

Études & Résultats

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



OCTOBRE
2019
NUMÉRO
1128

Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans

Les enfants de moins de 15 ans représentent 27 % de l'ensemble des passages aux urgences d'après la dernière enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières de la DREES réalisée en 2013. Le taux de recours aux urgences des enfants est beaucoup plus élevé que celui des autres groupes d'âge, à l'exception des 85 ans ou plus.

La prise en charge des enfants se différencie de celle des patients âgés de 15 à 74 ans : elle concerne davantage la traumatologie et comporte moins d'examen complémentaires. La durée de passage des enfants aux urgences est ainsi plus courte, même en cas d'hospitalisation.

La prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois commence plus rapidement que celle des autres enfants, en raison de leur plus grande vulnérabilité. Ils sont plus souvent soumis à des analyses biologiques que les enfants plus âgés. Un quart des nourrissons seront hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

Dans les points d'accueil pédiatriques, la proportion d'enfants en bas âge est plus importante. Davantage pré-orientés vers les urgences pédiatriques par un médecin, ils y sont plus rapidement évalués et leur passage comporte moins d'examen complémentaires que dans les autres services d'urgence.

Bénédicte Boisguérin (DREES)

Le recours aux urgences des enfants est plus élevé que celui des adultes. Dans l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières de la DREES (*encadré 1*), les 13 700 enfants de moins de 15 ans représentent ainsi 27 % des passages le 11 juin 2013, alors que la part de ce groupe d'âge dans la population générale n'est que de 19 % en 2013. Les enfants de moins de 2 ans représentent même 6 % des passages aux urgences dans l'enquête (*tableau 1*), contre 2 % dans la population générale. Les nourrissons de moins de 6 mois représentent un groupe spécifique au sein des enfants de moins de 15 ans accueillis aux urgences, en raison de leur vulnérabilité.

La traumatologie, premier motif de recours aux urgences pour les enfants âgés de 6 mois à 14 ans

Les enfants âgés de 6 mois à 14 ans se présentent plus souvent aux urgences entre 17 heures et 21 heures que les patients âgés de 15 à 74 ans (32 %, contre 23 %) [*tableau 1*]. Ce créneau horaire, postérieur aux sorties de crèche ou d'école, correspond à une plus faible disponibilité des médecins de ville à ce moment de la journée, mais aussi à l'apparition chez les parents de craintes à

l'approche de la nuit ou, pour les cas de moindre gravité, à une plus grande disponibilité des parents après les horaires de travail.

De fait, 91 % des enfants arrivent aux urgences conduits par leurs parents ou transportés dans le véhicule d'un tiers, contre 75 % pour les patients âgés de 15 à 74 ans. En revanche, les enfants arrivent moins souvent que les adultes dans le cadre d'un transport par les pompiers, le SMUR ou une ambulance (respectivement 9 % contre 25 % pour les 15-74 ans).

Les recours motivés par la traumatologie sont plus fréquents pour les enfants : 49 % des motifs, et même 60 % pour les enfants de 5 ans ou plus, contre 35 % pour les 15-74 ans. De même, les motifs généraux et divers, qui recouvrent principalement la fièvre, sont à l'origine de 10 % des passages contre 5 % pour les 15-74 ans. En revanche, seuls 4 % des recours sont relatifs à des motifs cardiologiques ou neurologiques, contre 16 % pour les 15-74 ans.

Les soins des patients âgés de 6 mois à 14 ans commencent plus tôt que ceux des 15-74 ans

En apparence, la durée d'attente aux urgences est similaire pour les enfants et les adultes : 27 % des enfants de 6 mois à 14 ans et 28 % des 15-74 ans attendent une heure ou plus entre l'enregistrement et le début des soins. Dans les points d'accueil généraux (*encadré 2*) notamment, recevant adultes et enfants, 25 % des enfants attendent une heure ou plus, contre 27 % des 15-74 ans.

Cependant, en prenant en compte les caractéristiques des patients (motif médical de recours, modalités d'arrivée) et du lieu de prise en charge (catégorie d'établissement et type de point d'accueil), la probabilité pour les enfants d'attendre plus d'une heure avant le début des soins est inférieure de 20 % à celle des 15-74 ans.

Aucun examen complémentaire pour la moitié des enfants accueillis aux urgences

Les actes les plus pratiqués aux urgences sont l'imagerie conventionnelle et les actes de soins, parmi lesquels les pansements, les points de suture, l'immobilisation d'un membre ou encore l'administration

ENCADRÉ 1

Sources, champ, méthodologie

Le protocole d'enquête

Les analyses de cette étude utilisent les données de l'enquête nationale sur les structures des urgences de juin 2013, réalisée par la DREES. Conçue en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU), en collaboration avec SAMU-Urgences de France (SUDF) et l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF), l'enquête a été réalisée un jour donné – le mardi 11 juin 2013, de 8 heures le matin au lendemain 8 heures – auprès des 736 points d'accueil d'urgences présents sur le territoire.

L'enquête comporte deux volets complémentaires : un recueil administratif sur les structures d'urgences hospitalières décrivant leur organisation et une enquête auprès des patients détaillant leur prise en charge. La présentation de la méthodologie détaillée de l'enquête et des données agrégées sont accessibles sur le site internet de la DREES.

