

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

DREES

document  
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 125 • MARS 2013

Enquête qualitative préalable à la définition  
d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières

ANNEXES AU RAPPORT FINAL

Évelyne CASH, Roland CASH, Jean-Louis DUCASSÉ, Claire HAULT, Flore MATTHIEU, Thomas RICHARD





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

DREES

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 125 • mars 2013

Enquête qualitative préalable à la  
définition d'une enquête nationale sur les  
urgences hospitalières

ANNEXES AU RAPPORT FINAL

Évelyne CASH, Roland CASH, Jean-Louis DUCASSÉ, Claire HAULT,  
Flore MATTHIEU, Thomas RICHARD

M MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES  
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL



Cette recherche a été financée par la DREES

Cette publication n'engage que ses auteurs



## Sommaire

---

■ ANNEXE 1 - ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE / FICHES DE LECTURE .....	9
Rapports généraux.....	11
Articles sur la phase pré-hospitalière : SAMU, SMUR.....	26
Articles sur les services d'accueil des urgences.....	37
Articles spécifiques sur l'accueil aux urgences des personnes âgées .....	55
Articles spécifiques sur les urgences pédiatriques .....	60
Quelques exemples d'organisation dans d'autres pays.....	70
Bibliographie.....	77
■ ANNEXE 2 - LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES .....	81
Entretiens institutionnels .....	81
Monographies de territoires.....	82
Département de la Lozère .....	82
Arrondissement d'Avignon.....	83
Arrondissement de Limoges.....	84
Lyon-Est.....	85
Arrondissement de Montluçon.....	86
■ ANNEXE 3 - LETTRE DE MISSION.....	87
■ ANNEXE 4 - GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS .....	89
■ ANNEXE 5 - GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES MONOGRAPHIES.....	91
■ ANNEXE 6 - COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE DE L'ÉTUDE .....	95



## ■ ANNEXE 1 - ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE / FICHES DE LECTURE

Rapports généraux

Articles sur la phase pré-hospitalière : SAMU, SMUR

Articles sur les services d'accueil des urgences

Articles spécifiques sur l'accueil aux urgences des personnes âgées

Articles spécifiques sur les urgences pédiatriques

Quelques exemples d'organisation dans d'autres pays



## Rapports généraux

Titre : Les urgences médicales : constats et évolution récente

Auteurs : Cour des Comptes, et 7 chambres régionales des comptes (Aquitaine, IDF, Rhône Alpes, PACA, Nord Pas de Camais, Haute Normandie et Champagne Ardenne).

Année : 2006

Type de document : rapport

Champ couvert par la publication :

- Objet : étude sur l'aide médicale urgente et la permanence des soins (à l'exclusion des urgences pédiatriques et psychiatriques).
- Période : 2006.
- Zone géographique : France.

Méthodologie

- Méthode générale : évaluation de l'application des textes (arrêtés...), utilisation des statistiques (SAE...) et enquêtes auprès des personnels de la DHOS, des ARH, des professionnels des urgences.
- Sources d'informations utilisées : statistiques de la DREES, DHOS (comptabilisation des ATU).

Résultats

- Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :
  - Données documentées : rappels des données principales des enquêtes de la DREES : 20 % des patients sont hospitalisés ; le secteur public assure 84 % de cette activité en 2004 ; le quart des patients a moins de 15 ans... Des progrès sont à réaliser dans le domaine des urgences vitales, par création de filières directes (ex : infarctus du myocarde). Des écarts de coûts sont observés entre services d'urgences, sans lien avec l'activité.
- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : le système d'orientation des patients est déficient (absence d'un n° d'appel unique, manque d'information des patients)
- Sur l'articulation entre ville et hôpital :
  - Données documentées : coopération insuffisante entre les acteurs de ville et hospitaliers, malgré les modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) : 70 % des médecins libéraux participent à la PDS, mais la taille des secteurs et le nombre de médecins par secteur sont très variables d'un département à l'autre. La contribution des maisons médicales de garde (MMG) est difficile à évaluer. Toutefois, l'adossement des MMG à une structure hospitalière permet d'alléger le flux des patients qui s'adressent aux services d'urgences. La participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique (arrêté du 12 décembre 2003) n'est pas encore effective dans 19 départements. La Cour s'interroge sur la justification d'astreindre, à domicile, pour un coût relativement élevé, des médecins rarement sollicités (critiques de la Cour jointes à celles de l'IGAS et de l'IGA sur le nouveau dispositif financier). La possibilité donnée aux préfets de privilégier le recours aux moyens de l'hôpital à partir de minuit est une solution réaliste à mettre en œuvre.
- Sur les bases de données, sources et outils utilisés
  - Données documentées : « les outils de mesure de l'activité des services ne sont pas harmonisés » avec coexistence de la notion de passages dans SAE et des ATU dans la T2A. « Au sein des établissements, la mauvaise tenue des registres chronologiques... ne permet pas de connaître, comme le demande le code de la santé publique, l'identité des patients..., le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation et leur hospitalisation, le jour de sortie ou de transfert... » Or « le nouvel article R.6123-23 du code de santé publique rend obligatoire l'informatisation des registres chronologiques ». De plus, la Cour constate l'existence de chiffres différents donnés par les différentes institutions.

L'absence de système d'information formalisé, généralisé et partagé, ne permet pas de connaître les moyens opérationnels disponibles sur un territoire donné. Seule la région Haute Normandie en a créé un, dénommé « Réseau régional de l'aide médicale urgente » (RAMU).

Données restant à approfondir :

- L'absence d'indicateurs médicaux de référence ne permet pas de porter un jugement sur les effets du plan 'Urgences' en termes de qualité de prise en charge des patients ou de renforcement des compétences des équipes médicales et paramédicales.
- Les données d'activité des SAMU et des SMUR sont peu fiables.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Des faiblesses persistantes du dispositif dans son ensemble en amont et en aval des établissements de santé sont à corriger, avec la recherche d'un meilleur équilibre entre ce qui peut être pris en charge par la médecine de ville et l'hôpital.

« La Cour estime que l'amélioration de l'efficacité du dispositif dépend moins aujourd'hui de nouveaux moyens financiers que de mesures relatives à l'orientation des patients, à l'organisation des services et à la coordination de l'activité hospitalière avec celle de la médecine de ville. »

Titre : Évaluation du plan Urgences 2004-2008

Auteurs : J-Y Grall

Année : 2007

Type de document : rapport

Champ couvert par la publication :

- Objet : évaluation du plan à mi-parcours de sa mise en œuvre, avec bilan quantitatif effectué par la sous direction de l'organisation des soins, et entretiens dans chaque région (ARH), puis présentation de propositions.
- Période : 2004 à 2006.
- Zone géographique : France métropolitaine.

Méthodologie

- Méthode générale : questionnaire et entretiens.
- Sources d'informations utilisées : données de suivi du Plan Urgences ; rencontres, sous l'égide des ARH, avec les institutions et représentants des professionnels dans chaque région (DDASS, URCAM, médecins urgentistes, parfois URML...) ; données collectées auprès des SMUR...
- Liste des données mobilisées :
  - Suivi des mesures du plan : nombre de créations de postes, de place d'HAD, de maisons médicales, de lits de SSR, d'équipes mobiles gériatriques, dispositif d'alerte, mesures d'installation des médecins, mise en place du DESC de médecine d'urgence, affectation précise des crédits et des enveloppes fléchées.
  - Données d'activité : nombre de passages aux urgences, passages classés en CCMU et GEMSA (groupe d'étude multicentrique des services d'accueil des urgences), taux d'hospitalisation, nombre de sorties du SMUR, des affaires traitées dans les établissements publics et privés,...
  - Avis des personnels rencontrés.

Résultats

- Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :
  - Données documentées : fin 2006, 380 millions d'euros ont été affectés sur les 500 millions du Plan, avec création de 5 300 emplois médicaux et non médicaux. 45 % des crédits ont concerné les structures d'urgences proprement dites.  
Des organisations mutualisées SMUR-Urgences deviennent la règle dans la plupart des structures.  
Le nombre de sorties de SMUR est très variable selon les départements. Et de même, il y a un recours variable aux services d'urgences selon les régions.  
Le plan a permis par ailleurs de renforcer la régulation libérale dans les centres 15, de développer les maisons médicales de garde.
- Sur les personnels des services d'urgences :
  - Données documentées : renforcement des structures d'urgences avec mise aux normes.
- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : le rapport souligne l'importance des mesures 'gériatriques' : équipes mobiles créées et/ou renforcées, création de courts séjours gériatriques... et aussi crédits affectés aux consultations mémoire (guère dans l'esprit du plan!).  
À propos des patients CCMU 1 ou 2, le rapport observe qu'il n'est « pas exact que tous les patients en CCMU 1 et 2 pouvaient relever matériellement au moins de la médecine ambulatoire. Par contre, il est certain que ces patients a posteriori ne relevaient nullement d'une prise en charge en urgence. »
- Sur l'articulation entre ville et hôpital :
  - Données documentées :  
La permanence de soins ambulatoire (PDS) en amont de la filière de prise en charge des soins non programmés s'est modifiée avec une réduction de 25 % des secteurs en première partie de nuit. En nuit profonde, le report de

la PDS sur les centres hospitaliers devient très fréquent alors que dans les zones urbaines, la PDS tend à reposer exclusivement sur des associations de type SOS Médecins. En première partie de nuit et les week-ends, l'exercice en maison médicale de garde se développe (213 MMG hors SOS Médecins).

Les modalités d'ouverture et d'accès à de nombreux cabinets médicaux posent de plus en plus problème, y compris dans la journée (pas de place pour les consultations non programmées).

Tous les départements, sauf 9, ont accès à une régulation médicale généraliste libérale spécifique, quasiment toujours dans les locaux du Centre 15. Des difficultés d'accès à un médecin aux heures de PDS dans les EHPAD et maisons de retraite, pour la rédaction de certificats de décès ou motif médico-légal, sont soulignées sur l'ensemble du pays.

Des réorganisations ont été réalisées, mais les dispositifs manquent souvent de clarté et de fiabilité.

Les budgets consacrés aux SSR et à l'HAD ont eu peu d'impact notable sur l'amélioration de la situation.

■ Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité :

- Données documentées : L'objectif d'une informatisation de 85 % des passages aux urgences et 80 % des services fin 2007 est en passe d'être tenu, certaines régions ayant déjà atteint ces chiffres (Languedoc, Limousin, Franche-Comté, Île-de-France...).

Le rapport souligne aussi l'apport de l'observatoire des urgences de Midi Pyrénées (ORUMIP), « instrument de pilotage opérationnel remarquable ».

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Le plan Urgences a permis un renforcement conséquent des structures d'urgences et ses effets sont reconnus par les professionnels, mais il convient de poursuivre les efforts d'amélioration de la filière : évolutions des comportements de la population et des médecins vis-à-vis de la permanence des soins, amélioration de la prise en charge des personnes âgées, notamment en améliorant la continuité des soins en EHPAD, maisons de retraite et hôpitaux locaux...

Titre : Évaluation de l'impact du plan Urgences : rapport de fin d'étude

Auteurs : P. Mardegan

Année : 2009

Type de document : rapport

Champ couvert par la publication :

- **Objet** : évaluer l'impact des différentes mesures du plan Urgences, après deux années de mise en œuvre (mission complémentaire à celle de JY Grall), et développer des indicateurs de qualité.
- **Période** : enquête réalisée au cours du deuxième semestre 2007.
- **Zone géographique** : 57 établissements sollicités en France.

Methodologie

- **Méthode générale** : entretiens institutionnels, revue de la littérature, enquête auprès de 57 établissements (53 ont répondu) parmi les mieux dotés en termes de nombre de postes financés (37 CH, 18 CHU, et 2 PSPH) ; cette enquête a porté sur les périodes de mars à juillet pour les années 2003 et 2005, dans les services d'urgences, les SAMU, et les SMUR.
- **Sources d'informations utilisées** : questionnaire ad hoc (enquête en ligne).
- **Liste des données mobilisées** : effectifs en ETP des personnels médicaux et para-médicaux, organisation du travail, activité, organisation de l'accueil et de l'orientation, étude des temps de passage et du temps avant le premier contact médical, données sur quelques pathologies traceuses (douleur, syndromes coronariens aigus ST+) et quelques autres critères (comme le nombre de réclamations, le nombre de protocoles, la formation médicale continue, le nombre de publications...).
- **Échantillon** : 53 établissements ayant répondu sur 57.
- **Limites de l'approche** : l'absence ou la mise en place trop récente des systèmes d'information n'ont pas rendu possible l'exploitation statistique de certaines informations du fait du faible nombre d'établissements ayant répondu (comme pour les délais de départ SMUR, les temps de passage ainsi que pour l'analyse de la prise en charge des SCA-ST+).

Résultats

- **Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences** :
  - Données documentées : croissance de l'activité, en partie absorbée par l'augmentation du personnel médical. En 2005, presque 90 % des structures adultes et la moitié des structures pédiatriques disposent d'une UHCD.
- **Sur les personnels des services d'urgences** :
  - Données documentées : rattrapage en termes de dotation de personnel médical surtout et de personnel para-médical (bien que pour ce dernier, la situation était moins 'tendue' avant le plan Urgences) : entre 2003 et 2005, le nombre d'ETP moyen a augmenté de presque 20 % pour le personnel médical et plus de 10 % pour le personnel paramédical. Cependant, les établissements ne disposent que de seulement 3,9 ETP pour assurer une présence médicale H24 en 2005, ce qui traduit une sollicitation importante des équipes. Ce renforcement ne permet pas 'd'absorber' la croissance d'activité des SAMU, et le taux d'occupation très élevé des UHCD reste préoccupant. On assiste par ailleurs à un bon développement de la mutualisation du personnel médical SAMU / SMUR / Urgences (3/4 des répondants), un peu moins du personnel paramédical (moins de 2/3).
- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires** :
  - Données documentées : des données sont recueillies sur la prise en charge de la douleur, les besoins en morphiniques, les patients avec syndrome coronarien aigu ST+, les plaintes. Pour les SCA ST+ par exemple, on trouve des améliorations importantes sur presque tous les segments de prise en charge : en particulier diminution de 70 % du délai entre l'appel et la prise en charge (de 1h40 à 31 mn) et diminution de 60 % du délai entre l'appel et la reperméabilisation (de 3h11 à 1h20 mn).

Quelques éléments sur les délais moyens sont fournis, mais sur un faible nombre d'établissements.

Données restant à approfondir : besoin d'un système d'information et de validation des données.

■ Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité :

- Dans la revue de la littérature, 9 indicateurs ont été identifiés : fréquentation des services d'urgence, durée totale de passage, patients « partant sans examen médical », délai thérapeutique, sur fréquentation, reconsultations, morts évitables en traumatologie, mortalité, satisfaction des patients.

Et 4 d'entre eux ont été retenus dans cette étude pour leurs caractères d'intérêt, de pertinence et de faisabilité : fréquentation, durée totale de passage, patients partant sans examen médical, délai thérapeutique.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Le plan Urgence a permis un rattrapage indispensable des dotations en personnels, ce qui a permis d'améliorer les conditions de travail et de renforcer la permanence médicale.

Si en moyenne, les évolutions sont positives pour une majorité d'établissements, pour une partie d'entre eux en revanche, la situation se dégrade. En effet lorsque les établissements n'ont pas recruté, on assiste pour les postes médicaux au mieux à une stabilité, au pire à une diminution des ETP. Ce constat est particulièrement vrai pour les structures à faible volume d'activité avec par exemple une diminution des ETP médicaux pour les SMUR d'activité inférieure à 1 000 interventions/an.

La mise en place d'indicateurs comme outils de pilotage nécessite un recueil de données supplémentaires. Il faut en outre valider les limites et critères d'interprétation d'indicateurs comme les temps de passage et les ratios d'activité. Une telle utilisation d'indicateurs validés et partagés par tous permettrait une analyse objective des difficultés rencontrées.

**Titre :** Rapport de la mission DGOS relative à la modernisation des SAMU : état des lieux, objectifs et recommandations opérationnelles

**Auteurs :** P. Mardegan

**Année :** 2010

**Type de document :** rapport

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** état des lieux sur la technique, les ressources humaines et les structures, en vue d'optimiser l'organisation, les équipements, les conditions d'interconnexion et anticiper la gestion des crises.
- **Période :** 2009.
- **Zone géographique :** France.

### Méthodologie

- **Méthode générale :** enquête par questionnaire, comprenant 3 volets :
  - Volet technique : systèmes de communication et d'information.
  - Volet ressources humaines.
  - Volet structures et organisations.
 En outre, une enquête 'flash' a été réalisée pendant l'été 2009, ciblée sur la problématique 'grippe' et la capacité du SAMU à faire face à un triplement des appels.  
 Cette étude a bénéficié du soutien méthodologique de la DGOS et de l'ASIP Santé, et les travaux ont été conduits en lien avec le Conseil national de l'urgence hospitalière.
- **Sources d'informations utilisées :** questionnaire ad hoc
- **Liste des données mobilisées :** présentation générale du SAMU, données d'activité de 2008 [appels décrochés, dossiers de régulation (DR)...], volet technique (système de communication, téléphonie, logiciel de régulation, système de cartographie), volet ressources humaines (personnel médical et non médical), volet structure et régulation (salle de régulation, organisation d'une régulation de MG, organisation de la plateforme).
- **Échantillon :** 98 SAMU sur 101 dotés d'un Centre de réception et de régulation des appels (CRRA).
- **Limites de l'approche :** (1) cette enquête évalue la situation au 1<sup>er</sup> juillet 2009 mais les évolutions sont rapides ; (2) l'utilisation des définitions (appels, DR, DRM) n'est pas généralisée dans tous les SAMU ; (3) certaines données devraient être contrôlées.

### Résultats

- **Sur la connaissance de l'activité, de la structuration des SAMU :**
  - **Données documentées :** 31 millions d'appels en 2008, dont 12 millions de dossiers de régulation.  
Cet état des lieux montre une grande hétérogénéité des SAMU dans les domaines étudiés ; Il n'existe pas de SAMU idéal, il existe toujours au moins un point de fragilité.
- **Sur les personnels des services d'urgences :**
  - **Données documentées :** effectifs du personnel médical pour une permanence des soins, effectifs du personnel non médical (PARM, superviseur de salle, encadrement, personnel de coordination...).
- **Sur l'articulation entre ville et hôpital :**
  - **Données documentées :** 84 % des SAMU disposent d'une régulation de médecine générale au sein du CRRA. 5 SAMU ont une régulation de médecine générale organisée à domicile. 16 SAMU sur 98 sont organisés en plate-forme 15/18.
- **Sur les bases de données, sources et outils utilisés :** cette enquête a permis de mettre en place la principale base de données sur les SAMU/centre 15.

- Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité :
  - Données documentées : une relative méconnaissance de l'activité téléphonique par les SAMU (parfois impossibilité de calculer le nombre d'appels) ;
  - Données restant à approfondir : les indicateurs de qualité devraient être développés.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

L'étude a permis de dresser un état des lieux « quasi exhaustif des SAMU en France sur les 3 volets : techniques, ressources humaines et structures ». Elle a montré la grande hétérogénéité des SAMU dans tous ces domaines ainsi que leurs points de fragilité (sous-équipement, fonctionnement n'étant que très partiellement sécurisé), et donne des pistes pour leur renforcement, notamment une coordination encore plus efficace entre la ville et les services d'urgences hospitaliers, et une meilleure articulation entre SAMU (proposition de projets médicaux de territoire, reposant sur des stratégies d'alliance 'inter-SAMU', qui permettraient aux SAMU de se renforcer et par exemple de faire face avec plus d'efficacité aux crises sanitaires (2 SAMU seulement peuvent faire face à un triplement des appels selon l'enquête 'flash')).

**Titre :** Réduire les temps d'attente et de passage aux Urgences ; recueil de bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience

**Auteurs :** ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux)

**Année :** 2005 à 2008

**Type de document :** 3 tomes

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** présentation des actions mise en œuvre par les professionnels de services d'urgences (8 dans la première phase : 2 CHU, 4 CH, 1 PSPH et 1 établissement privé lucratif) engagés dans une démarche de réduction des temps de passage aux urgences et de l'engorgement de leurs services. La suite de cette étude s'est élargie en portant sur les données organisationnelles du service d'accueil des urgences et sur les temps de passage des patients, avec 4 axes principaux pour les actions mises en place :
  - améliorer le circuit de prise en charge du patient au sein du service d'accueil des urgences,
  - mieux s'articuler avec l'imagerie et le laboratoire,
  - bénéficier plus facilement des avis spécialisés,
  - se doter d'outils de pilotage du service.
- **Période :** première phase : août 2003 – mars 2005 ; puis approfondissement (suite à l'analyse des dysfonctionnements en 2003-2005) et déploiement de 2006 à 2008.
- **Zone géographique :** France y compris DOM (Cayenne).

### Méthodologie

- **Méthode générale :** entre 2003 et 2005, repérage chronométré des dysfonctionnements de nature organisationnelle : attentes de plus d'une heure, temps de passage excédant 6 heures pour une prise en charge qui aurait pu durer une heure, etc. Suite à ces constats, des mesures de bonnes pratiques ont été mises en place en 2006, analysées et quantifiées, et mises en œuvre par les urgentistes, avec les consultants ayant accompagné cette démarche.

Exemples d'action :

- optimisation de la gestion des flux par la présence d'une infirmière coordinatrice de flux, en notant comme indicateurs de résultat la diminution du temps de passage moyen des patients (passant de 3h20 à 2h45 dans un site) et la diminution du nombre de patients présentant un temps de passage long (prises en charge en moins de 3 heures passant de 50 % à 70 % des patients dans ce même site) ;
- action sur les examens biologiques ou radiologiques, avec diminution du nombre d'examens dont le délai de retour est supérieur à un seuil fixé, diminution du temps de passage pour réaliser un examen.

Dans la suite de la mission, les actions sont toujours cadrées par des fiches de bonnes pratiques organisationnelles, comportant des indicateurs méthodologiques (chronométrage jumelé à une fiche de circuit spécifique pour développer la filière d'hospitalisation courte) et les résultats attendus, et cela sur chaque site impliqué dans l'action. Au cours du temps, les différentes actions se sont élargies, abordant, outre l'organisation de la prise en charge du patient, la gestion des stocks, etc.

