



# Études et Résultats

N° 212 • janvier 2003

*L'enquête nationale sur les urgences, réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon de patients de 150 services, livre des premières informations relatives aux différentes populations fréquentant les urgences, à leurs modes d'accès, aux motifs pour lesquelles elles consultent et aux soins qu'elles y ont reçus. Ces passages se concentrent pour les deux tiers dans les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU). Si le quart des usagers a moins de 15 ans et 43 % moins de 25 ans, les nourrissons sont, proportionnellement à leur nombre dans la population, presque deux fois et demie plus nombreux à les fréquenter. Les personnes de plus de 70 ans ne représentent, quant à elles, que 14 % de l'ensemble des usagers. La fréquentation des urgences, équivalente le week-end et la semaine, est plus faible la nuit. Près des trois quarts des patients arrivent sans avoir consulté de médecin et par leurs propres moyens. Les traumatismes et problèmes somatiques représentent les principales causes de recours, avec de fortes disparités selon l'âge des patients : 85 % des nourrissons arrivent aux urgences pour des problèmes somatiques alors que les traumatismes concernent près des deux tiers des jeunes de 6 à 25 ans. Les trois quarts des patients ont reçu au moins un examen diagnostique ou des soins. 19 % sont ensuite hospitalisés, les personnes de plus de 70 ans l'étant dans plus de la moitié des cas.*

*version corrigée*

## Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale

**E**n janvier 2002, une enquête nationale a été réalisée auprès d'un échantillon de patients (encadré 1) pris en charge dans 150 services d'urgence<sup>1</sup> afin de mieux connaître leurs principales caractéristiques, les motifs pour lesquels ils recourent aux urgences et leur parcours ultérieur (les actes effectués, puis leur orientation). Dans un premier temps, les équipes soignantes ont été interrogées sur les circonstances de l'arrivée des patients, leurs pathologies et leur prise en charge. En outre, deux semaines après leur passage, 3 000 de ces patients, tirés au sort parmi ceux qui n'avaient pas été hospitalisés, ont été interrogés par téléphone sur leurs motivations, les trajectoires qu'ils avaient suivies avant leur arrivée ainsi que leurs appréciations concernant leur prise en charge. Les résultats de ces interviews, en cours d'exploitation, seront publiés fin janvier. Cette enquête est la première à donner une vision nationale globale de la fréquentation des services d'urgence. Les résul-

1. Elle a nécessité l'active collaboration des équipes soignantes des services tirés au sort qui ont pour la plupart accepté d'y participer. Qu'ils en soient vivement remerciés.

**Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU**  
Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées  
DREES



Ministère des Affaires sociales,  
du travail et de la solidarité

Ministère de la Santé,  
de la famille  
et des personnes handicapées

tats obtenus confortent et complètent ceux de l'Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées (ORUMIP) [encadré 2] qui constitue, à ce jour, la plus importante base de données médicalisée sur l'activité des services d'urgence.

## Deux tiers des passages aux urgences sont pris en charge dans des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU)

### E•1

#### Méthodologie de l'enquête

L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 150 services d'urgence, répartis sur le territoire métropolitain, tirés aléatoirement dans huit strates définies en fonction de l'autorisation détenue (SAU / UPATOU<sup>1</sup>), du statut juridique (public / privé) et du nombre de passages annuels : UPATOU privées, UPATOU publiques de moins de 10 000 passages, UPATOU publiques de 10 000 à 15 000 passages, UPATOU publiques de plus de 15 000 passages, SAU de moins de 25 000 passages, SAU de 25 000 à 35 000 passages, SAU de 35 000 à 50 000 et, SAU de plus de 50 000 passages (interrogés exhaustivement).

Les services tirés au sort ont été répartis en deux vagues pour étaler la charge globale d'enquête sur deux semaines, du 10 au 17 janvier 2002 pour la première vague et du 17 au 24 janvier pour la seconde.

Chaque service a tiré aléatoirement un échantillon de patients se présentant aux urgences la semaine d'enquête<sup>2</sup>. Pour chaque patient tiré au sort a été établie une fiche médicale anonyme, comportant le numéro FINESS de l'établissement, un numéro d'ordre unique, la date et l'heure d'arrivée, ainsi que le sexe et l'âge du patient. Cette fiche était ensuite remplie au cours du passage par le personnel du service, afin de préciser les circonstances et motifs de recours, les résultats de la consultation, le devenir du patient ainsi que l'opinion du médecin sur les raisons de la venue du patient aux urgences.

À l'issue du passage aux urgences, une fiche d'acceptation était remise aux patients non hospitalisés tirés au sort, leur demandant leur accord pour être éventuellement interrogés par téléphone dans un délai de 15 jours suivant leur sortie, et comportant le même numéro d'ordre que la fiche médicale, ainsi que l'heure et la date d'arrivée, le sexe et l'âge du patient. Ces informations communes ont ensuite permis l'appariement des deux fichiers, fiches médicales et interviews téléphoniques.

À la fin de chaque semaine d'enquête, l'ensemble des fiches d'acceptation a été transmis à la société d'enquête BVA sous pli recommandé avec accusé de réception ; les fiches médicales (environ 10 000) ont été transmises à la DREES dans les mêmes conditions.

À partir des 8 765 fiches d'acceptation reçues par BVA, 3 000 entretiens téléphoniques ont été réalisés du 28 janvier 2002 au 1<sup>er</sup> mars 2002.

Enfin, un questionnaire sur l'organisation de l'unité devait être rempli par chacun des services ayant participé à l'enquête et envoyé à la DREES. Il a notamment permis d'améliorer l'estimation du nombre de passages annuels des services enquêtés.

1. Unité de proximité d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences.
2. Un patient sur douze dans les services de la strate exhaustive, un sur trois dans les autres.

