

Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières

Actes du colloque du 18 novembre 2014

N° 63

Juin 2015

Une hausse continue de la fréquentation des services d'urgence des établissements de santé est observée (plus de 50 000 patients par jour en 2012 en France métropolitaine et dans les DOM), alors que les informations disponibles en routine fournissent peu d'éléments sur les motifs de recours, les modalités de prise en charge selon les pathologies, les difficultés éventuelles rencontrées, ou encore la diversité des organisations et de fonctionnement des structures.

Pour palier ce manque d'informations, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a réalisé une enquête un jour donné (le 11 juin 2013) auprès des 736 points d'accueil d'urgences présents sur le territoire français. Cette enquête a été conçue avec les professionnels des urgences et collectée par le personnel des points d'accueil lui-même. Elle fait suite à une première enquête menée en 2002.

Le colloque du 18 novembre 2014 a permis de présenter les premiers résultats issus de l'exploitation de cette enquête. Des travaux complémentaires autour des urgences, mobilisant d'autres sources de données existantes, ont également été exposés. De la genèse du recours aux urgences aux difficultés d'orientation en aval des urgences, de nombreux thèmes ont été abordés durant quatre sessions thématiques sur la méthodologie de l'enquête, l'organisation puis la patientèle des services d'urgences et enfin la place des urgences dans l'offre de soins de premier recours.



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

Ministère des Finances et des Comptes publics

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES STRUCTURES DES URGENCES HOSPITALIÈRES

Actes du colloque organisé le 18 novembre 2014 à Paris

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

Sous la coordination de

Léa Mauro et Ghislaine Vertueux

Directeur de la publication

Franck von Lenep

Organisation du colloque

Bénédicte Boisguérin

avec la collaboration de Gwennaëlle Brilhault, Léa Mauro, Layla Ricroch, Albert Vuagnat et Denis Raynaud

Sommaire

Session 1 : Ouverture du colloque	6
Ouverture du président de session	6
Introduction	8
Contexte, objectifs et méthodologie de l'enquête	10
Échanges avec la salle	23
Session 2 : Organisation des services d'urgence	26
Ouverture du Président de session	26
Résultats sur l'organisation des structures d'urgences	27
Les résumés de passage aux urgences : Analyse des variations temporelles en 2013	36
Délais et parcours aux Urgences selon l'enquête	43
Complémentarité des données de l'enquête Drees et des RPU	51
Échanges avec la salle	58
Session 3 : Résultats sur la patientèle	63
Ouverture du président de session	63
Résultats du questionnaire « patient »	64
Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences	71
Résultats du questionnaire « patient » – le parcours des personnes âgées aux urgences	79
Prise en charge de l'AVC aux urgences : un jour, un parcours	86
Échanges avec la salle	91
Session 4 : La place des urgences hospitalières dans l'offre de soins de premier recours	96
Ouverture du président de session	96
La place des urgences hospitalières dans les recours en urgence	97
Les données disponibles permettent-elles de mesurer la place des urgences dans l'offre de soins de premiers recours ?	102
Perspective d'études à partir de l'enquête sur les urgences hospitalières	114
Échanges avec la salle	118
Clôture du colloque	123
Abréviations	126
Bibliographie relative à l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières	128

LES INTERVENANTS

Bénédicte BOISGUÉRIN	Chargée d'études au bureau des établissements de santé, Drees
Dr Vanina BOUSQUET	PhD, épidémiologiste coordinatrice du réseau OSCOUR®, InVS
Dr François BRAUN	Chef de service des urgences du CHR de Metz, membre du CNUH et président de Samu-Urgences de France
Gwennaëlle BRILHAULT	Cheffe du bureau des établissements de santé, Drees
Dr Henri CLAUD	Conseiller médical, ARS PACA
Dr Carlos EL KHOURY	Chef de service des urgences du CH de Vienne et président de la commission évaluation et qualité de la SFMU
Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD	Inspecteur général des affaires sociales, Igas
Renaud LEGAL	Chef du bureau des dépenses de santé et des relations avec l'assurance maladie, Drees
Jean-Louis LHÉRITIER	Chef de service, Drees
Dr Laurent MAILLARD	Coordonnateur médical, Oru Aquitaine et membre de la Fedoru
Léa MAURO	Chargée d'études au bureau des établissements de santé, Drees
Dr Pierre-Bernard PETITCOLIN	Directeur médical, Oru Limousin et membre de la Fedoru
Dr Jean-Marc PHILIPPE	Conseiller médical au département des urgences sanitaires, DGS
Samuel PRATMARTY	Sous-directeur de la régulation et de l'offre de soins, DGOS
Layla RICROCH	Chargée d'études au bureau des établissements de santé, Drees
Pr Jeannot SCHMIDT	Chef de pôle Samu-Smur-Urgences du CHU de Clermont Ferrand, ancien président de la SFMU et membre de la SFMU
Dr Christophe VINCENT-CASSY	Praticien hospitalier au CHU du Kremlin Bicêtre et membre de la SFMU
Dr Gilles VIUDÈS	Directeur de l'Oru PACA et président de la Fedoru
Dr Albert VUAGNAT	Conseiller médical, bureau des établissements de santé, Drees

LISTE DES SIGLES

ARS : Agence régionale de santé

CH : Centre hospitalier / CHR : Centre hospitalier régional / CHU : Centre hospitalier universitaire

CNUH : Conseil national de l'urgence hospitalière

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Fedoru : Fédération des observatoires régionaux des urgences

Igas : Inspection générale des affaires sociales

InVS : Institut de veille sanitaire

OSOUR® : Organisation de la Surveillance COordonnée des Urgences

SFMU : Société française de médecine d'urgence

Session 1 : Ouverture du colloque

Ouverture du président de session

Pr Jeannot SCHMIDT

Chef de pôle Samu-Smur-Urgences du CHU de Clermont Ferrand, ancien président de la SFMU et membre de la SFMU

Bonjour à toutes et à tous. Je m'appelle Jeannot Schmidt et je suis le Past-Président de la Société française de médecine d'urgence (SFMU). Je voudrais pour commencer excuser l'absence de Pierre-Yves Gueugniaud, actuel Président de la SFMU, qui ne pouvait pas se libérer aujourd'hui. Il aurait bien aimé être présent pour le rendu d'une aventure commune qui lie la SFMU à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Plusieurs éléments en préambule avant d'entrer dans le vif du sujet.

D'abord, un grand merci à la Drees pour l'organisation de ce colloque. Les urgentistes l'attendaient avec impatience dans la mesure où en juin 2013, dans la grande famille des établissements de santé publics comme privés, ils ont donné de leur temps, de leur sueur pour essayer de faire au mieux pour permettre un rendu aussi fidèle que possible.

Merci aussi pour l'accompagnement aux côtés de notre société savante depuis des mois. En effet, parmi tous ceux présents ici, beaucoup ignorent le travail que nous réalisons ensemble (nous les quelques happy few de la SFMU et le groupe de la Drees), réunion par réunion au rythme de tous les deux mois. Si je devais en oublier un ou deux, qu'ils me le pardonnent. D'abord grand merci à Gwennaëlle Brilhault qui est à mes côtés. Elle dirige l'équipe de la Drees avec Bénédicte Boisguérin et Layla Ricroch à ses côtés, et je n'oublie pas Albert Vuagnat, notre ancien collègue urgentiste, ici présent. Merci aussi à Carlos El Khoury, le Président de la Commission Évaluation-Qualité de la SFMU. Il a mis tous les membres de son équipe au travail pour creuser et avancer sur les conclusions que peuvent nous apporter les données de cette enquête. À travers deux communications, il nous fera part de ce qu'il est possible de recueillir en informations, et je veux dire en informations scientifiques parce que cette enquête est une vraie étude scientifique épidémiologique apportant des conclusions nouvelles sur ce qui se passe dans nos structures des urgences. Certes, il y avait eu cette enquête en 2002 sur laquelle tout le monde se basait (et se base encore), dont tout le monde parlait (et en parle encore). Dix ans après, on cite toujours cette enquête de 2002 alors que depuis nous comptons près de 40 à 50 % de passages de plus dans les structures des urgences... Cette enquête était devenue incontournable et nous devons nous réjouir des conclusions qu'elle va nous apporter.

J'ai cité la Drees et j'ai cité la SFMU. Je me dois aussi de citer l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) et Samu Urgences de France (SUdF) qui ont été nos partenaires dès le début à nos côtés, puis particulièrement comme catalyseur de l'enquête « quand il a fallu y aller ». Tout le monde a mis du sien pour qu'on puisse la mener à son terme. En même temps, les deux organisations ont aussi fortement participé à la mise en place et à la rédaction des questionnaires, et bien sûr du document final qui était ambitieux. Je crois que le mot n'est pas faible, ce projet d'enquête était vraiment ambitieux dans la mesure où nous avons la volonté d'approcher les trois pans concernant l'usager des urgences : Que fait-il en amont ? On entendait de tout : « n'importe qui vient aux urgences ». « Plus personne ne fait rien avant de consulter ». « Ils n'appellent même pas leur médecin » et ainsi de suite. Vous verrez à travers les résultats que la vérité n'est pas celle là.

Cela nous donne aussi une lecture du parcours de soin aux urgences : Quels délais d'attente en réalité ?, quelles pathologies traitées ?, quel rôle est tenu par les infirmières d'accueil ?, quid des filières spécialisées ? Nous allons entendre des résultats d'analyses très pertinents et très intéressants.

Que devient ensuite le patient ? Là aussi, on avait des chiffres qui variaient d'un établissement à l'autre, d'une région à l'autre, et qui avait raison ? De fait, les résultats de l'enquête donnent une approche globale, mais aussi dans le détail, très

intéressante. Je veux pour exemple que près d'un cinquième de patients sont hospitalisés, ce qui est loin d'être neutre et pose d'emblée le problème de l'aval de ces patients dans les « étages » de nos établissements.

Mais l'enquête ne concernait pas que les usagers, elle comportait aussi l'analyse descriptive des unités d'hospitalisation de courte durée à travers l'organisation et les ressources humaines. Des choses très intéressantes en ressortent. L'analyse de toutes ces données n'est pas terminée, on en parlera.

Un dernier point, avant de laisser la parole, concerne l'enquête de 2002 pour laquelle les usagers avaient été rappelés pour donner leur appréciation, et notamment leur appréciation sur les délais de prise en charge. Les chiffres étaient de fait très subjectifs... Les conclusions de l'enquête 2013 sont tout sauf subjectives : « tout est horodaté » et tracé !

L'enquête de 2002 n'était donc qu'une première pierre à l'édifice. Les données recueillies en 2013 nous semblent autant de résultats que de pistes pour le futur et il faut dès maintenant s'inscrire dans le futur. Gwennaëlle Brilhault dira un mot sur le futur immédiat par rapport à ce que nous avons fait avec cette deuxième enquête. J'aimerais qu'elle dise aussi un mot sur le futur « médiat » qui lie la SFMU et la Drees, sans oublier l'Amuf et SUdF, afin que nous avancions ensemble sur d'autres enquêtes dont les modalités sont à définir : faut-il aller sur des échantillons représentatifs, faut-il avoir recours à un système similaire aux sondages de l'Insee sur les populations, par exemple une enquête tous les trois ans auprès d'un tiers des établissements. On a besoin d'accompagner la « consommation en médecine d'urgence » parce qu'elle change au fil des années et elle change vite. Je ne voudrais pas que, comme depuis 2002, nous nous contentions de conclusions vieillissantes pour construire la politique de santé de l'avenir.

J'espère qu'à travers la Drees, le ministère de la Santé entendra le message que je tiens à formuler ici au nom de la SFMU. Un grand merci à tous ceux qui sont venus aujourd'hui. J'espère que le débat sera interactif. On va essayer de se laisser un peu de temps pour les échanges parce que le programme est très chargé. Je laisse la parole à Monsieur Jean-Louis Lhéritier, chef de service de la Drees.

Je vous remercie pour votre attention.

Introduction

Jean-Louis LHÉRIER

Chef de service, Drees

Merci beaucoup, Monsieur le Président. Je suis heureux de vous accueillir au nom de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de son directeur qui est malheureusement empêché d'assister à cette journée consacrée aux résultats de l'enquête sur les structures des urgences hospitalières du 11 juin 2013. Cette enquête est pour la Drees une opération très importante et une vraie réussite grâce à l'implication des équipes des établissements de santé. Aujourd'hui, nous sommes ravis de partager avec vous un ensemble de résultats. Comme le disait le Pr Schmidt, la Drees avait déjà fait une première enquête de ce type en 2002. L'enquête du 11 juin 2013 en reprend le principe, mais en étant beaucoup plus ambitieuse puisqu'on est exhaustif au sens où on a enquêté toutes les structures d'accueil des urgences, soit plus de 700 centres, alors qu'en 2002, seulement 150 services avaient participé à l'enquête. Nous avons aussi élargi les thématiques par rapport à 2002.

Cette enquête est aussi inédite dans sa forme puisqu'il s'agit d'une collecte pendant 24 heures en parallèle de la prise en charge médicale par les équipes des urgences elles-mêmes. Nous avons obtenu de très bons taux de réponse. Nous mettrons à disposition des données très complètes pour toutes les analyses. C'est le gage d'études de qualité à l'avenir, et même dès maintenant.

Le succès de cette enquête est notamment lié à un travail en amont et tout au long de la collecte avec les professionnels des urgences à travers notamment la Société française de médecine d'urgence (SFMU) représentée ici par le Pr Schmidt, deux représentations des urgentistes, l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) et Samu urgences de France (SUdF). Aujourd'hui, la présence de nombreux professionnels témoigne de ces liens étroits. Ils seront aussi à la tribune au fil de la journée et également dans la salle. Je les remercie à nouveau.

Cette introduction me donne aussi l'occasion de remercier au nom de la Drees tous les urgentistes qui ont contribué au succès de cette opération. Ce sont eux qui ont accompli le travail de collecte des données des patients en parallèle de leur travail normal de prise en charge des patients, et ensuite qui ont enregistré les informations collectées. Nous sommes conscients que cela a été un travail très lourd pour ces urgentistes, mais ce travail était indispensable pour faire cette enquête. Donc, une nouvelle fois, un grand merci.

Nous remercions également les services administratifs des services des urgences qui ont aussi rempli une partie du questionnaire, le volet appelé « structure » de l'enquête.

En tant que représentant de la Drees, le service statistique du ministère chargé de la Santé, j'aimerais souligner les spécificités de cette enquête dans la sphère de la statistique publique avec lesquelles vous n'êtes peut-être pas complètement familiers.

La statistique publique s'appuie sur une loi appelée la loi statistique qui remonte au 7 juin 1951, du temps de Vincent Auriol. Cela remonte loin, mais c'est toujours le socle de toute notre activité. Cette loi garantit le secret statistique principalement aux personnes physiques ou morales qui font l'objet d'une enquête par la statistique publique. C'est-à-dire la confidentialité de leurs réponses. Il y a aussi un certain nombre de garanties de publicité. Chaque année, la statistique publique publie au Journal Officiel la liste des enquêtes statistiques qui ont obtenu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis). Ce conseil réunit toutes les parties prenantes de la statistique publique.

L'enquête nationale sur les urgences hospitalières s'inscrit complètement dans ce cadre. Plus précisément, c'est le cas du volet relatif aux patients qui est une enquête statistique au sens de la loi de 1951. Ceci garantit le secret statistique aux patients eux-mêmes à propos des informations collectées, mais aussi aux services d'urgence sur leur activité retracée dans l'enquête. Il faut bien comprendre que pour un établissement donné l'activité d'un jour donné (le 11 juin 2013) ne peut pas être représentative de l'activité du service pendant toute l'année. L'enquête a par ailleurs obtenu du même Cnis le label d'intérêt général et de qualité statistique. Ceci signifie qu'elle remplit tous les critères de bonne qualité en statistique.

Pour le second volet de l'enquête qui porte sur l'organisation et les ressources de chaque point d'accueil des urgences, le statut choisi est différent. Il s'agit là d'une enquête administrative comme l'est la statistique annuelle des établissements de santé, la SAE - je pense que la plupart d'entre vous la connaissent - dont les données sont accessibles à tous conformément à la loi de juillet 1978 sur l'accès aux données publiques.

Ces deux statuts différents pour les deux volets de l'enquête ont été retenus pour mettre à disposition du plus grand nombre un maximum de données. On est vraiment dans une logique d'open data. Ces statuts impliquent des mises à disposition sous des formes différentes qui seront explicitées dans l'intervention de Gwennaëlle Brilhaut.

Avant de céder la place à son intervention, je souhaiterais vous rappeler de manière rapide le programme de la journée. Elle est articulée en quatre sessions :

- Une session introductive pour restituer les particularités méthodologiques de l'enquête. La suite de la journée portera sur les premiers résultats que l'enquête permet déjà d'établir et leur mise en perspective avec les autres sources de données sur les urgences hospitalières.
- La session 2 portera sur l'organisation des structures d'urgence.
- La session 3 se penchera sur les patients pris en charge.
- La session 4 s'interrogera sur la description de la place des urgences hospitalières dans l'offre de soin de premier recours.

Outre les présentations par l'équipe de la Drees en charge de l'enquête nationale, les présentations seront faites par des intervenants tant de la SFMU que par d'autres institutions. Qu'ils en soient ici encore remerciés.

Je vous souhaite un très bon colloque. Merci de votre attention.

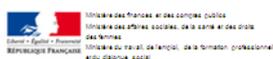
Pr Jeannot Schmidt

On va donc vraiment rentrer dans le vif de cette enquête. Contexte, objectif, méthodologie, ... Les nombreuses heures de travail en amont sont ici résumées en 45 min ou peut-être en 35 min pour que nous ayons une session de questions/réponses.

Contexte, objectifs et méthodologie de l'enquête

Gwennaëlle BRILHAULT

Cheffe du bureau des établissements de santé, Drees



Plan de la présentation

Contexte, objectifs et méthodologie de l'enquête

Gwennaëlle BRILHAULT (DREES)

1. Retour sur la genèse de l'enquête
2. Les objectifs de l'enquête
3. Un protocole de collecte original
4. Une collecte réussie
5. Des choix d'organisation déterminants
6. Une collecte de qualité
7. Diffusion des données et premières études

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

1

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

2

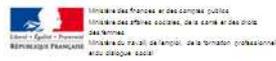
Je m'appelle Gwennaëlle Brillhault. Je suis cheffe du bureau établissements de santé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Le bureau que je dirige est en charge de produire des enquêtes et de réaliser des études sur les établissements de santé comme son nom l'indique, à partir de toutes les sources existantes. Nous réalisons notamment l'enquête déjà mentionnée, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). C'est une enquête importante auprès de tous les établissements de santé chaque année. C'est forte de ce savoir-faire en matière d'enquête que ma prédécesseur, Christelle Minodier, qui nous fait l'amitié d'être présente aujourd'hui, s'est attaquée à l'idée de réaliser une nouvelle enquête sur les urgences hospitalières. Elle l'a surtout fait avec la détermination de définir un format d'enquête qui soit le plus approprié possible à ce sujet particulier. C'est ainsi qu'a été conçue cette enquête originale. Elle a bénéficié, comme indiqué précédemment, de l'appui des professionnels qui sont présents à nos côtés aujourd'hui, des membres de l'administration et de toutes les agences d'État qui sont impliqués sur le sujet des urgences hospitalières.

Aujourd'hui, je suis ravie d'être parmi vous pour ce colloque qui est un aboutissement pour notre équipe puisque nous allons pouvoir discuter et vous présenter abondamment cette enquête dont nous sommes très fiers et en discuter avec vous [diapo 1]. C'est aussi un nouveau départ parce que l'idée de ce colloque est aussi de susciter auprès de certains d'entre vous, nous l'espérons, des idées de projet d'étude ou de recherche fondées sur les données que fournit cette enquête. Nous sommes très heureux de vous présenter aujourd'hui ce projet qui nous a beaucoup mobilisés.

L'objet de ma présentation comme indiqué par le Pr Schmidt est de rappeler les principales caractéristiques méthodologiques de cette enquête. Ceci a pour objectif de permettre à chacun d'entre vous, qu'il connaisse ou non cette enquête, de mieux en situer les contours avant de vous en présenter les résultats afin d'entrer en douceur dans la thématique de la journée. Ensuite, je céderai la place au cœur du sujet, c'est-à-dire les premiers résultats de l'enquête et son positionnement vis-à-vis des sources qui existaient jusque-là sur les urgences hospitalières.

Plan de ma présentation [diapo 2]

- Genèse de l'enquête, ses objectifs et le protocole retenu.
- Réussite de l'enquête en matière de collecte.
- Organisation retenue pour un bon fonctionnement.
- Quelques éléments sur la qualité des données recueillies.
- Modalités de diffusion des données et thématiques d'études déjà abordées qui feront l'objet d'une présentation au cours de la journée.



1- Genèse de l'enquête

- Enquête nationale sur les urgences de la DREES en 2002
 - Évolutions importantes du domaine sur les 10 dernières années :
 - Sources d'information en évolution
 - Structuration des services d'urgences
 - Réglementations modifiées
 - Enquête qualitative en 2012 sur l'opportunité d'une enquête
- Contexte : recours toujours croissant aux services des urgences

→ Décision de réaliser une enquête originale

2^{ème} enquête nationale sur les urgences hospitalières qui se différencie de la première par :

- des objectifs plus étendus
- son protocole de collecte inédit en France et en temps réel

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

3

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

4

Genèse de l'enquête [diapos 3-4]

Une première enquête nationale a été menée en 2002 auprès des urgences et réalisée par la Drees. C'était une première description statistique de l'activité d'accueil et de prise en charge par les urgences. Elle avait permis d'identifier, notamment des grands groupes d'usagers aux urgences : les nourrissons, les enfants qui viennent à la suite de chutes, etc.

Au cours de la décennie suivante, le contexte des urgences a continué d'évoluer fortement. Dès 1995, l'organisation au sein des établissements de santé de l'activité d'accueil et de traitement des urgences est précisée une première fois par le décret 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour la prise en charge des patients. Ce décret insiste sur la nécessité de créer des services dédiés avec une présence 24 h sur 24 h de médecins formés aux urgences et d'infirmiers diplômés d'État, des accès sans délai à l'imagerie, aux analyses médicales, aux blocs opératoires, de locaux permettant notamment des premiers soins dont ceux dits de « déchocage ». Les établissements ont eu cinq ans pour se mettre en conformité avec ces dispositions.

Le plan urgences 2004-2008 a également modifié la situation, notamment en aidant au financement des postes médicaux dans les services d'aide médicale urgente (Samu) et les services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). En 2006 sont parus les décrets 2006-576 et 2006-577 qui définissent les services autorisés à accueillir les urgences générales et ceux autorisés en tant que services d'urgences pédiatriques (les autorisations étant délivrées par arrêté des agences régionales de santé qui vérifient la conformité aux décrets). Ces décrets définissent ainsi un seul type d'accueil et de traitement des urgences au lieu des trois qui existaient jusque-là (service d'accueil des urgences - SAU, pôle spécialisé des urgences - POSU, unité de proximité d'accueil des urgences - UPATOU) : il s'agit des structures des urgences, qui s'inscrivent comme l'une des modalités de la médecine d'urgence, aux côtés de l'aide médicale et de services mobiles d'urgence et de réanimation.

En parallèle, d'importantes modifications des réglementations ont été effectuées sur la durée légale du temps de travail, sur la réforme du financement des établissements de santé. La loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a aussi apporté des changements, ainsi que des mesures pour faciliter le recours non programmé à un médecin en ville : développement de la régulation médicale libérale, maisons médicales de garde, etc.

Dans ce contexte, la Drees a réfléchi à l'opportunité de réaliser une nouvelle enquête sur les urgences hospitalières. Pour cela, nous avons demandé à une équipe de consultants de réaliser cinq monographies sur des territoires en se centrant sur l'accueil et le traitement des urgences sur ces territoires. Ceci a permis de déboucher sur le projet d'une nouvelle enquête qui a eu lieu le 11 juin 2013. Tout cela s'est produit dans le contexte d'un recours toujours grandissant des patients aux services des urgences. C'est ainsi que nous avons décidé de faire une deuxième enquête. Elle va se différencier de la première à la fois par des objectifs plus étendus et par un protocole de collecte assez différent. Je vais revenir sur ces deux points.

2- Les objectifs de l'enquête

- Décrire la genèse des recours aux urgences
caractéristiques socio-démographiques des patients pris en charge
mode habituel de recours aux soins
démarches entreprises avant l'arrivée aux urgences
- Décrire les modalités de prise en charge aux urgences
par examens pratiqués, pathologies prises en charge, hospitalisation en UHCC
- Et les difficultés rencontrées lors des passages aux urgences
temps d'attente, problèmes d'aval, expression de violence

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

5

3- Un protocole de collecte original

- L'enquête a concerné :
 - tous les **points d'accueil** de France des établissements autorisés pour les urgences (736)
 - et tous les patients pris en charge
 - entre 8h le 11 juin et 8h le 12 juin 2013 (un mardi)
- Un questionnaire en deux volets :
 - 1 volet structure et 1 volet patient
 - volets patient remplis sur papier le jour de l'enquête en parallèle de la prise en charge médicale → **en temps réel**
 - puis saisis sur le site internet de collecte par les urgentistes

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

6

Objectifs [diapo 5]

Je les ai résumés en trois thématiques :

- Reconstituer la genèse des recours aux urgences en décrivant les caractéristiques sociodémographiques des patients pris en charge, leurs habitudes en matière de recours aux soins, toutes les démarches entreprises avant de se rendre aux urgences et la façon dont ils y sont venus.
- Décrire leur prise en charge au sein des services des urgences, les examens auxquels on les soumet. Pour quelle pathologie sont-ils pris en charge ? Sont-ils ensuite hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée ? Ce sont les différents thèmes abordés dans le questionnaire.
- Analyser les difficultés rencontrées lors du passage aux urgences, les éventuels temps d'attente, les problèmes de disponibilité de lit en aval pour hospitaliser les patients pris en charge à la sortie des urgences, les éventuelles expressions de violence qui peuvent avoir eu lieu au sein du service des urgences.

Protocole de collecte [diapo 6]

Cela a été dit, l'enquête se différencie aussi sur ce plan par rapport à l'enquête de 2002. Tout d'abord, c'est une enquête exhaustive à double titre alors que la précédente portait sur un échantillon de 150 établissements. L'enquête du 11 juin 2013 est exhaustive par le fait qu'elle va concerner toutes les structures d'urgence pour l'activité d'urgences générales ou d'urgences pédiatriques autorisées par le décret de 2006. Plus exactement, elle vise les points d'accueil au sein de ces structures d'urgence. Nous définissons le point d'accueil comme l'entrée matérielle des patients. Pour une structure d'urgence qui aurait à la fois l'autorisation d'exercer en qualité d'urgences générales et d'urgences pédiatriques il peut y avoir physiquement deux entrées, une pour les adultes, une pour les enfants. Dans ce cas, nous avons interrogé ces deux points d'accueil de manière séparée de façon à aller au plus près de l'organisation interne des services.

Deuxième forme d'exhaustivité de l'enquête au sein de ces points d'accueil, le jour de l'enquête, nous avons effectué l'enquête auprès de tous les patients qui se sont présentés dans un de ces points d'accueil entre 8 h le 11 juin et 8 h le lendemain matin, sur une durée de 24 h. Pour l'enquête de 2002, la durée s'était étalée sur toute une semaine. L'organisation avait été très différente. Le 11 juin a été choisi parce que c'était un jour de semaine, un mardi, une journée qui n'est pas aussi spécifique qu'une journée de week-end où la médecine libérale en ville n'est pas disponible. On préférerait avoir ce point de repère d'un jour de semaine.

Le questionnaire est organisé en deux volets :

- Un volet « structure » qui vise à décrire l'organisation du point d'accueil. Y a-t-il une personne à l'entrée qui oriente les patients ? Ce questionnaire « structure » établit le nombre des différents médecins, infirmiers, aides-soignants qui travaillent dans le service. Il fait état du nombre de patients qui ont été vus le jour du 11 juin. C'est une question posée en fin de questionnaire qui est importante pour les exploitations.
- Un questionnaire « patient » avec une série de questions qui permettent de savoir dans quelles circonstances les patients sont venus, à quel moment ils ont été accueillis, quels examens leur a-t-on prodigués au cours de leur passage aux urgences. La particularité de ce questionnaire « patient » précédemment soulignée vient du fait qu'il a été rempli en

cours de prise en charge médicale par les urgentistes eux-mêmes, d'abord sur papier, puis saisi dans un deuxième temps sur le site de collecte internet sécurisé développé par les informaticiens de la Drees.

C'est vraiment un très gros travail qui a été accompli par les urgentistes dans chacun des points d'accueil puisqu'ils ont à la fois assuré la collecte et la saisie des données. Ils ont joué le rôle d'enquêteur ce qui n'est pas commun dans une enquête de statistiques publiques. Je m'associe aux remerciements qui ont déjà été prononcés antérieurement à leur attention.



4. Une collecte réussie (1/2)

- Succès :
 - 734 points d'accueil répondants sur les 736 (taux de réponse = 99,7%)
 - 48711 questionnaires patients reçus et exploitables sur les 52018 attendus (taux de réponse = 93,6%)
 - Une collecte presque exclusivement via le site internet
 - Une petite proportion de questionnaires patients non saisis sur le site de collecte sécurisé (1,5%)
- Grâce à l'implication des équipes aux urgences

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

7

Bilan de la collecte [diapo 7]

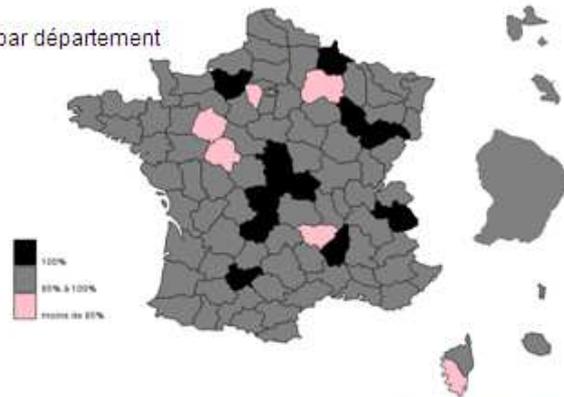
Pour nous, il s'agit d'une vraie réussite. Sur les 736 points d'accueil recensés, 734 points d'accueil ont répondu : un taux de réponse à faire pâlir d'envie n'importe quelle enquête.

Concernant le taux de réponse des patients, nous avons recueilli 48 711 questionnaires « patient » exploitables sur les 52 018 questionnaires attendus au sens de ce qui est décrit dans le volet « structure » de l'enquête. Chaque structure a donné le nombre de patients vus ce jour-là, et en regard nous avons compté tous les questionnaires « patient » que nous avons reçus. Parmi eux, 48 711 questionnaires se sont avérés de qualité suffisante pour être exploités. Donc, c'est aussi un excellent taux de réponse de l'ordre de près de 94 %.

La collecte s'est passée presque exclusivement par le biais du site internet. C'est aussi un succès pour nous. Très peu de questionnaires ont dû être saisis ensuite par notre prestataire. Tout ceci, grâce à l'implication des équipes dans les services des urgences.

4. Une collecte réussie (2/2)

Taux de réponse par département



Source : enquête Urgences 2013 - DREES

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

8

Une autre façon de revenir sur ces taux de réponse est de vous présenter une carte [diapo 8]. Elle se focalise sur le taux de réponse sur les patients en prenant comme référence le nombre de passages de la journée indiqué dans le volet « structure » de l'enquête et en comparant au nombre de questionnaires « patient » recueillis pour chaque point d'accueil. On voit que, pour quelques départements, il y a un taux de réponse parfait de 100 %. Pour la majorité, ceux qui sont en gris sur la carte, le taux de réponse est compris entre 85 et 100 %, c'est vraiment un très bon taux de réponse.

5- Des choix d'organisation déterminants (1/3)

- Un comité de pilotage pertinent
représentants de l'administration centrale, des ARS, des professionnels des urgences (CNUH, SFMU, SUDF, AMUF), des établissements (FHF, FEHAP, FHP) et des usagers
- Une très forte implication des urgentistes
 - Tout au long de la préparation (du questionnaire notamment)
 - Interventions pour encourager les urgentistes à répondre
 - Ont joué le rôle d'enquêteur (passation et saisie des questionnaires)
- Recours à un prestataire extérieur :
Obtention des coordonnées des référents administratif et urgentiste, maquette des questionnaires "papier", routage, assistance et hotline, saisie des questionnaires papier non saisis par les référents

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

10

5- Des choix d'organisation déterminants (2/3)

- Un calendrier serré
Première réunion avec les urgentistes en juillet 2012, test du questionnaire en février 2013, passages devant le comité du label du CNIS et devant la CNIL très proches du jour J → Petit retard à l'envoi du matériel de collecte
- Une collecte dématérialisée : site de collecte internet sécurisé
apports de la saisie informatique : contrôles des données en cours de saisie, suivi de la collecte immédiat, etc.
- Une « hotline » de la DREES
assurée par 3 personnes de l'équipe DREES à plein temps de fin mai à mi juillet par téléphone et messagerie (2000 messages)
- Plusieurs relances bien ciblées

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

11

Quelques éléments pour aller plus loin pour comprendre les bons résultats de la collecte de cette enquête [diapo 10]. Comme pour toute enquête, la Drees a créé un comité de pilotage dont le but était de définir quel serait le protocole d'enquête le plus pertinent. Ce comité a rassemblé à la fois des représentants de l'administration centrale, des représentants des agences régionales de santé, des professionnels des urgences, nous avons déjà cité la Société française de médecine d'urgence (SFMU), Samu urgences de France (SUDF), l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) et également le Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH). Dans ce comité de pilotage, nous avons aussi fait participer, comme on le fait toujours dans les enquêtes auprès des établissements de santé, des représentants des établissements eux-mêmes au travers des fédérations hospitalières. Nous avons sollicité les usagers des urgences qui malheureusement n'ont pas pu participer au comité de pilotage.

Un autre point déterminant de notre organisation concerne la très forte implication des urgentistes. Je voulais signaler ici que cette implication s'est exprimée à deux niveaux. C'est premièrement au niveau des instances DREES dirigeantes de la SFMU,

de l'Amuf, de SUDF, tout au long de la préparation de l'enquête, notamment pour la conception du questionnaire, et au moment de l'enquête elle-même parce que les relances faites par la SFMU sur son site dans les journées qui ont suivi l'enquête ont été extrêmement importantes. Elles ont incité et encouragé les urgentistes à répondre à l'enquête. Deuxièmement, l'implication a aussi été très forte sur le terrain dans chacun des services puisque les urgentistes ont joué le rôle d'enquêteur comme je l'ai déjà dit.

Autre point également, comme dans beaucoup d'enquêtes, la Drees a fait appel à un prestataire extérieur pour aider à la collecte de l'enquête. Il s'agit de la société Ipsos. Ils ont contacté les référents administratifs et urgentistes responsables de la collecte des deux volets de l'enquête. Ils ont maqueté les questionnaires. Ils se sont occupés de l'acheminement de tous les questionnaires vers les différents points d'accueil, de l'assistance et de la *hotline* au cours de la collecte pour répondre aux questions des urgentistes afin de les aider à remplir les questionnaires en cours d'enquête, et la saisie des quelques questionnaires papier qui n'avaient pas été saisis sur le site sécurisé.

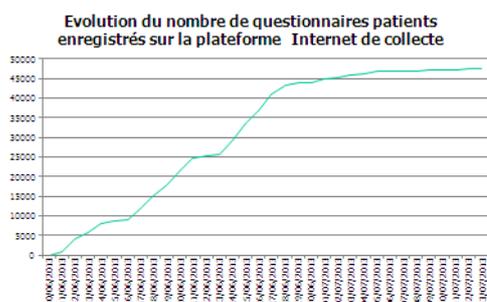
Le calendrier était serré. C'est malheureusement souvent le cas dans les enquêtes. On peut le regretter étant donné que le matériel de collecte était parvenu assez tardivement dans les points d'accueil. Ceci n'a pas forcément laissé le temps nécessaire aux référents de l'enquête pour se mettre au courant et se préparer au jour donné. Néanmoins, ils sont d'autant plus méritants d'avoir réussi aussi bien la collecte.

On peut également souligner le calendrier serré [diapo 11]. On le voit par rapport à la première réunion avec les urgentistes en juillet 2012 pour une enquête sur le terrain le 11 juin 2013. C'était vraiment une gageure de réussir cela. Des tests du questionnaire ont été réalisés en février 2013 auprès de 23 établissements qui nous ont beaucoup aidés à finaliser les questionnaires. Le passage devant le Comité national de l'information statistique (Cnis) et son Comité du label, et le passage devant la Commission nationale Informatique et Liberté (Cnil) ont été très proches du jour J de l'enquête. C'était juste, mais c'est passé.

Le site de collecte internet sécurisé a vraiment constitué un apport pour l'enquête parce que ce type de site internet permet de faire des contrôles en cours de collecte lors de la saisie des informations, éventuellement bloquées, insister auprès de la personne qui est en train de saisir les données pour s'assurer que les données sont correctes. Par ailleurs, cela nous permettait de suivre en direct les remontées des questionnaires et d'avoir instantanément un état des lieux de la remontée des questionnaires.

La Drees, en parallèle à la *hotline* mise en place par notre prestataire, a mis en place une *hotline* spécifique au sein de mon équipe que je tiens à saluer, trois personnes à temps plein ont travaillé de la fin mai à la mi-juillet (Hélène Valdelièvre, Bénédicte Boisguérin et Albert Vuagnat). Ils ont pris en charge beaucoup de questions des urgentistes au téléphone ou par messagerie. Cela a été un très gros travail. Je pense que les urgentistes qui sont dans la salle ont peut-être eu à faire avec eux qui ont essayé de répondre au mieux à toutes les questions pour que les réponses soient les meilleures possible, et pour soutenir au maximum les équipes des services des urgences qui répondaient à l'enquête.

Effet des relances ciblées



5- Des choix d'organisation déterminants (3/3)

- Valorisation précise des données :
 - Travail important du 4^{ème} trimestre 2013 au 1^{er} trimestre 2014 :
 - Contacts téléphoniques avec les non-répondants
 - Étude et correction des manques ponctuels
 - Expertise de la cohérence interne des données :
 - Suppression des questionnaires vides ou pas assez remplis
 - Vérification des données pour suppression des fautes de frappe
 - Cohérence de la chronologie
 - Codage des diagnostics en CIM-10 mis en commentaire
 - Définition de ce qu'est ici un questionnaire exploitable
 - Pondération des données exploitables pour compenser la « non-réponse », au niveau région (demande du Conseil national de l'info. stat.)

Nous avons enfin fait des relances ciblées des points d'accueil non-répondants, à la fois par l'intermédiaire du prestataire du suivi de la collecte et avec l'aide de la SFMU qui relançait en parallèle ses adhérents pour les encourager à finaliser l'enquête pour leurs établissements.

La figure [diapo 12] permet d'illustrer l'impact de ces relances via une courbe qui retrace la cinétique des saisies de questionnaires « patient » sur la plateforme internet (on part tout à gauche du 11 juin et on arrive à peu près jusqu'à la mi-juillet) : par exemple, le redémarrage après le palier au milieu de la courbe correspond à une relance téléphonique du prestataire entre le 21 et le 25 juin, qui a été déterminante pour encourager les urgentistes à continuer à saisir les questionnaires qu'ils avaient engrangés lors de la journée du 11 juin, notamment après la pause du week-end (pendant lesquels manifestement aucun questionnaire n'a été enregistré). Le dernier point déterminant dans notre organisation porte sur le choix que nous avons fait au bureau des établissements de santé de consacrer du temps à une valorisation minutieuse des données [diapo 13]. C'est un travail que nous avons effectué entre le quatrième trimestre 2013 et le premier trimestre 2014. Tout d'abord, en recontactant d'une manière aussi poussée que possible les non-répondants pour essayer d'obtenir un maximum de réponses des points d'accueil. Ceci a porté ses fruits puisque nous n'avons que deux points d'accueil qui n'ont pas participé à l'enquête, mais cette phase a été extrêmement chronophage. Ensuite, nous avons fait une étude et la correction quand cela était possible de manques ponctuels dans les questionnaires pour de petites choses qui n'étaient pas forcément compliquées, mais qu'il fallait regarder d'une manière fine. Par exemple, quand certaines dates du questionnaire étaient remplies et pas d'autres, on s'est autorisé à compléter pour avoir des questionnaires les mieux remplis possible. Nous avons aussi fait une expertise de la cohérence interne des données. Elle est passée par la suppression de certains questionnaires qui n'étaient vraiment pas assez remplis. Ils étaient heureusement très minoritaires. Nous avons vérifié les données autant qu'on pouvait le faire, notamment pour éliminer les fautes de frappe. Nous avons vérifié la cohérence chronologique des questionnaires « patient » puisqu'il y avait plusieurs heures qui étaient enregistrées dans le questionnaire « patient » pour témoigner du parcours des patients aux urgences. Il y avait parfois des incohérences dans cette chronologie que nous avons pu assez facilement rétablir. Il fallait coder un certain nombre de diagnostics en classification internationale des maladies (Cim-10) qui étaient en commentaires pour le questionnaire. Cela nous a aussi demandé du temps.

Nous avons ainsi défini en lien avec la SFMU au sein du comité d'exploitation de l'enquête ce que nous considérons comme un questionnaire exploitable. De quelles données devons-nous disposer au minimum dans un questionnaire « patient » pour qu'il puisse être exploitable pour la suite pour des études de qualité ? Nous avons procédé à une nouvelle pondération des données exploitables afin de compenser cette « non-réponse » comme cela nous était demandé afin d'avoir des résultats statistiques valables pour chaque région. Voilà donc pour les différents choix d'organisation que je voulais souligner. Ils ont été déterminants de notre point de vue pour obtenir des données de qualité. Je vais présenter maintenant des éléments attestant de leur qualité.

6- Une collecte de qualité (1/4)

- Qualité des données :
bons taux de réponse aux questions les plus importantes pour les analyses
- Existence de questions obligatoires :
si non renseignées, validation bloquée par le logiciel de collecte
→ pour les questions obligatoires, taux de réponse élevés
pour les questions non obligatoires, taux moins bons

6- Une collecte de qualité (2/4)

- Exemple de taux de réponse du volet structure :
 - Existence d'un circuit court : 100 %
 - Existence d'un poste d'accueil et d'orientation : 100 %
 - Effectifs physiques au 31/12/2012 : 99,9 %
 - Postes vacants de médecins urgentistes : 60,3 %
- Exemple de taux de réponse du volet patient :
 - Heure d'enregistrement : 99,9 %
 - Sexe : 97,5 %
 - Niveau de diplôme : 81,4 %
 - Réalisation d'un acte d'imagerie : 98,7 %
 - Heure de sortie : 99,9 %
 - Patient violent : 87 %

La qualité des données dépend tout d'abord de très bons taux de réponse pour les questions les plus importantes de l'enquête et pour les analyses futures [diapo 15]. Nous avons obtenu ces très bons taux de réponse parce que nous avons défini un certain nombre de questions comme étant obligatoires. Elles étaient matérialisées sur le questionnaire par

des fonds bleutés pour les deux volets de l'enquête. Tant que ces questions obligatoires n'étaient pas remplies sur le site internet de collecte, la validation du questionnaire était bloquée. De cette façon, on était sûr d'obtenir des réponses à ces questions. Cela a très bien fonctionné. De ce fait, nous avons de très bons taux de réponse pour les questions obligatoires qui sont les plus utiles pour les analyses à venir, et des taux moins bons pour les autres questions. Elles sont donc à utiliser avec plus de précautions.

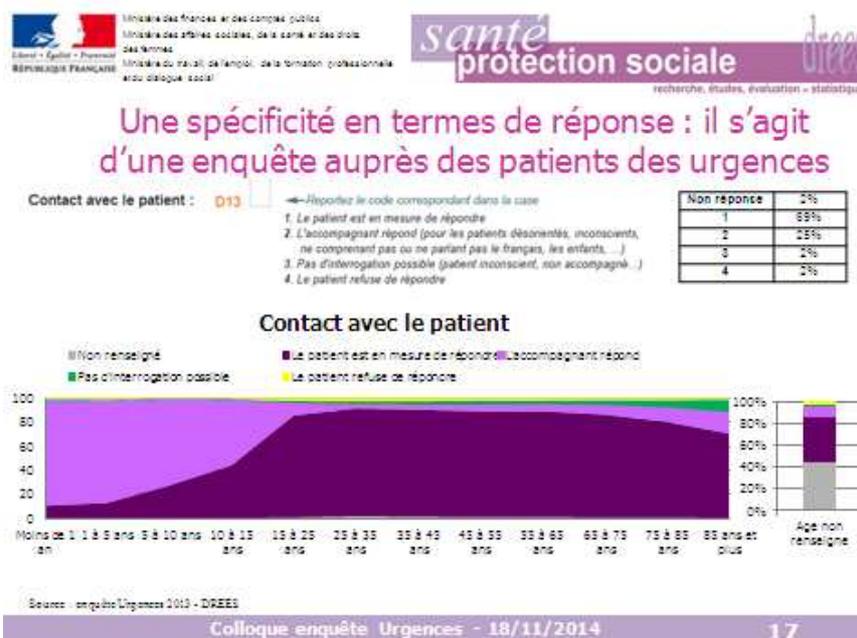
Des exemples de taux de réponse [diapo 16] :

Pour le volet « structure » par exemple, nous avons des réponses à la question concernant l'existence d'un circuit court dans chacun des points d'accueil pour 100 % des points d'accueil. C'est exceptionnel.

De même, la question portant sur l'existence d'un poste d'accueil et d'orientation au sein du point d'accueil a été également remplie par 100 % des points d'accueil.

Par contre, pour ce qui concerne les effectifs de postes vacants pour les médecins urgentistes par exemple, la question n'était pas obligatoire : nous obtenons des taux de réponse moins bons de l'ordre de 60 %.

Il en est de même pour le volet « patient ». Nous avons de très bons taux de réponse pour les heures d'enregistrement, arrivée du patient au point d'accueil, le sexe des patients. Par contre, sur les niveaux de diplômes, le taux de réponse est un peu moins bon.



Une spécificité à garder en tête pour cette enquête sur les réponses des patients, il s'agit de patients qui arrivent aux urgences. Nous avons inséré assez haut dans le questionnaire « patient » une question pour savoir qui répondait au questionnaire. Les patients ne sont pas forcément en mesure de y répondre eux-mêmes [diapo 17] :

- Dans 69 % des cas, c'est le patient lui-même qui a répondu au questionnaire « patient ».
- Dans 25 % des cas, c'est un accompagnant qui a répondu pour lui. Ce sont souvent les parents pour les jeunes enfants.
- Dans 2 % des cas, l'interrogation n'était pas possible parce que le patient était inconscient et non accompagné.
- Pour 2 % des cas, le patient a refusé de répondre. C'est très limité.

Sur le graphique en couleur en dessous [diapo 17], on voit comment se répartissent ces différentes modalités. L'accompagnant répond pour les plus jeunes. De même, pour les plus âgés, l'accompagnant intervient. Il faut garder cela en tête, c'est une spécificité de cette enquête. Le patient n'est pas forcément en mesure de répondre lui-même aux questions qu'on lui pose.



6- Une collecte de qualité (3/4)

- Éléments de qualité des données :
 - **Bonne cohérence interne :**
Seulement 4 patients de plus de 20 ans ont été admis aux urgences pédiatriques
Seulement 4 diagnostics principaux exclusivement féminin pour des hommes
Seulement 6 diagnostics principaux exclusivement masculin pour des femmes
 - **Bonne cohérence entre les volets structure et patient :**
Seulement 2 % des patients qui ont eu un acte d'imagerie non conventionnelle étaient dans une structure sans IRM ou scanner

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

18

Par rapport à la qualité des données, nous avons beaucoup regardé la cohérence interne des données [diapo 18]. On s'est d'abord penché sur la comparaison que l'on pouvait faire entre l'âge des patients d'une part, et le point d'accueil dans lequel ils avaient été accueillis. L'idée étant que normalement les enfants sont accueillis dans des urgences pédiatriques. En regardant cela, nous avons trouvé seulement quatre patients de plus de 20 ans accueillis dans des urgences pédiatriques. C'est très rassurant sur la qualité de l'enquête. Il n'y a pas trop de choses aberrantes sur les âges des patients.

Nous avons ensuite regardé la cohérence entre sexe et pathologie. Nous nous sommes focalisés sur des catégories de diagnostics, par exemple typiquement féminins, et nous avons trouvé seulement quatre hommes dans ces catégories. Inversement, en se focalisant sur des catégories de diagnostics qui ne s'appliquent qu'aux hommes, nous avons trouvé seulement six femmes. Donc, au total, une bonne cohérence entre les variables internes des différents questionnaires.

Nous nous sommes aussi interrogés puisque nous avons deux volets dans l'enquête sur la cohérence entre ces deux volets. Par exemple, nous avons regardé les patients pour lesquels un acte d'imagerie non conventionnel a été pratiqué. Nous avons comparé cela au fait qu'ils avaient été pris en charge dans les structures dotées de ces équipements. 2 % des patients pour lesquels nous avons eu un acte d'imagerie non conventionnel ont été pris en charge par une structure qui n'avait pas d'imagerie à résonance magnétique (IRM) ou de scanner. C'est un très petit nombre de cas. Cela traduit probablement aussi des organisations particulières, peut-être avec des mutualisations vers des IRM ou des scanners proches. C'est un résultat très rassurant.