- **Sources d'informations utilisées :** constats 2003-2005, puis mesures des impacts des actions après avril 2005
- **Liste des données mobilisées :** toutes les étapes du circuit du patient sont étudiées : l'enregistrement, l'attente d'un box, l'entrée dans le box, l'examen médical, les examens complémentaires, etc. au regard du temps passé (délai, temps de passage moyen...), du nombre d'examens, du volume d'actes...
- **Échantillon :** 8 services d'urgences (soit environ 350 000 passages par an) au début de la mission, puis déploiement : 40 en 2006 lors de la première vague, 41 en 2007 et 25 en 2008.
- **Outils spécifiques utilisés :** principalement la mesure du temps et du nombre d'actes/d'examens réalisés, en comparaison avec les années antérieures.
- **Limites de l'approche :** un certain nombre de précautions sont notées dès le premier rapport : (1) les données sont notées par un observateur externe au service ; (2) les bases ont été constituées selon 2 modalités différentes : un recueil du temps en simple chronométrage déclenché dès qu'il est décidé de réaliser cette

étape ou en chronométrage 'critique' commencé lorsque l'étape devient celle qui conditionne l'avancement du patient ; (3) biais dans l'inclusion des patients car il a été recherché une taille minimale pour chacune des sous-populations ; (4) les données prises en compte pour l'évaluation des résultats de l'intervention ne sont pas les données ayant servi au diagnostic.

## Résultats

- Sur la connaissance de l'activité, de la structuration des services d'urgences :
  - Données documentées : les temps de passage sur les 8 sites (6 sites ont amélioré ce temps et 6 sites sur 7 ont diminué la part des patients concernés par des temps de passages supérieurs à 10 heures).  
Au fil des années, chaque site a développé au moins une action qui pouvait être très précise (ex : conduite à tenir devant une colique néphrétique au CHU de Besançon).  
La réflexion interroge la pertinence de fixer des objectifs globaux de réduction des temps de passage ; la problématique est à adapter selon le type de patients (prise en charge des personnes âgées, des enfants...).
- Sur les personnels des services d'urgences :
  - Données documentées : objectivation du temps perdu par le personnel, ressenti des professionnels...  
Il a été remarqué que la mise en œuvre d'actions fait appel à d'autres compétences que celles pour établir le diagnostic des dysfonctionnements ; ainsi, l'accompagnement de la mise en œuvre des plans d'actions était porté par les consultants.
- Sur les bases de données, sources et outils utilisés : fort investissement de temps consultants consacré au recueil de données quantitatives ; ce type d'analyse, bien ressenti par les professionnels, a dû être complété par une analyse qualitative des organisations par la suite.
- Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité : l'analyse du taux de mise en œuvre des plans d'actions a montré la difficulté de lancer plus de 6 actions au cours de l'intervention (seuls deux établissements sur 8 ont mis en œuvre 8 ou 9 actions).

## Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

La mission a montré qu'il était possible de diminuer les délais de prise en charge des patients, même si au décours de la mission, les résultats sont contrastés ; au fil des années, ils ont été comparés aux données internationales (Canada, USA, Royaume-Uni).

Titre : Organisation des centres 15, Rapport de fin de chantier pilote

Auteurs : ANAP

Année : 2008

Type de document : rapport

Champ couvert par la publication :

- **Objet** : déterminer quelles pratiques organisationnelles permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité de la régulation, à travers des études d'organisation menées dans 8 centres 15.
- **Période** : diagnostic organisationnel en 2006 (2<sup>ème</sup> semestre), élaboration des plans d'actions et mise en œuvre en 2007 et évaluation fin 2007.
- **Zone géographique** : Besançon, Brest, Bordeaux, Orléans, Tarbes, Strasbourg, Lyon et Rouen.

**Méthodologie**

- **Méthode générale** : diagnostic des dysfonctionnements dans l'organisation de 8 centres 15 (première étape), test d'actions d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la régulation (seconde étape). Cette étude a été réalisée avec 2 sociétés de consultants et la collaboration des personnels des centres 15 (directeur de SAMU, responsable du centre 15, médecin régulateur, cadre de régulation...). Toutes les étapes de la prise en charge des patients ont été analysées : décrocher, réguler, gérer les moyens, interpréter les bilans, organiser l'arrivée à l'hôpital, clore le dossier (les mesures de délai produisent des mesures de qualité).
- **Sources d'informations utilisées** : enquête sur place de 6 mois, puis accompagnement et évaluation des actions mises en place.
- **Échantillon** : 8 centres 15 répartis sur toute la France métropolitaine

**Résultats**

- **Sur la connaissance de l'activité, de la structuration des centres 15** :
  - **Données documentées** : Parmi les actions mises en place, on peut noter l'organisation du pilotage (par exemple, mise en place d'un staff régulier dédié à la régulation), l'optimisation des outils (par exemple installation d'un dispositif pérenne de production d'indicateurs de téléphonie), la gestion des opérations [par exemple améliorer l'adéquation des ressources à l'activité, professionnaliser le poste de PARM (permanencier auxiliaire de régulation médicale)], la communication et les relations externes. Les deux dernières catégories d'actions sont celles qui ont eu le plus de difficultés à être mises en œuvre : celle sur la gestion des opérations car elle touche le comportement des professionnels, et celle sur la communication qui n'a pas été réalisée en général.
- **Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité** : dans cette enquête, il faut noter la précision de certains indicateurs comme la mesure du % de décroché en moins de 60 secondes qui a servi de base pour construire des indicateurs plus agrégés [% de qualité du décroché = appels décrochés <60 s / somme de tous les appels (y compris les abandons)]. Les indicateurs sont souvent basés sur des mesures de temps (durée moyenne de décision, délai moyen de sortie des effecteurs, etc.).

**Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude**

Les 8 équipes ont obtenu des résultats significatifs dans les actions d'amélioration (pilotage par la mise en place d'un tableau de bord, homogénéisation des pratiques de prise en charge...) et dans la mise en place d'indicateurs de qualité de prise en charge mesurables (réduction du délai du décroché, de régulation, de départ SMUR...).

Titre : La prise en charge des urgences médicales

Auteurs : Assemblée nationale, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, G. Colombier

Année : 2007

Type de document : rapport

Champ couvert par la publication :

- Objet : enquête sur les urgences, l'amont, l'aval, les interactions ville-hôpital, l'évaluation de l'impact du plan Urgences 2003-2008.
- Période : 2006-2008
- Zone géographique : visites d'hôpitaux (CH) en Mayenne et dans la Nièvre (2006), dans le Nord-Pas-de-Calais (CH d'Arras, CHU de Lille) et en IDF (Beaujon, hôpital privé de Trappes) (2007) et auditions des responsables nationaux, représentants des syndicats, fédérations hospitalières, etc.

### Méthodologie

- Méthode générale : auditions des différents responsables (comptes-rendus fournis en annexe du rapport) et avec les personnels locaux sur place lors des visites dans 8 établissements de santé (services d'urgences, maisons médicales de garde, locaux du centre 15 SAMU...).
- Sources d'informations utilisées : rapport de l'IGAS et l'IGA, enquête du conseil national de l'ordre des médecins, sources CNAMTS, rapport de la commission 'démographie médicale' 2005 et 'démographie médicale hospitalière' en 2006, rapports de l'ONDPS, statistiques des services départementaux d'incendie et de secours, étude de l'URCAM Île-de-France, études de la DREES, rapports de la Cour des Comptes, de la MEAH, étude Octoplus 2004, étude de la Société française de médecine d'urgence...

### Résultats

- Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :
  - Données documentées : l'accroissement des moyens ne suffit pas à désengorger les urgences ; il faut l'implication des services d'hospitalisation, une meilleure répartition nécessaire entre les secteurs public/privé ; une meilleure organisation des urgences permet une réduction significative des temps d'attente et de passage ainsi qu'une meilleure prise en charge des patients (rapport MEAH).  
En aval : l'engorgement à la sortie est en partie dû à une mauvaise articulation des urgences avec l'environnement sanitaire et social (services hospitaliers, lits d'aval non disponibles).  
Les réseaux informatiques tendent à renforcer les liens entre les urgences et leur environnement sanitaire et médico-social.
  - Données restant à approfondir : aval des urgences : organisation des circuits courts, HAD, EHPAD, SSR, etc.
- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : les populations fragiles doivent faire l'objet d'une organisation adaptée : les enfants, personnes relevant d'une prise en charge psychiatrique, personnes âgées dont la prise en charge n'est pas toujours organisée de façon satisfaisante.
  - Données restant à approfondir : parcours des personnes âgées aux urgences devant tenir compte de leurs besoins spécifiques.
- Sur l'articulation entre ville et hôpital :
  - Données documentées : la permanence des soins (PDS) n'est pas homogène en amont des urgences (volontariat des médecins hétérogène, coût plus élevé que prévu, modalités de régulation des appels non satisfaisantes dans certains départements) ; manque d'efficacité en partie liée à la densité médicale dans les zones rurales, l'information de la population (selon des représentants des usagers et le rapport IGAS/IGA) : multiplicité des intervenants... Difficultés pour exploiter au mieux les possibilités : faille dans les liaisons médecins libéraux, SAMU, et services départementaux d'incendie et de secours ; bon développement des maisons médicales de garde mais avec une grande hétérogénéité.

- Données restant à approfondir :  
Trois types de maisons médicales de garde paraissent utiles : celles adossées à un hôpital local, celles implantées à proximité immédiate des urgences, celles isolées en milieu urbain ; quelle est la pérennité de leur financement ? Quel doit être le cadre réglementaire ?

#### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

L'enquête a conduit à faire 50 propositions déduites des maillons faibles de la prise en charge des urgences, incluant l'amont et l'aval, correspondant à 6 objectifs :

- Consolider la PDS.
- Simplifier le dispositif de la PDS.
- Développer les maisons médicales de garde dans un cadre pérenne et cohérent (adaptation locale).
- Promouvoir de bonnes pratiques organisationnelles au sein des urgences.
- Mieux prendre en charge certains publics particulièrement fragiles.
- Organiser la prise en charge des urgences en réseaux.

Exemple : « favoriser le regroupement des secteurs de garde en territoires de garde plus vastes pour alléger la charge des gardes mais dans le respect du principe d'égalité d'accès aux soins ».

Il serait nécessaire par ailleurs d'évaluer le coût de la PDS.

Titre : Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire

Auteurs : P. Blanchard et al., IGAS

Année : mars 2006

Type de document : rapport

Champ couvert par la publication :

- Objet : évaluation du nouveau dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
- Période : à partir de septembre 2005.
- Zone géographique : France.

Méthodologie

- Méthode générale : interviews et visites des acteurs dans 6 régions et 10 départements.
- Sources d'informations utilisées : entretiens et données quantitatives sur l'activité des urgences dans certaines localités (Toulouse, Caen...) :
  - Nombre de passages pour les urgences hospitalières.
  - Nombre d'actes chez les médecins généralistes, en journée et en nuit profonde, le samedi/dimanche et les jours de la semaine.
  - Données de coûts pour les médecins d'astreinte (avec ou sans majoration nuit/dimanche).

Autres données :

- Incidents recensés en 2005 et 2004 par un SAMU dans l'exercice de la régulation : refus du médecin de la visite, non joignable, etc.
- Impact de l'activité d'une maison médicale de garde adossée à un hôpital sur l'activité des urgences d'un centre hospitalier (diminution du nombre total de passages et surtout de ceux relevant de la CCMU 1, état clinique stable sans acte complémentaire).

Résultats

- Sur l'articulation entre ville et hôpital :
  - Des difficultés apparaissent tant dans l'organisation de la régulation qu'au plan de la disponibilité des intervenants de terrain (volontaires), selon les secteurs (par exemple, dans le Tarn, le taux de participation est de 80 % alors que dans des départements où il y a de grandes agglomérations, la participation est quasi inexistante) et les périodes (2<sup>e</sup> partie de nuit) ; ces difficultés font que le dispositif n'est pas fiable, avec toujours engorgement des centres 15.
- Sur les bases de données, sources et outils utilisés : les données transmises par la CNAMTS, la dotation nationale des réseaux (DNDR) et le FAQSV (fonds d'aide à la qualité des soins de ville), fournissent le coût global du dispositif : environ 400 millions d'euros estimé pour 2006.
- Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité : un recensement des incidents par le SAMU qui note la fréquence des cas où le médecin est non joignable (répondeur, absence) ou refuse de se déplacer.

Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Les insuffisances de la permanence des soins en médecine ambulatoire fragilisent l'efficacité de la régulation. L'organisation de la permanence des soins doit être simplifiée et sécurisée avec une mise en place ou consolidation de régulations mixtes (SAMU-médecins libéraux), regroupées (numéro unique) avec la mobilisation des effecteurs autres que libéraux (salariés hospitaliers et autres) en 1<sup>ère</sup> partie de nuit (la 2<sup>ème</sup> doit être assurée par l'hôpital vu le manque d'efficacité du dispositif actuel, le coût moyen des actes atteignant alors de l'ordre de 1 000 euros !) et le samedi après-midi.

**Titre :** Les maisons médicales de garde

**Auteurs :** Jean-Yves Grall

**Année :** 2006

**Type de document :** rapport

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** évaluation et formulation de recommandations concernant le fonctionnement et le financement des maisons médicales de garde (MMG)
- **Période :** 2006
- **Zone géographique :** France

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** entretiens avec environ 200 personnes.
- **Échantillon :** 198 MMG en fonctionnement en juillet 2006 ; personnes interviewées dans les régions PACA, Rhône-Alpes, Pays de la Loire, Nord-Pas-de-Calais, Midi Pyrénées, Lorraine, Alsace, Languedoc Roussillon, IDF, Haute Normandie, Bretagne, Basse Normandie, et personnes représentant les institutions nationales.

**Résultats**

- **Sur l'articulation entre ville et hôpital :** les MMG sont au 2/3 dans un établissement sanitaire ou médico-social, et participent activement au maillage de la permanence des soins
  - 70 à 80 % de l'activité se déroule les samedis et dimanches (alors que l'ouverture couvre également souvent la plage entre 20 heures et 24 heures en semaine) ; quand les MMG sont régulées par le Centre 15, pas d'activité le soir en semaine ou très faible. Les spécificités des MMG installées dans un CH avec service d'urgence sont : diminution du nombre de passages aux urgences (pour les CCMU 1 et 2) uniquement dans le cas où existe une organisation précise et intégrée dans le fonctionnement des urgences (difficulté par contre dans le cas de la pédiatrie où le ré-adressage est plus délicat).

Les MMG sont financées par les établissements de santé et peu par le FAQSV, mais les établissements soulignent l'effet financier mécanique qui résulte de la ré-orientation des patients (lié aux modalités de financement par passage et forfait de l'activité d'urgences).

**Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude**

« La MMG permet de concilier une permanence des soins efficiente aux aspirations sociologiques nouvelles du corps médical » (démographie de la médecine générale, vieillissement et féminisation de la profession). « La MMG peut aussi présenter le socle d'un futur exercice pluridisciplinaire sous forme de maison de santé, prenant tout son sens dans les zones urbaines défavorisées et dans les régions rurales. »

## Articles sur la phase pré-hospitalière : SAMU, SMUR

Titre : Suivi à court terme des patients laissés sur place après intervention du SMUR

Auteurs : Berton et al.

Année : 2004

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- Objet : étudier le devenir à 24 heures des patients laissés sur place vivants (LSP) après intervention du SMUR (8 à 20 % dans la littérature).
- Période : octobre 1999 à mai 2000.
- Zone géographique : Yvelines.

### Méthodologie

- Méthode générale : étude prospective.
- Sources d'informations utilisées : dossiers informatiques des SAMU et SMUR pour les caractéristiques de l'intervention (âge, sexe, horaires, moyens engagés, destination du patient, gestes réalisés, diagnostic, CCMU...).
- Et recueil ad hoc des événements liés au suivi du patient dans les 24 heures après intervention (enquête téléphonique, analyse des comptes rendus pour les patients hospitalisés) : devenir du patient à J2, notion de recours médical secondaire, diagnostic d'hospitalisation le cas échéant. L'évolution imprévue a été définie par le décès inattendu, la nécessité d'une hospitalisation secondaire dans les 24 heures, la nécessité d'une nouvelle intervention du SMUR.
- Échantillon : 300 cas consécutifs, hors accidents de la voie publique et intoxications collectives (pas de perdus de vue en raison du suivi téléphonique : en moyenne 1,8 appels par patient).
- Limites de l'approche : étude sur seulement un département.

### Résultats

- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : La durée de médicalisation sur place était de 33 min en moyenne. Les refus de transport initiaux étaient de 12 %.

Les appels provenaient de particuliers (52 %), de secouristes (26 %), d'infirmières (7 %) et de médecins (14 %).

La moitié des diagnostics portés par le SMUR concernaient 3 groupes diagnostiques : les douleurs thoraciques non coronariennes, les malaises et les hypoglycémies.

Devenir à court terme : 2,3 % décès attendus, 91,7 % vivants au domicile, 6 % hospitalisés (dont 1,3 % en réanimation). Deux motifs rassemblaient un tiers des patients secondairement hospitalisés : malaise et douleur thoracique. Parmi ces 18 patients hospitalisés, 4 relevaient d'une erreur de diagnostic initial du SMUR. Les 14 autres correspondaient à des tentatives de maintien à domicile qui n'ont pas été poursuivies pour diverses raisons.

Le SMUR est intervenu une seconde fois dans les 24 heures dans 1,7 % des cas. Pour 80 % de ces patients, le SMUR avait préconisé un transport qui avait été refusé. Dans 80 % de ces cas, il y a eu hospitalisation.

58 % des patients LSP ont consulté dans les 24 heures (dont 73 % le médecin traitant ou un médecin de garde, 27 % un service d'urgences). 52 % ont eu une instauration ou une modification de traitement.

50 cas sur les 300 avaient fait l'objet d'un contact entre le SMUR et le médecin traitant.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude documente l'orientation des patients non transportés après intervention du SMUR, replace les caractéristiques de ces patients en perspective au regard de l'activité générale du SMUR, et conclut que ces situations ne peuvent être considérées comme témoin de l'engagement par excès d'une équipe de SMUR. Les situations « à risque » sont les appels pour douleur thoracique ou 'malaise', les patients âgés ou précaires, et les refus de transport.

**Titre :** Devenir à court terme des patients transportés non médicalisés après intervention du SMUR

**Auteurs :** Berton et al.

**Année :** 2006

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** étudier le devenir à court terme et les facteurs de risque d'une évolution défavorable pour les patients transportés non médicalisés (TNM) après intervention du SMUR.
- **Période :** juillet à octobre 2000.
- **Zone géographique :** Yvelines.

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** étude prospective.
- **Sources d'informations utilisées :** dossier informatisé pour les caractéristiques de l'intervention (âge, sexe, horaires, moyens engagés, destination du patient, gestes réalisés, diagnostic, CCMU...)
- **Et recueil ad hoc des événements liés au suivi du patient dans les 72 heures après intervention (appel téléphonique au service receveur, recueil des comptes rendus) :** décès, prise en charge par le SMUR ou aux urgences, orientation après le service d'urgence, diagnostics SMUR et hospitaliers, durée d'hospitalisation, gestes et examens réalisés dans les 4h.. L'évolution imprévue a été définie par le décès inattendu, l'hospitalisation en réanimation ou le transfert spécialisé vers un service de réanimation ou un plateau technique spécialisé.
- **Échantillon :** 500 patients TNM consécutifs (pas de perdus de vue).
- **Limites de l'approche :** étude sur seulement un département sur un trimestre.

**Résultats**

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**

Données documentées : les TNM représentaient 21 % des interventions primaires du SMUR (17 % à 31 % dans la littérature) et la durée de médicalisation sur place était de 35 min en moyenne (inférieure à celle des patients transportés médicalisés : 55 min). L'âge moyen des patients est plus bas que celui des autres patients.

Destination : 85 % vers les urgences du secteur, 14 % vers d'autres services d'urgences, 1 % d'admissions directes. La plupart des patients ont été codés CCMU 1 ou 2 (86 %) ou CCMU 3 (13 %). 19 patients ont été classés CCMU 4 ou 5.

On a noté 14 décès sur les 500 patients, dont 6 de façon imprévue (dont 2 liés à une mauvaise appréciation ou orientation au départ).

51 % des patients ont été hospitalisés, dont 11 % en réanimation, taux apparaissant élevé aux yeux des auteurs.

Sur les 500 patients TNM, 20 ont été transférés secondairement, dont 6 par le SMUR vers une structure plus spécialisée ou pour un geste urgent, et 14 faute de place dans l'établissement.

Enfin, le taux de discordance sur les diagnostics entre celui posé par le SMUR et celui posé ultérieurement est de 12 %.

**Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude**

Cette étude documente l'orientation des patients transportés non médicalisés par le SMUR, après intervention de celui-ci, et illustre la complémentarité entre SMUR et services d'urgences. Les situations à risque d'évolution imprévue sont surtout les douleurs thoraciques et les dyspnées.

**Titre :** Prise en charge préhospitalière médicalisée des personnes âgées

**Auteurs :** Leroy et al.

**Année :** 2003

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** évaluer la prise en charge préhospitalière par des équipes SMUR des personnes âgées, la concordance entre les diagnostics préhospitaliers et hospitaliers, et observer le devenir des patients après leur hospitalisation.
- **Période :** janvier à mars 1998.
- **Zone géographique :** zone couverte par le SMUR de Beaujon (Clichy) : 569 000 hab.

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** étude rétrospective.
- **Sources de données :** feuilles de transport, comptes rendus d'hospitalisation.
- **Données mobilisées :**
  - Caractéristiques démographiques des patients.
  - Motif de départ en intervention.
  - Lieu de prise en charge.
  - Durée du trajet.
  - Estimation de l'autonomie des patients (en fonction de l'aide nécessaire).
  - Gravité : score ASA, score IGSA.
  - Oxymétrie transcutanée.
  - Gestes réalisés.
  - Diagnostic préhospitalier.
  - Destination.
  - Diagnostic d'hospitalisation, durée, devenir des patients après hospitalisation.
- **Échantillon :**
  - Critères d'inclusion : tous les patients pris en charge par le SMUR âgés de 65 ans ou plus
  - 271 patients (37 % de l'activité globale du SMUR)
- **Outils spécifiques utilisés :** scores ASA et IGSA de gravité
- **Limites de l'approche :**
  - Difficultés de l'étude rétrospective
  - Le degré d'autonomie n'était spécifié que dans 22 % des cas.
  - Le devenir après hospitalisation était inconnu dans 36 % des cas.

**Résultats**

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**
  - Données documentées : l'âge moyen était de 80 ans. Dans 86 % des cas, les patients étaient pris en charge à domicile, 7 % dans un lieu public et 7 % en institution.  
La durée moyenne de trajet était de 8 min.  
La pathologie cardio-respiratoire représentait 79 % des motifs d'intervention.  
La mortalité préhospitalière était de 12 %.  
La durée moyenne de médicalisation était significativement plus courte chez les patients très âgés (plus de 85 ans) : 77 min, par rapport aux patients plus jeunes (90 min).  
Parmi les patients vivants, 82 % ont bénéficié d'un transport médicalisé, 10 % ont été transportés par un moyen non médicalisé, 5 % ont été laissés sur place et 2 % ont refusé le transport.  
51 % ont été adressés dans des services d'urgences, 47 % dans des services de réanimation et 2 % en services de médecine directement. Le sous-groupe des patients très âgés était moins fréquemment admis en réanimation (32 % contre plus de 50 % pour les plus jeunes).

