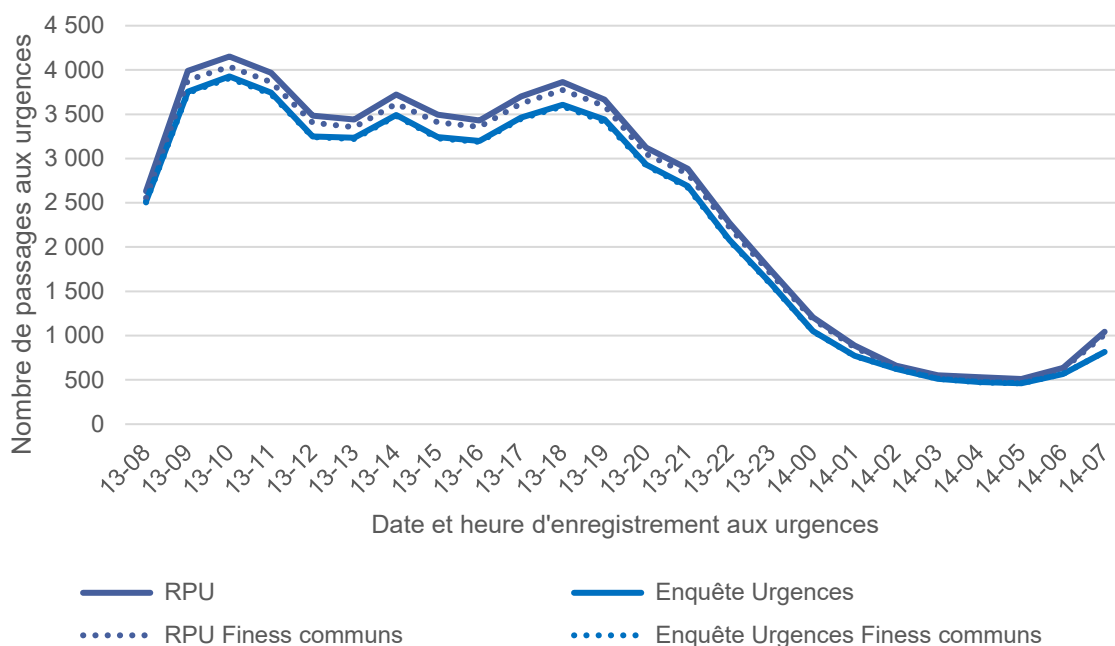
- indirectement identifiantes, qui pourront être mobilisées pour procéder au rapprochement des données, et portant sur le numéro Finess géographique de l'établissement hébergeant le point d'accueil des urgences, la date et l'heure d'enregistrement à l'entrée des urgences, l'âge, le sexe et la commune de résidence du patient ;
- sur le parcours au sein des services des urgences, et portant plus particulièrement sur les circonstances de l'arrivée et de la sortie des urgences ;
- sur les circonstances médicales du passage aux urgences, c'est-à-dire le motif de recours enregistré à l'arrivée et les diagnostics établis à l'issue de l'examen médical.

¹¹ Les doublons désignent, d'une part, les lignes pour lesquelles toutes les variables parmi celles retenues pour la présente analyse sont strictement identiques (N=36 dans l'enquête et N=4 dans les RPU). Dans ces cas-là, seule une ligne est conservée. D'autre part, les lignes en doublon sont aussi celles pour lesquelles toutes les variables d'appariement sont identiques, mais avec un taux de remplissage variable des autres informations. Dans ces cas-là, seule la ligne avec le meilleur taux de remplissage est conservée.

Plus précisément, le repérage des doublons se fait sur la base d'une égalité entre variables d'appariement (âge, sexe, code géographique, Finess géographique de l'établissement hébergeant le point d'accueil des urgences, date et heure d'enregistrement aux urgences). Pour les RPU, l'égalité sur la date d'enregistrement est stricte (à la minute près). Pour l'enquête Urgences, l'égalité ne porte que sur l'heure d'enregistrement, mais l'égalité sur l'âge est plus stricte car elle se fait au niveau de la date de naissance (contre l'âge en années dans les RPU).

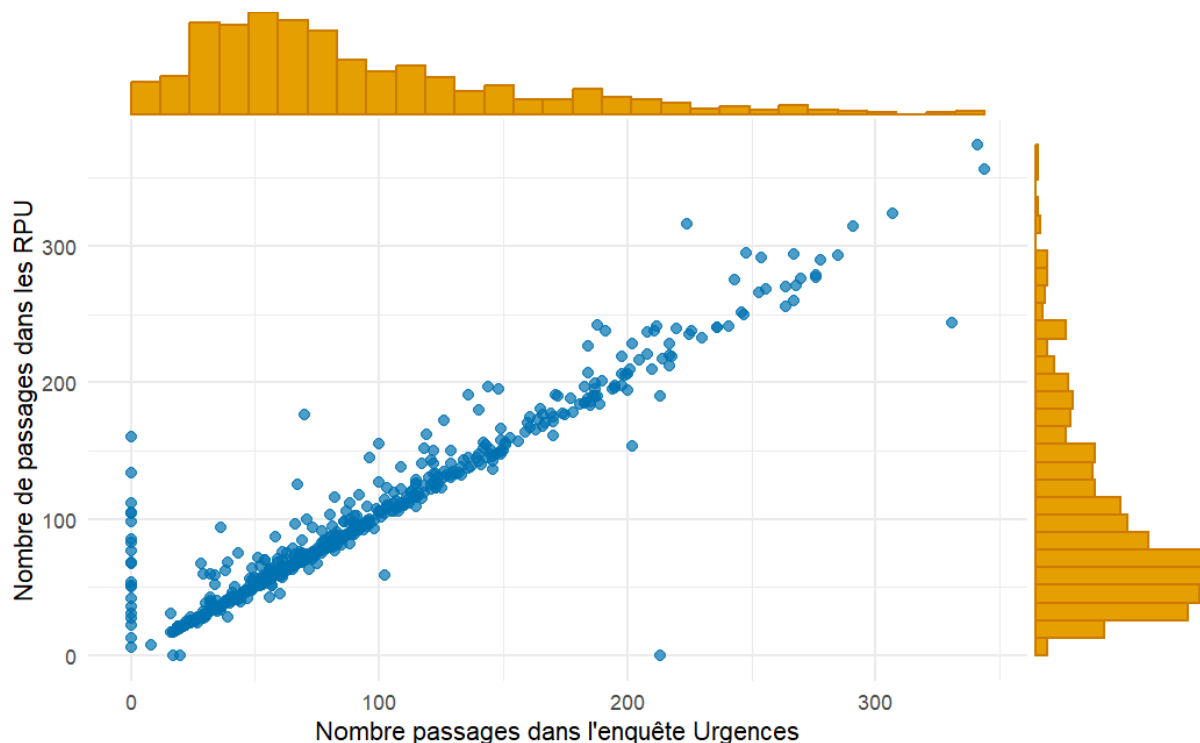
¹² Dans ce document, le terme Finess s'entend au sens de l'établissement géographique.

Figure 4 Nombre de passages aux urgences le jour de l'enquête Urgences 2023, d'après l'enquête et les RPU, par heure d'enregistrement



Note > Le nombre de passages aux urgences est indiqué pour tous les établissements de santé (Finess géographiques) présents dans l'une ou l'autre des sources d'une part, et pour ceux remontant des données dans les deux sources de données d'autre part (Finess communs).
Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France.
Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU ; calculs Drees.

Figure 5 Comparaison du nombre de passages aux urgences le jour de l'enquête Urgences 2023, d'après l'enquête et les RPU, par Finess



Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France.
Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU ; calculs Drees.

■ MÉTHODE D'APPARIEMENT ET BILAN D'EXÉCUTION

Les RPU et l'enquête Urgences sont deux bases de données pseudonymisées, qui ne contiennent pas d'identifiant unique commun permettant d'en relier les enregistrements de manière exacte (comme le numéro de sécurité sociale [NIR] ou le code statistique non significatif [CSNS]), ni tous les traits d'identité permettant usuellement de retrouver le NIR dans les bases de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) [nom, prénoms, sexe, date et lieu de naissance]. Leur appariement s'opère donc sur la base de variables présentes dans les deux fichiers, qui sont comparées pour lier ou non les paires, dénommées ci-après variables d'appariement.

Harmonisation des variables d'appariement et expertise préalable

Harmonisation des variables

Les variables de l'enquête et des RPU envisagées comme clés d'appariement ont des définitions semblables, mais doivent être standardisées, afin que le rapprochement des données soit possible entre les deux bases.

Les prétraitements suivants sont notamment effectués sur les données de l'enquête Urgences :

- Calcul de l'âge du patient au moment du passage aux urgences (âge révolu), de l'âge en jours pour les nourrissons, et de l'âge atteint dans l'année, à partir des dates de naissance figurant dans l'enquête ;
- Transformation du code postal de résidence du patient en code géographique PMSI, en s'appuyant sur [la table de passage de l'ATIH pour l'année 2023](#) ;

Cette dernière correction est aussi appliquée sur la variable « code géographique » des RPU qui contient de fait des codes postaux résiduels (2,3 % des codes géographiques sont concernés, N=124/5 407 codes distincts).

Après harmonisation, les variables communes aux deux sources utilisées pour l'appariement sont le numéro Finess géographique de l'établissement hébergeant la structure des urgences, la date et l'heure d'enregistrement à l'entrée des urgences, l'âge (révolu, mais également aussi l'âge en jour ou l'âge atteint dans l'année dans des circonstances spécifiques), le sexe et le code géographique de résidence du patient.

Unicité des variables d'appariement

La faisabilité et la qualité de l'appariement indirect reposent sur le remplissage des variables pressenties pour le rapprochement des sources, ainsi que sur la capacité discriminante des combinaisons de variables. En effet, l'appariement est rendu complexe par la présence de variables manquantes dans l'une ou l'autre des sources de données. Par ailleurs, même lorsque ces variables sont complètes, leur combinaison ne garantit pas toujours l'unicité des enregistrements.

Figure 6 Taux de complétude des variables d'appariement dans chaque source de données



Note > Ces valeurs sont obtenues après une suppression préalable des données de l'enquête Urgences aux heures d'enregistrement manquantes (N=28).

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France.

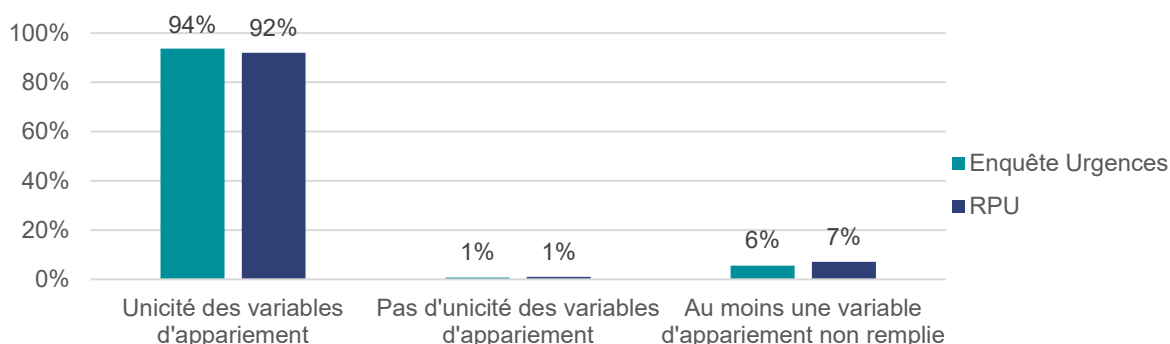
Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU ; calculs Drees.

Les variables d'appariement sont globalement bien remplies dans les deux sources de données (Figure 6). Le code géographique l'est toutefois moins avec 7 % de valeurs manquantes dans les RPU, et 4 % dans l'enquête

Urgences. Le sexe présente près de 2 % de valeurs manquantes dans l'enquête Urgences, et quasiment aucune dans les RPU¹³.

Quand toutes ces variables sont remplies, 99 % des combinaisons de Finess, date et heure d'entrée, âge, sexe et commune de résidence sont uniques. En tenant compte des valeurs manquantes, elles le sont pour 94 % des passages de l'enquête Urgences et 92 % dans les RPU (Figure 7). Les clés d'appariement retenues présentent ainsi une capacité discriminante élevée, qui se réduit toutefois en présence de valeurs manquantes. En l'absence d'unicité des combinaisons de variables, un recours plus précis à l'horodatage permet néanmoins d'améliorer la qualité de l'appariement, en comparant non pas uniquement les heures de passage, mais des intervalles temporels resserrés (moins de 10 minutes, voire moins d'une minute).

Figure 7 Proportion de combinaisons uniques d'âge, sexe, code géographique de résidence, par Finess et par date et heure



Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Étapes de l'appariement

L'appariement est réalisé en six étapes successives. Chaque étape s'applique uniquement aux passages restés non appariés à l'issue de l'étape précédente. Les étapes sont les suivantes :

1. Appariement « exact » des passages pour lesquels il existe une correspondance de toutes les variables retenues (Finess, âge, sexe, code géographique de la commune de résidence, date et heure d'enregistrement), en tolérant une différence d'une heure. L'âge s'entend ici comme l'âge en années révolues au moment du passage aux urgences, ou l'âge en jour pour les nourrissons.
2. Appariement similaire, mais en autorisant une différence d'âge d'un an. En effet, contrairement aux consignes de codage, certains concentrateurs régionaux des RPU ne calculent pas l'âge en années révolues, mais l'âge atteint (ou qui sera atteint) dans l'année. Ce phénomène est donc logiquement concentré sur certains Finess.
3. Appariement sans utiliser le code géographique de la commune de résidence qui présente de nombreuses valeurs manquantes.
4. Appariement sans utiliser le sexe, restreint aux passages de l'enquête Urgences avec un sexe inconnu.
5. Appariement sans âge, restreint à un Finess pour lequel aucun âge n'est renseigné dans les RPU.
6. Enfin, appariement uniquement sur le Finess et l'heure exacte de passage aux urgences, en ne tolérant qu'une minute de différence entre les heures d'enregistrement. Cela permet d'apparier des passages pour lesquels le sexe ou l'âge manquent dans l'une ou l'autre des sources. En revanche, les correspondances pour lesquelles l'âge et le sexe sont renseignés mais non concordants ne sont pas retenues dans l'appariement.