Cohérence interne des données : visions des 2 volets de l'enquête



Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

19

Un autre élément sur la cohérence interne entre le volet « structure » et le volet « patient » de l'enquête, concerne le nombre de passages du 11 juin 2013. Le graphique [diapo 19] met en relation le nombre de passages déclarés dans le volet « structure » avec ce qu'on pouvait reconstituer en sommant les questionnaires « patient » reçus pour chaque point d'accueil. En mettant en relation ces deux chiffres pour chaque point d'accueil, le nuage de points est très allongé le long de la première bissectrice ce qui est très satisfaisant. Les deux sources sont cohérentes à quelques points aberrants près.

6- Une collecte de qualité (4/4)

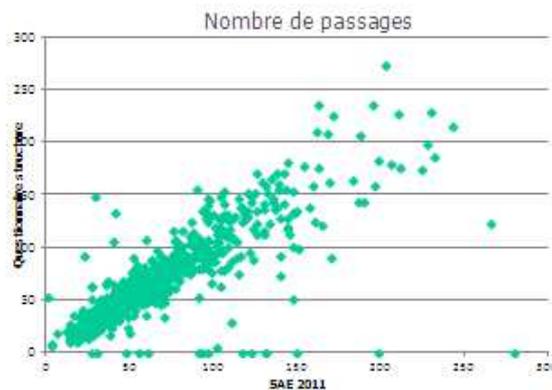
- Éléments de qualité des données :
 - Bonne cohérence avec des sources externes
 - Résultats en accord avec l'enquête de 2002 sur différentes variables
 - Pour le nombre de passages total le jour de l'enquête :
 - comparaison avec la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)
 - comparaison avec le PMSI (programme médicalisé des systèmes d'information)
 - graphiques

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

20

Pour situer notre enquête par rapport à d'autres sources, nous avons comparé ces résultats avec les enquêtes que nous avons par ailleurs, déjà avec l'enquête de 2002 pour différentes variables sur lesquelles nous avons retrouvé les principaux résultats classiques [diapo 20]. Donc, nous étions rassurés sur le statut des données collectées le 11 juin 2013. Vous verrez aussi cet après-midi, dans la présentation de ma collègue Bénédicte Boisguérin, la façon dont se répartissent les patients en matière d'horaires d'arrivée. On trouve une grande cohérence entre ce qui a été constaté en 2002 de ce point de vue et ce que nous avons rencontré en 2013 sur cette répartition des horaires d'arrivée. C'est également très rassurant.

Comparaison avec la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

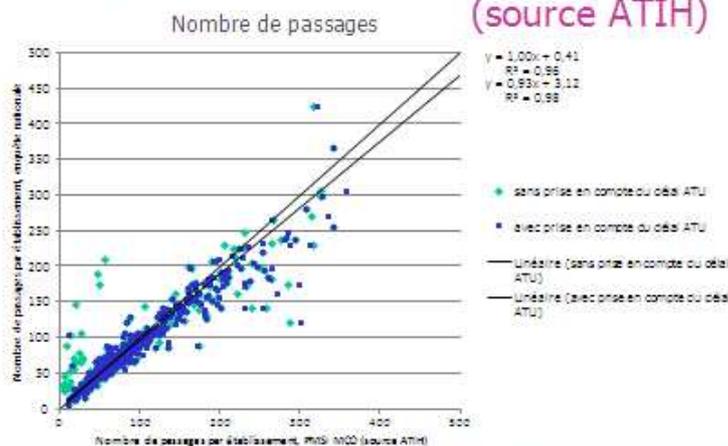


Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

21

Pour se conforter sur le nombre de passages aux urgences que l'on nous avons constaté le 11 juin 2013, nous avons cherché à le comparer à ce qu'on pouvait connaître du nombre de passages aux urgences. Ce nombre est disponible via la statistique annuelle des établissements de santé d'une part, et par le biais du programme médicalisé des systèmes d'information (le PMSI) d'autre part. Deux graphiques sont représentatifs. Le premier graphique [diapo 21] met en relation le nombre de passages connu par le biais de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Dans la SAE, le nombre de passages annuel a été rapporté en le divisant par 365 pour obtenir un nombre de passages pour une journée. Nous avons ajusté de manière à avoir un nombre de passages pour une journée de semaine versus une journée de week-end. Ce chiffre a été mis en relation avec les résultats du questionnaire « structure » de l'enquête Urgences. On retrouve à nouveau un nuage de points satisfaisant. Cette cohérence globale valide les résultats de l'enquête nationale.

Comparaison avec les données du PMSI (source ATIH)



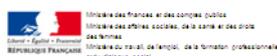
Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

22

Pour le deuxième graphique qui concerne le PMSI [diapo 22], le nuage de points est aussi tout-à-fait satisfaisant. Pour la comparaison avec le PMSI, on se situe au niveau des établissements et non des points d'accueil comme pour la SAE.

Deux types de comparaisons ont été faites. La première est en données brutes. Je voulais souligner que cette comparaison était possible grâce à une requête fournie par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Elle dispose dans le PMSI de la date précise de chaque relevé de séjour et du passage aux urgences. Une première requête a été faite en demandant tous les passages aux urgences du 11 juin 2013. Ce sont les points verts sur ce deuxième graphique. Comme il y avait des points un peu aberrants, une deuxième requête a été faite en ajoutant le délai qui peut exister dans l'enregistrement des événements dans le PMSI. Pour certains établissements, cela rétablit les choses. Pour d'autres, cela ne change rien. La vérité est sans doute un petit peu entre les deux. Cela dépend des établissements. La cohérence d'ensemble est très bonne.

C'était ce que je souhaitais vous dire pour vous donner des éléments d'assurance sur la qualité de cette enquête dont nous sommes très contents comme vous avez pu le comprendre, et pour vous donner envie de l'utiliser par la suite.



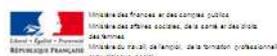
8- Diffusion des données et premières études (1)

Disponibilité des données - deux statuts différents :

- Les données du volet structure :
recueil administratif (relevant d'un arrêté)
→ mise à disposition des données brutes mi-décembre 2013 (accès libre)
- Les données du volet patient :
enquête statistique → données soumises au secret statistique :
 - des tableaux agrégés régionaux accessibles sur Internet (depuis juillet 2014)
 - un fichier de production et de recherche (données anonymisées) disponible via le réseau Quetelet (depuis octobre 2014) ou via une licence d'usage
 - les données sous forme native accessibles sur autorisation du comité du secret (CNIS) et/ou de la Cnil

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

24



8- Diffusion des données et premières études (2)

- Un comité d'exploitation de l'enquête
 - Centré dans un premier temps autour de la Drees et de la SFMU
 - Ouvert désormais à toute personne souhaitant exploiter l'enquête
- Présentation des premiers résultats au congrès Urgences SFMU de juin 2014
- Thématiques explorées jusque là côté Drees :
 - La patientèle des services d'urgences
 - L'organisation des structures d'urgences
 - Les délais au cours du parcours des patients dans les services d'urg.
 - Les personnes âgées prises en charge dans les services d'urgences

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014

25

Pour terminer sur les statuts de diffusion des données collectées [diapo 24], comme cela a déjà été dit par Jean-Louis Lhéritier, le volet « structure » de l'enquête est un recueil administratif mis à disposition intégralement depuis la mi-décembre 2013. Il est en accès libre sur le site internet de la Drees. Il suffit de taper sur un moteur de recherche les termes « enquête urgence Drees » et vous y accédez. En revanche, pour le volet « patient », c'est une enquête statistique soumise au secret statistique. La mise à disposition des données se fait selon trois modalités :

- Le premier temps, ce sont des tableaux agrégés régionaux accessibles sur internet, quatre d'entre eux sont accessibles depuis juillet 2014. Deux autres sont en cours de préparation.
- Nous avons également préparé un fichier de production et de recherche qui correspond à des données anonymisées. Il est disponible depuis début octobre 2014 auprès du réseau Quetelet pour les chercheurs. Il va être disponible légalement avec la signature d'une licence d'usage avec la Drees pour toute personne intéressée.
- Enfin, pour avoir accès aux données sous une forme non anonymisées ou partiellement non anonymisées, il faut faire des démarches auprès du comité du secret du Cnis et/ou auprès de la Cnil.

Nous avons travaillé dans un premier temps, comme le soulignait le Pr Schmidt, autour d'un comité d'exploitation de l'enquête centré sur la Drees et la SFMU du fait du fort partenariat que l'on vous a décrit dans cette session introductive [diapo 25]. Pour la suite, ce comité d'exploitation a vocation désormais à s'ouvrir à toute personne souhaitant exploiter l'enquête. Nous espérons susciter des vocations aujourd'hui. Je voulais rappeler aussi que nous avons pu présenter les premiers résultats au Congrès Urgence qui s'est tenu en juin 2014 conjointement avec différents membres de la SFMU.

Pour finir je souhaite introduire un peu les thématiques sur lesquelles nous travaillons au sein du bureau des établissements de santé à partir de cette enquête et qui vont vous être présentées au cours de la journée : une première description de la patientèle des urgences que l'on peut faire grâce à cette enquête du 11 juin 2013 ; une description de l'organisation des structures des urgences ; et deux études que nous avons entamées, l'une sur les délais dans le parcours des patients dans les services des urgences, et une autre, sur les personnes âgées qui ont été prises en charge dans les services des urgences au cours de la journée du 11 juin 2013. Je vous remercie beaucoup pour votre attention.

Jeannot Schmidt

Merci Gwennaëlle. Nous avons dix minutes d'échanges possibles. Avez-vous des questions non par rapport aux résultats que l'on va aborder sur les communications suivantes, mais par rapport à la méthodologie, par rapport aux modalités de réalisation de l'enquête, aux partenariats ?

LA MISE À DISPOSITION DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE URGENCES

L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières comporte deux volets.

Le volet « structure »

Il s'agit d'un recueil administratif. Conformément à l'arrêté du 17 avril 2013, les données exhaustives du volet « structure » sont disponibles depuis la plateforme de téléchargement de la Drees en format Excel ou CSV : http://www.data.Drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,432,507.

Le volet « patient »

Il s'agit d'une enquête statistique contenant des données confidentielles et dont la mise à disposition des données est soumise au secret statistique (loi du 7 juin 1951). Conformément à ces règles, la diffusion se fait selon trois niveaux :

- des tableaux agrégés couvrant les différentes sections des questionnaires « patient », présentent des décomptes par région. Ces tableaux (présentation modulable, outil graphique, exportables vers un tableur ou outils cartographiques, guide concis d'utilisation) sont téléchargeables depuis la plateforme de mise à disposition de la Drees. Les données ont fait l'objet de redressements statistiques afin de tenir compte de la non réponse ;
 - un fichier de production et de recherche (FPR, données anonymisées : sans les numéros de point d'accueil, remplacement des heures par des intervalles, regroupement de catégories d'information) disponible depuis octobre 2014 via le réseau Quételet qui est un portail d'accès aux données pour les chercheurs (<http://www.reseau-quetelet.cnrs.fr/spip/>). Le FPR comporte le fichier, anonymisé, de l'ensemble des questionnaires « patient » renseignés au cours de l'enquête et il comprend aussi la variable de pondération ayant permis le calcul des tableaux agrégés supra ;
 - les données sous forme native accessibles sur autorisation du comité du secret : http://www.cnis.fr/cms/Accueil/activites/trois_comites/Comite_du_secret_statistique
-

Échanges avec la salle

De la salle

Bonjour. A-t-on une stratification du taux de réponse urgences privées, urgences publiques ? Des analyses seront-elles conduites pour comparer ces deux types de points d'accueil ?

Autre question, un des graphiques que vous avez montrés mettait en évidence des points aberrants entre l'activité théorique et le nombre de dossiers remplis. Y a-t-il une différence significative de qualité et de données dans ces points aberrants ? Qu'avez-vous fait de ces dossiers ?

Gwennaëlle Brilhaut

Sur votre première question, les analyses différentes entre les points d'accueil privés et publics, on a déjà commencé, elles seront en partie présentées dans la session à venir. Sur l'organisation des structures, on trouve des choix différents de part et d'autre, dans les personnels mis à disposition, dans l'organisation. Cela va vous être présenté tout à l'heure par Layla Ricroch.

Votre deuxième question sur les points aberrants, il y avait différents types de choses. Quelques rares établissements avaient répondu au questionnaire « structure », mais ils n'avaient pas renvoyé le questionnaire « patient ». On les a un peu poursuivis. Pour certains, on a pu récupérer leurs données de résumé de passage aux urgences (RPU). Elles ont permis de répondre à certaines questions assez peu nombreuses du questionnaire « patient ». On a récupéré ce que l'on pouvait. In fine, on a revu l'ensemble des questionnaires « patient » à l'aide d'une définition évoquée dans la présentation sur la notion de questionnaire exploitable. Elle permet ensuite de procéder à des analyses de qualité. Les questionnaires peu remplis ont été éliminés des analyses à venir parce qu'ils ne permettaient pas d'aller assez loin par rapport à notre attente.

Jeannot Schmidt

Il y a un outil statistique qui permet à partir d'établissements et de résultats un peu inattendus d'apporter des corrections de façon à retomber sur un résultat corrigé qui a du sens et qui s'approche le plus possible de la vérité. L'aberration est corrigée par une méthode statistique.

Gwennaëlle Brilhaut

Cela s'appelle le calage sur marge.

Jean-Louis Lhéritier

C'est assez habituel en statistique. Pour les non-répondants, un traitement de la non-réponse est effectué pour les questionnaires incomplets et pour les questionnaires absents. Une nouvelle pondération est calculée pour retrouver l'image fidèle de l'ensemble des établissements et l'ensemble de l'activité de ces établissements. C'est assez classique. Des techniques permettent de corriger la non-réponse et de corriger un peu les points aberrants. Mais les points extrêmes ne sont pas toujours aberrants. Ce jour-là, certains établissements ont eu peut-être une activité très différente de leur activité normale ou de leur activité en moyenne sur l'année. Il suffit qu'il y ait un accident impliquant de nombreuses voitures, un carambolage, ou une intoxication dans une usine, pour générer un afflux très particulier un jour donné, avec beaucoup plus de patients que d'habitude et des pathologies très différentes de celles traitées habituellement par ce service. Il est donc normal qu'il y ait des points extrêmes. Dans le graphique que Gwennaëlle Brilhaut a exposé [diapo 21], l'ensemble des données collectées sont bien représentatives globalement de l'activité des 736 services d'urgence sur une année, même si on n'a collecté des données que sur un jour. En revanche, pour chacun des établissements, on ne peut pas prétendre inférer son activité normale ou son activité sur l'année à partir de la connaissance de ce qui s'est passé au cours d'une seule journée.

Jeannot Schmidt

La question portait avant tout sur les « aberrations » entre ce qui était réel et ce qui avait été rempli. C'est là où les mesures correctives apportées rendent les résultats le « moins faux » possible. Il y a des méthodes statistiques qui permettent de corriger. On a donc redécouvert les moyennes et les écarts-type à travers des effectifs attendus et des effectifs observés, mais c'est bien le quotidien de l'urgence qui est apprécié.

Albert Vuagnat

Je travaille à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en tant que conseiller médical. Le taux de complétude de l'enquête, le niveau de base sont tout de même extrêmement élevés. Ceci a permis d'être d'autant plus assuré des vérifications et d'éventuelles imputations et corrections des données qui ont été opérées. Par ailleurs, Jean-Louis Lhéritier l'a souligné à l'instant, en prenant les données de la statistique annuelle des établissements (SAE) qui sont des données annuelles, et en faisant une opération assez simple, on constate que les données obtenues sur une journée nous éclairent sur l'activité des urgences.

Jeannot Schmidt

C'est clair. On est presque sur la bissectrice.

De la salle

Je voulais savoir s'il y avait un choix rationnel à avoir pris un mardi du mois de juin. On sait que l'activité des urgences est différente en qualité et en quantité entre l'hiver et l'été. Il en est de même en quantité et en qualité sur le cycle hebdomadaire, les différences entre les jours de la semaine et le week-end. Donc, pourquoi le mois de juin a-t-il été choisi ?

Jeannot Schmidt

Je peux répondre et Gwennaëlle Brilhault complètera si nécessaire. Un jour de semaine a été retenu, car cela exigeait tout de même des ressources humaines pour répondre. Il y a plus de jours en semaine que le week-end. C'est tout de même représentatif par rapport au quotidien. Ce n'est pas forcément optimal, il est parfois plus facile d'avoir accès au scanner le samedi et le dimanche qu'en semaine. Un jour de semaine a été retenu pour cette raison. Il y en a 250 par an contre 100 jours de week-end.

Quant au choix du mois de juin et non pendant l'hiver, il fallait faire cette enquête à un moment donné. Si on ne la faisait pas en juin de manière un peu pressée (les délais étaient courts), on tombait après en septembre ou octobre. Derrière, il y a tout de même un payeur et des équipes qui se réunissent. Quand on ne presse pas le citron en permanence, on perd un peu de cette énergie. Tout finit par se relâcher et plus rien ne se fait. On a donc préféré rester sur cette dynamique. On aurait pu faire la même enquête en octobre ou au mois de décembre, mais cela a un coût et c'est une énorme organisation. Il y a probablement des choses à côté desquelles l'enquête est passée. Nous nous sommes posé différentes questions. Que fait l'utilisateur en amont ? Que devient l'utilisateur pendant son passage aux urgences ? Comment accède-t-il au plateau technique ? Je ne suis pas sûr que cela diffère de beaucoup. La description des structures d'urgences et leur organisation ne diffèrent en rien. Cette enquête devait être réalisée un jour de semaine. Le mois de juin a été retenu parce que c'est impossible en juillet et en août. Si on reportait l'enquête en octobre, on aurait perdu trois ou quatre mois.

De la salle

Envisage-t-on d'étudier les résultats en fonction de l'activité en volume des services d'accueil ? Il est difficile de comparer des poules dans un élevage de cinq poules au fond d'un jardin et dans un poulailler industriel.

Jeannot Schmidt

Si elles sont pondeuses, le rendement peut être bon ! C'est prévu et ce sera fait. Je voudrais juste faire une remarque par rapport à cela. Quelques-uns, voire même beaucoup, regrettent de ne pouvoir avoir accès aux données de leur établissement. C'est peut-être passé un peu inaperçu, c'était l'avant-dernière diapositive, mais ce sont des fichiers régionaux. Ce

n'est pas nous, c'est la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Elle considère qu'à l'échelle d'un établissement, surtout de petite taille, on pourrait reconnaître un individu en particulier par un diagnostic et c'est interdit. L'agrégation régionale garantit un flou suffisant. On pourrait toujours dire qu'on a reconnu le fameux Ébola, mais il n'y en avait qu'un. En diluant un peu l'information, la reconnaissance devient plus difficile. Désolé pour tous ceux qui voulaient avoir les données de leur service. Les données propres d'un service peuvent toutefois être auto générées. Je ne suis pas sûr que ce soit le plus intéressant par rapport à l'enquête. J'ai juste une remarque sur le questionnaire structure sur lequel il y a un gros travail à faire. Le fait d'avoir des postes mutualisés est sans doute source d'erreurs avec probablement des praticiens en excès. Quand on travaille aux trois endroits : service d'aide médicale urgente (Samu), service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) et urgences, en étant comptabilisé pour une structure d'urgence intra hospitalière, cela donne de facto un excès de praticiens. Ce seront des choses à discuter pour la prochaine enquête.

Gwennaëlle Brilhault

Je vous renvoie à deuxième présentation en matière de description de l'organisation des différents points d'accueil qui va forcément se pencher sur la question des volumes de passage. C'est essentiel pour les choix des structures pour s'organiser.

Jeannot Schmidt

On va s'arrêter là pour cette première session. Pour la deuxième session, j'invite François Braun à venir la présider.

Session 2 : Organisation des services d'urgence

Ouverture du Président de session

François BRAUN

Chef de service des urgences du CHR de Metz, membre du CNUH et président de Samu-Urgences de France

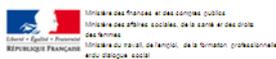
Bonjour à tous. J'invite les différents intervenants à venir à la tribune. Cette session concerne les premiers résultats de cette enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Tout d'abord, je me joins à Jeannot Schmidt pour remercier l'ensemble des participants à ce travail, et principalement les urgentistes. J'associe également la Drees à un remerciement particulier puisque d'une enquête initialement orientée plutôt sur l'amont des urgences, grâce aux contacts avec les professionnels et la réactivité de la Drees, cette enquête ne s'est pas réorientée, mais elle a complété son questionnaire de l'organisation des services d'urgence et de l'aval. Ce sont toujours des sujets pour lesquels Samu urgences de France (SUdF) est particulièrement en pointe et en avant.

Il a été relevé par plusieurs intervenants l'énorme travail fourni par les urgentistes. Certes, beaucoup de travail témoigne de leur implication dans leur service. Ceci témoigne aussi pour nous d'un certain malaise dans les organisations et dans le fonctionnement, *in fine* d'une énorme attente des urgentistes sur les résultats de cette enquête. Je suis très impatient comme vous. On va passer assez rapidement à cela. Sur l'aval, on aura des résultats tout à l'heure. Sur l'organisation des services d'urgence, ce sera particulièrement intéressant. J'ai bien entendu tout à l'heure les remarques sur les effectifs. Pour autant, dans le diaporama, j'ai vu que 99 % des informations sur les effectifs étaient bien renseignées dans l'enquête. Forcément, on va s'intéresser à ce focus d'effectifs et cette enquête sur les effectifs des structures de médecine d'urgence que l'on demande depuis un certain temps. Au cours de cette session, nous allons étudier ces fameux délais et le lien particulièrement intéressant avec les résumés de passage aux urgences (RPU). Ce n'est pas le tout d'avoir une photographie comme dans cette enquête, ce qui nous intéresse aussi, c'est d'avoir des données qui pourraient être renseignées au fil de l'eau. Elles pourraient nous permettre d'avoir des informations un petit peu continues. Concernant l'organisation des structures d'urgence, sujet vaste et passionnant, je laisse la parole à Layla Ricroch de la Drees.

Résultats sur l'organisation des structures d'urgences

Layla RICROCH

Chargée d'études au bureau des établissements de santé, Drees



Résultats sur l'organisation des structures d'urgences

Layla RICROCH (DREES)

Plan de la présentation

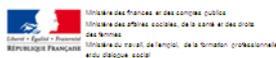
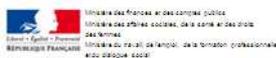
- Définition d'un point d'accueil
- Répartition des points d'accueil
- L'organisation des points d'accueil
- L'organisation avec le reste de l'établissement
- Typologie des points d'accueil

L'organisation des structures d'urgence

Bonjour à tous. Je suis Layla Ricroch. Je travaille au bureau des établissements de santé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). J'ai travaillé sur l'analyse de la cohérence des données. Maintenant, je travaille sur les premiers résultats issus de l'enquête [diapo 1].

Pour cette présentation, nous allons nous intéresser aux résultats provenant du questionnaire sur les structures [diapo 2] :

- Dans un premier temps, nous allons revenir sur la définition d'un point d'accueil dans l'enquête.
- Nous étudierons ensuite leur répartition et leur organisation.
- Enfin, nous réaliserons une classification des points d'accueil afin de synthétiser tous les éléments descriptifs que nous allons voir.



Définition d'un point d'accueil

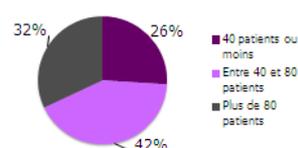
- Un point d'accueil = entrée matérielle des patients et lieu de prise en charge.
- Une structure des urgences peut avoir plusieurs points d'accueil
Exemple : un accueil des patients adultes et un pour celui des enfants
=> deux points d'accueil interrogés dans l'enquête.
- L'accueil non programmé en gynécologie et en obstétrique n'appartient pas au champ de l'enquête, n'étant pas autorisé pour l'activité des urgences générales ou pédiatriques au sens des décrets de 2006
- L'unité de référence de toute la présentation = point d'accueil
=> 736 points d'accueil ont été dénombrés

Répartition des points d'accueil (1)

Selon le statut de l'établissement

Dans un établissement public	78%
point centre hospitalier (CH)	52%
point centre hospitalier régional (CHRU)	13%
Dans un établissement du secteur privé à but non lucratif	6%
Dans un établissement du secteur privé à but lucratif	16%

Selon le volume des patients le jour de l'enquête



Champ : Points d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France
Sources : DREES, enquête urgences juin 2015, données statistiques

Les points d'accueil

Je vais revenir sur la notion de point d'accueil dont vous a parlé Gwennaëlle Brilhaut précédemment [diapo 3]. Un point d'accueil se définit par l'entrée matérielle des patients et le lieu de leur prise en charge. Suivant les organisations, une

même structure va pouvoir avoir un point d'accueil pour les adultes et un autre point d'accueil pour les enfants. Dans ce cas, pour l'enquête, cela va compter comme deux points d'accueil. Deux questionnaires seront remplis, un exemplaire pour chacun des points d'accueil.

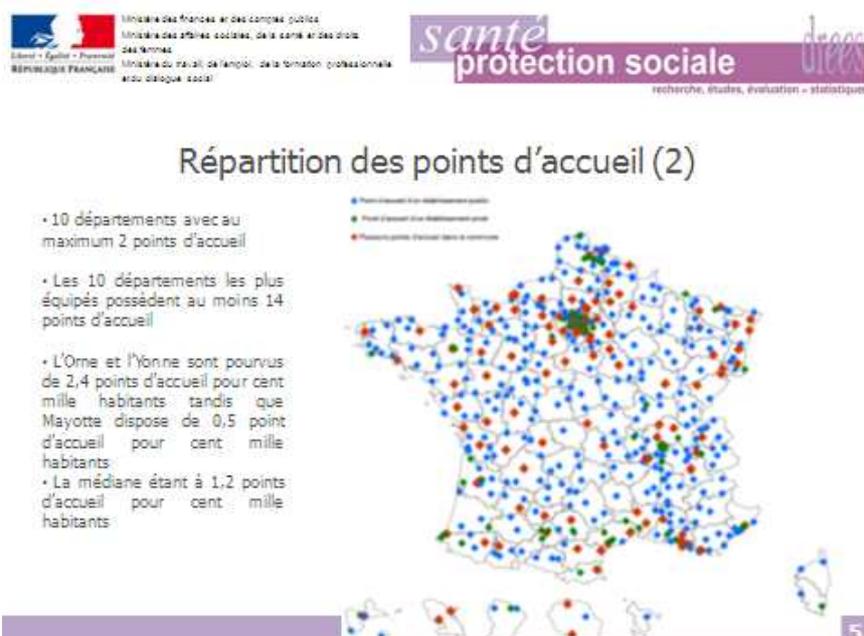
Ce mode d'interrogation, comme on l'a dit, a été choisi afin de respecter l'organisation interne des services d'urgence. Par contre, l'accueil non programmé en gynécologie et en obstétrique par exemple n'appartient pas au champ de l'enquête, car ce ne sont pas des services autorisés pour l'activité des urgences générales ou pédiatriques au sens des décrets de 2006.

Dans toute la présentation, l'unité de référence va être le point d'accueil. Je vous rappelle que l'on avait comptabilisé 736 points d'accueil, et 734 nous ont transmis les éléments d'information permettant de décrire leur fonctionnement.

Nous allons d'abord nous intéresser à la répartition des points d'accueil [diapo 4]. Huit points d'accueil sur dix sont situés dans des structures publiques principalement dans des centres hospitaliers (CH). 6 % des points d'accueil sont situés dans un établissement privé à but non lucratif et 16 % dans un établissement privé à but lucratif.

Les points d'accueil peuvent traiter des volumes de patient très différents. Ainsi, le jour de l'enquête, quelques établissements ont vu moins de dix patients tandis qu'un point d'accueil a vu ce jour-là 263 patients. En moyenne, le jour de l'enquête, on a dénombré 71 passages par point d'accueil. Un quart des établissements a vu au maximum 40 patients alors qu'un tiers en a vu plus de 80 patients.

Les points d'accueil pédiatriques représentent 14 % des points d'accueil des structures des urgences en France tandis que les trois quarts des points d'accueil sont des points d'accueil pour les urgences générales. Les points d'accueil restant sont des points d'accueil réservés aux adultes. Ils sont souvent dans un même établissement qui a aussi un point d'accueil pour les enfants.

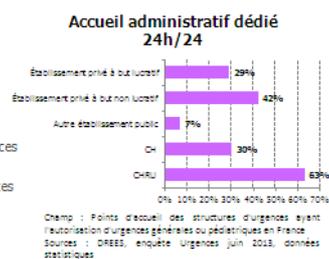


Géographiquement, on voit que dans tous les départements, il y a au moins un point d'accueil, que ce soit les départements de métropole ou les départements d'outre-mer [diapo 5]. Les dix départements les plus équipés possèdent au moins 14 points d'accueil sur leur territoire tandis que les dix départements les moins équipés n'en possèdent pas plus de 2. En prenant en compte la population du département, on voit que la moitié des départements ont moins de 1,1 point d'accueil pour 100 000 habitants. Mayotte est le département qui dispose du plus faible nombre de points d'accueil par habitant. Il faut toutefois garder en tête que l'offre de soin de premier recours comprend également les cabinets libéraux et les centres de santé, ainsi que le dispositif de permanence des soins ambulatoires, la nuit et les week-ends.

Ces possibilités de soins autres qu'hospitalières ne sont pas étudiées dans cette présentation. De même, il existe des possibilités de recours non programmé, des accès directs aux services en urgence dans les établissements qui peuvent ne pas disposer d'un service d'urgence. Dans ce cas, ce n'est pas étudié non plus dans cette présentation.

L'organisation des points d'accueil (1)

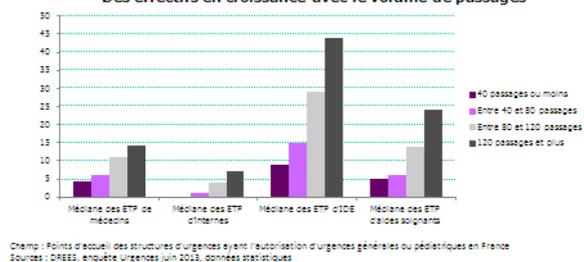
- 75 % de Poste d'Accueil et d'Orientation (PAO) en 2013 contre 55 % en 2002
- 34 % d'accueil administratif
- 25 % de psychiatre
- 12 % de pédiatre dans les urgences générales
- 3 % de gériatres dans les urgences générales



6

L'organisation des points d'accueil (2)

Des effectifs en croissance avec le volume de passages



7

Organisation interne des services d'urgence

Nous allons maintenant nous intéresser à l'organisation interne des services d'urgence et à leur personnel [diapo 6]. Les trois quarts des points d'accueil disposent d'un poste d'accueil et d'orientation. Cette proportion était de 55 % en 2002. On voit donc que ce type d'organisation continuait de se développer. Je ne vais pas plus loin sur cet aspect des services d'urgence, car il y aura une présentation cet après-midi centrée justement sur le triage au service d'urgence.

34 % des points d'accueil ont leur propre accueil administratif. Cette proportion varie selon le statut de l'établissement. Avoir son propre accueil administratif est plus fréquent pour les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) qui ont une grande patientèle.

Un quart des points d'accueil fonctionne avec un psychiatre dans le service des urgences. La proportion là encore varie suivant la catégorie de l'établissement. La moitié des centres hospitaliers régionaux (CHR) ont un psychiatre et seulement 2 % des points d'accueil situés dans un établissement privé à but lucratif.

Lorsque le point d'accueil est situé dans un CHRU et qu'il y a un psychiatre, dans sept cas sur dix, le psychiatre est également présent la nuit et les week-ends. Lorsqu'il y a un psychiatre dans les autres établissements, sa présence est plus irrégulière la nuit et le week-end.

Nous pouvons noter que là encore il existe par ailleurs d'autres structures spécialisées dans les urgences psychiatriques qui ne sont pas étudiées dans l'enquête.

Pour les pédiatres, on s'aperçoit qu'il y a 12 % des structures d'urgence générales qui ont un pédiatre dans le service d'urgences. La proportion passe à 17 % quand le service appartient à un centre hospitalier. Lorsqu'un pédiatre est présent aux urgences, dans 64 % des cas, il est également présent la nuit, et dans 70 % des cas, il est présent le week-end.

Disposer d'un gériatre aux urgences est très rare, seulement 3 % des points d'accueil d'urgence générale en ont un. Là encore, il y aura une présentation centrée sur les éléments de prise en charge des personnes âgées. Ce sera développé cet après-midi.

On va maintenant s'intéresser aux effectifs.

Les effectifs

Un petit point sur les internes [diapo 7]. Comme cela est le cas dans les autres services des établissements du secteur privé à but lucratif, presque aucun interne ne participe au service des urgences dans les cliniques privées. Globalement, comme on le voit sur le graphique, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignantes varie en fonction du nombre de passages. Il y a entre trois et quatre fois plus d'ETP quand le point d'accueil

reçoit quotidiennement plus de 80 patients par rapport à ceux qui reçoivent moins de 40 patients. On voit qu'au niveau macroéconomique, les résultats sur les effectifs semblent cohérents.

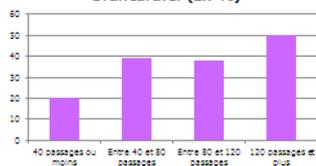
Il y a peu de médecins non urgentistes dans les services d'urgence. 67 % des points d'accueil non uniquement pédiatriques ne déclarent que des ETP de médecins urgentistes dans leurs services. La proportion est de 60 % pour les structures publiques et la quasi-totalité des établissements privés à but lucratif ne déclare que des ETP de médecins urgentistes parmi leurs effectifs. Les trois quarts des accueils pédiatriques fonctionnent sans ETP de médecins urgentistes. En effet, l'accent doit être mis sur des médecins pédiatres dans l'accueil de ces urgences.

L'organisation des points d'accueil (3)

- 67 % des points d'accueil non uniquement pédiatriques ne déclarent que des ETP de médecins urgentistes dans leur service d'urgence

- 90 % des services ont au moins un ETP de :
- cadre de santé
- secrétaire

Proportion de point d'accueil avec au moins un ETP de brancardier (En %)

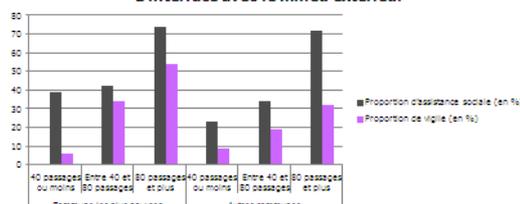


Champ : Points d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France
Sources : DREES, enquête urgences juin 2013, données statistiques

8

L'organisation des points d'accueil (4)

L'interface avec le milieu extérieur



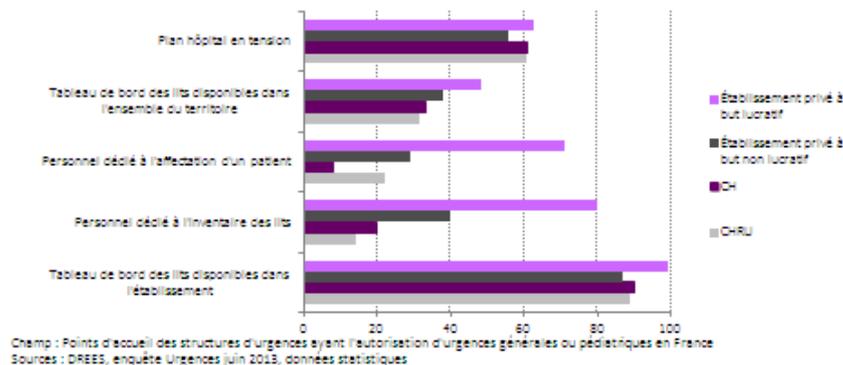
Champ : Points d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France
Sources : DREES, enquête urgences juin 2013, données statistiques

9

Quelques autres statistiques sur les personnels [diapo 8] : 90 % des services d'urgence disposent au moins d'un ETP de cadre de santé et 90 % disposent également d'un ETP de secrétaire. Les services d'urgence sont peu pourvus en brancardiers, seulement un point d'accueil sur trois fonctionne avec au moins un ETP de brancardier. Là encore, on voit que la proportion augmente avec le nombre de passage. On comptabilise ici uniquement les brancardiers affectés au service des urgences. Il existe d'autres organisations où tous les brancardiers sont mis en commun et n'appartiennent pas exclusivement au service d'urgences. Dans ce cas, ils ne sont pas comptés dans les ETP du service des urgences.

Dernier élément sur l'organisation interne des points d'accueil, nous allons nous intéresser à la présence d'une assistante sociale dans le service des urgences et la présence d'un vigile ou d'un officier de sécurité [diapo 9]. 45 % des points d'accueil disposent d'une assistante sociale dans le service et 23 % ont un vigile ou un officier de sécurité présent aux urgences. Là encore, la présence d'une assistante sociale ou d'un vigile est d'autant plus fréquente que l'activité du point d'accueil est importante. On voit également qu'elle est plus fréquente dans les points d'accueil situés dans les communes dont le revenu médian de la population est le plus faible. Cet effet est particulièrement marqué pour les structures à faible activité. Ce qu'on observe pour les assistantes sociales est aussi observé pour les vigiles, on a une croissance avec le nombre de passages, une présence plus fréquente pour les communes les plus pauvres. Enfin, quand un vigile est présent en journée, il n'est présent 24 h sur 24 que dans 40 % des cas.

L'organisation avec le reste de l'établissement (1)



10

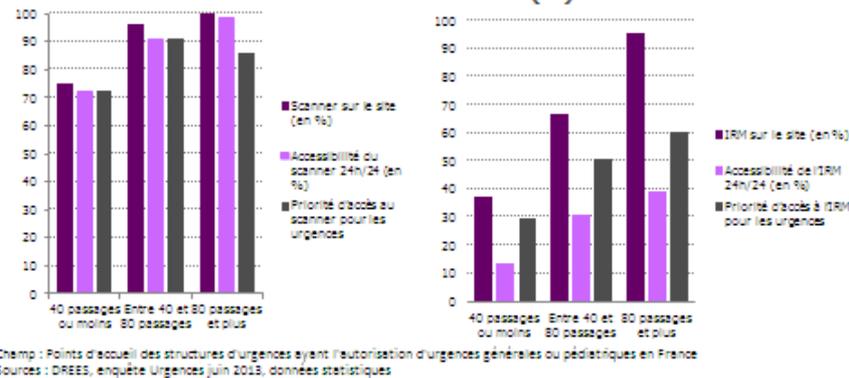
Nous allons maintenant nous intéresser aux liens entre les points d'accueil des structures des urgences et les services extérieurs que ce soit dans l'établissement ou les services des autres hôpitaux [diapo 10].

Les outils d'organisation sont particulièrement développés dans les points d'accueil, en particulier les tableaux de bord de lits disponibles dans l'établissement. 91 % des points d'accueil sont situés dans un établissement qui a mis en place ce type de tableau de bord. La proportion passe même à 99 % pour les points d'accueil situés dans les établissements privés à but lucratif. L'actualisation de ce tableau va différer selon les établissements. Ce tableau n'est enrichi qu'une seule fois par jour pour 13 % des points d'accueil tandis que 30 % des points d'accueil l'actualisent au moins quatre fois par jour.

Lorsque le tableau de bord a concerné l'ensemble du territoire, on voit que beaucoup moins d'établissements l'ont mis en place. En moyenne, seulement 36 % des points d'accueil situés dans un établissement ont mis en place ce type de tableau de bord.

On observe de grandes différences entre les points d'accueil du public et du privé selon la présence ou non de personnel dédié à l'inventaire des lits ou à l'affectation d'un patient. En moyenne, 35 % des points d'accueil sont situés dans un établissement qui dispose de personnel dédié à l'inventaire des lits. Cette proportion est de 20 % dans les établissements publics et de 80 % dans les établissements privés à but lucratif. On observe également un fort écart entre les établissements publics et privés pour le personnel dédié à l'affectation des lits aux patients. On a 70 % pour le privé à but lucratif contre 11 % pour les points d'accueil situés dans les établissements publics.

L'organisation avec le reste de l'établissement (2)



11

On va maintenant s'intéresser à l'accès au plateau technique [diapo 11] : scanner ou imagerie à résonance magnétique (IRM). 90 % des points d'accueil ont un scanner disponible sur leur site. Lorsqu'un scanner est présent, celui-ci est quasiment toujours accessible 24 h sur 24 avec une priorité d'accès pour les urgences. Les points d'accueil qui ne disposent pas d'un scanner sur le site sont à 90 % situés dans des centres hospitaliers ayant un faible volume de patients. L'accès à une IRM sur le site est moins répandu que l'accès au scanner. 68 % des points d'accueil ont un accès à une IRM et 29 % y ont accès 24 h sur 24. Quand une IRM est présente, dans sept cas sur dix, le service des urgences a une priorité d'accès. Les points d'accueil pédiatrique sont très bien équipés en IRM. Dans neuf cas sur dix, ils y ont accès, et ce, même lorsque le volume de patients est faible. C'est à relier au fait que l'on préfère généralement faire des IRM aux enfants que des scanners. Seulement trois points d'accueil des CHRU n'ont pas accès à une IRM sur le site.

Typologie des points d'accueil (1)

- Classe 1 (35%) : « Des urgences mutualisées avec le SMUR »
- Des CH pour 90%
- Classe 2 (30%) : « Des urgences très indépendantes du SMUR »
- Deux types de structures : des urgences privées sans implantation de SMUR et des urgences pédiatriques
- Classe 3 (28%) : « Des urgences à fort volume d'activité »
- Surtout des CHRU et des CH
- Important volume de passages
- Classe 4 (8%) : « Des CH à faible volume d'activité »
- Des CH pour 90%
- Très faible volume de passages

12

Après avoir regardé les différences des points d'accueil principalement selon leur volume d'activité et leur catégorie, on va essayer d'étudier les disparités des points d'accueil en ne nous basant pas sur des critères externes comme le statut public ou privé, mais en fonction de leur organisation telle que décrite dans les questionnaires [diapo 12]. Nous allons établir une typologie statistique des points d'accueil en réunissant les points d'accueil qui se ressemblent selon des critères liés à leur organisation interne et externe avec les autres services de l'établissement. Par exemple, a-t-on un accès direct, a-t-on un poste d'accueil et d'observation, et ainsi de suite ? On étudie les liens avec les services mobiles

d'urgence et de réanimation (Smur). A-t-on une mutualisation ou non des équipes avec la gestion des ressources humaines ?

Quatre regroupements de points d'accueil se dégagent de la classification :

- La première classe rassemble un peu plus du tiers des points d'accueil. La caractéristique principale de ces derniers est le lien étroit qui les unit avec un Smur dans leur fonctionnement. L'équipe médicale et l'équipe non médicale sont communes entre ces deux services. Dans huit points d'accueil sur dix, le médecin du service d'aide médicale urgente (Samu) ou du Smur peut être impliqué simultanément dans les soins aux urgences et réciproquement. Cette classe est composée à 90 % de CH et ne contient qu'un seul CHRU.
- Trois points d'accueil sur dix sont rassemblés dans la deuxième classe qui réunit les services très indépendants du Smur. Ce regroupement comprend lui-même deux catégories et deux organisations différentes. D'un côté, on va trouver des établissements qui n'ont pas de Smur implanté dans leur établissement. Il s'agit surtout d'établissements privés à but lucratif tandis que cette classe doit aussi réunir dans un second temps des établissements dans lesquels il existe un Smur, mais où il va avoir peu de mutualisation entre le service des urgences et ce Smur. Dans huit cas sur dix, il s'agit d'accueils pédiatriques. En dépit de ces différences, l'absence de Smur ou la non-mutualisation avec le Smur tend à avoir les mêmes conséquences au niveau de l'organisation marquée par un plus faible recours aux accès directs au sein de ces établissements.
- La troisième classe regroupe 28 % des points d'accueil. Il s'agit de structures à fort volume de passage et très bien pourvues en matière d'équipements et de personnel. Elles disposent toutes d'un poste d'accueil et d'orientation, une assistance sociale à 80 %, plusieurs internes ETP, de secrétaires, un psychiatre à 66 %, et au moins un ETP de brancardier dans leur service à 44 %. Tous les points d'accueil de cette classe disposent d'un scanner, et pour la moitié d'entre eux, d'une IRM. Ces deux examens ont une priorité d'accès pour les urgences. 70 % des points d'accueil situés dans les CHRU appartiennent à cette classe qui contient aussi un quart des CH. Les points d'accueil regroupés dans cette classe ont la plus forte patientèle, plus de 100 passages par jour.
- La dernière classe va regrouper ses points d'accueil plus atypiques du fait de leur faible affluence et de leurs faibles ressources puisqu'on a seulement 8 % des points d'accueil qui sont regroupés dans cette classe. Ils sont faiblement dotés en matériel. Il n'y a ni scanner, ni IRM sur le site, et le personnel est peu diversifié. Souvent, il n'y a pas de poste d'accueil et d'orientation, ni de psychiatre, d'assistance sociale, de vigile, de personnel dédié à l'inventaire des lits, et ainsi de suite. Les ressources moins élevées de ces points d'accueil sont compensées par une coopération plus importante avec les établissements environnants. Le taux de coopération de ces établissements est de 15 points supérieurs à la moyenne. Il y a aussi plus de coopération avec les autres services de l'hôpital. Le taux de postes partagés est supérieur de 10 points. Cette classe est composée à 90 % de CH. Ces points d'accueil ont comme caractéristique d'avoir un volume de patients très faible, 26 patients par jour lors de l'enquête. Les points d'accueil situés dans les régions les moins peuplées sont surreprésentés dans cette classe.

Typologie des points d'accueil (2)

	Classe 1	Classe 2		Classe 3	Classe 4
	Des urgences mutualisées avec le SMUR	Aucune implantation de SMUR	Aucune mutualisation avec le SMUR	Des urgences à fort volume d'activité	Des CH à faible volume d'activité
Nom de la classe					
Proportion des patients reçus	29%	17%	9%	43%	3%
Moins de 5 ans	8	10	40	9	9
75 ans et plus	15	8	3	13	13
Mode d'arrivée par propre moyen ou accompagnant	53	64	77	48	66
Mode d'arrivée par véhicule Sapeurs Pompiers ou SMUR	13	6	10	18	7

Le jour de l'enquête, les points d'accueil à forte affluence et fortement dotés avaient reçu 43 % des patients venus ce jour-là tandis que les points d'accueil avec un faible volume en ont reçu très peu avec seulement 3 % du flux [diapo 13].

La diversité des points d'accueil observés ici, dont l'origine est à la fois historique et territoriale, va trouver un écho dans la patientèle accueillie. Plusieurs exemples vont illustrer le lien existant entre les caractéristiques du point d'accueil du service des urgences et la caractéristique de la patientèle. Il est logique de trouver que les points d'accueil fonctionnant sans mutualisation avec le Smur, surtout des urgences pédiatriques, ont mécaniquement une part d'enfants de moins de 5 ans plus élevée, et par voie de conséquence, une part de personnes de plus de 75 ans très faible.

Il est intéressant de constater que les points d'accueil situés dans la classe 4, les urgences à faible affluence et faibles ressources, n'ont pas un profil d'âge particulier au sein de leur patientèle. Les patients reçus dans les établissements sans implantation de Smur sont moins nombreux à arriver aux urgences par le Smur. À l'inverse, les patients accueillis dans les points d'accueil de la troisième classe, rassemblant des points d'accueil riches en personnel et en équipements, arrivent plus souvent que l'ensemble des patients par un véhicule des sapeurs-pompiers ou du Smur.



Typologie des points d'accueil (3)

	Classe 1	Classe 2		Classe 3	Classe 4
Nom de la classe	Des urgences mutualisées avec le SMUR	Aucune implantation de SMUR	Aucune mutualisation avec le SMUR	Des urgences à fort volume d'activité	Des CH à faible volume d'activité
Éléments techniques du passage aux urgences					
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	40	44	31	35	48
Acte biologie	36	27	26	41	26
Durée aux urgences					
Moins d'une demi heure	5	5	6	3	13
Au moins 12 heures	5	3	3	8	3
Sortie					
Retour domicile	74	84	80	72	82
Hospitalisation	22	13	17	22	15

14

Nous continuons à étudier le lien entre la typologie des points d'accueil et la patientèle [diapo 14]. Le diagnostic à la sortie des patients des structures d'urgence à faible affluence est pour la moitié des patients une lésion traumatique alors que dans les autres classes les diagnostics sont beaucoup plus diversifiés.

Les patients qui vont dans les urgences à fort volume de patients bénéficient plus souvent d'actes de biologie. On a mis des actes de biologie par exemple, mais cela est valable pour toutes les sortes d'actes demandés dans le questionnaire. Les pathologies traitées dans ces points d'accueil sont plus lourdes. Les patients sont plus souvent hospitalisés. 8 % des patients restent plus de 12 h aux urgences contre 6 % en moyenne. À l'opposé, pour la classe des urgences à faible patientèle, avec des pathologies plus légères et demandant moins d'actes, les durées aux urgences sont plus courtes. 13 % des patients sont sortis des urgences en moins de 30 min contre 5 % pour l'ensemble des patients. Ils sont beaucoup plus nombreux à rentrer directement à leur domicile.