### E•2

#### L'Observatoire régional des urgences en Midi-Pyrénées (ORUMIP)

Le collège de Midi-Pyrénées des médecins d'urgence a été à l'initiative de la création d'un observatoire des urgences. Ce projet qui s'inscrit dans le volet urgences du schéma régional d'organisation sanitaire de la région, participe à son évaluation. Il est soutenu par l'Agence régionale d'hospitalisation de Midi-Pyrénées, ainsi que par l'Union régionale des médecins libéraux et le Collège régional des médecins de département d'information médicale et a démarré le 1<sup>er</sup> janvier 2001. 34 des 35 services de cette région ont accepté de recueillir, pour chaque entrée dans le service un certain nombre d'informations comme le motif de recours, la gravité, le diagnostic, les actes pratiqués, le Groupe de passages aux urgences (GPU) et le devenir. L'exploitation de ces données a été confiée à l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP) sous la responsabilité du D<sup>r</sup> Jean-Louis Ducassé.

Le premier rapport annuel portant sur l'année 2001<sup>1</sup> a ainsi permis, pour un certain nombre d'items communs, la comparaison avec l'enquête statistique nationale. La plupart des constats sont concordants, sauf en ce qui concerne le taux d'hospitalisation supérieur dans la base de l'ORUMIP<sup>2</sup>.

1. Aimablement transmis par le D<sup>r</sup> Ruiz que nous remercions « Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées 2001 ». ORUMIP Hôtel Dieu S<sup>t</sup> Jacques, 2 rue Viguerie 31052 Toulouse cedex.
2. Dans cette région, les patients qui séjournent dans les zones de surveillance de très courte durée situées au sein même des services d'urgence du secteur public sont considérés comme hospitalisés, même s'ils ressortent ensuite mais les pratiques d'enregistrement varient d'un établissement à l'autre.

On peut estimer à près de 240 000, le nombre de passages aux urgences pris en charge durant la semaine d'enquête<sup>2</sup>, ce qui est légèrement inférieur à la fréquentation hebdomadaire moyenne calculée à partir de l'enquête SAE<sup>3</sup> portant sur l'année 2000 (12 720 000 passages en France métropolitaine), augmentée des tendances annuelles observées sur longue période<sup>4</sup>. On ne peut cependant en déduire un infléchissement de ces tendances. Il peut en effet s'agir d'une baisse conjoncturelle de l'activité, de l'intensité relativement faible de l'épidémie de grippe hivernale en janvier 2002, d'un phénomène saisonnier tel qu'il a, par exemple, été perçu en Midi-Pyrénées, ou encore de l'impact de la grève des médecins généralistes durant cette période, certains patients ayant pu renoncer à consulter aux urgences de peur d'être confrontés à des équipes surchargées et de devoir attendre un long moment.

Les deux tiers de ces passages ont été pris en charge dans des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), c'est-à-dire dans des établissements qui disposent d'un certain nombre de moyens lourds (encadré 3), le tiers restant se partageant entre les unités de proximité d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) publiques (25 %) et privées (9 %).

2. Passages réalisés dans la semaine du 10 au 17 janvier 2002 ou du 17 au 24 janvier 2002 selon les régions.

3. Les données déclarées par les établissements dans l'enquête SAE 2000 ont été corrigées d'une part par la liste des autorisations existant en 2000, d'autre part par des informations complémentaires obtenues par la DHOS auprès des agences régionales d'hospitalisation pour constituer la base de sondage.

4. Dominique Baubeau, Annie Deville, Marc Joubert, Caroline Fivaz, Isabelle Girard, Sylvie Le Laidier : « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés » *Études et Résultats* n° 72, DREES.

**Un recours aux urgences particulièrement élevé chez les enfants de moins d'un an et, dans une moindre mesure, les personnes âgées de plus de 80 ans**

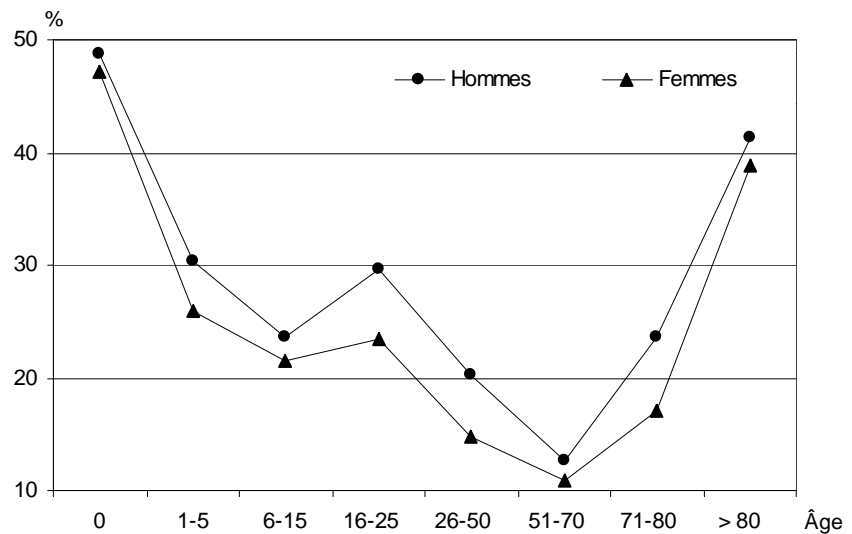
La clientèle des urgences est globalement plus jeune que l'ensemble de la population : le quart des patients a moins de 15 ans et 43 % moins de 25 ans, alors que les personnes âgées de plus de 70 ans ne représentent que 14 % du total. Si l'on compare la répartition par âge des usagers des urgences à celle de la population générale, on constate que les nourrissons de moins d'un an sont proportionnellement 2,4 fois plus nombreux dans la clientèle des urgences.

Si l'on s'intéresse au pourcentage d'une classe d'âge qui aura fréquenté les urgences dans l'année, ce sont les nourrissons de moins d'un an qui ont le taux de recours aux urgences le plus élevé (48 %, soit 1,7 fois plus que les enfants d'un à 5 ans) [graphique 1]. Au deuxième rang, viennent les personnes âgées de 80 ans et plus (40 %), enfin les enfants d'un à 5 ans. À l'opposé, ce sont les personnes qui ont entre 51 et 70 ans qui ont le taux de recours le plus faible (12 %).