Les diagnostics préhospitaliers étaient concordants avec les motifs de départ en intervention dans 61 % des cas et avec les diagnostics hospitaliers dans 85 % des cas.

Après hospitalisation, 53 % retournaient à leur domicile.

La mortalité hospitalière globale était de 18 %.

- Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité :
  - Facilité d'utilisation du score IGSA en période préhospitalière.

#### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude confirme l'utilité de la réanimation préhospitalière pour les personnes âgées, et souligne les bonnes concordances diagnostiques, ainsi que le nombre important de retours à domicile.

Elle observe par ailleurs les difficultés de l'enquête rétrospective.

**Titre :** Observatoire du sujet âgé de plus de 80 ans pris en charge en urgence par le service mobile d'urgence et de réanimation

**Auteurs :** Josseaume et al.

**Année :** 2011

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** fournir des données quant au devenir des personnes de plus de 80 ans après l'intervention du SMUR.
- **Période :** 1 an (sept 2007-août 2008).
- **Zone géographique :** SMUR de Beaujon (Clichy) couvrant 290 000 hab.

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** étude prospective de cohorte.
- **Sources d'informations utilisées et données mobilisées :**
  - en préhospitalier : âge, sexe, état clinique, état de santé antérieur, autonomie, gravité, diagnostic, traitements et gestes mis en œuvre, orientation ;
  - pendant l'hospitalisation : diagnostics, actes, orientation à la sortie...
  - suivi à 3 mois (par téléphone) : mortalité, lieu de vie, autonomie et qualité de vie.
- **Échantillon :** 523 patients (exhaustivité)
- **Outils spécifiques utilisés :** index de gravité simplifié ambulatoire (IGSA), échelle ADL de Katz pour l'autonomie, scores de McCabe et Knaus pour l'état de santé antérieur.
- **Limites de l'approche :** étude monocentrique, exhaustivité de seulement 90 % à 3 mois, pas de comparaison avec une population plus jeune.

**Résultats**

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**
  - **Données documentées :** ces patients représentent 18 % de l'activité globale du SMUR.  
Sur les 523 patients inclus, 440 ont été hospitalisés, 53 sont décédés sur place et 30 ont été laissés sur place vivants du fait d'un état clinique ne nécessitant pas une hospitalisation ou alors du fait d'un pronostic vital engagé à court terme.  
Sur 329 patients vivants à domicile, 70 % bénéficiaient d'au moins une aide.  
Le devenir à 3 mois était le suivant : 43 % des patients (n=6) laissés sur place vivaient à leur domicile. Pour les patients transférés à l'hôpital, 64 % (n=173) vivaient à leur domicile. Ces taux étaient identiques à la situation observée au départ.  
Sur les 440 patients hospitalisés, 139 ont été admis en réanimation, unité de soins intensifs de cardiologie ou unité de soins continus. 301 sont passés par le service d'accueil des urgences, dont 48 n'ont pas été admis. Les diagnostics pour cette dernière catégorie étaient le plus souvent une douleur thoracique non coronarienne ou un malaise vagal.  
La mortalité au terme de l'hospitalisation était de 29 %. Parmi les survivants, l'état d'autonomie s'est trouvé légèrement diminué à 3 mois.  
À 3 mois, dans 64 % des cas, les patients retournaient à leur domicile après l'hospitalisation. ; 29 % étaient en institution, 3 % en SSR et 4 % étaient toujours hospitalisés.
  - **Données restant à approfondir :** situations où une limitation des soins est observée pour des personnes très âgées.
- **Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité :** importance de l'état d'autonomie lors de la prise en charge, comme facteur pronostique : proposition d'un score de fragilité.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude confirme l'intérêt d'une prise en charge préhospitalière et hospitalière d'emblée maximale des personnes âgées de plus de 80 ans, surtout pour les patients autonomes. Cette constatation est encore plus évidente pour les pathologies cardiaques. L'âge civil seul ne doit pas être considéré comme un facteur limitant l'accès à des structures de soins intensifs ou de réanimation.

Titre : Évaluation de la régulation préhospitalière et prise en charge initiale des traumatisés crâniens graves dans la région des Pays-de-la-Loire

Auteurs : Bouhours et al.

Année : 2008

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- Objet : évaluer la prise en charge préhospitalière et des 24 premières heures des traumatisés crâniens graves (TCG).
- Période : 2005.
- Zone géographique : région des Pays-de-la-Loire.

Méthodologie

- Méthode générale : étude prospective multicentrique (6 SAMU et 11 SMUR).
- Recueil des données en phase préhospitalière et dans les 24 premières heures d'hospitalisation.
- Données mobilisées :
  - Caractéristiques des patients et de l'accident.
  - Délais d'intervention préhospitaliers.
  - Type de transport utilisé.
  - Dysfonctionnements logistiques.
  - Traitement préhospitalier instauré.
  - Prise en charge dans les 24 premières heures (scanner, traitements, transferts secondaires...).
  - Indication neurochirurgicale.
  - Bilan lésionnel à 24 heures, mortalité.
- Échantillon :
  - Critères d'inclusion : tous les patients pris en charge par les SAMU-SMUR présentant des lésions crâniennes supposées ou avérées, et dont le score de Glasgow était  $\leq 8$  en préhospitalier, partant d'un score  $\leq 10$  (à l'exclusion des patients décédés à l'arrivée du SMUR).
  - 114 patients inclus sur 125 recensés, sur 142 traumatismes crâniens.
- Outils spécifiques utilisés : score de Glasgow.
- Limites de l'approche : RAS.

Résultats

- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : les  $\frac{3}{4}$  des cas étaient liés à des accidents de la voie publique. L'âge moyen est de 37 ans.  
Les temps d'intervention sont les suivants en moyenne : 10 min entre l'accident et l'appel, 14 min entre l'appel et la prise en charge par les premiers secours, 25 min entre l'appel et la prise en charge par le SMUR, 54 min de médicalisation sur place et 32 min de transport.  
Les services d'accueil étaient : le déchoquage (62 %), le bloc opératoire (37 %), la réanimation (1 %). 68 % étaient admis en CHU directement.  
Un dysfonctionnement a été rapporté dans 21 % des interventions.  
Un avis neurochirurgical a été demandé sur place dans 57 % des cas ou par télétransmission (5 %). Une indication opératoire a été posée chez 7 patients.  
47 % des patients admis dans un hôpital de proximité (n=17) ont dû être transférés dans un des deux CHU. Seul un cas avait fait l'objet d'une transmission d'images du scanner.  
Le taux de mortalité est de 23 % sur les 24 premières heures.

■ Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité :

- prise en compte du délai total entre l'accident et l'admission à l'hôpital (1h55 dans cette étude, similaire à d'autres références dans la littérature).
- Taux d'utilisation de la transmission d'images pour avis neurochirurgical.
- Taux de respect des bonnes pratiques (mannitol,...).

**Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude**

La filière de prise en charge des TCG n'est pas optimale (nombreux transferts secondaires, absence quasi constante de transmission d'images) et les bonnes pratiques ne sont pas encore bien appliquées (recours aux amines vasopressives, absence d'osmothérapie...). Ce travail met en exergue l'importance de développer des filières clairement identifiées orientant les patients d'emblée vers les centres de référence.

Titre : Filières de soins en traumatologie, une organisation indispensable

Auteurs : Broux et al.

Année : 2010

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- Objet : description du réseau de traumatologie mis en place par le réseau nord-alpin des urgences (TRENAU).
- Période : mise en place en 2008.
- Zone géographique : Rhône-Alpes.

Méthodologie

- Méthode générale : mise en place d'une filière de soins en traumatologie.
- Sources de données : registre du réseau.
- Données mobilisées :
  - Caractéristiques démographiques des patients.
  - Circonstances de l'accident.
  - Orientation des patients et transfert éventuel.
  - Prise en charge initiale en salle d'accueil des urgences vitales et en réanimation.
- Outils spécifiques utilisés : grades des traumatisés graves.

Résultats

- Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :
  - Les Trauma Centers aux États-Unis, mis en place dans le cadre de véritables réseaux de traumatologie, ont permis de faire baisser la mortalité de 25 % chez les patients atteints de traumatisme par rapport à une organisation non structurée. Le principe essentiel est de minimiser le temps d'évacuation pour arriver au plus vite dans un centre équipé.

En France, le système est différent avec intervention sur place d'une équipe médicale. Mais les données d'évaluation manquent. Aussi, a été mis en place un registre national des traumatismes graves.

Le système français présente des faiblesses : éparpillement des ressources et absence d'identification du niveau des centres prenant en charge les patients traumatisés, pas ou peu d'échanges d'information entre professionnels au sein d'une même région, peu de formations dédiées à la traumatologie grave. La multiplication des centres receveurs, quand ils ne sont pas organisés en réseau, entraîne un allongement du temps de régulation et du nombre d'interlocuteurs pour l'admission du traumatisé grave.

Aussi, il paraît important de formaliser le parcours du patient traumatisé dans une zone géographique donnée : orientation des patients les plus graves vers le centre de référence, coordination entre le système préhospitalier et le centre d'accueil...

Dans cet esprit, a été mis en place le Trauma system du réseau nord-alpin des urgences (TRENAU), associant une vingtaine d'établissements publics et privés, sur 3 départements (Isère, Savoie et Haute Savoie). Le réseau est coordonné par le CH d'Annecy et s'appuie sur le CHU de Grenoble.

L'inclusion des patients suit des critères bien définis. Les centres hospitaliers sont catégorisés par niveau de I à III selon un cahier des charges précis. Les établissements ne répondant pas à ce cahier des charges ne sont pas à même d'admettre des traumatisés graves. La procédure de triage intègre le niveau des centres et la gravité du patient (de A à C) ainsi que la nécessité d'un plateau technique spécialisé. L'accueil dans un centre de référence est facilité par la mise en place d'un numéro de téléphone unique et direct disponible 24h/24 avec un anesthésiste-réanimateur s'engageant à répondre. Une expérimentation est en cours pour la transmission d'images médicales entre centres.

Une évaluation permanente est assurée par le registre. Il permet de déterminer la mortalité ajustée sur la gravité, d'analyser les décès évitables ou les soins inappropriés, etc. En outre, des formations médicales sont assurées. Une fiche de dysfonctionnement complète le dispositif qualité.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Il est possible dans le système français d'accélérer les prises en charge des patients, d'optimiser leur orientation vers le centre le plus adapté, de regrouper les compétences médicales, via une telle organisation en réseau.

**Titre :** Cartographie et santé : l'exemple du réseau régional de l'Aide médicale urgente de Haute-Normandie

**Auteurs :** H. Parvillers et al.

**Année :** 2010

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** évolutions de la sectorisation par les outils géographiques utilisés par les SAMU Centre 15 exploitant le système d'informations régional commun (RRAMUHN).
- **Période :** système développé depuis 2004.
- **Zone géographique :** Haute-Normandie.

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** description du système d'information.
- **Sources de données :** le réseau régional de l'aide médicale urgente en Haute Normandie (RRAMUHN), qui permet de :
  - mettre à disposition de chacun des SAMU un outil commun de réception des appels, de décision médicale, de gestion opérationnelle des moyens et de suivi de l'intervention,
  - disposer d'un référentiel régional unique répertoriant toutes les ressources utilisables pour la gestion de l'aide médicale urgente – ce référentiel est en cours d'évolution vers un répertoire opérationnel des ressources –,
  - gérer les tableaux de service et de garde,
  - alimenter une base régionale pour l'analyse de l'activité,
  - participer à la définition des politiques de santé du territoire grâce aux données opérationnelles collectées.
- **Ce système comprend un système d'informations géographique avec base d'adresses, calcul d'itinéraires et d'accessibilité, moteur d'affichage cartographique multicouches, service de géocodage.**
- **Cet outil de cartographie opérationnelle associe :**
  - une base des moyens d'interventions (type de moyens, disponibilité, état de garde...),
  - la composante cartographique multi-échelle : commune, voie, point de voie et coordonnées GPS. Les questions de localisation peuvent être nombreuses dans les appels traités par le SAMU.

**Résultats**

- **Sur les bases de données, sources et outils utilisés :**

Depuis une dizaine d'années, les outils géographiques ont permis de passer d'une sectorisation peu ou prou empirique à une sectorisation basée sur différents équilibres. Les évolutions de la sectorisation sont étudiées par les outils géographiques et vont permettre dans un proche avenir le passage en production des outils de calcul d'accessibilité et d'itinéraires (technologie Oracle). Cette évolution permettra de préconiser des moyens géolocalisés les plus « temps-proches ». De facto, on s'éloigne d'une sectorisation statique et on se rapproche d'une sectorisation dynamique évolutive, l'engagement ou le déplacement d'un moyen impactant au fil des minutes la sectorisation opérationnelle réelle.

**Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude**

L'utilisation de la représentation cartographique dans le domaine de l'Aide médicale urgente présente des opportunités variées et peut encore progresser et offrir de nouveaux outils d'aide en temps réel et en analyse, comme les données de trafic ; mais pour cela, la cartographie doit être plus précise qu'elle n'est actuellement.

## Articles sur les services d'accueil des urgences

**Titre :** Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins

**Auteurs :** J. Ladner et al.

**Année :** 2008

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** étudier les comportements de consommation de soins et les modalités de prise en charge chez des patients auto-référés, en fonction de leurs motifs de recours.
- **Période :** juillet 2003- mars 2004.
- **Zone géographique :** 4 services d'urgences en Haute-Normandie.

### Méthodologie

- **Méthode générale :** étude de cohorte prospective avec le recours aux soins dans les 6 mois précédents et les motifs détaillés de recours aux urgences classés en 4 groupes : plus commode de venir directement aux urgences (G1), médecin traitant non disponible (G2), problème de santé persistant (G3) et avis non demandé, emmenés aux urgences par leur famille ou les pompiers (G4).
- **Sources d'informations utilisées :**

- Échantillon : 350 patients de plus de 18 ans, auto-référés, présentant une situation clinique appartenant à la Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) 1 et 2 (i.e. états des patients non susceptibles de s'aggraver) et acceptant les modalités d'inclusion et de suivi dans la cohorte.
- Données mobilisées, outils spécifiques utilisés : pour chaque patient inclus, des enquêteurs aux urgences recueillaient les éléments suivants : profil socio-démographique (sexe, activité professionnelle, âge, revenus, niveau d'éducation), environnement socio-sanitaire (couverture sociale / assurance complémentaire, médecin traitant, comportement du recours aux soins...), trajectoire de soins dans les six mois précédant l'inclusion. L'avis du médecin senior était demandé sur la justification ou non de la venue aux urgences.

Un mois après leur admission aux urgences, les usagers étaient suivis par téléphone par une enquêtrice. La satisfaction était notée selon l'échelle de Lickert à 5 points (très satisfait, satisfait, pas satisfait, pas du tout satisfait, sans opinion) sur 4 domaines des urgences (accueil, explications, temps d'attente, prise en charge).

- **Limites de l'approche :**
  - Un éventuel biais de classement dans la constitution des 4 groupes puisque le motif justifiant la venue aux urgences était déclaratif, mais la présence de deux investigateurs a limité ce biais.
  - Biais sur le recueil des consommations de soins dans les 6 mois précédents (biais de mémorisation...).
  - Le suivi à un mois a été impossible pour 13 % des patients (patients encore hospitalisés, ou refus a posteriori du principe du suivi, ou perdus de vue).

### Résultats

- **Sur la connaissance du profil de patients et de leurs trajectoires :**
  - Données documentées : sur 350 patients inclus, 124 se situaient dans le G1 (âge moyen de 34 ans, avec 1,9 consultations dans les 6 mois précédents chez le médecin traitant et un nombre moyen de consultations aux urgences de 2), 81 dans le G2 (âge moyen de 41 ans, avec 3,8 consultations dans les 6 mois précédents chez le médecin traitant et un nombre moyen de consultations aux urgences de 3,2), 67 dans le G3 (âge moyen de 40 ans, avec 2,7 consultations dans les 6 mois précédents chez le médecin traitant et un nombre moyen de consultations aux urgences de 1,6) et 78 dans le G4 (âge moyen de 42 ans, avec 2,7 consultations dans les 6 mois précédents chez le médecin traitant et un nombre moyen de consultations aux urgences de 1,1).

De plus pour chaque groupe, les caractéristiques des patients étaient précisées : dans G1 par exemple, 42 % avaient le niveau bac et plus, 76 % avaient une activité professionnelle, 25 % avaient des revenus >1 500 euros, 82 % avaient une assurance complémentaire, 10 % bénéficiaient de la CMU, etc.

La traumatologie représente la principale cause de venue dans les 4 groupes.

Après leur passage, près de 13 % des patients de la cohorte ont été hospitalisés, 87 % sont retournés à leur domicile, dont 73 % parmi ces derniers avec une ordonnance. C'est dans le G1 que la plus faible proportion d'hospitalisations (7,4 %) et la plus forte proportion de retour à domicile avec une ordonnance (73,7 %) sont constatées.

Moins d'un médecin senior sur deux a estimé que la venue du patient aux urgences était justifiée, sans différence significative entre les quatre groupes.

Il faut noter que la satisfaction est très forte sur les 4 domaines interrogés.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Le groupe de patients considérant plus commode de venir aux urgences se distingue des autres groupes par les caractéristiques suivantes : jeunes, actifs professionnellement, ayant un niveau d'éducation plus élevé, ayant moins fréquemment un médecin de famille, et ayant tendance à consulter facilement les services d'urgences ; ce qui montre qu'il y a aujourd'hui une demande des usagers pour une prise en charge rapide, souple et efficace en 2-3 heures, alors qu'il n'y a pas une réelle adaptation du système de santé pour répondre à cette demande.

Titre : Nonurgent patients in the emergency department ? A French formula to prevent misuse

Auteurs : S. Gentile et al.

Année : 2010

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- **Objet** : évaluer le degré d'acceptation des patients adultes qui, se rendant aux urgences, sont réorientés vers une unité primaire de soins localisée à côté du service des urgences (maison médicale de garde : MMG), et les raisons invoquées.
- **Période** : données collectées pendant une semaine de 9 heures à 20 heures ; pour chaque jour, deux fenêtres de 2 heures correspondant à des pics de consultation ont été sélectionnées au hasard.
- **Zone géographique** : Assistance Publique de Marseille (Hôpital de la Conception).

Méthodologie

- **Méthode générale** : enquête prospective.
- **Sources d'informations utilisées et données recueillies** :
  - Interrogation des patients avant la consultation sur leurs caractéristiques socio-démographiques, leur couverture sociale, leurs activités, leurs recours aux soins (nombre de visites aux urgences, nombre de visites chez le médecin traitant...) et leurs motifs de venue aux urgences (32 items). Il leur était enfin demandé s'ils acceptaient d'être orientés vers la MMG et quelles étaient les raisons de leur choix.
  - Interrogation du médecin après la consultation sur les gestes effectués, examens complémentaires prescrits, traitements et décisions d'orientation.
- **Échantillon** : 85 patients dont le cas est considéré comme non urgent selon un triage effectué par une infirmière, et acceptant de participer à l'étude, sur 110 patients repérés comme non urgents au total (sur 245 patients se présentant au total sur les plages horaires tirées au sort).
- **Outils spécifiques utilisés** : 2 questionnaires, un pour le patient et un pour le médecin.
- **Limites de l'approche** :
  - Échantillon un peu biaisé avec un fort taux de patients sous CMU.
  - Fort taux de patients non urgents (45 %) après triage, par rapport aux données publiées (30 %). Mais aucun des patients considérés comme non urgents n'a été hospitalisé, confirmant la validité de l'échantillon.

Résultats

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires** :
  - **Données documentées** : L'âge moyen est de 36 ans. 23,5 % des patients ont la CMU. 71 % sont suivis par un médecin traitant.  
La plupart des patients viennent d'eux-mêmes (76 %), les autres étant soit adressés par leur médecin (18 %), soit amenés pour des raisons médico-légales (6 %). Un tiers avait tenté de contacter leur médecin avant l'arrivée aux urgences. Les motifs les plus fréquents sont la douleur (66 %) et le besoin d'investigations diagnostiques. La moitié des patients avaient des problèmes traumatologiques. 22 % sont venus en raison de difficultés pour accéder aux sources habituelles de soins.  
Plus des 2/3 des patients acceptent d'être réorientés vers l'unité de soins primaires ; cette acceptation est directement liée à la perception qu'ont les patients de l'urgence de leur cas et à leurs activités professionnelles (analyse multivariée). Une personne active accepte 4,5 fois plus fréquemment d'être réorientée et une personne ressentant un haut niveau d'urgence pour son cas sera celle qui acceptera le moins cette réorientation.  
Et certaines garanties sont attendues : MMG située près de l'hôpital, assurance d'être vu en consultation.  
Et parmi les patients refusant la réorientation, 41 % seraient prêts à payer pour être pris en charge aux urgences.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

L'ouverture de MMG localisées près des urgences permet la réorientation des patients ; certaines conditions sont cependant nécessaires, en termes de proximité de l'hôpital, d'horaires d'ouverture et de possibilité de pratiquer des actes de petite chirurgie.

**Titre :** Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie

**Auteurs :** S. Gentile et al.

**Année :** 2004

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** effectuer une enquête d'opinion auprès des usagers, hors du contexte de l'urgence et en prenant en compte les recours aux soins habituels, caractériser les populations qui ont eu recours à la demande de soins d'urgence et éclairer les paramètres qui influencent cette prise de décision.
- **Période :** 1 jour tiré au sort, dans chacune des 7 CPAM, en juillet 2002.
- **Zone géographique :** centres de CPAM de la zone d'attraction de l'Hôpital Nord de Marseille.

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** enquête transversale descriptive auprès d'usagers.
- **Sources de données :** questionnaire standardisé, administré et rempli par un enquêteur.
- **Données mobilisées :** 54 questions fermées couvrant 4 grandes parties : profil socio-démographique des usagers, comportement des usagers vis-à-vis de la médecine de ville, comportement face à une urgence 'ressentie' et comportement vis-à-vis du recours à un service d'urgences.
- **Échantillon :** 253 questionnaires recueillis (tous patients de plus de 15 ans se présentant dans la CPAM le jour tiré au sort et acceptant de répondre) : taux de participation de 90 %
- **Limites de l'approche :** l'objectif étant de mieux comprendre, face à une urgence ressentie, les motifs d'orientation des usagers, il était important que l'échantillon ne soit constitué ni à partir des services d'urgences, ni à partir des consultations de médecins de ville, d'où le choix d'interroger un échantillon de personnes se rendant dans les centres de CPAM, solution acceptable selon les auteurs quant à la représentativité de la population ciblée. Mais il existe des biais de représentativité liés au rythme de fréquentation des centres de CPAM. Ceci étant, les résultats sont très comparables à ceux des enquêtes de la DREES de 2002.