Les résultats de cette présentation seront publiés prochainement dans une étude de la Drees et dans l'ouvrage annuel de la Drees, le panorama des établissements de santé. Je vous remercie pour votre attention en attendant vos questions à la fin.

François Braun

Si vous êtes comme moi, vous bouillez d'impatience de poser des questions, mais vous allez bouillir encore un petit peu. Je vous propose que l'on fasse tous les exposés et qu'on se réserve un temps de question à la fin. Ce sera plus simple, car il y a tout de même des points qui se recourent.

Nous allons accueillir maintenant Vanina Bousquet de l'institut de veille sanitaire (InVS) pour les résumés de passage aux urgences (RPU) et l'analyse des variations temporelles en France au cours de l'année 2013.

Les résumés de passage aux urgences : Analyse des variations temporelles en 2013

Vanina BOUSQUET

PhD, épidémiologiste coordinatrice du réseau OSCOUR®, InVS



Le résumé de passages aux urgences

- Elaboré en 2006 par l'InVS, la DHOS et la SFMU sur la base des travaux de l'ORUMIP
- Kit standardisé de variables individuelles sur les passages aux urgences hospitalières (variables administratives, sociodémographiques et médicales)
- RPU remontés à l'InVS depuis 2004 de façon automatique et quotidienne dans le cadre du réseau de l'Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences (OSCOUR®)
 - Sur une base volontaire pendant 10 ans
 - Transmission obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2014
 - => données d'historique depuis 10 ans pour les missions de veille et d'alerte de l'InVS
 - => intégrés dans une base de données regroupant 3 autres sources au sein du système de surveillance SurSaUD®
 - Analyses nationales (St Maurice) et régionales (Cire) dans le cadre des missions de l'InVS

=> Objectif : analyse d'une base de données robuste en complément des données de l'enquête un jour donné



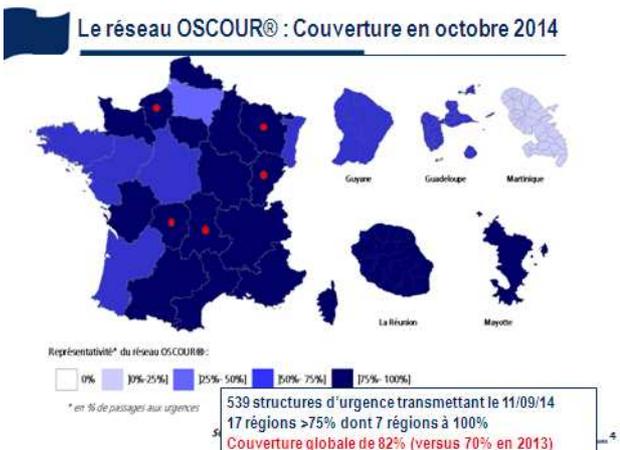
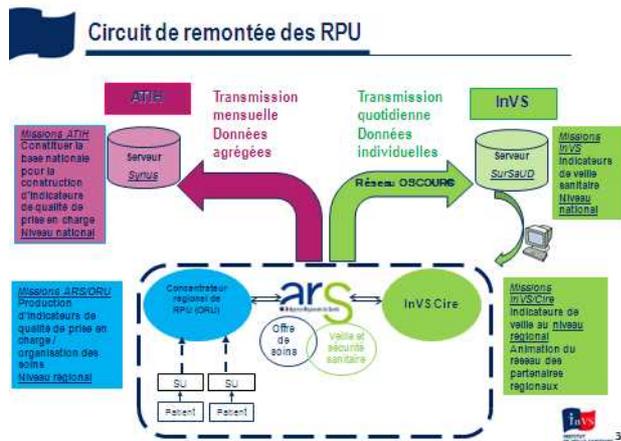
Bonjour à tous. Il m'a été demandé de faire un petit bilan des variations temporelles en 2013 avec un focus sur la journée retenue pour l'enquête du 11 juin 2013 [diapo 1].

Résumés de passage aux urgences (RPU)

Un bref retour sur les RPU [diapo 2]. Ils ont été élaborés en 2006 par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la Société française de médecine d'urgence (SFMU) sur la base des travaux de l'Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées (Orumip). Ils sont constitués par un kit standardisé de variables individuelles sur les passages aux urgences hospitalières. Ils sont constitués de variables à la fois administratives, sociodémographiques, mais aussi médicales. Les RPU sont remontés à l'InVS depuis 2004, avec un historique sur dix ans, de façon automatique et quotidienne et ce dans le cadre du réseau de l'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences, le réseau OSCOUR®.

Cette remontée a été réalisée sur une base volontaire pendant dix ans avec une adhésion et une montée en charge progressive du nombre d'établissements volontaires. Pour mémoire, on est parti de 23 établissements en 2004. Cependant, la transmission est devenue obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2014. La montée en charge s'est donc accélérée depuis. À l'InVS, nous disposons donc de données historiques depuis dix ans ce qui nous permet de mener à bien nos missions de veille et d'alerte.

Par ailleurs, cette source de données est intégrée dans une base plus globale qui regroupe également trois autres sources de données : les données des services de SOS Médecins, de mortalité de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et de la certification électronique des décès dans un système de surveillance sanitaire des urgences et des décès plus global, nommé SurSaUD®. Cette base nous permet de mener des analyses à l'échelon national, mais aussi régional dans le cadre de nos missions. L'objectif de cette présentation est spécifiquement d'utiliser ces données robustes pour réaliser une analyse complémentaire aux données de l'enquête un jour donné, et peut-être de discuter du choix du mardi pour l'enquête.

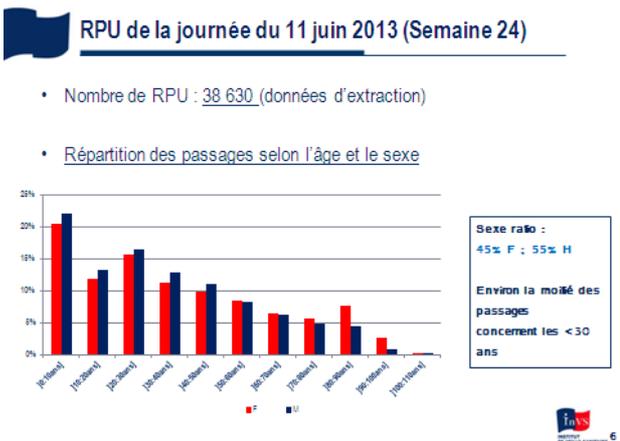


Circuit de remontée des RPU actuellement

Les RPU sont transférés à un concentrateur régional de RPU [diapo 3]. L'Agence régionale de santé (ARS) est destinataire de ces données. Deux flux de données partent de l'ARS. Le premier flux de données est quotidien et il concerne les données individuelles : il s'agit des données du réseau OSCOUR® qui sont transmises quotidiennement à l'InVS sur un serveur dédié. Elles sont mises à disposition des régions dans un deuxième temps pour remplir les missions de l'InVS. Un deuxième flux est dirigé vers l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) sur la base de données agrégées avec une transmission mensuelle pour constituer une base nationale pour la construction d'indicateurs qualité par la Haute autorité de santé (HAS).

Une dernière diapositive pour faire un point de la couverture du réseau OSCOUR® [diapo 4]. Le réseau OSCOUR® a démarré en 2004 avec très peu d'établissements. Actuellement, 539 structures d'urgence environ transmettent les données en septembre. 17 régions sont à plus de 75 % de couverture, 5 régions métropolitaines (points rouges) sont exhaustives. C'est le cas également pour les régions ultramarines de La Réunion et de Mayotte. Cela nous permet d'avoir une couverture globale de 82 %. Nous allons travailler pour cette étude sur les données de 2013. On avait alors une couverture estimée d'environ 70 % au cours de l'année 2013.

- ### Matériel et méthode
- Description de l'échantillon**
 - Période d'étude : année 2013
 - France métropolitaine et territoires ultramarins
 - Données**
 - Extraction des variables du RPU (nombre de passages et d'hospitalisations, âge, sexe)
 - De l'année 2013 à établissements constants (montée en charge du réseau)
 - De la journée du 11 juin 2013
 - 417 structures d'urgence transmettant effectivement en 2013 et 427 le 11 juin
 - Analyses**
 - Axes d'analyse : des nombres de passages (et d'hospitalisations)
 - Échelon national
 - Tous âges et par classes d'âge : moins de 15 ans, 15-74 ans, plus de 75 ans
 - Pas de temps : mois, semaine, jour de la semaine, mardi
 - Types d'analyses
 - descriptives
 - GLM avec distribution de Poisson (variance robuste)



Matériel et méthode

L'échantillon a été utilisé pour l'analyse [diapo 5]. La période d'étude portait sur l'ensemble de l'année 2013 sur la France métropolitaine et les territoires ultramarins. Les données extraites sont les données des variables du RPU avec un focus sur les nombres de passages et d'hospitalisations, l'âge et le sexe. Nous n'allons pas utiliser pour l'analyse les autres variables du RPU. Ce sont les données à la fois globales de l'année 2013 à établissements constants pour tenir compte

de la montée en charge du réseau et comparer au fil du temps le volume de ces données, et isolément des données de la journée du 11 juin 2013. Au cours de l'année 2013, 417 structures d'urgence transmettaient en continu, et 427 le 11 juin.

Les analyses ont porté sur les nombres de passages, et ponctuellement d'hospitalisations, mais surtout les nombres de passage à l'échelon national. Une analyse régionale sera présentée ultérieurement, tous âges confondus. On a fait le choix de trois grandes classes d'âges : les -15 ans, les adultes de moins de 75 ans et de plus de 75 ans avec un pas de temps mensuel et hebdomadaire. Les analyses ont porté sur les variations selon le jour de la semaine, et également les variations entre les différents mardis de l'année. Les analyses sont à la fois descriptives et complétées par une modélisation simple de Poisson.

À la diapo 6, vous avez les données concernant le 11 juin. Le nombre de RPU qui ont été extraits ce jour-là se monte à 38 630 RPU. Vous trouverez la description de ces passages selon l'âge et le sexe. La distribution d'âge montre que l'on a beaucoup de passages chez les jeunes avec 20 % environ des -10 ans. La moitié des passages concerne les -30 ans. Le sexe ratio est de 45 % pour les femmes et de 55 % pour les hommes. La courbe montre que pour les classes d'âge les plus jeunes, les garçons sont majoritaires. Cette situation s'inverse au fil du temps et les femmes deviennent ensuite majoritaires en lien avec l'évolution naturelle de la population.

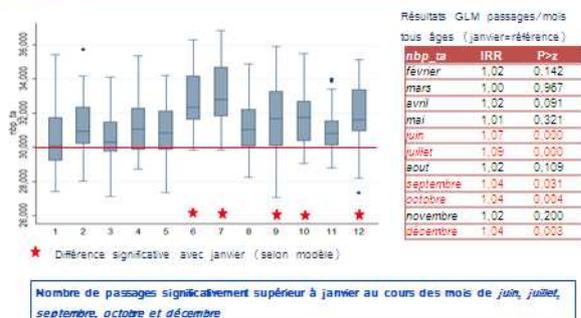
Les 10 pathologies les plus fréquentes en S24

moins de 15 ans	
TRAUMATISME (Diag SAU) - 43,4%	20729
INFECTIONS ORL (Diag SAU) - 9,6%	4570
FIÈVRE ISOLÉE (Diag SAU) - 4,4%	2094
DOULEURS ABDOMINALES NON SPÉCIFIQUES (Diag SAU) - 3,2%	1530
DOULEURS ABDOMINALES SPÉCIFIQUES (Diag SAU) - 2,7%	1268
ASTHME (Diag SAU) - 2,5%	1213
GASTRO-ENTERITES (Diag SAU) - 1,7%	789
NEUROLOGIE AUTRE (Diag SAU) - 1,4%	650
ALLERGIE (Diag SAU) - 1,2%	587
CONJONCTIVITES (Diag SAU) - 1,1%	504
15 ans et plus	
TRAUMATISME (Diag SAU) - 30,9%	43081
MALAISE (Diag SAU) - 4,2%	5908
DOULEURS ABDOMINALES NON SPÉCIFIQUES (Diag SAU) - 3,6%	5356
NEUROLOGIE AUTRE (Diag SAU) - 3,3%	4590
DOULEUR THORACIQUE (Diag SAU) - 3,1%	4288
DOULEURS ABDOMINALES SPÉCIFIQUES (Diag SAU) - 3%	4213
ALCOOL (Diag SAU) - 2,1%	2938
TROUBLES ANXIEUX (Diag SAU) - 1,7%	2334
INFECTION CUTANÉE ET SOUS CUTANÉE (Diag SAU) - 1,6%	2248
DEMANDE DE CERTIFICAT (Diag SAU) - 1,6%	2226

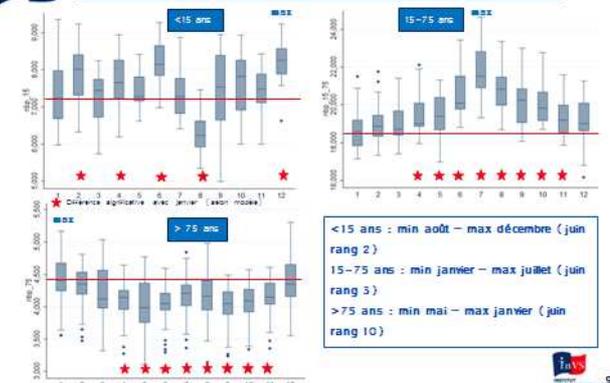


On ne va pas travailler sur les indicateurs de veille syndromique, est présenté un point sur les pathologies les plus fréquentes pour la semaine 24 [diapo 7]. Chez les -15 ans et les +15 ans, on peut noter le fort poids des traumatismes dans les passages aux urgences. On est à 43 % chez les moins de 15 ans et environ 30 % chez les 15 ans et plus. Pour le reste des pathologies, comme on se situe en juin, on est un peu en intersaison avec des pathologies peu caractéristiques. On note des passages pour infections ORL, fièvres isolées chez les enfants. On a des douleurs abdominales non spécifiques et spécifiques, c'est-à-dire les douleurs non définies et les douleurs plus spécifiques d'un appareil, gastroentérite, asthme. Chez les adultes, les pathologies les plus fréquentes sont variées avec des douleurs abdominales, quelques passages pour consommation d'alcool et sans rien de très marqué dans le domaine des pathologies saisonnières.

Variations mensuelles des passages tous âges



Variations mensuelles des passages par âge



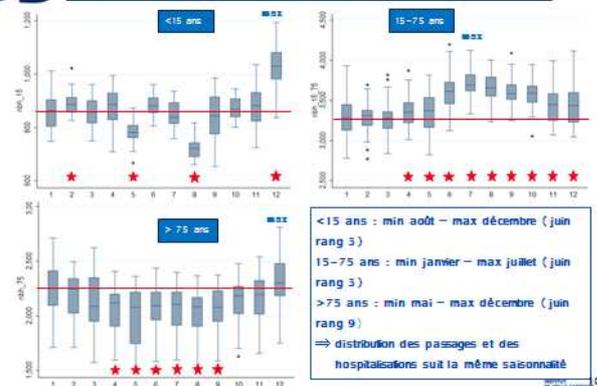
Description des passages aux urgences

À la diapo 8, une représentation graphique par boxplot montre en abscisse les mois de janvier à décembre numérotés. Chaque boxplot représente la moyenne journalière pour un mois donné avec les valeurs maximales et minimales, et les quartiles. Ceci permet de voir la distribution des différents mois par rapport au mois de référence (janvier). Pour compléter cette analyse graphique, en parallèle, sont indiqués les résultats d'un modèle simple de Poisson, la variable explicative étant le nombre de passage aux urgences tous âges confondus afin de voir si on a une différence. Si le risque relatif du modèle est supérieur à 1, on a une activité supérieure par rapport au mois de référence (janvier). Si cette différence est significative ($p < 0.05$), le risque relatif (RR) est présenté en rouge. Elle est matérialisée sur le graphe par des étoiles rouges ce qui va permettre d'interpréter le graphe. On peut noter que le mois de janvier, tous âges confondus, présente une activité basse. Le nombre de passages est significativement supérieur à ce mois de janvier au cours des mois de juin, juillet, septembre, octobre et décembre. Il s'agit ici de l'analyse de la distribution tous âges confondus. Pour l'instant, le mois de juin se situe dans les valeurs élevées.

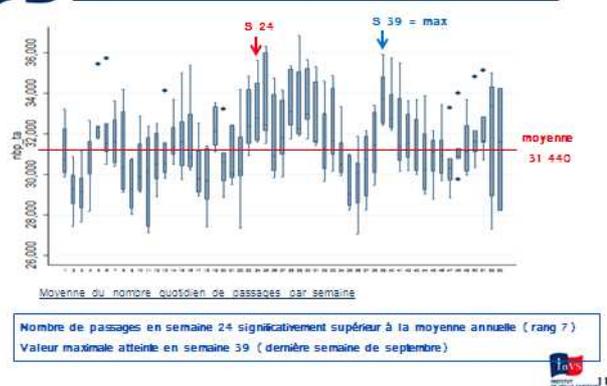
L'analyse a été déclinée pour les trois grandes classes d'âge [diapo 9] : les -15 ans, les adultes de moins de 75 ans et les personnes de plus de 75 ans. La dynamique est différente selon les classes d'âge. Chez les -15 ans, on voit bien l'impact des vacances scolaires avec un minimum en août et un maximum au mois de décembre. Le mois de juin est situé au rang 2 en matière d'activité.

Pour les adultes, le profil est différent avec tous les mois qui ont une activité supérieure à janvier. On retrouve à peu près cette situation tous âges confondus. L'activité est significativement supérieure pendant la période d'avril à novembre par rapport au mois de janvier. Par contre, chez les personnes de plus de 75 ans, le graphe est différent puisque le mois de janvier représente le mois où l'activité est maximale pour cette tranche d'âge. Pour les mois d'avril à janvier, l'activité est significativement inférieure incluant le mois de juin. En termes d'activité, le mois de juin se situe en rang 2 chez les -15 ans, en rang 3 chez les adultes de moins de 75 ans, et en rang 10 seulement pour les personnes âgées de +75 ans.

Variations mensuelles des hospitalisations par âge



Variations hebdomadaires des passages tous âge

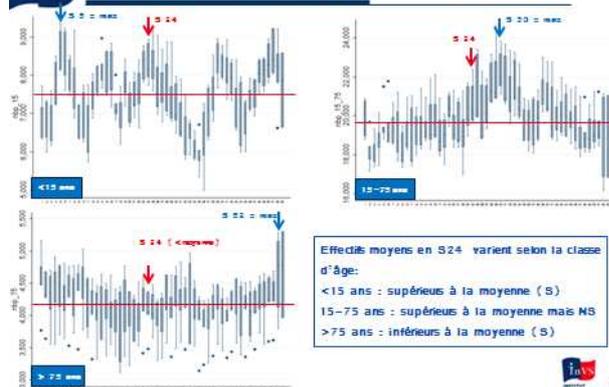


Je vous présente rapidement les mêmes graphes pour les hospitalisations [diapo 10]. J'ai voulu voir s'il y avait des variations en matière de fréquentation et d'hospitalisation après passage aux urgences. Globalement, on retrouve à peu près la même distribution pour les hospitalisations que pour les passages avec à peu près la même saisonnalité.

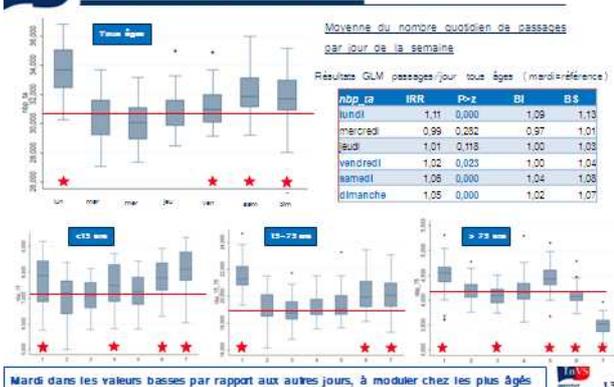
Description des données selon un pas de temps hebdomadaire

La présentation est toujours la même [diapo 11]. Des boxplots avec le nombre moyen journalier et son étendue pour chacune des 52 semaines. La barre rouge matérialise la moyenne, 31 440 passages, sur toute cette semaine. La saisonnalité va être explorée davantage par classe d'âge. Le nombre de passages en semaine 24 est significativement supérieur à la moyenne annuelle qui se situe en rang 7 par rapport à l'ensemble des semaines. La valeur maximale tous âges confondus est atteinte en semaine 39. Ceci correspond à la dernière semaine de septembre. Ceci est sans surprise tous âges confondus.

Variations hebdomadaires des passages tous âge



Variations selon le jour de la semaine



Si l'on regarde cette distribution par classe d'âge [diapo 12], la saisonnalité et l'évolution sont assez différentes selon les classes d'âge :

- Chez les enfants de -15 ans, la saisonnalité est marquée avec l'impact visible des vacances scolaires. À chaque période de vacances scolaires, on a une baisse d'activité. C'est particulièrement visible au mois d'août. En semaine 24, on se situe dans les valeurs hautes au mois de juin avec une activité significativement supérieure à la moyenne pour les -15 ans.
- Chez les adultes de -75 ans, l'activité est moins importante l'hiver, une hausse jusqu'au mois de juillet avec un maximum atteint en semaine 30, et une forte diminution au mois d'août. La semaine 24 est supérieure à la moyenne, mais de façon non significative cette fois.
- Chez les personnes âgées, sans surprise, l'activité la plus importante se situe pendant les mois d'hiver. La semaine 24 est inférieure à la moyenne de façon significative.

Distribution par jour de semaine

À la diapo 13, le graphique représente la moyenne du nombre quotidien de passages par jour de la semaine sur l'ensemble de l'année 2013, tout d'abord tous âges confondus. Pour cette analyse, la référence est le mardi, donc la moyenne de tous les mardis. En parallèle, nous avons toujours le même modèle avec le mardi comme catégorie de référence. Les étoiles montrent une différence significative avec le mardi. On peut noter que le lundi, comme on le sait déjà, est un jour avec une forte activité, significativement supérieure au mardi. Ensuite, le vendredi, samedi et dimanche, tous âges confondus, ont une activité significativement supérieure au mardi. Pour le mercredi et le jeudi, on n'observe pas de différence significative. Pour le mercredi, l'activité est un peu inférieure.

On observe des variations selon les classes d'âge. Pour les -15 ans, le lundi est toujours significativement supérieur au mardi, mais également le jeudi. On note un fort accroissement d'activité au cours du samedi et du dimanche. Chez les adultes jeunes, la distribution est à peu près la même que tous âges confondus avec, du mardi au vendredi, une activité à peu près comparable, une activité plus élevée le lundi et dans une moindre mesure le samedi et le dimanche. Chez les personnes âgées de +75 ans, le mardi ne se situe pas dans les valeurs les plus basses. Le mercredi a une activité significativement inférieure. On voit un effondrement du nombre de passage au cours du week-end, le samedi et le dimanche sont significativement plus bas. Le lundi et le vendredi restent significativement supérieurs aux valeurs observées le mardi.

Pour synthétiser, le mardi se situe dans les valeurs basses par rapport aux autres jours ou globalement, mais c'est à moduler chez les plus âgés.

Analyse du nombre de passages – GLM – tous âges

- Modèle
 - Variable à expliquer: nombre de passages tous âges
 - Variables explicatives: joursemaine (réf mardi), vacances toutes zones (0/1), jour férié (0/1), lendemain jour férié (0/1), semaines (réf janvier)
- Résultats tous âges confondus

nbre passages	IRR	Std. Err.	z	P>z	BI	BS
<i>lundi</i>	1,11	0,01	18,93	0,000	1,1	1,12
<i>mercredi</i>	0,99	0,01	-1,65	0,099	0,98	1,00
<i>jeudi</i>	1,02	0,01	2,93	0,003	1,01	1,03
<i>vendredi</i>	1,02	0,01	4,14	0,000	1,01	1,04
<i>samedi</i>	1,06	0,01	9,55	0,000	1,05	1,07
<i>dimanche</i>	1,05	0,01	7,58	0,000	1,04	1,06
<i>vacances</i>	1,00	0,01	0,07	0,944	0,99	1,01
<i>jour férié</i>	1,00	0,01	0,2	0,842	0,98	1,02
<i>lendemain férié</i>	1,07	0,02	4,6	0,000	1,04	1,10
<i>semaine 24</i>	1,06	0,02	2,8	0,005	1,02	1,10

Effets quotidiens significativement supérieurs à ceux du mardi sauf le mercredi
Effet significatif du lendemain de jour férié
Effets significativement supérieurs en S24 qu'en S1



Je poursuis avec le modèle de Poisson. J'ai introduit d'autres variables explicatives en plus des jours de la semaine [diapo 14], les vacances pour toutes les zones, le jour férié, le lendemain de jour férié, et également toutes les semaines. On retrouve les mêmes résultats tous âges confondus. Les lundis, jeudis, vendredis, samedis et dimanches ont une activité significativement supérieure au mardi. On n'a pas d'effet vacances, ni d'effet jour férié. Par contre, l'activité est plus importante le lendemain d'un jour férié et en semaine 24 par rapport à la semaine 1 en janvier.

Analyse du nombre de passages – GLM – classes d'âge

• Résultats par classes d'âge

Nombre passages	moins de 15 ans	15 à 74 ans	plus de 75 ans
lundi	1,09	1,12	1,09
mercredi	1,01	0,99	0,98
jeudi	1,07	1,00	1,00
vendredi	1,04	1,01	1,06
samedi	1,11	1,05	0,98
dimanche	1,16	1,05	0,84
vacances	0,99	1,01	1,00
jour férié	1,08	1,00	0,89
lendemain férié	1,08	1,08	1,07
semaine 24	1,20	1,05	0,89

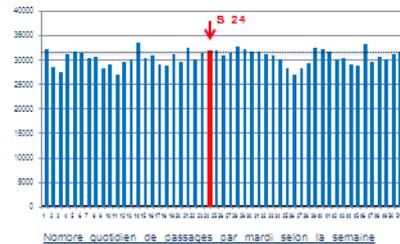
Effectifs quotidiens significativement supérieurs à ceux du mardi sauf le mercredi, et jeudi chez les adultes

Effet significatif du lendemain de jour férié et du jour férié chez les enfants

Effectifs significativement supérieurs en S24 qu'en S1, sauf chez les adultes de plus de 75 ans



Variations entre plusieurs mardis



Nombre de passages le 11 juin 2013 : 30 185
Moyenne des 52 mardis : 30 436.5 [2998.2 ; 30884.8]
=> pas de différence significative entre le nombre de passages du 11 juin et la moyenne du nombre de tous les mardis



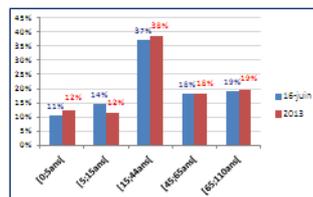
À la diapo 16, vous avez la comparaison des différents mardis. Vous avez le nombre quotidien de passages par mardi selon la semaine. La semaine 24 est représentée en rouge. Elle n'est pas significativement différente par rapport à la moyenne des autres mardis.

« Représentativité » des RPU du 11 juin 2013

• En quantitatif

- S24 dans les valeurs hautes (rang 7 sur l'année tous âges), sauf chez les plus de 75 ans
- Mardi dans les valeurs basses par rapport aux autres jours de la semaine
- Mardi 11 juin très proche de la moyenne des valeurs des autres mardis

• En qualitatif



=> Distribution d'âge et ratio H/F du mardi 11 juin proches de celle de l'ensemble de l'année 2013



Conclusion et perspectives

- Travaux de modélisation en cours et à poursuivre sur les RPU
 - Mise en place de méthodes de détection à partir de séries temporelles
 - collaboration avec les réseaux de surveillance spécifique (INSERM grippe gastroentérite, EHESP bronchiolite, ORS IDF asthme ...)
 - définition de seuils à l'échelon national et régional
 - Réflexion en cours pour la détection d'événements inhabituels
- Prochaine enquête 'un jour donné'
 - => intérêt d'une analyse préalable à partir de la base OSCOUR®
 - Analyses plus fines à partir de l'ensemble des variables du RPU
 - Description de la population cible selon les variables du RPU étendu (motif, circonstance, nouvelle variable gravité)
 - Modélisation temporelle incluant les pathologies saisonnières
 - Production des données complémentaires pour
 - l'aide à l'interprétation des résultats de l'enquête (représentativité, traitement des données manquantes)
 - le choix de la méthodologie de l'enquête (échantillonnage ?)



De façon quantitative, la semaine 24 se situe dans les valeurs hautes, en rang 7 sur l'année tous âges confondus, sauf chez les +75 ans [diapo 17]. Le mardi se situe plutôt dans les valeurs basses par rapport aux autres jours de la semaine. Le mardi 11 juin est très proche de la moyenne des autres mardis. De façon qualitative, si on compare la distribution d'âge et le ratio homme femme du mardi 11 juin avec celle de l'ensemble de l'année 2013, elle est vraiment très proche.

Cette analyse n'avait pas encore été réalisée à l'échelon national [diapo 18]. Nous travaillons actuellement à l'InVS à la mise en place de méthodes de détection à partir de séries temporelles. Une réflexion est également en cours pour la détection d'événements inhabituels.

Dans le cadre d'une prochaine enquête un jour donné, il pourrait être intéressant de réaliser ce type d'analyse préalable à partir de la base OSCOUR® pour réaliser des analyses plus fines à partir de l'ensemble des variables du RPU, en particulier à partir des variables du RPU étendu qui apporteront des informations complémentaires intéressantes. Cela permet de produire des données complémentaires pour l'aide à l'interprétation des résultats en matière de représentativité, un traitement possible des données manquantes et une contribution éventuelle au choix de la méthodologie de l'enquête. On a parlé précédemment d'échantillonnage, cela pourrait être une base de données qui permettrait de préparer l'échantillonnage potentiel. Je vous remercie de votre attention.

François Braun

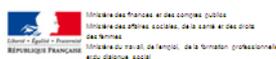
Merci beaucoup. Nous en reparlerons. Nous passons tout de suite la parole de nouveau à Albert Vuagnat pour les délais et parcours aux urgences selon cette fameuse enquête.

Délais et parcours aux Urgences selon l'enquête

Albert VUAGNAT

En collaboration avec Layla Ricroch

Conseiller médical bureau des établissements de santé, Drees



Plan

Délais et parcours aux urgences selon l'enquête

Layla Ricroch, Albert Vuagnat, DREES

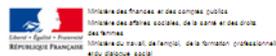
- Points de méthode
- Résultats généraux
- Analyses par sous-groupes

Colloque "Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières", 18 novembre 2014, Paris

1

2

Merci, Monsieur le Président [diapo 1]. Cette présentation sera faite en trois chapitres : un point de méthode, des résultats généraux et quelques analyses par sous-groupe [diapo 2].



Mesure des délais entre les temps de prise en charge aux urgences

- Rapidité des premiers soins notamment pour hémorragies, ischémies, défaillances d'organe, plaies importantes, fractures -> une composante des urgences
- Temps d'attente, alors dans de bonnes conditions
- Développement d'indicateurs de qualité des structures des urgences prenant appui sur la distribution des temps de prise en charge (ANAP, HAS)
- En pratique, le recueil des temps en routine est possible dans la mesure où cette information est utile et partie intégrante de la prise en charge -> intérêt des données d'enquête

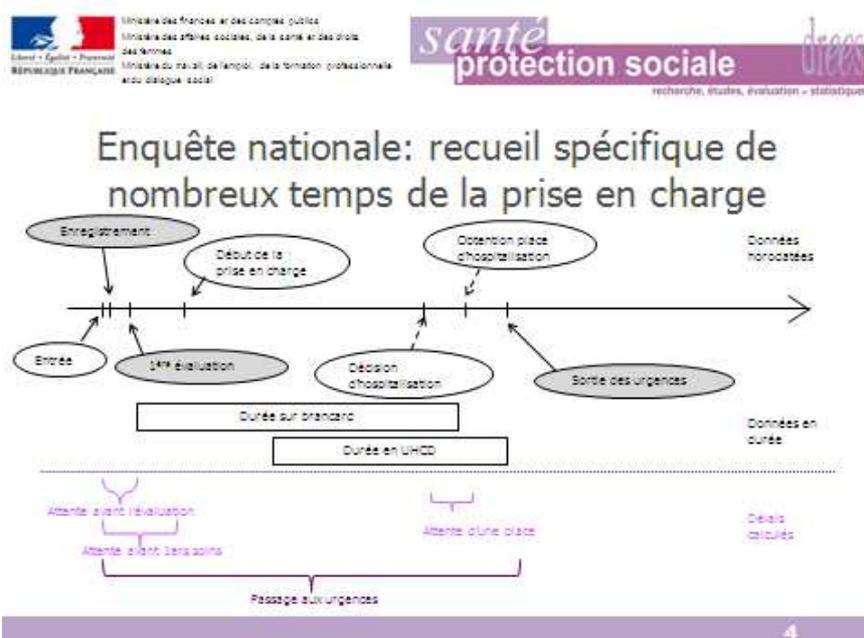
3

La mesure des délais aux urgences [diapo 3]

Cela peut paraître une évidence. C'est une des composantes des urgences que de prendre en charge rapidement les patients. Cela a un intérêt tout particulièrement pour des pathologies susceptibles de s'aggraver. Certaines pathologies emblématiques sont donc citées comme les hémorragies, l'ischémie (pour les non-médecins, ceci recouvre les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les infarctus du myocarde), les défaillances d'organe, le fait de ne pas arriver à respirer, les plaies importantes, les fractures qui peuvent aussi nécessiter des soins immédiats pour éviter que cela ne s'aggrave. Entre les temps de prise en charge, il y a par contre des temps d'attente qui sont nécessaires parfois aussi pour que les traitements agissent. Ils font partie intégrante de la prise en charge et dépendent de la disponibilité des équipes. La question qui se pose est de savoir si ces temps d'attente se font dans des conditions aussi bonnes que possible. En fonction

de cette problématique de temporalité des prises en charge aux urgences, des indicateurs de qualité ont été développés, notamment par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) à travers un outil de mesures de performance des structures d'urgence, ou par la haute autorité de santé (HAS), à travers son projet COMPAQ (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité) ou d'autres en cours de développement.

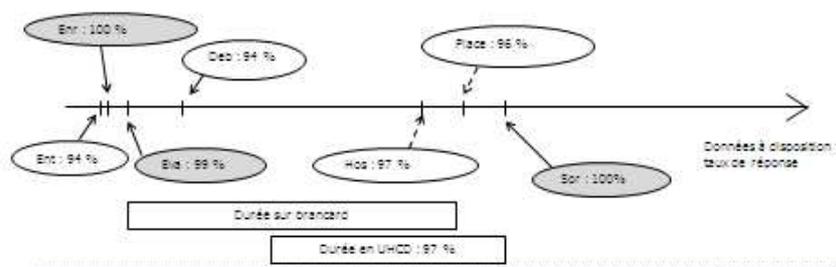
Recueillir des temps au cours de la prise en charge, savoir à quel moment les choses se produisent peut paraître relativement évident puisque nous sommes entourés de systèmes horodatés. On peut se référer à une heure de référence, mais en pratique pour que cela puisse se produire, il faut que ce recueil d'information fasse partie intégrante de l'activité. Aux urgences, le temps qui comporte cette caractéristique concerne l'enregistrement des patients à leur arrivée aux urgences. Pour les autres temps, tout dépend de la façon dont les équipes s'organisent. Ce n'est pas naturel de faire ce relevé temporel. La priorité va aux patients, concentré sur ce que l'on doit décider et faire. Si ce n'est pas vraiment inscrit de façon automatique et très simple dans le système d'information, ou que du personnel se concentre sur ce recueil, cette information temporelle n'est pas toujours disponible. D'où, l'intérêt de faire ponctuellement une enquête pour que l'on se concentre à un moment donné sur ce recueil qui vient en plus de la pratique habituelle.



Dans le cadre de l'enquête aux urgences, de nombreux temps étaient prévus dans le questionnaire [diapo 4]. Il y avait 7 points horodatés dont 3 étaient obligatoires pour permettre la validation sur le système de plateforme informatique, présenté sur le diagramme de l'enregistrement des patients à leur arrivée aux urgences et la première évaluation par l'infirmière d'accueil et d'orientation à la sortie des urgences. Entre ces deux moments, il y avait d'autres possibilités, c'est-à-dire l'entrée physique sur le site de l'établissement, le début de la prise en charge médico-soignante avec le début des soins. En cas d'hospitalisation, le moment de la décision de l'hospitalisation, et ensuite, le moment de l'obtention d'une place d'hospitalisation. Parallèlement à ces informations horodatées, il y avait des données de durée qui ont paru plus simples à recueillir ainsi plutôt que de rajouter des points dans la chronologie : d'une part la durée sur un brancard et d'autre part, la durée en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Dans cette enquête, la durée de présence aux urgences comprenait l'UHCD. Avec ces informations, on peut calculer des délais. Quatre exemples vous sont présentés : le temps avant l'évaluation, l'attente ou la durée avant les premiers soins, le délai d'obtention d'une place et le passage aux urgences, ce dernier étant l'indicateur principalement retenu par la HAS et l'Anap.



Un important taux de réponse



Vérification de la chronologie et de l'inclusion de chaque durée.
Si nécessaire mise en cohérence, principalement changement de jour, sortie des urgences comprenant bien l'UHCD.

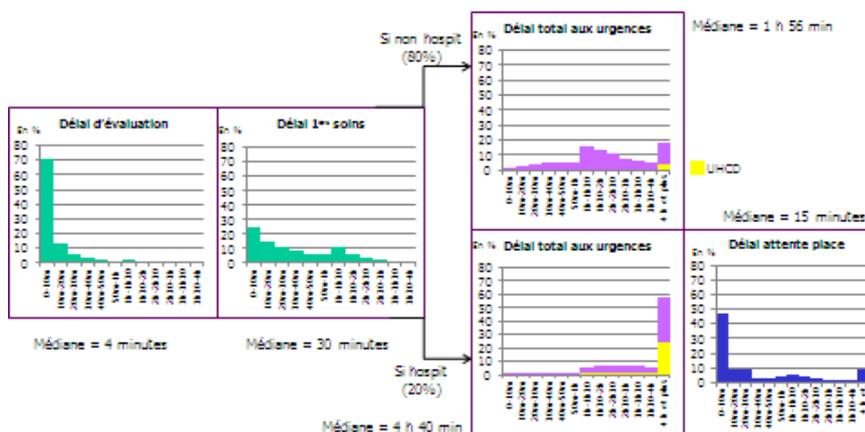
5

Comme indiqué dans les présentations qui ont précédé, le taux de complétude a été extrêmement fort [diapo 5]. Pour information, on peut être surpris de voir une question obligatoire avec un taux inférieur à 100 %, mais si les questionnaires n'ont pas tous été validés lors de l'enregistrement via internet sécurisé, il peut y avoir ponctuellement des informations manquantes. Globalement, les taux sont compris entre 95 et 100 % ce qui permet de calculer les délais présentés sur la diapositive précédente.

Gwennaëlle Brilhault l'avait précisé dans sa présentation, des vérifications du respect de la chronologie ont été effectuées. Ponctuellement, des corrections ont été apportées notamment lors du passage du 11 au 12 juin puisque l'enquête a traversé deux jours consécutifs. Ainsi, de temps en temps, lors de l'enregistrement, la date du 11 juin était restée en lieu et place du 12 juin. Ponctuellement, certains centres ont eu une compréhension différente pour ce qui concerne la prise en compte ou non du temps UHCD dans le temps de prise en charge aux urgences. Il a fallu modifier la date de sortie des urgences pour tenir compte de ce temps d'UHCD.



Résultats généraux



6

Quelques résultats généraux [diapo 6]

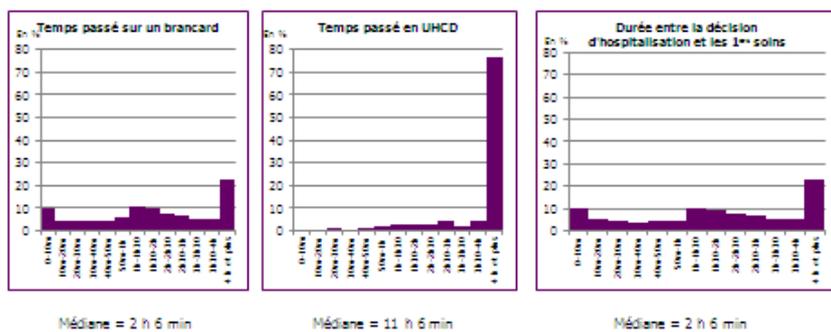
Il s'agit de cinq graphiques. Ils ont tous la même échelle ce qui permet de présenter la façon dont les choses se déroulent comme une espèce de vague si on imagine l'arrivée des patients, et au fur et à mesure, leur prise en charge aux urgences. L'échelle temporelle définit des intervalles de dix minutes puis à compter d'une heure, ici à mi-graphique, des intervalles d'une demi-heure de façon à couvrir une durée de 4 h.

Pour la plus grande partie d'entre eux, les patients sont évalués extrêmement rapidement puisque la médiane est à 4 min, en d'autres termes la moitié des patients est évaluée dans les 4 min qui suivent l'enregistrement. Ce qui n'est pas présenté ici pour ne pas alourdir, est la médiane entre le moment de l'arrivée physique et l'enregistrement qui est d'une minute. Globalement, l'accessibilité est extrêmement forte.

La médiane de début prise en charge médico-soignante est de 30 min. On peut la rapprocher de ce qui est proposé dans les grilles de lecture des échelles de tri qui montrent que 30 min se situent souvent dans des valeurs relativement rapides pour l'obtention de ces premiers soins. 80 % des patients ne sont pas hospitalisés dans un autre service ou un autre établissement après leur passage aux urgences, 20 % le sont. Cela a été exposé dans une publication qui sera détaillée tout à l'heure. Pour les patients qui ne sont pas hospitalisés dans un autre service, la médiane du temps de passage aux urgences est de 2 h, y compris la petite fraction de patients qui sont hospitalisés en UHCD et rentrent à leur domicile ensuite. En cas d'hospitalisation dans un autre service, le temps de passage médian est de 4 h soit le double. Par contre, à partir du moment où l'hospitalisation a été décidée, la durée médiane pour l'obtention d'un lit est de 15 min, donc relativement rapide.



Résultats généraux 2



Pour être complet, 40 % des patients sont sur un brancard à un moment donné de leur prise en charge [diapo 7]. La distribution des temps est très étendue parce que l'utilisation de brancards peut aussi correspondre à l'installation des patients le temps d'un soin. Ceci souligne le détail des informations recueillies. Par contre, le temps en UHCD en conservant la même échelle temporelle pour tous les graphiques, est beaucoup plus décalé, la médiane est à 11 h, c'est-à-dire près d'une demi-journée. Pour le délai entre décision d'hospitalisation et les premiers soins, une distribution très étendue des durées est observée, fonction des situations médicales et de la nécessité d'exams complémentaires.

Résultats généraux 3

Parcours-types	Nombre de passages	Temps médian de passage aux urgences (min)	Temps médian de réalisation attribuable (min)
Consultation sans autres soins	8644	76	
Consultation et acte de soins	3203	81	5
Consultation, acte de soins et de diagnostic	1231	99	23
Consultation et avis spécialisé	1031	95	19
Consultation et acte d'imagerie conventionnelle	4561	106	30
Consultation et un acte de biologie	1245	168	92
Consultation et acte d'imagerie autre	313	156	80
Consultation, soins et recours au plateau technique	11537	156	80
Consultation et plusieurs recours au plateau technique	1738	181	105

Patients non hospitalisés ni portés sans attendre ou sortis contre avis médical ou réorientés vers une maison médicale de garde

Délai d'évaluation médian: 5 minutes
 Délai de 1^{er} soins médian: 30 minutes

8

Pour aller un petit peu plus loin dans ces résultats généraux puisque l'on dispose d'un collectif très important de presque 49 000 questionnaires renseignés, une analyse par sous-groupes a été initiée pour obtenir une estimation du temps de passage aux urgences pour des parcours types [diapo 8]. Le parcours de base ou de référence pourrait être celui de la consultation sans autre soin : les patients sont examinés, ils reçoivent éventuellement une prescription et ils rentrent à leur domicile. On observe un temps de passage médian de 76 min, soit un peu plus d'une heure, tout en sachant que globalement, de façon médiane, la pris en charge comprend un délai d'évaluation médian de 5 min auxquels il convient d'ajouter 25 min de délai médian d'attente avant les soins. Avec cette référence de temps de consultation, sans autre soin, on peut voir ce qui se passe pour des parcours avec des soins qui s'additionnent.

Les premières lignes concernent des soins prodigués par l'équipe des urgences sans recours à d'autres services de l'établissement. Ce sont des actes de soins comme par exemple des pansements. Le temps de passage médian est de 81 min. Il est possible de proposer en une première lecture rapide, le temps médian de réalisation attribuable à ce complément de soins, ici de 5 min. Des parcours avec actes de soin et de diagnostic réalisés par l'équipe sont de même identifiés. Les actes de diagnostic peuvent être un électrocardiogramme ou autre chose, éventuellement une échographie.

D'autres parcours, aussi fonction de l'offre de l'établissement de santé, comprennent un avis spécialisé. Dans ce cas un supplément de 19 min de temps médian par rapport au parcours de référence est observé. En cas de recours à de l'imagerie conventionnelle, par exemple une radiographie osseuse ou encore du thorax, demande un supplément de 30 min de temps attribuable à sa réalisation et interprétation.

En cas de réalisation d'exams biologiques, ce supplément est de 92 min. L'allongement des temps de passages devient un peu plus important en cas de recours à de l'imagerie spécialisée du type scanner ou échographie effectué par un radiologue, ou encore une imagerie à résonance magnétique (IRM), mais les effectifs concernés sont plus faibles. Il faudra peut-être avoir des modèles pour affiner ce point.

À partir du moment, où une prise en charge est plus complète, les temps médians de passage s'allongent. Le calcul a été fait sans prendre en compte d'éventuelles situations de raccourcissement indu des observations que sont les sorties contre avis médical, les partis sans attente mais aussi une toute petite fraction de patients réorientés immédiatement en maison médicale de garde.

Focus sur le délai avant l'évaluation

La SFMU recommande que le délai avant l'évaluation ne dépasse pas trente minutes
=> 1/10 des passages sont en dehors.

Facteur de variation (régression multiple):
- Moins d'attente pour les urgences vitales : 6 % de passages hors recommandation

- Une hausse de l'attente pour les heures les plus encombrées (après midi et soirée). La nuit moins de 5% de passages hors recommandation.

- Les patients qui sont amenés par le SAMU attendent moins souvent plus de 30 min (7 %)

- Les patients > 80 ans attendent un peu moins souvent avec 2 points de moins en moyenne

- Selon le motif



MOTIF	Part de patients qui a attendu plus de 30 minutes, en %
Motif pédiatrique	6,8
Motif respiratoire	7,6
Patients non interrogés (refus ou inconscient)	8,4
Motif cardiologique	8,7
Motif de neurologie	8,8
Motif d'intoxication	9,0
Motif de gynécologie ou d'obstétrique	12,5
Motif rhumatologique	13,9
Motif non renseigné	16,3
Ensemble	11,0

9

Quelques focus [diapo 9]

Sur le délai avant l'évaluation, la société française de médecine d'urgence (SFMU) dans ses recommandations de 2013 sur le triage recommande que le délai avant cette première évaluation ne dépasse pas 30 min. Dans le cadre de l'enquête, 10 % des patients ont été évalués au-delà de cette limite des 30 min. On a essayé de caractériser ces passages. Un facteur important de variation est le moment de la journée, ce délai étant dépassé plus fréquemment au moment de l'affluence, soit entre 8 h et minuit. Par contre, pendant la nuit, ceci est beaucoup moins fréquemment observé.

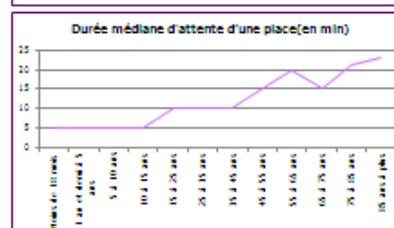
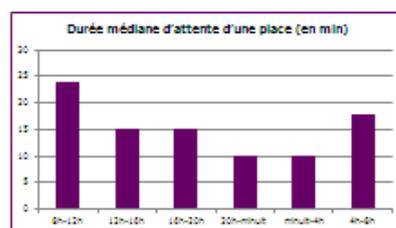
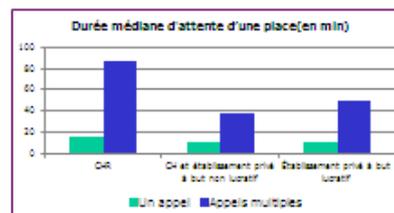
En fonction des motifs de recours, la fréquence des évaluations au-delà de 30 min est variable, par exemple en rhumatologie, cette fréquence est plus importante par opposition à ce qui est observé pour les enfants ou encore les motifs respiratoires.