Cette structure par âge ne diffère guère entre les SAU et les UPATOU. Toutefois, les enfants de moins de 6 ans sont plus nombreux dans les SAU<sup>5</sup> et nettement moins nombreux dans les UPATOU privées. De même, les personnes âgées de plus de 70 ans sont plus souvent prises en charge par le secteur public : globalement, celui-ci accueille 90 % des patients des urgences avant 70 ans, mais 95 % de ceux qui ont plus de 70 ans.

Les usagers des services d'urgence sont majoritairement des hommes et, même si ce déséquilibre entre hommes et femmes existe pour toutes les tranches

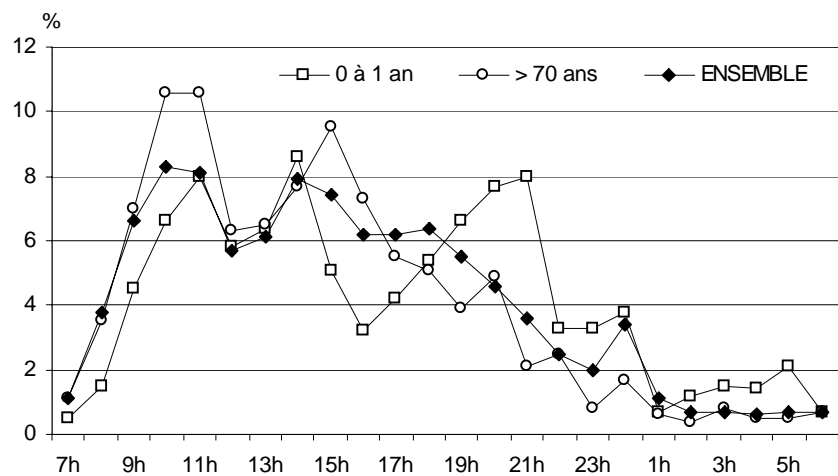
**G.01** taux de recours aux urgences\* selon l'âge et le sexe



\* Rapport du nombre de passages annuels d'une classe d'âge à son effectif dans la population au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

**G.02** horaires des arrivées aux urgences



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

d'âge avant 70 ans, il est plus important d'un à 5 ans (55 % sont de sexe masculin) et chez les adultes de 16 à 50 ans (57 %).

**Une fréquentation équivalente le week-end et la semaine, nettement plus faible la nuit**

21 % des personnes ont eu recours aux services d'urgence la nuit<sup>6</sup> et 28 % le week-end, période où la fréquentation reste donc globalement égale à celle des jours de semaine. La part des personnes

reçues la nuit est un peu plus importante dans les SAU que dans les UPATOU (22 % contre 18 %). Le rythme des arrivées varie au fil de la journée (graphique 2) : elles augmentent rapidement à partir de 7 heures pour atteindre leur maximum entre 10 et 11 heures, puis diminuent un peu pendant la pause déjeuner pour connaître une nouvelle hausse à 14 heures. Au cours de l'après-midi, le flux se réduit progressivement avec un palier entre 16 et 18 heures. Une remontée s'observe autour de minuit, puis,

5. Regroupés pour l'analyse avec les pôles d'orientation spécialisés des urgences pédiatriques (POSU pédiatriques).

6. Arrivée aux urgences entre 20 h et 8 h, soit 50 % du temps.

**E 3**

**La classification des services d'urgence**

Les décrets n° 95-647 du 9 mai 1995 et n° 97-615 du 30 mai 1997 ont structuré l'accueil des urgences sur le territoire, en distinguant différents types de services ayant des missions sensiblement différentes :

**Les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU)** sont les pivots de cette organisation en réseau hiérarchisé et coordonné. Ils doivent en effet assurer la prise en charge sur place de tous les types d'urgence qui se présentent à eux, y compris les patients dont le pronostic vital est menacé et qui requièrent une hospitalisation en réanimation. Mais ils ont simultanément une mission d'appui et de recours à l'égard des unités de proximité situées au sein du même bassin de population (au moyen de conventions) et des pôles spécialisés.

Les établissements autorisés à faire fonctionner un SAU doivent donc disposer d'un certain nombre de moyens lourds : SMUR, réanimation, plateau technique d'imagerie, de biologie de chirurgie et d'anesthésie fonctionnel 24 heures sur 24, et d'un éventail de spécialistes (psychiatre, pédiatre,...).

En 2000, dans la base de sondage qui a servi à constituer l'échantillon, 207 sites d'accueil (au sens établissements géographiques) ont été déclarés en France métropolitaine<sup>1</sup> dont 6 appartenaient au secteur privé (un seul sous Objectif quantifié national - OQN). En termes de volume d'activité, 61 sites ont eu une activité inférieure à 25 000 passages annuels, 93 ont reçu plus de 35 000 patients (dont 36 plus de 50 000).

**Les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU)** accueillent également tout patient qui se présente, traitent sur place ceux qui nécessitent des soins correspondant à leurs moyens humains et techniques et orientent les autres vers des établissements adaptés dans le cadre de « contrats relais » passés avec chacun d'entre eux, définissant au préalable les règles de ces coopérations.

Dans la base 2000, 327 établissements géographiques bénéficiant d'une autorisation ont déclaré une activité, dont 85 appartiennent au secteur privé. 30 % des UPATOU ont reçu moins de 10 000 passages annuels et seulement 29 ont dépassé 25 000 venues.

**Les pôles spécialisés des urgences**, comme leur nom l'indique, ne peuvent assurer qu'un type d'urgences en rapport avec leur plateau technique et leurs disciplines d'équipement (par exemple les hôpitaux pédiatriques peuvent être autorisés à faire fonctionner un POSU pédiatrique). Ils doivent également passer convention avec un établissement siège de SAU. Ils étaient au nombre de 24 à avoir fonctionné en 2000 (plus une unité située sur le même site qu'un SAU), les POSU pédiatriques étant parmi eux largement majoritaires.

Cette structuration selon les missions s'ajoutant aux différences de statut et surtout de volumes d'activité, souligne l'hétérogénéité des services d'urgence sur le territoire.

1. Dans les DOM, on dénombre 5 SAU et 7 UPATOU.

à partir d'une heure du matin, le rythme est au plus bas et stagne jusqu'à 7 heures.