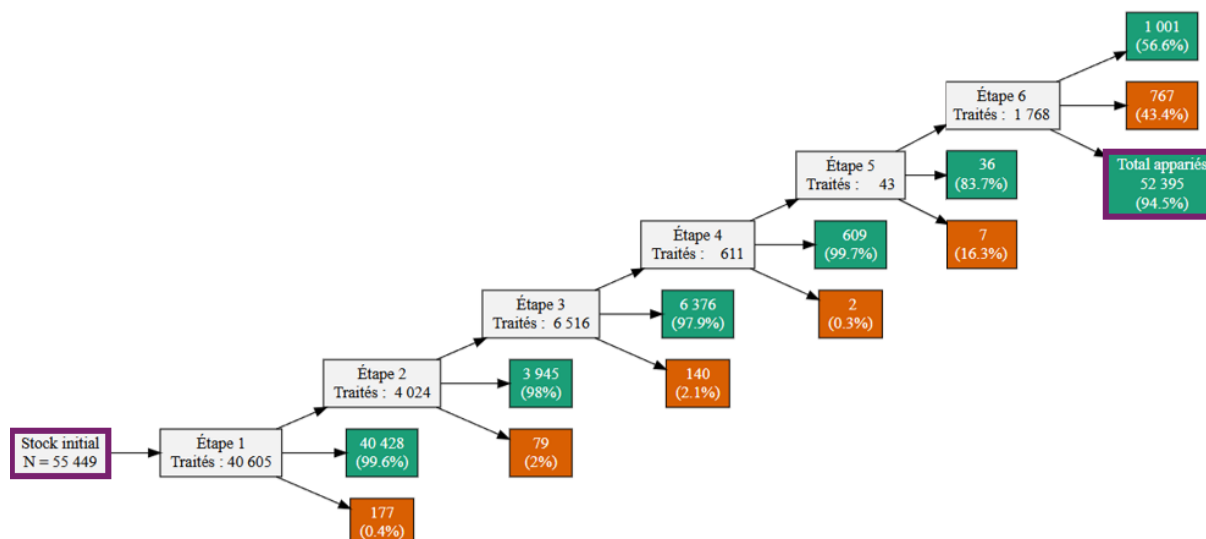
En cas de correspondances multiples à une étape donnée (sauf la dernière), le rapprochement des données est affiné en ciblant successivement les passages espacés d'une minute ou moins, puis de trois minutes ou moins, et enfin de dix minutes ou moins. On ne retient à la fin de chaque étape que les correspondances uniques, qui permettent de procéder à l'appariement sans ambiguïté.

Les étapes de l'appariement ainsi que leur bilan d'exécution sont résumées en figure 8.

¹³ Dans les RPU, un âge manquant n'est pas forcément une valeur non renseignée. Il s'agit dans quelques cas (concentrés sur deux Finess) d'un âge codé à 0 associé à un âge en jour codé à 999, alors que l'âge en jour prend normalement une valeur entre 0 et 365 pour les nouveau-nés (d'âge 0) et la valeur 999 pour les plus d'un an.

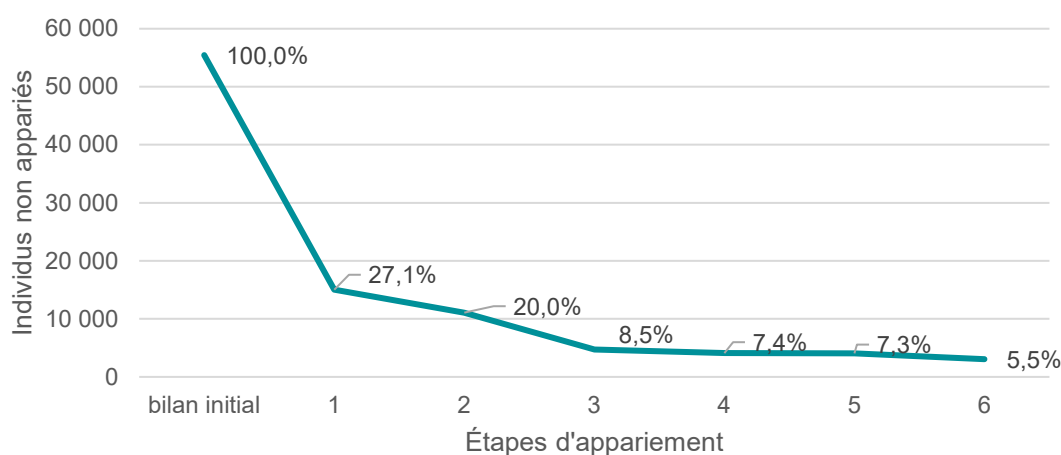
Figure 8 Étapes de l'appariement et bilan d'exécution

a) Détail des passages de l'enquête Urgences mis en correspondance avec ceux des RPU à chaque étape



Note > À chaque étape, le nombre de correspondances uniques (en vert) et multiples (en orange) est déterminé. Seules les correspondances uniques sont conservées pour l'appariement.

b) Nombre de passages de l'enquête Urgences non appariés à l'issue de chaque étape



Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Bilan d'exécution de l'appariement

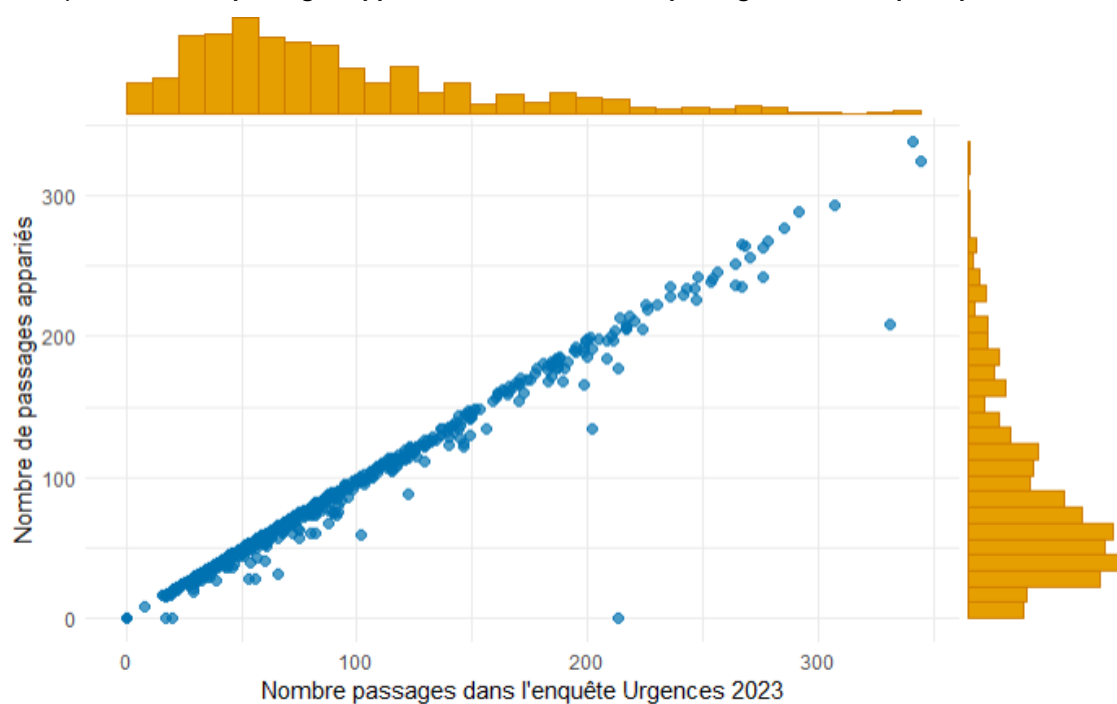
Un total de 52 395 passages sont appariés à l'issue de cet algorithme, soit 94,5 % des passages de l'enquête Urgences. Les deux premières étapes d'appariement, mobilisant toutes les variables retenues, permettent à elles-seules d'apparier 80,0 % des passages de l'enquête (72,9 % pour la seule étape 1) [Figure 8.b].

La grande majorité (96 %) des établissements ayant répondu à l'enquête Urgences et figurant dans les RPU ont un taux d'appariement supérieur ou égal à 80 % entre les deux sources (Figure 9). Ces points d'accueil concentrent près de 97 % des passages enregistrés dans l'enquête Urgences et 98 % des passages appariés (Figure 10).

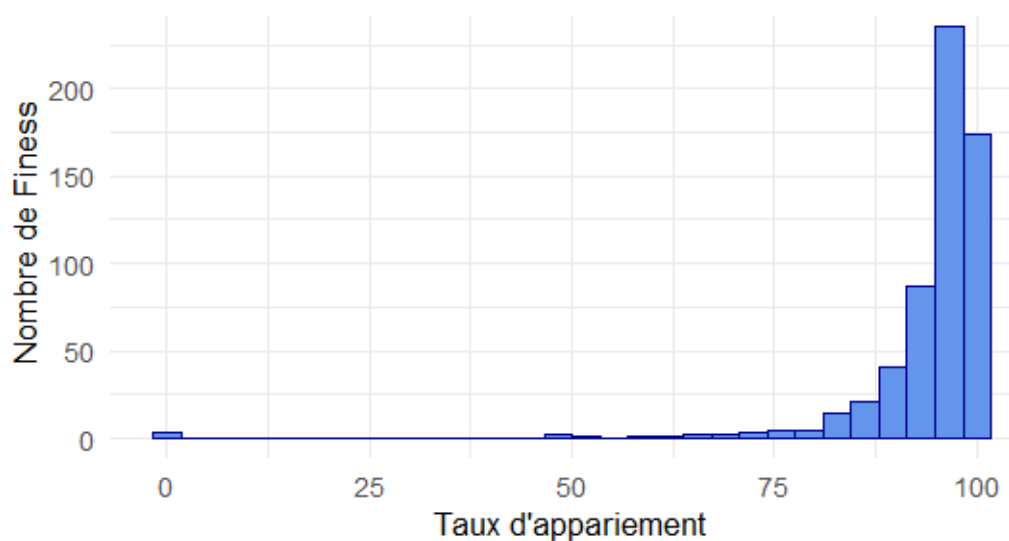
Cependant, 18 établissements ont un taux plus faible (67,5 % en moyenne, compris entre 47,0 % et 78,2 %) [Figure 9], et 3 autres (qui cumulent 250 passages) ne figurent pas dans les RPU (leur taux d'appariement est donc nul). Ces résultats se retrouvent à une échelle plus agrégée : les départements aux taux d'appariement les plus faibles sont ceux où se trouvent ces établissements (Annexe 1).

Figure 9 Expertise de l'appariement par Finess répondant à l'enquête Urgences 2023

a) Nombre de passages appariés et nombre total de passages dans l'enquête par Finess



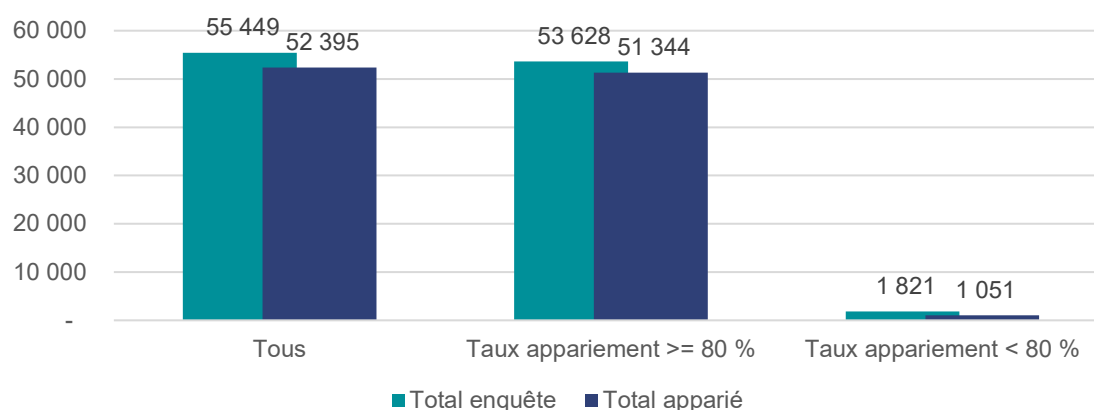
b) Distribution des taux d'appariement par Finess



Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Figure 10 Bilan global de l'appariement, en distinguant les Finess dont plus de 80 % des passages sont concordants entre les deux sources de données



Note > Tous : nombre total de passages de l'enquête, soit appariés, soit non appariés. Taux appariement ≥ ou < 80 % : nombre de passages (total ou appariés) pour les Finess avec plus ou moins de 80 % de concordance.

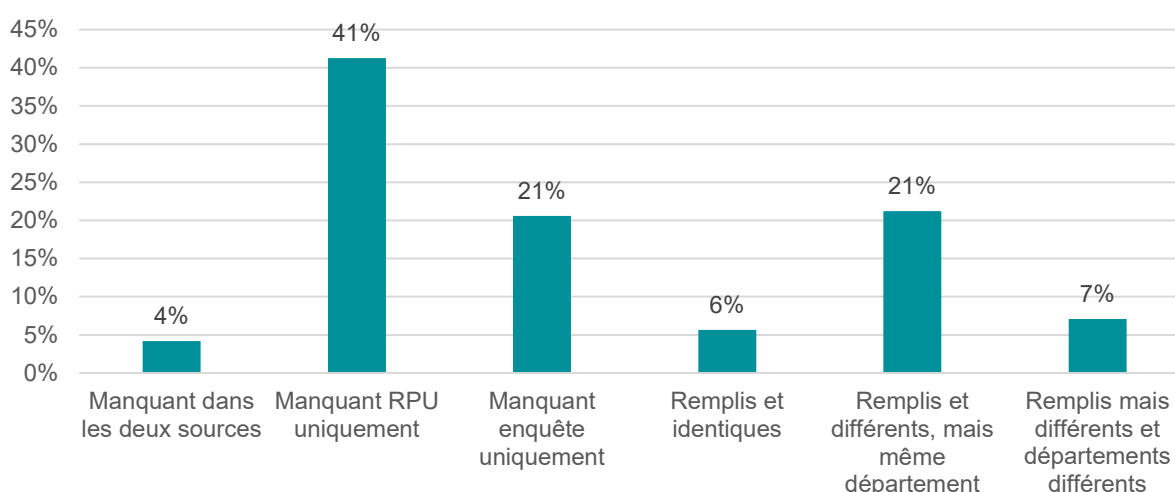
Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Parmi les passages de l'enquête Urgences non appariés (N=3 054), près de 20 % présentent des informations manquantes (âge, sexe ou code géographique de résidence). Plus de 20 % ont été écartés car ils correspondaient à plusieurs passages des RPU, sans qu'il soit possible de trancher. Pour le reste, l'échec de l'appariement peut s'expliquer en partie par un léger manque d'exhaustivité des RPU, ainsi que par un éventuel manque de concordance des variables indirectement identifiantes. C'est par exemple le cas si les informations d'un même établissement remontent via deux Finess différents dans l'enquête et dans les RPU, ou si le code géographique diverge. En particulier, ce code est déclaratif dans l'enquête, tandis qu'il remonte généralement via les systèmes d'informations hospitaliers dans les RPU, avec le risque que les informations ne soient pas à jour.