Les facteurs de variation étant intriqués, pour essayer d'apprécier simultanément leur influence, une régression multiple a été conduite selon différentes méthodes (logistique et linéaire). En plus des deux facteurs précédemment indiqués, ces modèles montrent que le passage en salle d'urgences vitales est associé à une bien moindre fréquence d'un délai supérieur à 30 min avant la première évaluation. De la même façon, pour les patients amenés par le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur), ou encore des patients âgés de plus de 80 ans, le délai avant la première évaluation est moindre en général.

Focus sur l'attente d'une place en hospitalisation

Facteur de variation (régression multiple):

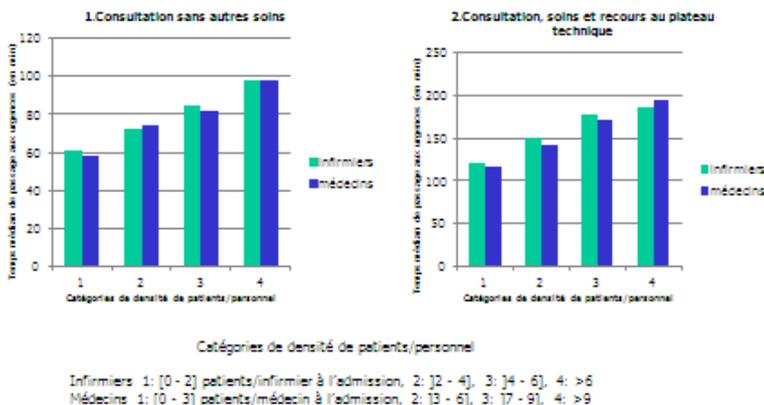
- selon le nombre d'appels
- selon la catégorie d'établissement (compte tenu de l'importance de l'activité)
- selon le moment de la journée, reflet du fonctionnement de l'établissement => quand les lits se libèrent
- gradient selon l'âge



10

Pour cette enquête, une question portait sur le délai d'obtention d'une place en hospitalisation [diapo 10]. Une première analyse des facteurs de variation est présentée ici. Le premier point, qui peut paraître naturel, mais qui est ici quantifié, est relatif au nombre d'appels. Si on a besoin de n'appeler qu'une seule fois pour proposer l'hospitalisation d'un patient, les temps médians sont extrêmement brefs, de l'ordre de 10 min. Par contre, si on a besoin de réitérer des appels, joindre plusieurs services, le délai est tout de suite beaucoup plus allongé (facteur 5). En tenant compte de l'interaction avec le type d'établissement (graphique en haut à droite), ceci est d'autant plus vrai quand on est dans un centre hospitalier universitaire (CHU) que pour les autres établissements. L'organisation des services interfère aussi puisque ce délai d'obtention est d'autant plus élevé que l'on est dans la matinée entre 4 h et midi. C'est un moment de la journée avec saturation des établissements, les lits ne se sont pas encore libérés, ce qui est parfaitement restitué ici de façon indirecte, avec la photo que réalise l'enquête. Au-delà de midi, les temps d'obtention diminuent jusqu'à ce que ceci se reproduise le jour suivant. Il y a par ailleurs un gradient avec l'âge. Plus les patients sont âgés, plus le délai d'obtention d'un lit est élevé. Ces informations sont retrouvées quand on les combine dans des modèles de régression multiple, y compris pour l'effet CHR/CHU, et en tenant compte du nombre de passages réalisés par chaque structure le jour de l'enquête.

Analyse en fonction du contexte, exemple sur 2 parcours types



11

L'analyse du temps de passage peut aussi tenir compte du contexte de prise en charge des patients aux urgences, c'est à dire la disponibilité des équipes [diapo 11]. Ce point a été abordé en essayant de calculer un indice de densité de patient par catégorie de personnel, en prenant comme critère l'arrivée de nouveaux patients. Sur cette période de 24 h, le ratio moyen de nouveaux patients par personnel a été estimé avec une prise en compte un peu complexe, le personnel présent étant recueilli pour chaque structure à 5 points horaires. Une tendance régulière à l'augmentation des temps de passage en fonction d'un nombre croissant de patients par personnel est observée et présenté pour deux exemples de parcours, la consultation sans autre soin et la consultation avec recours au plateau technique.

L'ensemble de ces résultats sera publié dans *Études et résultats*, une publication de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), à venir. De multiples axes et méthodes d'analyses sont possibles pour ces temps et délais de prise en charge aux urgences. Pour ce qui concerne les analyses multivariées, l'étude aussi complète que possible des interactions devra être faite. Je vous remercie.

François Braun

Merci beaucoup. Je pense que vous aurez besoin de vous approprier ces informations. J'ai tout de même retenu que si nous avons +75 ans et que l'on devait être hospitalisé, il ne faut pas aller le matin en CHU, c'est sûr ! Et en journée, c'est même compliqué. Je vais passer la parole au représentant de la fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) pour la complémentarité des données de l'enquête et des résumés de passage aux urgences (RPU) avec comme exemple la région Aquitaine, Midi-Pyrénées et Limousin.

Complémentarité des données de l'enquête Drees et des RPU

Dr Laurent MAILLARD

Dr Pierre-Bernard PETITCOLIN

Coordonnateur médical, Oru Aquitaine et membre de la Fedoru

Directeur médical, Oru Limousin et membre de la Fedoru



Laurent Maillard

Bonjour. Merci de nous permettre de présenter les travaux de la Fédération des Observatoires régionaux des urgences (Fedoru) [diapo 1].

Notre plan porte tout d'abord sur la présentation des données Oru et un rapprochement des résultats, enquête Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et résumés de passage aux urgences (RPU) sur la même journée [diapo 2]. Ensuite, le Dr Pierre-Bernard Petitcolin vous fera un focus sur les données des Oru de 2013 versus la journée Drees.



Les données de l'enquête Drees : On l'a évoqué tout à l'heure, les données concernent une journée de juin 2103 [diapo 3]. Ce sont des données collectées par le personnel des structures d'urgence par le biais d'un questionnaire papier, et qui sont saisies secondairement sur informatique. Les données sont saisies en temps réel par l'ensemble des intervenants avec une complétude a posteriori. Il a été désigné un référent par établissement qui dispose d'un certain contrôle sur la saisie de l'ensemble des informations. A noter également que l'enquête Drees est constituée de 14 chapitres pour les données des patients contenant un total de 121 items.

Les données RPU : Il s'agit d'un recueil standardisé quotidien des données issues des structures d'urgences hospitalières [diapo 4]. Ce sont des données extraites des systèmes informatiques déployés dans les services d'urgence, ces données sont saisies en temps réel. La complétude des données se fait en temps réel pour 95 % de celles-ci, elle se fait a posteriori pour 5 % des manquantes. Il n'est pas mis en place, dans nos établissements, d'outil de supervision nous permettant de corriger les infos saisies au fur et à mesure.

À l'heure actuelle, il a été présenté dans les communications précédentes que nous recensons un peu plus de 700 points d'accueil d'urgence en France (une structure d'urgence pouvant avoir plusieurs points d'accueil). Nous réalisons une étude au niveau de la Fedoru pour savoir quels logiciels sont utilisés dans nos structures. Sur un peu plus de 500 établissements qui ont répondu, nous en sommes à 60 logiciels différents.

Nous ne sommes pas exhaustifs sur l'ensemble des données RPU. Nous sommes très bons sur les données administratives, moins bons sur les données médicales et sur le parcours du patient. Nous avons essayé de voir quelles étaient nos problématiques pour saisir ces informations au sein de nos structures d'urgences. Elles sont au nombre de trois :

- L'implication des médecins sur la saisie des informations.
- Les logiciels et leur ergonomie.
- L'utilisation des thésaurus.



Comparaison des données Drees et RPU : Sur le questionnaire initial [diapo 5], les données Drees peuvent-elles être extrapolées sur une année ? Celles des Oru peuvent-elles être amendées par les chiffres de la Drees ?

Nous avons fait un comparatif avec trois Oru : Aquitaine, Limousin et Midi-Pyrénées [diapo 6].

7 Le volume de passages

	3 régions cumulées	Aquitaine	Limousin	Midi-Pyrénées
Nombre de patients (DREES)	4415	2040	530	1845
Nombre de RPU (ORU)	3631	1144	556	1931
Ecart	784	896	-26	-86
Taux de collecte DREES/RPU	122%	178%	95%	96%

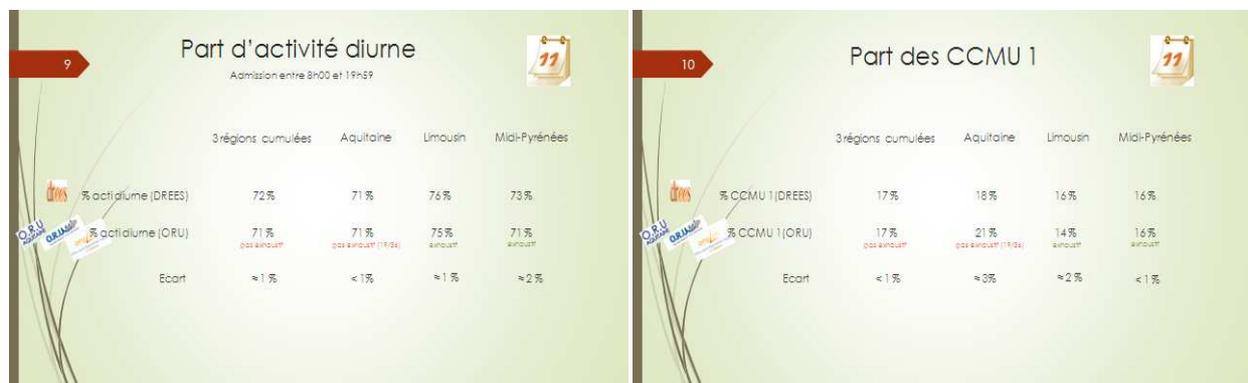
* En Aquitaine, le 11 Juin 2013, 19 structures d'urgences remontent des RPU.

8 Moyenne d'âge des patients

	3 régions cumulées	Aquitaine	Limousin	Midi-Pyrénées
Âge moyen (DREES)	41,4 ans	41,6 ans	43,2 ans	40,8 ans
Âge moyen (ORU)	41,1 ans	41,0 ans	42,1 ans	40,9 ans
Ecart	+0,3	+0,6	+1,1	-0,1

Le volume de passage : Les données Drees ont permis de recueillir 93,6 % d'exhaustivité sur les passages de la journée d'étude [diapo 7]. Ce chiffre conforte l'exhaustivité que nous essayons d'atteindre auprès des Oru. L'Aquitaine ne peut être analysée sur cet item car l'ensemble des structures ne remontent pas à cette date les RPU. Pour le Limousin et Midi-Pyrénées, on note que les données Drees représentent entre 95 et 96% des données des Oru ; nous sommes très proche des 93,6 % présenté précédemment. Il paraît facile de conclure sur ce seul indicateur que les Oru sont exhaustifs sur l'ensemble des passages aux urgences.

La moyenne d'âge des patients : Sur la moyenne d'âge des patients [diapo 8], entre les données Drees et les données RPU, on a une petite différence pour le Limousin. À première vue, les données RPU retrouveraient des personnes plus jeunes dans le Limousin, mais sur la moyenne des trois régions, peu de différences entre les données Oru et Drees.



Part d'activité diurne : Les données Drees et les données des Oru sont à peu près superposables, un petit peu plus de données nocturnes au niveau des RPU [diapo 9].

Part des CCMU 1 : Pour la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) [diapo 10], entre les données Drees et les données des Oru, on a peut-être des dossiers un peu plus lourds coté Drees dans le Limousin. En Aquitaine, c'est l'inverse avec moins d'accès pour les patients aux plateaux techniques entre RPU versus données Drees. Ce qui est encore plus surprenant c'est la grosse variation des données CCMU 1 entre les trois régions. Pour essayer de comprendre cette divergence, nous avons analysé les diagnostics, hors ceux-ci sont les mêmes entre les trois régions. Deux explications possibles ; soit les prises en charge sont totalement différentes d'une région à l'autre, soit l'utilisation de la classification est incontrôlable et donc inadaptée, explication qui nous semble la plus réaliste.



Pourcentage de traumatologie : On a une petite différence entre les données de la Drees et celles des Oru [diapo 11]. On voit que l'on n'a pas utilisé obligatoirement la même méthode pour analyser cette variable qui s'appuie sur de nombreux diagnostics. Le résultat est à peu près le même ce jour, nous ne pouvons assurer qu'il en serait de même sur un autre jour. Pour pouvoir comparer dans de bonnes conditions, il serait utile que l'on ait à chaque fois les mêmes méthodes de calcul quand nous sommes sur des données avec des variables multiples.

Taux d'hospitalisation : C'est le problème entre la comparaison des données de la Drees et des données des Oru [diapo 12]. Pour la région Midi-Pyrénées, données Drees 20 %, données RPU 24 %. C'est une différence de 4% sur le nombre total des passages, cela représente cependant une différence de 20 % d'hospitalisations entre les deux types de recueil. Ce n'est pas négligeable. La problématique est assez similaire dans le Limousin. En Aquitaine, elle plus importante mais c'est un peu plus difficile à exploiter étant donné que nous ne sommes pas exhaustifs sur l'ensemble des données RPU.



Durée médiane de passage : Quand on prend les chiffres région par région, on retrouve de petites différences entre les données Drees et les données RPU [diapo 13]. Par chance quand on additionne le tout, on efface ces différences. Ce sont toujours un peu les difficultés quand on fait des analyses avec différents modes de calcul. Il n'y a cependant pas une grande variabilité entre les données RPU et les données Drees.

Synthèse : Pour faire une synthèse sur les différences que l'on peut rencontrer sur les différents items présentés entre les données Drees et les données des Oru, sur le nombre de passages, on a montré la bonne exhaustivité des Oru [diapo 14]. Sur la moyenne d'âge, on constate une petite différence dans le Limousin, qui s'efface lorsque nous additionnons les trois régions. Sur l'activité diurne, il n'y a pas de différence. Sur le CCMU, il n'y a pas de différence entre les données Drees et Oru, la différence existe par contre entre les régions. Sur le taux de traumatologie, il y a peu de différence. Sur le taux d'hospitalisation, on trouve une véritable différence. Sur la durée médiane de passage, on a vu une petite différence qui s'estompe quand on analyse les trois régions.

Quand on fait la comparaison des données entre la journée Drees et les RPU de cette même journée, nous voyons une certaine superposition des informations. Cela nous conforte dans notre travail quotidien. Pour améliorer nos analyses il est indispensable qu'à l'avenir nous utilisions les mêmes méthodes de calcul dès qu'il s'agit de données multivariées.

Je laisse au Dr Pierre-Bernard Petitcolin le plaisir de vous présenter la comparaison entre les données de la journée Drees et l'année 2013 des données des Oru Aquitaine, Limousin et Midi-Pyrénées.



Pierre-Bernard Petitcolin

Merci. Il me revient de faire le parallèle entre l'année 2013 et les résultats obtenus par l'enquête Drees du 11 juin 2013 [diapo 15].

Volumes de passage : Tout d'abord, il faut souligner que du point de vue de la volumétrie, la moyenne réalisée des RPU sur l'année 2013 n'est pas très différente [diapo 16]. La dernière ligne est intéressante, car elle montre bien que les trois régions, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Limousin, remontent à peu près, bon an, mal an, 1,4 million de RPU avec une ventilation de plus de 450 000 pour l'Aquitaine, presque 200 000 pour le Limousin et presque 735 000 pour Midi-Pyrénées. C'est

un volume assez conséquent avec des différences qui sont un petit peu plus marquées pour l'Aquitaine, comme l'a souligné Laurent Maillard, qui est en phase d'atteinte de son exhaustivité et peut-être plus poussées pour nos régions.



La moyenne d'âge : On retrouve ce qui a déjà été dit antérieurement [diapo 17], à savoir qu'il y a une petite différence, assez peu significative, pour le Limousin pour l'âge trouvé. La Drees trouve des patients un petit plus vieux. Les RPU montrent des patients un petit peu plus jeunes. C'est tout à fait concordant au niveau Midi-Pyrénées, un petit peu moins au niveau Aquitaine.

Pourcentage d'activité diurne : Il n'y a pas de commentaire particulier [diapo 18]. On constate que c'est quasiment pareil au niveau de la Drees et au niveau des RPU pour l'année 2013. La CCMU est toujours l'objet d'interprétations dans la cotation avec des différences assez marquées en Aquitaine entre la Drees et le RPU. À ce titre, il avait paru intéressant dans notre région de refaire un exposé et une plaquette explicative sur la CCMU pour en préciser le mode d'emploi et les indications.



Pourcentage de traumatologie : Je souscris tout à fait à ce que Laurent Maillard a dit. C'est-à-dire qu'il faut reprendre des méthodes d'évaluation similaires pour arriver au même résultat, sinon il n'y a pas de différences particulières [diapo 20].



Taux d'hospitalisation : On retrouve ce qui a été dit un jour donné [diapo 21]. Tout au long de l'année 2013, les écarts sont tout de même assez conséquents sur les taux d'hospitalisation en Aquitaine et dans le Limousin, dans des proportions moindres en Midi-Pyrénées. Sur l'année, c'est un petit peu gommé.

Durée médiane de passage : La synthèse des trois régions n'a pas été calculée pour l'année 2013 mais il y a peu de différence par régions [diapo 22].



Quand on fait la synthèse des comparaisons, l'année 2013 est un peu différente en matière de nombre de passages par rapport à la journée du 11 juin [diapo 23-24]. Sur la moyenne d'âge : Il n'y a pas de comparaison. Sur l'activité diurne : Il n'y a pas de comparaison. Sur la CCMU1 : C'est pareil. Sur le taux de traumatologie : Il est sensiblement identique. Par contre, on trouve toujours cette divergence sur le taux d'hospitalisation notée à plusieurs reprises.

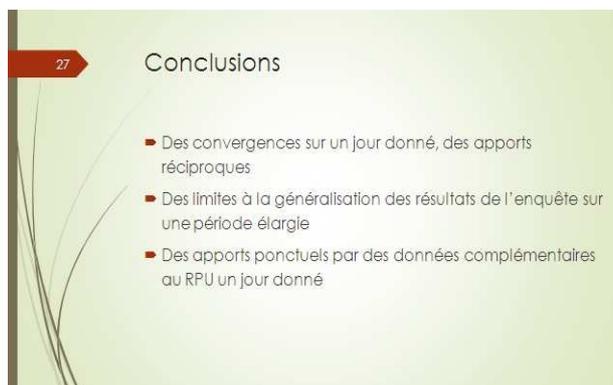


Il nous a paru intéressant de voir ce que l'un pouvait apporter à l'autre en vue d'un enrichissement mutuel [diapo 25]. Les données Drees ont permis d'avoir une exhaustivité de passage pour les urgences. L'exemple le plus flagrant concerne la région Aquitaine dans laquelle un certain nombre de structures d'urgence n'ont pas de RPU et n'ont pas de données dans les Oru. Certains éléments du contexte social du patient ne sont pas fournis au niveau du RPU. Ceci concerne la motivation sur la venue du patient aux urgences et les démarches entreprises ou non en amont. C'est un peu la raison pour laquelle la Fedoru avait lancé des groupes de travail sur le RPU dans le but d'ajouter certains de ces éléments.

Les données de structure sont également décrites très finement dans l'enquête de la Drees. Par contre, on arrive à des petits détails que l'on peut relever ici et là, notamment en Aquitaine. On voit que le référencement des structures d'urgence n'est pas strictement identique à ce qui a été fait, notamment entre l'Agence régionale de santé (ARS) et la Drees.

Le RPU peut-il apporter quelque chose à la Drees [diapo 26] ? Le RPU est une analyse au fil de l'eau. Dans notre région, la volumétrie des passages est transmise toutes les heures. Les taux d'occupation sont actualisés tous les quarts d'heure ce qui permet d'avoir un état des lieux assez précis. Ceci peut être traduit sur un site internet. Il y a également la connaissance en continu de l'activité, notamment par l'inscription sur un site internet. On ne prend pas en compte les patients partis sans attente, les sorties contre avis médical, etc.

Le recueil du RPU est-il fiable ? C'est un système qui est généralement standardisé sous réserve que les différents systèmes utilisés par les structures d'urgence soient fiables. Dans notre région, nous avons la chance de n'avoir que trois systèmes de remontée d'information. Ceci permet d'être un peu plus précis. Dans les structures d'urgence, c'est le personnel médical qui rentre normalement le RPU. Pour se connecter, il faut un identifiant et un mot de passe. L'enquête de la Drees n'a pas été menée selon les mêmes spécifications.



On s'aperçoit que sur un jour donné il n'y a pas énormément de différences, c'est bien concordant [diapo 27]. Il y a des apports réciproques et mutuels entre les deux modes de relevés. Peut-on généraliser, extrapoler les données d'une enquête un jour donné sur une année ? C'est une question. Il est vrai que l'enquête Drees apporte des données assez intéressantes et très intéressantes, même si c'est sur un jour donné par rapport aux éléments que peuvent remonter les RPU. Je vous remercie pour votre attention.

François Braun

Si j'ai bien compris, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et la Fedoru donnent un peu un satisfecit à la Drees sur le choix du 11 juin. Nous allons passer aux questions. Nous allons regrouper les questions concernant directement l'enquête, l'organisation et les délais. Ensuite, nous traiterons des questions en lien avec les RPU. Je vous demande de poser des questions une par une parce que les choses sont assez précises et il ne faut pas laisser passer de faux messages.

Échanges avec la salle

De la salle

Bonjour. Merci de cette présentation. Je suis pour ma part extrêmement déçu, mais peut-être que je le serai moins ce soir, j'espère. Je reste vraiment sur ma faim au sens propre comme au sens figuré. Je lis sur le titre des résultats. J'ai entendu du descriptif, des alignements de pourcentage, etc. Ce sont des étapes indispensables. Ce sont des éléments de base. J'attendais vraiment de voir quelle en est la substantifique moelle. Quelle en est la conclusion opérationnelle ? Qu'en est-il en matière de problématiques, de solutions possibles ? C'est-à-dire une analyse. J'ai regardé ce que j'ai trouvé sur la méthodologie de l'enquête. Je vois que l'objectif est descriptif. C'est tout à fait en concordance avec cet objectif, mais qui pratiquera cette analyse entre guillemets, ce n'est pas nous, car l'accès aux données ne me semble pas évident. D'ailleurs, ce serait une deuxième question. Quand une analyse sera-t-elle faite, où et comment ?

François Braun

Merci. Je pense que vous avez fait la réponse à votre question. Le but de l'enquête était de faire quelque chose de descriptif, ce qui a été très bien fait. Pour l'analyse, je vais passer la parole à Albert Vuagnat. Vous pouvez compter sur les organisations professionnelles pour faire l'analyse et la faire avec vous. Ne vous inquiétez pas. Il y a un certain nombre de points essentiels qui sont relevés. On les reverra peut-être au cours de la discussion.

Albert Vuagnat

Je suis désolé si on donne l'impression que l'on n'apporte pas de solutions toutes faites. Cependant, cette enquête rassemble un collectif très important qui a le mérite d'être représentatif, certes d'une journée, mais c'est vraiment une photographie d'une journée. Cela donne des informations quantitatives. Jeannot Schmidt l'avait rappelé au début, le précédent point de 2002 était considéré comme la référence. Gwennaëlle Brilhault a exposé l'objectif assigné à cette enquête. Elle a donné des éléments de mesure qui servent de référence. Ils donnent ensuite un point d'ancrage. Je ne suis pas très bien placé pour le dire, mais tout de même, cela a une vraie valeur. On peut asseoir une discussion plutôt que d'être dans des commentaires généraux. Un point important, Gwennaëlle Brilhault et Jean-Louis Lhéritier ont aussi rappelé que nous sommes un service statistique.

De la salle

J'ai eu le plaisir de participer activement à cette étude. Je vous en remercie. Je voulais aussi avoir la possibilité de récupérer les données pour en faire le rendu à l'équipe qui a participé à l'ensemble de cette étude. Une question sur les effectifs. Je ne vois pas apparaître au niveau des effectifs l'agent administratif. On a parlé des médecins, des aides-soignantes, des infirmières, des internes, même si les internes au premier semestre sont en formation complète. Dans l'effectif actif, c'est à discuter. Je voudrais savoir pourquoi vous n'avez pas demandé dans l'enquête qui assure l'enregistrement administratif, l'accueil administratif. C'est soit une aide-soignante, soit une infirmière. Il y a une véritable formation à avoir pour créer un dossier patient afin d'éviter les erreurs d'identité. Je veux savoir pourquoi on n'a pas un effectif dédié à l'accueil. Cette enquête aurait pu donner de l'eau au moulin pour permettre aux directions de nous prévoir des agents administratifs à l'accueil des urgences et non pas des soignants qui doivent être à leur tâche de soignant.

Layla Ricoch

Dans l'enquête, il est juste demandé s'il y a un accueil administratif dédié 24 h sur 24 dans le service des urgences. C'est déjà une première réponse. Ce n'est pas un accueil administratif pour tout l'hôpital, mais c'est un accueil administratif au sein du point d'accueil. Après, il est vrai que l'on n'a pas demandé qui, concrètement, réalisait cet accueil, sûrement pour une question de place dans le questionnaire, il a fallu faire des choix dans les questions, on a fait ces choix avec la société française de médecine d'urgence (SFMU) et les autres organisations professionnelles. On a choisi de ne garder que celle-là. Pour une autre enquête, c'est une question à retenir.

François Braun

Sur les résultats, c'est déjà intéressant et utilisable puisque c'est de l'ordre de 60 % d'accueil administratif, ou 40 %. En ce qui concerne l'Infirmier organisateur de l'accueil (IOA), 74 %, c'est très peu, mais c'est déjà un élément de discussion. 25 % n'en ont pas. Dans cette enquête, on a déjà des renseignements qui vont nous permettre d'avancer.

De la salle

Une diapositive m'a surpris. Pourquoi a-t-on marié les assistantes sociales avec les vigiles ? Quelle est l'intention ?

François Braun

Je te rejoins. C'est peut-être un choix malheureux, mais les résultats sont très intéressants sur les assistantes sociales, y compris les très gros services qui n'ont pas d'assistante sociale, dans les services à forte activité. C'est aussi un élément important.

Layla Ricoch

On les a regroupés sur cette diapositive parce que c'était les deux catégories de personnel pour lesquelles on voyait un effet de la commune environnante. On avait l'interface entre un service d'urgences ouvert sur l'extérieur et la population aux alentours. C'est juste parce que statistiquement ces deux professions ressortaient pour ces variables dans les analyses.

De la salle

Une des diapositives montrait la corrélation entre le temps de passage et le nombre de personnes prises en charge par les soignants. La maille est sans doute trop large si on s'intéresse à l'ensemble des centres. C'est le début d'une approche de la robustesse de l'organisation face au taux d'occupation des structures. J'ai eu l'impression que l'évolution était linéaire. En affinant l'analyse par groupe de volumes, on pourrait arriver à trouver quelque chose de plus intéressant ou qui montre un point d'inflexion, le moment où cette augmentation linéaire devient logarithmique. Il y aurait quelque chose à rechercher.

Albert Vuagnat

Les phénomènes sont-ils linéaires ? Pour l'instant, dans ce que l'on a regardé, pour des choses de ce type, cela paraît être linéaire. Les questions d'effectifs, de volumes, sont des choses relativement linéaires. Les défauts de linéarité sont plutôt à partir du moment où on a de très faibles effectifs et volumes. On le voit par exemple la nuit. Il y a beaucoup moins d'arrivées de patient par rapport à un effectif présent qui va s'occuper des patients qui sont déjà en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). C'est plutôt dans ce sens. Pour la linéarité, il n'y a pas de phénomène plateau réellement observé, si c'était votre question. Là, c'est juste une ouverture. On peut faire des modélisations de contexte, de taux de peuplement des urgences si c'est ce que vous entendez par *crowding*.

Jeannot Schmidt

Je ne suis absolument pas déçu de ces résultats. J'ai une vraie lecture. À lire les différentes diapositives, j'imagine très bien comment fonctionnent, ou au contraire dysfonctionnent, les structures les unes par rapport aux autres. J'ai une question à laquelle nous n'avons pas répondu aujourd'hui. Quels sont les temps de référence ? On affiche des médianes. On voit une minute pour l'inscription administrative, c'est parfait, on ne peut pas faire moins ou bien les gens arrivent et entrent un badge, c'est instantané. Quelques minutes pour l'IOA, c'est parfait. Y a-t-il dix pays dans le monde qui sont capables d'afficher des résultats aussi riches en qualité ? Je pense que la réponse est négative, mais ce n'est pas le problème. La question aujourd'hui est de connaître le temps référence pour dire quand une IOA ne voit pas un patient dans tels délai médian, écart-type, et ainsi de suite, le service dysfonctionne. Quand un malade n'est pas évalué par l'infirmière ou le médecin dans tel temps avec moyenne, médiane, écart-type, cela dysfonctionne. Où sont ces temps ? C'est peut-être ce qui nous manque.

Albert Vuagnat

Effectivement, on donne une description des temps. Juste pour rejoindre certaines questions qui ont déjà été posées, les références se posent aussi par rapport à des résultats. Globalement, la qualité des soins est-elle clairement impactée parce qu'on aura laissé attendre de façon indue ou sans soin, ou de façon inappropriée, un patient avant de continuer les soins ? Dans l'enquête, il n'y a pas d'information sur les résultats. Il faut être bien clair avec cela.

Jeannot Schmidt

De manière globale, une fois que l'on sort des coronaires, de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'arrêt cardiaque...

Albert Vuagnat

D'autres motifs aussi ont été évoqués, par exemple les motifs respiratoires.

François Braun

C'est très clairement un travail que nous attendons de notre société savante.

Albert Vuagnat

Juste pour compléter, je me suis permis de faire une référence avec les échelles de triage qui recommandent le délai de premiers soins qui sont globalement plus longs que ceux qui sont donnés par l'enquête. On est bien d'accord.

François Braun

Un des éléments qui auraient pu être intéressant pour entrer dans ce cadre, c'était d'utiliser la simulation par exemple, la classification des malades des urgences qui a des délais rattachés. On va élargir aux questions sur le lien avec les résumés de passage aux urgences (RPU). En attendant vos questions, j'aurai une question sur la typologie des points d'accueil que vous avez définis en quatre types de points d'accueil. Cela m'intéresse beaucoup. Parallèlement, des travaux sont effectués sur le financement de structures d'urgence. Dans ces travaux, on essaye de qualifier les structures d'urgence. On s'y retrouve entre la classe 4 et les 10 % de services d'urgence qui font moins de 10 000 passages, mais sur les autres classes, quels ont été vos critères de choix pour définir ces différents points d'accueil ? Je rappelle que point d'accueil et structure des urgences, ce n'est pas la même chose. Il y a 736 points d'accueil. On nous a bien expliqué ce que c'était. On est à 640 services d'urgence. Il y a un delta dont il faut bien tenir compte.

Layla Ricroch

Pour définir la typologie, on ne s'est pas servi de données comme la catégorie juridique de l'établissement ou le niveau de passage. On a juste utilisé toutes les questions du questionnaire qui servaient à décrire l'organisation de la structure. Y avait-il un IOA ? Y avait-il mutualisation des médecins entre service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) et services d'urgence ? Y avait-il un accès au plateau technique ? En fait, on a rapproché les points d'accueil seulement sur ces questions. On a fait des groupes seulement à partir de l'organisation interne des structures d'urgence. Dans un second temps, on a regardé quels étaient les passages moyens, quelles étaient les catégories d'établissement, mais ce ne sont pas eux qui ont servi à faire la classification. Elle s'est vraiment faite à partir de la façon dont on pouvait regrouper les types d'établissements, les points d'accueil qui se ressemblaient dans leur organisation.

François Braun

Je n'ai pas vu le bureau R2 de la DGOS, mais je vais les envoyer très vite vers vous parce que par rapport au financement, je pense qu'il y a des parallèles qui risquent d'être très intéressants à faire.

De la salle

Je voudrais compléter les propos de mon collègue de l'Agence régionale de santé (ARS) et ce que vous venez de dire. À l'ARS, on est beaucoup sollicité sur des tas d'enquêtes, notamment sur la vérification des données de la statistique annuelle des établissements (SAE) sur le personnel pour travailler sur la modélisation services d'urgences et Smur, et je voudrais savoir si cette enquête descriptive va être exploitée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour

corrélés des données SAE pour le personnel, les effectifs et services d'urgence. Je pense que l'on fait beaucoup de travail dans tous les sens qui vont finalement vers le même but. Je trouve dommage qu'une belle enquête de ce type ne soit pas exploitée pour différents intervenants, la DGOS, le bureau premier recours, éventuellement les gens qui travaillent plus sur la qualité, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). Je voulais savoir si votre modèle d'enquête permet l'exploitation par d'autres. Actuellement, les ARS sont beaucoup sollicités sur un certain nombre de questions dont les réponses se trouvent dans votre enquête.

Albert Vuagnat

Pour tenter de vous répondre, Gwennaëlle Brilhault a indiqué tout à l'heure que les données sur lesquelles Layla Ricroch a travaillé, est le fichier qui est en ligne pour tout le monde. Il est en téléchargement sur internet. De notre côté, nous travaillons bien évidemment avec la DGOS, mais ce n'est pas exclusif. D'autres équipes travaillent à partir de ces éléments.

Gilles Viudès

Bonjour, je suis Gilles Viudès pour la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru). Si on arrive à avoir toutes ces belles conclusions sur une enquête pendant une journée, à quoi cela sert-il de récolter les RPU au quotidien ? J'aimerais que François réponde. Il faut que vous l'aidiez un petit peu parce qu'il y a beaucoup d'autres usages qu'il faut révéler. Je voudrais commenter l'intervention de nos deux collègues de l'ARS. Languedoc-Roussillon comme Rhône-Alpes ne peuvent pas être déçus parce qu'ils ont déjà initié un travail fort sur la collecte des RPU au fil de l'eau avec un vrai investissement de l'ARS et de la région, et ils auront les informations qu'ils attendent par cette collecte. Je crois qu'il faut bien différencier l'étude un jour donné et tout ce qu'on peut en tirer, l'exploration de nouveaux composants, et tout ce que peut apporter la collecte au quotidien, notamment dans la structuration de nos organisations, et l'évaluation de la modification de nos organisations. Ne parlons pas des problématiques sur les indicateurs, hôpital en tension. Avez-vous cette vision, notamment à la Drees, ou pour mes collègues de la Fedoru, est-ce bien cela que l'on peut leur rappeler ?

François Braun

La Fedoru a réussi à me convaincre de l'intérêt des RPU au quotidien pour tout le monde, mais j'étais déjà convaincu avant. Je crois que tu as dit quelque chose qui est très intéressant aussi, c'est la notion de modification de l'organisation de nos structures. C'est quelque chose qui depuis l'enquête a déjà beaucoup bougé. Si j'ai bien compris, on ne peut pas se permettre de faire une enquête de ce type tous les six mois. Par contre, très clairement, on sent bien que le RPU doit devenir l'outil permanent de cette enquête au fil de l'eau. On imagine bien la Drees piocher dans les données RPU ponctuellement pour sortir des résultats. C'est ce que je souhaite.

Albert Vuagnat

Pour être bien clair, l'enquête a été décidée et documentée avant l'arrivée des RPU sur un mode obligatoire puisque l'arrêté date de juillet 2013. C'était peut-être dans les limbes, mais en définitive, l'arrêté rendant obligatoire la collecte des RPU a un objectif de surveillance, un peu différent, et de pilotage au jour le jour. L'enquête est plutôt un essai de description et de connaissance.

De la salle

Il faut dire que dans les recommandations de la Fedoru sur l'évolution souhaitée des RPU, on s'est largement inspiré de nombreux items validés dans l'enquête. C'est notamment un intérêt, rien n'est à exclure, on continue à progresser.

De la salle

Bonjour, je voulais juste savoir quelle avait été la modalité de recueil des équivalents temps plein (ETP) pour le personnel. Était-ce sur l'année ou sur le jour de l'enquête ?

Layla Ricroch

Il était demandé les ressources humaines sur l'année 2012 de la structure des urgences, ce n'est pas sur un jour. Ce qu'on vous a présenté portait sur l'ensemble de l'année 2012. Par contre, quand on regarde les délais et le personnel présent, c'est le personnel présent le jour de l'enquête, c'était une autre partie du questionnaire.

François Braun

Une toute dernière question.

De la salle

Quand vous avez parlé des ETP, ce qui m'a frappé notamment c'est sur les urgentistes parce qu'on était à quasiment 100 % d'urgentistes dans les structures privées et 60 % dans les structures privées à but non lucratif ou public. Votre conclusion a été de dire que c'était des pédiatres. Est-ce que cela ne veut pas dire plutôt que 40 % des gens dans les urgences ne sont pas urgentistes ou s'agit-il d'autres gens, ou des médecins qui font des urgences sans être urgentistes ?

Layla Ricroch

Il faut séparer deux choses. Il y a des points d'accueil non pédiatriques où ce sont bien des médecins qui ne sont pas des urgentistes et les résultats sur les points d'accueil pédiatriques où il y a beaucoup moins de médecins urgentistes parce que forcément ce sont des pédiatres. De ce fait, ils ne sont pas notés dans notre questionnaire comme des médecins urgentistes.

François Braun

Une toute dernière question parce que nous débordons largement.

De la salle

Bonjour, je voulais juste vous poser une question par rapport à l'étude de 2002, vous avez dit qu'il y avait eu à peu près 150 centres dans l'étude de 2002, et 700 dans celle-ci. Avez-vous fait une comparaison des résultats sur les 150 centres de 2002 pour voir l'évolution en 2012 ou en tout cas sur les items qui étaient renseignés en 2002 ?

Albert Vuagnat

Des éléments sont comparables. Cela a été évoqué précédemment. Le rythme d'accueil des patients est tout à fait superposable. D'autres éléments seront présentés cet après-midi à ce sujet. Il faut se rappeler que les informations recueillies en 2002 auprès des services d'urgence étaient en petit nombre. Certaines choses sont superposables. Cette fois-ci, on a beaucoup plus d'informations pour comprendre les choses.

François Braun

Je vous remercie. Nous allons faire une pause pour le déjeuner avec une reprise à 14 h avec la Session 3 portant sur les résultats sur la patientèle. Nous pourrons voir les parcours de façon plus précise, en particulier les personnes âgées et l'AVC, et la Session 4 par rapport à l'offre de soin de premier recours. Merci.

Session 3 : Résultats sur la patientèle

Ouverture du président de session

Jean-Marc PHILIPPE,

Conseiller médical au département des urgences sanitaires, DGS

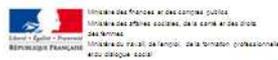
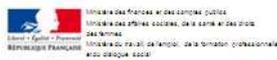
Bonjour à chacun. Il est 14 h. Je vous propose de commencer cette première session de l'après-midi, session du post-prandial, j'espère que ce ne sera pas trop difficile ! En tout cas, nos orateurs vont nous permettre de nous maintenir bien éveillés ! Je tiens d'abord à remercier la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) au nom de la direction générale de la santé (DGS) de nous avoir associés à ce travail et à cette enquête. Même si la DGS n'est pas directement impliquée dans l'offre de soin telle que les structures d'urgence peuvent la dispenser aux populations, la DGS s'intéresse à la santé de la population et les urgences en sont un acteur majeur. Nous sommes donc très intéressés par cette enquête. Merci de nous avoir confié la modération de la session consacrée aux résultats sur la patientèle. Après avoir décrit la méthodologie, les structures, nous allons maintenant nous intéresser aux patients qui fréquentent les structures d'urgence. C'est toujours riche d'enseignements. Je vous propose de commencer d'emblée par une présentation de Madame Boisguérin concernant les résultats de l'enquête sur les patients.

Résultats du questionnaire « patient »

Bénédicte BOISGUÉRIN

En collaboration avec **Hélène VALDELIÈVRE**

Chargée d'études au bureau des établissements de santé, Drees



PLAN

Résultats du questionnaire patients

Hélène Valdelièvre et Bénédicte Boisguérin
(DREES)

1. Qui sont les patients ?
2. Arrivée des patients aux urgences : mode d'arrivée, provenance et démarches
3. Motifs de recours et motivations des patients
4. Prises en charge aux urgences et sortie

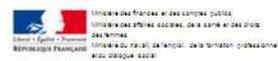
Colloque 18 novembre 2014

1

Colloque 18 novembre 2014

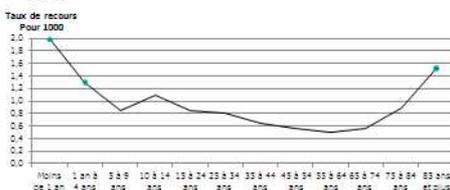
2

Ma présentation se déroule en quatre parties [diapo 1-2] : elle débute par une brève description des patients, nous verrons ensuite les conditions d'arrivée des patients : l'horaire et mode d'arrivée, la provenance et les démarches effectuées par les patients avant de se rendre aux urgences, puis seront décrits les motifs de recours et les motivations des patients, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles ils sont venus aux urgences. Je terminerai par une description de la prise en charge aux urgences et par le mode de sortie.



1 Qui sont les patients ?

- Un peu plus d'hommes que de femmes
Respectivement 52 % et 46 %
- 26 % de moins de 15 ans et 4 % de moins de 18 mois
- 19 % de 65 ans et 5 % de 85 ans et plus
- ce qui entraîne les taux de recours les plus élevés pour les nourrissons et les personnes âgées



Sources : DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques ; INSEE, données de population

Colloque 18 novembre 2014

3

1 Qui sont les patients ?

- 89% des patients couverts par le régime d'assurance maladie
1% bénéficiaires de l'AME et 1% sans couverture maladie en France
9% bénéficient de la CMUC
7% n'ont pas de couverture complémentaire
- Des taux de non réponse élevés pour certaines variables :
activité professionnelle et diplôme

Colloque 18 novembre 2014

4

Qui sont les patients ?

Ces résultats sont peut-être connus par certains d'entre vous parce qu'ils sont contenus dans la publication *Études et résultats* mise en ligne à la fin juillet. Elle a été également adressée par courrier postal à tous les médecins urgentistes et aux référents administratifs courant août.

La population qui s'est rendue aux urgences le 11 juin 2013 se caractérise par une proportion plus élevée d'hommes que de femmes, respectivement 52 % d'hommes, 46 % de femmes, et 2 % de non-réponses. Elle comporte 26 % d'enfants de moins de 15 ans, dont 4 % d'enfants de moins de 18 mois. Elle comporte également 19 % de personnes âgées de 65 ans

et plus. Si on rapporte les 52 000 patients qui se sont rendus aux urgences le 11 juin 2013 à la population qui réside en France, on a un taux de recours de un pour 1000. La courbe [diapo 3] représente les taux de recours dans les différentes tranches d'âge. On observe un taux de recours beaucoup plus élevé pour les enfants de moins de un an puisqu'il s'élève à deux pour mille, et à l'autre extrémité de la courbe, pour les personnes âgées de 85 ans et plus.

Pour les caractéristiques sociodémographiques [diapo 4], les conditions de la collecte ont entraîné une limitation du nombre des variables qui permettent de situer les patients d'un point de vue social. Comme les questions étaient posées par l'équipe soignante au cours de la prise en charge, il ne fallait pas que celle-ci soit retardée par des informations demandées aux patients qui ne concernaient pas directement leur prise en charge.

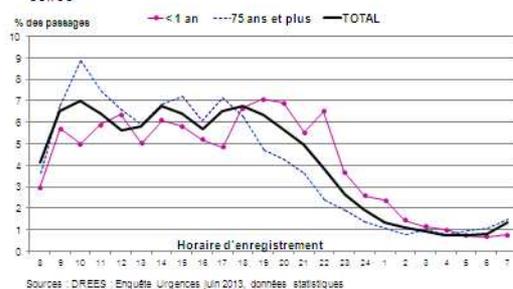
89 % des patients sont couverts par le régime d'assurance maladie, 1 % bénéficie de l'aide médicale de l'État, 1 % est sans couverture maladie en France. Le reste correspond à des non-réponses. Pour la couverture complémentaire, 71 % des patients sont couverts par une complémentaire privée, 7 % sont sans couverture complémentaire et 9 % bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). En pourcentage, ceci est proche de ce qu'on observe en population générale puisqu'au 31 décembre 2012 7 % de la population résidant en France était couverte par la CMU-C.

Toujours en raison des conditions de recueil, les taux de non-réponse sont assez élevés pour certaines variables en particulier pour l'activité professionnelle et le niveau de diplôme. Ces informations étaient demandées pour les patients adultes. Pour les enfants, on demandait quelle était la situation du parent accompagnant. Si on considère les majeurs d'âge actif, c'est-à-dire les personnes âgées de 18 à 64 ans, la part des actifs ayant un emploi est de 53 %, celle des chômeurs est de 10 % avec un taux de non-réponse de 13 %. Pour le niveau de diplôme, on a un taux de non-réponse plus élevé encore puisqu'on arrive à 16 % de non-réponse. La proportion de patients avec un niveau d'études supérieur au Bac est de 19 %.



2. Mode d'arrivée, provenance et démarches

La plupart des passages ont lieu en journée et en début de soirée



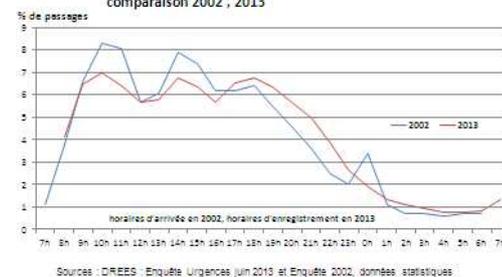
Colloque 18 novembre 2014

5



2. Mode d'arrivée, provenance et démarches

comparaison 2002, 2013



Colloque 18 novembre 2014

6

Conditions d'arrivée des patients

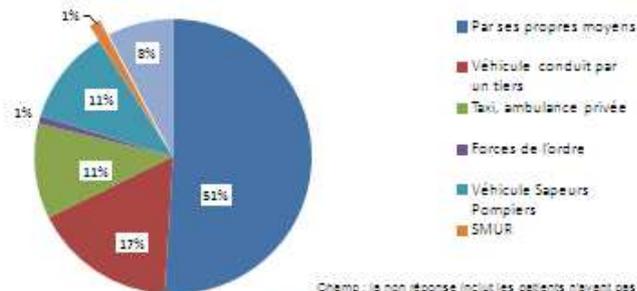
Le graphique [diapo 5] représente la répartition des patients suivant l'horaire d'enregistrement aux urgences. La courbe la plus épaisse et noire représente l'ensemble des patients. À partir de 20 h, le pourcentage des patients enregistrés diminue nettement. Au total, 25 % seulement des patients sont enregistrés entre 20 h et 8 h le lendemain, et 10 % entre minuit et 8 h.

La courbe rose représente les enfants de moins de un an. Les enregistrements après 20 h sont plus nombreux. Chez les enfants de moins de un an, un tiers des enfants sont enregistrés après 20 h. À l'inverse, pour les personnes âgées de 75 ans et plus, représentées par la courbe bleue avec des pointillés, on a plus de passages enregistrés dans la matinée. Au total, 45 % des patients âgés de 75 ans et plus sont enregistrés avant 14 h.

On peut comparer ces résultats aux résultats obtenus dans l'enquête de 2002 [diapo 6]. La courbe bleue représente les résultats de 2002. La courbe rouge représente les horaires pour l'enquête 2013. Il y a deux limites à cette comparaison. Pour l'enquête 2002, ce sont les horaires d'arrivée qui est indiqués alors que pour l'enquête 2013, ce sont les horaires d'enregistrement, et surtout pour l'enquête 2002, la collecte a été faite sur une semaine entière, y compris le week-end, alors qu'en 2013, elle n'a eu lieu que sur un jour de semaine.

2. Mode d'arrivée, provenance et démarches

Les deux tiers des patients arrivent aux urgences par leurs propres moyens ou dans le véhicule d'un tiers



Champ : le non réponse inclut les patients n'ayant pas pu répondre.
Sources : DREES, Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Colloque 18 novembre 2014

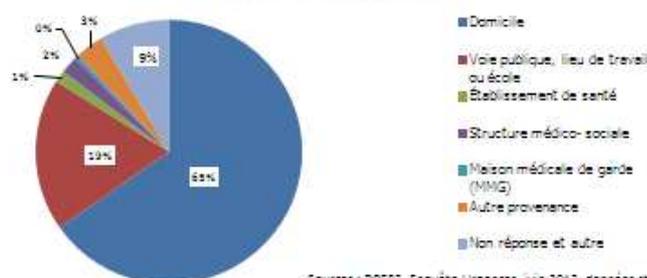
7

Modes d'arrivée aux urgences

Le graphique [diapo 7] montre que les deux tiers des patients arrivent aux urgences par leurs propres moyens ou dans le véhicule d'un tiers. 11 % sont transportés par les pompiers. 11 % sont amenés par un taxi ou une ambulance. 1 % est transporté par le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur), sachant que tous les patients qui sont transportés par le Smur et qui arrivent directement dans les services hospitaliers ne sont pas comptabilisés dans l'enquête puisqu'ils ne passent pas par les urgences.

2. Mode d'arrivée, provenance et démarches

Les deux tiers des patients arrivent aux urgences depuis leur domicile



Sources : DREES, Enquête Urgences juin 2013, données statistiques
Champ : le non réponse inclut les patients n'ayant pas pu répondre

Colloque 18 novembre 2014

8

Le graphique [diapo 8] illustre la répartition des patients selon leur provenance. Les deux tiers arrivent directement de leur domicile. 19 % arrivent de la voie publique, de l'école ou du lieu de travail selon qu'il s'agit d'enfants ou d'adultes. 2 % de patients arrivent d'une structure médico-sociale et 1 % d'un établissement de santé.