Ces horaires, liés à la vie active, sont essentiellement ceux des patients âgés de 6 à 70 ans. Ils diffèrent quelque peu pour les nourrissons de moins d'un an, amenés plus souvent par leurs parents en fin d'après midi et en soirée avec un pic entre 19 et 22 heures. Les enfants âgés d'un à 5 ans, quant à eux, arrivent plus fréquemment dès le début de l'après-midi avec un rebond un peu moins tardif en soirée (avant 21 heures). À l'opposé, les personnes âgées de plus de 70 ans viennent très majoritairement le matin ou en début d'après-midi (mais moins souvent en soirée).

**Près des trois quarts des usagers arrivent directement aux urgences et par leurs propres moyens**

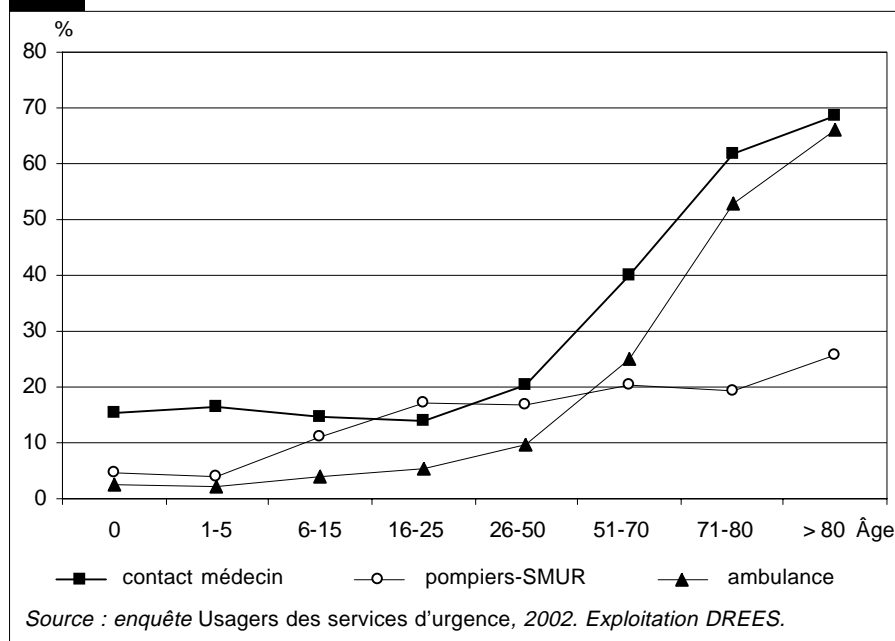
D'après les indications fournies par les équipes soignantes, 70 % des usagers des services d'urgence s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone. Ce mode d'arrivée directe concerne au moins 80 % des patients dans toutes les tranches d'âge inférieures à 50 ans, puis diminue fortement avec l'âge : au-delà de 80 ans, plus des deux tiers des patients ont bénéficié d'une orientation médicale préalable (graphique 3).

La grande majorité des personnes (près des trois quarts) arrive par ses propres moyens, 14 % sont conduites en ambulance, la même proportion est amenée par les pompiers, le SMUR et Police secours prenant en charge un peu moins de 3 % d'entre elles. Les enfants de moins de 6 ans sont amenés directement par leurs proches (pour plus de 80 % d'entre eux) et utilisent de façon marginale (moins de 5 %) les transports sanitaires urgents (SMUR, pompiers ou Police secours). La part de ces modes de transport augmente régulièrement avec l'âge pour atteindre 25 % chez les personnes âgées de plus de 80 ans, lesquelles ont également souvent recours au transport par ambulance (plus de 50 %) [graphique 3].

Enfin, la présence d'un accompagnant est quasi systématique pour les moins de 15 ans (plus de 90 % des cas) mais diminue régulièrement avec l'âge. À partir de 70 ans, plus d'un patient sur deux arrive seul aux urgences.

4

**G 03 absence de contact préalable avec un médecin et modes d'arrivée des patients aux urgences, selon l'âge**



**Des recours dus à part égale  
aux traumatismes  
et à des problèmes somatiques,  
avec de fortes différences  
selon l'âge des patients**

Les motifs de recours tels qu'ils sont répertoriés par les médecins se répartissent à part égale entre « problème somatique », terme qui englobe toutes les affections non liées à un accident ou à un trouble mental, et « traumatisme », chacun de ces deux motifs regroupant 48 % des passages<sup>7</sup>. Les troubles psychiatriques sont mentionnés dans 2,5 % des cas, il arrive plus rarement que plusieurs de ces problèmes soient associés (1,5 %). Là encore, les motifs évoluent fortement avec l'âge : les problèmes somatiques sont largement prédominants chez les nourrissons de moins d'un an (85 %), et de façon déjà beaucoup moins marquée chez les jeunes enfants entre un à 5 ans (57 %). À partir de 6 ans, au contraire, les traumatismes deviennent prédominants : présents chez près de 70 % des jeunes de 6 à 15 ans, ils représentent 62 % des motifs de passage repérés pour les jeunes de 16 à 25 ans. Pour les adultes de 26 à 50 ans, la traumatologie reste majoritaire (53 %) mais les problèmes somatiques sont cités dans 41 % des cas. Ils augmentent ensuite progressivement avec l'âge pour concerner plus des deux tiers des patients de plus de 80 ans.

Les passages aux urgences dus à la traumatologie sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, l'écart étant maximum entre 16 et 50 ans : 63 % des hommes de 16 à 25 ans et 52 % de ceux de 26 à 50 ans consultant un service d'urgence ont subi un traumatisme contre seulement 43 et 39 % des femmes des mêmes âges.

Les circonstances précisant ces motifs de recours n'ont pu être indiquées que dans 35 % des cas seulement (essentiellement lorsqu'il y avait eu traumatisme). Parmi ces répondants qui ne représentent

qu'un tiers des patients, 26 % des passages concernent un accident domestique, 19 % un accident de travail, 15 % un accident de sport, 11 % un accident de la circulation, 9 % un accident scolaire et 6 % un accident survenu sur la voie publique (par exemple, une chute). Par ailleurs, les médecins ont noté un problème social (associé ou isolé) dans 7 % des cas, un contexte d'agression dans 7 % et d'addiction dans 5 %.