La base finale de l'enquête comprend 728 points d'accueil sur les 736 recensés, soit un taux de réponse de 99,7 %. La collecte a fourni 48 711 questionnaires patients sur les 52 018 passages enregistrés aux urgences durant la journée, soit un taux de réponse de 93,6 %. Des traitements statistiques ont été effectués par la DREES pour corriger la non-réponse totale à l'enquête, la non-réponse partielle à certaines questions ainsi que des anomalies ou des valeurs aberrantes.

Champ de l'étude

Le champ de l'étude porte sur tous les patients âgés de moins de 15 ans s'étant présentés le jour de l'enquête dans un des points d'accueil recensés. Au total, la collecte a permis d'obtenir près de 13 661 questionnaires de patients de moins de 15 ans, soit 27 % des passages.

Recueil du service d'hospitalisation dans l'enquête

À la question sur le service d'hospitalisation à l'issue du passage aux urgences, 8 items étaient proposés : médecine, chirurgie, obstétrique, soins intensifs ou réanimation, bloc opératoire, service de soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée. Le service de pédiatrie n'y figurait pas.

Méthodologie

L'impact d'un certain nombre de variables a été analysé à l'aide d'une régression logistique, pour proposer des probabilités « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des caractéristiques individuelles des patients, des modalités de recours, du contenu de la prise en charge ou des caractéristiques du lieu de prise en charge.

d'aérosols, avec une fréquence comparable pour les enfants et les patients plus âgés. Toutefois, les patients âgés de 6 mois à 14 ans sont moins concernés par des actes d'imagerie conventionnelle que les 15-74 ans, selon une analyse « toutes choses égales par ailleurs »¹. Le moindre recours à la radiographie pour les enfants est conforme aux recommandations sur l'imagerie conventionnelle². L'exposition aux rayons X peut être nocive, en particulier chez l'enfant, davantage radiosensible. Ce moindre recours concerne surtout les enfants de moins de 10 ans. Entre 10 et 14 ans en revanche, la probabilité de bénéficier d'actes d'imagerie conventionnelle est 1,4 fois plus élevée que pour les patients âgés de 15 à 74 ans. La traumatologie constitue, en effet, 65 % des motifs de recours des 10-14 ans (35 % chez les 15-74 ans), dont 52 % concernent les membres, supérieurs ou inférieurs. Entre 6 mois et 14 ans, la réalisation d'analyses biologiques est moins fréquente (14 % des passages) que pour les patients âgés de 15 à 74 ans (37 % des passages). La prise en

charge aux urgences n'a ainsi comporté aucun examen complémentaire pour la moitié des enfants, contre un tiers seulement des 15-74 ans.

Un avis spécialisé a été requis pour 13 % des enfants âgés de 6 mois à 14 ans, contre 21 % des patients âgés de 15 à 74 ans.

Enfin, le séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) est deux fois moins fréquent pour les enfants que pour les adultes (3 %, contre 8 %). De fait, la capacité de lits d'UHCD réservés aux enfants est très réduite dans les points d'accueil d'urgences pédiatriques et inexistante dans les points généraux qui orientent alors directement les enfants vers le service d'hospitalisation adapté.

Chaque fois, une analyse prenant en compte les caractéristiques du patient et du lieu de prise en charge confirme ces écarts. Au total, la prise en charge aux urgences comporte moins d'actes pour les enfants que pour les 15-74 ans, ce qui favorise la réduction de la durée du passage des enfants.

...

1. Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » tient compte des caractéristiques individuelles des patients, des modalités de recours, du contenu de la prise en charge ou des caractéristiques du lieu d'accueil (*encadré 1*).

2. Rappelons, en particulier, la non-indication de la radiographie du crâne en cas de traumatisme crânien, les indications limitées en pédiatrie de la radiographie de l'abdomen sans préparation, qui vient seulement en deuxième intention après l'échographie. En 2012, de nouvelles recommandations professionnelles pour la prise en charge du traumatisme crânien léger ont été élaborées par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). Pour l'enfant en particulier, l'objectif est d'optimiser le recours à l'imagerie cérébrale afin d'éviter une exposition inutile à des radiations ionisantes (Lorton, Levieux et Vrigniaud, 2014).

TABLEAU 1

Modalités d'arrivée, prises en charge, modalités de sortie et durée de passage aux urgences par tranche d'âge

