



Les usagers des urgences

Valérie Carrasco
Chargée d'études,
Drees

L'enquête nationale sur les urgences, réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon de patients de 150 services de France métropolitaine, a livré des informations sur les différentes populations fréquentant les urgences, leurs modes d'accès, les motifs pour lesquels elles consultent et les soins qu'elles y ont reçus.

Qui sont les usagers des urgences ?

La première phase de l'enquête, axée sur la description des usagers et des caractéristiques de leur passage, a porté sur un échantillon de près de 10 000 patients.

La gravité de l'état des patients est habituellement évaluée, par les spécialistes de l'urgence, à l'aide d'une échelle croissante de 1 à 5 (dite classification clinique des malades des urgences, ou CCMU). Près de trois quarts des patients (74 %) ont été classés par les médecins au niveau 2 (état clinique jugé stable, décision d'actes complémentaires techniques à visée diagnostique ou thérapeutique au service d'urgences). Les autres se répartissent essentiellement entre des personnes dont l'état clinique ne nécessite pas le recours à un acte complémentaire (14 % des passages relevant de la

CCMU1) et des malades dont l'état est susceptible de s'aggraver au service d'urgences sans mise en jeu du pronostic vital (11 % des passages relevant de la CCMU3). Les deux dernières classes, qui correspondent à un pronostic vital d'emblée menacé, sont rares (2 % des passages sont classés en CCMU4 et 0,4 % ont nécessité des manœuvres de réanimation correspondant à la CCMU5).

À travers cette enquête nationale se dessine une segmentation des populations qui fréquentent les services d'urgences hospitaliers et des modes d'utilisation qu'elles en font, lesquels correspondent dans une large mesure à leur âge. Les nourrissons, gros consommateurs de consultations non programmées l'après-midi et en soirée, sont amenés par leurs parents majoritairement en fin de soirée et ce, pour des problèmes somatiques qui font peu appel à des examens complémentaires (un sur cinq seulement a une radio), puis ils repartent à leur domicile.

Les jeunes enfants (1 à 5 ans) se distinguent des tout petits par l'horaire plus précoce de leurs arrivées et la fréquence plus élevée de la traumatologie et des examens (30 % bénéficient d'un examen radiologique).

Enquête nationale sur les usagers des services d'urgences

En janvier 2002, la Drees a réalisé une enquête nationale sur les usagers des services d'urgences, qui s'est déroulée en deux phases.

Première phase : enquête auprès de 150 services d'urgences

La première phase a consisté en une enquête auprès d'un échantillon de 150 services d'urgences, répartis sur le territoire métropolitain, tirés aléatoirement dans huit strates définies en fonction de l'autorisation détenue (SAU/Upatou), du statut juridique (public/privé) et du nombre de passages annuels.

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

Chaque service a tiré aléatoirement un échantillon de patients


se présentant aux urgences la semaine d'enquête, l'échantillon global comprenant environ 10 000 patients. Pour chaque patient tiré au sort a été établie une fiche médicale anonyme, comportant le numéro FINESS de l'établissement, un numéro d'ordre unique, la date et l'heure d'arrivée, ainsi que le sexe et l'âge du patient. Cette fiche était ensuite remplie au cours du passage par le personnel du service, pour préciser les circonstances et motifs de recours, les résultats de la consultation, le devenir du patient, ainsi que l'opinion du médecin sur les raisons de la venue du patient aux urgences.

Seconde phase : interview téléphonique de 3 000 usagers

Une fiche d'acceptation était remise aux patients tirés au sort et *non hospitalisés* à l'issue de leur passage aux

urgences, leur demandant leur accord pour être éventuellement interrogés par téléphone dans un délai de quinze jours suivant leur sortie, et comportant le même numéro d'ordre que la fiche médicale, ainsi que l'heure et la date d'arrivée, le sexe et l'âge du patient. Ces informations communes ont ensuite permis l'appariement des deux fichiers, fiches médicales et interviews téléphoniques.

À partir des 8 765 fiches d'acceptation établies, 3 000 patients ont été tirés au sort puis interviewés par téléphone entre le 28 janvier 2002 et le 1^{er} mars 2002.

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

Évolution du nombre annuel des passages aux urgences

En 2003, le nombre annuel de passages dans les services d'urgences atteint 14 millions en France métropolitaine¹, et 14,5 millions sur l'ensemble de la France. En 1996, il était de 10 millions en métropole.

Le taux annuel de passages aux urgences en France métropolitaine, rapport entre le nombre annuel des passages aux urgences et la population résidente, est passé de 17,5 % en 1996 à 23,7 % en 2003.