À cet égard, il est possible de comparer les informations sur la géographie de résidence pour les passages appariés sans utilisation de cette information (étapes 3 et 6 de l'appariement), qui représentent 14 % des passages appariés (N=7 377). Pour 66 % de ces passages, les codes géographiques sont incomplets ou manquants dans l'une ou l'autre des sources (Figure 11). 6 % d'entre eux présentent des codes géographiques bien renseignés et identiques, 21 % des codes différents, mais avec une convergence au niveau du département, tandis que 7 % d'entre eux pointent vers des départements différents.

Figure 11 Comparaison des codes géographiques pour les passages appariés sans utilisation de cette variable



Note > Cette analyse est restreinte aux passages aux urgences appariés entre les RPU et l'enquête Urgences, sans que le processus d'appariement ne mobilise le code géographique de la commune de résidence.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

■ COMPARAISON DE LA DESCRIPTION DES PARCOURS AU SEIN DES URGENCES

L'appariement des RPU à l'enquête Urgences vise à évaluer la qualité des informations qu'ils contiennent dans leur globalité, et non établissement par établissement. L'enquête Urgences constitue la référence retenue pour l'analyse, dans l'hypothèse que cette enquête ponctuelle et obligatoire, ayant fait l'objet d'une forte sensibilisation du personnel et de renforts mobilisés spécifiquement dans les services, a bénéficié d'un effort de remplissage plus soutenu que les RPU collectés en routine.

Les variables à la définition similaire dans les deux sources ont ainsi été comparées, en vue d'en tirer des enseignements pratiques quant au remplissage des RPU. L'exercice est cependant contraint par le fait que les variables utilisées, et leurs typologies, ne sont pas toutes strictement comparables. Les modalités de certaines variables ont été regroupées pour favoriser la comparabilité.

Cette partie se focalise sur les informations relatives aux parcours des patients passés par les urgences, c'est-à-dire aux circonstances d'arrivée puis de sortie des urgences, dont la description figure à la fois dans les RPU et dans l'enquête Urgences.

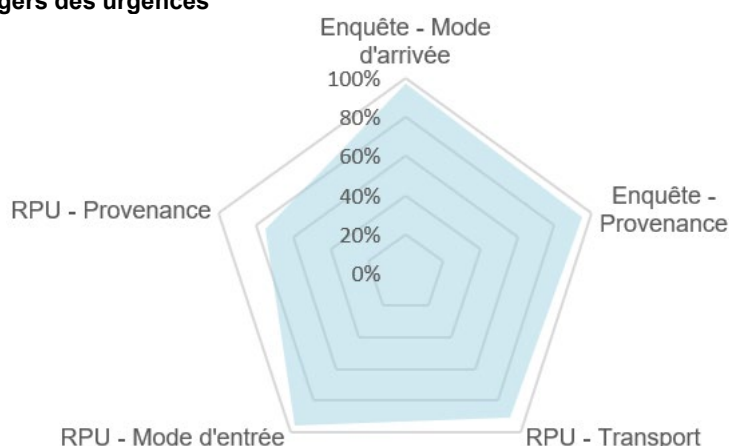
L'analyse ci-après a également été déclinée selon l'étape d'appariement à laquelle les passages ont été mis en correspondance, sans mettre en évidence de différence notable.

Circonstances d'arrivée aux urgences

Dans les RPU, ainsi que dans l'enquête Urgences, plusieurs variables permettent de caractériser l'arrivée aux urgences du patient, en indiquant son moyen d'accès et sa provenance. Il s'agit des variables « moyen de transport », « mode d'entrée » et « provenance » dans les RPU, et des variables « mode d'arrivée » et « provenance » dans l'enquête Urgences.

La figure 12 illustre le fait que le remplissage de ces variables est moins bon dans les RPU que dans l'enquête Urgences, tout en restant élevé pour le mode d'entrée et le moyen de transport. Il l'est moins pour la variable « provenance », dont les modalités viennent préciser celles du mode d'entrée, et qui n'est pas à remplir systématiquement (Figure 1).

Figure 12 Taux de remplissage des variables de l'enquête Urgences et des RPU décrivant les circonstances de l'arrivée des usagers des urgences



ENSU : enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières ; RPU : résumés de passages aux urgences.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

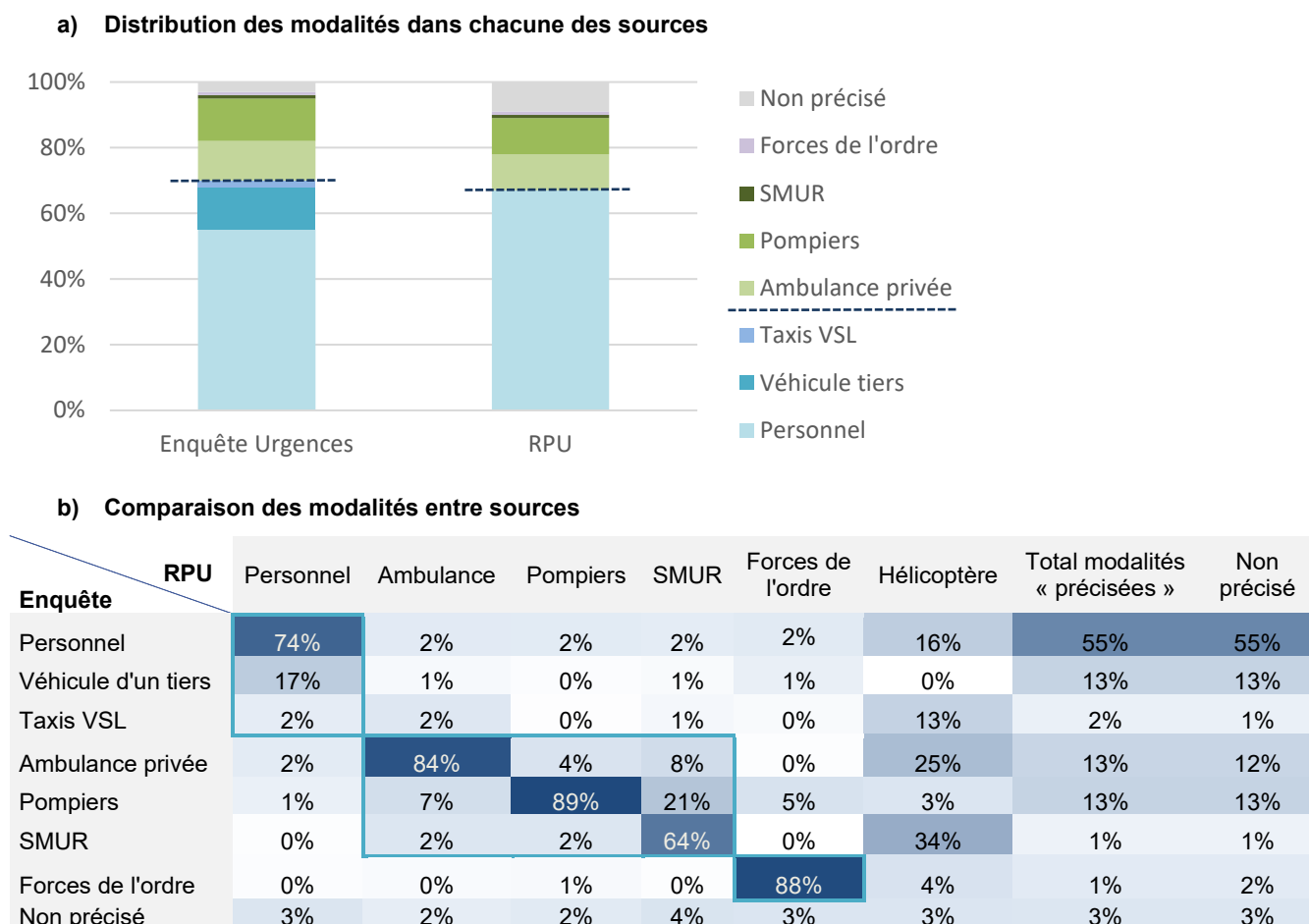
Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Moyen de transport

Les variables « moyen de transport » des RPU et « mode d'arrivée » de l'enquête Urgences permettent d'identifier de manière similaire les arrivées par : véhicules de secours et d'assistance aux victimes (sapeurs-pompiers), structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances privées, ou encore forces de l'ordre. En revanche, l'enquête Urgences propose une catégorisation plus détaillée du transport par ses propres moyens, en distinguant : les arrivées par ses propres moyens (ou ceux de l'accompagnant pour un enfant) – à pied, en moto, vélo, transport en commun, voiture conduite par le patient – de celles par un véhicule conduit par un tiers, ou encore en taxi ou véhicule sanitaire léger (VSL). Toutes ces modalités sont regroupées en une seule modalité dans les RPU (« moyens personnels »). L'enquête Urgences ne permet cependant pas d'identifier les arrivées en hélicoptère, contrairement aux RPU.

La répartition globale des variables renseignant le mode de transport est similaire dans les deux sources (Figure 13.a), et la plupart des patients arrivent par leurs propres moyens (70 % dans l'enquête et 67 % dans les RPU). Au niveau individuel, une fois les regroupements faits pour rendre les catégories comparables, la concordance des modalités est très forte entre sources. 93 % des passages qualifiés de personnels dans les RPU le sont également dans l'enquête (Figure 13.b et Annexe A2.1 pour les effectifs), et 88 % des arrivées avec les forces de l'ordre sont concordantes. Dans le cas des véhicules de secours et de transport médicalisé (ambulances, pompiers et SMUR), la convergence du codage reste forte. Cependant, la coexistence de modes de transport conceptuellement proches, dont l'usage peut se chevaucher, se traduit par une certaine confusion. Les arrivées via les SMUR dans les RPU ne sont identifiées comme telles qu'à 64 % dans l'enquête, 21 % par l'intermédiaire des pompiers et 8 % par ambulances privées. Cela pourrait s'expliquer par une certaine imprécision dans les RPU, ou confusion dans l'enquête, les patients ayant parfois du mal à distinguer les différents types de véhicules, d'autant plus que ces derniers sont fréquemment partagés entre les SMUR et les pompiers. De plus, l'arrivée par véhicule sanitaire léger (enquête), qui devrait être classée parmi les moyens de transports personnels dans les RPU semble parfois confondue avec une arrivée en ambulance. L'arrivée en hélicoptère n'est pas une option dans l'enquête, ce qui rend difficile l'évaluation de la qualité de cette information dans les RPU, pour laquelle les effectifs sont faibles (N=67). La majorité des arrivées indiquées comme telles dans les RPU (67 %) apparaissent comme provenant des SMUR, forces de l'ordre, pompiers ou ambulances dans l'enquête, vraisemblablement en référence aux HéliSmur, aux hélicoptères de la gendarmerie ou aux hélicoptères de la Sécurité civile.

Figure 13 Comparaison des modalités des variables « transport » des RPU, et « modes d'arrivée » de l'enquête Urgences



SMUR : structures mobiles d'urgence et de réanimation ; VSL : véhicule sanitaire léger.