	15-74 ans	6 mois à 14 ans	Moins de 6 mois	Plus de 6 mois à moins de 2 ans	2 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	Moins de 15 ans
Nombre de passages dans l'enquête	31 009	12 774	886	1 990	2 869	3 469	4 446	13 661
En % du nombre de passages le 11 juin 2013	61	25	2	4	6	7	9	27
Enregistrement								
8 à 17 heures	55	50	51	44	45	50	56	50
17 à 21 heures	23	32	23	30	33	33	32	32
21 à 24 heures	12	12	16	15	14	12	9	12
0 à 8 heures	10	6	10	11	9	5	3	6
Moyens de transport								
Propres moyens	52	80	85	85	85	81	74	81
Véhicule d'un tiers	22	11	7	9	9	11	14	11
Pompiers ou SMUR	15	6	4	4	4	6	9	6
Taxi ambulance	10	2	3	2	2	2	3	2
Motifs de recours								
Traumatologie	35	49	9	23	36	54	65	46
Gastroentérologie	11	12	16	13	13	12	10	12
Général et divers ¹	5	10	14	23	15	8	4	11
dont fièvre	1	8	11	21	13	5	1	8
Respiratoire	3	6	15	13	8	4	2	6
Dermatologie	6	6	9	10	8	6	3	6
ORL	3	4	5	5	8	5	2	4
Pédiatrie	0	1	26	5	1	0	0	3
Cardio-vasculaire neurologie	16	4	4	2	4	4	6	4
Autres	21	7	5	8	10	9	9	7
Démarche entreprise²	35	35	47	40	34	31	28	33
dont auprès d'un médecin ³	26	26	38	32	27	25	21	26
Délai entre l'enregistrement et :								
l'évaluation, supérieur ou égal à 30 min	11	11	8	9	10	11	11	11
la prise en charge, supérieur ou égal à 60 min	28	27	20	25	27	28	27	27
Contenu de la prise en charge								
Imagerie conventionnelle	36	37	12	15	22	37	56	35
Analyses biologiques	37	14	24	16	15	12	13	14
Autre acte diagnostique, type ECG...	29	7	10	6	8	7	8	7
Aucun des 3 examens complémentaires	34	49	63	69	62	49	31	50
Actes de soins	41	40	20	27	36	43	46	39
Avis spécialisé	21	13	17	13	13	13	14	14
UHCD	8	3	6	3	3	2	2	3
Modalités de sortie								
Retour à domicile	79	89	74	85	88	90	91	88
Hospitalisation	17	9	25	13	10	8	8	10
dont en médecine	8							
dont en chirurgie	5							
dont en autre service ⁴	4	1	2	0	0	1	1	1
Autre mode de sortie ⁵	4	2	2	2	2	2	1	2
Délai entre l'enregistrement et :								
la décision d'hospitalisation, inférieur à 1 heure	16	30	42	33	29	30	29	32
Durée de passage de 3 heures ou plus								
Si retour domicile	34	17	17	16	16	17	17	17
Si hospitalisation	72	42	35	40	43	42	44	41

SMUR : service médical d'urgence et de réanimation ; ORL : otorhinolaryngologie ; ECG : électrocardiogramme ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

1. La rubrique « général et divers » comprend les motifs suivants : fièvre, problème d'altération de l'état général, fatigue, sutures, pansements, etc.

2. Concernant la santé, dans les 24 heures précédant le recours aux urgences.

3. Médecin traitant ou autre médecin (médecin de garde, SOS médecin).

4. En soins intensifs ou réanimation, bloc opératoire, psychiatrie, retour en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD), obstétrique.

5. Retour en institution, décès, sorti contre avis médical, maison médicale de garde, parti sans attendre.

Lecture • Le 11 juin 2013, l'enregistrement administratif a été réalisé entre 17 heures et 21 heures pour 23 % des patients âgés de 15 à 74 ans et 32 % des enfants âgés de moins de 15 ans.

Champ • Patients âgés de moins de 75 ans.

Source • DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

La probabilité d'être hospitalisé après le passage aux urgences est plus élevée pour les enfants

Au premier abord, le taux d'hospitalisation apparaît plus faible pour les enfants. Ainsi, 9 % des enfants âgés de 6 mois à 14 ans sont hospitalisés dans un service différent de celui des urgences³ (c'est-à-dire hors UHCD), alors que c'est le cas pour 17 % des patients âgés de 15 à 74 ans. Le taux d'hospitalisation est ainsi deux fois moins élevé pour les enfants en service de chirurgie (2 %, contre 5 %) et quatre fois moins élevé dans les autres services, qui concernent peu les enfants⁴.

En service de médecine, le taux d'hospitalisation est toutefois comparable entre les patients âgés de 6 mois à 14 ans (7 %) et ceux de 15 ans à 74 ans (8 %). Ces résultats tiennent aux modalités de recueil de l'information dans l'enquête. Le plus souvent les enfants sont hospitalisés en service de pédiatrie⁵, mais la pédiatrie ne figure pas comme service d'hospitalisation dans le questionnaire de l'enquête. Il est probable que dans certains points d'accueil, le service de médecine désigne en fait un service de pédiatrie générale, réunissant à la fois médecine pédiatrique et chirurgie pédiatrique⁶, alors que dans d'autres il désigne un service de médecine pédiatrique uniquement (encadré 1). Dans les centres hospitaliers universitaires se trouvent des services de pédiatrie plus spécialisés encore : onco-hématologie pédiatrique, cardio-pédiatrie, neuro-pédiatrie, néphro-pédiatrie, pneumo-pédiatrie ou réanimation pédiatrique.