2. Mode d'arrivée, provenance et démarches

2. Mode d'arrivée, provenance
et démarches

➤ La situation ayant conduit aux urgences date :

- Du jour même pour 53 % des patients
- De la veille pour 15% des patients
- De plusieurs jours pour 29 %

➤ Un patient sur trois a entrepris au moins une démarche avant de se rendre aux urgences :

- 95 % ont fait une démarche auprès d'un seul interlocuteur
- et 5% auprès de 2 interlocuteurs.

Parmi le tiers des patients ayant fait des démarches

Les 3/4 ont effectué des démarches auprès d'un médecin. Dans la grande majorité des cas, le conseil donné est de se rendre aux urgences

	interlocuteur	Un médecin (ou un pharmacien)	SAMU	Les pompiers ou Un autre numéro d'appel	Un proche
Démarches :					
Appel téléphonique ou consultation	77	11	8	11	
Conseils donnés :					
Se rendre aux urgences	88	9	8	11	
Attendre le lendemain pour consulter	11	1	1	3	
Attendre le jour même pour consulter	7	0,4	1	0,4	
Appeler le 15	8	1	0,8	1	
Appeler les pompiers ou un autre numéro d'appel	1	0,3	0,1	1	

Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Colloque 18 novembre 2014

9

Colloque 18 novembre 2014

10

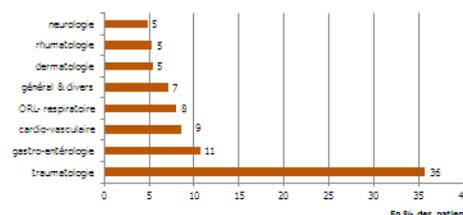
À partir de maintenant, les résultats qui sont présentés concernent les patients en état de répondre ou bien accompagnés [diapo 9]. On exclut les patients qui ont été transportés par les forces de l'ordre, et également les patients qui viennent d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale. Pour la moitié des patients, la situation ayant conduit aux urgences date du jour même. Elle date de la veille pour 15 % des patients. Elle date de plusieurs jours pour 29 %. Toujours parmi ces patients avec le champ défini précédemment, un patient sur trois a entrepris au moins une démarche relative à son état de santé au cours des 24 h précédant la venue aux urgences. On appelle démarche, un appel téléphonique ou une consultation auprès d'une personne en raison de son état de santé. Parmi les patients ayant fait une démarche, 95 % l'ont faite auprès d'un seul interlocuteur et 5 % en ont fait auprès de deux interlocuteurs ou plus.

Dans ce tableau [diapo 10], les démarches sont présentées plus en détail pour les personnes ayant fait des démarches. La première ligne du tableau indique auprès de quel interlocuteur ces démarches ont été effectuées. 77 % l'ont été auprès d'un médecin traitant, un autre médecin ou pharmacien. 11 % correspondent à un appel au service d'aide médicale urgente (Samu), 8 % correspondent à un appel aux pompiers ou à un autre numéro d'appel. Pour 11 % des cas, un proche a été appelé.

Dans la deuxième partie du tableau, on indique les conseils donnés par type d'interlocuteur. La première ligne indique « Se rendre aux urgences ». C'est ce qui est conseillé majoritairement que ce soit par un médecin, par le Samu, par les pompiers ou par un proche. Au total, la moitié des patients ayant entrepris des démarches ont reçu d'un médecin le conseil de se rendre directement aux urgences. 9 % ont reçu le même conseil du Samu et 6 % des pompiers. En revanche, le conseil de consulter un médecin le jour même ou d'attendre le lendemain pour consulter est assez minoritaire.

3 Motifs de recours et motivations des patients

la traumatologie constitue le motif de recours de plus d'un patient sur trois



Sources : DREES - Enquête urgences juin 2013, données statistiques
Champ : patients ne provenant pas d'un établissement de santé ou médico-social, ni emmenés par les forces de l'ordre
* Général & divers : recours des patients venus pour fièvre, altération de l'état général, fatigue, des sutures, des bandages...

Colloque 18 novembre 2014

11

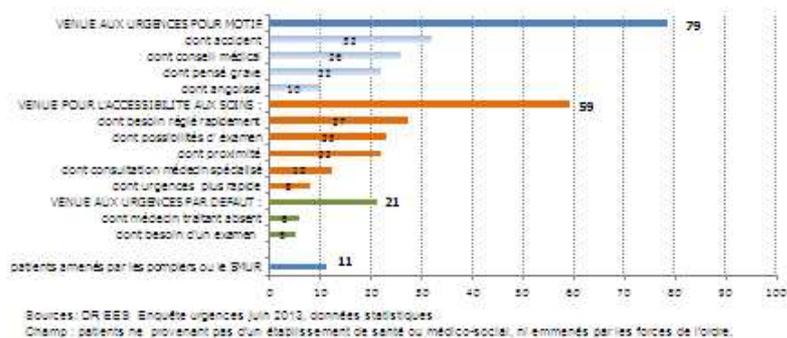
Le graphique de la diapo 11 décrit les motifs de recours pour lesquels les patients sont venus aux urgences. Le motif de recours n'est pas un diagnostic, c'est la raison pour laquelle les personnes viennent, et c'est forcément moins détaillé qu'un diagnostic posé par un médecin. Ces motifs ont été codés grâce à une nomenclature fournie par la société française

de médecine d'urgence (SFMU). Dans ce graphique sont présentés 85 % des motifs de recours. On voit que la traumatologie occupe la première place avec 36 % de motifs de recours. Vient ensuite la gastroentérologie avec 11 %. Les problèmes cardiovasculaires représentent 9 %. Les problèmes respiratoires, ORL, 8 %. Une rubrique s'appelle « Général et divers ». Elle regroupe des recours de patients qui sont venus pour de la fièvre ou un problème d'altération de l'état général, de la fatigue. Cela concerne 7 % de patients.



3 Motifs de recours et motivations des patients

Pour 80% des patients, la décision de se rendre aux urgences relève d'un motif médical : les urgences apparaissent comme le lieu de soins médicalement le plus adapté au problème de santé



Colloque 18 novembre 2014

12

Raisons de la venue aux urgences

Je rappelle les conditions dans lesquelles cette question a été posée. Elle n'était pas posée directement. On demandait aux patients pour quelle raison ils étaient venus aux urgences [diapo 12]. En fonction de la réponse donnée par le patient, elles étaient cochées selon quatre grands groupes :

- La décision de venir aux urgences est clairement décidée pour un motif médical. Ce que l'on voulait mettre dans ce groupe de motivation est le fait que les urgences apparaissent comme le lieu de soin médicalement le plus adapté. Ce grand groupe de motivation rassemble 80 % des patients. En premier lieu, l'accident concerne 32 % des patients, puis vient le fait de suivre un conseil médical (26 %), le ressenti de la gravité du problème de santé (22 %) et l'angoisse (10 %).
- Le deuxième grand groupe proposé était de décider de venir aux urgences en raison de l'accessibilité. En matière d'accessibilité, on entend la proximité géographique, la disponibilité d'un plateau technique, des horaires étendus de jour et de nuit, ou la gratuité. Ce grand groupe de motivations rassemble six patients sur dix. En premier lieu, il y a le besoin d'un règlement rapide du problème de santé pour 27 % des patients, la possibilité de faire des examens pour 23 % et la proximité géographique pour 22 % des patients. En revanche, la gratuité est très rarement indiquée, seulement dans 2 % des cas.
- Le troisième grand groupe de raisons, c'est le recours aux urgences en l'absence du mode de recours habituel. Ceci regroupe les motivations de deux patients sur dix, principalement parce que le médecin traitant est absent ou en raison de l'impossibilité de trouver un médecin en cabinet.
- Pour un passage sur dix, c'est le transport par les pompiers ou le Smur qui est invoqué.

4 Prises en charge aux urgences et sortie

Un acte à visée diagnostique pour 6 patients sur 10,
un acte de soins pour 4 sur 10

au moins un acte à visée diagnostique	63	
<i>dont acte d'imagerie</i>		46
<i>dont acte de biologie</i>		36
<i>dont autre acte diagnostique (ECG...)</i>		28
acte de soins (pansements, points de suture, aérosols, immobilisation d'un membre)	42	
avis spécialisé	21	

Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Colloque 18 novembre 2014

13

Prises en charge durant le passage aux urgences

Le tableau de la diapo 13 décrit de manière succincte les prises en charge dont ont bénéficié les patients lors de leur passage aux urgences, en plus de l'examen clinique. Pour six patients sur dix, au moins un acte à visée diagnostique a été réalisé. Il s'agit d'un acte d'imagerie conventionnelle ou non pour 46 % des patients. 36 % des patients ont bénéficié d'un acte de biologie, 26 % ont bénéficié d'un autre acte à visée diagnostique de type électrocardiogramme ou d'autres examens. 42 % des patients ont bénéficié d'un acte de soin qu'il s'agisse de pansements, de points de suture, d'aérosol ou d'immobilisation d'un membre. Enfin, 21 % ont bénéficié d'un avis spécialisé. À côté de cela, certaines prises en charge comme la prise en charge en salle des urgences vitales sont plus rares, elle concerne 5 % des patients seulement ou l'hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée qui concerne 8 % des patients.

4 Prises en charge aux urgences et sortie

À la sortie des urgences, les lésions traumatiques constituent le
diagnostic de quatre patients sur dix

Lésions traumatiques , enlacements et certaines autres conséquences de causes externes	38
Symptômes , signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs	18
Affections du système digestif , maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme , et troubles immunitaires	6
Maladies du système ostéo-articulaire , des muscles et du tissu conjonctif	6
Affections de l'appareil respiratoire	5
Troubles mentaux	4
Affection de l'appareil cardio-vasculaire	3
Maladies du système nerveux	2
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services	4
Maladies des organes généto-urinaires	3
Maladies de l'œil et de ses annexes, de l'oreille et de l'opharynx nasal	3
Maladies infectieuses et parasitaires	3
Affection de la peau et des tissus sous-cutanés	3

Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Colloque 18 novembre 2014

14

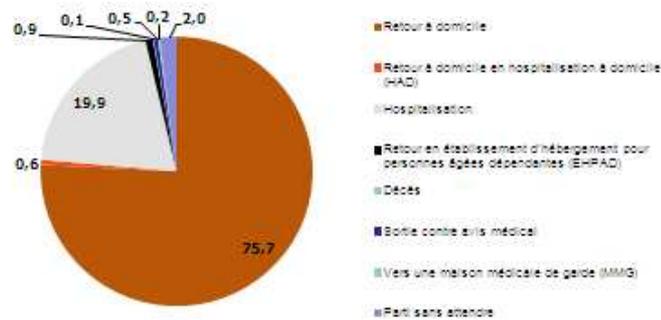
À l'issue de leur passage aux urgences, un diagnostic est posé pour tous ces patients. Il tient compte de l'examen clinique, et également des différents actes à visée diagnostique réalisés. Ce tableau [diapo 14] indique la répartition des patients selon le diagnostic. C'était un diagnostic codé selon la classification internationale des maladies. La SFMU a mis à notre disposition un thésaurus de 2 200 diagnostics pour faciliter un peu la tâche des médecins pour coder ce diagnostic. Ce tableau appelle trois commentaires généraux. Il y a une cohérence avec les motifs de recours au départ. Ensuite, deux grands groupes totalisent plus de la moitié des patients : les lésions traumatiques et un groupe plus hétérogène, le

groupe des symptômes, signes et résultats normaux d'examen clinique ou de laboratoire peu précis. Ce groupe concerne 17 % des passages. 6 % concernent la fatigue, des céphalées, des fièvres. 6 % concernent des douleurs liées à l'appareil digestif ou l'abdomen. 6 % des symptômes relatifs à l'appareil circulatoire ou respiratoire. Mis à part ces deux grands groupes, il y a une très grande variété de diagnostics posés avec des pourcentages plus faibles puisqu'on a déjà la moitié des patients répartis dans les deux grands groupes avec des affections du système digestif ou du métabolisme qui représente 6 % des patients, les maladies du système ostéo-articulaire 6 %, les affections de l'appareil respiratoire 5 %.



4 Prises en charge aux urgences et sortie

À l'issue de leur passage aux urgences
les trois quarts des patients rentrent chez eux



Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Colloque 18 novembre 2014

15

Le graphique de la diapo 15 illustre la répartition des patients selon leur mode de sortie. À l'issue de leur passage aux urgences, les trois quarts des patients rentrent chez eux et 20 % sont hospitalisés. Parmi les patients hospitalisés, 20 % ont nécessité plus d'un appel de l'équipe soignante pour trouver un lit. Toujours pour les patients hospitalisés, le délai entre la décision d'hospitalisation et l'obtention d'un lit est supérieur à 4 h pour 10 % d'entre eux.

Jean-Marc Philippe

Merci beaucoup, Madame Boisguérin, pour cette intervention. Je vous propose de regrouper toutes les questions à l'issue de cette session pour assimiler un peu les différents chiffres. Nous allons passer tout de suite à la problématique du triage par le Dr Vincent-Cassy.

Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences

Christophe VINCENT-CASSY

Praticien hospitalier au CHU du Kremlin Bicêtre et membre de la SFMU



Enquête DREES du 11 juin 2013 Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences

Carlos El KHOURY
Gilles VIUDES
Christophe VINCENT-CASSY

pour la Commission Evaluation et Qualité



1



Un peu d'histoire: le tri IAO et la professionnalisation des urgences

La notion d'infirmier organisateur de l'accueil (IAO) a été introduite par la [circulaire du 14 mai 1991](#) relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale, intervenue à la suite du rapport Steg sur l'urgence à l'hôpital.

La fonction d'IAO a été introduite dans le [décret du 22 mai 2006](#) relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.

L'[article D. 6124-18 du Code de la santé publique](#) stipule que :

Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient.

Ce texte marque la reconnaissance officielle de la fonction. Il est à noter néanmoins que la présence d'un IAO aux urgences dépend de l'activité de la structure, c'est-à-dire du nombre de passages.

2

Bonjour, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, chers collègues. La société française de médecine d'urgence (SFMU) et sa commission d'évaluation de la qualité ont voulu investiguer sur le tri et l'actualité du tri puisque cela fait partie de nos préoccupations actuelles [diapo 1]. Grâce à notre collaboration avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), nous avons pu obtenir un certain nombre de données concernant ce tri. Nous allons commencer à analyser ces données et voir les axes d'amélioration à donner à nos services d'urgences.

Historique

Un peu d'histoire sur le tri pour ceux qui ne la connaîtraient pas [diapo 2]. Le tri existe depuis la circulaire de mai 1991. Elle fait suite au rapport STEG II qui décrivait déjà l'existence d'une infirmière permettant de faire ce tri. Puis, le décret du 22 mai 2006 est paru dont nous avons parlé ce matin. C'était alors le premier texte décrivant la vraie fonction de l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO). Dans le Code de santé publique, figure une mention, en fonction de l'activité d'un service d'urgence, sur la mise en place d'un infirmier en charge du tri. Néanmoins, il n'existe dans aucun texte à l'heure actuelle, même si la reconnaissance officielle existe, la précision du nombre d'infirmiers à mettre à l'accueil en fonction de l'activité d'un service.



L'implication de la SFMU

- L'intérêt d'un(e) IDE au triage a été reconnu par la SFMU en 2001 avec la création d'un Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers (actuelle Commission Soins et Urgences)
- Référentiel IOA SFMU du 15 mars 04 définit le rôle et les outils nécessaires
- **Le triage en structure des urgences - Recommandations formalisées d'experts SFMU 2013**
- L'impact organisationnel d'un(e) IDE au triage est prouvé et conduit à la reconnaissance et à la prise en charge rapide des malades les plus graves par l'IOA
- Le rôle d'un(e) IDE est de répondre à un double impératif, médical et organisationnel :
 - l'accueil de tout patient qui consulte aux urgences et l'établissement de priorités en fonction de critères complexes et intriqués (niveau de sévérité, de complexité, douleur)
 - le triage à pour but l'orientation des patients dans la bonne filière de soins en fonction des organisations spécifiques (enfant/adulte, traumatologie/non traumatologie, veille/couché, malade stable/instable, consultation sans/avec acte).
- De nombreuses échelles de tri existent :
 - ESI (Emergency Severity Index), ATS (Austrian Triage Scale), the Canadian Emergency, Manchester Triage System (MTS), CIMU etc...
- Depuis juillet 2013, l'échelle de tri est celle proposée par la SFMU (arrêté du 24 juillet 2013)
- Une nouvelle version de cette échelle est en cours d'élaboration

3



Le triage en structure des urgences - Recommandations formalisées d'experts SFMU 2013

- 28 - Il faut que la fonction d'IOA puisse être assurée 24 heures sur 24. (accord fort)
- 29 - Les experts recommandent qu'entre 5 et 8 malades à trier par heure, un(e) IOA soit dédié(e) exclusivement à cette mission.
- 30 - Les experts recommandent qu'au-delà de 8 malades à trier par heure, l'IOA soit dédié(e) exclusivement à cette mission avec un renfort.

4

La SFMU s'est posé depuis longtemps la question de l'IAO et du tri [diapo 3]. Elle a reconnu l'intérêt et la nécessité d'un accueil et d'un tri par un infirmier à l'accueil. En effet, en 2001, elle créait le comité de coordination infirmier et infirmière (CCII), devenu depuis notre actuelle commission de soins et urgences. En 2004, un référentiel paraissait et changeait le terme d'IAO en IOA (infirmier organisateur de l'accueil). Il définit les outils sur lesquels aujourd'hui repose le fonctionnement de nos IOA. L'année dernière, une recommandation d'experts a donné beaucoup d'éléments d'éclairage. Elle sert aujourd'hui de base à un certain nombre de nos réflexions.

Je rappelle les impératifs et les nécessités qu'une infirmière à l'accueil doit résoudre. D'une part, elle doit affecter les patients dans les bonnes filières à l'intérieur de l'organisation d'un service, quel que soit leur état, et effectuer un tri. C'est-à-dire un choix de gravité pour dépister les patients les plus graves et ceux dont l'état nécessiterait moins d'examen complémentaires. Le tri est effectué sur un certain nombre d'échelles qui existent dans la littérature. Les plus anciennes sont essentiellement des échelles américaines, l'Emergency Severity Index (ESI) par exemple en est à sa quatrième version. Mais on trouve aussi des échelles construites par les Australiens, les Canadiens, les Anglais, etc. Il en existe donc beaucoup, même des Françaises. Toutes ces échelles sont basées sur cinq niveaux. À l'heure actuelle, aucune échelle dans la littérature n'a pu montrer un avantage par rapport à l'autre. Elles sont relativement comparables, mais elles sont nécessaires.

Depuis juillet 2013, la mise en place des résumés de passage aux urgences (RPU) est devenue par arrêté obligatoire pour les services informatisés. Ce texte de loi s'appuie sur le référentiel de tri recommandé par la SFMU. Depuis le 1^{er} juillet 1994, la plupart des services de France utilisent la même échelle en tout cas pour le monde adulte. La SFMU, j'en dirai un mot à la fin, travaille à l'heure actuelle sur l'élaboration d'une nouvelle échelle de tri.

En relisant les différents documents de notre société savante, le référentiel de 2013 montrait trois points particuliers sur lesquels nous n'avons pas de support légal [diapo 4]. Un vide existe. Ce rapport comportait trois recommandations :

- Il faut absolument une fonction IAO 24 h dans tous les services d'urgence.
- Les experts recommandent qu'entre 5 et 8 malades à trier par heure une IAO soit exclusive.
- Au-delà, il faut un renfort.

Le tri est prédictif de la consommation des ressources et du devenir des patients

Table 3 Predicted versus actual total resource consumption, consultations, admissions and discharge referrals by Emergency Severity Index category

	ES1-1	ES1-2	ES1-3	ES1-4	ES1-5
Patients, n (%)	2 (<1)	34 (2)	138 (7)	685 (37)	983 (54)
	Graves : 10%				
Use of resources					
Predicted by ESI	≥2	≥2	≥2	1	0
Patients needing resources, n (%)	2 (100)	33 (97; 91 to 100)	115 (90; 85 to 95)	427 (62; 59 to 66)	143 (15; 12 to 17)
Resources used, n					
>2	2 (100)	29 (85)	92 (72)	152 (22)	27 (3)
1		4 (12)	23 (18)	275 (40)	116 (12)
None		1 (3)	13 (10)	258 (38)	840 (85)
% Correct predicted	100	85	72	40	86
Specialist consultation, n (%)		29 (85; 73 to 98)	68 (53; 44 to 62)	158 (23; 20 to 26)	53 (5; 4 to 7)
Admissions, n (%)		19 (56; 38 to 73)	16 (13; 7 to 18)	23 (3; 2 to 5)	7 (<1; 0 to 1)
Discharge referral					
Specialist's clinic, n (%)		13 (38; 21 to 55)	32 (41; 32 to 49)	140 (20; 17 to 23)	83 (8; 7 to 10)
GP, n (%)		2 (6; 2 to 14)	25 (20; 13 to 26)	171 (25; 22 to 28)	222 (23; 20 to 25)

ESI, Emergency Severity Index; GP, general practitioner

Elslove-Bolk J, et al. Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. *Emerg Med J.* 2007

5

Dans la littérature, un certain nombre d'articles ont été publiés sur les tris [diapo 5]. Le tri est en effet prédictif de la consommation des ressources au sein d'un service et il est prédictif du taux d'hospitalisation, prédictif sur le fait de garder un patient ou non.

Toutes les échelles de tri montrent à peu près la même chose. En triant et en différenciant, les patients graves *a priori* qui vont consommer beaucoup de ressources internes au service, beaucoup d'examen complémentaires, de ceux, plus nombreux, qui consomment moins de ressources et qui *a priori* ne seront pas forcément hospitalisés. Dans la première étude, on remarque que les cas graves représentaient 10 %.



dernières publications sont toutes concordantes sur l'importance du tri

Summarises the distribution of the sample regarding admission, all-cause death outcome and consumption of x-ray, ECG and laboratory tests

MTS code		Triaged	Admitted (%)	Deaths (%)	Utilisation at ED (%)		
					x-Ray	ECG	Laboratory
Red	All	98	58 (59.2)	30 (30.6)	23.5	26.6	26.5
	Med	83	56 (67.5)	29 (34.9)	25.3	33.7	31.3
	Surg	15	2 (13.3)	1 (6.7)	13.3	6.7	0.0
Orange	All	3467	427 (12.3)	113 (3.3)	37.7	45.3	60.0
	Med	3076	374 (12.2)	107 (3.5)	36.6	45.7	65.4
	Surg	391	53 (13.6)	6 (1.5)	46	11.0	17.1
High acuity/priority 14.4%	All	2545	485 (19.1)	143 (4.0)	27.3	44.9	59.1
	Med	3159	430 (13.6)	136 (4.3)	36.3	49.3	64.5
	Surg	406	55 (13.5)	7 (1.7)	44.8	10.8	16.5
Yellow	All	8150	306 (4.7)	72 (0.9)	38.5	17.7	33.7
	Med	5523	234 (4.2)	60 (1.1)	32.4	23.6	27.5
	Surg	2627	152 (5.8)	12 (0.5)	51.2	5.3	8.4
Green	All	10 982	146 (1.3)	32 (0.3)	34.0	4.9	13.6
	Med	4950	74 (1.5)	23 (0.5)	28.0	9.4	27.5
	Surg	6032	72 (1.2)	1 (0.1)	39.0	1.1	2.1
Blue	All	918	3 (0.3)	3 (0.3)	13.9	2.8	7.5
	Med	389	2 (0.5)	2 (0.5)	26.2	6.2	16.7
	Surg	529	1 (0.2)	1 (0.2)	15.3	0.4	0.0
Low acuity/priority	All	29 050	535 (2.7)	107 (0.5)	35.2	10.0	21.5
	Med	10 862	310 (2.8)	85 (0.8)	30.2	16.5	36.3
	Surg	9188	225 (2.4)	22 (0.2)	41.1	2.3	3.9
White	All	1106	108 (9.8)	26 (2.4)	16.0	5.8	10.3
	Med	309	68 (22)	20 (6.5)	17.2	9.1	22.7
	Surg	797	40 (5.0)	6 (0.8)	15.6	4.5	5.5
Total	All	24 721	1128 (4.6)	276 (1.1)	34.6	14.8	26.4
	Med	14 330	808 (5.6)	241 (1.7)	31.2	23.6	42.3
	Surg	10 391	320 (3.1)	35 (0.3)	39.3	2.8	4.5

ED, emergency department; MTS, Manchester Triage System.

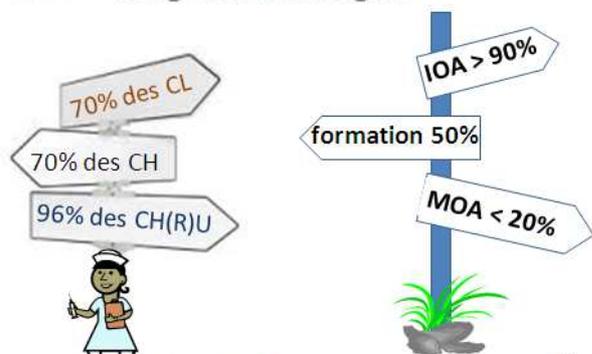
Manchester triage system version II and resource utilisation in the emergency department -André Pereira Santos et al. - Emerg Med J 2014;

6

La dernière étude, basée sur l'échelle de Manchester révisée, était en cinq niveaux [diapo 6]. Elle a montré la même chose. On voit l'utilisation des examens complémentaires en fonction de la gravité des patients. Elle est bien décroissante. Il en est de même pour le taux d'hospitalisation.



Triage ou affichage ?

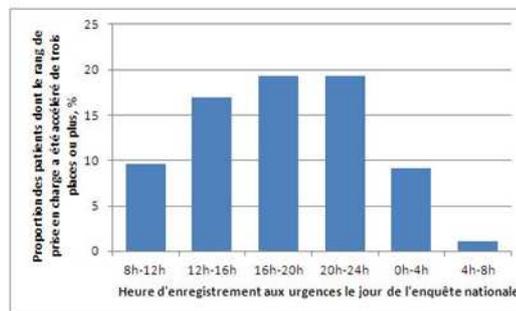


Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

10



Proportions de patients prioritisés



Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

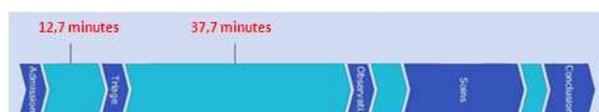
11

Quand le tri est effectué, c'est dans 90 % par une IAO [diapo 10]. Dans 50 % seulement, elle aurait reçu une formation spécifique. Y a-t-il un médecin d'accueil ? Le plus souvent, ce n'est pas un médecin tout seul qui est à l'accueil. Il est associé à une IAO. Parfois, il a d'autres fonctions.

Si on regarde maintenant l'influence du tri en fonction de l'heure [diapo 11], on se rend compte que c'est quand l'activité est la plus importante, que l'influence du tri est la plus grande, c'est-à-dire entre midi et minuit. En fin de nuit, peu de malades attendent. Ils sont pris en charge directement. Il n'y a plus d'inversion de l'arrivée des malades. Entre minuit et 4 h du matin, on note encore une influence du tri. Ceci signifie que l'activité des services d'urgences est non nulle au moins dans la première partie de nuit.



Influence du Tri IOA



Le délai entre IOA et 1^{er} contact médical est de :

- 41,2 minutes en moyenne en absence de signes de gravité
- 19 minutes dans les cas où l'ordre de prise en charge médico-soignante a été avancé d'au moins trois rangs par rapport à son ordre d'enregistrement (moins de 10 minutes dans 50% des cas)

12



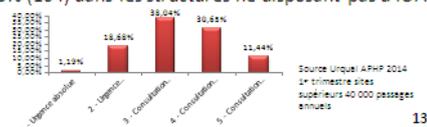
Rôle (impact) de l'IOA

Dans les points d'accueil fonctionnant avec un PAO (Point accueil et orientation)

- 19% (7546) des patients ont été priorités entre l'enregistrement et la prise en charge médico-soignante
- contre 4% (235) quand celui n'était pas mis en place

Dans les points d'accueil disposant d'une IOA,

- 17,17% (6 855) des patients ont été priorités entre l'évaluation et la prise en charge médico soignante
- contre 1,75% (104) dans les structures ne disposant pas d'IOA.



Source : Uniqval APHP 2014
1^{er} trimestre sites supérieurs 40 000 passages annuels

13

Ce matin, on a parlé de médiane sur le tri [diapo 12]. Ceci est important, mais je voulais voir le résultat sur la moyenne. Le délai entre l'accueil et le premier contact d'une IAO est d'un peu plus de 12 min en moyenne. Il est ensuite de 37 min entre le moment où l'infirmière a effectué son tri et le moment où il y a la première prise en charge médicale. Si on regarde l'influence du tri, on se rend compte que ce délai est à 41 min en l'absence de signe de gravité, mais il passe à 19 min sur les patients graves et même dans 50 % des cas, c'est moins de 10 minutes.

Une notion figure dans l'enquête sur ce qui a été appelé un point d'accueil et d'orientation, c'est-à-dire l'association d'un médecin et d'une IOA [diapo 13]. Quand ces points existent, dans 19 % des cas, les malades sont priorités contre 4 % quand il n'y a pas d'accueil IOA. Dans les points d'accueil qui n'ont qu'une IOA, dans 17 % des cas les malades sont priorités. Dans les premières diapositives qui montraient l'échelle de tri, l'ESI et l'échelle de Manchester, on voyait entre 10 et 15 % de malades dits graves dans ces échelles. J'ai mis un petit additif qui est une extraction des gros sites de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) adultes sur le premier trimestre 2014. Il montre que les malades qui sont triés entre 1 et 2 sont un peu en dessous de 20 %. Ceci correspond peu ou prou à la priorisation que l'on retrouve dans l'hypothèse émise.



Effet réel sur les patients graves

- Doublage de 3 rangs ou plus (hypothèse de départ) 17%
- Doublage de 5 rangs ou plus 9%
- Doublage de 10 rang ou plus 2%



Médiane à 5

14



Cas de mutualisation des équipes médicales

Dans les structures où le médecin des urgences est impliqué dans l'activité SMUR ou SAMU ou inversement:

- 16,85% des patients ont été priorisés entre l'évaluation et la prise en charge médico soignante par l'IOA
- contre 1% dans les structures qui ne disposaient pas d'IOA.

15

L'effet réel sur les patients graves :

On avait émis l'hypothèse que les patients seraient réévalués de trois rangs [diapo 14]. On les trouve dans 17 % des cas. En fait, il s'agit de cinq rangs dans 9 % des cas et de dix rangs dans 2 % des cas. La médiane est en fait à cinq.

On a regardé dans les structures où une mutualisation existe avec un médecin qui a une double activité, à la fois urgence et service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) [diapo 15]. Y avait-il une influence particulière ? On voit aussi que la priorisation est un peu plus faible dans les structures où il n'y a pas de médecin mutualisé. De la même façon, s'il y a un médecin mutualisé et pas d'IAO, le chiffre de priorisation descend extrêmement bas puisqu'il est inférieur à 1 %.

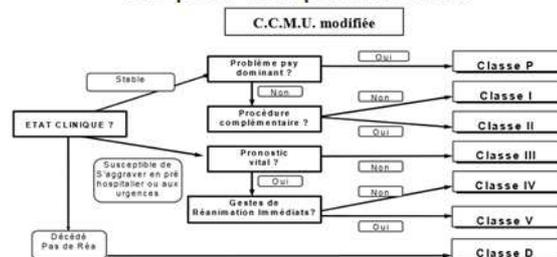


ccmu...

- 1 État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables
- 2 État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire
- 3 État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences
- 4 Situation pathologique engageant le pronostic vital
- 5 Situation pathologique engageant le pronostic vital réanimation immédiate
- D Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.
- P Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

La valeur CCMU est manquante dans 5373 questionnaires.
L'évaluation du score CCMU révèle que 21% des CCMU 5 ont été priorisés entre l'évaluation et la prise en charge médico soignante

Un peu d'explications...



16

17

Un petit additif sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) qui nous a beaucoup occupés et qui nous occupe depuis longtemps dans le cadre du RPU [diapo 16]. En effet, les données concernant la CCMU recueillies dans du RPU sont en effet particulièrement erratiques. Elles ne sont pas différentes dans l'enquête de la Drees. Je rappelle que l'échelle révisée de la CCMU actuelle comporte deux items supplémentaires. C'est cette échelle qui est actuellement utilisé dans les envois du RPU.

La valeur de CCMU était manquante dans un certain nombre de questionnaires de l'enquête Drees. Néanmoins, il y a des résultats étonnants puisque 21 % seulement des CCMU5, *a priori* les cas graves, ont été priorisés. Pour ceux qui n'avaient pas suivi l'échelle de CCMU que tout le monde connaît par cœur, nous vous présentons l'organigramme qui nous est proposé [diapo 17]. Pour expliquer l'une des raisons de la difficulté d'utilisation de cette échelle, en dehors du fait qu'elle est renseignée *a posteriori* par les médecins, c'est-à-dire au moment de la conclusion du dossier alors que l'on a déjà effectué un tri, au départ c'était une échelle de tri, beaucoup d'anomalies ont été constatées.

Je remercie toutes les équipes de la Drees avec qui nous avons pu travailler, Élodie Flocard qui a pu extraire un certain nombre de données, et à toute la commission d'évaluation de la qualité de la SFMU. Merci.

Jean-Marc Philippe

Merci beaucoup. Les questions seront regroupées à la fin. On va maintenant évoquer une population particulière qui intéresse bien évidemment les services d'urgence, c'est la population des personnes âgées. Elle est souvent mise en exergue, notamment concernant l'aval. C'est Madame Mauro qui va nous présenter ce focus particulier sur cette population.

Résultats du questionnaire « patient » – le parcours des personnes âgées aux urgences

Léa MAURO

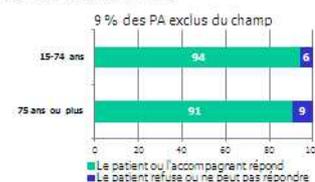
Chargée d'études au bureau des établissements de santé, Drees

Résultats du questionnaire patients – le parcours des personnes âgées aux Urgences

Léa Mauro (DREES)

Champ de l'étude sur les personnes âgées (PA)

- les patients de 75 ans ou plus (12 % des patients de l'enquête)
- parmi les PA, il y a + de femmes que d'hommes contrairement à l'ensemble des patients
- comparaison avec les 15-74 ans



Sources : DREES, enquête urgences juin 2013, données statistiques

Colloque DREES - 18/11/2014

1

Colloque DREES - 18/11/2014

2

Bonjour. Cette présentation fait suite à celle de Bénédicte Boisguérin sur la patientèle des urgences en s'intéressant plus particulièrement aux personnes âgées [diapo 1]. Mon objectif est de reprendre les résultats obtenus par Bénédicte Boisguérin à partir des questionnaires « patient » de l'enquête de 2013 sur tous les patients et de les comparer aux résultats sur le sous-groupe des + de 75 ans.

Dans l'étude qui suit, on a décidé de prendre la borne des 75 ans ou plus pour définir les personnes âgées [diapo 2] : cela correspond à la limite inférieure de la gériatrie. Le 11 juin 2013, les personnes de 75 ans et plus représentent 12 % des patients enquêtés. Cela fait environ 6 000 patients sur près de 50 000 questionnaires.

Parmi les personnes âgées, tout comme dans la population générale, les femmes sont plus nombreuses. On a environ 60 % de femmes de +75 ans dans l'enquête.

Dans cette analyse, je vais m'attacher aux comparaisons entre les +75 ans les 15-74 ans. On a préféré enlever du champ les -15 ans parce qu'on a pensé qu'ils auraient des comportements différents qui risquaient de brouiller les comparaisons.

Enfin, dans les résultats que je vais vous présenter, on a également supprimé du champ les patients qui ont refusé de répondre à l'enquête ou qui ne pouvaient pas répondre aux questions de l'enquête. On ne s'est focalisé que sur les personnes ayant répondu ou pour lesquelles l'accompagnant a répondu. Sur le graphique [diapo 2], vous pouvez voir que le contact a été plus difficile à établir pour les 75 ans et plus puisqu'on a dû enlever près de 9 % des personnes âgées dans les résultats alors que seuls 6 % ont été enlevés pour les 15-74 ans.

Plan de la présentation

1. L'arrivée aux Urgences
2. La prise en charge aux Urgences
3. L'après Urgences

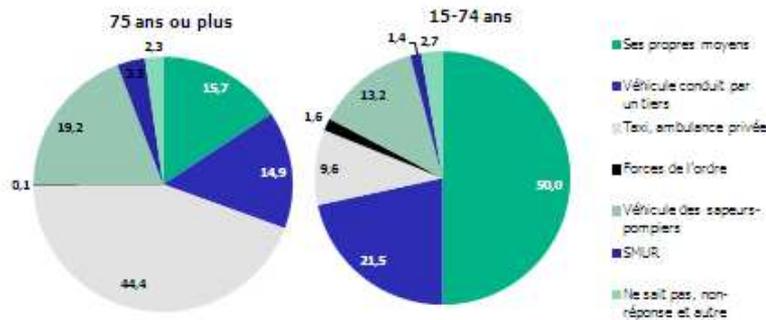
Colloque DREES - 18/11/2014

3

Le plan de la présentation va suivre les étapes d'un parcours aux urgences [diapo 3]. On a cherché à savoir quelles sont les caractéristiques pour un patient de +75 ans : d'abord de son arrivée aux urgences, puis de sa prise en charge, et enfin de son après-urgence - sortie ou hospitalisation. Je vais surtout vous présenter les différences significatives que l'on a trouvées entre les personnes âgées et le reste de la population. Je m'attarderai moins sur les similitudes que l'on retrouve dans les parcours.

1. L'arrivée aux Urgences (1)

Les PA viennent plus accompagnées : en taxi, en ambulance ou avec les pompiers ou le SMUR



Champ : patients en mesure de répondre ou pour lesquels l'accompagnant répond
Sources : DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Colloque DREES - 18/11/2014

4

1. L'arrivée aux urgences.

Dans un premier temps, on a commencé par étudier les variables de l'enquête concernant l'arrivée aux urgences et on a cherché les variables les plus discriminantes entre les +75 ans et les 15-74 ans. Parmi ces variables discriminantes, il y a d'abord les modes d'arrivée aux urgences [diapo 4].

Les modes d'arrivée

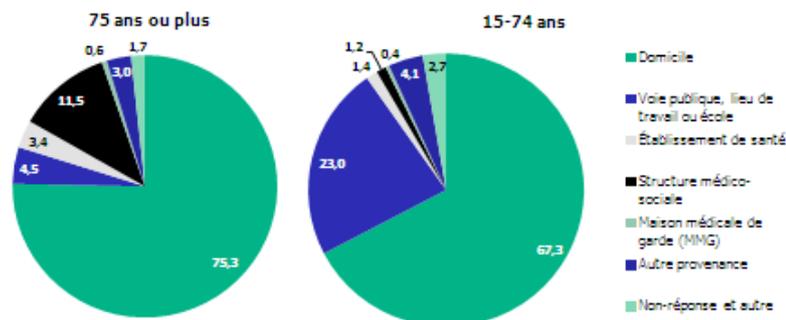
Sur les deux graphiques, sont représentées les modalités des modes d'arrivée en pourcentage : à gauche pour les +75 ans, à droite, pour les 15-74 ans. On observe que la moitié des 15-74 ans viennent par leurs propres moyens aux urgences. À l'inverse, plus de 85 % des personnes âgées sont accompagnées, notamment, et c'est significatif, on voit que 44 % des personnes âgées viennent en taxi ou en ambulance privée. Bénédicte Boisguérin vous a dit précédemment que ce n'était le cas que pour 10 % des patients des 15-74 ans. On peut noter aussi que près de 20 % des personnes âgées

arrivent aux urgences avec les pompiers contre 13 % pour les 15-74 ans. Enfin, les personnes âgées sont aussi un peu plus nombreuses à venir aux urgences avec le Smur : 3,5 % pour les +75 ans contre 1,6 % pour les 15-74 ans.



1. L'arrivée aux Urgences (2)

Les PA sont plus nombreuses à venir de structure médico-sociale ou d'un établissement de santé



Champ : patients en mesure de répondre ou pour lesquels l'accompagnant répond et non adressés par les forces de l'ordre
Sources : DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques

La provenance des patients

Si on regarde maintenant les modalités de la variable provenance du questionnaire sur la provenance des patients, on voit bien que les personnes âgées sont là-encore une catégorie spécifique [diapo 5]. En effet, le jour de l'enquête, on avait un patient sur dix de +75 ans qui provenait d'une structure médicosociale, ce qu'on ne retrouve pas chez les 15-74 ans. On voit aussi que les personnes âgées sont un peu plus nombreuses à venir d'un établissement de santé avant de venir aux urgences.

Hormis les modes d'arrivée et la provenance, les autres variables enregistrées à l'arrivée des patients sont moins discriminantes selon l'âge. Par exemple, l'enregistrement des personnes âgées est aussi rapide que pour les autres patients. On a à peu près 90 % des personnes âgées enregistrées moins d'un quart d'heure après leur arrivée aux urgences comme les autres patients. On retrouve aussi le chiffre de Bénédicte Boisguérin : pour près de la moitié des +75 ans, comme pour les 15-74 ans, la situation qui les a conduits à se rendre aux urgences a débuté le jour même.



1. L'arrivée aux Urgences (3)

Les PA font plus de démarches avant de se rendre aux Urgences

- Près de 60% des PA ont entrepris au moins une démarche avant de se rendre aux urgences
- 46 % ont demandé conseil à un médecin ou un pharmacien (consultation ou téléphone)
- Dans 40% des cas, les PA ont été orientés aux urgences

Répartition des patients ayant fait des démarches selon l'interlocuteur et le type de conseil

en %	75 ans ou plus	15-74 ans
ont entrepris des démarches relatives à leur état de santé dans les 24h avant de se rendre aux urgences	57	33
auprès d'un médecin ou un pharmacien	46	25
qui a conseillé de se rendre aux urgences	39	17

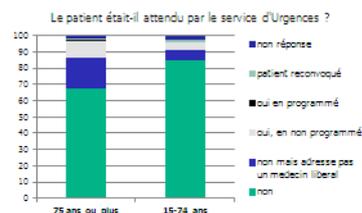
Champ : patients non adressés par un établissement de santé ou médico-social, ni conduits par les forces de l'ordre.
Sources : DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.



1. L'arrivée aux Urgences (4)

Les PA sont souvent plus attendues par les services d'Urgences

- Près de 30% des PA sont adressées par un médecin libéral ou attendues en non programmés contre 12% des 15-74 ans



Champ : patients en mesure de répondre ou pour lesquels l'accompagnant répond et non adressés par un établissement de santé ou médico-social ni par les forces de l'ordre. Sources : DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Les démarches avant l'arrivée aux urgences : côté patients...

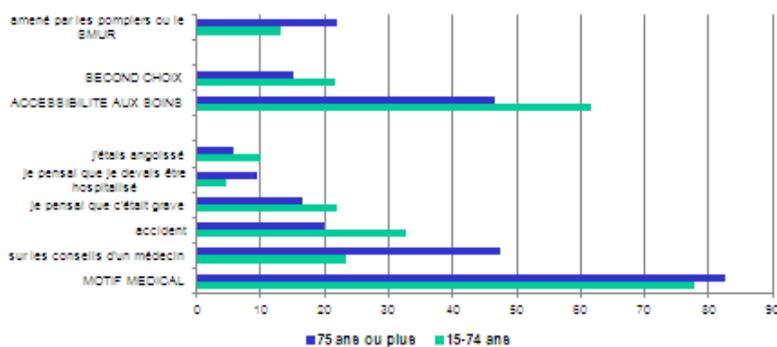
Par contre, ce qui diffère vraiment au vu des résultats de l'enquête, c'est le comportement des personnes âgées avant de venir aux urgences en matière de démarches [diapo 6]. L'enquête révèle que les personnes âgées font beaucoup plus de démarches dans les 24 h avant de se rendre aux urgences. Dans le tableau, on a la répartition des patients ayant fait des démarches selon l'interlocuteur et le type de conseil. Les résultats pour les +75 ans et plus sont dans la colonne de gauche, et à droite pour les 15-74 ans. Près de 60 % des personnes âgées ont entrepris au moins une démarche avant de se rendre aux urgences contre un tiers des personnes de 15-74 ans. On observe aussi que près de la moitié des personnes âgées disent avoir demandé conseil à un médecin ou à un pharmacien, par consultation ou par téléphone, avant de se rendre aux Urgences alors que c'est le cas d'un quart des patients de 15-74 ans. Au total, dans 40 % des cas pour les personnes âgées, le conseil a été d'être orienté vers les urgences alors que pour les 15-74 ans, ce n'est que pour 17 % des cas.

... et côté structures d'urgences.

Ceci concernait les réponses des patients. Elles concordent avec les réponses des services d'urgence [diapo 7]. Sur ce graphique, j'ai représenté les modalités de réponse à la question posée aux services d'urgence : « le patient était-il attendu ? » Le graphique de gauche concerne toujours les +75 ans, celui de droite les 15-74 ans. La majorité des personnes âgées n'est pas du tout attendue aux points d'accueil des urgences, mais c'est beaucoup moins fréquent que pour le reste de la population. Près de 30 % de personnes âgées sont adressées par un médecin libéral ou attendues en non programmé par les services, contre 12 % des 15-74 ans. L'enquête ne nous dit pas pourquoi les personnes âgées font plus de démarches, mais on peut penser que les personnes âgées ont plus souvent des maladies liées au vieillissement chronique ou encore quelles sont certainement plus inscrites dans le système de soins que les autres...

1. L'arrivée aux Urgences (5)

Le conseil médical, première raison de venue pour les PA



Champ : patients en mesure de répondre ou pour lesquels l'accompagnant répond et non adressés par un établissement de santé ou médico-social ni par les forces de l'ordre. Sources : DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques

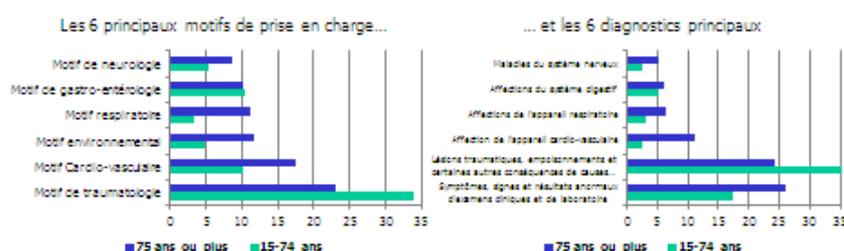
Les raisons de la venue aux urgences

Quand on regarde la distribution des raisons de la venue aux urgences [diapo 8], entre les personnes âgées de +75 ans et les autres, on voit que le conseil médical est la première raison de venue aux urgences pour les +75 ans, pour plus de la moitié des patients. C'est très discriminant par rapport aux 15-74 ans, puisque pour eux, 25 % seulement viennent sur les conseils d'un médecin. En deuxième motif de recours, les patients de +75 ans disent venir aux Urgences en raison de l'accessibilité aux soins. C'est la première raison de venue pour les 15-74 ans.

2. La prise en charge aux Urgences (1)

Les motifs et les diagnostics sont plus variés pour les PA...

- Plus de motifs cardio-vasculaire, neurologiques, respiratoire ou environnementaux
- Moins de lésions traumatiques



Champ : patients en mesure de répondre ou pour lesquels l'accompagnant répond et non adressés par un établissement de santé ou médico-social ni par les forces de l'ordre. Sources : DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Colloque DREES - 18/11/2014

9

2. La prise en charge aux urgences

Les motifs et les diagnostics principaux.

Après l'arrivée, voyons maintenant la prise en charge des personnes âgées aux urgences, en comparaison avec celle des 15-74 ans [diapo 9]. Sur cette diapo, j'ai mis deux graphiques : à gauche, les six principaux motifs de prise en charge et à droite, les six diagnostics principaux. En bleu, les résultats pour les +75 ans et en vert les résultats pour les 15-74 ans. Sur les principaux motifs de prise en charge, on retrouve en premier lieu la traumatologie quel que soit l'âge des patients. Mais, c'est 35 % des motifs pour les 15-74 ans, alors que ce n'est qu'un peu plus de 22 % pour les personnes âgées. Par ailleurs, les personnes âgées ont des motifs un peu plus variés. On retrouve plus de motifs cardiovasculaires, neurologiques, respiratoires que pour les autres catégories de population. On retrouve ces résultats si on regarde le graphique sur les diagnostics principaux où les lésions traumatiques sont le premier diagnostic pour les 15-74 ans alors qu'il n'est plus le premier diagnostic pour les personnes âgées.