Entre 2002 et 2003, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 3 %. Cette évolution marque un relatif ralentissement : l'augmentation était en moyenne de 5,8 % par an entre 1996 et 1999 et de 4,5 % par an entre 1999 et 2002. La croissance de l'activité est plus marquée dans le secteur privé au sein duquel l'activité a augmenté de 40 % depuis 2000, essentiellement dans les cliniques privées sous Objectif quantifié national. La part de ce secteur dans la prise en charge des urgences est ainsi

passée de 6 % en 2000 à 10 % en 2003.

L'activité d'accueil des urgences est assurée par 632 unités autorisées en France (métropole et Dom). Elles se répartissent entre les trois catégories selon la gravité et la spécificité des situations des patients : les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), aptes à traiter tous les types d'urgences, les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou), qui orientent au besoin les cas les plus difficiles, et les pôles spécialisés (Posu) prenant en charge des pathologies ou des populations spécifiques, notamment les enfants. Plus de la moitié des passages aux urgences (55 %) sont pris en charge par les SAU, 40 % par les Upatou et 5 % par les Posu.

Les trois quarts de ces services d'urgences sont publics. Un tiers des Upatou, qui prennent en charge les cas les moins graves, relèvent du secteur privé, contre seulement 3 % des SAU. La répartition des Posu

est plus équilibrée : 21 sont publics et 17 privés. Il s'agit cependant de deux types de services très différents : les Posu du secteur privé sont très spécialisés (en cardiologie ou chirurgie de la main...), avec un volume d'activité relativement faible (moins de 5000 passages en moyenne par an). Au contraire, dans le public, il s'agit en général de Posu pédiatriques, assimilables aux SAU, réalisant en moyenne 26000 passages par an.

Une personne sur cinq est hospitalisée après son passage aux urgences. Ce taux est moins élevé dans les établissements privés que dans le secteur public (11 % contre 21 %). La différence est relativement limitée entre SAU et Upatou au sein d'un même secteur (public ou privé), avec des taux d'hospitalisation respectifs de 22 et 19 % dans le public et 12 et 11 % dans le privé. 

1. Dans les unités d'accueil et de traitement des urgences bénéficiant d'une autorisation.

Entre 6 et 15 ans, la traumatologie liée aux accidents scolaires ou aux activités sportives devient prédominante avec, comme corollaire, une consommation plus forte d'examen complémentaires diagnostiques (radiologie essentiellement) et d'actes thérapeutiques mobilisant un plateau technique chirurgical minimal (sutures, plâtres). Les enfants et adolescents de moins de 15 ans sont rarement hospitalisés. Les 16-25 ans ont des modalités de recours et des prises en charge proches de celles des plus jeunes, avec toutefois une plus forte fréquence des problèmes de psychiatrie et de violence (5 %).

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

À partir de 70 ans, le secteur privé est moins souvent sollicité, la traumatologie devient nettement minoritaire. Plus souvent que les patients plus jeunes, qui ont en général recours aux urgences spontanément, les patients de plus de 70 ans sont adressés aux urgences par un médecin. En outre, la proportion de ceux dont

l'état de santé est susceptible de s'aggraver devient significative, les investigations diagnostiques sont les plus nombreuses et les plus diversifiées (biologie, ECG) et le passage aux urgences débouche alors plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation.

Pour quelles raisons vient-on aux urgences ?

Cette première phase de l'enquête a été complétée par une deuxième phase ne concernant que les patients non hospitalisés à l'issue de leur passage. Une enquête téléphonique a ainsi été réalisée auprès d'un sous échantillon de 3000 de ces patients, ayant pour objectif principal de comprendre comment et pourquoi les usagers décidaient de recourir aux urgences hospitalières. Les deux questions principales de cette interview étaient les suivantes : « Qui vous a finalement conseillé d'aller aux urgences ? » et « Pour quelles raisons êtes-vous allé aux urgences ? » Cette dernière question n'était posée par l'enquêteur qu'aux patients qui n'avaient pas été envoyés aux urgences par leur médecin traitant. Treize items possibles étaient proposés.