Une analyse plus spécifique des passages relevant du seul diagnostic de traumatologie indique que le taux d'hospitalisation est de 6,6 % pour les enfants et de 10,2 % chez les patients âgés de 15 à 74 ans. Néanmoins, en distinguant certains diagnostics spécifiques (les fractures sont isolées des plaies et contusions, des entorses et luxations et autres traumatismes) ainsi que les examens complémentaires pratiqués et en prenant en compte les caractéristiques des patients et celles de l'établissement hospitalier, la probabilité pour les enfants d'être hospitalisés n'est pas significativement inférieure à celle des adultes. Pour ces diagnostics de traumatologie, la probabilité d'être hospitalisé en chirurgie

plutôt qu'en médecine est six fois plus élevée pour les patients âgés de 15 à 74 ans que pour les enfants âgés de 6 mois à 14 ans. Ainsi, ces résultats montrent les limites de l'étude par type de service d'hospitalisation et confirment la nécessité d'analyser l'hospitalisation des enfants dans son ensemble, du fait du manque de précision de l'enquête sur ce point pour les enfants.

En définitive, en tenant compte des caractéristiques des patients et des prises en charge (diagnostic, examens complémentaires pratiqués, catégorie d'établissement, distance entre la résidence du patient et le service des urgences), la probabilité d'être hospitalisé est 1,5 fois plus élevée pour les enfants entre 6 mois et 14 ans que celle des 15-74 ans (tableau complémentaire A⁷).

La durée de passage aux urgences est plus courte pour les enfants

La durée totale du passage aux urgences est fortement liée à l'âge du patient (Ricroch et Vuagnat, 2015), à la quantité d'actes réalisés et au fait d'être hospitalisé ou non. Trouver un lit d'accueil en hospitalisation peut en effet prendre du temps.

En cas de retour au domicile des patients, la durée de présence aux urgences dépasse 3 heures pour 17 % des enfants seulement, soit moitié moins que pour les 15-74 ans (34 %). Ce résultat est confirmé par une analyse tenant compte du groupe de diagnostics, du contenu de la prise en charge et des caractéristiques du service d'urgences. Pour les enfants âgés de 6 mois à 14 ans qui rentrent à domicile, la probabilité que leur passage dure plus de 3 heures est inférieure de 40 % à celle des 15-74 ans.

Pour 42 % des enfants entre 6 mois et 14 ans hospitalisés après leur passage aux urgences, le passage dure finalement 3 heures ou plus (contre 72 % des 15-74 ans). En tenant compte des caractéristiques de la prise en charge, mais aussi des modalités de l'hospitalisation (délai d'obtention d'un lit, appel de plus d'un service ou non), la probabilité d'un passage de plus de 3 heures est deux fois moins élevée pour les enfants que pour les patients âgés de 15 à 74 ans.

Deux facteurs peuvent expliquer que les enfants passent moins de temps aux urgences en cas d'hospitalisation. D'une part, les enfants séjournent deux fois moins souvent en UHCD, responsable d'un allongement des durées de passage. D'autre part, la décision d'hospitalisation intervient plus rapidement pour les enfants que pour les patients âgés de 15 à 74 ans : moins de deux heures après l'enregistrement pour 57 % des enfants, contre 36 % pour les autres patients.

Enfin, le délai d'obtention d'un lit est souvent plus court pour les enfants que pour les adultes, ce qui contribue à réduire leur durée de passage. Ce délai dépasse une heure pour seulement 16 % des enfants, contre 28 % des 15-74 ans. De plus, une partie des enfants sont pris en charge dans des services d'urgences pédiatriques, intégrés ou à proximité immédiate du service de pédiatrie, pouvant favoriser une meilleure fluidité des admissions en aval des services d'urgences. Enfin, l'éventail des services d'hospitalisation pour les enfants est bien moindre que pour les adultes (il existe souvent un seul service de pédiatrie), ce qui conduit à identifier plus rapidement les lits d'hospitalisation disponibles.

La réduction de la durée du passage aux urgences avant l'hospitalisation permet de commencer plus rapidement les soins hospitaliers et de mieux respecter le rythme des repas ou du sommeil, dont la perturbation est plus difficile à supporter pour des enfants, notamment en bas âge, que pour des enfants de plus de 15 ans ou pour des adultes.

Les nourrissons de moins de 6 mois plus souvent admis pour des troubles gastroentérologiques et respiratoires

6 % des enfants de moins de 15 ans accueillis aux urgences sont des nourrissons de moins de 6 mois. Au cours de leur première année de vie, les jeunes enfants sont vulnérables. Ainsi, les nourrissons de moins de 6 mois se distinguent assez souvent des enfants plus âgés par les motifs de recours et par la prise en charge médicale. Des démarches auprès d'un médecin précèdent souvent leur passage aux urgences. C'est le cas pour 38 %

3. Par ailleurs, 1,5 % des enfants ont été hospitalisés uniquement en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sans être hospitalisés ensuite dans un autre service hospitalier (3,6 % pour les 15-74 ans).

4. Les autres services désignent, dans l'enquête, les soins intensifs ou la réanimation, les services d'obstétrique, de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée, mais incluent aussi le transfert au bloc opératoire.

5. Circulaire ministérielle n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. Cette circulaire indique que l'hospitalisation des enfants en service adulte doit demeurer l'exception.

6. Dans 160 points d'accueil, seul le service de médecine est indiqué comme service d'hospitalisation pour l'ensemble des enfants, y compris ceux avec un diagnostic de traumatologie. Pour ces cas précis, il s'agit probablement d'un service de pédiatrie qualifié par défaut de service de médecine.

7. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site de la DREES.

des nourrissons. Cette proportion diminue avec l'âge et n'est plus que de 21 % pour les enfants âgés de 10 à 14 ans. Dans certains cas, c'est le médecin traitant lui-même qui conseille aux parents de se rendre aux urgences si les symptômes persistent. Ce recours aux urgences peu de temps après une consultation médicale peut également s'expliquer par l'inquiétude parentale et le besoin d'un deuxième avis médical.

Les motifs de recours aux urgences des nourrissons de moins de 6 mois présentent des particularités. Ainsi, les pleurs incoercibles, les troubles alimentaires, la fièvre pour les enfants de moins de 3 mois ou encore les sifflements respiratoires sont à l'origine de 26 % de leurs passages, proportion qui tombe à moins de 1 % après 2 ans. Les motifs gastroentérologiques et respiratoires sont aussi plus fréquents chez les nourrissons (31 % des passages) que dans les autres tranches d'âge au moment de l'enquête. À l'opposé, la traumatologie est à l'origine de seulement 9 % des passages pour les moins de 6 mois. C'est un motif de prise en charge dont la fréquence augmente avec l'âge, puisqu'elle constitue 65 % des motifs de recours entre 10 et 14 ans.

Les nourrissons de moins de 6 mois pris en charge plus rapidement aux urgences

Les soins des nourrissons débutent plus rapidement que ceux des autres enfants. Le délai d'attente entre l'enregistrement et le début des soins dépasse 1 heure pour 20 % des passages d'enfants de moins de 6 mois, contre plus de 27 % de ceux des patients âgés de 2 ans ou plus. Une analyse « toutes choses égales par ailleurs », intégrant les conditions d'arrivée (l'horaire d'enregistrement, le moyen de transport) et le type de point d'accueil confirme que la probabilité d'attendre plus d'une heure avant le début des soins augmente de 40 % pour les enfants de plus de six mois. Cette prise en charge plus rapide se justifierait par une plus grande vulnérabilité des nourrissons. En effet, pour certains symptômes, la rapidité de l'intervention est décisive, par exemple pour le traitement d'un enfant fébrile suspect d'infections bactériennes ou pour la réhydratation d'un nourrisson.

Moins d'imagerie conventionnelle et plus d'analyses biologiques pour les nourrissons

Le recours à l'imagerie conventionnelle croît avec l'âge pour les enfants, en raison de l'augmentation de la fréquence des passages pour motif traumatologique. Ces passages sont rares pour les nourrissons (9 % des passages) en comparaison des autres groupes d'âge, et 27 % seulement donnent lieu à un acte d'imagerie conventionnelle (contre 66 % pour les enfants à partir de 5 ans). En effet, un enfant qui ne se déplace pas est moins soumis aux traumatismes. À l'inverse, les passages motivés par une pathologie respiratoire sont plus fréquents (15 % des passages, contre 5 % pour les enfants âgés de 2 ans ou plus), mais ils font l'objet de deux fois moins d'imagerie conventionnelle que pour les enfants de 6 mois ou plus (16 %, contre 29 %).

Au total, le recours à l'imagerie conventionnelle concerne peu les nourrissons de moins de 6 mois (12 % des passages) mais plus de la moitié des enfants âgés de 10 à 14 ans (56 %). En revanche, les analyses biologiques, nécessaires pour préciser le diagnostic en cas de fièvre et de suspicion d'infection bactérienne, sont réalisées pour 24 % des nourrissons, contre 14 % des enfants au-delà de 6 mois. Pour ces deux types d'examen, les résultats sont confirmés par une analyse « toutes choses égales par ailleurs »⁸, tenant compte des conditions d'arrivée, des motifs de recours et du type de point d'accueil (*tableau complémentaire B*).

Une hospitalisation des nourrissons plus fréquente et un passage aux urgences plus court

Les nourrissons de moins de 6 mois se distinguent aussi par les modalités de sortie des urgences. Ils sont 25 % à être hospitalisés à l'issue de leur passage. Le taux d'hospitalisation diminue fortement avec l'âge : il n'est plus que de 8 % chez les enfants de 5 ans ou plus.

La prise en compte du diagnostic confirme la probabilité d'hospitalisation plus élevée des nourrissons : elle serait 1,8 fois plus élevée que celle des enfants âgés de 6 mois à 2 ans, 2,7 fois plus élevée que

celle des 2-4 ans, 3,1 fois plus élevée que celle des enfants âgés de 5 ans à 9 ans et 3,8 fois plus élevée pour les 10-14 ans (*tableau complémentaire C*). Des symptômes, tels que la fièvre, les vomissements, les pleurs excessifs ou encore des maladies infectieuses comme les gastroentérites ou bronchiolites qui justifient de garder en observation des nourrissons de moins de 6 mois, pourraient être à l'origine de cette différence. Certaines manifestations cliniques sont aussi caractéristiques chez les nourrissons de moins de 6 mois (dans le cas d'une méningite par exemple), sans compter les difficultés pour poser un diagnostic en l'absence de communication verbale avec l'enfant.