**Résultats**

- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires, et sur l'impact de l'organisation de la permanence des soins en médecine de ville :
  - **Données documentées :** population plutôt féminine (60 %), jeune (moyenne de 37 ans), défavorisée mais non exclue du système de soins (bonne couverture sociale). 31 % sont porteurs d'une pathologie chronique et 26 % avaient eu au moins un séjour hospitalier dans l'année. Parmi les usagers interrogés, 89 % ont déclaré avoir un médecin de famille qu'ils consultent en moyenne 9,3 fois / an.

Le comportement des usagers, en cas d'indisponibilité de leur médecin, diffère selon le degré d'urgence ressentie et selon l'horaire où le problème survient (heures ouvrables ou non).

En cas de situation ressentie comme non urgente, pendant les heures ouvrables, 88 % recourent à la médecine de ville (remplaçant, SOS médecin, médecin de garde). Mais aux heures non ouvrables, 50 % seulement ont recours à la médecine de ville et 25 % recourent aux urgences (SAU, SAMU, pompiers) ; 26 % n'ont pas vécu la situation.

En cas de situation ressentie comme urgente, 70,5 % des personnes s'adressent aux services d'urgences et 28 % seulement s'adressent à la médecine de ville. 2 % n'ont pas vécu cette situation. À noter que 57 % des usagers déclarant avoir un médecin traitant ne savent pas si celui-ci assure des gardes.

Cette enquête permet aussi de caractériser les recours aux services d'urgences (78 % des usagers sur les 5 dernières années, pour en moyenne 4,4 fois). Les usagers ont consulté pour eux-mêmes dans 43 % des cas. Plus de la moitié est venue hors heures ouvrables. Environ 73 % des usagers se présentent dans un service d'urgences sans avoir vu un médecin au préalable. Parmi ces patients, 82 % ont pris eux-mêmes la décision de recourir à un service d'urgences et pour 18 %, c'est un proche qui l'a décidé. Près de 30 % des personnes ont ressenti leur problème comme vital, 45 % comme très urgent et 25 % comme peu urgent. Elles sont venues ma-

jointement par leurs propres moyens (68 %) ; 22 % sont amenées par les pompiers, 6,5 % par le SMUR, 3 % par une ambulance.

Les principaux motifs médicaux sont les traumatismes (24 %), la douleur (23 %), les plaies et blessures (15 %). La principale raison avancée pour recourir aux urgences est l'accès sans rendez-vous au plateau technique (45 %).

Les personnes sans médecin traitant sont allées aux urgences plus fréquemment que les autres (en moyenne 7,9 fois contre 4 sur les 5 années).

Données restant à approfondir : enquête psychosociologique sur les représentations de l'urgence médicale dans la population.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Ce travail remet en perspective la notion d'urgence : « ce qui ne peut pas attendre » n'est pas de nature similaire pour le patient, pour le médecin traitant ou pour l'urgentiste. Pour ce dernier, c'est la notion de gravité qui prévaut ; le patient peut prioriser d'autres critères. Dans l'enquête réalisée, il s'avère que l'utilisateur a une démarche cohérente en fonction des horaires d'ouverture des cabinets médicaux et en fonction de ce qu'il ressent comme urgent ou non (compte tenu notamment de sa méconnaissance du système de garde libéral).

Une proportion importante de patients, venant aux urgences aux heures non ouvrables pour des situations non urgentes, constitue la cible des maisons médicales de garde.

Titre : Y a-t-il lieu de modifier la prise en charge des patients CCMU I et II ?

Auteurs : A. Trinh-Duc et al.

Année : 2002

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- Objet : mieux appréhender le parcours de soins des personnes prises en charge aux urgences selon 3 axes : amont des urgences, motifs de consultation et leur sévérité, nature de la prise en charge.
- Période : 14 jours en avril 1999.
- Zone géographique : agglomération d'Agen.

Méthodologie

- Méthode générale : étude prospective.
- Sources d'informations utilisées : fiche individuelle de recueil de données en saisie instantanée, par le médecin urgentiste.
- Liste des données mobilisées : adressage, heure d'arrivée, stade CCMU, pathologies, actes diagnostiques et thérapeutiques, délais.
- Échantillon : 639 passages aux urgences sur la période.
- Limites de l'approche :
  - informations sur les délais insuffisamment remplies, donc non utilisées ;
  - étude monocentrique (CH d'Agen).

Résultats

- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : en amont, près des  $\frac{3}{4}$  des patients ne sont pas adressés par un médecin. Parmi ces patients, 84 % ont des états peu sévères (CCMU I ou II), alors qu'en cas d'adressage par un médecin, seulement 53 % sont en CCMU I ou II.

72 % des patients sont reçus entre 8h et 20h, week-ends inclus. Les patients venant la nuit ou le week-end représentent 45 % des passages. 74 % d'entre eux sont en CCMU I ou II.

Au total, 75 % des patients sont en CCMU I ou II, donc dans un état de santé jugé stable. Les stades CCMU IC ou V représentent 4,5 % des passages.

La pathologie la plus représentée est la pathologie traumatique non grave (47 %).

Pour 37 % des patients, aucun acte diagnostique n'a été nécessaire (15 % lorsqu'il y a eu adressage par un médecin, 46 % dans le cas contraire). Et 34 % ont eu un seul acte diagnostique (en général radiologie).

Pour 49 % des patients, seul l'examen clinique a été réalisé, sans acte thérapeutique (47 % en cas d'adressage par un médecin, 56 % dans le cas contraire). Et 39,5 % des patients ont eu un seul acte thérapeutique (traitement médical, immobilisation, pansements, sutures...).

Au total, 17 % des patients n'ont eu ni acte diagnostique ni acte thérapeutique.

Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Un nombre important de patients se présente spontanément aux urgences sans avis médical préalable avec des motifs dont la sévérité est très souvent faible, et ce, même la nuit et le week-end. Le problème est que l'évaluation de la gravité nécessite un examen clinique. Et la fréquence des pathologies traumatiques bénignes laisse penser que le patient cherche avant tout l'accès rapide à un plateau technique. Une solution possible est la mise en place d'une filière rapide pour ces patients, dans les périodes d'engorgement, pour économiser du temps infirmier et optimiser la prise en charge des patients instables.

Titre : ED Patients : how nonurgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature

Auteurs : AC Durand et al.

Année : 2011

Type de document : revue

Champ couvert par la publication :

- Objet : revue générale de la question des consultations non urgentes dans les services d'urgences, souvent associées à l'encombrement des urgences et à des coûts élevés.
- Période : 1980 à 2008.
- Zone géographique : revue internationale.

### Méthodologie

- Méthode générale : revue de la littérature.
- Sources d'informations utilisées : PubMed, articles et revues publiés en anglais entre 1980 et 2008 sur les consultations non urgentes dans les services d'urgences de patients adultes.  
Après la procédure de tri, 39 articles ont été analysés, couvrant 15 pays.
- Limites de l'approche : impossibilité de mener une véritable méta-analyse en raison de la variabilité des approches.

### Résultats

L'encombrement des services d'urgences a des effets négatifs : délais d'attente, problèmes dans la prise en charge des patients vraiment urgents,... Mais il existe une confusion entre cette problématique et celle des patients non urgents, conduisant à proposer de réorienter ces patients vers des structures alternatives. Cette option pose des problèmes éthiques et de sécurité des soins. En outre, il n'est pas certain que, dans un raisonnement en coût marginal, cette réorientation soit coût-efficace (la proportion de patients présentant des problèmes d'urgence vitale ne dépassant pas 15-20 %, une activité ainsi délimitée ne permettrait pas d'absorber les coûts fixes des services d'urgences).

Il existe aussi une confusion entre consultations non urgentes et consultations inadéquates dans certains articles.

Parmi les 39 articles analysés, 51 méthodes de catégorisation des patients non urgents sont identifiées, en fonction du moment du triage (prospectif à l'arrivée aux urgences, ou rétrospectif), du profil du professionnel de santé impliqué (médecin ou infirmière) et des critères utilisés pour catégoriser les consultations aux urgences. Parmi les critères explicites utilisés, figurent le motif de venue, la durée de la plainte, les signes vitaux, le type de recours, les examens diagnostiques, le traitement entrepris et l'hospitalisation.

- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : selon les articles analysés, et les méthodes de catégorisation, la proportion de patients non urgents varie considérablement, de 5 % à 90 %, avec une médiane de 32 %. Ces proportions sont les plus faibles quand la catégorisation a été réalisée de manière prospective dans le lieu de triage sur des critères explicites. Elles sont les plus élevées quand la catégorisation a été réalisée de manière rétrospective sur des critères implicites. Les plus élevées ont été obtenues lorsque le critère était l'hospitalisation, tout patient non hospitalisé étant alors considéré comme non urgent !  
Il n'y a donc pas de définition universelle de la consultation non urgente. L'un des critères les plus utilisés porte toutefois sur les délais entre les symptômes et le recours aux urgences.  
Six articles ont comparé plusieurs méthodes de catégorisation sur la même population, et observent une grande variabilité dans les résultats entre méthodes. La corrélation la plus basse est notée entre la vision du patient et la vision des professionnels. La plus haute est notée lorsque sont confrontés plusieurs avis de professionnels.  
Le principe du tri à l'arrivée aux urgences (en général par une infirmière) pour réorienter les patients vers d'autres structures peut poser problème : selon les articles, entre 0,4 % et 4 % des patients ainsi réorientés doivent revenir ensuite aux urgences, en raison de leur état instable, voire de la nécessité de les hospitaliser.
  - Données restant à approfondir : définition consensuelle de la consultation non urgente.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette revue souligne la grande variabilité des définitions des consultations non urgentes aux urgences et donc des proportions de patients non urgents. On observe aussi un manque de concordance entre différentes méthodes d'appréciation auprès d'une même population. De nombreux facteurs entrent en compte, médicaux, sociaux, environnementaux, et il est difficile d'en déduire des recommandations pour une réorientation des patients vers d'autres structures.

Titre : Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ?

Auteurs : I. Claudet et al.

Année : 2008

Type de document : revue

Champ couvert par la publication :

- Objet : discuter la problématique des consultations non urgentes aux urgences.

Méthodologie

- Méthode générale : revue.
- Limites de l'approche : peu de données quantitatives.

Résultats

Au fil du temps, les services d'urgences sont devenus des unités de soins non programmés concentrant en un même lieu médecins spécialistes et plateaux techniques performants, présentant des atouts pour la population : aspect sécuritaire, accessibilité, absence de contraintes (pas de rendez-vous, absence d'avance des frais...), acceptation de tout patient. Tout ceci conduit à un consumérisme inflationniste.

Par exemple, à Toulouse, la population des enfants âgés de moins de 15 ans a augmenté de 16 % entre 1999 et 2004, et le recours aux urgences pédiatriques a augmenté de 23 %. 70 % des recours se font après 18h ou pendant le week-end et jours fériés.

Si les familles reconnaissent l'inutilité de leur visite, elles la justifient par plusieurs raisons :

- Le risque leur paraissait immédiat (caractère soudain ou inhabituel...) .
- Elles anticipaient ou redoutaient une aggravation.
- Elles avaient épuisé les ressources médicales habituelles.

La définition même de l'urgence est en cause. Elle désigne à la fois une situation, un jugement porté sur cette situation et une action tendant, en fonction du jugement, à remédier à cette situation. Elle a un caractère relatif qui a évolué au fil du temps en fonction de la tolérance des individus et de la société aux souffrances et aux tensions.

Sur le plan sociologique, il est proposé une catégorisation des recours selon 4 modèles :

- Le modèle traditionnel : recours à l'hôpital pour ce qui est bizarre, anormal, angoissant ou brutal (25 % de la population des urgences).
- L'hôpital dernier recours : les personnes ne viennent qu'en cas d'extrême gravité (modèle faiblement représenté).
- Le royaume des indécis : familles passives, elles n'ont pas de démarche active de soins et opèrent par transfert de responsabilité (environ ¼ des familles).
- La santé médecine : il y a recherche active de soins, durable dans le temps, tant que les symptômes persistent.

Les professionnels opposent au vécu des profanes une définition qui correspond à d'autres critères, et la légitimité des motifs est souvent mise en cause en cas d'engorgement des services. Un tel engorgement peut être lié à plusieurs raisons :

- Causes d'amont (augmentation des passages, complexité des cas, manque de structures de soins en dehors des heures ouvrables).
- Causes internes (multiplication des tests diagnostiques, délai d'obtention des examens complémentaires, prolongation de la prise en charge pour éviter une admission, manque de professionnels aux urgences, délai d'obtention de consultations spécialisées, augmentation des exigences de documentation et des actes d'écriture).
- Causes d'aval : manque de lits hospitaliers, manque de lits de court séjour.

Les solutions proposées pour faire face à l'engorgement des urgences sont de plusieurs natures : maisons médicales, éducation à la santé des populations, infirmières de tri et d'orientation à l'entrée, aides d'échelle de triage, protocoles facilitant le circuit de prise en charge pour certaines pathologies, tissage de liens ville-hôpital, centres de régulation téléphonique...

#### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

La croissance du nombre de consultations aux urgences est révélatrice de tensions au sein de la société et de changements d'attitudes des patients.

L'absence d'une définition consensuelle de l'urgence, d'outils de triage fiables et d'un consensus sur le rôle exact des urgences expliquent l'impossibilité à identifier le patient « non urgent » et donc à légitimer le « refus de soins ».

**Titre :** Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France métropolitaine. Résultats de 3 enquêtes nationales.

**Auteurs :** F. Woimant et al.

**Année :** 2003

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** préciser quelle est la prise en charge des AVC en France dans les services d'urgences, dans les hôpitaux ayant un service de neurologie et dans les services de rééducation.
- **Période :** 1999.
- **Zone géographique :** France.

**Méthodologie**

- **Méthode générale de l'enquête « urgences » :** enquête un jour donné stratifiée sur les jours de la semaine
- **Sources d'informations utilisées :** questionnaire adressé aux chefs de service des établissements sélectionnés dans l'annuaire professionnel, et fiche signalétique par patient
- **Liste des données mobilisées :** type d'établissement, nombre d'urgences et d'AVC reçus le jour donné ; et pour chaque patient avec AVC : âge, sexe, délai d'admission, antécédents vasculaires, état neurologique, examens réalisés aux urgences, lieu et service d'hospitalisation
- **Échantillon :**
  - 345 établissements répondants sur 556 contactés avec service d'urgences (239 publics, 75 privés sont 26 PSPH).
  - 170 patients recensés avec AVC.
- **Limites de l'approche :** pas d'information sur les établissements non répondants

**Résultats**

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**
  - **Données documentées :** Sur les 170 patients recensés comme arrivant aux urgences pour AVC, 46 n'ont pas vu leur diagnostic confirmé et 20 étaient adressés pour un autre diagnostic et souffraient en fait d'AVC. 44 % des établissements publics ont reçu entre 1 et 4 AVC le jour donné. Seulement 10 % des établissements privés ont reçu un AVC, le plus souvent transitoire.  
L'âge moyen est de 73 ans. 30 % des AVC sont qualifiés de transitoires.  
Le délai moyen entre l'heure de survenue des premiers symptômes et l'arrivée aux urgences est de 15 heures. Toutefois, 50 % des AVC franchissent le seuil des urgences dans un délai inférieur ou égal à 3 heures. Les patients isolés arrivent plus tardivement.  
77 % des patients souffrant d'AVC ont un scanner aux urgences. Le délai d'obtention du scanner est en moyenne de 3 heures. Un neurologue est consulté dans seulement 36 % des cas.  
98 % des patients sont hospitalisés ; 10 % des patients sont transférés vers un autre hôpital (et même 25 % en Île-de-France), pour les raisons suivantes : manque de place, avis neurochirurgical, réalisation d'un scanner et/ou hospitalisation dans un service spécialisé. Dans 40 % des cas, le service d'accueil est la neurologie (dont 5 % en unité neuro-vasculaire : UNV), et dans 40 %, c'est le service des urgences ou un service de médecine.  
Le temps de transfert du service d'urgences au service d'hospitalisation varie de quelques minutes à plus de 11 heures.

**Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude**

Cette enquête confirme l'hétérogénéité de la prise en charge des AVC en France. Très peu de patients ont accès aux UNV et les délais de prise en charge sont longs. Il paraît important de revoir la filière de soins dans ce domaine en définissant les centres d'urgences accueillant les AVC.

**Titre :** Les urgences psychiatriques à l'APHP

**Auteurs :** N. Dantchev et al.

**Année :** 2003

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** décrire l'organisation et l'activité des sites d'accueil des urgences psychiatriques à l'APHP
- **Période :** 2002
- **Zone géographique :** Île-de-France

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** état des lieux.
- **Sources d'informations utilisées :** sources internes à l'APHP et des 20 établissements concernés.

**Résultats**

- **Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :**
  - **Données documentées :** 20 établissements de l'APHP assurent un accueil 24h sur 24 des urgences psychiatriques, dont 17 dans le cadre d'un service d'accueil des urgences : autour de 3000 patients par an et par site en moyenne, pour un total d'environ 50 000 urgences annuelles.  
Les interventions durent en moyenne 45 minutes.  
Le nombre de décisions d'hospitalisation sous contrainte est en moyenne de 300 par an et par site.  
On constate l'absence de locaux dédiés à la psychiatrie dans la plupart des services d'accueil des urgences. Il n'existe le plus souvent pas de bureaux pour les entretiens et pas de chambres d'isolement.  
Il n'existe pas non plus de différenciation entre les demandes de consultation psychiatrique en urgence et les réelles urgences psychiatriques.  
Il est constaté une faible disponibilité des lits-portes pour les patients psychiatriques, y compris les suicidants (seuls 50 % y ont accès).
- **Sur les personnels des services d'urgences :**
  - **Données documentées :** l'accueil est assuré en règle générale par l'infirmière d'accueil et d'orientation.  
Il n'existe des infirmières psychiatriques que dans 6 sites sur 17.  
Les urgences psychiatriques hors garde sont majoritairement assurées par des internes, des attachés ou des médecins étrangers. 5 établissements de l'APHP seulement disposent d'une unité fonctionnelle de psychiatrie d'urgence. Dans 4 établissements, il existe un emploi de PH spécifiquement dédié à l'accueil des urgences psychiatriques et dans 5 autres, le PH responsable assure de multiples autres missions. 4 sites ne disposent d'aucun temps de PH.  
Les psychiatres assurant les gardes de nuit et week-end sont majoritairement extérieurs à l'établissement, avec difficulté.
- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**
  - **Données documentées :** de 20 % à 60 % des patients accueillis résident loin du lieu où ils sont reçus en urgence. Les hospitalisations, nécessitant des transferts éloignés, sont rendues plus complexes.  
Dans près de la moitié des cas, les patients n'ont pas d'antécédent psychiatrique.  
Dans 20 % des cas, il y a intrication avec des problèmes somatiques.  
Les délais d'attente sont souvent longs, en moyenne 1 à 2 heures, parfois jusqu'à 5 heures. Des fugues peuvent survenir à ce moment.  
Le taux d'hospitalisation psychiatrique est de 33 %.  
56 % des patients sont orientés sur une structure du secteur (hospitalisation ou consultation).

- Sur l'articulation entre ville et hôpital :
  - Données documentées : il y a de bonnes complémentarités avec les centres d'accueil et de crise, ou les CMP sur certains sites. Mais les orientations vers des structures de prise en charge ambulatoire ou vers des praticiens libéraux se révèlent peu suivies d'effets.

#### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Ce travail évoque certaines insuffisances de l'accueil des urgences psychiatriques à l'APHP et émet des propositions d'amélioration.

**Titre :** Comportements de consommation de soins. Enseignements d'une enquête dans un service d'urgences d'un centre hospitalier régional universitaire

**Auteurs :** A. Paraponaris et al.

**Année :** 2004

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** identifier les profils de consommation de soins de personnes admises aux urgences et les relier aux conditions sociales et économiques déclarées de ces derniers.
- **Période :** mai 2001.
- **Zone géographique :** Nice.

### Methodologie

- **Méthode générale :** enquête prospective sur 7 jours au SAU de l'hôpital St Roch à Nice.
- **Sources d'informations utilisées :** questionnaire administré en face à face par 2 internes du service.
- **Liste des données mobilisées :** sexe, âge, domicile, niveau de revenu, composition du ménage, niveau d'études, langue maternelle, aides sociales, assurance-maladie, existence d'un médecin traitant, consultations de généraliste, psychiatre, spécialiste, dentiste sur les 12 derniers mois.  
À partir de ces données, le revenu par unité de consommation (RUC) a été calculé.  
En outre, les internes ont coté les patients selon la grille CCMU.
- **Échantillon :** 463 patients, en état de répondre, acceptant de répondre et donnant leur revenu (sur 870 patients s'étant présentés aux urgences sur la période).
- **Limites de l'approche :**
  - Limites de l'approche déclarative.
  - Taux important de patients ayant refusé de donner leurs revenus (population avec un taux de CCMU 1 inférieur à l'échantillon de répondants).
  - Choix de considérer le niveau CCMU 1 comme des recours évitables, et taux élevé de CCMU 1 dans l'échantillon par rapport à l'enquête nationale de la DREES. Il y a une frontière entre CCMU 1 et 2 difficile à définir.
  - Probable biais de l'échantillon au regard de la fréquence de consultation d'un psychiatre dans la population à faible revenu, non retrouvée ailleurs.