Pour les enfants de 6 à 15 ans, les accidents scolaires et de sport sont évidemment les plus fréquemment cités, puis, de 16 à 25 ans, les accidents de sport et de travail. De 26 à 50 ans, ce sont les accidents liés au travail qui arrivent très largement en tête alors qu'au-dessus de 50 ans, les accidents domestiques deviennent prédominants. Les accidents de la circulation, quant à eux, concernent principalement les personnes de 16 à 50 ans

tandis que les addictions, les tentatives de suicide et les problèmes sociaux sont essentiellement mentionnés chez les adultes de 26 à 50 ans. Au-delà de 80 ans, il est aussi relativement fréquent de trouver mentionné un contexte social défavorable (7 %).

**Trois quarts des patients sont jugés  
dans un état clinique stable  
ne nécessitant pas de transfert  
vers un autre service hospitalier**

La gravité de l'état des patients est habituellement évaluée par les spécialistes de l'urgence à l'aide d'une échelle de 1 à 5 (encadré 4, graphique 4). Ainsi, plus des deux tiers des patients<sup>8</sup> (74 %) sont classés par les médecins au niveau 2 (état clinique jugé stable – décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence). Les

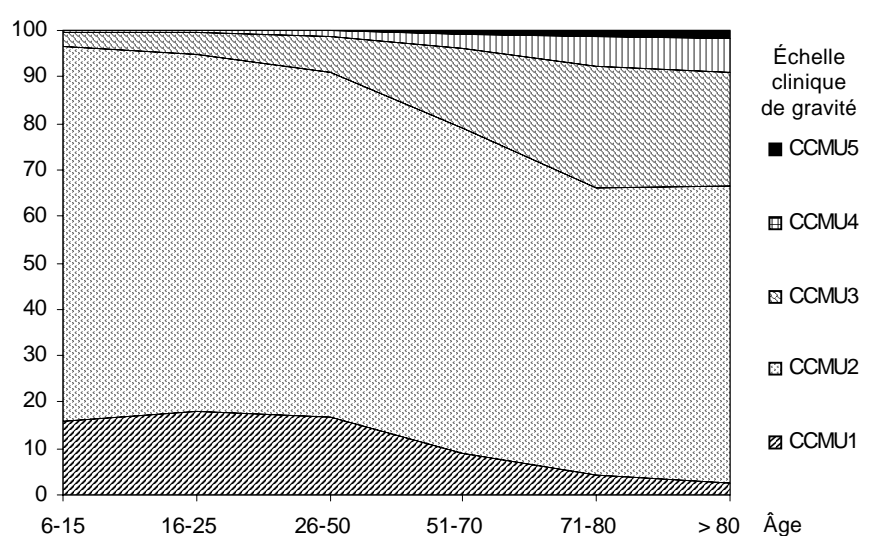
**E•4**

**La classification clinique des malades des urgences (CCMU)**

Les spécialistes de l'urgence en France utilisent pour évaluer la gravité des patients adultes admis aux urgences une échelle de gravité en cinq classes appelée CCMU. Il s'agit d'une classification clinique et d'intervention de soins. Les deux premières classes correspondent à des états qui ne sont pas jugés susceptibles de s'aggraver, la différence entre le niveau 1 et 2 étant liée à la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique. La CCMU3 correspond à un état susceptible de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital, contrairement aux CCMU 4 et 5 qui nécessitent des actes lourds, voire un recours à la réanimation (CCMU 5) pour préserver le pronostic vital menacé. Ce classement est effectué par le médecin après l'examen clinique initial. Cette échelle n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans et aux patients relevant d'une prise en charge exclusivement psychiatrique.

5

**G•04** état clinique des patients  
selon l'âge



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

7. Seules les UPATOU privées se distinguent dans la mesure où elles reçoivent sensiblement moins de problèmes somatiques (27 %) et plus de traumatologie (60 %).

8. Les enfants de moins de 6 ans et les patients venus pour un motif psychiatrique ont été exclus de cette analyse.

autres se répartissent essentiellement entre des personnes dont l'état clinique ne nécessite pas le recours à un acte complémentaire (14 % des passages relevant de la CCMU1) et des malades dont l'état est susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital (11 % des passages relevant de la CCMU3). Les deux dernières classes qui correspondent à un pronostic vital d'emblée menacé, sont rares (2 % des passages sont classés en CCMU4 et 0,4 % ont nécessité des manœuvres de réanimation correspondant à la CCMU5). Cette répartition, voisine de celle observée en Midi-Pyrénées, est à peu près identique dans les SAU et les UPATOU du secteur public. Par contre, les UPATOU du secteur privé accueillent une proportion plus faible des patients les plus graves (5 % de niveau 3).

Le niveau de gravité de l'état des patients est une nouvelle fois très différencié selon l'âge : la proportion de ceux pour lesquels le pronostic vital n'est pas menacé à l'arrivée mais dont l'état est susceptible de s'aggraver (CCMU3) est inférieure à 5 % chez les enfants et les jeunes, de l'ordre de 8 % chez les adultes au-dessous de 50 ans ; elle dépasse 15 % pour les classes d'âge au-delà de 50 ans et concerne le quart des patients de plus de 70 ans.

Les informations apportées par la mention du diagnostic principal (traumatologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie,...) recourent en partie celles sur les motifs de recours analysés plus haut. Si la traumatologie est le diagnostic le plus souvent cité, sa part relative ainsi que le nombre et la nature des diagnostics relevés par ailleurs<sup>9</sup> varient encore fortement selon les différentes tranches d'âges. Pour les enfants à partir de 6 ans et les jeunes avant 25 ans, seules les affections de l'appareil digestif concernent plus de 5 % des patients, compte tenu de l'importance des accidents. Entre 26 et 50 ans, deux catégories diagnostiques se détachent : psychiatrie / toxicomanie (6 %) et troubles de l'appareil digestif. Entre 51 et 70 ans, les affections cardio-vasculaires puis pulmonaires prédominent sur les affections de la sphère digestive. C'est entre 70 et 80 ans que la traumatologie représente la part la plus faible (19 %) ; à côté des affections déjà citées pour les patients de 51 à 70 ans,

les problèmes neurologiques (comme l'accident vasculaire cérébral) font leur apparition. Leur proportion augmente chez les personnes de plus de 80 ans (9 %) même s'ils restent moins fréquents que les problèmes cardio-vasculaires, pulmonaires et digestifs ; enfin, un peu plus de 5 % de ces patients très âgés présentent des infections.