Dans certains cas, l'hospitalisation obéit à une nécessité de réassurance parentale, en particulier si un enfant de la fratrie a déjà présenté les symptômes d'une pathologie infantile grave. L'alerte donnée par les parents est un élément pris en compte par les médecins pour décider de l'hospitalisation d'un nourrisson. Toutefois, ce type de motivation n'est pas mesuré dans l'enquête.

Lorsqu'ils sont hospitalisés après les urgences, les nourrissons sont restés moins longtemps dans le service. La durée se prolonge au-delà de 3 heures pour 35 % de ceux qui sont hospitalisés, contre 44 % des 10-14 ans. En tenant compte des caractéristiques de ces enfants hospitalisés, de celles du point d'accueil et des modalités d'hospitalisation, la probabilité pour les nourrissons de passer plus de 3 heures aux urgences est 1,9 fois moins élevée que pour les autres enfants. Trois éléments justifient ce passage plus court : la nécessité d'un traitement rapide, la décision d'hospitaliser prise plus rapidement et enfin un délai plus court pour trouver un lit d'hospitalisation. En revanche, en cas de retour à domicile, la durée de passage montre peu de variations selon l'âge de l'enfant.

Dans les points d'accueil pédiatriques, des enfants plus jeunes et plus rapidement évalués

Contrairement aux adultes, les enfants qui se rendent aux urgences peuvent être pris en charge dans différents types de structures, disposant ou non d'une filière pédiatrique ou d'une autorisation d'ur-

8. La probabilité de bénéficier d'un acte d'imagerie conventionnelle des nourrissons est deux fois moins élevée que celle des enfants âgés de 5 à 9 ans, cinq fois moins élevée que celle des enfants âgés de 10 à 14 ans. La probabilité pour les nourrissons de bénéficier d'analyses biologiques est plus élevée que celle des enfants plus âgés, sauf pour ceux âgés de 10 à 14 ans.

gences pédiatriques. Les points d'accueil pédiatriques désignent l'organisation matérielle d'une filière spécifique au sein des urgences, où l'accueil et la prise en charge ont lieu dans des locaux réservés aux enfants. Ce type de filière peut être mis en place indépendamment du fait que l'établissement détient ou non l'autorisation d'urgences pédiatriques⁹.

Le jour de l'enquête, la moitié des passages se sont déroulés dans un point d'accueil général (pour enfants et adultes), tandis que 36 % des passages ont eu lieu dans un point d'accueil réservé aux enfants dans un établissement ayant une autorisation d'urgences pédiatriques, 6 % dans un point d'accueil réservé aux enfants mais sans autorisation d'urgences pédiatriques et

7 % dans un point d'accueil commun pour adultes et enfants (encadré 2).

La très grande majorité des points d'accueil pédiatriques se trouvent dans les établissements publics (95 %). Le jour de l'enquête, les urgences des cliniques privées ont accueilli 10 % de l'ensemble des enfants de moins de 15 ans, et une proportion encore plus faible des nourrissons

9. L'autorisation d'urgences pédiatriques est soumise à des conditions de fonctionnement : justifier d'un titre ou d'une qualification en pédiatrie ou en chirurgie infantile pour les médecins, d'une formation à la prise en charge en urgences pédiatriques pour le personnel non médical, enfin organiser l'accès à la prise en charge et notamment le recours à un chirurgien et à un anesthésiste expérimentés en pédiatrie au sein de l'établissement ou, par convention particulière, avec un autre établissement de santé.

ENCADRÉ 2

Les différents points d'accueil des enfants aux urgences

Trois dimensions sont à prendre en compte pour décrire la diversité des points d'accueil des enfants aux urgences : l'autorisation de soins de l'établissement (urgences générales uniquement, pédiatriques uniquement, ou générales et pédiatriques à la fois), l'accueil des enfants dans un espace dédié, ou sur le même lieu que celui des adultes, et enfin le caractère unique ou non du point d'accueil dans l'établissement (certains établissements proposant deux lieux distincts d'accueil pour les enfants et les adultes).

Une typologie de 7 configurations géographiques possibles pour l'accueil des enfants

Les enfants peuvent se présenter aux urgences dans un établissement proposant un unique lieu d'accueil pour les enfants et les adultes. Le type d'autorisation des soins détenue par l'établissement conduit à identifier trois premières configurations, accueillant 65 % des enfants. Pour 44 % d'entre eux, l'accueil a lieu dans un établissement détenant uniquement une autorisation d'urgences générales et proposant un accueil unique et commun aux adultes et aux enfants (schéma ci-dessous).