Note > Les pourcentages sont calculés sur la base des RPU. Ils indiquent, pour chaque moyen de transport des RPU, la correspondance avec les différents modes d'arrivée de l'enquête Urgences.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

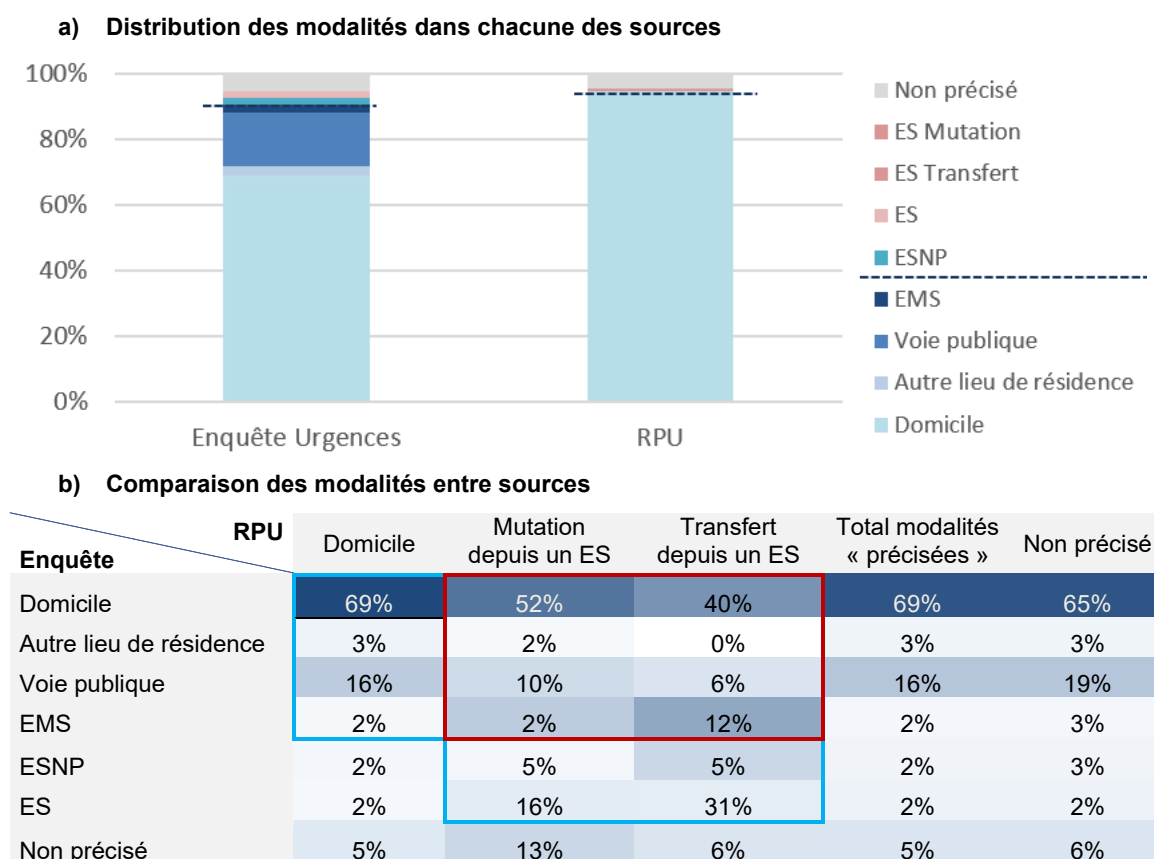
Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

La plupart des moyens de transport non précisés dans les RPU peuvent être reclassés à l'aide des informations de l'enquête. Leur répartition dans un mode d'arrivée est cependant très proche de celle observée pour l'ensemble des passages de l'enquête. Le même constat a pu être dressé pour les variables « mode d'entrée » et « mode de sortie » des RPU présentées ci-après, et ne sera pas répété : le reclassement des passages aux modalités « Non précisé » à l'aide de l'enquête Urgences ne fait pas apparaître de différence notable avec les passages pour lesquels cette variable est renseignée.

Mode d'entrée

La variable « mode d'entrée » des RPU suit la nomenclature du PMSI. Ses modalités sont les suivantes : transfert (depuis un établissement de santé d'une autre entité juridique), mutation (depuis une autre unité médicale de la même entité juridique), ou arrivée depuis le domicile. Elles ne sont pas rigoureusement comparables à celles de la variable « provenance » de l'enquête Urgences, qui indique avec plus de détails l'endroit d'où le patient est venu. Ses modalités sont les suivantes : domicile (résidence principale, lieu de vie habituel), autre lieu de résidence (en vacances, déplacement), voie publique (y compris travail ou école), établissement de santé, structure médico-sociale (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], foyer d'aide sociale à l'enfance, institut médicoéducatif ou médico-pédagogique), structure de soin non programmé (maison médicale de garde, cabinet de médecine de ville, centre de soins non programmés).

Figure 14 Comparaison des modalités des variables « mode d'entrée » des RPU, et « provenance » de l'enquête Urgences



EMS : établissement médico-social ; ES : établissement de santé ; ESNP : établissements de soins non programmés.

Note > Les pourcentages sont calculés sur la base des RPU. Ils indiquent, pour chaque mode d'entrée des RPU, la correspondance avec les différentes provenances de l'enquête Urgences.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

La répartition globale des variables indiquant la provenance des patients est similaire dans les deux sources (Figure 14.a). La grande majorité d'entre eux arrivent de leur domicile (y compris « autre lieu de résidence », « voie publique » et « établissements médico-sociaux (EMS) » dans l'enquête Urgences) : 90 % dans l'enquête et 95 % dans les RPU. Au niveau individuel, une fois les regroupements faits pour rendre les catégories comparables, la grande majorité des passages avec un mode d'entrée « domicile » dans les RPU sont bien associés aux provenances « domicile », « autre lieu de résidence », « voie publique » et « EMS » dans l'enquête Urgences (91 %) [Figure 14.b et Annexe A2.2 pour les effectifs]. En revanche, la concordance est moindre pour les passages enregistrés comme des mutations et transferts dans les RPU : seuls 16 % des mutations et 31 % des transferts ont pour provenance un établissement de santé dans l'enquête Urgences. 12 % des transferts correspondent à des patients provenant d'établissements médico-sociaux. Les autres situations sont principalement renseignées dans l'enquête comme des arrivées en provenance du domicile ou de lieux assimilés (autre lieu de résidence, voie publique) : c'est le cas de plus des deux tiers des mutations et de près de la moitié des transferts. Il convient de noter une surreprésentation des enfants parmi les patients concernés. Il est possible que la réponse à l'enquête s'attache plus à la situation ayant initié le passage aux urgences, et moins au parcours hospitalier immédiatement préalable à l'arrivée dans la structure des urgences. Ainsi, les patients réorientés vers un autre point d'accueil plus adapté (pédiatrique

dans le cas des enfants), pourraient y avoir pour provenance un autre établissement dans les RPU, mais le domicile dans l'enquête.

La variable « mode d'entrée » des RPU ne permet pas, à elle seule, d'identifier les patients en provenance d'établissements médico-sociaux (EMS). La grande majorité des passages indiqués comme tels dans l'enquête Urgences sont renseignés dans les RPU comme des arrivées en provenance du domicile (plus de 90 %), conformément aux consignes de codage. La variable « provenance » des RPU pourrait être mobilisée, car elle apporte notamment des précisions sur le type de service hospitalier quand le mode d'entrée est une mutation ou un transfert depuis un établissement de santé, et sur une éventuelle prise en charge institutionnelle quand le mode d'entrée est le domicile. En pratique, la modalité permettant de préciser si le « domicile » est un EMS, n'est que très peu utilisée (Annexe A2.3).

Circonstances de sortie des urgences

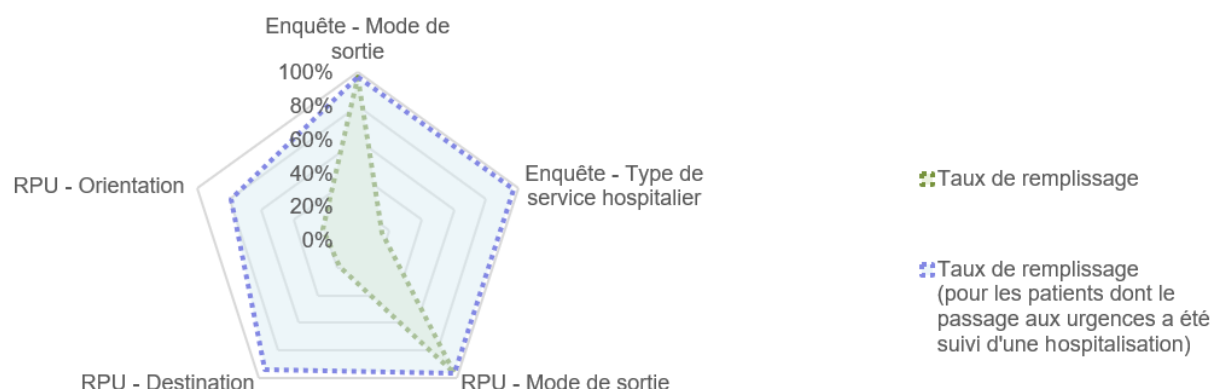
Les informations relatives à la façon dont le patient a quitté les services des urgences ne sont pas non plus directement comparables entre les deux sources de données, car la construction des variables renseignant l'aval des urgences est assez différente. Des regroupements de modalités ainsi que la combinaison de variables permettent toutefois d'améliorer la comparabilité entre sources. Par ailleurs, les informations collectées sur l'aval dans l'enquête Urgences portent sur la façon dont le patient a quitté les services des urgences ou l'UHCD le cas échéant, alors que l'UHCD est un mode de sortie à part entière¹⁴ dans les RPU, sans davantage d'information sur le devenir des patients à l'issue de cette prise en charge. De plus, les pratiques d'enregistrement du passage en UHCD dans les RPU diffèrent selon les établissements : certains notifient cette mutation très tôt au cours de la prise en charge ; d'autres uniquement lors du transfert physique du patient vers une chambre d'UHCD ; d'autres enfin au terme de la prise en charge aux urgences. Ainsi, un même patient pourra avoir des heures de sortie très différentes selon la politique de codage de son établissement. Cette hétérogénéité rend particulièrement délicate toute interprétation des données relatives à l'UHCD. L'analyse suivante se focalise donc sur les patients non passés par une UHCD (d'après l'enquête Urgences), pour se placer dans une situation comparable. 8,7 % des patients de l'appariement sont concernés par le passage en UHCD (N=4 561). D'après l'enquête Urgences, leur passage en UHCD s'achève par un retour à domicile dans un peu plus de la moitié des cas (52 %), par une hospitalisation dans un autre service sinon. Un paragraphe leur est dédié ci-après.

Dans les RPU, l'information sur les circonstances de sortie des urgences remonte par l'intermédiaire de trois variables imbriquées, dont le remplissage est séquentiel et complémentaire : « mode de sortie », « destination » et « orientation » (Figure 1). La première permet d'indiquer si la sortie est une mutation, un transfert ou un retour à domicile. Dans ce dernier cas, la variable « destination » permet de préciser si celui-ci se fait dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD) ou vers une structure médico-sociale, tandis que la variable « orientation » permet d'identifier les retours à domicile contre avis médical, à l'insu du personnel, sans attendre la prise en charge médicale, ou encore en cas de réorientation, sans soins, vers un autre mode de prise en charge. Si le passage aux urgences se poursuit par une hospitalisation (mutation ou transfert), la variable destination permet d'indiquer le type d'établissement d'accueil, tandis que la variable orientation permet d'en préciser les modalités, notamment la spécialité médicale pour les prises en charge en court séjour, ou encore l'absence de consentement du patient, pour des prises en charge en psychiatrie.

L'enquête Urgences comprend, quant à elle, une variable « mode de sortie », dont les modalités sont les suivantes : retour à domicile, y compris certificat de non admission, retour à domicile en HAD dans le contexte d'une HAD préexistante, retour en EHPAD ou EHPA, retour en institution d'origine autre que EHPAD (établissement de santé ou médico-social, y compris foyer d'aide sociale à l'enfance, institut médicoéducatif ou médico-pédagogique, centre d'hébergement et de réinsertion sociale), hospitalisation dans l'établissement, hospitalisation dans un autre établissement, décès, sortie contre avis médical, parti sans attendre. En cas d'hospitalisation, la variable « type de service hospitalier » permet d'en préciser la spécialité médicale.

¹⁴ Elles sont plus précisément enregistrées comme une « mutation » ou un « transfert », avec une « destination » MCO et une « orientation » vers l'UHCD.

Figure 15 Taux de remplissage des variables de l'enquête Urgences et des RPU décrivant les circonstances de la sortie des usagers des urgences



ENSU : enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières ; RPU : résumés de passages aux urgences.

Note > Le taux de remplissage des variables de sortie dans l'ensemble de l'appariement est indiqué en vert, celui en bleu porte sur les seuls patients dont le passage aux urgences a été suivi d'une hospitalisation, pour lesquels les variables destination et orientation des RPU d'une part, type de service hospitalier de l'enquête Urgences d'autre part, devraient être systématiquement remplies.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Le mode de sortie est très bien rempli dans les deux sources (Figure 15). Les autres variables relatives aux circonstances de sortie des urgences le sont moins pour des raisons structurelles. En effet, certains indicateurs viennent en préciser d'autres et ne sont par conséquent pas à remplir systématiquement. Un champ vide peut alors être laissé. C'est le cas du type de service hospitalier dans l'enquête Urgences, à ne remplir qu'en cas d'hospitalisation, ainsi que des variables orientation et destination des RPU (Figure 1). Les taux de remplissage de ces variables sont nettement meilleurs lorsque l'on considère uniquement les passages pour lesquels elles sont attendues, notamment ceux suivis d'une hospitalisation.

Mode de sortie des urgences

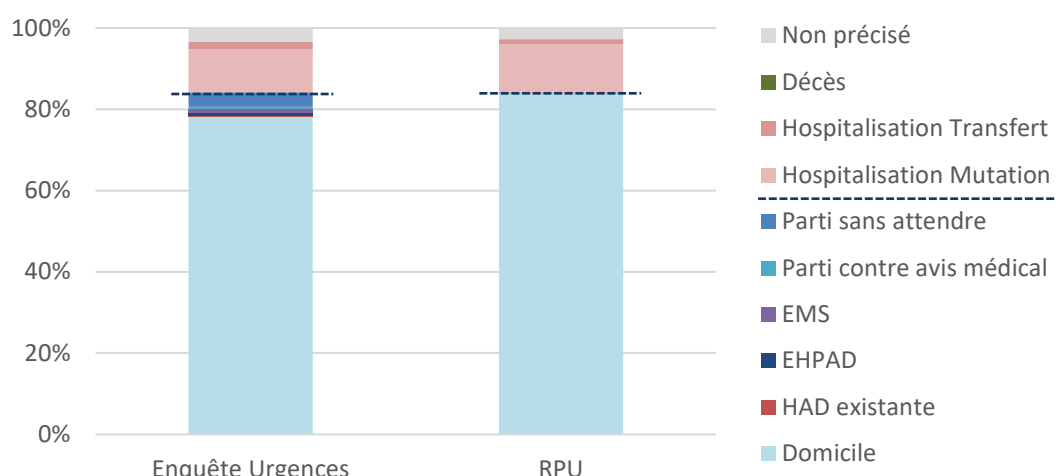
La répartition globale des variables indiquant le mode de sortie des patients est similaire dans les RPU et dans l'enquête Urgences (Figure 16.a). La grande majorité d'entre eux rentrent à leur domicile (y compris en EHPAD ou EMS ; avec ou sans l'accord du personnel médical) : 84 % dans les deux cas. Au niveau individuel, quand le mode de sortie est le « domicile » dans les RPU, il l'est aussi dans la grande majorité des cas dans l'enquête Urgences : 88 % pour le seul domicile, 95 % en incluant les patients partis en EHPAD ou EMS, ainsi que ceux sortis « contre avis médical » ou « sans attendre » d'après l'enquête Urgences (Figure 16.b et Annexe A2.4). L'enquête permet aussi de préciser si les retours à domicile identifiés dans les RPU se font dans le cadre d'une HAD préexistante, mais ces cas sont très minoritaires.