### ***Près des trois quarts des patients ont reçu au moins un acte diagnostique ou des soins aux urgences***

Globalement, près des trois quarts des patients (75 %) ont bénéficié d'au moins un acte diagnostique ou d'un geste thérapeutique aux urgences, 43 % en ayant eu au moins deux. Cette proportion est significativement plus faible pour les nourrissons (40 %), y compris lorsque le motif d'arrivée est un traumatisme, et chez les très jeunes enfants (58 %). Elle s'élève par contre à 90 % chez les patients de plus de 70 ans.

66 % des usagers ont bénéficié d'un ou plusieurs actes diagnostiques, généralement une radio (plus d'un patient sur deux). Plus du quart (28 %) a eu un prélèvement biologique et 19 % un électrocardiogramme. Les autres examens diagnostiques sont réalisés de façon plus marginale (consultation spécialisée 4 %, échographie 2,8 %, scanner 2,5 %). La proportion de patients ayant bénéficié d'une radiographie est maximale chez les personnes de plus de 70 ans (73 %) un peu moindre chez les enfants de 6 à 15 ans (59 %). A l'opposé, elle est minimale chez les tout petits (20 %).

Dans les deux tiers des cas<sup>10</sup>, aucun geste thérapeutique n'est réalisé sur place, ce qui ne signifie pas pour autant que les patients n'aient pas justifié une prescription médicamenteuse ou une ordonnance, puisqu'il ne s'agit pas là d'actes proprement dits<sup>11</sup>. 9 % des patients ont bénéficié d'un ou plusieurs actes thérapeutiques sans examen diagnostique associé alors que 25 % ont bénéficié simultanément des deux types d'actes. L'acte de traitement le plus fréquent est l'immobilisation / réduction de fracture (14 % des patients) ; la chirurgie des parties molles (par exemple, les sutures ou l'incision d'abcès) concerne 8 % des patients, les actes de pneumologie (comme l'installation d'aérosols

pour l'asthme ou encore les drainages et ponctions pleurales) sont plus marginaux (3 % des cas) ainsi que les pansements de brûlures (à peine 2 % des patients). Là encore, ce sont les enfants de 6 à 15 ans qui ont le plus souvent bénéficié d'un acte thérapeutique (44 %) et les nourrissons le plus rarement (17 %). La fréquence est assez stable pour les autres classes d'âge (28 à 35 %).

### ***Un patient sur cinq est hospitalisé***

Globalement, 19 % des passages aux urgences ont donné lieu à un transfert dans une unité d'hospitalisation en dehors du service d'urgence. Par ailleurs, 3 % des patients ont été pris en charge dans la zone de surveillance de très courte durée au sein même des services d'urgence. 91 % des patients hospitalisés hors de cette zone l'ont été en court séjour (médecine, chirurgie ou obstétrique) et, pour la grande majorité (86 %), au sein du même établissement ; 6 % ont été orientés en psychiatrie (4 % sur place et 2 % dans un autre établissement, tous n'ayant pas d'unité d'hospitalisation complète en psychiatrie), 1,4 % en soins de suite, 1,2 % en long séjour.

### ***Un taux d'hospitalisation qui augmente avec l'âge***

L'âge des patients hospitalisés après leur prise en charge par l'équipe des urgences diffère nettement de celui des patients rentrés chez eux : leur moyenne d'âge

9. Seuls ont été analysés les diagnostics qui concernaient plus de 5 % des patients. Par ailleurs, la nomenclature diagnostique utilisée dans l'enquête se prête mal à l'analyse chez les jeunes enfants et les nourrissons du fait de l'existence d'une classe « pédiatrie » rassemblant la majorité des diagnostics indiqués et couvrant l'ensemble des appareils.

10. Dans les UPATOU privées, la proportion de patients n'ayant eu aucun geste thérapeutique est sensiblement plus faible (41 %), ce qui peut s'expliquer par la plus grande fréquence de traumatologie indiquée précédemment.

11. Ces précisions seront fournies par l'enquête téléphonique auprès des patients.

est de 53 ans au lieu de 31 ans ; la part des plus de 70 ans, en particulier, est de 38 % et celle des personnes très âgées de 22 %. En effet, le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge pour atteindre 49 % pour les 71-80 ans ; au-delà, plus d'un patient sur deux arrivant aux urgences a besoin d'être hospitalisé (graphique 5).

Les patients hospitalisés sont ainsi, comme les plus âgés, plus souvent que les autres adressés aux urgences par un médecin (60 % des hospitalisés ont été adressés par un médecin). Ils recourent plus fréquemment aux ambulances ou aux transports sanitaires urgents (notamment les SMUR).