2. La prise en charge aux Urgences (2)

... et la prise en charge des PA est plus lourde pour les services

nombre de patients (en %) ayant bénéficié d'au moins :	75 ans ou plus	15-74 ans
un acte de biologie	74	36
un autre acte diagnostique	67	28
un acte d'imagerie	67	45
un acte de soins	51	41
un avis spécialisé	33	21
d'un passage par la salle des urgences vitales	12	5
d'un passage en circuit court	15	26
d'un passage en UHCD	18	8
d'un passage sur un brancard	35	23

Sources : DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques

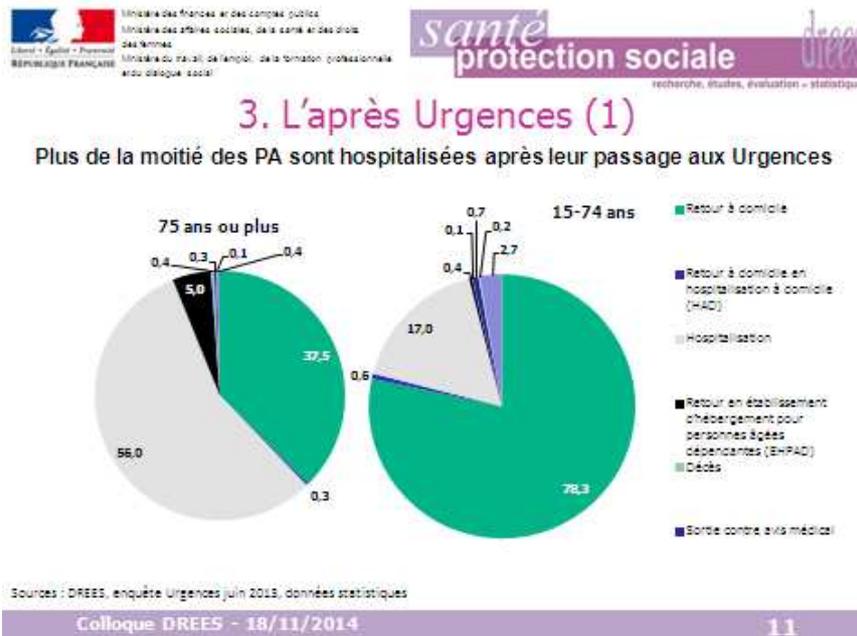
Colloque DREES - 18/11/2014

10

Les actes de soin

Concernant la prise en charge des patients, l'enquête nous permet aussi d'avoir une vision du nombre d'actes de soin, du nombre de personnes prises en charge dans des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou qui ont fait un passage sur un brancard pendant leur séjour [diapo 10]. Les résultats de ces 3 variables ont été repris dans ce tableau pour

les deux catégories d'âge. Dans la première partie du tableau, pour tout ce qui est actes de biologie, de diagnostic, d'imagerie ou de soin, dispense d'un avis spécialisé ou passage par la salle des urgences vitales, les personnes âgées sont plus nombreuses à en avoir bénéficié que les 15-74 ans. Les écarts sont assez importants. Dans la deuxième partie du tableau, 18 % des +75 ans vont en UHCD contre seulement 8 % des 15-74 ans. En bref, la prise en charge des personnes âgées est plus lourde pour les points d'accueil des urgences.

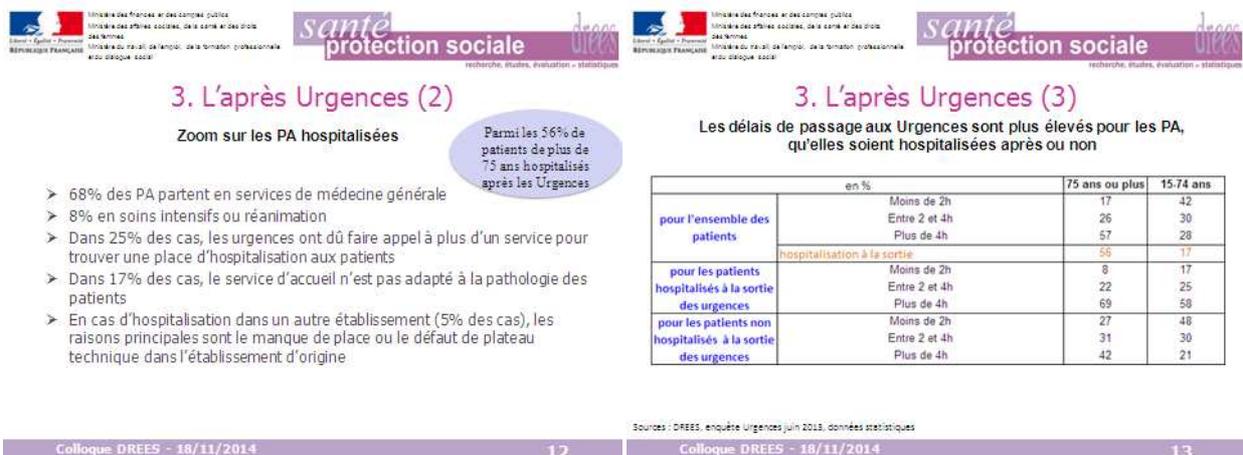


3. L'après-urgence

Les modes de sortie des urgences

Les variables les plus discriminantes de l'enquête sur le passage aux urgences des personnes âgées versus des 15-74 ans sont les variables concernant « l'après-Urgences » [diapo 11].

Pour vous le montrer, j'ai représenté ici la variable des modes de sortie des urgences. Le 11 juin 2013 ; plus des trois quarts des 15-74 ans sont rentrés chez eux après leur passage aux urgences. A l'inverse, 56 %, soit plus de la moitié des personnes âgées ont été hospitalisées après leur passage aux urgences. Ce n'est le cas que pour 17 % des 15-74 ans.



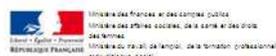
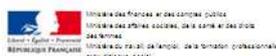
Si on fait un petit zoom sur les personnes âgées hospitalisées [diapo 12], sur ces 56 % de patients de +75 ans hospitalisés après les urgences, l'enquête nous permet de détailler un peu ce qui s'est passé ensuite. 68 % des personnes âgées

sont parties dans des services de médecine générale et 8 % en soins intensifs ou en réanimation. Dans 25 % des cas, les urgences ont dû faire appel à plus d'un service pour trouver une place d'hospitalisation à ces patients. On a tout de même 17 % des cas où le service d'accueil à la suite des urgences n'est pas adapté à la pathologie des patients âgés. Enfin, en cas d'hospitalisation dans un autre établissement, ce qui ne représente que 5 % des cas, les raisons principales en sont le manque de place ou le défaut de plateau technique de l'établissement d'origine.

Les durées de passage

Parlons des délais de passage aux urgences [diapo 13]. Dans ce tableau, pour l'ensemble des patients, j'ai regroupé les durées de passage en 3 grands groupes, <2 h, entre 2 et 4 h et >4 h pour les +75 ans versus les 15-74 ans. Dans la première partie du tableau, on voit que les délais de passage aux urgences sont plus élevés pour les personnes âgées, qu'elles soient hospitalisées ou non. Presque 60 % des +75 ans restent plus de 4 h contre 30 % des 15-74 ans.

Si on sépare les patients hospitalisés ou non hospitalisés, on se rend compte que les durées de passage sont dans tous les cas plus élevées pour les personnes âgées. Surtout, ce qui n'est pas forcément intuitif, la différence est aussi importante quand les patients ne sont pas hospitalisés à la sortie des urgences. Donc, ce n'est pas forcément que le fait de trouver une place dans un service pour hospitaliser les personnes âgées qui rallongerait les temps de passage des personnes âgées. En fait, pour les patients non hospitalisés à la sortie des urgences, on a aussi près de 42 % des 75 ans et plus qui restent plus de 4 h contre 20 % des 15-74 ans.



3. L'après Urgences (4)

Quand elles ne sont pas hospitalisées, les PA sont plus nombreuses à avoir séjourné en UHCD ou sur un brancard

	en %	75 ans ou plus	15-74 ans
pour les patients non hospitalisés à la sortie des urgences	patients ayant séjourné en UHCD	12	5
	parmi eux, séjour en UHCD de 8 heures et plus	76	65
	patients ayant séjourné sur un brancard à compter de la première évaluation	52	39

Les pistes d'études envisagées sur les PA

Continuer d'exploiter le questionnaire patients :

- pour mettre en place une typologie des patients de 75 ans ou plus

Exploiter le questionnaire structures :

- pour étudier les déterminants des temps de passage
- pour analyser les disparités géographiques de la prise en charge des PA

Sources : DREES, enquête Urgences Juin 2015, données statistiques

Colloque DREES - 18/11/2014

14

Colloque DREES - 18/11/2014

15

On a examiné d'un peu plus près les patients non hospitalisés à la sortie des urgences [diapo 14]. Quand elles ne sont pas hospitalisées, les personnes âgées sont plus nombreuses aussi à avoir séjourné en UHCD ou sur un brancard que les 15-74 ans. Parmi les patients qui ont séjourné en UHCD, 76 % des 75 ans ou plus restent plus de 8 h alors que pour les 15-74 ans ce n'est que 65 %. Il y a 52 % des personnes âgées qui ont séjourné sur un brancard durant leur passage aux urgences alors que c'est le cas pour 40 % des 15-74 ans.

Pour conclure, je vous ai présenté les premiers résultats obtenus sur les personnes âgées à partir du questionnaire « patient » [diapo 15]. On envisage de continuer cette étude de plusieurs manières. D'abord, on aimerait mettre en place une typologie des patients de 75 ans ou plus. Ensuite, on aimerait aussi exploiter le questionnaire « structure » afin d'aller plus loin sur l'étude des déterminants des temps de passage aux urgences pour les personnes âgées. Enfin, on voudrait aussi analyser les disparités géographiques de la prise en charge des personnes âgées.

Je vous remercie de votre attention.

Jean-Marc Philippe

Merci beaucoup, Madame Mauro, pour cette présentation. Nous allons enchaîner tout de suite avec un autre focus un peu différent puisqu'elle concerne une pathologie particulière, l'accident vasculaire cérébral (AVC). Il s'agit d'une pathologie que l'on pourrait qualifier de traceuse. Elle va être intéressante à analyser sur son parcours dans les structures d'urgence. Dr El Khoury.

Prise en charge de l'AVC aux urgences : un jour, un parcours

Carlos EL KHOURY

Chef de service des urgences du CH de Vienne et président de la commission évaluation et qualité de la SFMU



Prise en charge de l'AVC aux urgences : un jour, un parcours.

Une analyse de l'Enquête Nationale du 11 juin 2013 sur les urgences hospitalières

Carlos EL KHOURY,
Christophe VINCENT-CASSY,
Gilles VIUDES,
pour la Commission Evaluation et Qualité
de la SFMU



Mardi 18 novembre 2014
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes,
Salle Pierre Laroque - Paris

1



L'AVC en France*

- ✓ Incidence > 130 000 nouveau cas par an
- ✓ Prévalence : 400 000 personnes
dont 225 000 personnes en ALD
- ✓ Première cause de handicap acquis de l'adulte
- ✓ Deuxième cause de démence
- ✓ Troisième cause de mortalité = 60 000 décès par an
- ✓ Un patient sur quatre est en âge d'activité professionnelle
- ✓ Le taux de récurrence est important (30 à 40 % à 5 ans)

* Plan National AVC

2

Monsieur le Président. Mesdames et Messieurs, bonjour à tous. Je suis Carlos El Khoury, urgentiste à l'hôpital de Vienne et président de la commission évaluation de la société française de médecine d'urgence (SFMU). Avec mes amis de la commission, nous avons eu beaucoup de plaisir à travailler auprès de l'équipe de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Il nous faudra trois ou quatre colloques pour vous présenter l'ensemble des résultats. Pour cette présentation nous avons choisi l'accident vasculaire cérébral (AVC) compte tenu de l'enjeu en matière de santé publique [diapo 1].

En France, l'incidence de l'AVC est de 130 000 cas par an [diapo 2]. 400 000 personnes sont atteintes d'AVC dont plus la moitié sont en affection de longue durée (ALD), ce qui fait de l'AVC la première cause de handicap acquis de l'adulte. C'est la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité. Un patient sur quatre est en âge d'activité professionnelle. Le taux de récurrence est très important.



L'AVC à l'hôpital

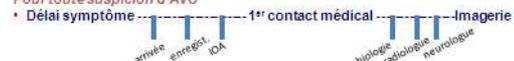
- ✓ 140 000 séjours dont > 90% en établissements publics
- ✓ 50% des AVC arrivent aux urgences
dans des délais compatibles avec une thrombolyse
- ✓ < 10% sont thrombolysés
- ✓ 1 minute perdue = 2 millions de neurones détruits
- ✓ Le coût de la prise en charge hospitalière
est estimé à 6 milliards d'euros par an

3



L'AVC aux urgences

Pour toute suspicion d'AVC



- Expertise neuro vasculaire
- Evaluation neurologique
- Réalisation IRM tout AVC
- Interprétation imagerie

Pour tout AVC confirmé

- Orientation en UNV

AVC éligible à la TL & infarctus confirmé

- délai expertise neuro vasculaire
- Taux de thrombolyse

Pour tout service

- Organisation de la prise en charge

10 des indicateurs de pratiques cliniques
proposés par la HAS
Concernent le parcours de l'AVC aux
urgences



www-has-sante.fr

4

Qu'en est-il à l'hôpital ? 140 000 séjours sont comptabilisés, dont plus de 90 % en établissement public [diapo 3]. 50 % des AVC arrivent aux urgences dans des délais compatibles avec une thrombolyse. Malheureusement, moins de 10 % sont thrombolysés. Chaque minute perdue équivaut à 2 millions de neurones détruits. Le coût de la prise en charge à l'hôpital de l'AVC est estimé à 6 Md€ par an.

Aux urgences, la prise en charge de l'AVC devrait être structurée autour d'un circuit approprié [diapo 4]. Telles sont les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). La HAS nous recommande aussi de suivre certains indicateurs de pratique clinique. Ils sont au nombre de 41 pour l'AVC, dont une dizaine doit être suivie dans nos structures d'urgence. C'est là que j'ai axé la présentation, en dehors du recours à l'unité neuro vasculaire (UNV) et de la thrombolyse qui n'ont pas fait l'objet de questions spécifiques dans l'enquête.



Incidence

48 711 consultants ce 11/06/2013
dont 372 AVC = 0.8%

Une variabilité diagnostique :

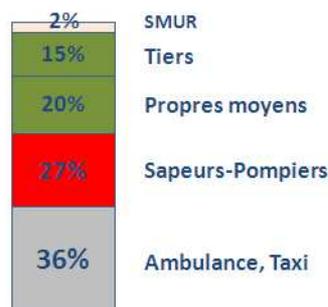
I60.8	I60.9	I61.2	I61.3	I61.5	I61.6	
I61.9	I62.0	I62.1	I62.9	I63.0	I63.1	I63.3
I63.9	I64	I65.0	I65.2	I67.4	I69.3	

Sources : DREES : Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

5



Mode d'admission



Sources : DREES : Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

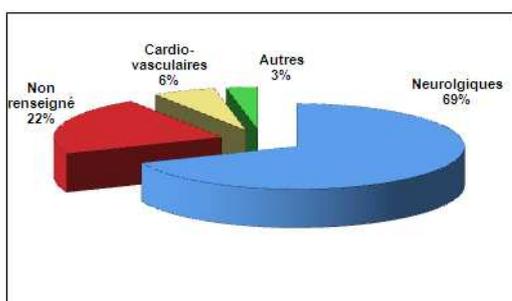
6

372 AVC ont été pris en charge par nos structures d'urgence ce 11 juin 2013 [diapo 5]. Ce nombre semble réaliste. Si on le rapproche du total sur 365 jours on retrouve les 135 000 AVC décrits tous les ans en France. C'est une grande variabilité de présentation clinique qui explique cette hétérogénéité diagnostique.

Comment sont-ils arrivés aux urgences ? 20% sont arrivés par leurs propres moyens et 2 % seulement pris en charge par les Smur [diapo 6]. Ceci s'explique par l'absence d'enjeu à déplacer un service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) auprès d'un AVC à domicile en dehors des AVC graves. Un peu moins d'un tiers a été transporté par les sapeurs-pompiers, 36% par une ambulance ou un taxi.



Motifs de recours

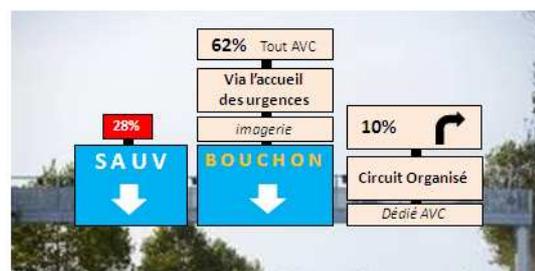


Sources : DREES : Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

7



Circuit de prise en charge



Sources : DREES : Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

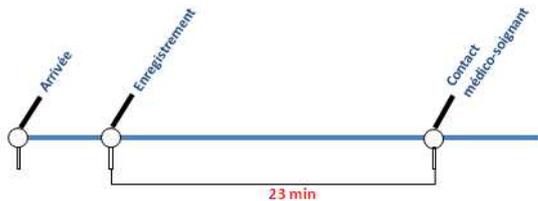
8

Pourquoi se sont-ils présentés aux urgences ? 69% avaient déjà des signes neurologiques à l'entrée, ce qui est supposé faciliter leur repérage [diapo 7]. Il reste tout de même un petit tiers où l'hétérogénéité des motifs de recours, épilepsie, vertiges, etc., a peut-être fait qu'ils n'ont pas été tout de suite dans le bon circuit.

Qu'en est-il des circuits intra-hospitaliers ? Seulement 10 % ont été pris en charge dans un cadre organisé, un circuit neuro vasculaire dédié à l'AVC [diapo 8]. 28% ont été conditionnés en salle d'accueil des urgences vitales. Une grande majorité a emprunté comme tout le monde le circuit commun des urgences.



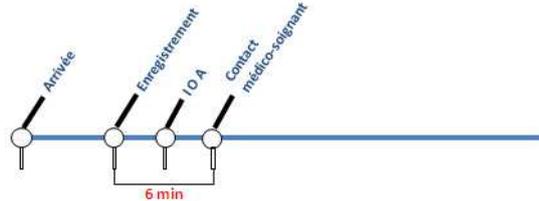
Délais d'admission



9



Délais d'admission

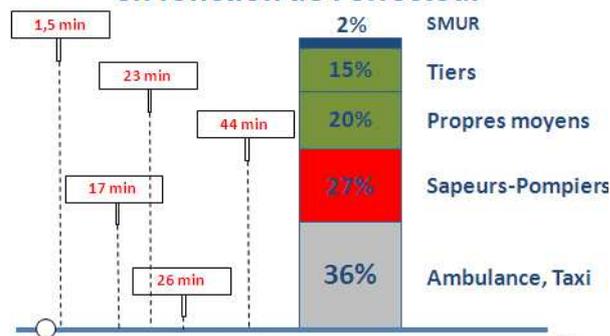


10

Qu'en est-il des délais d'admission ? Le délai médian entre l'enregistrement de l'AVC aux urgences et le contact médico-soignant est de 23 min [diapo 9]. Il suffit de l'intervention d'une IOA pour le raccourcir à 6 min [diapo 10].



Délais d'admission en fonction de l'effecteur

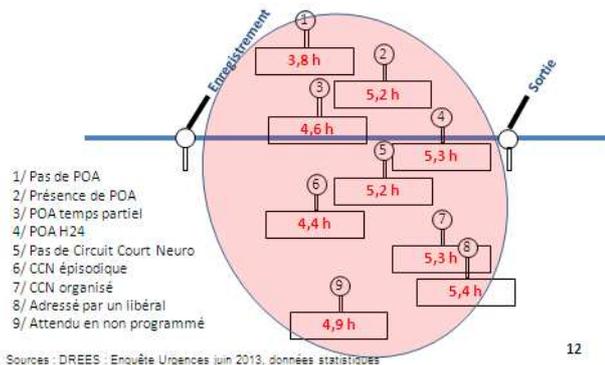


Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

11



Délais de passage aux urgences



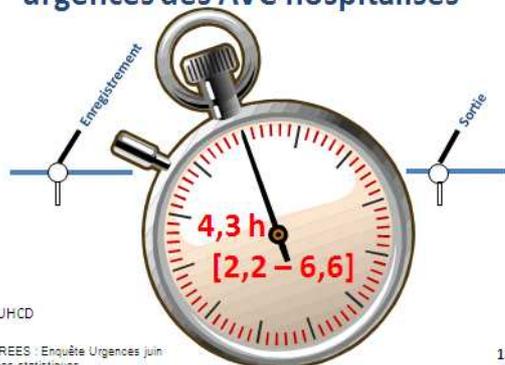
Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

12

Nous avons calculé ce même délai en fonction de l'effecteur [diapo 11]. Quand il s'agit d'un Smur, les patients sont très vite pris en charge (1,5 min), à savoir que dans une grande majorité de nos structures d'urgence, médecins Smur et d'accueil sont généralement les mêmes. Quand le patient vient par ses propres moyens, le délai admission contact médico-soignant est porté à 44 min.

Quels que soient les moyens mis en place à l'enregistrement, à l'évaluation et jusqu'au contact médical, que vous ayez un poste organisateur de l'accueil ou non, que vous l'ayez la nuit ou seulement la journée, que vous mettiez en place un court-circuit neuro vasculaire, que le malade soit attendu ou pas, les patients victime d'AVC restent 4 h aux urgences jusqu'à leur transfert [diapo 2]. Cela voudrait dire qu'à partir du moment où on se met à chercher un lit, ça dysfonctionne, et tous les efforts réalisés en amont sont gommés par la décision d'hospitalisation.

sfmu Délai médian de passage aux urgences des AVC hospitalisés*



*hors UHCD

Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

13

sfmu Délai médian de recherche de lit pour les AVC hospitalisés

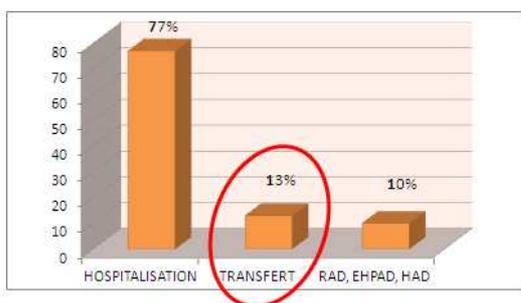


Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

14

Le délai médian de passage aux urgences des AVC hospitalisés est de 4h20. 25 % d'entre eux attendent plus de six heures [diapo 13]. Le délai médian de recherche d'un lit est de 61 min [diapo 14]. Les AVC restés en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ne sont pas inclus dans cette analyse.

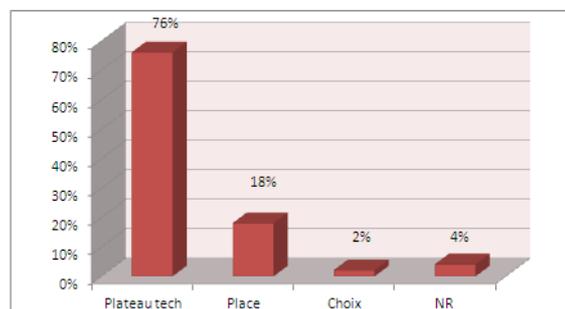
sfmu Orientation



Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

15

sfmu Motifs de transfert

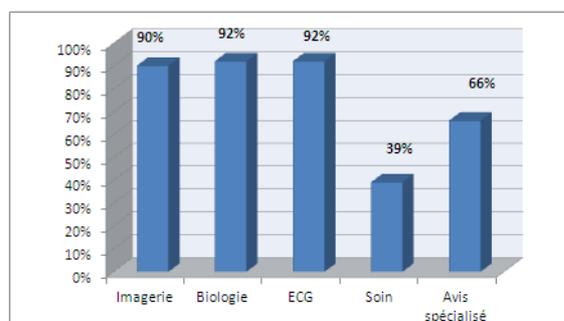


Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

16

77 % des AVC sont hospitalisés, 13 % sont transférés vers un autre établissement [diapo 15]. Les transferts ont motivés soit par le manque de plateau technique, soit dans 18% des cas par manque de lit sur l'hôpital [diapo 16].

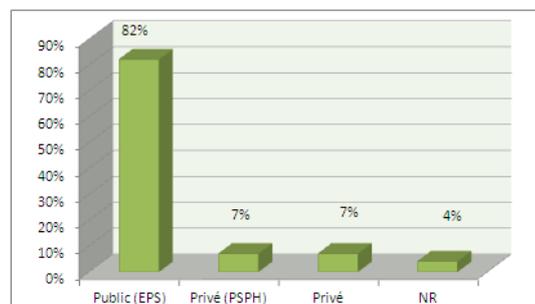
sfmu Recours au plateau technique



Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

17

sfmu Répartition public - privé



Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

18

Qu'en est-il du plateau technique ? La grande majorité des AVC a bénéficié de tous les examens qu'il fallait [diapo 17]. 82% sont hospitalisés dans un hôpital public [diapo 18].

sfmu Disponibilité des ressources :
exemple de l'IRM

	IRM sur site	Priorité aux U	Disponible H24
CH(R)U	▲▲▲▲▲	▲▲▲▲▲	▲▲▲▲▲
CL	▲▲▲▲▲	▲▲▲▲▲	▲▲▲▲▲
CH	▲▲▲▲▲	▲▲▲▲▲	▲▲▲▲▲

Sources : DREES - Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

19



Take home message



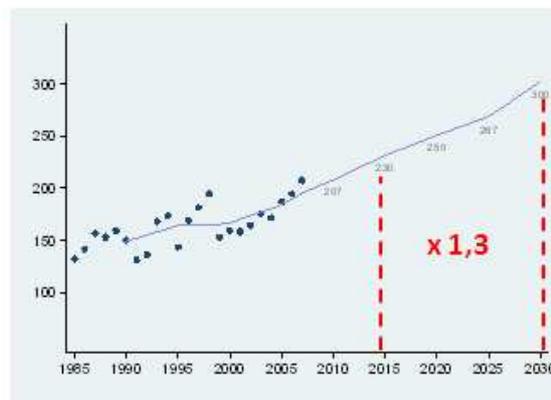
20

Quant à la disponibilité des ressources, 3 % des centres hospitaliers universitaires (CHU) n'ont pas d'imagerie à résonance magnétique (IRM) sur site [diapo 19]. Tous n'ont pas d'IRM disponible H24 non plus. Le défaut d'IRM est criant dans les centres hospitaliers généraux. Certains parmi ceux disposant d'une UNV sur place, n'ont pas d'IRM disponible H24.

En pratique, la qualité de la prise en charge de l'AVC relève d'une notion tridimensionnelle [diapo 20] : l'accessibilité, l'efficacité et la sécurité des soins. Trois facteurs ont démontré leur efficacité dans la littérature : l'appel au 15, la thrombolyse de l'AVC et l'hospitalisation en UNV. Or en France, moins de 50 % des AVC passent par le centre 15, moins de 10 % sont thrombolysés et moins de 10 % sont hospitalisés directement en UNV. Quant à l'accessibilité, IRM, scanner et lit d'aval ne sont pas toujours accessibles. La sécurité elle ne peut être assurée que par un tri en amont, une expertise radiologique et une expertise neuro vasculaire.



Perspectives



Prédiction du nombre de cas AVC incident à Dijon, tenant compte des perspectives de population fournies par l'INSEE et une incidence basée sur les 20 années du registre.

21

En conclusion, il faut continuer à porter l'effort sur l'AVC [diapo 21]. Si aujourd'hui on en a 130 000 par an, en 2030 on estime le nombre d'AVC attendu à 175 000.

Jean-Marc Philippe

Merci beaucoup pour cette présentation. Nous avons eu quatre présentations tout à fait intéressantes, diverses, à la fois focalisées sur un panel général, sur des pathologies traceuses, sur une population particulière, sur l'importance du tri. J'imagine que cela va susciter un certain nombre de questions.

Échanges avec la salle

De la salle

Je voulais vous remercier pour cette enquête, notamment pour l'étude sur les scores de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) parce qu'il y a une implication politique des CCMU. Que ce soient les autorités de santé, notamment la direction générale de l'offre de soins (DGOS) quand elle parle de l'activité des centres hospitaliers ou des services d'accueil des urgences ou que ce soient nos collègues qui tiennent des services d'accueil médical initial (Sami), des maisons médicales de garde : tout le monde se focalise sur les CCMU. Et, tout le monde sait très bien que les CCMU1 n'ont rien à faire aux urgences. C'est ce que tout le monde dit. Grâce à votre étude, on s'aperçoit que l'on ne sait pas ce qu'est un CCMU1. Visiblement, ce n'est pas très différent d'un CCMU5. On le savait. C'est de plus *a posteriori* qu'on détermine le CCMU. Quand le patient vient aux urgences, le caractère de gravité n'est pas connu. Il faut le déterminer. J'aimerais savoir si ce très important résultat va être diffusé et pris en compte dans les nouvelles discussions. On parlait ce matin du traitement des résultats et de la façon de les analyser. Il s'agit ici d'un résultat qui en soi est déjà une analyse. Comment cela va-t-il se transformer directement dans les faits ? Je suis content de voir que l'organisation de cette session est à l'initiative du ministère. Je n'attends pas une réponse de Christophe Vincent-Cassy, je la connais, il en a fait la démonstration, mais plutôt une réponse des autorités de santé vis-à-vis de ce très important résultat.

Jean-Marc Philippe

Je ne suis pas un spécialiste de l'accident vasculaire cérébral (AVC), ni de l'organisation de ces filières ou de la préconisation de l'utilisation d'une échelle de classification. La CCMU a démontré ses faiblesses, notamment dans ce domaine. La proposition devrait venir d'une société savante. Tout le travail que fait une commission comme la commission qualité et évaluation de la société française de médecine d'urgence (SFMU) peut être extrêmement important pour démontrer l'intérêt de passer à autre chose pour permettre aux autorités de santé d'utiliser un bon outil de mesure s'il en faut un. J'aurais tendance à proposer d'aller plus loin, notamment à la SFMU dans ce domaine.

Carlos El Khoury

Je tiens à rappeler que nous avons eu la liberté de choisir des thématiques. Nous ne voulions pas dire que la CCMU ne valait rien si on n'avait pas d'alternative. Aujourd'hui, la commission évaluation qualité est en train de bâtir une nouvelle version de l'échelle de tri qui sera soumise au conseil d'administration de la SFMU en janvier 2015. En effet, à partir de là, cela pourra être porté au plus haut niveau.

François Braun

Une remarque et une question concernant aussi la remarque des agences régionales de santé (ARS) de ce matin. Que faire de ces chiffres ? J'ai deux remarques, la première sur les personnes âgées. Comment justifier la qualité de prise en charge médiocre de toute évidence des personnes âgées aujourd'hui ? Les ARS cherchaient des choses à faire. Je crois qu'il y a ici une vraie question à prendre en compte quand on voit les délais imposés aux personnes âgées par rapport aux personnes entre 15 et 75 ans. La deuxième remarque concerne l'AVC. On a un plan AVC. On a énormément de moyens là aussi par les ARS qui sont mis dans la prise en charge de l'AVC pour qu'*in fine* la majorité des AVC passe aux urgences et aussi ils attendent un lit pendant une heure. Si on cherchait des points d'action, je crois que vous nous avez montré par ces deux pathologies traceuses déjà deux importants axes de travail dans l'organisation des urgences. Si on prend d'autres pathologies traceuses, je ne doute pas que l'on trouve largement de quoi faire.

De la salle

Dans l'évaluation, avez-vous remarqué des temps négatifs entre l'admission et l'évaluation infirmière ? C'est l'organisation que nous avons choisie avec un premier contact infirmier avant l'admission administrative. Avez-vous constaté d'autres temps négatifs ? Comment ont-ils été traités ?

Albert Vuagnat

Quelques temps sont négatifs, mais ils sont très peu nombreux. Les valeurs sont très faibles, de l'ordre de quelques minutes. Parfois, des temps négatifs plus importants, ils correspondent à des erreurs. Au global, c'est plutôt de l'ordre de zéro.

De la salle

Sur les personnes âgées, ce qui m'a interpellée c'est que vous ne comptez pas les hospitalisations en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comme telles. Lorsqu'on voit le nombre de personnes âgées qui passent en UHCD par manque de lit d'aval, cela pose question. Dans votre diapositive, vous avez mis « patients non hospitalisés dont UHCD ». Je pense que cela peut être un biais d'interprétation et en tout état de cause du taux d'hospitalisation des personnes âgées.

Bénédicte Boisguérin

Je ne comprends pas votre question parce qu'en fait on a le temps passé aux urgences.

De la salle

Pour le calcul du pourcentage d'hospitalisation des personnes âgées (56 %, voir diapos 12 et suivantes), présenté par Madame Mauro, vous comptez les patients en UHCD dans les patients non hospitalisés ?

Bénédicte Boisguérin

Dans le questionnaire, on a considéré que la prise en charge aux urgences durait jusqu'à la fin de l'hospitalisation en UHCD. Donc, dans les patients hospitalisés, une partie est passée en UHCD avant d'être hospitalisée en dehors des urgences, et dans les patients non hospitalisés, à la sortie, une partie des patients passe aussi en UHCD.

De la salle

J'ai une question pour Christophe Vincent-Cassy et Carlos El Khoury qui rejoint l'interrogation de Jeannot Schmidt ce matin sur le délai optimum. En ce qui concerne le tri, ne croyez-vous pas que l'important concerne la reconnaissance des signes de gravité de l'urgence, et le reste a finalement peu d'importance, savoir si on les gère en 2 h ou en 4 h, ce n'est pas très important ? Il faudrait plutôt centrer le tri sur l'organisation fonctionnelle. C'est-à-dire grave, court, long. Ceci veut dire qu'il faut reconstruire des échelles.

Christophe Vincent-Cassy

Dans la présentation, il y avait bien deux actions pour une infirmière d'accueil. Elle doit mettre les patients dans les bonnes filières et évaluer la gravité. Dans les grands sites, il y a deux façons de voir le tri. Sur un site où le médecin est seul, il va prendre les gens dans l'ordre de gravité, d'abord, les très graves, les moins graves et ainsi de suite. Les cas sans réelle gravité attendent pendant des heures que le médecin soit disponible. Dans les structures de plus grande taille, les services sont organisés en filières. On va mettre en parallèle des filières de circuit court dont il faut encore définir les objectifs avec des patients allongés dans l'attente d'examens, tous ne vont pas être hospitalisés, et un circuit grave où la quasi-totalité des patients sera hospitalisée. Dans ce cas, le tri se rapproche à la fois d'une filière et d'un tri ternaire. On essaye de mettre en place une évaluation, une échelle qui fonctionne dans tous les services, avec un algorithme de tri moyen. Chaque service peut ensuite mettre en place l'organisation qu'il souhaite, et dans les grands services, essayer de mettre autant de filières que de tris.

De la salle

Je ne connais pas forcément bien le cadre formel de l'enquête, mais il me semble qu'un événement n'apparaît pas dans l'enquête, c'est le décès, à l'entrée ou en sortie d'urgence.

Bénédicte Boisguérin

Oui, il y a eu des décès ce jour-là, mais très peu.

De la salle

Je parlais du nombre de décès en UHCD.

Bénédicte Boisguérin

Le croisement n'a pas été fait.

De la salle

On ne peut pas déclarer un décès aux urgences. L'enregistrement d'une personne décédée se fait obligatoirement en UHCD, c'est la règle administrative.

De la salle

Ce n'est pas vraiment une question, c'est plutôt une remarque. Je crois qu'il faut vraiment se pencher sur la question du tri qui dans les établissements privés est souvent une source de contentieux, de réclamations et de plaintes qui vont parfois très loin. On se rend compte qu'il y a un vide d'une part de référentiel, et surtout de référentiel exploitable, y compris au sein de la profession pour une bonne et simple raison qui est un peu ennuyeuse, c'est que la médecine d'urgence n'a pas de reconnaissance légale. Ce n'est pas une spécialité. Être urgentiste, malheureusement, aux yeux du Conseil de l'ordre, aux yeux des tribunaux, aux yeux de l'assurance maladie, c'est simplement une fonction. On a beaucoup de mal à trouver des experts en médecine d'urgence. À ma connaissance, il n'y en a pas auprès des tribunaux, en tout cas à Paris, il n'y en a pas. Quand les plaintes vont loin, elles vont parfois loin par ignorance de ce qu'est le tri, par ignorance de la nécessité du tri beaucoup plus que parce que réellement il y a eu une erreur commise ou une faute d'appréciation commise. J'ai un cas très précis en tête où un tri parfaitement réalisé s'est retourné contre le médecin puisqu'on lui a dit qu'il avait expédié le patient alors que ce n'était pas le cas, l'orientation avait été parfaitement adaptée, mais elle n'a pas été comprise par la famille.

Jean-Marc Philippe

Quelqu'un souhaite-t-il répondre ? Monsieur le Past-Président.

Jeannot Schmidt

Il y a plusieurs éléments de réponse. La médecine d'urgence n'est pas une spécialité d'exercice, mais une discipline hospitalière. Le diplôme d'urgentiste n'est pas un diplôme qui donne droit à une spécialité qualifiante. Ce sont donc deux choses totalement différentes. L'urgentiste inscrit au Conseil de l'ordre l'est dans sa discipline d'origine. Ce ne peut pas être la médecine d'urgence qui n'est pas une spécialité qualifiante. L'avènement du diplôme d'étude spécialisé de médecine d'urgence va changer cela.

Pour les experts en matière juridique, nous ne pouvons que nous regarder dans la glace et nous dire que nous n'avons pas pris le train en marche. Nous ne sommes pas bons puisque nous ne créons pas d'émulation à la formation d'experts au sein de notre corpus de médecins urgentistes. La nature ayant horreur du vide, d'autres spécialistes (non urgentistes) ont pris la place. Il faut donc que les plus anciens prennent ces places d'expert en médecine d'urgence et gèrent les dossiers de contentieux. Ces experts urgentistes connaissent le parcours de soin des patients aux urgences, ce que souvent les autres experts connaissent moins bien.

Je voudrais juste faire une remarque par rapport à la question sur les personnes âgées et l'UHCD. Au début, on a fait un choix de comptabiliser les délais de prise en charge par l'urgentiste en intégrant le temps de l'UHCD, et plus particulièrement, pour les personnes âgées. On sait très bien qu'il s'agit d'une hospitalisation d'attente vers un autre service. En matière de durée de séjour à l'hôpital, chaque fois que l'on met une personne âgée à l'UHCD, c'est un jour ou deux jours de plus en termes de durée de séjour à l'hôpital pour le patient. C'est donc intéressant de comptabiliser ces patients dans les séjours à l'UHCD pour bien montrer que la personne âgée est « particulière » et que la même place ne lui est pas réservée par rapport aux plus jeunes qui attendent moins en UHCD. J'en profite pour poser une question à tout le monde puisqu'elle m'a été posée il y a une demi-heure par une journaliste du Figaro : faut-il des urgences gériatriques ?

Jean-Marc Philippe

C'est une vaste question que tu poses ! Qui souhaite répondre ?

De la salle

Dans le cadre du tri et de la personne âgée, on a participé à une étude de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). On s'est rendu compte que les personnes de plus de 75 ans restaient une heure de plus que les autres dans les urgences. De façon volontariste, nous avons réévalué d'un point l'échelle de tri. De cette façon, on a gagné une demi-heure en prenant l'âge comme facteur de risque. En réévaluant ces patients, on peut gagner un peu de temps. Sur les échelles de tri, un autre élément doit être pris en compte, si une des filières est complètement saturée, l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) peut réorienter vers l'autre filière si elle a moins d'activité. Il faut aussi être mobile dans ces orientations.

Jean-Marc Philippe

Avez-vous d'autres questions ?

Albert Vuagnat

Pour Carlos El Khoury et Christophe Vincent-Cassy, j'ai une question sur le triage. Pouvez-vous donner deux ou trois éléments sur l'algorithme de tri ? Sur quoi allez-vous vous fonder, sur quel type d'information source ? Comment cela va-t-il fonctionner ? On a l'impression que la CCMU est plutôt un avis un peu *ex cathedra*.

Christophe Vincent-Cassy

Une nouveauté, dans l'algorithme, on utilise les comorbidités comme éléments du tri qui va réévaluer les patients. En dehors des personnes âgées, on traite tous les patients qui ont des comorbidités manifestement sur un niveau équivalent d'un patient avec les mêmes paramètres vitaux et la même gravité. Celui qui a des comorbidités va être hospitalisé et pas l'autre.

De la salle

Quand un gériatre est présent aux urgences ce qui n'est pas une situation très fréquente (3 %), le temps d'attente est-il amélioré ?

Léa Mauro

On n'a pas encore étudié la question. On prévoit une étude plus poussée sur les délais de prise en charge des personnes âgées, notamment avec l'analyse de ce type de variables du questionnaire « structure ». Cela dit, il n'y a bien que 3 % des structures qui ont un gériatre.

Jean-Marc Philippe

S'il y a un gériatre, il n'est sans doute pas là de façon permanente. Cela paraît intéressant d'analyser ces éléments. Un point m'a aussi interpellé, le recours initial à un professionnel de santé conduit tout de même aux urgences la personne âgée dans la grande majorité des cas. Il faut voir de quels types de patients il s'agit. Ce serait intéressant de creuser parce que ces données nous interpellent également.

De la salle

Bonjour, je suis interne de médecine d'urgence. Un chiffre m'a un peu choquée pour les personnes âgées, les 17 % d'hospitalisation non adaptée à la pathologie du patient. J'imagine que ces 17 % ont une conséquence en matière morbi-mortalité et de coûts de soin pour les personnes âgées. Avez-vous prévu de faire un appariement aux données du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) pour analyser les durées moyennes de séjour pour ces personnes et également les répercussions économiques ?

Bénédicte Boisguérin

Sur l'appariement, on n'a aucun moyen d'apparier les données de l'enquête avec les données du PMSI à moins de concevoir un modèle à partir des variables de l'enquête pour les retrouver dans le PMSI. Il faudrait demander l'autorisation à la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Actuellement, matériellement, c'est impossible si on ne fait pas un montage, âge, sexe, heure d'arrivée, etc. Il n'y a pas de numéro sur les questionnaires des patients qui permettent d'apparier avec les données du PMSI.

Léa Mauro

On pourrait déjà étudier de façon plus approfondie ces 17 % avec les variables présentes dans l'enquête pour essayer d'en savoir un peu plus sur ces patients.

Jean-Marc Philippe

Merci. Carlos El Khoury voulait ajouter quelque chose à la question de Jeannot Schmidt.

Carlos El Khoury

En réponse à la question de Jeannot Schmidt, faut-il des urgences gériatriques ? Je pense qu'il ne faut pas oublier qu'un certain nombre de ces patients de plus de 75 ans ont un réel motif de recours aux urgences. Si on arrive à affiner le tri, et c'est l'objet de la nouvelle échelle SFMU dont je fais la publicité, on va peut-être pouvoir repérer les patients âgés qui sont là pour des difficultés de maintien à domicile. C'est essentiellement de ce dont on parle quand on parle de personnes âgées ou ceux qui proviennent d'établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (Ehpad) parce que l'Ehpad n'a pas accès au médecin traitant ou au médecin coordonnateur.

Jeannot Schmidt

Le pourcentage de personnes âgées aux urgences est relativement conséquent. Le chiffre dans l'enquête est de 12 %. Quand on enlève les passages en service de pédiatrie, on monte à 16 ou 17 % des admissions adultes. Pour ces personnes âgées, leur aval est gériatrique pur pour quelques-uns, c'est ce que j'appelle les « primo-accédants à la gériatrie » parce qu'ils sont déments, grabataires, en perte d'autonomie. Mais bien d'autres patients sont simplement âgés ; les uns sont admis pour une angioplastie pour une coronaropathie, pour d'autres, il s'agit d'un AVC, d'une pneumopathie ou d'une autre pathologie d'organe. Si demain, on voulait créer des urgences gériatriques, il faudrait créer des « gériatres urgentistes ». Ces gériatres hospitaliseraient sur la base des fameux 12 %, peut-être 1 %, donc 1/12^{ème} en gériatrie et 11/12^{ème} ailleurs en service de « médecine d'organe », ou organiserait en retour à domicile. Pour moi, c'est clairement un non-sens, car c'est ce que nous faisons au quotidien sans être gériatre. Bien sûr la place du gériatre est plus qu'à discuter, mais autrement que dans la constitution de services spécifiques qui seraient alors le miroir des services de pédiatrie pour l'autre âge extrême; ma réflexion portait là-dessus.

Jean-Marc Philippe

Une dernière question avant de passer à la session suivante.

De la salle

Je voulais savoir s'il y avait une diapositive qui montrait le pourcentage de patients qui faisaient appel à un avis extérieur avant de se rendre aux urgences. On citait les médecins, les pharmaciens et les pompiers. Y a-t-il aussi des patients qui appellent directement le service des urgences en posant des questions sur la fréquentation du service ? Comme réflexe naturel, appeler le service des urgences a-t-il été tracé ou non ?

Jean-Marc Philippe

De mémoire, il y a eu des enquêtes sur ce type de recours, mais pas dans cette enquête, notamment sur l'appel à un service de pédiatrie. Merci infiniment pour votre participation et la qualité des présentations. On va passer à la session suivante. C'est la direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui va animer cette dernière session.

Session 4 : La place des urgences hospitalières dans l'offre de soins de premier recours

Ouverture du président de session

Samuel PRATMARTY

Sous-directeur de la régulation de l'offre de soins, DGOS

Bonjour à tous, merci pour votre présence. Je suis Samuel Prاتمarty, le sous-directeur de la régulation de l'offre de soins au sein de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Je profite de cet instant pour remercier la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) d'avoir bien voulu me confier la responsabilité d'animer la quatrième et dernière session de cette très intéressante journée. La DGOS que je représente a été largement associée par la Drees, que je remercie encore une fois, à la préparation de l'enquête, notamment durant la phase de construction des différents questionnaires. L'enjeu pour la DGOS était de faire en sorte que cette enquête soit au maximum tournée vers l'action, et qu'au-delà du débouché naturel que constituent des travaux universitaires, notamment sous la forme de publication, les résultats de l'enquête en question puissent servir idéalement à définir les politiques publiques en matière d'offre de soins non programmés, notamment d'offre de soins urgents tant au niveau national qu'au niveau régional de notre pays. L'accès aux soins urgents constitue un enjeu majeur pour les patients et pour nous, en témoigne notamment de l'objectif fixé par le Président de la République d'accéder aux soins urgents pour l'ensemble de la population en moins de 30 min. C'est un des objectifs qui nous ont été assignés. Nous le mettons en œuvre progressivement avec le concours de l'ensemble des acteurs.

Les sessions précédentes ont permis d'appréhender les structures d'urgence et leur activité, les patients et leurs caractéristiques. L'objet de cette dernière session est d'essayer de comprendre les déterminants de la venue aux urgences et l'articulation entre les services d'urgence et les autres acteurs de la prise en charge de soins non programmés dans le cadre plus global de l'offre de soins de premier recours. Parallèlement aux questionnaires « structure » et « patient », présentés lors des sessions 2 et 3, d'autres sources d'information particulièrement riches existent. Pour cette dernière session, nous allons nous demander si toutes les sources de données dont nous disposons désormais vont permettre de répondre à la question de la place et du positionnement des urgences dans l'offre plus globale de soins de premier recours. Cette question est importante dans la mesure où il s'agit d'un débat récurrent. Ce débat est sensible et éminemment complexe. Il est indispensable de dépasser tous les *a priori* et les idées reçues pour fonder l'analyse sur les données les plus objectives, les plus fiables possible. L'enquête Drees et les données contenues dans les résumés de passage aux urgences (RPU) ont vocation à éclairer ce débat général et à nous aider à mieux cerner les caractéristiques du recours aux urgences. Cette meilleure compréhension de l'existant nous aidera elle-même à adapter l'offre de soins à moyen et long terme pour les mettre en adéquation avec les besoins exprimés par les patients.

L'articulation entre la ville et les urgences constitue un axe très important, conforme à l'esprit général de la stratégie nationale de santé annoncée par le Premier ministre il y a un an et demi. Pour illustrer cette problématique, je vais laisser la parole aux différents intervenants qui vont tenter de répondre à cette question. La première intervention sera assurée par Monsieur Renaud Legal de la Drees. La deuxième intervention sera assurée conjointement par Monsieur Viudès, président de la fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) et Monsieur Clavaud, représentant l'Agence régionale de santé (ARS) PACA. La troisième intervention sera assurée par Madame Gwennaëlle Brilhault de la Drees en guise de conclusion. Elle tracera un certain nombre de perspectives. Je laisse la parole à Monsieur Legal pour la première présentation.

La place des urgences hospitalières dans les recours en urgence

Renaud LEGAL

En collaboration avec Alexis LOUVEL

Chef du bureau des dépenses de santé et des relations avec l'assurance maladie, Drees



La place des urgences hospitalières dans les recours en urgence :

Résultats de l'Enquête Santé et Protection Sociale 2010

Etude d'Alexis Louvel (Drees)

Présentation : Renaud Legal (Drees)

1. L'enquête SPS et le recours en urgence

2. La place des urgences hospitalières au sein des recours en urgence (ville+hôpital)

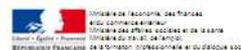
3. L'influence des caractéristiques individuelles et des circonstances sur le type de recours

1

2

Bonjour à toutes et à tous. Je suis Renaud Legal. Je dirige le bureau des dépenses de santé et des relations avec l'assurance maladie à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Je vais vous présenter une exploitation de l'enquête de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) que le bureau a réalisée à l'occasion du colloque d'aujourd'hui pour éclairer la place des urgences hospitalières dans le recours en urgence [diapo 1].