Les décès sont très rares, mais les RPU en comptabilisent moins que l'enquête Urgences (N=18 et N=30 respectivement). 78 % de ceux identifiés dans les RPU le sont aussi dans l'enquête, mais seulement 47 % de ceux identifiés dans l'enquête le sont dans les RPU. Les patients décédés dans l'enquête Urgences mais pas dans les RPU y sont majoritairement indiqués comme hospitalisés (et inversement). Cela pourrait relever des pratiques de codage des décès dans les systèmes d'information hospitaliers. Par exemple, les patients décédant aux urgences font, dans certains établissements, l'objet d'une mutation en UHCD dès lors qu'une réanimation a été entreprise.

La distinction entre hospitalisations par mutations ou transferts peut être ambiguë. Si la plupart des « transferts » (74%) des RPU sont bien classés en tant qu'hospitalisations dans d'autres établissements dans l'enquête Urgences, 14 % le sont en tant qu'hospitalisations dans l'établissement. Cela peut dépendre des organisations locales : certains patients font l'objet d'une mutation interne préalable (souvent en UHCD) avant leur transfert, tandis que d'autres sont transférés directement. Quant aux mutations, elles apparaissent comme telles dans l'enquête dans 79 % des cas, mais en tant qu'hospitalisations hors de l'établissement dans 3 % des cas, et comme des retours à domicile dans 16 % des cas, ce qui soulève la question de la temporalité du remplissage. En particulier, le mode de sortie des patients de l'enquête a pu être complété dans les jours suivant l'enquête et pourrait ainsi être plus précis.

Figure 16 Comparaison des modalités des variables « mode de sortie » des RPU et de l'enquête Urgences

a) Distribution des modalités dans chacune des sources



b) Comparaison des modalités entre sources

	RPU				Total modalités « précisées »	Non précisé
Enquête	Domicile	Hospitalisation mutation	Hospitalisation transfert	Décès		
Domicile	88%	16%	6%	6%	78%	77%
HAD existante	0%	0%	0%	0%	0%	0%
EHPAD	1%	0%	0%	0%	1%	1%
EMS	1%	0%	4%	0%	1%	1%
Hospitalisation mutation	1%	79%	14%	17%	11%	11%
Hospitalisation transfert	1%	3%	74%	0%	2%	2%
Décès	0%	0%	0%	78%	0%	0%
Parti contre avis médical	1%	0%	0%	0%	1%	1%
Parti sans attendre	4%	0%	0%	0%	4%	4%
Non précisé	4%	1%	2%	0%	3%	3%

HAD : hospitalisation à domicile ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : établissement médico-social.
Note > Les pourcentages sont calculés sur la base des RPU. Ils indiquent, pour chaque mode de sortie des RPU, la correspondance avec les différents modes de sortie de l'enquête Urgences.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Destination des patients

La variable « destination » contenue dans les RPU peut être croisée avec la variable « mode de sortie » de l'enquête Urgences, ainsi qu'avec la variable « type de service hospitalier » le cas échéant. Cependant, cette variable des RPU n'est renseignée que dans 13 % des cas, car laissée à vide en cas de retour à domicile (hors HAD ou ESMS), ce qui fragilise l'analyse de son remplissage, qui ne porte que sur de petits effectifs (Annexes A2.5 et A2.6).

En cas d'hospitalisation, la destination indiquée dans les RPU est cohérente avec le mode de sortie de l'enquête (hospitalisation) pour une prise en charge en MCO (82 %), et en psychiatrie (90 %). Une comparaison avec le type de service hospitalier montre de même une très bonne concordance en MCO (79 %) et en psychiatrie (82 %). Les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation avec pour destination des soins médicaux de réadaptation (SMR), HAD, ou soins de longue durée, sont trop peu nombreux dans les deux sources pour en tirer des conclusions.

En cas de retours à domicile (et lieux assimilés), la concordance est faible quand celui-ci s'effectue vers un établissement médico-social (EMS). La grande majorité des retours à domicile ayant pour destination un EMS dans les RPU apparaissent comme des retours à domicile dans l'enquête Urgences, et la grande majorité des sorties vers un EMS dans l'enquête Urgences apparaissent comme un retour à domicile sans précision sur la destination dans les RPU. Cela suggère une fois de plus un décalage dans la temporalité de remplissage de ces variables, et éventuellement un flou entre les notions de domicile et d'EMS, quand celui-ci est le domicile du patient. Quoiqu'il en soit, cette modalité est à utiliser avec précaution, dans l'une ou l'autre des sources.

Orientation des patients

La variable « orientation » contenue dans les RPU peut être croisée avec la variable « mode de sortie » de l'enquête urgences, ainsi qu'avec la variable « type de service hospitalier » le cas échéant. Cependant, cette variable des RPU n'est renseignée que dans 22 % des cas, car laissée à vide en cas de retour à domicile hors cas particuliers (par exemple pour des départs sans attendre l'avis médical), ce qui fragilise l'analyse de son remplissage, qui ne porte que sur de petits effectifs (Annexes A2.7 et A2.8).

Quand elle est renseignée, l'« orientation » indiquée dans les RPU est cohérente avec le mode de sortie et le type de service hospitalier de l'enquête Urgences pour les hospitalisations en MCO. Parmi celles-ci, elle l'est un peu moins pour la chirurgie pour laquelle un tiers des séjours des RPU correspondent à des retours à domicile dans l'enquête Urgences.

Les modalités relatives aux soins à la demande d'un tiers (SDT) et soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) de la variable « orientation » des RPU correspondent essentiellement à des hospitalisations en psychiatrie et à des transferts en EMS dans l'enquête Urgences, en cohérence avec les consignes de remplissage des RPU (malgré de petits effectifs). Les modalités « contre avis médical », « fugue » (à l'insu du personnel soignant) et « parti sans attendre » des RPU correspondent, dans l'enquête Urgences, aux modalités « contre avis médical » et « parti sans attendre » dans 66 % des cas, à un retour à domicile dans 15 % à des cas, et ne sont pas renseignés dans 18 % des cas.

L'orientation peut aussi être comparée au type de service hospitalier pour les passages suivis d'hospitalisation dans l'enquête Urgences. La cohérence est élevée pour la plupart des spécialités médicales. Des chevauchements sont toutefois observés entre les différentes unités de soins critiques (surveillance continue, soins intensifs et réanimation), dont les périmètres, bien que coordonnés, présentent des frontières parfois poreuses. Ainsi 23 % des séjours de surveillance continue dans les RPU sont classés en soins intensifs dans l'enquête Urgences.

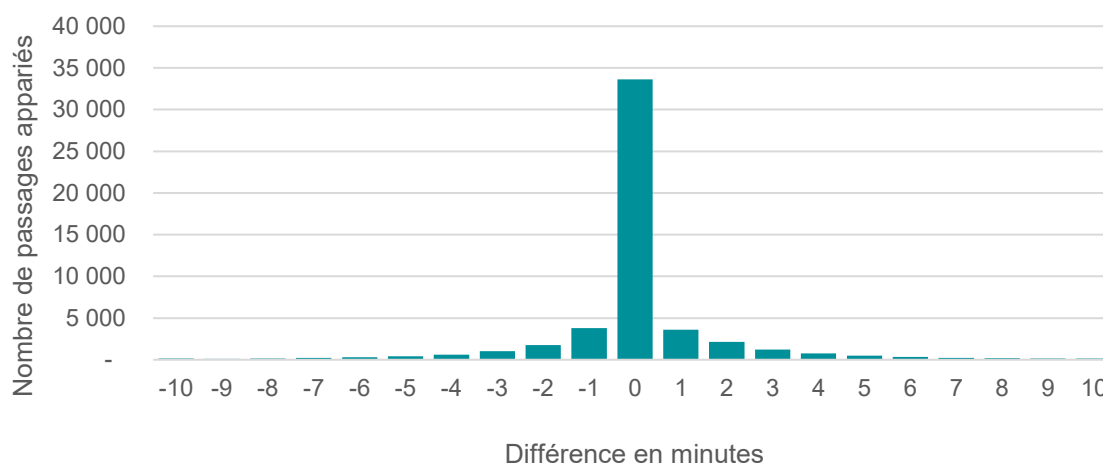
Patients admis en UHCD

D'après l'enquête Urgences, 4 561 patients sont passés par une UHCD avant de sortir des urgences. Les informations de sortie collectées pour ces patients dans l'enquête s'entendent donc après UHCD. Dans les RPU, l'admission en UHCD équivaut en théorie à une sortie des urgences, et les informations de sorties collectées devraient l'être au moment du passage en UHCD. La moitié de ces patients a bien pour mode de sortie dans les RPU une hospitalisation (mutation ou transfert) avec pour destination un établissement de santé de MCO et une orientation en UHCD. Dans ces cas-là, l'heure de sortie indiquée dans les RPU est plus proche de celle de l'admission en UHCD renseignée dans l'enquête Urgences (moins d'une heure de différence en médiane contre plus de 9 heures de différence avec la date de sortie des urgences enregistrée dans l'enquête). En revanche, le reste des patients admis en UHCD d'après l'enquête apparaissent dans les RPU comme hospitalisés hors UHCD (26 %) ou rentrés à domicile (20 %). L'heure de sortie indiquée dans les RPU est alors plus proche de celle de sortie renseignée dans l'enquête Urgences (43 minutes de différence en médiane contre plus de 3 heures de différence avec l'heure d'admission en UHCD). Cela suggère que les consignes de remplissage des RPU ne sont pas appliquées uniformément en cas d'admission en UHCD. Pour près de la moitié des cas, les informations relatives à la sortie des urgences semblent être collectées après la sortie de l'UHCD, plutôt qu'au moment de l'admission dans cette unité.

Date et heure de l'entrée (enregistrement)

Dans cet exercice d'appariement, une marge de 60 minutes a été tolérée sur les heures d'enregistrement. Il y a donc des passages appariés où l'heure enregistrée dans les RPU diffère légèrement de celle indiquée dans l'enquête (Figure 17). En pratique, les écarts sont nuls en médiane, inférieurs à 2 minutes en moyenne (1,6 minutes), et inférieurs à 10 minutes la plupart du temps (96,5 %). Très peu d'entre eux dépassent 30 minutes (0,7 %). Une partie des différences observées pourrait provenir de la saisie de l'heure d'arrivée aux urgences dans l'une ou l'autre des sources, plutôt que de celle d'enregistrement.

Figure 17 Distribution de l'écart entre les dates/heures d'enregistrement, collectées dans l'enquête Urgences et dans les RPU



Note > Une différence positive indique une date d'enregistrement plus tardive dans l'enquête que dans les RPU et inversement.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Date et heure de la sortie et durée du passage

L'étude des heures de sortie des urgences et de la durée des passages est compliquée par la présence d'incohérences ou de valeurs extrêmes, liées aux pratiques de codage ainsi qu'à la qualité des données. Pour se placer dans un contexte comparable, l'analyse exclut une fois de plus les patients passés par une UHCD d'après l'enquête Urgences. Elle se focalise par ailleurs sur les passages avec une date de sortie renseignée dans les deux sources (552 suppressions, dont 373 passages avec des valeurs manquantes dans les RPU uniquement, 176 dans l'enquête et 3 dans les deux), et se restreint aux passages des RPU avec une date de sortie supérieure au maximum observé dans l'enquête Urgences (10 jours après l'enquête ; 21 suppressions).

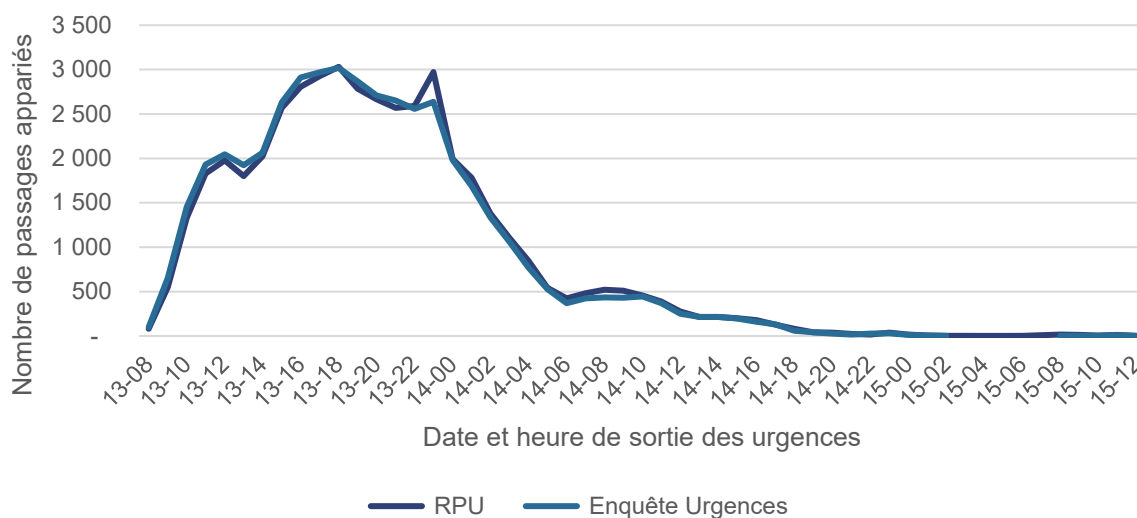
Une analyse préalable des données des RPU met en évidence des pratiques propres à certains établissements, avec une concentration des dates de sortie à certaines heures, en particulier à 23h59, ou encore une clôture automatique des dossiers 12 ou 36 heures après la date d'arrivée aux urgences. Sont ainsi exclus de l'analyse 12 Finess où ces pratiques semblent particulièrement fréquentes : huit pour lesquels plus de la moitié des passages sont clôturés à 23h59 le 13 juin, un au bout de 12 heures, et un au bout de 36 heures. Cela conduit à la suppression de 700 passages supplémentaires, et l'analyse ci-après porte ainsi sur 98 % des passages appariés sans passage par une UHCD (N=46 561).