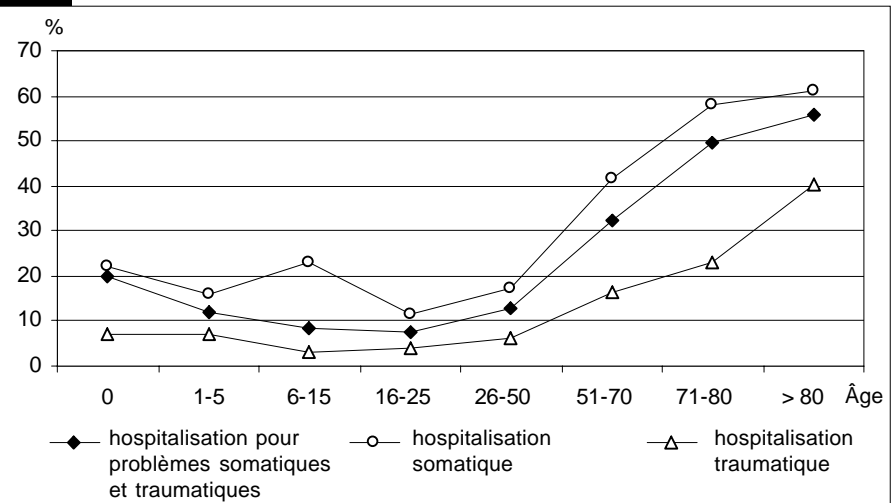
Les motifs de venue aux urgences des patients qui sont ensuite hospitalisés (graphique 6) sont très largement somatiques (70 % des cas) et moins souvent traumatologiques (20 %). On relève également plus souvent des troubles psychiatriques (près de 6 % des cas) et des motifs multiples (3,5 % des cas). Le taux d'hospitalisation suite à un traumatisme n'est ainsi que de 8 % en moyenne, mais atteint 30 % en cas de problème somatique seul et 45 % en cas de trouble psychiatrique. Les diagnostics indiqués par les équipes soignantes sont assez diversifiés : hépato-gastro-entérologie 12 %, cardiologie 10 %, pneumologie et neurologie 9 %, psychiatrie 8 %, pédiatrie 5 % et urologie 4 %.

Le niveau de gravité de leur état de santé est aussi, logiquement, signalé comme plus important (graphique 7) : un tiers de ces patients (au lieu de 11 %) sont ainsi classés en CCMU3, même si la part cumulée des CCMU4 et 5 n'atteint 10 % que pour les plus de 60 ans. Enfin, la prise en charge de ces patients réclame dans près de trois quarts des cas d'associer plusieurs examens diagnostiques.

### Une nette segmentation du recours aux urgences en fonction de l'âge

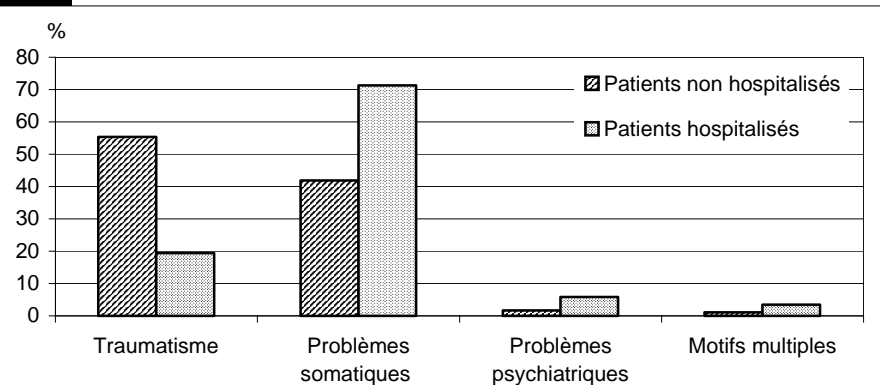
À travers cette enquête nationale, se dessine donc une segmentation des populations qui fréquentent les services d'urgence hospitaliers et des modes d'utilisation qu'elles en font, lesquels correspondent dans une large mesure à leur âge. Les nourrissons, gros consommateurs de consultations non programmées l'après-midi et en soirée, sont amenés par leurs parents, majoritairement en fin de soirée ;

### G.05 taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences selon l'âge et le motif



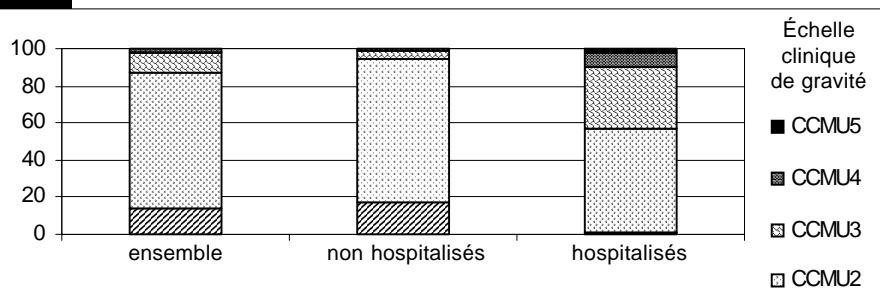
Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

### G.06 répartition des motifs de recours aux urgences chez les patients hospitalisés et non hospitalisés



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

### G.07 état clinique des patients qu'ils soient ou non hospitalisés



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

et ce, pour des problèmes somatiques le plus souvent bénins qui font peu appel à des examens complémentaires (un sur cinq seulement a une radio), puis ils repartent à leur domicile. Les parents, confrontés à la survenue d'un problème de santé inopiné chez leur bébé, semblent utiliser les services d'urgence comme une

porte d'accès à une consultation médicale de pédiatrie. L'exploitation en cours des entretiens permettra d'étudier leurs motivations et de vérifier cette hypothèse.

Les jeunes enfants se distinguent des tout petits par l'horaire plus précoce de leurs arrivées et la fréquence plus élevée de la traumatologie et des examens (30 %

ont une radio). Entre 6 et 15 ans, la traumatologie liée aux accidents scolaires ou aux activités sportives devient prédominante avec, comme corollaire, une consommation plus forte d'examen complémentaires diagnostiques (radiologie essentiellement) et d'actes thérapeutiques mobili-

sant un plateau technique chirurgical minimal (sutures, plâtres). Les enfants et adolescents de moins de 15 ans sont rarement hospitalisés. Les 16-25 ans ont des modalités de recours et des prises en charge proches de celles des plus jeunes, avec toutefois une plus forte fréquence des problèmes de psychiatrie et de violence (5 %).

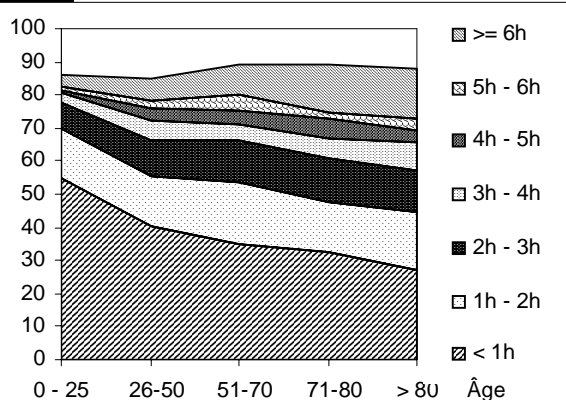
Les adultes constituent une population mixte qui recourt aux urgences à la fois pour des motifs liés à la traumatologie et pour des problèmes somatiques divers, en particulier les affections cardiovasculaires, dont la part relative augmente avec l'âge. C'est la tranche d'âge la plus concernée par la mention d'une addiction (4 %) ou d'une tentative de suicide.