Ma présentation comportera trois parties [diapo 2]. D'abord quelques mots sur l'enquête santé et protection sociale (SPS) de l'Irdes qui est la source que nous avons mobilisée pour cette exploitation. Je détaillerai en particulier les questions du questionnaire relatives aux recours en urgence (partie 1). Ensuite, j'évoquerai deux séries d'éclairages offerts par ces questions : la place des urgences hospitalières au sein des recours en urgence (partie 2) et l'influence des caractéristiques individuelles et des circonstances sur le type de recours (partie 3). Je précise dès à présent que les différents types de recours envisagés dans cette présentation sont : les urgences hospitalières, les recours à une association de type SOS médecins et les recours à un médecin de garde.



L'enquête SPS

- Menée tous les 2 ans, depuis 1988, par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)
- 8 000 ménages interrogés environ (correspondant à 22 000 personnes)
 - Tirés dans l'échantillon (au 1/97e) des bénéficiaires de l'Assurance Maladie (EGB)
 - Les non assurés (sans domicile, sans papiers) et les personnes en institutions ne sont pas interrogées
- Des données sur l'état de la santé, la couverture maladie, l'accès aux soins

Le volet « urgences » de l'édition 2010

- En 2010, un volet « Recours en urgence » dans le questionnaire auto-administré
- En 2012 seules les personnes hospitalisées sont interrogées sur leur éventuel passage aux urgences hospitalières
- ➔ Les données de 2010 sont les plus récentes permettant de situer les urgences hospitalières dans les recours en urgence.

3

4

1. L'enquête SPS et le recours en urgences

Quelques mots d'abord sur l'enquête SPS [diapo 3]. Cette enquête est réalisée depuis 1988 par l'Irdes. Dans un premier temps, l'enquête a été réalisée tous les ans. Depuis un bon nombre d'années, elle est réalisée tous les deux ans, les années paires. L'enquête interroge à peu près 8 000 ménages. Cela dépend des questions et des questionnaires, mais certaines questions sont posées à l'ensemble des individus du ménage. Ceci permet d'avoir des réponses sur 22 000 personnes environ. Les ménages sont tirés à partir des données de l'assurance maladie, plus précisément les données de l'EGB (Échantillon Généraliste des Bénéficiaires). Du fait du mode de construction du protocole d'enquête, cela va avoir quelques conséquences sur le champ de l'enquête. Les personnes sans assurance ne seront pas sélectionnées. Il en est de même pour les sans-domicile et les sans-papiers. Par ailleurs, les personnes résidentes en institution ne sont pas non plus interrogées ce qui peut avoir quelques incidences sur les résultats.

L'objectif de cette enquête est d'interroger avant tout sur l'état de santé de la population, sur la couverture maladie, notamment la couverture par une assurance complémentaire sur l'accès aux soins. En 2010, l'enquête comportait également un volet sur le recours en urgence dans le questionnaire auto-administré [diapo 4]. Je passe sur les détails, mais certaines questions sont laissées en auto-questionnaire. C'était le cas des questions sur le recours en urgence. L'édition 2012 comportait également des questions sur les urgences, mais elles ne concernaient que les personnes hospitalisées au cours de l'année. On demandait à ces personnes si cette hospitalisation avait été précédée d'un passage par les urgences hospitalières. Étant donnée la question qui nous intéresse, à savoir de situer la place des urgences hospitalières parmi les différents dispositifs d'urgence, nous avons donc mobilisé les données relatives à l'enquête de 2010.

3 types de recours envisagés

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours, pour vous-même, pour une urgence à : *(Plusieurs réponses possibles)*

- 1 Un service d'urgence hospitalier (public ou privé)
- 2 Un médecin généraliste de garde
- 3 Un médecin type « SOS médecins »

La dernière fois que vous avez eu recours en urgence, à qui avez-vous eu recours ? *(Une seule réponse)*

- 1 Un service d'urgence hospitalier (public ou privé)
- 2 Un médecin généraliste de garde
- 3 Un médecin type « SOS médecins »

5

Remarques importantes :

- En sus des limites en termes de champ populationnel déjà évoquées...
- S'agissant de réponses déclaratives à des questions d'enquête, plusieurs biais peuvent exister : biais de mémoire, mauvaise compréhension de la question...
- Le recours en urgence à son médecin traitant ne fait pas partie des items proposés : dans les résultats suivants, ils sont donc hors champ.
- Pourtant il s'agit d'un type de recours d'urgence de ville important
- D'après l'enquête réalisée par la Drees en 2004 sur les recours urgents ou non programmés à des médecins généralistes libéraux, ces derniers représentent 12% de leur activité totale.
- Il convient d'avoir cela à l'esprit, notamment lorsqu'on estime ensuite la place des urgences hospitalières dans les recours en urgence.

6

Pour entrer un peu dans le détail des questions mobilisées, cette analyse s'appuie principalement sur deux questions [diapo 5-6]. La première permet de cerner un peu le taux de recours aux différents types de service au cours des douze derniers mois. « Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu recours pour vous-même pour une urgence à un service d'urgence hospitalier public ou privé, à un médecin généraliste de garde, à un médecin du type SOS médecins ? ».

J'attire votre attention sur le fait que la question porte bien sur les recours *en* urgence. Certains recours en urgence pourraient se faire directement auprès du médecin traitant : un appel téléphonique et on passe devant des rendez-vous programmés. Cette option n'était pas proposée. Ceci aura donc une incidence sur les résultats présentés. Une deuxième question portait sur le dernier recours en urgence. Les propositions étaient les mêmes avec une seule réponse possible. On retrouvait les trois mêmes items.

Des questions sur les circonstances du dernier recours

Ce recours en urgence a-t-il eu lieu ?

- : Du lundi au vendredi (hors jours fériés)
 : Un week-end ou un jour férié

A-t-il eu lieu après 20h le soir et avant 8 heures le matin

- : Oui
 : Non
 : Je ne me rappelle pas

Quel était le motif de ce recours en urgence ?

- : Un accident ou un traumatisme
 : Une autre raison

7

L'apport de l'enquête SPS par rapport à l'enquête Urgences

- Situer les urgences hospitalières dans l'offre de soins de recours en urgence
- Examiner l'influence des caractéristiques individuelles et des circonstances sur le type de recours

8

Les questions suivantes traitaient des circonstances du dernier recours pour cerner le moment où il a eu lieu [diapo 7] : « Était-ce en semaine du lundi au vendredi, un week-end, y compris un jour férié ? » « Ce recours a-t-il eu lieu en journée, ou la nuit ? », la nuit étant caractérisée par une plage horaire assez large (20 h-8 h). Des questions sur les motifs de ce recours en urgence avec des items beaucoup plus frustes que ceux posés dans l'enquête d'urgence. Seulement, deux réponses étaient possibles : « accident ou traumatisme », ou « autre raison ». Quand les personnes indiquaient une autre raison, on recueillait la réponse en clair, mais le temps imparti ne nous a pas permis d'entrer dans le détail.

L'apport de l'enquête SPS avec l'exploitation de ces questions par rapport à ce que peut nous enseigner l'enquête urgence va être de situer les urgences hospitalières dans l'offre de recours en urgence en mettant à profit les questions sur les circonstances, les caractéristiques sociodémographiques, d'examiner l'influence des caractéristiques individuelles et des circonstances sur le type de recours [diapo 8].

La place prépondérante des urgences hospitalières

- Au cours d'une année un individu a une probabilité de 15 % de recourir en urgence
 - 13 % aux urgences hospitalières
 - 3.5 % aux dispositifs d'urgence de ville (médecin de garde, association de type « sos médecin »)
- 8 recours en urgence sur 10 concernent les urgences hospitalières

10

Quand les recours en urgence ont-ils lieu ?

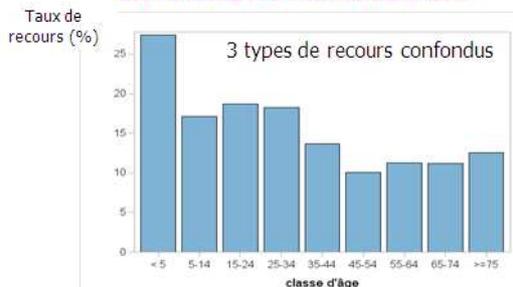
- Parmi les individus ayant recouru en urgence pendant l'année écoulée, le dernier recours a eu lieu :
 - de jour (hors 20h-8h) pour 63 % des individus
 - un jour de semaine pour 66 % des cas

11

2. La place des urgences hospitalières au sein des recours en urgence (ville+hôpital).

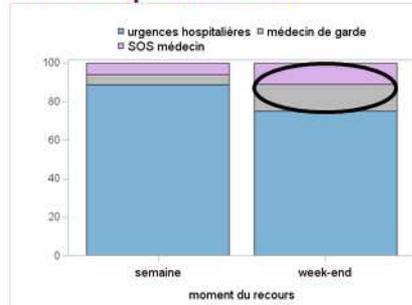
Premiers résultats sur les urgences hospitalières au sein des recours en urgence (différents mécanismes de ville ou hôpital) [diapo 10] : d'après l'enquête avec les limites de champ évoquées, avec le fait que nous sommes sur du déclaratif soumis éventuellement à des biais de mémoire, à de la confusion, au cours d'une année, a une probabilité de 15 % de recours en urgence. Dans le détail : 13 % aux urgences hospitalières, 3,5 % aux dispositifs d'urgence de ville (médecins de garde et associations type SOS médecins). Comme les deux ne sont pas exclusifs, on devrait se situer au-delà de 15 %. Le résultat à retenir est la place prépondérante des urgences hospitalières. D'après l'enquête, huit recours sur dix en urgence concernent les urgences hospitalières. Quand les recours en urgence ont-ils lieu [diapo 11] ? À partir des questions sur les circonstances, pour 63 % du dernier recours aux urgences, celui-ci s'était fait de jour entre 8 h et 20 h, et dans 66 % des cas, un jour de la semaine, hors jour férié.

Un recours en urgence nettement plus élevé chez les moins de 5 ans



12

On a plus recours aux dispositifs d'urgence de ville le week-end qu'en semaine



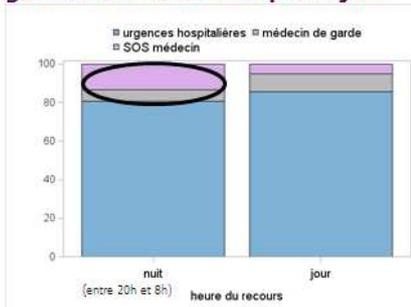
14

Autre résultat confirmé par l'enquête [diapo 12], le taux de recours est plus élevé chez les -5 ans : 27 % environ de taux de recours, quel que soit le type de service d'urgence contre 17 % environ chez les 5-35 ans, et 12 % environ chez les 35 ans et plus. Notons que les effectifs ne permettent pas de faire un focus sur les -5 ans pour mettre en évidence un taux de recours encore plus élevé chez les -1 an.

3. L'influence des caractéristiques individuelles et des circonstances sur le type de recours.

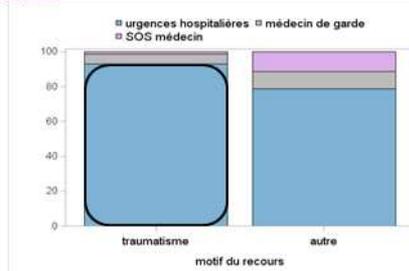
Dernière série de résultats sur l'influence des caractéristiques individuelles et des circonstances sur le type de recours [diapo 14]. Premier enseignement de l'enquête : on a plus recours aux dispositifs d'urgence de ville, association type SOS médecins ou médecin de garde le week-end qu'en semaine. En effet, le week-end, 24 % des recours en urgence se font auprès des dispositifs d'urgence de ville. En semaine, au contraire, les dispositifs d'urgence de ville représentent 12 % des recours en urgence, et 88 % se faisant auprès des urgences hospitalières.

On a plus recours aux dispositifs d'urgence de ville la nuit que le jour



15

En cas d'accident ou de traumatisme, on a plus tendance à aller aux urgences hospitalières



16

De la même manière, on a plus recours aux dispositifs d'urgence de ville la nuit que le jour [diapo 15]. La nuit, 20 % des recours en urgence se font auprès des dispositifs d'urgence de ville contre 15 % le jour. L'enquête confirme aussi un résultat assez attendu [diapo 16] : en cas d'accident traumatique, on a plus tendance à aller aux urgences hospitalières. En cas d'accident, neuf fois sur dix, le patient va aux urgences hospitalières. Dans les autres cas de figure, ni pour un accident, ni pour un traumatisme, il y va huit fois sur dix en moyenne.



Dernier résultat de cette exploitation [diapo 17], le statut particulier de la tranche la plus aisée de la population, les 20 % les plus riches sont plus enclins à recourir aux dispositifs d'urgence de ville. Pour eux, trois recours en urgence sur dix concernent les médecins de garde ou des associations type SOS médecins. Pour les autres quintiles de niveau de vie, c'est deux recours sur dix seulement qui concernent ce type d'urgence de ville.

Je vous remercie.

Samuel Prtmarty

Merci, Monsieur Legal. Je vous propose si vous en êtes d'accord d'enchaîner les différentes présentations et de poser les questions en fin de séance sur l'ensemble des présentations qui sont complémentaires.

Les données disponibles permettent-elles de mesurer la place des urgences dans l'offre de soins de premiers recours ?

Dr Henri CLAUD

Dr Gilles VIUDÈS

Conseiller médical, ARS PACA

Directeur de l'Oru PACA et président de la Fedoru

Plan

1. Problématique
2. Données disponibles
3. Proposition d'analyse appliquée à la région PACA
4. Perspectives

Les données disponibles permettent-elles de mesurer la place des urgences dans l'offre de soins de premiers recours ?

Dr Henri CLAUD (ARS PACA) & Dr Gilles VIUDÈS (FEDORU)

Colloque « Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières »
18 Novembre 2014 à PARIS

Gilles Viudès

Bonjour, merci pour cette occasion donnée à la fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) de venir présenter un travail que vous avez commandé pour l'organisation de ce colloque sur la problématique du premier recours [diapo 1]. Ce travail a été réalisé avec Henri Clavaud qui est responsable du service étude de l'agence régionale de santé (ARS) PACA, et en grande partie aussi avec Guilhem Noël, médecin en charge à l'observatoire régionale des urgences (Oru) PACA des problématiques de traitement de données qui est dans la salle et qui pourra m'aider à répondre aux questions.

En introduction, je dirai que ce titre nous a donné beaucoup de fil à retordre [diapo 2]. Les choses n'ont pas été de grande simplicité. Vous allez pouvoir en juger. Nous nous sommes proposé tout d'abord de vous présenter la problématique telle que nous l'avons analysée dans ce questionnement, et ensuite envisager les données disponibles à explorer, enfin, faire une proposition d'analyse appliquée aux données de la région PACA que nous sommes censés maîtriser un peu mieux, associées aux données mises à notre disposition par l'équipe de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) que nous remercions. Enfin, nous finirons par les perspectives, il reste du travail à faire pour répondre selon nous à cet objectif.

... "offre de soins de premiers recours ?"

Code de la santé publique (Article L 1411-11)

Article L1411-11
Modifié par L.OI n°2009-873 du 21 juillet 2009 - art. 36

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Diagnostic et traitement
Régulation
Médecins libéraux
Ets de santé :
dont SU/SMUR

3

1. Problématique.

L'offre de soin de premier recours, le Code de la santé publique en donne une définition. Ce qui m'intéressera, c'est la partie gauche de la diapositive [diapo 3]. Il faut faire un diagnostic et proposer du traitement. Il faut orienter les patients. Orienter pour un bon urgentiste, cela me fait penser à la régulation. Cela concerne tous les professionnels de santé, notamment les médecins libéraux et les établissements de santé. Comme je suis un urgentiste, encore, je vous parle des services d'urgence, des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) et peut-être des centres 15.

... "définir la place des urgences" ... ?

Les « URGENCES » « Les services d'urgences »

① Les SAMU/C15
② Les SMUR
③ Les services d'urgences (SU)

Modèle simplifié du parcours du patient en premier recours

1 ^{er} intervenant sollicité	1 ^{er} prise en charge	2 ^e prise en charge
Médecin libéral	Conseil médical	
	Consultation	
		Service d'urgence
	Service d'urgence	
SAMU / Centre 15	Conseil médical	
	Médecin libéral	Consultation
		Service d'urgence
	Service d'urgence	
Service d'urgence		

3 acteurs / 3 actions
■ Pour simplifier le raisonnement nous écartons :
- Les autres professionnels de santé
- Les admissions directes en services de soins

Recours direct aux urgences

4 5

Pour définir la place des urgences, nous avons pris comme principe que nous limitons notre vision des urgences sur les établissements de santé, le service d'aide médicale urgente (Samu), les centres 15, le Smur, les services d'urgence, étant considéré que les services de type organisés autour de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) comme SOS médecins ou des services de garde organisés relevaient de la pratique de médecine libérale [diapo 4].

Quels sont les acteurs ? Le tableau [diapo 5] essaie de simplifier au maximum le parcours du patient en premier recours. Le premier acteur et le premier intervenant sollicité en première colonne et la prise en charge qu'il peut proposer, et la deuxième prise en charge quand elle est nécessaire parce que les professionnels se passent parfois « la patate chaude ». Le médecin libéral peut faire du conseil médical. On l'oublie souvent. C'est sans doute une charge particulièrement importante. Il peut consulter et voir le patient. Après sa consultation, il peut l'adresser aux services d'urgence. Il peut aussi l'adresser d'emblée aux services d'urgence. C'est un élément que l'on rencontre souvent dans un adressage direct après un contact téléphonique.

Le Samu/Centre 15 va lui aussi délivrer des conseils médicaux. Il va pouvoir adresser le patient à un médecin libéral pour une consultation et après ce passage auprès d'un médecin libéral, adresser le patient aux services d'urgence ou

l'adresser directement aux services d'urgence. C'est une recommandation fréquemment donnée par les centres 15. Nous le verrons dans nos données quand, notamment le mode de transport est en place.

Le service d'urgence avec quelque chose sur lequel je voudrais insister, c'est la notion de recours direct aux urgences qui est un élément particulièrement important. Dans le premier recours, nous oublions les pharmaciens et les infirmiers, et autres, qui sont des participants potentiels, mais le sujet à traiter était déjà suffisamment compliqué, nous avons essayé d'étudier la question avec ces trois acteurs et ces trois actions : le conseil médical, la consultation et l'adressage aux urgences, nous ont paru de bons marqueurs.

Notion de "RDU"

- La proportion de patients arrivant spontanément aux urgences sans consultation ou avis préalable d'un professionnel est un élément mal connu et pourtant fondamental.
- "le Recours Direct aux Urgences ou RDU" :**

La venue du patient aux urgences n'était pas motivée par :

- Une consultation médicale (médecin traitant ou autre médecin).
- Un avis téléphonique (médecin, SAMU/Centre 15, SIS).
- L'avis d'un pharmacien.

Données disponibles sur le 1° recours

1° intervenant sollicité	1° prise en charge	2° prise en charge	Données disponibles
Médecin libéral	Conseil médical		
	Consultation		Consommation de soins CPAM
		Service d'urgence	Enquête DREES du 11 Juin 2013
	Service d'urgence		
SAMU / Centre 15	Conseil médical		Données de régulation & Consommation de soins CPAM
	Médecin libéral	Consultation	
		Service d'urgence	Données de régulation & Enquête DREES du 11 juin 2013
	Service d'urgence		
Service d'urgence			Données de RPU & Enquête DREES du 11 juin 2013

Le recours direct aux urgences (RDU) recouvre la notion d'identification des patients qui arrivent sans consultation ou avis préalable auprès d'un autre professionnel [diapo 6]. C'est particulièrement étudié dans les données de la Drees. La définition pour nous est que cette venue n'est pas motivée par une consultation préalable, ni même par un avis téléphonique, ni par l'avis d'un autre professionnel, le plus fréquemment cité étant le pharmacien.

1. Données disponibles.

Pour les données disponibles : le tableau est de format identique avec une colonne supplémentaire [diapo 8]. Que sait-on sur le conseil médical du médecin libéral ? On ne sait rien. Les enquêtes complémentaires de la Drees pourraient répondre sur le sujet. D'où ce rectangle noir qui nous laisse sans espoir de réponse. Pour les consultations, on s'est tourné vers les données de consommation de soin de l'assurance maladie, accédées et traitées notamment par les services d'Henri Clavaud. La problématique des services d'urgence, l'enquête Drees du 11 juin a été pour la médecine libérale la seule source de données, et à ce titre, il faut vraiment remarquer son poids et son apport. Les Samu pour des données complémentaires sur toutes ces questions, sachant que l'enquête de la Drees aborde une partie de la problématique de l'adressage des patients par le Samu. Cela a déjà été démontré. Enfin, les services d'urgence où on va retrouver les fameuses données de résumés de passage aux urgences (RPU) dont la Fedoru est si friande.

1° recours et données assurance maladie

- Données : « ERASME régional »**

Cette base « de liquidation » est alimentée uniquement pour le régime général (70 à 80% en région PACA mais avec des variations selon les départements). Cette base permet de repérer les lettres clefs qui qualifient les actes consécutifs à une décision du Centre 15.

Les activités de PDSA sont repérées par des lettres clefs de cotations qui ne donnent pas le détail horaire de réalisation de l'acte et n'ont pu être isolées que sur l'année entière.

1° recours et données assurance maladie

- Médecins traitants et médecins de PDSA**

Actes	Semaine du 10 au 14 juin 2013					Total général
	10/06/2013	11/06/2013	12/06/2013	13/06/2013	14/06/2013	
Consultations et visites (C, V, CS et VS)	76041	65123	53961	57673	58752	311550
dont Majorations de nuit	587	587	585	637	521	2917
Régulières Nuits	314	277	287	312	226	1416

Source : ERASME Régional (Médecins généralistes avec une spécialité (1, 22, 23))
Pop totale de résidents dans ERASME Régional : 4 167 749

Les données de premier recours et données d'assurance maladie [diapo 9] : s'agissant des données d'assurance maladie, c'est quelque chose qui m'est assez étranger. La base de données, ERASME (extraction, recherche, analyse, suivi médico économique), au niveau régional, est une base de liquidation. On y trouve tous les actes réalisés avec une difficulté que l'on met en avant immédiatement. Elle concerne le régime général qui en PACA représente sensiblement 70 à 80 %

des données, avec des variations selon les établissements, plus ou moins agricoles, plus ou moins autres, et de fait, une certaine réticence à modéliser de façon parfaitement tranquille. Cette base permet de repérer les lettres clés, notamment celles qui sont consécutives à une régulation. On peut tracer les facturations d'acte liées à une régulation, notamment la PDSA. Enfin, on peut identifier des périodes de somme d'heures, mais on ne sait jamais dire si cela s'est fait de 23 h à minuit, mais on sait dire que cela s'est fait en première partie de nuit, dans la nuit, le week-end. D'emblée, je vous le dis, si vous regardez l'enquête Drees et l'enquête des consultations et des données d'assurance maladie, un décalage ne nous a pas permis de faire une comparaison stricte puisque l'enquête Drees a porté sur la période horaire 8h-8 h à cheval sur deux jours. Les données de l'assurance maladie nous donnent des renseignements sur des périodes un jour donné sans mention horaire. Ce décalage nous a conduits à des approximations. C'est la première, il y en aura d'autres.

On voit les résultats donnés. On sent bien que sur les données de PDSA, on arrive assez bien à maîtriser les choses [diapo 10]. Vous voyez le nombre de consultations données autour de la période du 11 juin et les consultations liées aux majorations de nuit, ou aux données de régulation. On retrouvera ces données sur un tableau de synthèse.

1° recours et enquête DREES

■ Enquête France entière : possibilité de comparer les résultats avec d'autres régions.

Taux de recours aux urgences le 11 juin / 100.000 habitants :
73,6 +/- 13,7
[41,9 – 98,5]

Données DREES et "RDU"

■ L'enquête DREES du 11 juin propose des questions évaluant les modalités de choix du recours aux urgences

PA_A42: Au final, le médecin traitant a conseillé de se rendre aux urgences
 PA_B42: Au final, un autre médecin a conseillé de se rendre aux urgences
 PA_C42: Au final, un pharmacien a conseillé de se rendre aux urgences
 PA_D42: Au final, le SAMU a conseillé de se rendre aux urgences
 PA_E42: Au final, un autre numéro d'appel a conseillé de se rendre aux urgences
 PA_F42: Au final, les pompiers ont conseillé de se rendre aux urgences

Quand on regarde l'enquête Drees [diapo 11] et les données qu'elle permet, dont on a assez fait l'éloge aujourd'hui, on voit que le taux de recours aux urgences le 11 juin pour 100 000 habitants est variable d'une région à une autre. On voit les fameux 83 pour 100 000 de présence ou d'adressage aux urgences en taux de recours pour la région PACA, avec de vraies variations d'après le traitement de la base que nous avons pu faire, ce qui reste tout de même interpellant pour ce qui est des idées de modéliser le comportement des patients en matière de premier recours.

Données Drees sur le RDU : les patients qui viennent directement sans avoir vu un médecin traitant, un pharmacien, le Samu et autre [diapo 12].

Données DREES et "RDU" - Variation selon les régions

Base nationale enquête DREES : Tx. RDU moyen 62,6% +/- 6,3% [50,8 – 75,0]

1° recours et données RPU

- 80% des RPU recueillis au fil de l'eau en PACA en juin 2013.
- Données de "RPU étendu" déjà collectées (8 indicateurs supplémentaires)
- Des variables communes avec l'enquête DREES du 11 juin
 - ▶ Sexe / Age / Période (J/N) / Type de recours / Gravité / Mode de sortie (Hospitalisation/externe) ..
- Les données RPU ne permettent pas d'évaluer le recours direct aux urgences et imparfaitement l'origine des patients.

Vous avez à nouveau des données sur la région PACA [diapo 13]. Quasiment 70 % des patients sont venus aux urgences en affirmant lors de l'enquête Drees n'avoir contacté aucun autre professionnel.

Pour ce recours direct aux urgences, ce ne sont pas les données RPU que nous recueillons avec beaucoup de soin, mais elles nous permettent de les définir puisque dans le RPU rien ne nous permet de dire s'il s'agit d'un recours direct, même si en PACA, 80 % de ces données sont bien saisies en 2013 [diapo 14]. Maintenant, on a augmenté au fil de l'eau, de surcroît avec une correction soigneuse, et même des données de RPU étendues. Nous avons demandé quelques don-

nées supplémentaires aux services d'urgence. Nous utilisons huit indicateurs supplémentaires. On pense progresser encore sur le sujet. Entre les données RPU et les données Drees, un certain nombre de données importantes sont communes. On essaiera de s'en servir tout à l'heure. Ce recours direct aux urgences est étranger aux RPU.



Une petite image de la région PACA avec 56 services d'urgence [diapo 15] et 1 540 348 passages, c'est une capture d'écran de notre atlas qui ramène les données. Dans le haut de la carte, la zone est peu peuplée et montagneuse. Sur le bandeau littoral où les services d'urgence s'agglutinent, on a une densité de population et de médecins beaucoup plus lourde. C'est une région véritablement hétérogène. C'est encore un élément particulier pour arriver à modéliser et prévoir, ce n'est pas si simple.



Les données de régulation [diapo 16] : elles sont recueillies au fil de l'eau sur la base Samu PACA. Pour tous les Samu en 2013, on était un peu indélicat avec la base du Samu 84, c'est un problème réglé maintenant. On a bien toutes les données du dossier médical de régulation en stock et on peut les traiter

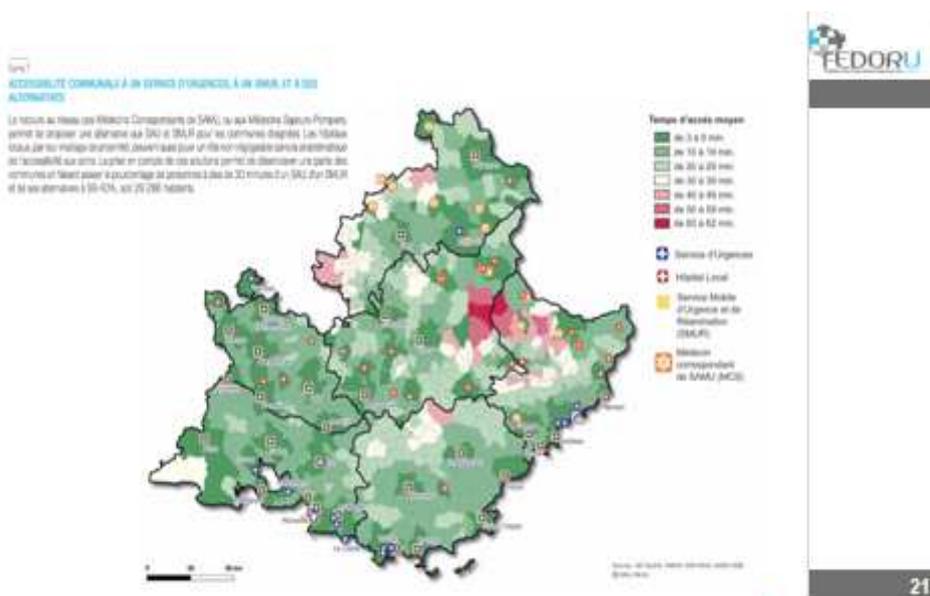
On va voir les chiffres que cela donne, 1 203 228 dossiers de régulation médicale qui sont disponibles pour le traitement [diapo 17].

<p>1° recours et données SMUR</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En 2013, nous ne disposions pas de données spécifiques SMUR mais uniquement des données d'engagement (horaire, motif) et de devenir des patients (Base SAMU PACA). ■ L'engagement d'un SMUR est toujours tracée dans les données SAMU. ■ Les données SMUR représentent une part faible des admissions aux urgences (2,5%) et des dossiers de régulation médicale (3,2%). ■ Nous considérons que la contribution des SMUR est numériquement faible et déjà représentée dans les données de régulation ; elles ne contribuent pas à l'évaluation du 1° recours. 	<p>Données de démographie PACA</p> <p>Population : 4 937 000 (2011)</p> <p>Professionnels de santé libéraux (1 janvier 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généralistes : 6555 (densité 133/100 000 h) • Autres spécialités : 7077 (densité 144/100 000 h) (STATISS 2013) <p><i>Fortes variations intra-régionales des densités médicales.</i></p>
---	--

Les Smur [diapo 18] : 2,5 % des patients sont admis par un Smur. Ils ne représentent que 3,2 % des dossiers de régulation médicale. Ce n'est pas du premier recours, le premier recours, c'est le Samu parce que les Smur sont engagés par le Samu, on considère donc que le recours est bien le Samu. On a éliminé les données de Smur pourtant disponibles.

2. Proposition d'analyse appliquée à la région PACA.

Les données d'analyse PACA [diapo 20] : j'ai déjà dit que nous avons de grandes variations de densité médicale. On a une bonne densité médicale, voire en excès sur le littoral pour ce qui est des professionnels de santé libéraux.



Sur la carte de la région [diapo 21], avec les zones en rouge qui sont à plus de 30 min d'un site d'accueil d'urgence. Ce sont des études qui ont été faites par toutes les régions. Vous voyez que dans certaines zones montagneuses et reculées, on reste en difficulté. C'est en cours de règlement.

Les données disponibles permettent-elles de mesurer la place des urgences dans l'offre de soins de premier recours ?

- ① Evaluer la sollicitation au titre du 1^{er} recours des trois acteurs principaux identifiés ?
- ② L'origine communale du patient modifie-t-elle le comportement du patient dans sa sollicitation de premier recours ?
- ③ Les données DREES permettent-elles de concevoir un modèle applicable aux RPU pour évaluer les recours directs aux urgences ?

Evaluer la sollicitation au titre du 1^{er} recours des trois acteurs principaux identifiés

- Résultats du 11 juin
 - ▶ Superposition des horaires AM et DREES
 - ▶ Focus sur le recours direct aux urgences (RDU)
- Résultats sur l'année
 - ▶ Cibler l'évaluation sur les périodes de PDSA car les données de régulation donnent les engagements de médecins libéraux.

Cette approche a été divisée en trois parties [diapo 22] :

- Peut-on évaluer la sollicitation au titre du premier recours des trois acteurs principaux identifiés : la régulation, le médecin libéral et les urgences ?
- Sait-on vérifier si la commune d'origine ou le territoire d'origine du patient a modifié son comportement par rapport au premier recours ? Autrement dit, l'offre dont il dispose autour de lui modifie-t-elle sa tendance à accéder aux urgences ?
- Les données Drees permettent-elles de concevoir un modèle statistique applicable aux RPU qui nous permettent d'évaluer les recours directs parce qu'on trouverait un moyen de calcul qui nous permettrait d'éviter des enquêtes itératives autour des données de RDU qui sont complexes ?

La sollicitation au titre du premier recours pour les trois acteurs sera examinée à partir des résultats du 11 juin et résultats sur l'année [diapo 23-24].

Résultats du 11 juin 2013

1 ^{er} intervenant sollicité	1 ^{er} et 2 ^e prise en charge	Résultats sur 24h	Données
Médecin libéral	Conseil médical	?	
	Consultation	11045	CPAM
	SU	821	DREES
SAMU / Centre 15	Conseil médical	404	Régulation
	Médecin libéral Consultation	69	
	SU	?	Régulation
	SU	768	
Service d'urgence		4370 dont 2415 (RDU)	DREES

Activité le 11 juin 2013

Sur le 11 juin, c'est la diapositive la plus compliquée [diapo 25], en rose, les données de Samu, en orange, les données de la caisse d'assurance maladie par l'ARS, et en vert, les données Drees. On a essayé de compléter avec le patient au milieu qui peut accéder soit au Samu, aux services d'urgence ou à la médecine libérale.

Sur le Samu, on voit que le recours aux médecins libéraux, l'effectif des dossiers de ce 11 juin, sur tous les Samu de la région donne finalement un très faible engagement des médecins libéraux par le Samu, 69 dans nos fichiers. On les a vérifiés, cela semble correct. Quand on compare les données d'adressage aux urgences par les Samu, on recoupe bien les données de l'enquête Drees, 725 versus 768 patients adressés aux urgences. Ce sont 4 800 consultations aux services d'urgence avec 2 445 recours directs aux urgences.

La partie orange dans les données d'assurance maladie pose vraiment un problème dans notre traitement de données. On retrouve toutes les consultations. On a donc un nombre de consultations beaucoup plus grand. Le recours ne fait pas référence à des consultations programmées habituelles, un jour de semaine. Il faut déterminer ce qui est non programmé. La Drees en 2004 avait dit 12 % des patients pris en charge par un médecin libéral ou bénéficiant d'une consultation, et potentiellement du soin non programmé. On a retenu ce chiffre en l'état, mais on aimerait beaucoup vérifier ces données.

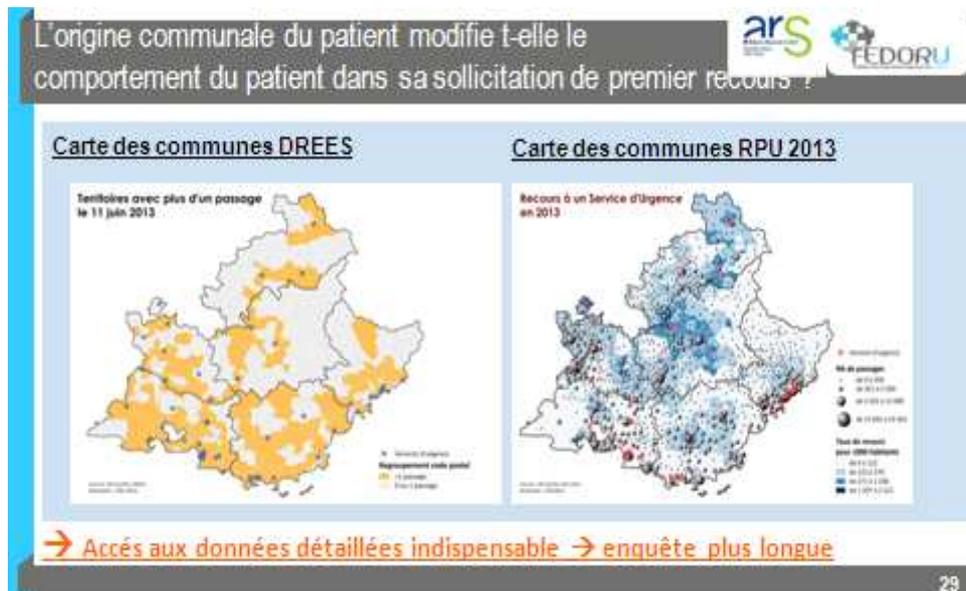
Résultats du 11 juin 2013 (24h)		Résultats sur l'année 2013 - en PDSA nocturne	
<p>■ La répartition des consultations de 1^o recours entre les trois acteurs sur cette journée ne peut pas être évaluée du fait de l'impossibilité de mesurer de manière fiable les données d'activité non programmée réalisée en médecine ambulatoire (urgence et non urgence).</p>		<p>Données RPU</p>	
		Données Assurance Maladie	
		Actes Médecine libérale	
		Activité de nuit (20 à 8h)	
Totalité des patients	430 806	Totalité des patients	320 778
Patients externes	330 118 (77%)		
Patients RDU (selon % PACA du 11 juin DREES : 69,6%)	229 762	42 % urgences / 58% médecins libéraux	
Patients RDU (selon % National du 11 juin DREES : 62,5%)	206 324	39 % urgences / 61% médecins libéraux	

On a quelques limites [diapo 26]. Quand on veut répondre à la question, on répond que la répartition des consultations de premier recours entre les trois acteurs ne peut pas être évaluée. On est incapable de chiffrer la réelle participation des professionnels libéraux parce qu'on prend la problématique un jour de semaine où les consultations sont très nombreuses et que le non programmé et le programmé donnent une masse très importante. Le programmé n'est pas considéré comme du premier recours au sens de la définition donnée.

Par contre, si on s'intéresse à toute l'année et uniquement à la période de PDSA [diapo 27], la partie gauche, c'est les données RPU, les données d'activité de nuit (20 h-8 h) 430 000 patients, dont 77 % d'externes. On retrouve bien les chiffres habituels, un peu moins d'externes la nuit que le jour chez nous. Si on applique le taux de recours direct aux urgences de la Drees à ces données, on obtient des cohortes de RDU. Là encore, on a fait un petit calcul arithmétique qui n'est pas du plus bel effet, mais on cherche à s'approcher en se demandant si on peut avoir un intérêt par la suite. Les données de l'assurance maladie sont bien plus aisées à aborder sur toute l'année. On avait le fichier avec toutes les consultations avec majoration. Ce type de consultation n'est pas forcément de la consultation programmée. On arrive à dire que le poids des urgences peut osciller entre 42 % et 39 %. Cela peut discorder. Il faudra regarder de près avec nos collègues de la Drees sur la première présentation, mais le jeu était là.

L'origine territoriale du patient modifie-t-elle le comportement du patient dans sa sollicitation de premier recours ?	
<p>■ Données territoriales ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de recours aux services d'urgences par code postal ou code commune (code INSEE) 	
<p>■ Bases de données disposant de ces variables : RPU / enquête DREES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigence de confidentialité - Données agrégées par code postal <p>Dénombrement par communes altéré par le regroupement des données des communes avec un ou aucun patient concerné pour les petits effectifs (DREES).</p>	

On a posé une deuxième question [diapo 28]. Peut-on qualifier l'origine communale ou territoriale du patient et en fonction de cet élément dire s'il va faire appel plus fréquemment au recours direct au premier recours, notamment aux urgences ? Pour cela, le taux de recours aux services d'urgence par code postal ou code commune agglomérée serait nécessaire. On peut le chercher dans les données RPU ou d'enquête Drees. Dans les deux cas, se pose une exigence de confidentialité. Le nom d'une commune avec un seul passage ne peut être cité. Ce serait extrêmement préjudiciable. On serait sans doute mal à l'aise pour en parler. De ce fait, les données Drees avec de petits effectifs nous ont posé des problèmes.



La carte à gauche de la diapo 29 présente de nombreux espaces non renseignés. En orange, les données où plus d'un passage d'un patient aux urgences de la région a été comptabilisé dans l'enquête Drees. La zone grise correspond à des communes sans passage ou de très peu de passages qui n'ont pu nous être confiés dans le respect de ces règles de confidentialité. À côté, sur de plus grands volumes, on peut montrer toutes les communes au prorata de leur population. Pour être plus précis, il faudrait les relier aux causes de recours direct aux urgences. Ce travail d'enquête devrait être fait de meilleure manière. Une autre solution serait peut-être d'avoir une enquête plus longue. Elle permettrait d'augmenter la partie en jaune au détriment de celle en gris sur notre carte. Cela nous faciliterait la tâche. On n'arrive pas à définir les facteurs influant à l'échelle du recours communal. De la même façon, on n'arrive pas exactement à valoriser le poids de chaque acteur.

RDU : Les données DREES permettent-elles de concevoir un modèle applicable aux RPU ?

■ Objectif et méthode proposée

Est-il possible de prédire le taux de recours direct aux urgences (RDU) à partir des RPU en utilisant les résultats de l'enquête DREES ?

- ① Quelles sont les variables communes DREES RPU associées au RDU ?
- ② Construire un modèle statistique permettant de décrire les facteurs individuels associés aux RDU
- ③ Peut-on appliquer le modèle aux RPU ?
- ④ Comment valider cette démarche ?

30

À partir des données Drees, on s'est demandé si on pouvait concevoir un modèle applicable aux RPU [diapo 30]. Les données sont en grand nombre. Est-on capable de voir ce comportement ? L'idée a été de prédire le taux de RDU à partir des RPU en utilisant les résultats de l'enquête Drees. Ce n'est pas conclusif. C'est une piste de travail. On a d'abord regardé les variables en commun entre la Drees et les RPU, il en existe un certain nombre. Notre collègue, Guilhem Noël, a fait un travail pour essayer de voir si un modèle statistique nous permettrait de décrire les facteurs individuels associés aux RPU. Ensuite, on s'est posé la question de la capacité à appliquer le modèle. Il faudra évidemment répondre à la question de la validation de cette démarche.

RDU : Les données DREES permettent elles de concevoir un modèle applicable aux RPU ?



Variables communes RPU		Recours Direct	p	OR(IC95)	p	Or(IC95)
Sexe	Homme	1063/1545 70.1%	0,598	1,04 [0,89 - 1,22]	N	N
	Femme	973/1406 69.2%				
Age	<75 ans	1970/2674 73.7%	<0,001	5,41 [4,22 - 6,94]	<0,001	3,05 [2,29 - 4,08]
	>75 ans	107/314 34.1%				
Période	Nuit : 20h-8h	641/809 79.2%	<0,001	1,96 [1,62 - 2,36]	<0,001	2,07 [1,67 - 2,58]
	Jour : 8h - 20h	1449/2195 66.0%				
Type recours	Traumatologie	874/1073 81.5%	<0,001	2,57 [2,15 - 3,08]	<0,001	2,02 [1,65 - 2,48]
	Autres recours	1194/1894 63.0%				
Gravité	CCMU 1 et 2	1598/2145 74.5%	<0,001	3,07 [2,53 - 3,74]	0,013	1,38 [1,07 - 1,79]
	CCMU 3 à 5	263/540 50.1%				
Durée séjour	< 4 heures	1784/2379 75.0%	<0,001	3,13 [2,81 - 3,73]	<0,001	1,57 [1,25 - 1,98]
	> 4 heures	505/624 48.9%				
Mode de sortie	Hospitalisation	214/504 42.5%	<0,001	4,07 [3,34 - 4,97]	<0,001	1,82 [1,38 - 2,40]
	Externe	1876/2500 75.0%				

Modèle logistique.

Adéquation du modèle avec 74.5% de bonne prédiction.

Il permet de calculer une probabilité individuelle de RDU.

> Probabilité moyenne prédite : 69.74 % +/- 0.17 (70.1% de RDU sur les données)

31

Données de la Drees et facteurs communs aux RPU [diapo 31] : on retrouve les données citées tout au long de la journée. Les recours directs sont plus élevés pour un homme que pour une femme (première ligne du tableau pour le sexe). Les recours directs pour les <75 ans sont plus élevés que pour les plus âgés. Il en est de même pour les périodes de nuit au cours desquelles le taux de recours direct augmente. Sur cette tranche horaire, l'offre de soin ambulatoire diminue. On n'a plus les médecins libéraux. Dans l'enquête présentée précédemment, je me suis étonné de ce souci de période horaire à définir, car en jour de semaine, l'offre libérale a un impact important. On retrouve la traumatologie, la gravité, les durées de séjour et le mode de sortie. Toutes les données sont significatives. Les autres ratios montrent bien que l'âge et le mode de sortie sont des facteurs particulièrement importants. Pour le poids de chacune des données, un travail de modèle logistique a été réalisé que je ne veux pas détailler ici. Il laisse entendre que l'on pourrait avoir une adéquation du modèle à hauteur de 74 % de bonnes prédictions. Les données RPU permettraient de calculer une probabilité individuelle pour un dossier donné, un homme de tel âge, situé à tel endroit, avec tel taux de recours. Sa probabilité de recours direct aux urgences serait déterminée, elle permettrait de se dispenser d'une enquête RDU au fil de l'eau qui restera assez difficile. C'est peut-être un point à étudier pour l'enquête Drees.

RDU : Les données DREES permettent elles de concevoir un modèle applicable aux RPU ?



Comparaison des 2 populations sur les variables incluses dans le modèle.

Variables	DRESS PACA 11 juin	RPU PACA 2013
N	3056	665.837
> 75 ans	11%	9,80%
Homme	51%	51,80%
Nuit	27%	26,60%
Gravité > 2	79,70%	82,30%
Traumatologie	36,20%	32,60%
Séjour > 4H	20,70%	21,60%
Hospitalisation	17%	15,90%

Probabilité Individuelle de RDU sur les données RPU PACA 2013:

Moyenne : 65.1% +/- 14.0% (69.4% sur l'échantillon 11 juin)

Médiane : 68.5% [Q1: 59.4 - Q3: 74.9]

Piste à valider par une enquête intégrant le RDU dans le RPU

Sur les RPU PACA 2013 sélection des: Patient résidents en PACA (CP) & Patients arrivés personnelles (VSAB, PD) & Exclusion des décès et des sorties non convenues.

32

Quand on compare les données Drees PACA et les données RPU avec les deux populations incluses dans le modèle [diapo 32], on voit que le (N) pour chaque catégorie est bien différent, mais on retrouve des chiffres très proches. Ils montrent bien que l'on parle de la même chose. On arriverait à une probabilité individuelle de recours direct aux urgences sur les données de RPU PACA en moyenne à 65 % avec des variations selon les éléments autour de 14 % et une médiane à 68 %. Je n'insiste pas sur ces données. Elles ne peuvent être qualifiées de résultats définitifs. Le résultat ne pourrait être définitif que si on était capable de refaire une enquête du type Drees sur un échantillon régional en associant les données RPU et Drees, le RPU de ce patient avec la donnée Drees traitant du recours direct aux urgences, notamment de ce même patient. Dans ce cas, on aurait peut-être le moyen de valider ce modèle.

Synthèse	Synthèse
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les données disponibles sont insuffisantes pour évaluer précisément la place des urgences dans le premier recours diurne. ■ Elles permettent d'approcher le nombre de patient de 1^o recours pris en charge par les services d'urgence en RDU, en période nocturne pour notre région → Sur l'année en PDSA de nuit : 39 à 42% des patients ■ Les données DREES sur la commune d'origine des patients n'est pas exploitable dans la forme transmise (Confidentialité) ■ La modélisation des Recours Directs aux Urgences applicable aux RPU est une piste à explorer 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les données DREES donnent des informations rares sur le recours direct aux urgences (RDU). ■ Les données RPU sont exhaustives mais ignorent le RDU. ■ Les données SAMU/Centre 15 permettent une cartographie communale partielle du 1^o recours mais ignorent le RDU. ■ Les données SMUR n'apportent pas d'information et représentent des effectifs trop limités. ■ Les données de consommation de soins sont complexes à traiter mais apportent des informations déterminantes en période de PDSA. ■ Le conseil médical apporté par les médecins libéraux dans le cadre du 1^o recours n'est pas mesuré.

En synthèse, les données disponibles [diapo 33-34] sont insuffisantes pour évaluer précisément la place des urgences de premier recours diurne. Elles permettent à notre sens d'approcher le nombre de patients pris en charge dans le cadre du RDU en PDSA. Les chiffres obtenus vont de 39 à 42 %, donc plus bas que ceux annoncés précédemment, mais on parle essentiellement de la nuit. On n'a pas ajouté les données de jour et de week-end. Il faut toujours savoir de quoi on parle. Les données des communes ne sont pas exploitables en l'état. Pourtant, en matière de description de l'offre pour une région, elles auraient une importance très lourde. On a une piste à explorer sur la modélisation des recours directs aux urgences pour limiter les travaux de recueil de données.

Les données Drees et le RDU sont très importants. Pour mémoire, les données des Samu/Centres 15 ignorent aussi le RDU. De ce fait, elles n'ont pas été beaucoup utilisées dans notre démarche, à l'exception des 1 500 régulations et 69 libéraux adressés, on n'a rien révolutionné avec cela. On n'a peut-être pas été très bon dans l'usage des données. On a tordu le cou aux données Smur pour le premier recours. On voit que l'on oublie des éléments comme le conseil médical donné par les médecins libéraux. Il n'est pas évalué alors qu'il reste un élément régulièrement argumenté par nos collègues libéraux. Ces données paraissent oubliées dans les évaluations.