### Résultats

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**
  - **Données documentées :** Le RUC médian était de 762 euros. Le premier décile était à 288 euros. Les individus concernés étaient significativement plus jeunes que le reste de l'échantillon. Plus de la moitié des individus dans les 2 premiers déciles avait déclaré une langue maternelle d'origine étrangère contre un sur dix au-dessus de la médiane. Au total, l'échantillon présente 30 % de personnes en-dessous du seuil de pauvreté de 538 euros contre 12,2 % pour la population de l'agglomération de Nice (et 7 % pour la population française).  
77 % des patients ont déclaré avoir un médecin traitant. Les patients avec le RUC le plus bas (premier décile) consultent deux fois moins que les patients au-dessus de la médiane. Ils consultent également moins fréquemment le spécialiste mais plus fréquemment le psychiatre.  
Les causes de recours aux urgences sont : traumatologie (47 %), causes somatiques non traumatiques (40 %), troubles psychologiques ou psychiatriques (13 %).  
La proportion de recours en CCMU 1 est plus élevée chez les personnes dont le RUC est situé entre le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> décile : 31,5 % contre 24 % pour le premier décile et 21 % pour les patients au-dessus de la médiane de RUC. L'intervention d'un psychiatre est moins souvent nécessaire pour les personnes dont le RUC est supérieur à la médiane (3,2 % contre 11 % pour le premier décile).  
Les facteurs liés au stade CCMU 1 sont : patients de moins de 30 ans, personnes habitant des quartiers défavorisés, personnes dont la langue maternelle n'est pas le français. Ces recours sont aussi plus fréquents parmi les

personnes sans médecin traitant ou qui n'ont pas consulté un généraliste ou un spécialiste au cours de l'année écoulée ; c'est l'inverse pour les cas avec consultation d'un psychiatre dans l'année.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude permet d'approfondir le lien entre précarité sociale, recours aux soins, recours aux urgences et recours aux urgences en CCMU 1 (recours dits évitables). La CMU a permis de résoudre une partie des problèmes d'accès mais il est constaté que la frange de population aux revenus « intermédiaires », qui ne bénéficient pas de la CMUC, tout en étant sous la médiane des revenus, présente un « saut de consommation » : moins de consultations de généralistes dans l'année et davantage de recours évitables aux urgences, probablement du fait de l'absence d'avance de frais.

**Titre :** Death in emergency departments : a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support

**Auteurs :** P. Le Conte et al.

**Année :** 2010

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** décrire les caractéristiques des patients décédés aux urgences et les décisions d'arrêt des dispositifs de maintien en vie.
- **Période :** 4 mois : novembre et décembre 2004, avril et mai 2005.
- **Zone géographique :** France.

### Méthodologie

- **Méthode générale :** enquête prospective sur 4 mois.
- **Sources d'informations utilisées :** questionnaire standardisé, recueilli par un médecin senior.
- **Liste des données mobilisées :** âge, sexe, antécédents médicaux, score APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), diagnostic principal, défaillances d'organes, décisions d'arrêt de traitement (avec raisons, processus de décision), délai entre admission aux urgences et décès, mise en place de soins palliatifs.
- **Échantillon :** 174 établissements avec service d'urgence (dont 3 en Belgique) ont accepté de participer : 2 420 patients inclus.
- **Outils spécifiques utilisés :** score APACHE
- **Limites de l'approche :**
  - Sur-représentation des hôpitaux universitaires.
  - Période de 4 mois peut-être insuffisante pour tenir compte de la saisonnalité des décès.
  - Données sur le nombre total de patients admis aux urgences pendant la période d'étude pas toujours disponibles.

### Résultats

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**
  - Données documentées : l'âge moyen était de 77 ans. 44 % des patients sont venus après adressage par un médecin, 37 % sont venus par le SMUR. La plupart vivaient à domicile (72 %). 81 % avaient une pathologie chronique.
  - 7,4 % des patients sont morts de façon inattendue sans défaillance d'organe antérieure.
  - Des dispositifs techniques ont été mis en œuvre contre les défaillances vitales dans 74 % des cas : intubation, ventilation, vasopresseurs, transfusion...
  - Le délai médian entre l'arrivée et le décès a été de 7,5 h. Pour 48,5 % des patients, la mort est intervenue dans l'unité d'observation du service des urgences. Les autres patients sont morts dans la salle d'examen. Des soins palliatifs ont été prodigués pour 57 % des patients.
  - Une décision de non traitement ou d'arrêt de traitement a été prise dans 79 % des cas. Cette décision a été inscrite dans le dossier médical dans 17 % des cas. Cette décision a été prise par un seul médecin dans 20 % des cas et par au moins 2 médecins dans 80 % des cas. Le personnel infirmier a été impliqué dans 27 % des cas. Un avis médical extérieur au service a été sollicité dans 33 % des cas, et l'avis du médecin traitant dans 5 % des cas. 8 % des patients étaient en état de participer à la décision, mais seulement un tiers d'entre eux a en fait été impliqué dans la décision. Les familles ont été sollicitées dans 58 % des cas, simplement informées de la décision dans 27 % des cas. Le score APACHE n'a jamais été utilisé.
  - Du point de vue éthique, les arguments mis en avant pour arrêter le traitement ont été : la futilité des soins (58 %), l'âge (36 %), la douleur physique (19 %), la douleur psychologique (11 %), la demande de non réanimation émanant du patient (2 %) ou de la famille (4 %). D'une manière générale, la décision a mobilisé plusieurs critères en même temps.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude décrit les caractéristiques des patients décédés aux urgences et les circonstances des décisions d'arrêt de traitement. Cette décision ne suit pas toujours la législation française (notamment sur l'aspect collégial de la décision, la participation du patient ou de la famille, l'inscription dans le dossier médical). Et les soins palliatifs sont insuffisamment prodigués.

## Articles spécifiques sur l'accueil aux urgences des personnes âgées

Titre : Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital : medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge

Auteurs : F. Onen et al.

Année : 2001

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- **Objet** : identifier les caractéristiques médicales et sociales et les facteurs critiques conduisant à l'hospitalisation des personnes âgées aux urgences, et évaluer l'influence de ces facteurs sur la longueur du séjour et le mode de sortie.
- **Période** : 4 mois.
- **Zone géographique** : Hospices Civils de Lyon.

### Méthodologie

- **Méthode générale** : étude rétrospective sur 4 mois, au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences à l'hôpital Édouard Herriot (DMS de 2 jours), comportant une équipe d'évaluation gériatrique.
- **Sources d'informations utilisées** : dossiers patients + questionnaire ad hoc rempli par un médecin.
- **Données recueillies** : caractéristiques socio-démographiques, degré d'autonomie, diagnostics, durée de séjour, caractéristiques médico-sociales constituant des « facteurs critiques » sur les 6 mois précédents.
- **Échantillon** : 396 patients âgés de 70 ans ou plus, consécutifs.
- **Outils spécifiques utilisés** : liste de 20 « facteurs critiques » (ex : vit seul, hospitalisation récente, épisode aigu d'une affection chronique, changement récent de domicile ou institutionnalisation, décès du conjoint, accident...).
- **Limites de l'approche** :
  - Le contexte de l'urgence ne permet pas de recueillir avec précision tous les antécédents.

### Résultats

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires** :
  - **Données documentées** : 2/3 des patients avaient plus de 80 ans. 58 % vivaient à domicile, 19 % en institution, 11 % chez un membre ou de la famille ou un ami. 51 % avaient une aide de la famille, 22 % une aide ménagère et 14 % une aide infirmière. 32 % n'avaient besoin d'aucune aide. Les principales pathologies à l'admission relevaient de causes cardio-pulmonaires, neuro-psychiatriques,... mais surtout, on notait la présence d'en moyenne 4 diagnostics par patient. Un ou plusieurs « facteurs critiques » sont survenus dans les 6 mois précédents chez 85 % des patients. Les plus fréquents étaient : épisode aigu d'une affection chronique (196 patients), vit seul (133 patients), hospitalisation récente (83 patients), statut invalide (29 patients)...
  - La durée moyenne de séjour est de 3,15 jours. Elle est augmentée dans les situations suivantes : démence, chute, dépression. L'âge ne ressort pas significativement dans les modèles de régression multiple cherchant à expliquer la DMS.
  - Après l'UHCD aux urgences, le patient est admis en service de gériatrie (19 %), en service de médecine spécialisée (55 %), dans d'autres institutions (ex : soins à domicile) (4 %). 9 % sont décédés et 13 % ont pu retourner à leur domicile. Les facteurs interagissant avec le mode de sortie sont : la dépendance, le fait de vivre seul, la démence, la dépression, des épisodes aigus d'une affection chronique.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude souligne le caractère pluri-factoriel de la situation de crise en gériatrie : c'est l'association de facteurs médicaux, cognitifs et sociaux qui déclenche l'urgence (et souvent la cascade de la dépendance) et pas seulement la maladie aiguë. Mais l'hôpital n'est pas forcément le bon lieu pour prendre en charge ces situations ; il n'y a pas assez de lits de gériatrie (les lits de médecine spécialisée ne sont pas adaptés). Il faut développer les soins à domicile pour ces patients à haut risque de réadmission. Il est à cet égard intéressant d'identifier les « facteurs critiques » à titre préventif.

**Titre :** Évaluation de l'adéquation entre la capacité d'accueil d'un service de court séjour gériatrique et la demande induite par les urgences pour les patients âgés de 80 ans et plus : étude prospective sur 149 patients.

**Auteurs :** Tajahmady et al.

**Année :** 2005

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** décrire les caractéristiques et l'orientation des patients de plus de 80 ans consultant aux urgences de la Pitié Salpêtrière, évaluer l'adéquation de l'offre de soins de l'établissement à la demande induite par les urgences.
- **Période :** 26 janvier au 22 février 2004.
- **Zone géographique :** zone d'attraction des urgences de la Pitié Salpêtrière.

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** étude transversale prospective.
- **Sources d'informations utilisées :** questionnaire médical standardisé, rempli par le personnel du service des urgences.
- **Liste des données mobilisées :**
  - Remplies par l'infirmière à l'accueil : données d'état-civil, domicile, heure et mode d'arrivée, antécédents d'hospitalisation ou de recours aux urgences.
  - Remplies par le médecin : motif de consultation, antécédents médicaux, autonomie, orientation du patient après les urgences, motif d'hospitalisation si nécessaire, gravité évaluée par la grille CCMU, existence d'un problème social.
  - Pour les patients hospitalisés aux lits porte (UHCD, avec présence d'un gériatre senior) : orientation souhaitée, motif, orientation réelle, motifs de divergence le cas échéant.
- **Échantillon :** 180 patients de plus de 80 ans se sont présentés pendant la période d'étude. Un questionnaire a été rempli pour 149 d'entre eux (83 %).
- **Outils spécifiques utilisés :** grille CCMU, outil d'évaluation de l'autonomie motrice et cognitive.
- **Limites de l'approche :**
  - les données sur l'autonomie n'ont été remplies que pour 67 % des patients,
  - les antécédents médicaux sont difficiles à recueillir,
  - du fait de l'étude, l'orientation des patients vers le groupe hospitalier a pu être plus souvent souhaitée que d'habitude.

**Résultats**

- **Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :**
  - Données documentées : sur l'ensemble de l'année, les plus de 80 ans représentent 6,1 % des consultants et 54 % sont hospitalisés, contre 15 % pour les moins de 80 ans.
- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**
  - Données documentées :
    - 66% des patients étaient des femmes. 35 % d'entre eux vivaient seuls. 25 % se sont rendus aux urgences par leurs propres moyens. 7 patients avaient été hospitalisés le mois précédent, et 6 étaient venus aux urgences sans être hospitalisés.
    - Le délai de prise en charge était de moins de 2 heures pour 89 % des patients (médiane à 38 min).
    - 65 % des patients ont été orientés vers les urgences médicales et 35 % vers les urgences chirurgicales.
    - Un problème social était présent dans 9,7 % des cas.
    - 53 % étaient en CCMU II et 32 % en CCMU III. Les principaux motifs étaient : chute, dyspnée, symptômes digestifs...

Après la consultation aux urgences, 69 % des patients ont été hospitalisés, surtout en cas de pathologie médicale. 88 patients ont été hospitalisés dans l'établissement (86 % des hospitalisés), dont 51 aux lits porte pour les motifs suivants : attente de résultats, réalisation d'examens complémentaires, thérapeutique de courte durée, mais aussi, dans 10 cas, absence de lits disponibles. Sur ces 51 patients, 44 ont ensuite été hospitalisés dans un service de court séjour. Des divergences ont été notées entre les souhaits d'orientation et les orientations réelles : 59 % seulement des patients ont pu être hospitalisés sur place ; seuls 4 patients sur 19 pour lesquels une orientation en gériatrie était souhaitée sur place ont pu être accueillis dans ce service, etc. Il y a eu ainsi de nombreux transferts dans d'autres établissements. L'adéquation entre les souhaits et les orientations réelles n'a été que de 56 %.

4 patients ont attendu plus de 24 heures aux lits porte, dans l'attente d'une place disponible.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

L'enquête montre que le recours aux urgences des patients gériatriques est justifié, et pose donc clairement la question de l'organisation des urgences pour accueillir des patients âgés. Ces résultats montrent aussi la faiblesse de l'offre en soins gériatriques de proximité d'aval.

**Titre :** Health network to improve elderly patients' flow in emergency department

**Auteurs :** K. Takun et al.

**Année :** 2006

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** analyser l'impact d'un réseau de santé gériatrique sur les flux des personnes âgées aux urgences à Cochin.
- **Période :** 2002.
- **Zone géographique :** Paris et périphérie.

**Méthodologie**

- **Méthode générale :** étude rétrospective sur 2002, incluant tous les patients polyopathologiques de plus de 75 ans admis pour un motif médical après passage aux urgences à Cochin.
- **Sources d'informations utilisées :** enregistrement informatique des données aux urgences, et renseignements pris auprès des médecins du réseau.
- **Liste des données mobilisées :** âge, sexe, échelle de triage initial, durée de passage, durée d'hospitalisation, mortalité.
- **Échantillon :** sur 5 124 patients de 75 ans et plus, 2 866 venaient pour un motif médical ; 2 167 n'ont pas été admis et 699 ont été admis : 299 à Cochin et 400 dans le réseau gériatrique, dans des centres hospitaliers adhérents ou en soins à domicile.
- **Outils spécifiques utilisés :** échelle de triage : 1 urgence immédiate ; 2 : urgence ; 3 : urgence relative ; 4 : urgence différée.
- **Limites de l'approche :** pas d'évaluation des hôpitaux de premier recours du réseau, pas d'enquête de satisfaction auprès des patients et des familles.

**Résultats**

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires, sur l'articulation entre ville et hôpital :**
  - **Données documentées :** la majorité des patients étaient en niveau 2. La durée moyenne de passage a été de 11h30 au total, mais était plus basse pour les patients admis à Cochin : 10h10 contre 12h30 pour ceux renvoyés au réseau. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 17,4 jours dans le réseau et 14,7 jours à Cochin (différence non significative). Le taux de mortalité global était de 10,2 %, significativement plus bas dans le réseau (7,8 %) qu'à Cochin (13 %).
  - **Données restant à approfondir :** procédure d'adressage en cas de décès probable, satisfaction des patients et des familles

**Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude**

Il a été observé qu'un nombre important (et croissant au cours de l'année) de patients âgés pouvait être adressé au réseau. Le temps de passage aux urgences est plus long (mais restant acceptable au regard des données de la littérature sur les temps d'attente), mais le taux de mortalité est plus faible par rapport aux patients restant hospitalisés à Cochin. Le réseau apporte ainsi une amélioration dans la gestion des flux pour ces patients.

## Articles spécifiques sur les urgences pédiatriques

Titre : Urgences pédiatriques et consultations non programmées – enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise

Auteurs : Stagnara et al.

Année : 2003

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- **Objet** : analyser les motifs, les circonstances et la pertinence de la non programmation des demandes de consultations pédiatriques urgentes, et améliorer la connaissance de l'itinéraire des patients.
- **Période** : samedi 21 avril et jeudi 13 décembre 2001.
- **Zone géographique** : agglomération lyonnaise.

Méthodologie

- **Méthode générale** : deux enquêtes transversales « un jour donné », dans l'ensemble des lieux libéraux et hospitaliers de prise en charge des consultations non programmées pour les enfants de moins de 18 ans : médecins libéraux, SOS médecins, services d'accueil des urgences des HCL, cliniques.
- **Sources d'informations utilisées** : Fiche d'enquête à deux volets (patient et médecin), via des enquêteurs pour les sites en établissements de santé.
- **Liste des données mobilisées** :
  - Volet patient : caractéristiques de l'enfant, histoire clinique de l'épisode, gravité ressentie, motifs de recours, degré de satisfaction concernant les délais et l'accueil.
  - Volet médecin : appareil intéressé, degré d'urgence, pertinence du caractère non programmé de la consultation, organisation et jugement global sur le circuit du patient avant sa prise en charge ; et caractéristiques globales de leur activité les jours d'enquête.
- **Le cas échéant** :
  - Échantillon : 683 cas le samedi et 1 183 le jeudi, soit 1 866 au total, dont 448 aux HCL et 181 en cliniques privées.
- **Limites de l'approche** :
  - certains médecins n'ont pas souhaité participer,
  - possible biais de déclaration sur les délais,
  - aux HCL, n'ont pas été comptabilisées les entrées directes en réanimation ou en services de spécialité.

Résultats

- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires** :
  - **Données documentées** : Quantitativement, les lieux de consultations non programmées sont d'abord les médecins généralistes, puis les pédiatres, les HCL, et enfin les gardes sectorisées et les cliniques. Le samedi, les problèmes considérés comme graves ou sérieux concernaient 29 % des cas en garde pédiatrique sectorisée, 31 % aux HCL, 20 % en cliniques. Le jeudi, ces pourcentages étaient respectivement de 25 %, 39 % et 27,5 %.
  - Les motifs de non programmation du recours étaient le plus souvent d'ordre médical (douleur, gêne physique, crainte de complications...). Les motifs non médicaux (approche du week-end, convenance personnelle, indisponibilité du médecin traitant) concernaient 23 % des consultations le jeudi et 52 % le samedi. Les médecins jugeaient que 49 % des consultations le samedi et 46 % le jeudi nécessitaient une prise en charge dans les 24 heures, et immédiate pour 2 et 1 % d'entre elles. Ils jugeaient le caractère non programmé des recours justifié dans 52 % des cas le jeudi et 44 % des cas le samedi, et injustifié dans 13 % des cas pour les deux journées (le solde étant 'partiellement justifié'). Ces taux étaient très élevés aux HCL : 18 % de recours non justifiés le jeudi et 21 % le samedi.

Le recours direct des patients à une structure d'hospitalisation était motivé en premier lieu (31 %) par le fait « qu'on a tout sur place ». On retrouvait aussi d'autres motifs : gravité du problème, orientation par le médecin traitant, présence de spécialistes, avec en outre le samedi : absence du médecin traitant, proximité.

En termes médicaux, les problèmes ostéo-articulaires prédominaient dans les structures d'hospitalisation, devant les maladies digestives.

Le taux d'hospitalisation aux HCL a été de 12 %.

L'attente la plus longue est observée aux HCL : médiane de 29 et 27 minutes (contre 2 et 5 minutes en établissements privés).

95 % des patients se déclaraient satisfaits.

■ Sur l'articulation entre ville et hôpital :

- Données documentées : Lorsque les cabinets médicaux étaient ouverts, la proportion de consultations survenant avant 24 heures après les premiers signes cliniques était minoritaire (40 %), et celle des consultations très précoces (moins de 3 heures) était très faible (3,5 %). En dehors des heures ouvrables, ces proportions augmentaient sensiblement.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Ce travail illustre la complémentarité entre ville et hôpital dans la prise en charge des urgences pédiatriques. Face aux dysfonctionnements mis en évidence (liés à la démarche des parents d'une part, à la disponibilité des acteurs libéraux d'autre part), deux perspectives d'actions sont proposées :

- Information-éducation des familles.
- Mise en réseau des acteurs de l'urgence

Titre : Les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants

Auteurs : M. Berthier et al.

Année : 2003

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- Objet : analyser les caractéristiques socioprofessionnelles, les modes de gardes et les motivations des consultants s'adressant aux urgences
- Période : mai à septembre 2002
- Zone géographique : Rouen

Méthodologie

- Méthode générale : étude épidémiologique prospective de type descriptif
- Sources d'informations utilisées : questionnaire
- Liste des données mobilisées : statut civil de l'enfant, situation dans la famille, suivi médical, mode de garde, scolarisation, allocations ; statut civil de la mère et du père de l'enfant, profession, études poursuivies, activité, aide allouée ; type de famille ; consultation actuelle, mode de recours aux urgences, motif et heure de consultation, éloignement du CHU.
- Échantillon : 746 questionnaires analysés

Résultats

- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : l'âge moyen est de 4 ans. 5 % des enfants sont suivis par un pédiatre, 62 % par un généraliste, 31 % par l'un ou l'autre alternativement, 2 % par aucun des deux. 81 % des mères ont une couverture sociale classique, 9 % ont la CMU et 5 % la CMU et la CMU complémentaire. 15 % ont des aides au logement.  
59 % des enfants ont eu une simple consultation, 19 % sont restés quelques heures aux lits porte et 22 % ont été hospitalisés.  
22% sont arrivés entre 8h et 12h, 43 % entre 12h et 18h, 21 % entre 18h et 22h, 7 % entre 22h et 24h et 7 % entre 0h et 8h.  
46 % des enfants sont adressés. L'éloignement est variable ; 21 % habitent à plus de 40 km.  
Parmi les nombreuses données rassemblées, certaines différences caractérisent la population des familles s'adressant aux urgences : taux d'activité professionnelle des mères plus faible, notamment pour les familles monoparentales ; enfants plus souvent gardés par leur mère et moins souvent scolarisés entre 2 et 3 ans. Mais il n'y a pas de différence dans les motifs de consultations ou les degrés de gravité selon le niveau socio-économique.

Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Classiquement, on distingue dans la clientèle des urgences pédiatriques 2 types de patientèle : a) population défavorisée dont la représentation passéiste des urgences s'apparente au dispensaire ; b) population consumériste, de classe moyenne-supérieure, qui considère les urgences comme un lieu de soins très contemporain et réactif, où elle trouve les compétences et examens à réaliser dans un même lieu et rapidement. L'enquête réalisée montre que ces deux types ne correspondent pas à la réalité. Il y a peu de différenciation selon le niveau socio-économique. C'est surtout l'inquiétude parentale excessive et l'isolement sociofamilial maternel qui paraissent les facteurs déterminants.

**Titre :** Implication des pédiatres dans l'accueil des urgences. Enquête « un jour donné » auprès des centres hospitaliers et des pédiatres libéraux de la région Nord Pas de Calais

**Auteurs :** V. Hue et al.

**Année :** 2004

**Type de document :** article

**Champ couvert par la publication :**

- **Objet :** évaluer au niveau d'une région de France le rôle des pédiatres dans l'accueil des urgences
- **Période :** 1 jour en janvier 2001
- **Zone géographique :** Nord Pas de Calais

### Methodologie

- **Méthode générale :** étude prospective, incluant tous les enfants se présentant en urgence chez un pédiatre libéral, dans un SAU, une unité d'accueil des urgences pédiatriques ou un service de pédiatrie
- **Sources d'informations utilisées :** recueil ad hoc
- **Liste des données mobilisées :** âge, rédaction d'une ordonnance, hospitalisation, nature traumatique ou non de l'affection, stade CCMU pour les enfants aux urgences hospitalières
- **Échantillon :** 61 pédiatres libéraux (62 %) ont participé, ainsi que les 17 CH et le CHU. Le jour de l'étude, 705 enfants se sont présentés aux urgences hospitalières : 40 % dans une UAUP, 42 % dans un SAU, 18 % directement dans le service de pédiatrie (activité plus difficile à repérer).