À partir de 70 ans, le secteur privé est moins souvent

sollicité, la traumatologie devient nettement minoritaire, les proportions de patients adressés par un médecin et de ceux dont l'état est susceptible de s'aggraver deviennent significatives, les investigations diagnostiques se multiplient et se diversifient (biologie, ECG) et le passage aux urgences débouche plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation. Tout se passe, dans ce cas, comme si les urgences jouaient le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée. Les personnes de plus de 80 ans (7 % des passages), en particulier, sont adressées par un médecin pour être hospitalisées, arrivent seules, souvent le matin alors que les sorties programmées libérant les lits n'ont lieu généralement que l'après midi. Lorsqu'elles justifient une hospitalisation hors traumatologie, elles séjournent plus longtemps dans l'unité d'urgence avant leur transfert (encadré 5, graphique 8), et les équipes soignantes signalent dans leur cas plus fréquemment un problème social (probablement un isolement). ●

G  
08

### délais d'hospitalisation suite à un passage aux urgences selon l'âge



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

## E-5

### Les délais de transfert entre services d'urgence et unités d'hospitalisation

Le délai de transfert du patient, défini comme l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre la décision de l'hospitaliser et le moment où le lit est effectivement disponible, a été estimé à partir de l'enquête en moyenne de 2 heures 43 minutes (taux de réponses 84 %). La décision d'hospitalisation faisant suite le plus souvent à un temps d'examen et d'attente de résultats très variables selon les cas, le séjour aux urgences de ces patients hospitalisés, qui n'a pas été mesuré, est en tout état de cause supérieur à ce délai.

Ce délai de transfert est en moyenne de 2 h 37 pour un lit de court séjour, que le patient soit ou non transféré dans un autre établissement. Par contre, il s'allonge avec l'âge du patient (graphique 8) : de moins d'une heure pour les enfants de 0 à 10 ans, 2 heures 30 entre 20 et 50 ans, 3 heures entre 51 et 70 ans, puis un peu plus de trois heures et demi au dessus de 70 ans. Enfin, l'attente est plus longue pour les patients arrivés le matin par rapport à ceux arrivés en seconde partie de journée.

Un délai de transfert supérieur existe dans les SAU (3 heures) par rapport aux UPATOU (un peu moins de 2 heures) : plus généralement, il s'accroît à mesure que l'activité de l'unité augmente. On peut y voir d'une part, l'effet du nombre de patients à hospitaliser qui croît avec l'activité du service et réclame quotidiennement un nombre significatif de lits disponibles en aval et, d'autre part, de la spécialisation des lits. Celle-ci augmente en effet avec la taille des établissements, rendant plus difficile l'ajustement entre les disponibilités de lits et la nature des pathologies des patients (surtout lorsqu'il s'agit de polyopathologies, comme c'est le cas fréquemment des personnes âgées).

La situation est plus favorable lorsque le motif d'admission est traumatologique (18 % des cas), avec une orientation vraisemblablement vers la chirurgie dans un délai en moyenne inférieur à deux heures. Il faut, en revanche, attendre le transfert près de 3 heures pour des problèmes somatiques non traumatologiques (66 % des cas), lesquels doivent relever majoritairement d'une hospitalisation en médecine. Le transfert vers un lit de psychiatrie, demande un peu plus de 2 heures 30, un peu moins (2 heures) lorsque l'unité appartient au même établissement. D'une façon générale, les délais s'allongent nettement lorsque plusieurs motifs d'admission sont associés, en particulier pour les cas de traumatologie accompagnés de problè-

mes psychiatriques (plus de 5 heures pour trouver une structure d'accueil adaptée à ces prises en charge complexes).

Dans le même ordre d'idées, les patients pour lesquels un problème social associé est mentionné, attendent plus longtemps leur transfert : la sortie du service d'urgence vers l'hospitalisation demande alors en moyenne 4 heures 30. En particulier, pour les personnes de 80 ans et plus, qui ne relèvent pas du court séjour mais d'une autre orientation, on note des délais beaucoup plus longs : 5 heures 20 pour le transfert en moyen séjour, 6 heures 40 en long séjour si celui-ci est au sein de l'établissement, 13 heures 30 à l'extérieur, même si ces cas extrêmes sont relativement rares.

Ainsi, en moyenne nationale, on peut estimer à environ 9,5 % la part des patients qui ont attendu plus de 6 heures leur admission effective dans une unité d'hospitalisation. Ces données ne tiennent évidemment pas compte des cas pour lesquels aucune solution n'a été trouvée et qui ont nécessité, malgré tout, des démarches consommatrices de temps, notamment pour solliciter, à défaut d'hébergement, l'intervention de services d'aide à domicile.

Ces délais moyens recouvrent toutefois une très forte disparité de situations et des fluctuations au cours de l'année, de sorte que la réalité vécue localement peut être très différente. Un établissement qui réalise 35 000 passages par an (comme le font 93 établissements géographiques sur 570), reçoit environ 100 malades par jour et devra donc trouver en moyenne quotidiennement une vingtaine de lits, dont 7 à 8 pour des personnes âgées (la moitié d'entre elles ayant plus de 80 ans). De la même façon, la place importante attribuée aux problèmes sociaux ou à la psychiatrie, que les données de l'enquête ne confirment pas, correspond à une réalité quotidienne (plus de trois patients par jour) dans les gros services des métropoles urbaines. On comprend dans ces conditions que la régularité des phénomènes et la répétition des difficultés pour trouver des solutions pour la prise en charge de patients plus lourds que d'autres, puissent influencer sur la perception des équipes.

1. Chiffres incluant les DOM.