Le reste des enfants rencontre une des quatre autres configurations géographiques, toutes caractérisées par un accueil séparé pour les enfants et les adultes. La plupart sont accueillis dans un point

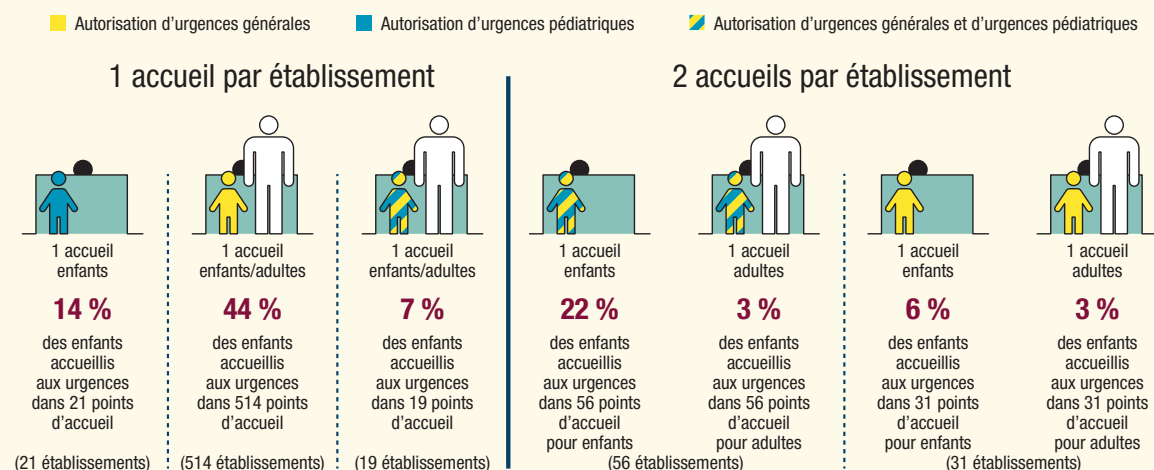
d'accueil pédiatrique, mais une petite partie d'entre eux l'est dans un point d'accueil destiné aux adultes.

Le cas particulier des enfants reçus dans un point d'accueil pour adultes

888 enfants, soit 6 % de notre échantillon, ont effectué un passage aux urgences dans un des 87 points d'accueil pour adultes situés dans un établissement où se trouve également un point d'accueil pour enfants¹. Le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans est très variable selon le point d'accueil, il est de moins de 10 enfants pour 24 points d'accueil et s'élève à 20 ou plus pour 15 autres points d'accueil.

Les enfants reçus dans ces points d'accueil pour adultes sont plus âgés (45 % ont entre 10 et 14 ans, contre 22 % dans les points d'accueil pour enfants correspondants). Ils viennent principalement pour de la traumatologie dans 88 % des cas (contre 17 %), dont 19 % d'entorses et luxations (contre 1 %) et 14 % de fractures (contre 1 %). Par ailleurs, le taux d'hospitalisation des enfants à la sortie de ces points d'accueil pour adultes est très faible (3 %, contre 10 % pour l'ensemble des enfants accueillis aux urgences). Cette situation correspond probablement à un mode de fonctionnement organisé au niveau de l'établissement, qui choisit de diriger préférentiellement les enfants avec un motif de recours traumatologique non grave vers le point d'accueil pour adultes.

Les différentes configurations pour l'accueil des enfants aux urgences



Lecture • Le 11 juin 2013, 915 enfants âgés de moins de 15 ans ont été accueillis dans 19 points d'accueil, recevant dans le même lieu les adultes et les enfants et situés dans un établissement ayant une autorisation d'urgences générales et d'urgences pédiatriques. Ils représentent 7 % des enfants de moins de 15 ans accueillis ce jour-là.

Champ • Patients âgés de moins de 15 ans.

Source • DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

1. Parmi les 87 points d'accueil adultes situés dans un établissement où se trouve également un point d'accueil enfant, 28 n'ont accueilli aucun enfant de moins de 15 ans durant l'enquête, et 59 ont accueilli au moins un enfant.

de moins de 6 mois venus aux urgences ce jour-là (2 %).

Dans les points d'accueil pédiatriques, avec ou sans autorisation d'urgences pédiatriques, les enfants en bas âge sont davantage représentés : 30 % ont moins de 2 ans (15 % dans les points d'accueil généraux) et 54 % ont moins de 5 ans (33 %) [tableau 2]. Les motifs de recours étant liés à l'âge, les motifs « généraux et divers », gastroentérologiques et respiratoires y sont plus fréquents, tandis que les motifs traumatologiques le sont deux fois moins (28 %, contre 60 % dans les points d'accueil généraux). Des démarches effectuées auprès d'un médecin précèdent le passage aux urgences pour 32 % des enfants de moins de 15 ans, contre 20 % dans les autres points d'accueil, ce qui suggère qu'une partie des enfants a été pré-orientée vers les urgences pédiatriques.

L'évaluation débute plus rapidement dans les points d'accueil pédiatriques pour une partie des enfants. Si l'on tient compte des caractéristiques des enfants et du point d'accueil, la probabilité y est plus forte que moins de 30 minutes s'écoulent entre l'enregistrement et l'évaluation. Pour autant, les soins ne commencent pas plus rapidement dans les points d'accueil pédiatriques. La probabilité d'attendre une heure ou plus avant le début des soins est similaire entre points d'accueil.