### Résultats

- **Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :**
  - **Données documentées :** sur les 18 établissements comportant un service de pédiatrie, 4 (22 %) avaient une unité d'accueil spécifique pour les urgences pédiatriques (UAUP). Le nombre annuel moyen des enfants vus en urgence est de 7 600 par site en SAU (représentant 24 % de l'activité de ces SAU) et 18 600 dans les UAUP. Dans 50 % des cas, il n'y a pas de locaux dédiés, dans 28 % des cas, le local d'urgence est dans le service de pédiatrie.
- **Sur les personnels des services d'urgences :**
  - **Données documentées :** Un médecin senior était présent en permanence dans les 14 SAU, de même que dans 2 des 4 UAUP. Dans les 2 autres UAUP, le senior n'était présent que le jour. Un interne était présent en permanence dans tous les sites.
- **Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :**
  - **Données documentées :** l'âge moyen était de 6 ans. 40 % avaient une affection traumatique. 22 % étaient adressés par un médecin. Les classes CCMU étaient les suivantes : 1 : 31 % ; 2 : 56 % ; 3 : 12 % ; 4 : 1 %. Après passage aux urgences, 68 % regagnaient leur domicile, dont 2 % après une hospitalisation de courte durée, et 32 % étaient hospitalisés (pédiatrie : 74 %, néonatalogie : 2 % ; autres : 24 %).
- **Sur l'articulation entre ville et hôpital :**
  - **Données documentées :** participation importante des pédiatres de ville à l'accueil non programmée des enfants : 53 % de leur activité de consultations, organisation d'une garde libérale de pédiatrie.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude quantifie l'activité d'accueil des urgences des services de pédiatrie. Elle représente environ 30 % de l'activité des urgences hospitalières. Il existe une forte hétérogénéité de l'organisation de l'accueil des enfants, surtout liée à l'insuffisance du nombre de pédiatres.

Quand la garde pédiatrique n'est pas possible, il convient de favoriser l'accueil des urgences médicales, traumatiques et chirurgicales dans un même lieu, avec des locaux pour les enfants indépendants de ceux des adultes, et prise en charge conjointe entre pédiatre et urgentiste.

Titre : Organisation et moyens de l'accueil des urgences pédiatriques : enquête nationale française en 2008

Auteurs : V. Hue et al.

Année : 2011

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- Objet : établir un état des lieux des urgences pédiatriques en France, et évaluer l'accueil en urgence des enfants dans les hôpitaux sans urgences pédiatriques
- Période : 2008
- Zone géographique : France

### Méthodologie

- Méthode générale : enquête par voie de questionnaire auprès de 256 hôpitaux, par messagerie électronique ou postale
- Sources d'informations utilisées : questionnaire standardisé adressé aux pédiatres responsables des urgences.

L'existence d'une unité d'urgences pédiatriques (UP) était redéfinie secondairement ainsi : au minimum une salle d'attente et une salle d'examen dédiées aux enfants ; lieu d'accueil identique 24h sur 24. Sinon, l'hôpital était considéré comme ayant un service d'urgence général sans urgence pédiatrique (SU).

Liste des données mobilisées : nombre de passages et d'hospitalisations de courte durée, qualification, spécialité et effectifs des médecins seniors et internes, en jour ouvrable et en garde, effectifs du personnel paramédical, détail des locaux. Pour les SU, étaient demandés aussi le lieu d'accueil des enfants et l'existence d'une salle d'accueil des urgences vitales.

- Échantillon : 122 des 256 hôpitaux ont répondu, mais 2 réponses ont été exclues en raison de données insuffisantes ; restait 120 réponses : 67 des 72 UP identifiées (93 %) et 53 des 184 SU (29 %).
- Limites de l'approche : fort taux de non répondants pour les SU.

### Résultats

- Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :
  - Données documentées : les UP étaient localisées pour 49 % dans un CHU et 51 % dans un CH. Le recrutement était soit médico-chirurgical (84 %), soit médical (16 %). Les nouveau-nés étaient accueillis aux UP dans 88 % des cas et les enfants présentant une affection psychiatrique dans 92 % des cas. Le nombre de passages annuel moyen était de 20 200 (+13% par rapport à 2002).  
Les locaux étaient communs avec d'autres services dans 28 % des hôpitaux (service d'urgences : 68 % des cas, hôpital de jour de pédiatrie : 21 %). 49 % des UP avaient un box d'accueil pour l'infirmière d'accueil et d'orientation. Une circulation « marche en avant » était possible dans 18 % des cas seulement. L'isolement des enfants ayant une affection épidémique contagieuse n'était possible que dans 22 % des cas. Seules 33 % des UP avaient une salle permettant un entretien avec les parents. 16 % des UP n'avaient pas de salle pour les urgences vitales et seules 54 % de ces UP utilisaient celle du SU.  
Il existait une UHCD dans 48 % des UP (médiane du nombre de lits=5). Le taux d'hospitalisation après UHCD était en moyenne de 29 % pour un taux d'hospitalisation directe, après passage à l'UP mais sans UHCD, de 16 %.  
Dans les SU, les organisations étaient variées : accueil au SU (41 %), en pédiatrie le jour et au SU la nuit (28 %), en pédiatrie (9 %), en pédiatrie si l'enfant est connu ou après appel du médecin traitant et au SU dans les autres cas (22 %).
- Sur les personnels des services d'urgences :
  - Données documentées : le médecin responsable de l'UP était dans 78 % des cas un PH temps plein, et dans 99 % des cas un pédiatre. Le nombre moyen de médecins ETP était en 2007 de 4 (+48% par rapport à 2002). Deux CHU et un CH n'avaient aucun PH exerçant aux UP. La spécialité des médecins était principalement pédiatrie (75 %), médecine générale (12 %), et médecine d'urgence (9 %). L'organisation de la garde de

pédiatrie a aussi été décrite : 15 UP (24 %) n'avaient pas de senior sur place après minuit. 42 % des UP avaient au moins 1 pédiatre libéral prenant des gardes, 21 % au moins 1 pédiatre d'un autre hôpital.

Les effectifs soignants étaient plus importants dans les CHU que dans les CH : 19 infirmières-puéricultrices contre 14, 10 auxiliaires de puériculture contre 7.

Dans les SU, la seniorisation de l'accueil des enfants en garde était toujours assurée, soit par un pédiatre sur place (12 %), soit par le senior des urgences adultes. Et dans 71 % des cas, il y avait un pédiatre d'astreinte.

- Sur les bases de données, sources et outils utilisés : une gestion informatique des données était mise en place dans 51 % des UP. Les résultats de laboratoires étaient transmis par informatique dans 30 % des UP. Pour les radiographies, seulement 11 % des UP étaient dans ce cas.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude nationale décrit précisément l'organisation et l'activité des urgences pédiatriques dans un échantillon important d'établissements, souligne l'augmentation des effectifs médicaux depuis 2002, le rôle prépondérant des pédiatres, mais aussi la persistance d'insuffisances : UP de CHU ne possédant ni chef de clinique ni interne de pédiatrie en stage, UP n'ayant pas de présence de senior sur place la nuit, locaux insuffisants...

Dans les structures sans UP, l'organisation devrait tendre vers l'accueil dans un lieu unique 24h sur 24 par un personnel formé à l'accueil de l'enfant.

Titre : Consultations itératives aux urgences pédiatriques

Auteurs : Maugein et al.

Année : 2011

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- Objet : caractériser les enfants consultant de manière itérative aux urgences pédiatriques
- Période : 2006
- Zone géographique : Bordeaux

Méthodologie

- Méthode générale :
  - Étude cas-témoins, les cas étant définis comme les enfants ayant consulté au moins 5 fois au cours de l'année 2006 aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux, et les témoins, des enfants tirés au sort dans les registres informatiques des consultations aux urgences de la même année (hors les cas).
  - Enquête téléphonique auprès des médecins
- Sources d'informations utilisées : registres informatiques de l'établissement, et questionnaire pour l'enquête téléphonique
- Liste des données mobilisées : âge à la première consultation, sexe, adresse, couverture sociale, médecin traitant, diagnostic, jour de consultation, motif de consultation, devenir après consultation
- Échantillon :
  - Cas : 157 enfants, soit 0,65 % des enfants et 3,4 % des consultations.
  - Témoins : 100 enfants
- Limites de l'approche :
  - le caractère rétrospectif a pu occasionner une perte d'information auprès des médecins interrogés et du fait du dossier informatique parfois incomplet ;
  - la deuxième partie de l'étude faisait appel à une appréciation subjective du médecin quant aux conditions psychosociales des familles.

Résultats

- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : les consultants itératifs se caractérisaient ainsi : davantage d'enfants de moins de 1 an, plus de parents sous CMU, domicile plus proche de l'hôpital ; les consultations de médecine sont beaucoup plus fréquentes que celles de chirurgie (82 % contre 18 %, alors que chez les témoins, ces taux étaient de 66 % et 34 %).  
25 % des consultations étaient des urgences vraies ou prioritaires, et ce, dans les deux groupes.  
Les consultants itératifs étaient plus souvent hospitalisés : 53 % ont été hospitalisés au moins 1 fois contre 7 % dans le groupe témoin. Et ils étaient plus souvent atteints d'une pathologie chronique : 31 % contre 7 % chez les témoins. Ces enfants atteints d'une pathologie chronique sont plus fréquemment hospitalisés, et consultent plus fréquemment pour des urgences vraies.
  - Données restant à approfondir :
    - objectivation du contexte social des enfants avec consultations itératives,
    - reprise de la même étude auprès d'autres structures d'accueil des urgences.
- Sur l'articulation entre ville et hôpital :
 

Données documentées : Pour les 109 enfants non atteints de pathologie chronique, les médecins traitants ont été interrogés. Parmi ces médecins, 50,5 % connaissaient l'existence des consultations de leurs patients aux urgences mais ne pensaient pas ce caractère aussi répétitif. L'inquiétude parentale a été évoquée dans 44 % des cas. Pour 30 % des familles, sont identifiés des critères sociaux et financiers pouvant expliquer la récurrence des venues aux urgences.

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Cette étude a mis en évidence 2 populations d'enfants consultant de manière itérative : les enfants atteints d'une pathologie chronique, le plus souvent suivis à l'hôpital ; les enfants souvent très jeunes, issus de familles habitant près de l'hôpital, dans des conditions socioéconomiques peu favorables avec inquiétude parentale excessive. Un lien ville-hôpital serait à développer pour cette population, ainsi qu'une orientation des familles vers la PMI et le soutien d'une assistante sociale.

Titre : Epidemiology of admissions in a pediatric resuscitation room

Auteurs : I. Claudet et al.

Année : 2009

Type de document : article

Champ couvert par la publication :

- Objet : décrire l'épidémiologie de la population pédiatrique en salle de réanimation aux urgences
- Période : juin 2004 à mars 2006
- Zone géographique : service d'urgences, CHU Toulouse

Méthodologie

- Méthode générale : étude prospective ; inclusion de tous les enfants admis en salle de réanimation au service des urgences pédiatriques
- Liste des données mobilisées : jour et heure de l'admission, durée du séjour, âge sexe, domicile, mode de transport, mode d'adressage, diagnostic, évolution, procédures de réanimation
- Échantillon : sur 62 541 enfants accueillis aux urgences sur la période, il y a eu 370 admissions en salle de réanimation (pour 361 enfants) (Rq : les cas les plus graves, notamment traumatiques, sont directement admis en soins intensifs pédiatriques).
- Limites de l'approche : l'indicateur de sévérité utilisé est le transfert en soins intensifs ou le décès ; il n'y a pas eu utilisation d'une échelle spécifique.

Résultats

- Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :
  - Données documentées : ce type d'unité doit être équipé et organisé en suivant les recommandations de bonnes pratiques.
- Sur les personnels des services d'urgences :
  - Données documentées : 35 médecins différents ont été impliqués dans la salle de réanimation, et du personnel senior des urgences est intervenu dans 62 % des cas.
- Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :
  - Données documentées : l'âge moyen était de 5,5 ans ; les moins de 2 ans représentaient 66 % de la population (contre 33 % pour l'ensemble des enfants aux urgences). L'origine géographique était le département pour 78 % des enfants. Plus de la moitié des enfants ont été amenés à l'hôpital par leurs parents, 22 % ont utilisé un transport médicalisé (dont 52 % par le SMUR pédiatrique) et 25 % un transport non médicalisé. Un quart de la population a été adressé par le médecin de famille ou le pédiatre, et 45 % par un transport médicalisé. Un tiers des admissions s'est effectué un week-end ou un jour férié, et 45 % la nuit.
  - La durée moyenne de passage dans cette salle a été de 14 minutes à 42 heures (médiane : 350 minutes). 6 patients sont restés plus de 6 heures.
  - Les causes sont médicales (78,6 %) ou traumatiques (21,4 %). 9 enfants sont venus à 2 reprises pour le même motif (épilepsie, tachyarythmie supraventriculaire, déshydratation sévère...).
  - 92 % des enfants ont été hospitalisés, dont 17 % en soins intensifs pédiatriques (davantage chez les plus jeunes). 6 % des enfants sont sortis avec surveillance. Et 4 enfants sont décédés.
  - L'analyse statistique a permis d'identifier les principaux facteurs de risque pour un transfert en soins intensifs ou un décès : âge inférieur à 2 ans, transport en SMUR, problème de défaillance respiratoire. Les enfants adressés par un médecin ne sont pas dans un état plus sévère que les autres.

Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

Ce travail permet de dresser une photographie de la population pédiatrique accueillie en salle de réanimation aux urgences, et d'orienter la formation des pédiatres de garde pour une meilleure prise en charge de ces cas.

Titre : La prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique

Auteurs : F. Chave

Année : 2002

Type de document : rapport

Champ couvert par la publication :

- Objet : enquête au sein de 2 établissements hospitaliers dans les services d'urgences pédiatriques.
- Période : 2002
- Zone géographique : Paris Est (patients en provenance de Seine Saint-Denis, de l'Est et du Centre de Paris)

### Méthodologie

- Méthode générale : observations sociologiques *in situ*, en recherchant les situations de rencontre entre le public des urgences et les professionnels, aux moments-clefs de la prise en charge, en visant ce qui peut faire varier les conditions de la prise en charge, en se montrant attentif aux réactions (exaspération, colère, soulagement, incompréhension...) et aux situations problématiques ou heureuses.  
La description de 4 cas en fin de rapport donne une idée des scènes qui peuvent se dérouler dans les urgences pédiatriques
- Sources d'informations utilisées : aucune
- Échantillon : les 2 services, de taille comparable, accueillent en moyenne 160 patients par 24 heures avec une équipe médicale et une équipe chirurgicale.
- Limites de l'approche : cette étude d'écoute est complémentaire des autres enquêtes à caractère statistique mais ne constitue qu'une description de certains déroulements à un temps donné dans ces deux services.

### Résultats

- Sur la connaissance de l'activité des services d'urgences, la connaissance des profils de patients : cette enquête fournit des renseignements sur l'attitude des parents et des personnels des urgences ; par exemple, pour diminuer l'attente des familles, « les comportements les plus courants sont la recherche de la formule magique, du sésame qui ouvrira la voie à une prise en charge immédiate. Les mots clefs aptes à faire entrer le patient dans la catégorie des urgences prioritaires sont lancés : ... « il a un traumatisme crânien » ; « elle a vomis vert », « le Dr X m'a dit de revenir s'il avait de la fièvre et qu'il me prendrait tout de suite », et encore « le Dr Y me connaît... ». Il s'agit d'un descriptif des comportements humains verbaux face à une attente (attente puis attente d'un traitement pas toujours donné comme les parents le voudraient, etc.). L'analyse des comportements des patients et des raisons de leur venue est détaillée (sécurité de l'anonymat pour les étrangers, diagnostic excellent et rapide aux urgences, utilisation préventive des urgences...).

Les réactions des soignants sont également analysées.

Concernant l'articulation avec les autres acteurs de santé, les auteurs observent que « les services d'urgences ignorent dans la majorité des cas quel sera le suivi de l'enfant hors des murs et la réalité de leur orientation vers d'autres acteurs de santé. L'hospitalisation est par excellence le circuit que le service suit le mieux. »

### Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

L'approche sociologique constitue une autre méthode d'approche de la réalité de la relation professionnels/patients dans un service d'urgence et des stratégies poursuivies par les deux parties : « articuler les exigences de la prise en charge aux contraintes des familles et du service est la condition à laquelle chacun sacrifie, de fait, plus ou moins, pour la mener à bien, moyennant ajustements et compromis ».

## Quelques exemples d'organisation dans d'autres pays

Rapport : Étude comparée de l'organisation des systèmes d'urgence dans dix pays européens, DHOS, 2002

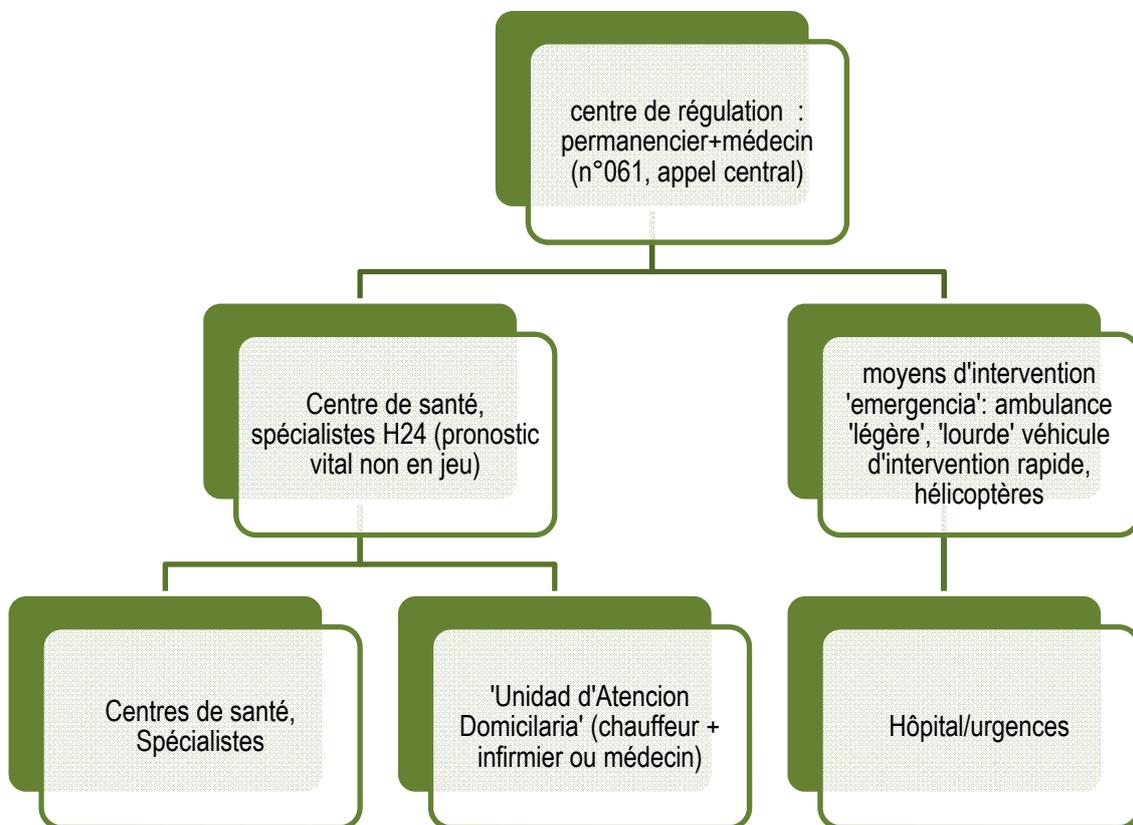
### Méthodologie

Méthode générale : 2 questionnaires envoyés et/ou remplis lors d'entretiens sur place : un questionnaire porte sur l'organisation des urgences extra et intra-hospitalières et l'autre sur l'organisation des urgences intra-hospitalières.

### Le cas de l'Espagne

#### Résultats

Il existe deux termes espagnols pour définir l'urgence : les 'urgencias', urgences n'engageant pas le pronostic vital, et les 'emergencias', urgences où le risque vital est engagé. Le schéma ci-dessous donne une vision de l'organisation de la prise en charge des patients, mais les régions étant plus ou moins 'autonomes', il existe des organisations différentes (par exemple, les numéros d'appel peuvent différer ; à Madrid, il y a 5 numéros d'appel urgent).



Quelques caractéristiques des centres de régulation qui ont fait l'objet de visites peuvent être soulignées :

- Dans le centre de la communauté de Madrid, un système informatique indique en temps réel la disponibilité en lits dans les hôpitaux de la région.
- Le centre peut effectuer des consultations médicales téléphoniques, adresser le patient en consultation externe, envoyer le patient à l'hôpital par ses propres moyens ou par ambulance adéquate, envoyer une équipe médicale de réanimation, etc. Le centre travaille avec la police municipale, les pompiers, etc.
- Dans le centre d'Andalousie, à noter l'existence d'un numéro d'appel spécifique destiné aux 'urgencias' (campagnes de communication faite auprès du grand public).

Des visites dans 3 services d'urgences hospitaliers ont été effectuées :

- en Andalousie, à Marbella : en moyenne 287 patients/ jour en février 2002 avec un délai moyen d'attente de 10 minutes pendant la journée et encore moins la nuit ; les patients sont triés par une infirmière ; le service comprend 10 boxes d'examen, une salle de déchoquage, 8 lits d'hospitalisation de courte durée, pas de bloc opératoire ni de salle de radiologie propre au service, mais il existe des problèmes de locaux ; les médecins travaillent 37 h/semaine, plus 4 gardes par mois obligatoires.

- à Séville : 300 patients / jour aux urgences ; les patients sont triés par une infirmière en 4 groupes ; le temps d'attente pour le patient est variable (les cas les moins graves sont pris en charge après environ 2 heures d'attente ; pour les 4 groupes, le temps moyen est d'environ 25 minutes) ; les urgences pédiatriques, gynécologiques et traumatologiques sont prises en charge dans des hôpitaux spécialisés ; les médecins travaillent 35 h/semaine plus une garde de 24 heures. Les locaux comportent entre autres une salle de radiologie standard, une salle d'opération de 32 lits ; le bloc opératoire est disponible à l'hôpital.

- à Barcelone, en Catalogne : 384 patients/jour, avec un délai moyen d'attente environ d'une heure, variable ; les urgences pédiatriques et traumatologiques sont prises en charge par le spécialiste ; les médecins n'ont pas de garde minimum à effectuer ; les locaux comportent 21 boxes, 3 salles de déchoquage, 30 lits d'observation, une salle de radiologie ; il n'y a pas de service d'hospitalisation des urgences de courte durée.