Dans ces conditions, la distribution du nombre de passages par heures de sortie ainsi que celle des durées de passage, sont similaires entre l'enquête Urgences et les RPU (Figure 18). La différence entre les heures de sortie est de 5 minutes en médiane, avec 10 minutes ou moins de différence pour 61 % des passages, et une heure ou moins pour 84 % d'entre eux. La différence moyenne reste pourtant d'une heure, du fait de la persistance d'écarts élevés, attribuables notamment à certaines pratiques de clôtures automatiques dans les RPU. En effet, malgré le nettoyage préalable, il reste une sur-représentation globale des passages terminés à 23h59 (Figure 18), ou d'une durée de 12 ou 36 heures dans les RPU. La durée de passage médiane est quant à elle de 2,8 heures dans l'enquête, et de 3,0 heures dans les RPU, avec une différence médiane de 6 minutes entre sources (Figure 19).

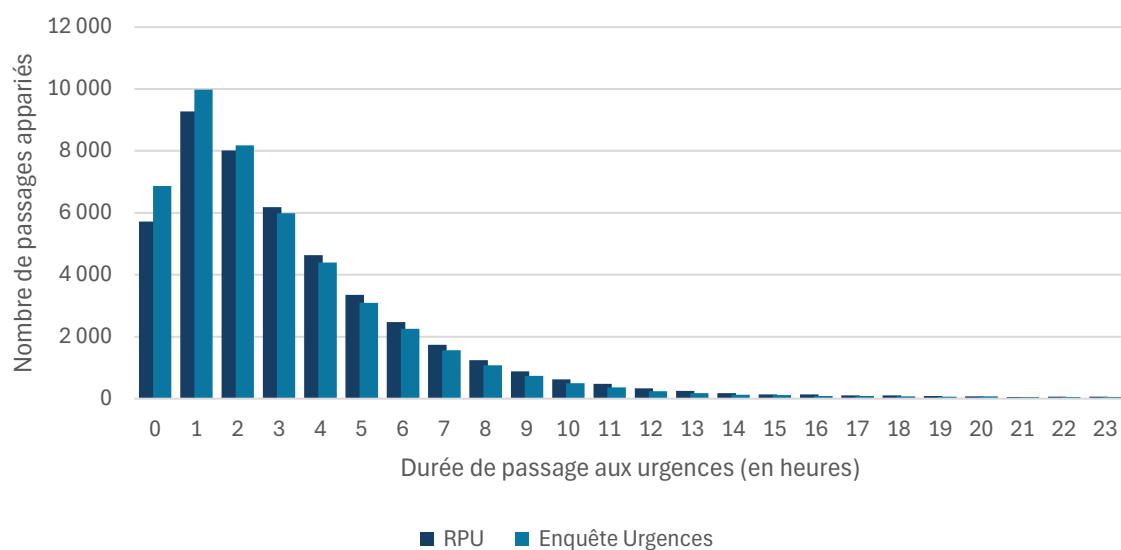
L'horodatage des passages aux urgences présente donc, dans l'ensemble, une bonne concordance entre les sources. Cette comparaison met toutefois en lumière une hétérogénéité dans les pratiques de remplissage des RPU, portant notamment sur la clôture automatique des dossiers, ainsi que sur la temporalité de la collecte des informations de sortie en cas de passage par une UHCD.

Figure 18 Comparaison des heures de sortie des urgences et des durées de passage, dans l'enquête Urgences et dans les RPU

a) Nombre de passages aux urgences par heure de sortie



b) Distribution des durées des passages aux urgences

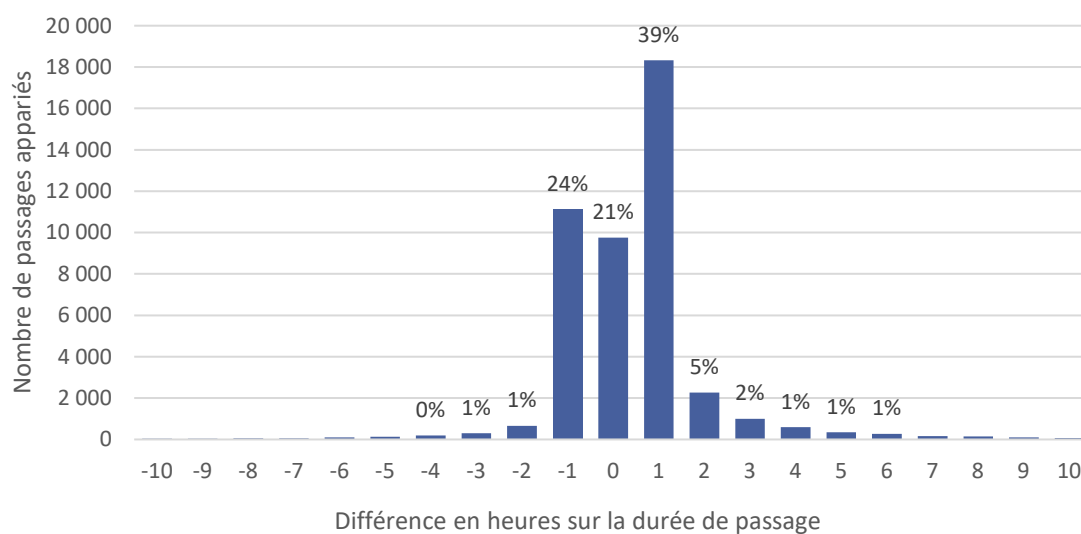


Note > Restriction graphique aux passages terminés avant le 15 juin 2026 (Figure 18.a), et à ceux de moins de 24 heures (Figure 18.b), qui concentrent l'essentiel des effectifs

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, et de ceux dont la date de sortie présente des anomalies dans l'une ou l'autre des sources, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU ; calculs Drees.

Figure 19 Distribution de l'écart entre les durées des passages aux urgences, enregistrées dans l'enquête Urgences et dans les RPU



Lecture > 21 % des passages aux urgences ont la même durée dans les RPU et dans l'enquête Urgences ; 39 % d'entre eux ont une durée supérieure d'une à 60 minutes dans l'enquête Urgences ; 24 % d'entre eux ont une durée inférieure d'une à 60 minutes dans les RPU.

Note > Une différence positive indique une durée de passage aux urgences plus longue dans l'enquête que dans les RPU et inversement.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, et de ceux dont la date de sortie présente des anomalies dans l'une ou l'autre des sources, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU ; calculs Drees.

■ COMPARAISON DES INFORMATIONS D'ORDRE MÉDICAL

Les informations d'ordre médical collectées dans les deux sources de données sont :

- Le motif de recours aux urgences, défini comme la raison, la plainte, ou le symptôme pour lequel le patient demande des soins¹⁵. Il s'agit du motif retenu à l'accueil des urgences, le plus souvent lors du tri par l'IOA, avant examen médical. Il est unique et correspond, en cas de plusieurs affections, au motif essentiel ayant motivé la venue aux urgences. Pour les RPU, ce motif est issu de la CIM-10 (classification internationale des maladies, 10^e révision). Pour l'enquête Urgences, il est issu du thésaurus (une pré-sélection d'items) prévu pour le futur format des RPU (V3¹⁶), fourni en accompagnement du questionnaire « Patient » (voir [page du site de la Drees dédiée à l'enquête Urgences 2023](#)).
- Le diagnostic principal, qui est le problème de santé ayant motivé la venue du patient, déterminé à l'issue de sa prise en charge, après connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant. Il apporte donc une précision par rapport au motif de venue.
Ce diagnostic est renseigné depuis la CIM-10, en cohérence avec les exigences du PMSI. Dans les RPU, la Fedoru recommande d'utiliser un sous-ensemble de diagnostics (thésaurus « Diagnostics version Urgences »), afin de faciliter et d'harmoniser le codage en sortie des urgences. Dans le cadre de l'enquête Urgences, une pré-sélection d'un peu moins de 2 000 codes CIM-10 a été proposée en accompagnement du questionnaire « Patient », restreinte aux codes prévus pour les RPU V3, conformément aux recommandations de la Fedoru. Lors de la saisie des questionnaires, un menu déroulant imposait le choix du diagnostic parmi les codes du thésaurus.

La nature des actes réalisés au cours du passage aux urgences constitue également une information médicale renseignée dans les deux sources de données, mais selon des modalités trop hétérogènes pour permettre une comparaison. Dans les RPU, les actes, qui doivent être codés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), ne sont renseignés que pour 25 % des passages. Dans l'enquête Urgences, des questions relatives à la prise en charge médico-soignante après le tri permettent de documenter la réalisation de certains types d'actes (imagerie, biologie, soins, médicaments), sans pour autant en donner le détail (selon la CCAM). Les actes réalisés aux urgences sont ainsi exclus de la comparaison des informations d'ordre médical ci-après.

Motifs de recours aux urgences

Le motif de recours aux urgences est recueilli lors de l'arrivée ou lors du tri (première évaluation par l'IOA) aux urgences. La mauvaise qualité de son codage dans les RPU est un problème déjà identifié (Fedoru, 2024) avec, d'une part, un faible taux de remplissage, d'autre part, une forte hétérogénéité dans le vocabulaire employé. Les structures des urgences avaient habituellement recours soit à du texte libre, soit à des listes personnalisées localement ou par des éditeurs de logiciels. La SFMU a ainsi proposé un sous-ensemble de la CIM-10 adapté à la médecine d'urgence ([thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence](#)) en vue de standardiser le vocabulaire employé. Bien que son utilisation soit recommandée pour le remplissage des RPU, elle n'est pas systématique et le champ de saisie est un texte libre.

Cohabitent ainsi dans les motifs issus des RPU, des codes CIM-10 de longueur (donc de précision) variable, ainsi que des chaînes de caractères bien plus longues, correspondant en partie aux libellés des codes de la CIM-10. Pour pallier cela et assurer l'harmonisation du codage dans l'enquête Urgences, une nomenclature à utiliser pour renseigner les motifs de recours a été transmise aux enquêteurs. Cette liste, limitée à 105 codes, contient des codes spécifiques, normés à 5 caractères, et différents de ceux de la CIM-10. Lors de la saisie des questionnaires, la réponse à cette question consistait en un menu déroulant contenant les items du thésaurus de l'enquête, ce qui facilitait la saisie et empêchait d'entrer d'autres items.

Parmi les 52 395 passages appariés, les motifs sont presque toujours renseignés dans l'enquête Urgences (0,3 % de valeurs manquantes, N=136), et les 105 codes présélectionnés, composés de 5 caractères, sont tous mobilisés. Dans les RPU, 25 % des motifs sont manquants (N=12 985), et près de 2 600 chaînes de caractères différentes coexistent quand ils sont renseignés. Il s'agit de codes CIM-10 de taille variable (entre 3 et 5 caractères dans deux tiers des cas), ainsi que de libellés dont la syntaxe n'est pas harmonisée.

Dans ce contexte, les motifs codés dans les deux sources sont trop hétérogènes pour pouvoir être comparés de manière pertinente.

Il est tout de même possible de tirer des enseignements pour les RPU : le remplissage du motif gagnerait à être harmonisé, en forçant par exemple l'utilisation d'un thésaurus prédéfini, avec un nombre limité d'items, plutôt qu'en laissant un champ de texte libre.

¹⁵ Blechner G. Société de réanimation de langue française, Société francophone de médecine d'urgence. Guide des outils d'évaluation aux urgences. Paris : Arnette Blackwell ; 1996.

¹⁶ Encore à l'état de projet à la date de l'enquête, et à la date du présent appariement.

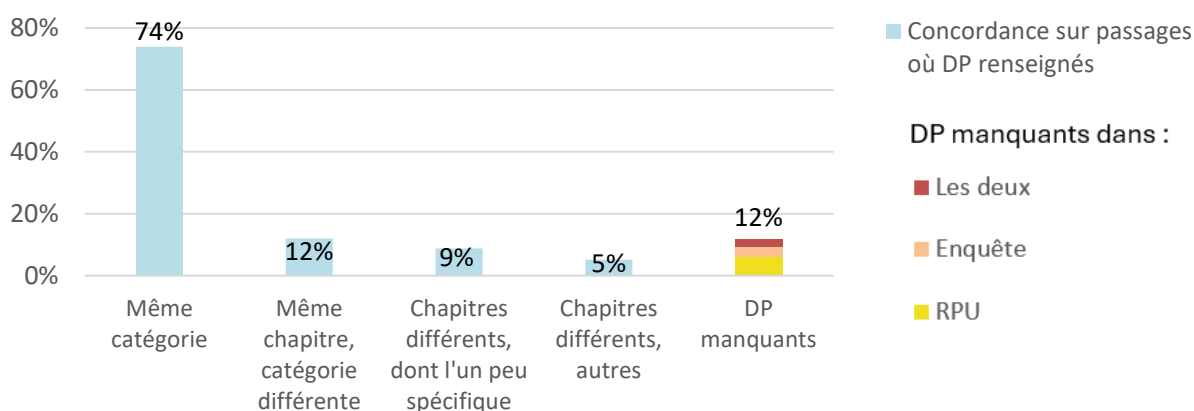
Diagnostics principaux

Les diagnostics étant posés à l'issue de la prise en charge, l'analyse suivante exclut une fois de plus les patients passés par une UHCD d'après l'enquête Urgences, pour améliorer la comparabilité des informations. Les diagnostics principaux sont bien mieux renseignés que les motifs dans les RPU, avec 9 % de valeurs manquantes (5 % dans l'enquête Urgences, tous associés à des patients « partis sans attendre » - pour les autres patients, la saisie de cette information était obligatoire). Les codes utilisés sont issus de la CIM-10 dans les deux sources de données, ce qui permet une comparaison directe.