Perspectives	Perspectives
<ul style="list-style-type: none"> ■ La mise en cohérence et l'exploitation des différentes bases de données est encore à parfaire pour évaluer la répartition de charge entre les différents acteurs du premier recours. ■ Utilisation du SNIIRAM <ul style="list-style-type: none"> - Les données détaillées figurent dans le DCIR - Ces informations permettront de connaître la chronologie des sollicitations à l'assurance maladie pour un patient donnant lieu à un ATU. - Limites : les données sensibles ne peuvent être croisées, commune de résidence et date de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une enquête à l'échelle d'une région sur le recours direct aux urgences (RDU). Les options suivantes pourraient être retenues : <ul style="list-style-type: none"> - Enquête à l'échelle d'une région. - Extension du RPU adapté à l'évaluation du 1^o recours (enquête DREES / recommandations de la FEDORU). - Lien avec les dossiers de régulation (automatisme en place en PACA). - Etude du motif de recours et du diagnostic lié au 1^o recours aux urgences. - Etude du lien entre médecine générale et service d'urgence (avant ...) - Investigation selon la commune et le tiers professionnel sollicité.

3. Perspectives.

Sur les perspectives [diapo 36], la mise en cohérence et l'exploitation des différentes bases de données demandent plus de travail et plus de collaboration entre les services, notamment avec la Drees. On est tout à fait disponible pour essayer d'avancer un peu mieux. On n'a pas abordé l'usage de la base du système national d'information inter régimes de

l'assurance maladie (Sniiram) qui permettrait de connaître le fil de prise en charge d'un patient. On identifierait un patient arrivant aux urgences parce qu'il a un forfait d'accueil et de traitement des urgences (ATU). On pourrait connaître un certain nombre d'informations sur son passé médical. A-t-il consulté les jours précédents ? On répond vraiment à une question sur ce fameux RDU. C'est vraiment une piste, mais on va être limité quand on arrive sur des données sensibles. Par exemple à l'échelle communale, les données devront être moins précises. On a droit à une seule précision, par exemple la commune ou la date. Cependant, des choses complémentaires sont à faire.

Perspectives [diapo 37] : en conclusion, il est important d'imaginer une enquête à l'échelle régionale sur le RDU ? Pour quelle raison faut-il retenir l'échelle régionale ? Ceci permet d'étaler la surface de temps. Cela permettrait de valider les données Drees sur un échantillon qui donnerait des réponses utilisables et permettraient d'étendre cette approche à d'autres calculs. Ceci nous permettrait d'éviter de le faire partout. On a sans doute intérêt à augmenter le RPU de données du RDU. C'est le travail effectué par un des groupes de la Fedoru publié récemment sous la conduite de Pierre-Bernard Petitcolin du Limousin. Il propose de modifier le RPU. On a tordu le cou à la classification clinique des malades aux urgences (CCMU). On sera peut-être écouté avec la société française de médecine d'urgence (SFMU), mais il faudrait aussi ajouter des données sur le RDU. Enfin, il va falloir aller plus loin sur les diagnostics et les recours. Le temps a manqué pour le faire. Les RDU sur les RPU n'ont pu être identifiés. Dès lors que l'on saura le faire, on pourrait donner les raisons de leur venue et les soins prodigués. Ce serait une véritable évaluation. L'échantillon ou la base d'une région pourrait être la bonne échelle, car nous devons faire l'étude du lien entre médecine générale et services d'urgence.

The image shows two presentation slides side-by-side, both titled "Perspectives" and featuring logos for ARS and FEDORU. The left slide (diapo 38) lists three bullet points: evaluating the feasibility of the RDU predictive model, including RDU data in RPU if the model is insufficient, and increasing the frequency of national evaluations. The right slide (diapo 39) lists two bullet points: the evaluation of the 1st recourse is fundamental and coherent with ARS missions, and the evaluation of the first recourse is an objective of the federation of regional emergency observatories.

Diapo 38	Diapo 39
<ul style="list-style-type: none">■ Evaluer la faisabilité du modèle prédictif de RDU selon le profil patient.■ Les données d'évaluation du RDU pourraient à terme être incluses dans les RPU si le modèle prédictif apparaît insuffisant.■ Augmenter la fréquence des évaluations nationales sur échantillon.	<ul style="list-style-type: none">■ L'évaluation du 1^o recours est un enjeu fondamental et totalement cohérent avec les missions des ARS sur l'organisation de l'accès aux soins.■ L'évaluation du premier recours est un objectif de la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU).

Il faut évaluer la faisabilité du modèle et surtout augmenter la fréquence des évaluations nationales sur échantillon [diapo 38]. Cette approche est stimulante. Elle nous fait progresser. Un pas de temps de cinq ans est trop long.

En effet, l'ARS a besoin de ces données [diapo 39]. Pour l'instant, sur certaines données, on navigue au doigt mouillé, notamment autour du premier recours. On est plus sûr du volontariat autour du libéral que sur de la conduite. C'est un peu dur de le reconnaître, mais on voudrait faire mieux. Je voudrais vous rappeler que le premier recours fait partie des statuts de notre association d'observatoire. Le premier recours fait partie de nos objectifs clairement affichés. C'est particulièrement important pour faire bouger les lignes. On espère pouvoir participer de nouveau. Merci.

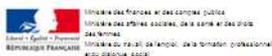
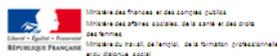
Samuel Pratmarty

Merci beaucoup à tous les deux pour la grande richesse et la grande qualité de vos interventions. Je propose de passer tout de suite la parole à Gwennaëlle Brilhault pour la troisième et dernière présentation de cette quatrième session qui a la redoutable responsabilité de tracer les perspectives quant aux études qui pourraient être conduites sur la base des données de l'enquête Drees.

Perspective d'études à partir de l'enquête sur les urgences hospitalières

Gwennaëlle BRILHAULT

Cheffe du bureau des établissements de santé, Drees



Perspectives d'études à partir de l'enquête sur les urgences hospitalières

Gwennaëlle BRILHAULT (DREES)

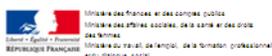
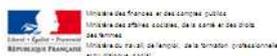
Situer les urgences hospitalières dans l'offre de soins de 1^{er} recours avec l'enquête DREES

- Pour être en capacité de le faire :
 - ➔ recueil de données « de contexte » au 2nd semestre 2013 auprès des ARS et de la CNAMTS
 - Instruction (n°175) auprès des ARS en juin 2013
- Données à analyser et introduire dans la base de données de l'enquête sur les urgences hospitalières
 - ➔ Travail prévu courant 2015
 - ➔ Pour permettre ensuite des études sur le positionnement des urgences hospitalières dans l'offre de soins de premier recours

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014 1 Colloque enquête Urgences - 18/11/2014 2

Merci. Ma présentation va être assez rapide avec pour objectif de montrer ce que pourrait permettre de dire l'enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) dont on parle depuis ce matin sur le positionnement des urgences hospitalières dans l'offre de soin de premier recours [diapo 1]. Après la présentation qui vient d'être faite, j'ai l'impression de partir un peu la fleur au fusil parce que pour l'instant, nous ne nous sommes pas confrontés aux choses comme vous l'avez fait. Je vais simplement décrire les données collectées et qu'il nous reste à analyser.

Pour situer les urgences hospitalières dans l'offre de soin de premier recours avec l'enquête Drees, nous avons pu compléter l'enquête grâce à un recueil de données de contexte demandé aux agences régionales de santé (ARS) et à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) au moment de l'enquête au cours du second semestre 2013 [diapo 2], notamment par le biais d'une instruction ARS diffusée en juin 2013. Ces données ont été soigneusement collectées. Toutes les ARS nous ont répondu ainsi que la CNAMTS ce dont nous les remercions. Il nous reste à les analyser, à les mettre en relation avec les données de l'enquête, ce que nous n'avons pas encore fait. Nous avons prévu de le faire en 2015 pour permettre ces fameuses études que l'on aimerait réaliser pour situer les urgences hospitalières dans l'offre de soin de premier recours.



Les données de contextes disponibles

- Les données demandées aux ARS : 4 volets
 - Volet 1 : l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)
Liste des communes des secteurs PDSA pour deux tranches horaires (début de nuit et nuit profonde), effectifs de médecins de garde par tranche et secteur, contact et régulation de la PDSA par le 15 ou par un autre numéro
 - Volet 2 : les maisons médicales de garde
Horaires, nombre de professionnels y intervenant, nombre de consultations, proximité d'un service d'urgences hospitalières
 - Volet 3 : les associations de médecins libéraux type « SOS médecins »
Zone géographique couverte, nombre de médecins, nombre de visites en 2012
 - Volet 4 : les centres de consultations non programmées
Lieu d'implantation (établissement de santé ou pas), horaires, nombre de professionnels, nombre de consultations en 2012, proximité imagerie/biologie

Les données de contextes disponibles

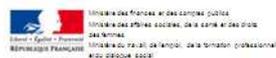
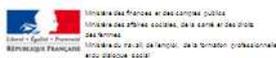
- Les données demandées à la CNAMTS:
 - Données par commune
 - Concernant les omnipraticiens et les pédiatres (séparément)
 - Effectifs (actifs le 11 juin 2013, ayant réalisé des actes de PDSA en 2012 et le 11 juin 2013)
 - Activité globale en 2012 et le 11 juin 2013 (consultations et visites)
 - Activité de PDSA en 2012 et le 11 juin 2013 :
 - Nombre de forfaits perçus (total, nuit/samedi/dimanche et jours fériés)
 - Nombre de consultations et visites, régulées/non régulées, nuit/samedi/dimanche et jours fériés

Colloque enquête Urgences - 18/11/2014 3 Colloque enquête Urgences - 18/11/2014 4

Pour l'instant, aucun résultat concret ne peut être présenté. Quelles sont ces données ? Pour les données demandées aux ARS, il y a quatre volets [diapo 3] :

- Le premier volet concerne la permanence de soins ambulatoires (PDSA). Pour chaque secteur de permanence PDSA, sur deux tranches horaires entre début de nuit et nuit profonde, nous avons demandé la liste des communes concernées, les effectifs de médecin de garde, par tranche et par secteur. Nous avons demandé également si le contact avec la PDSA était réalisé par le numéro de téléphone du 15 ou d'un autre numéro. Nous avons les données des ARS. On verra que les données de la CNAMTS complètent cet aspect.
- Le deuxième volet porte sur les maisons médicales de garde pour lesquelles on demande quels sont les horaires d'ouverture, le nombre de médecins qui interviennent, le nombre de consultations. On demande si, à proximité des maisons de garde, il existe un service des urgences hospitalières.
- Le troisième volet porte sur les associations de médecins libéraux de type SOS médecins. Nous avons demandé quelles étaient les zones géographiques couvertes avec le nombre de médecins intervenants et le nombre de visites réalisées en 2012.
- Le quatrième volet porte sur les centres de consultation non programmée. Nous avons demandé leur lieu d'implantation, s'ils étaient dans un établissement de santé ou pas, leurs horaires d'ouverture, le nombre de médecins présents dans ces centres, le nombre de consultations réalisées en 2012 et la possibilité de réaliser de l'imagerie ou de la biologie.

Nous avons complété en faisant une demande de données auprès de la CNAMTS [diapo 4]. Il s'agit de données par commune. Cela concerne d'une part les omnipraticiens, d'autre part les pédiatres. Elles portent sur deux périodes, la période du 11 juin et sur toute l'année 2012 en comparatif. Pour ces deux périodes, nous avons les effectifs de médecins enregistrés auprès de la CNAMTS, leur activité globale en 2012 et en 2013 en matière de consultations et de visites. Un zoom a été fait sur l'activité de permanence de soins ambulatoires en 2012 et le 11 juin 2013, avec une déclinaison sur les forfaits perçus au total, la nuit, le week-end, les jours fériés, et les consultations et visites, régulées ou non, avec une déclinaison identique, nuit, week-end et jours fériés. Comme Gilles Viudès l'a signalé tout à l'heure, dans ces données sur la PDSA de la CNAMTS, nous avons un décalage par rapport à l'enquête Drees puisque les données de la CNAMTS portent sur un créneau minuit-minuit et non 8 h-8 h comme dans l'enquête Drees. Ce sont les données dont on dispose. Comme indiqué, ces données sont à analyser de notre côté, à compiler puisqu'elles proviennent des différentes Agences régionales, il faut sans doute les uniformiser, les comprendre au mieux, et les mettre en relation avec les données de l'enquête. Ceci va être fait au cours de l'année 2015.



Thématiques d'études pour 2015-2016 côté DREES

- Poursuite des études en cours :
 - sur les personnes âgées prises en charge aux urgences
 - sur les délais dans les services d'urgences
- La prise en charge des enfants aux urgences
- Lien entre habitudes de consommation de soins de ville et recours aux urgences
- La position des services d'urgences dans l'offre de soins de 1^{er} recours
 - en mobilisant les données de contexte

Conclusion à ce stade

- Des données très riches grâce à la qualité de cette enquête
 - études de qualité pour les années à venir, en les exploitant de plus en plus finement.
- Suite de la collaboration autour des données de cette enquête au sein du comité d'exploitation de l'enquête autour du partenariat DREES-SFMU et de tout organisme intéressé
 - Rappel sur l'accès aux données

C'est ce qui apparaît sur cette diapositive qui a vocation à vous donner les thématiques d'étude que nous envisageons de notre côté [diapo 5]. En dernier point, on trouve la thématique qui nous rassemble aujourd'hui pour cette dernière session du colloque, le positionnement des services des urgences dans l'offre de soins.

Les lignes précédentes rejoignent des thématiques déjà entrevues pour partie au cours du colloque dans les présentations précédentes :

- Poursuite des études sur les personnes âgées comme Léa Mauro l'a indiqué.
- Sur les délais dans les parcours au sein des services des urgences comme Albert Vuagnat l'a développé.

- Nous avons aussi l'ambition de nous attaquer à la prise en charge des enfants aux urgences. Ils peuvent être pris en charge à la fois dans les urgences générales et pédiatriques. On va étudier cela au cours de l'année 2015.
- Enfin, tout en restant sur la thématique des urgences, mais en nous détachant un peu des données de l'enquête du 11 juin elle-même, nous allons étudier le lien existant entre les habitudes de consommation de soin de ville et de recours aux urgences.

En conclusion [diapo 6], grâce à l'enquête du 11 juin 2013, nous disposons de données très riches. Elles le seront d'autant plus en y incorporant les données de contexte que je viens de détailler. Cela devrait permettre d'avoir des études de qualité au cours des années à venir en entrant de plus en plus finement dans toutes ces données collectées. Nous souhaitons vivement poursuivre la collaboration autour de ces données. Elle a été initiée autour de notre partenariat avec la société française de médecine d'urgence (SFMU), la fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) et nous souhaitons l'étendre au sein du comité d'exploitation de l'enquête à tous ceux qui souhaiteront s'attaquer à ces données.



Rappel sur l'accès aux données de l'enquête

- Pour le volet **structures** (données administratives) :
accessibles en intégralité sur le site internet de la DREES depuis fin 2013
- Pour le volet **patients** (secret statistique), **3 modalités** :
 - des tableaux de données agrégées régionales en ligne depuis juillet sur le site de la DREES (4 thèmes disponibles, 2 à venir)
 - un fichier de production et de recherche anonymisé disponible depuis octobre 2013 auprès du réseau Quetelet ou sur signature de licence d'usage avec la DREES
 - un accès aux données intégrales ou partiellement non anonymisées dépôt d'une demande devant la CNIL et/ou le comité du secret du CNIS (Conseil National de l'Information Statistique)

Colloque enquête urgences - 18/11/2014 7

À ce sujet, un rappel sur l'accès aux données de l'enquête avec le volet « structure » disponible depuis presque un an et le volet « patient » auquel on accède par le biais de trois modalités [diapo 7] :

- - Les tableaux agrégés disponibles sur le site de la Drees. Quatre thèmes sont disponibles pour l'instant. Je ne les ai pas détaillés tout à l'heure. Ces thèmes portent sur l'arrivée aux urgences, la patientèle, les raisons de recours aux urgences et le parcours intra-hospitalier.
- - Le fichier de production et de recherche anonymisé disponible depuis octobre 2014 auprès du réseau Quetelet.
- - Un accès à des données partiellement non anonymisées. Il se fera uniquement sur demande auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et/ou du Comité du secret.

J'espère qu'au travers de cette journée, nous vous avons donné envie de suivre les exploitations possibles de cette enquête et possiblement d'en faire par vous-mêmes si vous en avez l'opportunité. Je vous remercie beaucoup de votre attention.

Samuel Pratmarty

Un grand merci à tous les quatre pour la qualité de vos présentations, et surtout la masse considérable de travaux sous-jacents nécessaires pour les permettre aujourd'hui. Vous me permettrez de souligner tout particulièrement la qualité des travaux réalisés depuis maintenant bientôt dix ans par les observatoires régionaux des urgences (Oru). Ce sont des partenaires précieux. Ils nous permettent chaque année par l'intermédiaire des rapports d'activité d'améliorer notre connaissance de l'activité des urgences et des flux correspondants. Ils nous ont beaucoup aidés pour généraliser les résumés de passage aux urgences (RPU) avant la date fatidique du 1^{er} juillet. On sait qu'ils nous aideront encore pour les étapes à venir.

Je retiens de cette séance que des bases de données très importantes et très riches existent. Elles sont encore aujourd'hui partiellement exploitées. Il reste encore beaucoup de travail devant nous pour les valoriser. Vous me permettrez également de relayer le message de l'ARS, et d'inviter l'ensemble des personnes susceptibles d'être intéressées, à

s'investir dans l'analyse des données en question. Elles sont désormais disponibles selon les modalités indiquées. Il faut essayer de capitaliser dessus et diffuser très largement leurs travaux pour que l'ensemble de la communauté puisse en bénéficier.

Pour terminer, avant de passer à la séance de questions/réponses, vous me permettrez également de formuler un dernier vœu. Je souhaite que l'enquête Drees soit renouvelée à échéance régulière. La généralisation des RPU n'enlève pas l'intérêt que peut représenter une enquête ad hoc de ce type. Si les données contenues dans les uns et les autres ne se recoupent que partiellement, les RPU malgré leur qualité, dont j'espère bientôt une exhaustivité totale, ne permettent pas de se substituer à ce type d'enquête. C'est un vœu que je formule tout en ayant parfaitement conscience de la lourdeur de l'organisation d'une telle enquête pour la Drees et pour les structures d'urgence par définition, et aussi le coût que cela représente. Mais je crois que l'intérêt en est évident pour tout le monde.

Échanges avec la salle

De la salle

Un mot a été assez peu prononcé, le mot de territoire. Si on veut regarder la place des urgences hospitalières dans l'organisation des soins de premier recours, il s'agit de mettre un peu en face à face et de regarder les données de la médecine libérale et les données d'urgences hospitalières. Pourquoi les observatoires régionaux des urgences (Oru) ne produiraient-elles pas des indicateurs de type taux de recours par territoire ? Le taux de recours aux urgences hospitalières suppose l'exhaustivité ce que l'on n'a pas à ce jour. Cela existe peut-être dans certaines régions, mais pas dans toutes, ce n'est pas le cas dans les Pays-de-Loire. Aujourd'hui, on dispose à l'échelle des territoires, les territoires de santé de proximité des agences régionales de santé (ARS), à partir des codes postaux, de données très détaillées sur le recours aux soins hospitaliers grâce au programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a fourni aussi des indicateurs aux ARS les hospitalisations potentiellement évitables. Il manque vraiment la brique « taux de recours aux urgences hospitalières ». Elle serait tout à fait complémentaire. Il y a une interdépendance entre toutes les composantes de l'offre de soins quand on a moins de médecins généralistes ou moins accessibles, quand la médecine de second recours n'est pas accessible comme dans beaucoup de zones rurales. Les recours aux soins hospitaliers ou les recours aux urgences hospitalières ont des liens entre eux. Une des pistes à développer dans l'étude des urgences est bien l'observation des territoires. Quand on aura produit ces indicateurs à cette échelle, rien ne sera résolu.

On voit ce qui se passe au niveau de la prise en charge, la manière dont les ARS essayent de se saisir des indicateurs d'hospitalisations potentiellement évitables. À l'échelle des territoires, nous avons des indicateurs précis. Que doit-on en faire ? Comment cette information est-elle partagée ? Ce n'est pas global. Ce n'est pas pour l'ensemble de la région PACA ou l'ensemble de la région Pays-de-Loire. Le taux de recours n'a rien à voir à Digne, à Marseille et à Toulon, parce que l'organisation de l'offre de soin y est profondément différente. Dans certains territoires, 30 % des personnes âgées vivent en maison de retraite. Dans un autre territoire, les personnes âgées vivent chez elle. Tout ceci a des incidences sur les recours aux soins hospitaliers et/ou aux urgences. Des indicateurs sont indispensables, mais aussi quel mode d'emploi pour une gestion partagée de ces questions entre la médecine libérale, les ARS, et les urgentistes.

Gilles Viudès

Dans ce que nous avons présenté, on s'est posé essentiellement la question d'évaluer l'origine par territoire des patients aux urgences en recours direct. La carte sur laquelle je suis passé assez rapidement est disponible pour la plupart des observatoires qui travaillent sur ces éléments, nombre de patients par commune, parfois agrégés pour des données de confidentialité, sont disponibles dans le résumé de passage aux urgences (RPU), sont connues et utilisées. Par contre, ce qui nous a paru plus important et ce qu'apporte l'enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), un élément très important, j'insiste encore, ce n'est pas de savoir combien de patients vont aux urgences, mais combien de patients vont aux urgences de leur propre chef parce que si les autres sont adressés par leur médecin ou par un autre professionnel, on peut considérer qu'il y avait une cause. Il faut ensuite arriver à lier cela, c'est ce que j'ai essayé d'exprimer, au diagnostic final. Quel était le problème de ce patient ? Celui qui va tout seul aux urgences et qui de surcroît reste hospitalisé, on a des parcours de ce type, qui peuvent même finir en réanimation. On a eu l'exemple très récemment d'un choc sceptique sur une prostate qui s'est retrouvé en réanimation très rapidement. C'est une bordure. Il faut savoir ce que cela représente. Parfois, les patients s'orientent très bien. Ils font directement et à bon escient le choix des urgences. Il ne suffit pas d'avoir une idée sur la totalité de l'offre. Quand vous aurez fini en Pays-de-Loire pour les RPU, vous aurez une donnée, mais qui très rapidement vous paraîtra insuffisante. C'est le recours direct aux urgences qu'il faut travailler.

Samuel Prاتمarty

Avez-vous d'autres questions ?

Albert Vuagnat

Je vais me permettre une question au Président de la fédération des Oru (Fedoru). Je voulais savoir ce qui est envisagé pour proposer un enrichissement ponctuel du recueil des RPU qui est fait actuellement puisqu'il y a eu des critiques, des suggestions qui ont été faites au cours de la journée.

Gilles Viudès

Il y a deux problèmes. Que rajoute-t-on ? Le fait-on de façon temporaire ou permanente ? Quand on a fait un ajout, comment peut-on le collecter ? Le RPU par la volumétrie des données demande le plus possible de se rapprocher d'une collecte automatique. Par exemple, s'agissant du recours direct aux urgences, il faut comprendre que la prise en charge du patient n'est que très peu modifiée par le fait de savoir s'il a été adressé par le pharmacien ou non. Ce n'est pas cela qui est intéressant. D'ailleurs, dans la commission évaluation de qualité, on n'a pas du tout pensé à se poser la question de savoir si le fait d'être adressé est un élément pouvant faire varier la gravité. C'est l'âge, les pathologies, les diagnostics complémentaires ou les comorbidités comme l'a expliqué mon collègue. Il faut être prudent dans ce qu'on rajoute dans les RPU. C'est immédiatement lié à la capacité technique à faire progresser la collecte. C'est aussi pour cela que nous avons insisté sur l'idée de modéliser la compréhension du recours direct aux urgences à partir de données ponctuelles comme l'enquête Drees. On sent que le recueil au fil de l'eau de données autour du recours direct aux urgences reste quelque chose de compliqué. Je crois que l'on aura toujours du mal à faire une collecte exhaustive en complétant les champs du RPU.

Quand Pierre-Bernard Petitcolin, dans son groupe de travail sur l'année qui a été présentée le 10 octobre à nos journées, a proposé quelque chose de non figé qui mérite encore d'évoluer pour obtenir un RPU modifié en enlevant et en ajoutant certains items. On a cherché les items qui pourraient donner une bonne approche du recours direct aux urgences. Pour autant, on n'a pas prévu d'item dur de collecte, on le voit par exemple sur l'origine des patients. Est-il adressé venant d'un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (Ehpad), d'un établissement de santé de soins de suite et de réadaptation, d'un autre établissement de santé ? Je ne sais pas pour mes collègues, mais ces données en région PACA mériteraient sans doute un travail de notre part. Elles ont une qualité parfois proche de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU). Pour moi, ce n'est pas un éloge, vous l'avez compris.

Samuel Pratmarty

En complément, pour ce qui nous concerne, nous sommes plutôt favorables au principe d'un enrichissement du contenu des RPU. Le contenu en question a vocation à évoluer dans les années à venir pour s'aligner sur les besoins du moment et aussi en fonction de l'état de l'art en matière de capacité à renseigner les indicateurs en question. Pour autant, de notre point de vue, la priorité à ce stade est de consolider la généralisation en cours sur la base du format actuel. Ceci ne veut pas dire que certains établissements, c'est le cas de certains d'entre eux, peuvent s'ils le souhaitent déclarer des données, des indicateurs complémentaires, mais on ne souhaite pas à ce stade le rendre obligatoire. Ce serait éventuellement dans le cadre d'une deuxième étape. Elle doit être préparée compte tenu de la lourdeur pour les services concernés et pour s'assurer de leur capacité à le faire. Toute généralisation doit s'appuyer sur une forme d'automatisation sinon le rapport entre intérêt et charge de travail pour les services sera totalement disproportionné. Je crois que ce point de vue est largement partagé par les urgentistes.

Gilles Viudès

Il faut être prudent. Par contre, pour donner l'exemple d'approche à laquelle nous arrivons maintenant dans certaines régions, on peut espérer que cela arrive rapidement partout avec la démarche de système d'informations nationales pour le service d'aide médicale urgente (Samu). L'idée est de pouvoir annoncer aux urgences dans leur système d'information, les patients adressés par la régulation en transmettant le dossier, dans ma région, c'est le cas maintenant pour tous les services d'urgence. De fait, le service d'urgence va fusionner son dossier avec la donnée transmise par la régulation. Donc, il marque automatiquement dans son dossier parce qu'il a un intérêt professionnel à mettre les données du dossier de régulation dans son dossier d'urgence. On dispose donc de la donnée qui qualifie le recours direct aux urgences. Dans ce cas, ce n'est pas un recours direct aux urgences et cela nous permettra d'indiquer les patients adressés par le Samu

de façon très claire avec ce lien. On est sur la bonne voie. On ne pourra peut-être pas tout récupérer, mais petit à petit des données qualifiant le recours direct peuvent émerger.

Samuel Pratmarty

Avez-vous d'autres questions ?

De la salle

Bonjour, je voulais savoir si un travail va être fait ou est en préparation sur l'aval des urgences et sur la gestion des lits. Je ne parle pas du travail de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), je parle vraiment de la gestion des lits et de la problématique de patients souffrants, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou de patients âgés, il reste toujours le problème qu'ils restent plus longtemps, car on a du mal à trouver un lit ?

Samuel Pratmarty

Le programme de gestion des lits ne concerne pas uniquement la partie du processus d'accueil des patients aux seules urgences, il concerne l'ensemble des services d'hospitalisation des établissements de santé. Il y a un focus spécifique fait sur la problématique spécifique des urgences, mais pour autant, les travaux de l'Anap portent sur l'ensemble du champ. Au terme de la montée en charge, ce sont près de 160 établissements, et donc 160 services des urgences qui seront concernés. On aura l'occasion de faire un premier bilan à l'occasion de la prochaine réunion avec le conseil national des urgences hospitalières (CNUH) début décembre. On aura les moyens d'apprécier la plus-value de ces travaux pour les établissements concernés, et voir ensuite comment on pourra envisager de déployer les travaux en question et essayer de toucher le maximum d'établissements. Aujourd'hui, c'est 160 au terme de la montée en charge sur les 560 structures concernées potentiellement. Cela mérite une discussion avec l'Anap. Cela demande un nombre de journées hommes assez conséquent. Cela ne pourra pas être fait dans l'immédiat. Cela dépasse malheureusement la capacité de l'Anap en matière de moyens. Nous veillerions en toute hypothèse à ce que toutes les structures à défaut d'un accompagnement direct puissent bénéficier de la capitalisation des travaux de l'ANAP.

Gilles Viudès

Je voudrais répondre sous un autre angle. La question est de savoir si des travaux sont en cours sur la problématique des lits. C'est un mode d'accompagnement très précieux à l'organisation de l'Anap que la Fedoru suit avec intérêt. J'attire votre attention sur le fait que des structures régionales de type Oru peuvent avoir dans leurs missions le pilotage du déploiement d'outils tels que les répertoires opérationnels de ressources (ROR) dans lequel on retrouve systématiquement l'attrait des régions à se lancer sur cette voie. Il y a celles qui se lancent avec les outils d'Île-de-France ou de PACA. À ce propos, un des leviers est bien la déclaration des lits avec la traçabilité. La connexion, lits disponibles déclarés, que l'on peut mettre en cause, et résumés de passage aux urgences, tournée sur les problématiques d'indicateurs de tension, est en cours. Un RPU permet de dire beaucoup de choses pour peu que l'on augmente la densité de recueil. On l'a évoqué dans les recommandations sur les missions d'un Oru. On l'a aussi évoqué dans la synthèse que nous avons tentée et qui sera publiée en janvier sur les problématiques de tensions hospitalières. Je crois qu'il y a vraiment des choses qui bougent. L'inventaire des lits fait partie des données très complémentaires de l'inventaire des données RPU.

De la salle

Juste pour compléter la réponse qui a été faite. L'ensemble des établissements ne peut pas être accompagné, mais ce n'est pas l'objectif. En revanche, des travaux de capitalisation sont en cours sur le grand nombre d'établissements accompagnés sur la thématique de gestion des lits. Elle ne concerne pas seulement la base des urgences, mais l'ensemble des lits d'hospitalisation des établissements. Ces travaux de capitalisation seront à terme disponibles pour l'ensemble de la communauté hospitalière.

Samuel Pratmarty

Merci pour ce complément. Avez-vous d'autres questions ?

De la salle

En tant qu'urgentiste de base, chef de service d'urgence, j'étais contre cette enquête parce que je trouvais que c'était trop de travail pour notre service comme d'autres. Je trouvais que la qualité n'était pas très bonne même si on y a affecté des personnes. En définitive, je suis assez content parce que cela montre que nos structures d'urgence sont indispensables. On a toujours peur qu'elles soient menacées parce qu'on parle de leur place de la ville. On parle de recours direct aux urgences comme si c'était un scandale. On s'aperçoit que nos patients sont bien traités. Ils font bien de venir directement aux urgences. Leur instinct ne les a pas trompés. C'est l'histoire de ce patient concernant la prostate qui finit en réanimation. Je voulais vous remercier d'avoir fait cette enquête. J'espère que vous avez bien compris à quel point nous étions indispensables à la population. Nous ne sommes pas seulement une source de coûts, nous rendons un service indéniable qu'aucune autre structure, notamment la permanence des soins ambulatoires, ne rend actuellement. Peut-être, un jour, mais actuellement, ce n'est pas le cas. Les patients viennent dans nos urgences parce qu'ils ont confiance en nous, parce qu'on leur donne un outil technique qu'ils ne trouvent pas ailleurs. Je vous remercie d'avoir fait cette enquête. J'espère que le ministère et toutes les directions générales en tiendront compte quand elles auront des discussions avec les urgentistes. Merci encore.

Samuel Prtmarty

Je crois qu'il n'y avait aucune ambiguïté sur le rôle et l'utilité des urgences. Si cette enquête a permis de conforter ce ressenti, c'est un effet induit qui est le bienvenu. Avez-vous d'autres questions ou observations ?

De la salle

Je voudrais juste faire un petit point sur la question de l'accessibilité aux données. Si on a créé des ARS, des Oru, des entités en région pour essayer de structurer, de réguler, d'organiser l'offre de soin, la prise en charge, il faut qu'elle ait des capacités d'analyse de la situation régionale. Tout ne peut pas être décidé à Paris. Or, sur toutes les données, il y a toujours des limites que ce soit les données de l'assurance maladie ou les données des enquêtes réalisées entre autres par la Drees. Je comprends très bien la question de la sécurité par rapport à cette problématique. Il y a la question de l'accès des données anonymisées et il y a la question de diffusion des données. Ce sont des choses différentes. Quand ces données sont utilisées dans votre service, il y a le même risque, chez vous ou chez nous, ou dans le service de la Drees qu'il y ait une malintention par rapport à l'utilisation de ces données. Il n'y a pas plus de malintention en région qu'il n'y en a à l'échelle nationale. À un moment donné, si on veut que les ARS jouent réellement leur rôle en région comme les Oru, il faut faciliter l'accès aux données de manière générale, que ce soit des données issues de systèmes de gestion comme celui de l'assurance maladie, ou que ce soit celui d'enquêtes. Aujourd'hui, il y a des enjeux de pouvoir sous-jacents que je comprends très bien, mais qui deviennent réellement limite.

Samuel Prtmarty

Je ne suis pas sûr qu'il y ait des enjeux de pouvoir, mais vous voulez peut-être préciser par rapport aux éventuelles restrictions d'accès.

Gwennaëlle Brilhault

On en a déjà discuté dans d'autres cercles. Les données du volet « patient » de l'enquête sont soumises au secret statistique comme cela a été dit. Elles sont en accès pour les membres du service des statistiques ministérielles et de la statistique publique. En revanche, on a un peu progressé puisque le fichier de production et de recherche est désormais disponible, les données anonymisées qui permettent déjà énormément de choses. Elles donnent des données sur l'ensemble des patients en permettant de faire des analyses au niveau de la région. Je sais que ce n'est pas tout-à-fait ce qui vous intéresse, mais c'est ce que nous pouvons vous donner de mieux en l'état de la loi. Pour ces données, on se proposait de trouver une solution avec le secrétariat général du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour qu'il soit mis à disposition de l'ensemble des ARS de manière commune pour éviter que chacun ait besoin de contractualiser avec la Drees, donc pour faciliter les choses. Pour les projets de recherche plus poussés, il y a des moyens d'accès aux données, mais qui sont soumis aux règles que j'ai déjà décrites avec recours à la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et/ou au comité du secret selon que l'on s'intéresse à des données sur les patients ou sur des établissements. Néanmoins, beaucoup de choses sont déjà disponibles puisqu'on a fait le choix dans cette en-

quête de séparer en deux volets, le volet « structure » a été conçu comme une enquête administrative de manière à ce que l'ensemble de ses données soit accessible à tous. C'était vraiment dans l'optique que tout le monde puisse accéder aux données concernant l'organisation des structures d'urgence, établissement par établissement. La restriction porte davantage sur les données du questionnaire « patient ».

Samuel Prtmarty

Avez-vous d'autres questions ? *A priori* non. Je vous propose de passer au dernier temps de cette journée sous la forme de conclusions générales qui seront rapportées par nos collègues de l'inspection générale des affaires sociales (Igas).

Clôture du colloque

Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD

Inspecteur général des affaires sociales, Igas

Je veux d'abord souligner le grand intérêt de cette enquête. Beaucoup d'entre vous en ont fait état au cours de la journée. Cela apparaît clairement dans tout ce qui a été présenté. Il y a même des données et enseignements qui restent à présenter puisque toutes les exploitations n'ont pas été faites. Je veux donc souligner l'intérêt de cette enquête, sa grande richesse et remercier la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour son travail.

La matinée a commencé avec une présentation de la méthodologie suivie pour l'enquête. Je tiens à dire qu'il est très important d'avoir fait cette présentation méthodologique parce qu'il est essentiel sur un sujet aussi passionnel que celui des urgences de donner confiance aux différents acteurs du débat public à partir de données objectives qui permettent de sortir d'éléments passionnels liés à des *a priori* ou des préjugés de telle ou telle partie au débat sur les urgences, leur fonctionnement, leurs atouts et leurs difficultés. Le temps consacré à la présentation de la méthodologie était important pour créer cette confiance. On a retrouvé tout le professionnalisme de la Drees. Ceci n'est pas seulement vrai pour cette enquête, ceci est vrai pour tous leurs travaux, mais en tout cas pour ce travail, c'était important de le faire.

À ce stade aussi, je voudrais répondre à la « critique », la remarque qui était faite sur le fait qu'il s'agissait de données très descriptives. Une forme de déception a été exprimée par rapport à cette présentation considérée ou ressentie comme étant trop descriptive. Sur ce point, je voudrais dire que ce type d'enquête, ce type d'analyse ne donne jamais des réponses au vécu des acteurs du système. Cela permet de lancer une réflexion et d'avoir un débat entre acteurs de la question, de lancer ce débat sur des données objectives. Il faut maintenant que l'ensemble des personnes concernées analyse ces données pour en tirer quelque chose d'opérationnel pour chacun des acteurs concernés. Le sujet est revenu tout à fait à la fin avec une question sur une utilisation des données de cette enquête par région, je crois qu'il est important de le souligner au moment de la conclusion.

Je souhaite faire part de quelques constats que j'ai pu relever au cours de la journée. C'est forcément arbitraire, j'ai fait des choix parce que beaucoup de choses ont été dites aujourd'hui qu'il est impossible de les reprendre toutes en conclusion. J'ai fait un choix sur quelques sujets abondamment traités sur lesquels je vais poser des questions.

Le temps d'attente

Il a été évoqué ce matin. Ce sujet occupe tous les professionnels concernés, mais aussi la population, les médias. Cela va de l'histoire de chasse, « j'ai attendu douze heures », mais aussi à un ressenti qu'on retrouve dans des médias sur tel ou tel cas d'attente aux urgences. C'est aussi un élément de réponse à un des intervenants qui a défendu le rôle des urgences. Ce rôle majeur des Urgences est évidemment incontestable quand on voit le nombre chaque année croissant de patients qui font confiance aux urgences. On voit bien que leur rôle est considérable, mais il faut aussi traiter simultanément une image véhiculée même si elle est parfois infondée. Quand j'ai écouté les données sur le temps d'attente, évidemment, il s'agit de médianes, mais on peut vraiment affirmer au vu de cette enquête que les temps d'attente ne sont pas scandaleux. Il y a sûrement des cas où des attentes sont trop longues, mais on peut tout de même affirmer qu'en moyenne ce n'est pas le cas et le dire. Cela correspond sûrement aux efforts considérables réalisés. Comme il y a eu beaucoup de critiques sur ce point, beaucoup d'efforts ont été faits. C'est sans doute le résultat de ces efforts. Il faut sûrement garder des indicateurs d'alerte pour éviter les dérives ou les situations anormales. Il faut aussi donner un satisfecit global, et le faire savoir.

Je fais un lien avec l'image donnée. L'enquête doit aussi être exploitée par les professionnels pour revoir leur organisation, par les décideurs pour savoir quelles orientations doivent être prises. Il faut aussi que ce soit relayé par les médias pour donner une information objective à la population. Ce temps d'attente, je l'ai bien noté avec l'intervention sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Dans certains domaines tels que la prise en charge de l'AVC, des progrès importants restent à faire sur la qualité de la prise en charge.

Dans le temps d'attente, il y a non seulement le temps d'attente aux urgences, mais aussi le temps d'attente pour être hospitalisé avec une exception considérable concernant les personnes âgées. Par contre, pour les personnes en dessous de 75 ans, le temps d'attente n'est pas long. Il reste le cas particulier des personnes âgées, du temps d'attente significativement plus long et de leur prise en charge aux urgences.

La prise en charge aux urgences des personnes âgées

Sur presque tous les items, il y a des différences avec le reste de la population que ce soit avant l'arrivée aux urgences, pendant la prise en charge aux urgences, à la sortie des urgences, sur les raisons du recours aux urgences pour les pathologies des personnes âgées, à chaque fois, les différences sont sensibles. Elles nous interpellent forcément en matière d'organisation. Faut-il une organisation adaptée ? Le Pr Schmidt est allé jusqu'à poser une question provocante puisqu'il pense le contraire, et il l'a dit. Faut-il avoir des urgences gériatriques ? Je pose la question. Faut-il aussi une organisation adaptée ? C'est sûrement là où un travail doit être fait, on voit bien que cette population est celle qui actuellement est la moins bien prise en charge par rapport aux autres populations, peut-être pour des raisons objectives, mais là aussi, il faut l'expliquer. À ce titre, je vais poser une autre question en matière d'organisation, pas uniquement des services d'urgence, organisation des établissements de santé. Je ne parle pas de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui est une donnée, je parle de lits d'hospitalisation au lieu d'avoir les lits uniquement dans les spécialités, faut-il avoir des lits aux urgences ? Il est nécessaire d'avoir une réflexion sur l'accueil des personnes âgées.

La qualité du tri aux urgences

Je voudrais souligner ce point qui est ressorti de vos interventions, le caractère essentiel de la qualité du tri aux urgences. Il est prédictif avec la fonction de tri et d'orientation d'accueil qui est une fonction importante. Dans les chiffres cités ce matin, j'ai noté 70 % des services d'urgence n'ont pas de fonction d'infirmière d'orientation et d'accueil identifiée. Quand on voit l'importance du tri, une réflexion est à mener.

Le recours aux urgences

Tout au long de la journée, cette problématique a été présente. Le recours direct aux urgences, les raisons de la venue aux urgences et si on a fait appel à d'autres moyens. Ce matin, on a dit qu'un tiers des patients venant aux urgences avaient essayé autre chose. C'était la médiane toutes populations confondues. On a vu après que c'était seulement 20 % des personnes ayant <75 ans et à l'inverse pour les personnes de plus de 75 ans, autre chose avait été essayé avant dans une proportion beaucoup plus importante.

Première donnée et première interrogation. Ce tiers constitue-t-il un bon résultat ou non ? A-t-on un référentiel ? Dans le recours aux urgences, 80 % viennent pour un recours à motif médical. Je me suis donc demandé pour quelles raisons venaient les 20 % restant. A priori, on vient plutôt pour un motif médical. Le deuxième pourcentage a trait à l'accessibilité. J'insiste sur ce point. 60 % de patients venaient pour une raison d'accessibilité. Nous devons tous y réfléchir. Cela rejoint ce qui a été dit sur la qualité des services d'urgence. Il y a une consultation médicale, mais il y a aussi potentiellement si le besoin s'en fait sentir de la biologie et de l'imagerie. J'ai compris le terme d'accessibilité sans doute par la question de la couverture horaire, 24 h/24, la nuit, le dimanche. Je l'ai comprise aussi comme étant le fait d'une prestation complète. Cela rejoint les temps d'attente. Quand on ne vient pas dans une structure d'établissement et que l'on a besoin d'une prestation de biologie et d'imagerie, on met évidemment du temps pour avoir l'ensemble de cette prestation. J'ai noté aussi qu'il était difficile de mesurer à partir des expériences présentées le rôle réel joué par la médecine libérale ambulatoire dans les urgences puisqu'on n'a pas de données pour objectiver cela.

C'est peut-être une piste pour la Drees pour une autre enquête. Vous avez dit que c'était un projet. Il faut essayer de mesurer les rôles respectifs de l'établissement et de la médecine ambulatoire. Je me pose des questions, vous avez sûrement les réponses, sur l'attitude des personnes de plus de 75 ans qui était différente. Le passage par le médecin traitant avant d'arriver aux urgences était plus important. Est-ce un effet générationnel ? Les personnes âgées actuelles ont vécu une organisation de système de soins dans lequel le médecin de famille jouait un rôle important. Ils ont peut-être gardé ce réflexe lorsqu'ils ont 75 ou 80 ans, ou bien ils ont ce réflexe parce qu'ils voient souvent le médecin ? Comme ils le connaissent bien, ils ont plus facilement accès au médecin. C'est important de répondre à ces questions pour savoir ce qui se passera dans 15 ou 20 ans. Quand les adultes actuels atteindront ces âges, utiliseront-ils aussi plus le médecin

traitant pour arriver aux urgences ou au contraire se présenteront-ils spontanément directement aux urgences ? Il y a une étude à faire sur ce point.

Dans une enquête de cette nature, c'est une gageure de répondre aux besoins de tout le monde, aux besoins des urgentistes qui ont travaillé avec la Drees et qui ont essayé de voir de quelles informations ils avaient besoin pour organiser leur travail, le mesurer et l'évaluer, mais il y a aussi des besoins pour les décideurs, ceux au sein des établissements, au niveau de la région, au niveau national, pour essayer d'améliorer les choses sur cette prise en charge des urgences. Cette enquête a permis de satisfaire au besoin d'objectivité du débat à conduire.

Il ne me reste plus qu'à remercier l'ensemble des participants, la Drees, les intervenants et tous ceux qui ont participé, en particulier les sociétés savantes qui ont beaucoup œuvré à l'élaboration de ce questionnaire. Merci à tous.

Abréviations

ALD affection de longue durée

Amuf Association des médecins urgentistes de France

Anap Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

AP-HP Assistance publique-Hôpitaux de Paris

ARS Agence régionale de santé

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

ATU (forfait) accueil et traitement des urgences

AVC accidents vasculaires cérébraux

CCMU classification clinique des malades aux urgences

CCII Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers de la SFMU

CH Centre hospitalier / **CHR** Centre hospitalier régional / **CHRU** Centre hospitalier régional universitaire / **CHU** Centre hospitalier universitaire

Cim-10 Classification internationale des maladies (10^{ème} version)

CMU-C Couverture maladie universelle complémentaire

CPAM Caisse primaire d'assurance maladie

CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Cnil Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Cnis Conseil national de l'information statistique

CNUH Conseil national de l'urgence hospitalière

DCIR Données de consommation inter régime

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DGS Direction générale de la santé

DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Drees Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

Ehpad Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESPS enquête sur la santé et la protection sociale

ETP équivalent temps plein

Fedoru Fédération des observatoires régionaux des urgences

HAS Haute Autorité de santé

HPST (Loi) Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire

IAO infirmier(ère) d'accueil et d'orientation

IOA infirmier(ère) organisateur(trice) de l'accueil

Igas Inspection générale des affaires sociales

Insee Institut national des statistiques et des études économiques

InVS Institut de veille sanitaire

IRM Imagerie à résonance magnétique

Oru Observatoire régional des urgences

OSCOUR® Organisation de la Surveillance COordonnée des Urgences
PDSA Permanence des soins ambulatoires
PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information
RDU Recours direct aux urgences
RPU résumé de passage aux urgences
ROR Répertoires Opérationnels des Ressources
SAE Statistique annuelle des établissements
Sami Service d'Accueil Médical Initial
Samu Service d'aide médicale urgente
SFMU Société française de médecine d'urgence
Smur structure mobile d'urgence et de réanimation
Sniiram Système d'information inter régimes de l'assurance maladie
SUdF Samu-Urgences de France
SurSaUD® surveillance sanitaire des urgences et des décès
UHCD unité d'hospitalisation de courte durée
UNV unité neuro vasculaire

Bibliographie relative à l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières

Site de l'enquête Urgences

<http://www.Drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>

Articles de périodiques et articles de revue

- Boisguérin B., Brilhaut G., Ricroch L., Valdelièvre H., Vuagnat A., 2015, « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la Drees », *Dossier du panorama des établissements de santé*, Drees, édition 2014.
- Boisguérin B. et Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, Drees, n° 889, juillet.
- Cash E., Cash R., Ducassé J-L., Hault C., Matthieu F., Richard T., 2013, « Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières », *Document de travail Série Études et Recherche*, Drees, n°125, mars.
- Ricroch L., 2015, « Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats*, Drees, n°906, mars.
- Ricroch L., Vuagnat A., 2015, « Temps et délais de prise en charge aux urgences », *Études et Résultats*, Drees, à paraître.
- Vuagnat A., 2014, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », *Dossier du panorama des établissements de santé*, Drees, édition 2013.

Présentations

- Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Résultats du questionnaire patients - parcours avant l'arrivée aux urgences », *congrès SFMU Urgences*, juin, Paris.
- Boisguérin B., Minodier C., Valdelièvre H., Vuagnat A., 2013, « Enquête un jour donné sur les services des urgences », *congrès SFMU Urgences*, juin, Paris.
- Brilhaut G., El Khoury C., 2014, « Perspectives d'études à partir de cette enquête », *congrès SFMU Urgences*, juin, Paris.
- Brilhaut G., Ricroch L., 2015, « L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières : retour sur une enquête inédite (collecte, qualité des données, diffusion anonymisée) », *journées de méthodologie statistique de l'Insee*, avril, Paris.
- Ricroch L., 2013, « Méthodologie de l'enquête Urgences 2013 », *congrès SFMU Urgences*, juin, Paris.
- Vuagnat A., 2015, « Temps, parcours et délais aux urgences : résultats de l'enquête nationale », *congrès conjoint Adelf Émois*, mars, Nancy

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directeur de la publication : Franck von Lennepe

ISSN : 1958-587X