Moins d'exams complémentaires dans les points d'accueil pédiatriques

La prise en charge des enfants ne comporte aucun examen complémentaire pour 54 % des enfants de moins de 15 ans dans les points d'accueil pédiatriques, contre 46 % des enfants dans les autres points d'accueil. L'analyse « toutes choses égales par ailleurs »¹⁰ révèle des différences de prise en charge selon le type de point d'accueil. Le recours au plateau technique au sens large est moindre dans les points d'accueil pédiatriques des urgences. La probabilité de recourir à l'imagerie conventionnelle et aux analyses biologiques lors de la prise en charge y est ainsi sensiblement plus faible que dans les autres structures, tandis que la probabilité de ne réaliser aucun examen



TABLEAU 2

Modalités d'arrivée, prises en charge et modalités de sortie des enfants aux urgences selon le type d'accueil

En % du nombre de passages des enfants de moins de 15 ans

	Accueil pédiatrique	Accueil général ou adulte
Âge		
Moins de 6 mois	10	4
Plus de 6 mois à moins de 2 ans	19	11
2 à 4 ans	24	19
5 à 9 ans	24	27
10 à 14 ans	23	40
Motifs de recours		
Traumatologie	28	60
Gastroentérologie	15	10
Général et divers ¹	15	8
dont fièvre	12	5
Respiratoire	9	4
Dermatologie	8	5
ORL	6	3
Pédiatrie	4	2
Cardiologie neurologie	6	3
Autres	9	6
Démarche entreprise²	41	27
dont auprès d'un médecin ³	32	20
Délai entre l'enregistrement et :		
l'évaluation, supérieur ou égal à 30 min	8	12
la prise en charge, supérieur ou égal à 60 min	27	26
Contenu de la prise en charge		
Imagerie conventionnelle	25	43
Analyses biologiques	19	11
Autre acte diagnostique type ECG...	9	6
Actes de soins	30	45
Avis spécialisé	17	11
UHCD	5	1
Modalités de sortie		
Retour à domicile	86	90
Hospitalisation	13	8
Délai entre l'enregistrement et :		
la décision d'hospitalisation, inférieur à 1 heure	13	8
Durée de passage de 3 heures ou plus		
Si retour domicile	20	14
Si hospitalisation	48	33

ORL : otorhinolaryngologie ; ECG : électrocardiogramme ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

1. La rubrique « général et divers » comprend les motifs suivants : fièvre, problème d'altération de l'état général, fatigue, sutures, pansements, etc.

2. Concernant la santé, dans les 24 heures précédant le recours aux urgences.

3. Médecin traitant ou un autre médecin (médecin de garde, SOS médecin).

Lecture • Le recours aux urgences est motivé par de la traumatologie pour 28 % des enfants dans les points d'accueil pédiatrique, pour 60 % des enfants dans les points d'accueil généraux ou adultes.

Champ • Patients âgés de moins de 15 ans.

Source • DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.



10. L'analyse prend en compte les caractéristiques des enfants (âge, motif de recours, horaires d'enregistrement, modalité de transport et antériorité des troubles) et celles du point d'accueil.

complémentaire y est plus élevée. Dans les points d'accueil pédiatriques, la formation pédiatrique du personnel médical et paramédical permet une meilleure approche clinique, qui pourrait contribuer à expliquer ce moindre recours aux examens complémentaires.

La probabilité de bénéficier d'un acte de soins ou d'un avis spécialisé y est également plus faible que dans les autres points d'accueil. Il est en effet probable que le recours au pédiatre, comptabilisé comme un avis spécialisé dans les points

d'accueil généraux, ne soit pas considéré comme tel dans les points d'accueil pédiatriques où le pédiatre fait partie de l'équipe. Bien que les taux d'hospitalisation apparaissent plus élevés dans ces points d'accueil pédiatriques (13 %, contre 8 % ailleurs), la probabilité d'être hospitalisé n'y est pas significativement plus élevée.

Pour les enfants qui sont hospitalisés comme pour ceux qui rentrent à domicile, les passages aux urgences d'une durée de 3 heures ou plus sont plus fré-

quents dans les points d'accueil pédiatriques. Toutefois, ces résultats ne sont pas confirmés par une analyse « toutes choses égales par ailleurs » et la probabilité d'une durée de passage supérieure à 3 heures n'est pas significativement plus élevée dans les points d'accueil pédiatriques que dans les points d'accueil généraux. Néanmoins, l'autorisation d'urgences pédiatriques est associée, en cas de retour à domicile, à une plus grande probabilité d'un passage excédant 3 heures. ■

➔ POUR EN SAVOIR PLUS

- **Boisguérin, B. et Valdelièvre, H.** (2014, juillet). Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES, *Études et Résultats*, 889.
- **Haute Autorité de santé** (2016, octobre). Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Recommandation de bonne pratique.
- **Lorton, F., Levieux, K., Vrignaud, B. et al.** (2014). Actualisations des recommandations pour la prise en charge du traumatisme crânien léger chez l'enfant. *Archives de Pédiatrie* 21(7), p.790-96.
- **Ricroch, L. et Vuagnat, A.** (2017, février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES, *Études et Résultats*, 997.
- **Ricroch, L. et Vuagnat, A.** (2015, août). Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES, *Études et Résultats*, 929.
- **de Suremain, N., Arnaud, C., Amat F., et al.** (2015, septembre) La prise en charge aux urgences de la crise d'asthme aiguë de l'enfant. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 5(4), p. 238-44.
- **Toutlemonde, F.** (dir.) (2016). *Les établissements de santé, édition 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé, voir fiche n° 12 Médecine, chirurgie obstétrique : patientèle.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault et Elisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
P U B L I Q U E

La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.