Les diagnostics principaux renseignés dans les deux sources de données appartiennent à la même catégorie de la CIM-10 (unité de base de la classification) pour 74 % des passages aux urgences appariés¹⁷ (Figure 20). 12 % d'entre eux sont dans des catégories différentes issues d'un même chapitre de la classification. C'est-à-dire que les diagnostics font partie du même ensemble de maladies ou problèmes de santé. Enfin, les diagnostics sont issus de chapitres différents de la CIM-10 dans 14 % des cas.

La concordance entre les deux sources est donc plutôt bonne, avec 86 % des diagnostics principaux¹⁸ *a minima* issus d'un même chapitre de la CIM-10 (dans les cas où la donnée est renseignée dans les deux sources). La classification utilisée est très détaillée et contient des codes à la proximité sémantique forte. La divergence entre certains diagnostics relevant d'un même chapitre s'explique en premier lieu par la restriction des codes utilisés dans l'enquête Urgences à une présélection établie en amont, tandis que le champ des possibles est plus vaste pour les RPU. Les acteurs de la médecine d'urgence (SFMU, Fedoru) recommandent d'utiliser un thésaurus pour le remplissage du diagnostic dans les RPU, mais ce n'est pas une consigne officielle et il est en pratique possible de s'en écarter. De fait, on constate une plus grande variété de codes utilisés dans les RPU avec 3 046 codes distincts issus de 950 catégories - dont la moitié sont dans le thésaurus de la SFMU, contre 1 399 codes distincts et 652 catégories dans l'enquête Urgences – toutes forcément issues du thésaurus imposé lors de l'enquête. D'autre part, la saisie de l'enquête Urgences et celle des RPU sont généralement réalisées par des personnes différentes, à des moments différents et parfois avec des logiciels différents. Cela peut être source de divergence, compte tenu de la richesse sémantique de la classification, et du fait que le diagnostic dépend du moment de la saisie – il peut par exemple être affiné après réception de résultats d'analyses.

Figure 20 Comparaison du codage des diagnostics principaux issus de la CIM-10 dans les RPU dans l'enquête Urgences



DP : diagnostics principaux.

Note > Les chapitres de la CIM-10 qualifiés de peu spécifiques sont ceux intitulés « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » (rassemblant les codes commençant par « R ») et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (rassemblant les codes commençant par « Z »).

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

¹⁷ La catégorie de la CIM-10, niveau de codage à 3 caractères, peut être précisée par 1 à 3 caractères supplémentaires. La classification est très détaillée et les codes complets sont au nombre d'environ 15 000. Les catégories de la classification (environ 2 000) sont regroupées en 22 chapitres portant sur un même grand domaine médical. Dans l'appariement, 55 % des diagnostics principaux renseignés sont identiques au niveau le plus fin de la classification.

¹⁸ Des diagnostics associés peuvent également être renseignés, mais ils ne le sont que pour 6,3 % des passages enregistrés dans les RPU et 5,8 % dans l'enquête Urgences. Dans l'hypothèse où les diagnostics principaux et appariés pourraient être intervertis d'une source à l'autre, la comparaison des diagnostics peut être établie sur l'ensemble des diagnostics principaux et associés, ce qui améliore légèrement la concordance (+1 point de pourcentage) : la catégorie de CIM-10 est la même pour au moins l'un des diagnostics pour 75 % des passages appariés et le chapitre est le même dans 87 % des cas.

Parmi les passages appariés dont les diagnostics principaux sont issus de différents chapitres de la CIM-10 dans les deux sources de données, l'un des codes provient, dans près de deux tiers des cas¹⁹ (63 %), d'un chapitre peu spécifique de la CIM-10 : « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » (codes commençant par « R ») ou « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (codes commençant par « Z »). Cela suggère que les problèmes de santé ne sont pas codés au même niveau de détail ou selon la même logique, avec un niveau de codage symptomatique dans une source (les RPU, dans deux tiers des cas) et étiologique dans l'autre. Par exemple des affections du système génito-urinaire codées précisément dans l'enquête mais en tant que symptômes et signes relatifs à l'appareil urinaire dans les RPU, ou encore des épisodes dépressifs, maniaques ou des troubles de l'humeur identifiés comme tels dans l'enquête, mais codés en tant que symptômes et signes relatifs à l'humeur, agitation, malaise ou désorientation dans les RPU. Ces observations sont cohérentes avec le fait que l'enquête Urgences est une opération ponctuelle sans transmission immédiate de données, tandis que les RPU remontent quotidiennement en routine : les diagnostics pourraient ainsi avoir été davantage affinés dans l'enquête, mais ciblés sur les symptômes à l'origine du passage aux urgences dans les RPU.

Enfin, une certaine cohérence médicale reste constatée sur quelques exemples entre codes issus de chapitres différents de la CIM-10 autres que ceux commençant par « R » ou « Z » : par exemple des affections oculaires dont le diagnostic est plus vague dans les RPU (conjonctivite) et plus fin dans l'enquête (« affections oculaires dues au virus de l'herpès », « contusion du globe oculaire et des tissus de l'orbite », ou encore « brûlure de l'œil et de ses annexes »). Pour aller plus loin, il serait intéressant de faire une analyse sémantique des libellés associés aux codes divergents, afin de mesurer leur proximité et d'évaluer la cohérence médicale des informations renseignées dans les deux sources.

Au bilan, les problèmes de santé ayant motivé la venue des patients aux urgences, documentés dans les RPU, présentent une bonne concordance avec ceux renseignés dans l'enquête Urgences.

¹⁹ 63 % parmi les passages appariés dont le chapitre de la CIM-10 ne coïncide pas, soit respectivement 2,6 et 2,3 fois plus que parmi l'ensemble des diagnostics de l'appariement issus de l'enquête urgences et des RPU.

■ AU BILAN, QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LES RPU ?

Les résumés de passages aux urgences (RPU) sont collectés en routine, et leur remontée rapide est un atout majeur pour leurs nombreuses utilisations. La qualité des données de ces résumés est un enjeu primordial pour une bonne appréciation de l'activité réelle des services des urgences, ainsi que pour garantir un usage approprié des informations qui en sont issues. L'exploitabilité des différents items des RPU peut être approchée par l'analyse des taux de remplissage et de la conformité du codage (par rapport au format attendu), mais l'évaluation de l'information elle-même nécessite une source de donnée externe à laquelle se confronter. C'est ce que permet l'enquête Urgences 2023, dont le champ est en grande partie similaire à celui des RPU. Bien qu'elle ne porte que sur 24 heures, son exhaustivité et la qualité de sa mise en œuvre en font une source de choix pour expertiser les informations contenues dans les RPU.

L'appariement des RPU avec l'enquête Urgences permet de qualifier, pour la journée de l'enquête, les variables indirectement identifiantes des RPU (heure et lieu de l'accueil aux urgences, caractéristiques des patients), celles concernant le parcours au sein des services des urgences (circonstances de l'arrivée et de la sortie des urgences), ainsi que celles relatives aux circonstances médicales du passage aux urgences (motif de recours, puis diagnostic).

Un premier constat porte sur le remplissage des variables d'appariement. L'âge et le sexe sont globalement bien renseignés, même si l'on observe un calcul de l'âge atteint dans l'année à la place de celui à la date du soin par certains concentrateurs régionaux. La commune de résidence présente quant à elle un moins bon remplissage par les établissements, et le regroupement des codes postaux de moins de 1 000 habitants n'est pas systématiquement appliqué par les concentrateurs, ce qui pourrait s'expliquer par l'utilisation de référentiels géographiques (transmis par l'ATIH) ne tenant pas compte des changements récents de taille de la population. Concernant le point d'accueil, le Finess de transmission pourrait ne pas toujours être celui de l'établissement de rattachement (il peut par exemple s'agir d'un autre Finess géographique rattaché à la même entité juridique, ou d'un numéro devenu obsolète en raison d'un défaut de mise à jour à la suite d'un changement de Finess), ce qui expliquerait en partie l'impossibilité d'apparier certains passages de l'enquête Urgences à ceux des RPU. Plus généralement, l'analyse des variables d'appariement a mis en évidence la présence de quelques doublons résiduels dans les RPU (0,01 %) : plusieurs lignes peuvent correspondre à un même passage, avec des taux de remplissage différents, suggérant une saisie des informations en plusieurs temps, ainsi qu'un manque de consolidation des données.

S'agissant de la description du parcours des patients au sein des urgences (arrivée et sortie), la comparaison avec l'enquête Urgences est rendue plus complexe par une certaine hétérogénéité dans la nature et la définition des variables recueillies. La convergence est bonne pour le mode d'arrivée aux urgences, avec une certaine confusion entre les différents transports sanitaires (SMUR, pompiers, ambulances privées). La provenance des patients semble correctement indiquée quand il s'agit du domicile, donc dans la grande majorité des cas. La concordance avec l'enquête Urgences est toutefois moindre pour les patients mutés ou transférés, et les RPU ne permettent pas d'identifier les résidents d'établissements médico-sociaux.

La correspondance entre les informations issues des RPU et celles de l'enquête Urgences est plus difficile à établir s'agissant des circonstances de sortie des urgences. La temporalité de remplissage des deux recueils n'est sans doute pas toujours la même, or les informations enregistrées reflètent la situation telle qu'elle est connue au moment de leur saisie. En particulier, dans l'enquête, la sortie des urgences s'entend après UHCD le cas échéant, contrairement aux RPU où le mode de sortie inclut théoriquement cette unité, même si des pratiques variables sont observées. Les principales informations de sortie semblent tout de même concordantes, y compris en cas de mutation ou de transfert vers des services hospitaliers de différentes spécialités médicales, à l'exception des sorties vers des établissements médico-sociaux, qui demeurent plus difficiles à identifier. Les horodatages des passages présentent également une bonne concordance globale entre sources, malgré une certaine hétérogénéité des pratiques de clôture automatique des dossiers dans les RPU.

En ce qui concerne les circonstances médicales des passages aux urgences, les motifs de recours renseignés dans les RPU ne sont pas exploitables en l'état, en l'absence d'une uniformisation des pratiques de codage, lorsqu'ils sont renseignés. Les actes réalisés aux urgences sont quant à eux manquants dans les trois-quarts des cas. En revanche, les diagnostics principaux établis après l'examen médical et la prise en charge sont mieux remplis (plus exhaustifs et avec un codage conforme à la CIM-10) et présentent une bonne correspondance avec ceux renseignés dans l'enquête Urgences. Les principales différences entre les deux sources proviennent sûrement de la restriction à certains codes imposée dans l'enquête Urgences (utilisation d'un thésaurus dédié), ainsi qu'à une possible hétérogénéité des modalités de remplissage (saisie des informations par des personnes différentes dans l'enquête et dans les RPU, à des moments différents, sachant que le diagnostic peut être affiné au cours du temps et donc différer entre les deux recueils si la saisie des informations n'y est pas simultanée).

L'appariement des RPU avec l'enquête Urgences met ainsi en évidence une bonne concordance générale des informations communes aux deux sources, tout en permettant d'identifier des points de vigilance et de dégager des pistes d'amélioration. Ces résultats sont cependant à nuancer car ils reposent sur une observation ponctuelle, l'enquête ayant eu lieu un mardi de juin, dont l'activité n'est pas représentative de l'ensemble de l'activité annuelle ni hebdomadaire des urgences, notamment lors des pics d'activité générés par les épidémies hivernales, ou constatés les lundis. Il se pourrait également que la qualité du codage des RPU ait été accrue ce jour-là en raison de la mobilisation particulière des équipes dans le cadre de la tenue simultanée de l'enquête.

Au bilan, cette analyse de concordance permet d'apprécier dans quelle mesure et à quelles fins les RPU peuvent d'ores et déjà être exploités. L'exhaustivité de ces résumés, leur fréquence de remontée ainsi que la qualité globale de l'horodatage en font une source de choix pour le suivi de l'activité des services des urgences, notamment à des fins de surveillance épidémiologique. Ils permettent de comptabiliser de manière fiable le nombre de passages aux urgences avec une granularité temporelle particulièrement fine (pouvant aller jusqu'à l'heure), ainsi qu'à différentes échelles géographiques (nationale et régionale notamment). Les durées de passage calculées à partir des RPU peuvent également être exploitées, et leur évolution peut être surveillée, sous réserve de se limiter aux passages non suivis d'une admission en UHCD afin d'assurer une cohérence de concepts. Néanmoins, la déclinaison par établissement est à interpréter avec prudence, ces indicateurs étant particulièrement sensibles aux erreurs de transmission, aux pannes des systèmes d'information, aux doublons ainsi qu'aux pratiques variables, notamment en matière de clôture des dossiers. Toujours dans une optique de surveillance, les diagnostics principaux établis en sortie, bien qu'incomplètement renseignés, constituent une source précieuse pour l'identification d'événements de santé inhabituels. En revanche, les motifs de recours aux urgences, qui apporteraient une information complémentaire à ces diagnostics, ne peuvent, en l'état, être exploités.

Les RPU sont à l'heure actuelle les seules données collectées en routine permettant de décrire les circonstances de l'arrivée aux urgences. Leur qualité semble suffisante pour distinguer les patients arrivés depuis leur domicile (sans distinction fine entre les différents lieux assimilés au domicile), de ceux provenant d'un établissement de santé, ainsi que pour identifier le moyen de transport utilisé pour s'y rendre. Les RPU permettent également de renseigner l'issue des passages aux urgences, avec un bon niveau de précision, notamment en cas d'hospitalisation consécutive (excepté en UHCD), mais avec des réserves sur la complétude des informations en cas de survenue d'un décès. Les passages aux urgences suivis d'hospitalisation sont également enregistrés dans le PMSI. Une étude méthodologique rapprochant ces deux sources permettrait de poursuivre l'expertise de la qualité des informations relatives à la sortie des urgences collectées dans les RPU.