**Au total, le système espagnol se caractérise par les observations suivantes :**

« - une décentralisation marquée qui semble être un frein à l'élaboration d'une politique générale ;

- l'organisation des urgences pré et intra-hospitalières est comparable à celle de la France, avec des problèmes de manque de lits et de débordement des urgences ;

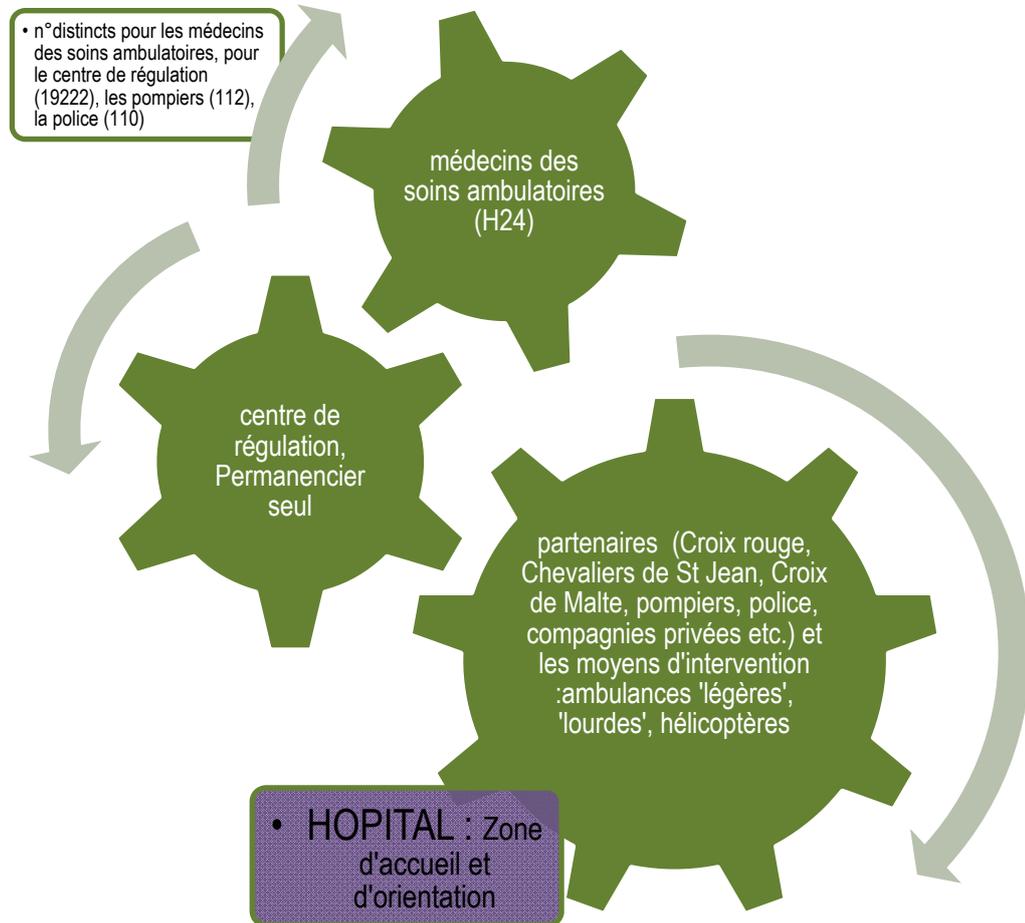
- la médecine ambulatoire semble mieux organisée, publique, avec des centres de santé et des consultations en urgence H24, mais avec des délais d'attente longs pour obtenir une consultation spécialisée, ce qui incite les patients à venir aux urgences ;

- il y a beaucoup de médecins en Espagne, contrairement à la France. »

Le cas de l'Allemagne

## Résultats

Schéma de la prise en charge des patients aux urgences hospitalières, à partir des appels urgents.



Exemple d'un service d'urgence hospitalier dans le Baden-Württemberg, à Karlsruhe : 77 patients pris en charge par jour pour 200 patients se présentant aux urgences / jour ; il y a un tri à leur arrivée, d'abord par une infirmière expérimentée aidée par le médecin dans les cas difficiles ; les cas non urgents ne sont pas traités. Les patients consultant pour raisons sociales représentent 1 % de la totalité des patients ; les problèmes médicaux non urgents représentent 10 %, et ceux liés à l'alcool, 2 %.

Le délai moyen d'attente de prise en charge est de 5 à 10 minutes (jour / nuit). Les causes les plus fréquentes sont la traumatologie (43 %), la médecine générale (29 %)...

Le service comprend 40 boxes d'examen, 2 salles de déchoquage, pas de service porte ni de salle d'observation, un service de radiologie à proximité, une salle de plâtre et une salle faisant office de bloc opératoire pour la petite chirurgie. Tous les spécialistes sont présents en permanence dans l'hôpital et peuvent donc intervenir pour la prise en charge.

L'informatisation des dossiers est en cours en chirurgie.

1,45 % du budget de l'hôpital est consacré aux urgences.

Il existe des difficultés liées à l'organisation du service (manque de lits en médecine, transferts inter-hôpital difficiles, etc.), et liées à la fréquentation du service (augmentation de fréquentation).

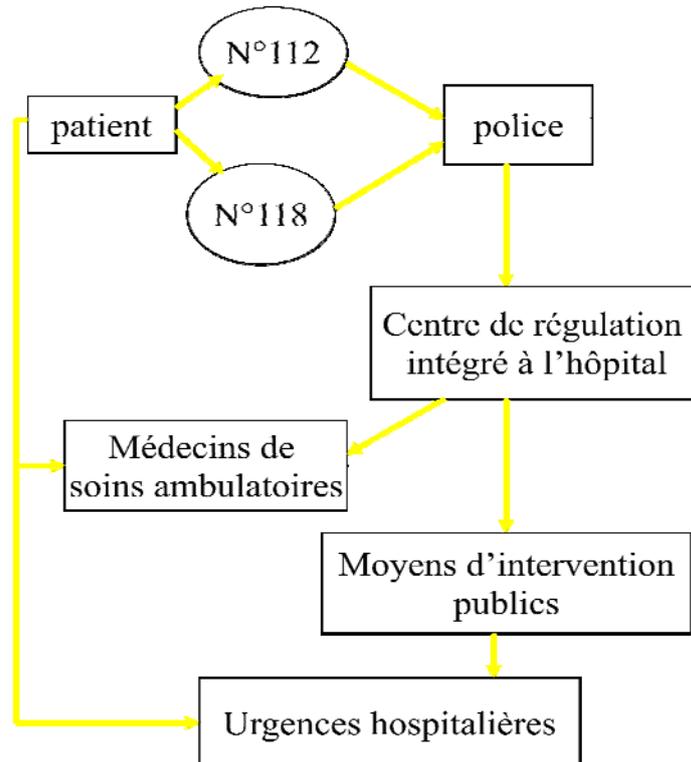
**Au total, le système allemand se différencie de la France par :**

- son système de santé plus décentralisé, avec une médecine libérale qui semble mieux répartie sur le territoire et mieux contrôlée (associations de médecins de caisses) ;
- les urgences extrahospitalières avec la régulation des appels urgents non médicalisés et une organisation sensiblement variable en fonction des régions ;
- les urgences intra-hospitalières qui ne sont ni une spécialité à part entière ni un service indépendant.

## Le cas de l'Italie

### Résultats

Les patients doivent composer le n°118 (et/ou 112) aboutissant à la police, puis au centre opérationnel intégré à l'hôpital où il y a médecins et infirmiers spécialisés ; selon la gravité du cas, des moyens différents adaptés interviennent (ambulances, hélicoptères). Les patients arrivent aux urgences soit de leur propre initiative, soit par prescription de leur médecin généraliste, soit par un moyen de secours ; ils sont triés en 4 groupes selon l'état de gravité. Les établissements comportent soit un point de première intervention (théoriquement, le 118 n'adresse pas d'ambulance dans ces établissements), soit un poste de secours d'urgence (urgences ne nécessitant pas une assistance particulière), soit un département d'urgence et d'admission (DEA) (organisation de garde H24 dans différentes spécialités), soit un service d'urgence et d'admission hautement spécialisé (EAS).



*Schéma issu de la présentation powerpoint des auteurs*

Exemples de 3 services d'urgence hospitaliers :

- en Lombardie, service des urgences de l'hôpital civil de Brescia : 230 patients par jour avec un délai d'attente de 15 minutes le jour et de 3 minutes la nuit ; les patients sont triés par une infirmière.
- à Milan, service des urgences de l'hôpital Luigi Sacco : 150 patients / jour avec un délai de prise en charge de 30 minutes pour les cas très peu graves et de 50 minutes pour les cas les moins graves, avec des durées de prise en charge moyennes de presque 5 heures pour les deux types de cas. Les urgences pédiatriques sont séparées des urgences adultes. Les médecins travaillent 7 heures le jour et 10 h la nuit, avec des gardes obligatoires (repos compensateur appliqué), mais les médecins peuvent avoir une activité libérale payable à l'acte selon un tarif établi par la direction de l'établissement. Les locaux sont composés entre autres d'une salle d'opération, une salle de radiologie, et 9 lits d'hospitalisation de très courte durée. Les dossiers médicaux des patients sont entièrement informatisés mais la disponibilité en lits de l'hôpital et dans les hôpitaux proches ne l'est pas.
- à Lecco, service des urgences de l'hôpital Alessandro Manzoni : structuré en DEA, il accueille 160 patients/jour, avec un délai moyen inconnu ; les locaux sont similaires au précédent service.

**Au total**, « les urgences pré-hospitalières fonctionnent avec un numéro d'appel unique relié à la police mais indépendant des pompiers. Les centres des appels urgents dépendent de l'hôpital comme en France, et fonctionnent avec des infirmiers spécialisés et des médecins.

Les urgences hospitalières n'ont pas une organisation uniforme puisque certains services (les plus récents) ont une organisation semblable aux services d'urgences français, et les autres sont organisés en secteurs par spécialités. Le tri des patients est protocolisé au niveau national.

Les soins ambulatoires non programmés semblent défailants avec des centres de santé peu compétents et surchargés et une médecine de ville payante pour les patients sans assurance complémentaire, créant une médecine à 2 vitesses. »



## Bibliographie

### Rapports

- ANAP, Réduire le temps de passage aux urgences, Tome 1, Recueil de bonnes pratiques organisationnelles, mars 2006
- ANAP, Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences, Tomes 2 et 3, Retours d'expériences, avril 2008
- ANAP, Organisation des centres 15, Rapport de fin de chantier pilote, avril 2008
- G. Colombier, Rapport d'information sur la prise en charge des urgences médicales, Assemblée Nationale, février 2007
- Cour des Comptes, Rapport annuel pour l'année 2006, Les urgences médicales, février 2007
- J.Y. Grall, Évaluation du plan Urgences 2004-2008, DHOS, janvier 2007
- P. Mardegan, E. Ekong, Évaluation de l'impact du plan Urgences : Rapport de fin d'étude, DHOS, mai 2009.
- P. Mardegan, Rapport de la mission DGOS relative à la modernisation des SAMU, juillet 2010
- IGAS, P. Blanchard, M. Dupont, R. Ollivier, et IGA, C. Ferrier, M. Pretot, Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, mars 2006
- J.Y. Grall, Les maisons médicales de garde, juillet 2006

### Observatoires

- ORUMIP, Rapport annuel 2010 sur l'activité des structures d'urgence en Midi-Pyrénées, sous la direction de J.L. Ducassé, juin 2011-11-21
- ORU PACA, Rapport régional n°1 (01/01/08 – 30/06/09), sous la direction de G. Viudes
- ORU Lorraine, Présentation pour la journée Performance des SI en Santé, juin 2011
- ORULIM, Rapport annuel 2009, Activité des structures d'urgence en Limousin

### Études DREES

- M. Chanteloup, G. Gadel, Les appels d'urgence au centre 15 en 1997, Études et Résultats n° 55, mars 2000
- D. Baubeau, A. Deville, M. Joubert, C. Fivaz, I. Girard, S. Le Laidier, Les passages aux urgences de 1990 à 1998, Études et Résultats n° 72, juillet 2000
- V. Carrasco, D. Baubeau, Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale, Études et Résultats n° 212, janvier 2003
- D. Baubeau, V. Carrasco, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, Études et Résultats n° 215, janvier 2003
- C. Lazarovici, D. Somme, V. Carrasco, D. Baubeau, O. Saint-Jean, Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. Presse médicale, 2006, 35 : 1804-1810
- V. Carrasco, L'activité des services d'urgences en 2004, Études et Résultats n° 524, septembre 2006
- Chapitres sur les services d'urgences dans le panorama annuel des établissements de santé, 2007, 2008, 2009, 2010
- Projet COMPAQH 2<sup>ème</sup> phase (2006-2009), Rapport final, COMPAQH-INSERM, Document de travail DREES, Sources et Méthodes, n° 18, avril 2011

## Articles France

- M. Berthier, C. Martin-Robin. Les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. *Archives de pédiatrie*, 2003, 10 : 61s-63s
- I. Berton, K. Milojevic, N. Degrèze, J.M. Caussanel, C. Dubois-Richard, J. Cléro, C. Broche, Y. Lambert. Suivi à court terme des patients laissés sur place après intervention du SMUR. *Journal Européen des urgences*, 2004, 17 : 69-74
- I. Berton, K. Milojevic, C. Roulet, A. Durandy, J. Cléro, I. Chassagnol, Y. Lambert. Devenir à court terme des patients transportés non médicalisés après intervention du SMUR. *Journal européen des urgences*, 2006, 19 : 171-176
- G. Bouhours, T. Lehoussé, J. Mylonas, G. Lacroix, C. Gondret, C. Savio, C. Couillard, L. Beydon. Évaluation de la régulation préhospitalière et prise en charge initiale des traumatisés crâniens graves dans la région des Pays de la Loire. Étude prospective, multicentrique. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 2008, 27 : 397-404
- C. Broux, F.X. Ageron, J. Brun, F. Thony, C. Arvieux, J. Tonetti, E. Gay, E. Rancurel, J.F. Payen, C. Jacquot. Filières de soins en traumatologie, une organisation indispensable. *Réanimation*, 2010, 19 : 671-676
- F. Chave, La prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique, Université Paris-X Nanterre, décembre 2002
- I. Claudet, L. Joly-Pedespan, Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? *Archives de pédiatrie*, 2008, 15 : 1733-1738
- I. Claudet, V. Bounes, S. Federici, E. Laporte, C. Pajot, P. Micheau, E. Grouteau. Epidemiology of admissions in a pediatric resuscitation room. *Pediatric emergency care*, 2009, 25:312-316
- N. Dantchev, T. Baubet, T. Bigot, E. Guillibert, L. Jehel, M. Lejoyeux, J.P. Metton, A. Pelissolo, A.M. Pezous, I. Roy, O. Sabaté, B. Seletti, A. Sztern, P. Hardy. Les urgences psychiatriques à l'APHP, *Perspectives Psy* 2003, 42 : 39-45
- A.C. Durand, S. Gentile, B. Devictor, S. Palazzolo, P. Vignally, P. Gerbeaux, R. Sambuc. ED Patients : how nonurgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature, *Am J Emergency Medicine* 2011, 29:333-345
- S. Gentile, E. Amadei, J. Bouvenot, A.C. Durand, I. Bongiovanni, J. Haro, C. Giraud, R. Sambuc. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*, 2004, 16 : 63-74
- S. Gentile, P. Vignally, A.C. Durand, S. Gainotti, R. Sambuc, P. Gerbeaux. Nonurgent patients in the emergency department ? A french formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*, 2010, 10:66
- J.L. Gomez de Segura Nivea, M.M. Boncompte, A.E. Sucunza, C.L. Louis, M. Segui-Gomez, T.B. Otano. Comparison of mortality due to severe multiple trauma in two comprehensive models of emergency care : Atlantic Pyrenees (France) and Navarra (Spain). *J Emerg Med* 2009, 37 : 189-200
- V. Hue, E. Walter-Nicolet, A. Martinot. Implication des pédiatres dans l'accueil des urgences. Enquête un jour donné auprès des centres hospitaliers et des pédiatres libéraux de la région Nord-Pas de Calais. *Archives de pédiatrie*, 2004, 11 : 1191-1196
- V. Hue, F. Dubos, L. Pruvost, A. Martinot, Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques. Organisation et moyens de l'accueil des urgences pédiatriques : enquête nationale française en 2008, *Archives de pédiatrie* 2011, 18 : 142-148
- J. Josseume, F.X. Duchateau, A. Burnod, D. Pariente, S. Beaune, C. Leroy, E. Judde de la Rivière, V. Huot-Maire, A. Ricard-Hubon, P. Juvin, J. Mantz. Observatoire du sujet âgé de plus de 80 ans pris en charge en urgence par le service mobile d'urgence et de réanimation. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 2011, 30 : 553-558

J. Ladner, L. Bailly, I. Pitrou, M.P. Tivolacci. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2008, 39 : 33-42

P. Le Conte, D. Riochet, E. Batard, C. Volteau, B. Giraudeau, I. Arnaudet, L. Labastire, J. Levraut, F. Thys, D. Lauque, C. Piva, J. Schmidt, D. Trewick, G. Potel. Death in emergency departments : a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive care Medicine*, 2010, 36 : 765-772

C. Leroy, A. Ricard-Hibon, C. Chollet, J. Marty. Prise en charge préhospitalière médicalisée des personnes âgées. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 2003, 22 : 183-188

L. Maugein, M. Lambert, O? Richer, C. Runel-Belliard, S. Maurice-Tison, P. Pillet. Consultations itératives aux urgences pédiatriques, *Archives de Pédiatrie* 2011, 18 : 128-134

F. Onen, H. Abidi, L. Savoye, J.M. Elchardus, S. Legrain, P.H. Courpron. Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge. *Aging*, 2001, 13:421-429

A. Paraponaris, Y. Obadia, M.K. Ben Diane, F. Bertrand, J.P. Moatti. Comportements de consommation de soins : Enseignements d'une enquête dans un service d'urgences d'un centre hospitalier régional universitaire. *Presse Médicale*, 2004, 33 : 228-234

H. Parvilliers, C. Drieu, N. Hue. L'exemple du réseau régional de l'Aide médicale urgente de Haute-Normandie. *Journal de la cartographie*, 2010, 205 : 71-79

J. Stagnara, J. Vermont, A. Duquesne, A. Atayi, F. de Chabanolle, G. Bellon. Urgences pédiatriques et consultations non programmées – enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de pédiatrie*, 2004, 11 : 108-114

A.T. Tajahmady, C. Moreau, F. Bourdillon, M. Verny, J. Boddaert, B. Riou, J.P. Bouchon. Évaluation de l'adéquation entre la capacité d'accueil d'un service de court séjour gériatrique et la demande induite par les urgences pour les patients âgés de 80 ans et plus : étude prospective sur 149 patients. *Revue de gériatrie*, 2005, 30 : 651-661

K. Takun, G.D. Sahakian, F. Bloch, J. Kansao, J.F. Dhainaut. Health network to improve elderly patients' flow in emergency department. *European Journal of emergency medicine*, 2006, 13:260-263

A. Trinh-Duc, C. Perier, P. Fort, J. Nicod. Y a-t-il lieu de modifier la prise en charge des patients CCMU I et II ? *Journal européen des urgences*, 2002, 15 :15-24

F. Woimant, T. de Broucker, P. Vassel, Groupe de travail « Organisation des structures de soins dans la pathologie cardio-vasculaire » de la Société française neuro-vasculaire. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France métropolitaine. Résultats de 3 enquêtes nationales. *Revue neurologique*, 2003, 159 : 543-551

## Autres

COMPAQH, INSERM, Indicateur « durée d'attente aux urgences », 2004

SFMU, DHOS, InVS, Résumé de passage aux urgences (RPU), juin 2006

L. Jossieran, N. Caillère, A. Musset, A. Fouillet, D. Illef, Le réseau OSCOUR de l'InVS : un outil d'évaluation des structures d'urgences ? Congrès Urgences 2010, SFMU.

SFMU :

Référentiels d'organisation des structures d'urgence

Référentiels d'organisation des centres 15

Référentiels d'informatisation des urgences

Référentiels d'enseignements et de compétences

Référentiels d'évaluation, thesaurus

### Articles et rapports sur les comparaisons internationales

M.M. Dautel, X. Montserrat, P. de Rezende, Étude comparée de l'organisation des services d'urgence dans dix pays européens. DHOS, 2002

M. Christ, F. Grossmann, D. Winter, R. Bingisser, E. Platz, Modern Triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(50): 892–898.

D. Leys, E.B. Ringelstein, M. Kaste, W. Hacke, Facilities available in European hospitals treating stroke patients. *Stroke*, 2007, 38:2985-2991.

L. Hartmann, P. Ulmann, L. Rochaix, Régulation de la demande de soins non programmés en Europe – Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume Uni et Suède. *Revue française des affaires sociales*, 2006, n° 2-3, pp. 91-119.

BS Roudsari, AB Nathens, P Cameron, I Civil, RL Gruen, TD Koepsell, FE Lecky, RL Lefering, M Liberman, CN Mock, HJ Oestern, TA Schildauer, C Waydhas, FP Rivara. International comparison of prehospital trauma care systems. *Injury*, 2007, 38:993-1000.

WF Dick, Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med*, 2003, 18:29-35.

JL Gomez de Segura Nieva, MM Boncompte, AE Sucunza, CL Louis, M Segui-Gomez, TB Otano. Comparison of mortality due to severe multiple trauma in two comprehensive models of emergency care : Atlantic Pyrenees (France) and Navarra (Spain). *Int Emergency Med*, 2009, 37:189-200.

## ■ ANNEXE 2 - LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

### Entretiens institutionnels

Institution	Service, bureau...	Interlocuteurs rencontrés	Date de l'entretien
DGOS	Bureau R2	* Vincent Beaugrand - chef du bureau R2 * Delphine Vallet et Laurent Gadot, chargés de mission R2	24-janv.-12
DSS	1ère ss direction	Guillaume Couillard - Adjoint 1 <sup>ère</sup> sous-direction	12-janv.-12
DGS / DUS	DUS	* Joëlle Carmes * Annick Darrieumerlou * Olivier Brahic * Jean-Marc Philippe * Philippe Bourrier * Thierry Paux * François Salicis	16-févr.-12
HCAAM		Jean-Philippe Vinquant	3-févr.-12
ATIH		Dr Max Bensadon - Directeur adjoint	28-déc.-11
CNAMTS		Dominique Polton	12-janv.-12
InVS		* Thierry Cardoso - Responsable du Département de Coordination des Alertes et des Régions * Céline Caserio-Schönemann - Coordination SurSaud * Nadège Caillère - Statisticienne	2-mars-12
ARS PACA		Norbert Nabet - DGA	30-janv.-12
ARS Champagne-Ardenne		Dr Nicolas Villenet - Conseiller médical de la Direction de l'offre de soins	23-janv.-12
ARS Franche Comté		Mr Cédric Duboudin - Responsable du Département Observation, Statistiques et Analyses	2-févr.-12
ORUMP		Dr Jean-Louis Ducassé	10-janv.-12
ORU Limousin		Dr Pierre Bernard Petitcolin	16-janv.-12
ORU PACA		Dr Gilles Viudes	6-févr.-12
FHF		* René Caillet, responsable du Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Social * Docteur Christine Bara, Conseiller médical	15-févr.-12
FHP		Thierry Bechu – Délégué Régional MCO	26-févr.-12
FEHAP		* David Causse * Stéphanie Rousval * Céline Moreau	3-févr.-12
CNUH	SAMU de Paris	Pr Pierre Carli	21-févr.-12
AMUF	SAMU de Paris	* Dr Patrick Pelloux, président de l'AMUF * Dr Christophe Prudhomme, porte parole de l'AMUF	1-févr.-12
SAMU-Urgences de France	SAMU CH Pontoise	Dr Marc Giroud	21-févr.-12
CNOP		* Mme Anna Sarfati (pharmacienne hospitalière - CH Charles Foix) * M. Lacombe (pharmacien, sapeur-pompier)	23-févr.-12
CNOM		Dr Blanc - Conseil national de l'Ordre des médecins (et également ancien chef de service du SAMU du CHU de St Etienne)	26-févr.-12
Conférence DG de CHU		Mr Jean-Olivier Arnaud – DG CHU Nîmes	1-févr.-12
Conférence DG de CH		Mr Yves Bloch - DG de Poissy St-Germain	8-mars-12
		Pr Jean Emmanuel de la Coussaye – Président CME du CHU de Nîmes	6-févr.-12
Conférence Pdts de CME de CHU	Sur proposition du Pr JE De la Coussaye – Pt CME CHU Nîmes	Pr Brigitte Chabrol – Présidente de la société française de Pédiatrie	10-févr.-12
	Sur proposition du Pr JE De la Coussaye – Pt CME CHU Nîmes	Pr Gilles Potel- Président de la CME du CHU de Nantes	13-févr.-12
	sur proposition du Président de la conférence des Pdts CME CHU	Dr Dominique Brun-Ney - Responsable du Département Urgences-Réanimations - Direction de la Politique Médicale de l'AP-HP	7-févr.-12
Conférence Pdts de CME de CH		Dr Francis Fellinger - Président de la Conférence	15-févr.-12
MG France		Dr Roland Rabeyrin	9-févr.-12
CSMF		Dr Michel Chassang	22-févr.-12
SML		Dr Roger Rua	22-févr.-12
SFMU	CHU Clermont-Ferrand	Pr Jeannot Schmidt	1-mars-12
ANAP		Dr Ayden Tajahmady - Responsable du programme de travail de l'ANAP	10-févr.-12
Représentant EHPAD	Soulac sur mer	Dr Bernard Oddos, représentant du syndicat des médecins coordonnateurs d'EHPAD adhérent à la CSMF (CSMF SMC-Ehpad)	20-févr.-12
Représentant médecin coordonnateur EHPAD		Dr Philippe Marissal, Président du SNGIE (syndicat médecins généralistes et gériatres ehpad)	23-déc.-11
INED		Mme Chantal Cases - Directrice	27-févr.-12

## Monographies de territoires

### Département de la Lozère

#### CH de Mende:

Dr Chassing, chef du pôle des urgences

Dr Putod, Responsable SAMU/SMUR et Président de CME

Mme Lauret, DAF, cadre administratif de pôle

M. Scotto, directeur du CH

Dr Fedorzuck, pédiatre

Dr Spodenkiewich, orthopédiste

Dr Galli-Douani, DIM

Dr Beni-Remour, urgentiste

Dr Soulie, gériatre

Mme Conte, cadre des urgences

Mme A. Folcher, IDE UHCD et IAO

+ 1 aide-soignante de l'UHCD

#### Association Lozérienne des Urgences Médicales et de Permanence des Soins

Dr Brangier, MG

Mr Crozat, président de l'ALUMPS

#### Conseil départemental de l'Ordre des Médecins :

Dr Meissonnier, président

#### ARS :

Dr Martine Aoustin, directrice générale

## **Arrondissement d'Avignon**

### Centre Hospitalier d'Avignon :

Dr Bechet – Urgentiste

Dr Bourgeois – Chef de service du SAMU 84 SMUR Urgences

Dr Broglia – Radiologue Président CME

M. Decoucut – Directeur Général

M. Ponce – Cadre de santé du SAU

Dr Rocamora – Urgentiste

Dr Verheilst – Néphrologue – Vice Président CME

Dr Zographos – Chirurgien orthopédiste

### ARS Avignon

M. Alain Brez – Inspecteur principal de la DT 84

Dr Dumont – Conseiller médical du DG ARS

Mme Gautier – Déléguée territoriale de la DT 84

Dr Helfer – Médecin Inspecteur de santé publique

### CDOM Avignon - SOS médecins Avignon

Dr Bernard Arbomont – Président CDOM

Dr Isabelle Guérout – Responsable de la commission des gardes au sein du CDOM et représentant de SOS médecins

### CH d'Orange – Fédération SAU Orange – Valréas – Vaison

Dr Colombani – Responsable de l'unité Fonctionnelle SAU d'Orange

M. Christophe Gilant – Directeur du CH d'Orange

Dr Huvet – Président de la Fédération

Dr Migaut – Président CME du CH d'Orange

Dr Rodrigues – Responsable du service des urgences du CH de Valréas

### MMG Avignon

Dr Muscat – Responsable MMG

### EHPAD Le Lavarain

Dr Cheron – Médecin référent de l'Ehpad

M. Jean-Michel Sidobre – Directeur

### URPS Paca

Dr Samama – Cardiologue Collège 3

## Arrondissement de Limoges

### CHRU de Limoges :

Dr. Cailloce, responsable du SAMU-SMUR

Dr. Bettayeb, PH gériatre mi-temps (et mi-temps libérale), équipe mobile de gériatrie, participe à la régulation médicale libérale

Dr Prevost, médecin généraliste, participe à l'activité de la maison médicale de garde, participe à la régulation médicale libérale

Dr. Vallejo, responsable des urgences adultes

Pr. Vignon, chef du pôle Urgences Réanimation

Mme Poumeroulie, directeur référent du Pôle Urgences-Réanimation

Monsieur Laroudie, cadre administratif du pôle Urgences-Réanimation

Mme Francisco, cadre de santé du pôle Urgences-Réanimation Adulte

Dr. Petitcolin, directeur médical ORULIM

Pr. Moulies, président de la CME

Pr. Lienhardt-Roussie, Chef du pôle mère-enfant

Dr. Tahir, Responsable des urgences pédiatriques

Mme Boutang-Trebier, cadre de santé du pôle mère-enfant

Mme Mutel, cadre administratif du pôle mère-enfant

Mr. Lengline, directeur référent du pôle mère-enfant

### CH de St Yrieix-La-Perche :

Dr Poirel, responsable du service des urgences

Dr Rozette, médecine urgentiste

Dr Lajoix, président de CME

Dr Laroumagne, chef de pôle

Mme Partonnaud, coordinatrice des soins

M. Bouchard, directeur

### Clinique F. Chenieux :

Dr July, médecin urgentiste

Mme Chabaudie, cadre de soins des urgences

Mme Chataignon, directrice adjointe

### Conseil départemental de l'Ordre des Médecins :

Dr Archambault, président

### URPS :

Dr Fenfant, médecin généraliste, participe à l'activité de la maison médicale de garde

Dr Prevost, médecin généraliste, participe à l'activité de la maison médicale de garde

Dr Abdo, médecin généraliste, SOS médecins

Dr Delpeyroux, médecin généraliste

Dr Carrier, médecin généraliste

### ARS :

M. Jacky Herbuel-Lepage, Directeur de l'offre de soins et de la gestion du risque

## **Lyon-Est**

### **Hôpital Edouard Herriot**

Laurent Aubert – Directeur référent du PAM urgences médicales  
Mme Bejuis – Cadre SAU Pavillon N  
Pr Tihlet Coartet – Chef de service des Urgences Pav A  
Dr Brigitte Comte – Responsable PAM Gériatrie  
Dr Dieudonne – PH Urgentiste – Pavillon A  
Jean-Christophe Dumes – Cadre supérieur Pôle urgences Pavillon A  
Dr Genty – Responsable de l'UHCD et de l'accueil Pavillon N  
Pr Geugnau – Chef de service des Urgences Pav N, et du SAMU-SMUR  
Karine Istin – Directeur référent du PAM urgences chirurgicales  
Anne Perez – Cadre SAU Pavillon A  
Dr Julien Wegrzyn – Chirurgien orthopédiste

### **Hôpital Privé Jean Mermoz**

Dr Nithieu – Chirurgien Digestif  
Dr Nokdadi – Urgentiste  
Laurent Ramon - Directeur  
Régine Thievon – Cadre des urgences

### **SOS médecin Lyon**

Dr Pierre-Henri Juan – Président SOS Médecin Lyon

### **URPS Rhône-Alpes**

Dr Pascal Dureau – Coordinateur du Collège 1  
Dr Charles-Henry Guez – Secrétaire URPS  
Dr Jean Stagnara – Vice Président – Pédiatre

### **MMG Lyon**

Dr François Roche – Responsable MMG

### **CDOM Lyon**

Dr Patrick Romestaing – Président

### **ARS Rhône-Alpes**

Dr Dorianne Argaud – Médecin inspecteur de santé publique

## Arrondissement de Montluçon

### CH de Montluçon

M. Massard, Directeur

Mme Gérinier, Secrétaire générale

Dr Verdier, Chef du pôle réanimation-Urgences et Président de la CME

M. Bazzo, Cadre de pôle Urgences

Mme Panaud, Cadre de santé Urgences

Dr Galet, Chef de service des urgences pédiatriques

Dr Chambenois, praticien hospitalier au sein du Service Médical d'Accueil

Dr Mahammedi, Chef du service orthopédie

### Clinique Saint-François Saint-Antoine (Vitalia)

Mme Bataillé, Directrice

Dr Servagent, orthopédiste

Dr Bons, Président de la CME, hématologue

Dr Gaid, urgentiste

### ARS

Mme Tardieu, Chef de la mission stratégie régionale de santé

Mr Schweyer, Directeur de la direction opérationnelle de l'offre hospitalière

Mme Brunel, Déléguée territoriale de l'Allier

Mme Boyer, Chargée de mission - Mission Performance Efficience

Mr Renard, Chargé de mission - Mission Performance Efficience

### CDOM

Dr Rosati, Président de l'A.M.L.A.P.S.

### URPS

Dr Binon, Président de l'URPS ML, cardiologue

## ■ ANNEXE 3 - LETTRE DE MISSION



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction de la recherche, des études, de  
l'évaluation et des statistiques  
Sous-direction 'observation de la santé et de  
l'assurance maladie'  
Bureau 'établissements de santé'  
Dossier suivi par : Bénédicte Boisguérin  
Tel : +33 (0) 1 40 56 87 93  
Mél : benedicte.boisguerin@sante.gouv.fr

Paris, le 15 décembre 2011  
DREES-BES N° 149/11

Objet : Entretiens dans le cadre de l'enquête qualitative préalable visant à étudier l'opportunité de rééditer une enquête sur les urgences hospitalières et à définir le cas échéant les modalités de réédition

Madame, Monsieur,

En 2002, une première enquête sur les urgences a été réalisée auprès d'un échantillon de 150 services d'urgences et de 3 000 usagers. L'objectif était de recueillir des informations relatives aux différentes populations fréquentant les urgences, à leurs modes d'accès, aux motifs de recours et aux soins qu'elles y ont reçus.

Une reconduction d'une enquête urgences était prévue dès la réalisation de la première édition de 2002. Par ailleurs, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont fait part de leur souhait de disposer rapidement de nouvelles informations.

Depuis 2002, de nombreux changements d'ordre législatif, réglementaire ou au niveau des systèmes d'informations sont intervenus. Par exemple, les décrets relatifs à la médecine d'urgence de 2006 ont mis en place une nouvelle pratique de cette activité, organisée selon trois modalités (SAMU, SMUR, structures d'urgences). Par ailleurs, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, modifie l'organisation de la PDSA (permanence des soins ambulatoire), qui est désormais organisée au niveau de chaque région, ce qui peut avoir un impact sur la venue de patients aux urgences. Enfin, les sources d'informations et de données ont également fortement évolué : informatisation des services d'urgences, montée en charge des observatoires régionaux, mise en place du système SurSaUD® par l'InVS, diffusion du relevé de passage aux urgences (RPU), travaux de l'ANAP...

C'est dans ce cadre renouvelé que la DREES a souhaité que soit mené un travail d'analyse qualitative préalable pour déterminer s'il est opportun de réaliser une nouvelle enquête sur les urgences hospitalières et, si oui, avec quels objectifs et dans quel format. La DREES a décidé d'en confier la réalisation aux cabinets de

conseil Les Asclépiades et Kurt Salmon, représentés pour cette étude par Roland Cash et Claire Huault<sup>1</sup> et leurs équipes, avec l'appui scientifique du Pr JL Ducassé.

Le champ d'analyse est vaste et recouvre, entre autres, les problématiques suivantes : caractéristiques des patients et relations entre profils de patients et filières, motifs de recours, relations entre acteurs libéraux et acteurs hospitaliers, orientation et devenir des patients suite à la prise en charge en urgence, cas des pathologies chroniques, importance ou non du facteur précarité, médicalisation des transports, lien avec le médecin traitant, etc.

Pour ce faire, il a été retenu le principe d'une étude en quatre phases : un cadrage par le biais d'une étude bibliographique, un approfondissement *via* des entretiens auprès d'acteurs clés, la réalisation de monographies auprès des acteurs de « l'urgence » sur 5-6 territoires et enfin un rapport final de synthèse statuant sur la pertinence d'une nouvelle enquête et, le cas échéant, sur ses modalités.

Dans le cadre de la phase d'approfondissement, il est prévu des entretiens avec une trentaine d'acteurs stratégiques (directions du ministère de la santé, agences nationales et régionales, fédérations, observatoires régionaux, associations professionnelles...) afin de recenser les besoins et les sources d'informations produites et/ou utilisées. Lors de sa réunion du 7 décembre 2011, le Comité de Pilotage de l'étude a fait part de son intérêt à ce que vous fassiez partie des personnes rencontrées. Les consultants se permettront donc de solliciter un rendez-vous auprès de votre secrétariat. Le recueil de l'information se fera par le biais d'un entretien structuré autour d'un guide joint à la présente lettre de mission.

Bénédicte Boisguérin, en charge du suivi de cette étude, reste à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet : 01.40.56.87.93 / benedicte.boisguerin@sante.gouv.fr.

Je vous remercie par avance pour votre disponibilité et pour votre contribution active à cette étude.

**La directrice de la recherche, des études, de  
l'évaluation et des statistiques**

**Anne-Marie BROCAS**

<sup>1</sup> Roland Cash : [roland.cash@wanadoo.fr](mailto:roland.cash@wanadoo.fr) / 06 07 94 45 86 ; Claire Huault : [claire.huault@kurtsalmon.com](mailto:claire.huault@kurtsalmon.com) / 06 21 01 02 09

## ■ ANNEXE 4 - GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

1. Quelles problématiques vous paraissent à approfondir en matière de services d'urgences (SAMU, SMUR, SU) ?
  - a. Concernant les moyens des structures :
    - i. Locaux : surfaces, organisation, fonctionnalités...
    - ii. Personnels : effectifs par catégorie, organisation de la garde, du temps de travail, problèmes de recrutement, etc.
    - iii. Équipements
  - b. Concernant l'organisation des prises en charge au sein de la structure (tri/orientation...)
  - c. Concernant les patients :
    - i. Les populations accueillies,
    - ii. Les motifs de recours,
    - iii. L'impact de la précarité,
    - iv. Etc.
  - d. Concernant l'activité de régulation au centre 15
  - e. Concernant les trajectoires des patients :
    - i. En amont de la prise en charge dans le service d'urgence
    - ii. En aval
  - f. Concernant les filières spécialisées (traumatismes graves, AVC, IDM, ophtalmologie, obstétrique...) et la prise en charge de populations spécifiques (enfants, personnes âgées, etc.)
  - g. Concernant les interactions ville/hôpital et d'une manière générale les relations avec l'environnement :
    - i. Réseaux des urgences
    - ii. Relations SDIS/SAMU
    - iii. Maisons médicale de garde
    - iv. Permanence des soins ambulatoire
    - v. ...
  - h. Concernant les indicateurs de qualité des prises en charge et de satisfaction des patients
2. Quels sont les besoins en matière d'informations sur ces différents thèmes ?
3. Quelles sont les sources d'information :
  - a. Actuellement disponibles dans votre institution ?
    - i. Bases de données permanentes,
    - ii. Enquêtes ponctuelles,
    - iii. Autres ?
  - b. Quelles en sont les limites ?
4. En synthèse, quels sont les besoins prioritaires de votre institution vis-à-vis du projet d'enquête nationale pilotée par la DREES ?



## ■ ANNEXE 5 - GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES MONOGRAPHIES

### Caractérisation de la problématique « urgences » sur votre territoire

1. Service d'urgence
  - a. Que change le fait de disposer (ou non) de plusieurs services d'urgences sur le territoire ? un réseau des urgences est-il organisé ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?
  - b. Quelles missions (principales et accessoires) donnez-vous à ce/ces service(s) ?
  - c. Observez-vous des inadéquations dans la façon dont les patients arrivent aux urgences ? (indications, motivations, horaires...)
  - d. Comment a évolué la fréquentation des urgences ces dernières années du point de vue quantitatif et qualitatif ?
  - e. Quels sont pour vous les points positifs et les points négatifs de l'organisation des services d'urgences sur le territoire ?
  - f. Savez-vous si le pôle incluant le(s) service(s) d'urgence présente un compte de résultat analytique équilibré ? et est-ce un objectif ?
  - g. Le système de tarification induit-il certains effets pervers ?
  - h. Existe-t-il des problèmes de violence aux urgences ?
  - i. Y a-t-il des problèmes d'adéquation moyens / activité dans le service d'urgences ? globalement ou sur certaines tranches horaires ?
  - j. Y a-t-il des problèmes de formation du personnel ? de recrutement ?
  - k. Pour l'accueil des personnes âgées, existe-t-il une organisation spécifique ?
  - l. Pour l'accueil des enfants, existe-t-il une organisation spécifique : pédiatre de garde, secteur distinct... ?
  - m. Quelles difficultés pour la prise en charge de la précarité ?
  - n. La recherche de lits d'aval en cas de nécessité d'hospitalisation constitue-t-elle une difficulté ?
2. Permanence des soins ambulatoire
  - a. La PDSA fonctionne-t-elle correctement sur le territoire selon vous ? Quelles en sont les caractéristiques ?
  - b. Quelle est l'incidence de la présence (ou non présence) d'une maison médicale de garde ?
  - c. Existe-t-il une régulation libérale ?
  - d. Quels rôles jouent les médecins spécialistes ?
  - e. Quels rôles jouent les médecins généralistes ou traitants ?
3. SAMU
 

Les appels au SAMU sont-ils excessifs ? Quelle est la part des demandes de conseils ? Comment se passe la collaboration avec le SDIS ? Avec SOS médecins le cas échéant ? Avec la médecine de ville ?

## 4. SMUR

Quelles sont les problématiques spécifiques de la phase pré-hospitalière ? Existe-t-il des problèmes d'orientation des patients ? Existe-t-il des centres de référence sur certaines problématiques ? Quelles difficultés lors des transferts SMUR inter-établissements

## 5. l'organisation des urgences sur votre territoire ?

- a. En quoi est-ce spécifique ou non à ce territoire ?
- b. Quels axes d'amélioration souhaitez-vous mettre en avant pour les prochaines années ?

Besoins/souhaits et sources de données disponibles pour la future enquête nationale

Dans le cadre d'une nouvelle enquête :

1. Quelles problématiques vous paraissent à approfondir en matière de services d'urgences (SAMU, SMUR, SU) ?
  - a. Concernant les moyens des structures :
    - i. Locaux : surfaces, organisation, fonctionnalités...
    - ii. Personnels : effectifs par catégorie, organisation de la garde, du temps de travail, problèmes de recrutement, etc.
    - iii. Équipements
  - b. Concernant l'organisation des prises en charge au sein de la structure (tri/orientation...)
  - c. Concernant les patients :
    - i. Les populations accueillies,
    - ii. Les motifs de recours, les motivations,
    - iii. L'impact de la précarité,
    - iv. Les pathologies chroniques avec épisode aigu
    - v. Etc.
  - d. Concernant l'activité de régulation au centre 15
  - e. Concernant les trajectoires des patients :

En amont de la prise en charge dans le service d'urgence

En aval

Concernant les filières spécialisées (traumatismes graves, AVC, IDM, ophtalmologie, obstétrique...) et la prise en charge de populations spécifiques (enfants, PA, etc.)

Concernant les interactions ville/hôpital et d'une manière générale les relations avec l'environnement :

Réseaux des urgences

Relations SDIS/SAMU

Maisons médicale de garde

Permanence des soins ambulatoire

...

Concernant les indicateurs de qualité des prises en charge et de satisfaction des patients

Quels sont les besoins en matière d'informations sur ces différents thèmes ?

Quelles sont les sources d'information :

Actuellement disponibles dans votre institution ?

Bases de données permanentes,

Enquêtes ponctuelles,

Autres ?

Quelles en sont les limites ?

En synthèse, quels sont les besoins prioritaires de votre institution vis-à-vis du projet d'enquête nationale pilotée par la DREES ?



## ■ ANNEXE 6 - COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE DE L'ÉTUDE

### DREES – Bureau des Établissements de Santé :

- Christelle Minodier,
- Bénédicte Boisguérin
- Albert Vuagnat

### DGOS :

- Éric Ekong (R5)
- Delphine Vallet (R2)
- Laurent Gadot (R2)

### CNAMTS :

- Dominique Ravinet

### ATIH :

- Françoise Bourgoïn

### HCAAM :

- Marie Reynaud
- Jean-Philippe Natali

### ANAP :

- Ayden Tajahmady

### SG :

- Olivier Obrecht

- Anne-Claire Horel (6B)

---

DOCUMENT DE TRAVAIL

ISSN : 1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

---