En revanche, les RPU présentent des limites, qui constituent autant de leviers d'amélioration. Le manque de signes de codage émanant d'une source officielle et à destination des établissements constitue un problème majeur. S'y ajoutent la présence de doublons résiduels, ainsi que le défaut d'application par certains concentrateurs régionaux des règles fixées par l'arrêté encadrant la remontée des RPU (notamment les modalités de restitution de l'âge et du code géographique). Plusieurs éléments pourraient être mis en place pour en améliorer la qualité :

- Une harmonisation des pratiques de codage entre établissements, mais également entre concentrateurs régionaux, afin de renforcer la cohérence des informations enregistrées : âge au moment du soin, code géographique de la commune de résidence, date de sortie en cas d'admission en UHCD ou de clôture automatique des dossiers ;
- Un meilleur remplissage de certaines données qui restent insuffisamment renseignées : motifs de recours, actes, certaines variables administratives ;
- Une normalisation accrue de certaines données pour garantir un format similaire et améliorer la comparabilité des informations provenant des différents établissements (motifs de recours, diagnostics), en forçant par exemple l'utilisation de thésaurus prédéfinis, aux nombres limités d'items ;
- Une élimination systématique des doublons, qui pourrait être rendue possible par l'inclusion d'un identifiant dans les RPU, par exemple d'un numéro de passage ou numéro d'entrée dans le système d'information des établissements, voire de l'identifiant national de santé (INS), qui correspond au numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (NIR) du patient dans la grande majorité des cas ;
- Plus généralement, l'inclusion de l'INS dans les RPU les rendrait chaînables au PMSI et au SNDS, favorisant ainsi la fiabilisation des informations collectées en routine sur les passages aux urgences, et permettant de positionner le recours aux soins non programmés dans le parcours de soins des patients avant et après leur passage aux urgences.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

Boisguérin, B. (2025, juillet). [La médecine d'urgence. Dans Cazenave-Lacroutz \(dir.\), Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025](#). Drees, *Panoramas de la Drees-Santé*.

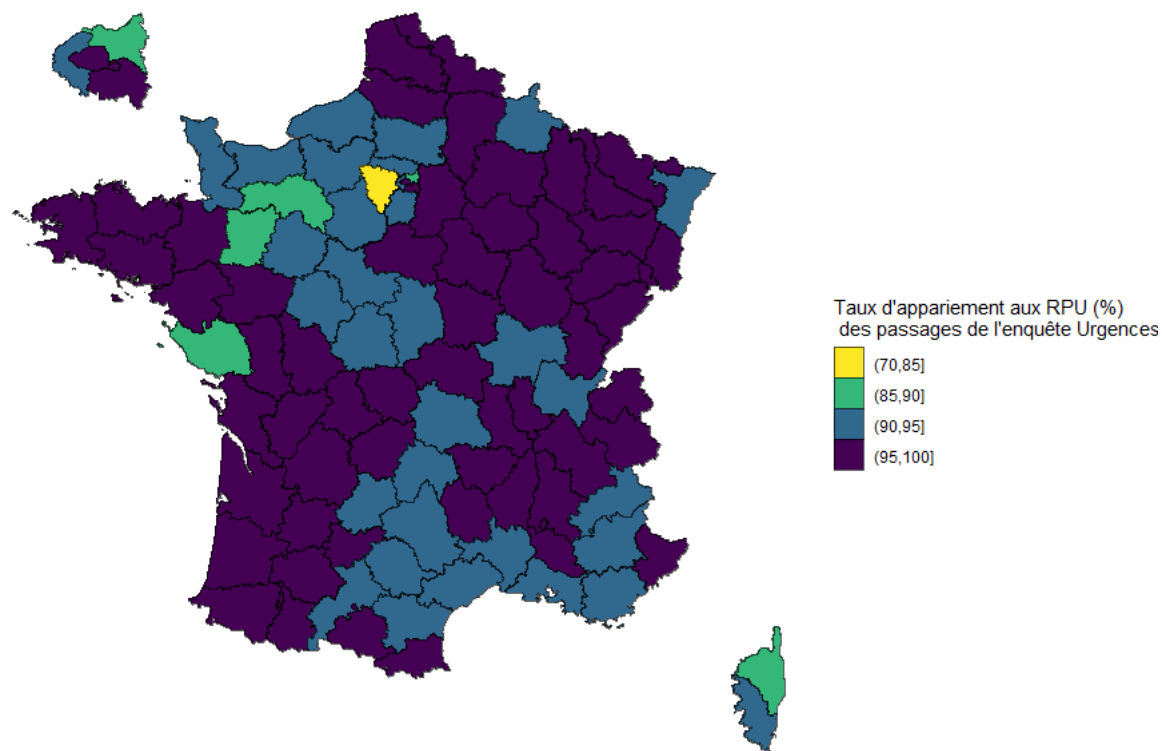
Demoly, E., Deroyon, T. (2025, mars). [Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013](#). Drees, *Études et résultats*, 1334.

Khaoua H., avec la collaboration de Suarez Castillo M. (2024, décembre). [Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements](#). Drees, *Études et Résultats*, 1320.

Fedoru (2024). Panorama des ORU 2023 – Activité des structures d'urgences. [PANORAMA FEDORU 2023.pdf](#)

Annexe 1. Taux de passages aux urgences appariés par département

Figure Taux d'appariement aux RPU des passages aux urgences enregistrés dans l'enquête Urgences, par département



Note > La situation des Yvelines n'est pas représentative et est à nuancer par le contexte conjoncturel. L'un des centres hospitaliers ayant répondu à l'enquête avait été victime d'une cyber-attaque quelques mois avant l'enquête, d'où l'absence de RPU sur la période.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors DROM.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Annexe 2. Complément à l'analyse des parcours au sein des urgences

Figure A2.1 Comparaison des modalités des variables « transport » des RPU, et « modes d'arrivée » de l'enquête Urgences, en effectifs

Enquête \ RPU	Personnel	Ambulance	Pompiers	SMUR	Forces de l'ordre	Hélicoptère	Non précisé	Total
Personnel	26 060	116	107	7	8	11	2 635	28 944
Véhicule d'un tiers	5 980	37	16	<5	6		624	6 665
Taxis VSL	601	132	11	<5	<5	9	67	825
Ambulance privée	637	5 044	230	32	<5	17	559	6 520
Pompiers	479	434	5 080	84	19	<5	626	6 724
SMUR	69	147	129	256		23	57	681
Forces de l'ordre	96	28	33	<5	357	<5	92	610
Non précisé	1 062	99	111	15	12	<5	125	1 426
Total	34 984	6 037	5 717	400	405	67	4 785	52 395

SMUR : structures mobiles d'urgence et de réanimation ; VSL : véhicule sanitaire léger.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Figure A2.2 Comparaison des modalités des variables « mode d'entrée » des RPU, et « provenance » de l'enquête Urgences, en effectifs

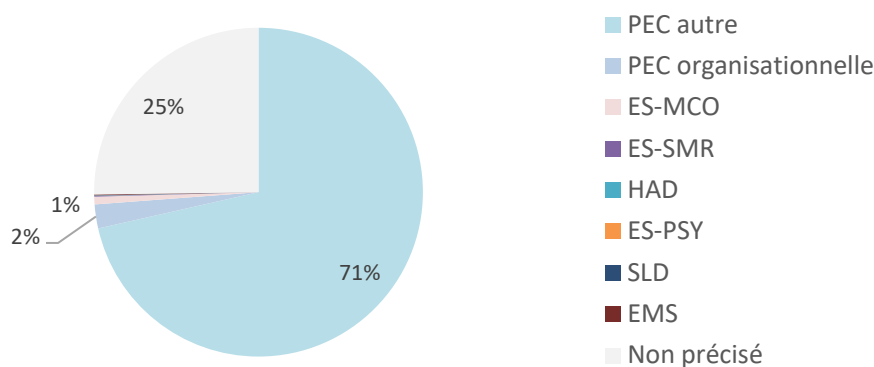
Enquête \ RPU	Domicile	Mutation	Transfert	Non précisé	Total
Domicile	34 390	92	141	1 470	36 093
Autre lieu de résidence	1 444	<5	<5	62	1 510
Voie publique	8 110	18	23	433	8 584
EMS	1 121	<5	42	61	1 228
ESNP	989	8	16	75	1 088
ES	936	29	109	48	1 122
Non précisé	2 597	22	22	129	2 770
Total	49 587	176	354	2 278	52 395

EMS : établissement médico-social ; ES : établissement de santé ; ESNP : établissements de soins non programmés.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Figure A2.3 Modalités de la variable « provenance » des RPU



HAD : hospitalisation à domicile ; ES : établissement de santé ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PEC : prise en charge ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Figure A2.4 Comparaison des modalités des variables « mode de sortie » des RPU et de l'enquête Urgences, en effectifs

	RPU					
Enquête	Domicile	Hospitalisation mutation	Hospitalisation transfert	Décès	Non précisé	Total
Domicile	35 444	921	33	<5	1 023	37 422
HAD existante	80	6				86
EHPAD	380	28	<5		9	419
EMS	301	24	22		8	355
Hospitalisation mutation	327	4 519	84	<5	148	5 081
Hospitalisation transfert	202	170	437		33	842
Décès	<5	14		14		30
Parti contre avis médical	242	9	<5		10	262
Parti sans attendre	1 628	17	<5		55	1 702
Non précisé	1 536	45	9		45	1 635
Total	40 142	5 753	590	18	1 331	47 834

HAD : hospitalisation à domicile ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : établissement médico-social.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Figure A2.5 Comparaison des modalités des variables « destination » des RPU et « mode de sortie » de l'enquête Urgences, en effectifs

Enquête \ RPU	ES-MCO	ES-PSY	ES-SMR	EMS	SLD	HAD	Non précisé	Total
Domicile	886	9	15	134	47	234	36 097	37 422
EHPAD	27		<5	17	<5		373	419
EMS	21	12	6	<5		<5	313	355
HAD existante	5						81	86
Hospitalisation	4 626	209	10	<5	15	<5	1 058	5 923
Décès	14						16	30
Parti contre avis médical	10						252	262
Parti sans attendre	13		<5	<5	<5	11	1 672	1 702
Non précisé	47	<5			<5		1 583	1 635
Total	5 649	233	33	157	69	248	41 445	47 834

HAD : hospitalisation à domicile ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : établissement médico-social ; ES : établissement de santé ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SLD : soins de longue durée ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Figure A2.6 Comparaison des modalités des variables « destination » des RPU et « type de service hospitalier » de l'enquête Urgences, en effectifs

Enquête \ RPU	ES-MCO	ES-PSY	ES-SMR	EMS	SLD	HAD	Non précisé	Total
Chirurgie	1 291		<5		<5		355	1 652
Obstétrique	28						25	53
Surveillance continue	129	<5	<5		<5		38	170
Soins intensifs	392	<5	<5		<5		94	494
Réanimation	193				<5	<5	24	219
Gériatrie	262		<5	<5			46	310
Médecine autre	2 174	5	<5	<5	<5		333	2 521
Psychiatrie	75	192		<5	<5	<5	97	367
SMR ou HAD (nouveau)	<5				<5		<5	8
Non précisé	1 101	32	23	154	54	246	40 430	42 040
Total	5 649	233	33	157	69	248	41 445	47 834

HAD : hospitalisation à domicile ; ES : établissement de santé ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SLD : soins de longue durée ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Figure A2.7 Comparaison des modalités des variables « orientation » des RPU et « mode de sortie » de l'enquête Urgences, en effectifs

RPU		Chirurgie	Obstétrique	Surveillance continue	Soins intensifs	Réanimation	Médecine	UHCD		
Enquête										
Domicile		459	<5	<5	<5	<5	185	547		
EHPAD		<5					7	21		
EMS		<5					8	12		
HAD existante							<5	<5		
Hospitalisation		1 057	39	123	194	121	2 057	551		
Décès					<5		<5	9		
Parti contre avis médical								8		
Parti sans attendre		<5			<5		<5	7		
Non précisé		<5	<5		<5		30	<5		
Total		1 528	43	125	200	122	2 293	1 160		

RPU		Réorientation	Parti contre avis médical	Fugue	Parti sans attendre	SDT	SDRE	Non précisé	Total
Enquête									
Domicile		478	84	16	140	<5	<5	35 504	37 422
EHPAD		<5	<5					384	419
EMS		10	<5		<5	<5		315	355
HAD existante								84	86
Hospitalisation		15		<5	13	28	13	1 710	5 923
Décès								17	30
Parti contre avis médical		<5	84	17	19			133	262
Parti sans attendre		68	16	98	793			715	1 702
Non précisé		573	33	23	221			743	1 635
Total		1 148	220	156	1 188	32	14	39 605	47 834

HAD : hospitalisation à domicile ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : établissement médico-social ; SDRE : sur décision du représentant de l'Etat ; SDT : sur demande d'un tiers ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée. La modalité « Fugue » désigne un départ à l'insu du personnel soignant.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Figure A2.8 Comparaison des modalités des variables « orientation » des RPU et « type de service hospitalier » de l'enquête Urgences, en effectifs

RPU		Chirurgie	Obstétrique	Surveillance continue	Soins intensifs	Réanimation	Médecine	UHCD	Non précisé	Autre	Total
Enquête											
Chirurgie		912	5	5		<5	123	138	459	6	1 652
Obstétrique		6	15				<5	<5	26	<5	53
Surveillance continue		3		52	8	6	31	16	52	<5	170
Soins intensifs		8	<5	29	155	10	82	50	156	<5	494
Réanimation		6		11	7	94	28	20	51	<5	219
Gériatrie		5		<5	<5		184	29	87	<5	310
Médecine autre		91	17	23	20	<5	1534	246	578	8	2 521
Psychiatrie		5			<5		43	32	242	44	367
SMR ou HAD (nouveau)							<5	<5	<5		8
Non précisé		492	5	<5	8	<5	264	624	37 950	2 690	42 040
Total		1 528	43	125	200	122	2 293	1 160	39 605	2 758	47 834

Autre : regroupement des modalités réorganisation, sans avis médical, à l'insu du personnel soignant, sans attendre, sur demande d'un tiers et sur décision du représentant de l'Etat ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2^e mardi de juin 2023, à l'exception de ceux admis en UHCD d'après l'enquête Urgences, France, hors Mayotte.

Source > Drees, enquête Urgences 2023 ; RPU, calculs Drees.

Drees Méthodes

N° 27 • juillet 2026

Comparaison des résumés de passages aux urgences à
l'enquête Urgences 2023

Directeur de la publication

Thomas Wanecq

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

ISSN

2740-3564