Outre les 16 % de patients adressés par leur médecin, 19 % déclarent qu'on ne leur a pas demandé leur avis et, de ce fait, ils n'ont pas été questionnés plus avant



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

sur les raisons de leur venue. Leur part augmente très sensiblement avec l'âge, pour atteindre 31 % parmi les plus de 70 ans. Les autres indiquent, pour la plupart, plusieurs raisons : au moins quatre pour 67 % d'entre eux. Les motivations les plus courantes tiennent à la proximité de l'établissement, au sentiment d'urgence ou de gravité, au besoin d'un plateau technique spécialisé. Parmi les motifs proposés par l'enquêteur, les cinq les plus fréquemment cités sont en effet : « L'hôpital est l'endroit le plus proche » (47 %), « Vous pensiez devoir faire des examens » (44 %), « Vous pensiez avoir besoin d'un avis ou d'une intervention spécialisés » (43 %), « vous aviez besoin que votre problème soit réglé rapidement pour des raisons personnelles » (38 %), enfin « Vous pensiez que c'était grave et que l'on devrait peut-être vous hospitaliser » (32 %). Les quatre raisons suivantes (pas de médecin ou médecin absent, traitement en cours sans amélioration et pas d'avance de frais) ne concernent que 10 à 16 % des patients, et les quatre dernières (récidive d'un problème, souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital, besoin d'une attestation médicale et besoin d'un avis médical), chacune 8 à 5 % d'entre eux.

Les personnes âgées ayant nettement plus souvent été emmenées aux urgences sans avoir donné leur avis, les autres raisons apparaissent moins déterminantes pour elles, en dehors de la proximité de l'hôpital citée par 33 % d'entre elles. Par ailleurs, quand elles ont

pu faire un choix, elles invoquent plus souvent que les autres la possibilité d'accéder plus rapidement à un autre service hospitalier par la voie des urgences que par une demande directe. Cela renforce l'hypothèse, issue de l'enquête auprès des équipes soignantes, selon laquelle la venue aux urgences des personnes âgées constitue pour une partie d'entre elles un mode spécifique d'accès à l'hôpital (préalable à un rendez-vous dans un autre service).

Si, globalement, les parents des nourrissons placent en tête les mêmes motifs de s'adresser aux services d'urgences que l'ensemble des usagers, ils se démarquent toutefois par la fréquence avec laquelle ils en citent d'autres. Ainsi, ils invoquent beaucoup plus souvent un « sentiment de gravité ou le besoin d'être hospitalisé » (42 %), mais surtout l'existence d'un « traitement antérieur sans amélioration », ou encore « l'absence du médecin traitant » (cités par 23 % d'entre eux contre, respectivement, 11 et 14 % pour l'ensemble des répondants). Ces motivations dénotent une certaine inquiétude et le besoin des parents d'accéder à une consultation de pédiatrie, alors que les nourrissons ont en fait très rarement besoin d'être hospitalisés ; ainsi ils arrivent aux urgences fréquemment dans la soirée à l'heure où les pédiatres ne sont plus forcément disponibles.

Pour les enfants de plus de 6 ans et les jeunes adultes, la raison qui revient le plus souvent est le « besoin d'examens », cité par la moitié des patients ou

Pourquoi êtes-vous allé aux urgences ?

Les patients invoquant plusieurs explications simultanées à leur décision de se rendre aux urgences, pour une meilleure lisibilité, la question pivot de l'enquête « Tout compte fait, pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allé aux urgences » mérite d'être analysée de façon plus approfondie. C'est pourquoi on propose un regroupement de ces différentes raisons, suivi d'une hiérarchisation de ces groupes de raisons, permettant de dégager pour chaque usager une « raison principale » d'aller aux urgences.

La hiérarchie adoptée privilégie d'abord le fait que les individus n'ont pas choisi d'aller aux urgences, puis qu'un conseil émanant d'un médecin est intervenu dans la prise de décision. Les autres raisons sont ensuite classées selon qu'elles semblent indiquer un recours du plus incontournable au moins incon-

tournable (du « problème de santé n'ayant pu être réglé avec la seule médecine de ville » à la « venue aux urgences pour de seules raisons pratiques »).

Une fois ces groupes de raisons classés, dès qu'un individu entre dans un groupe, il n'apparaîtra plus dans les suivants.

Enfin, les usagers envoyés aux urgences par leur médecin traitant et qui n'ont pas eu à répondre à cette question ont été regroupés avec ceux faisant état d'un avis médical, afin que toute la population étudiée puisse être répartie selon cette variable agrégée.

Six grands groupes de motifs de recours ont ainsi été construits, classés par ordre de priorité décroissant :

- les usagers à qui on n'a pas demandé leur avis (19 % des patients) ;

- les usagers qui se sont rendus aux urgences sur avis médical (23 %) ;

- les usagers qui ont recours au système hospitalier après une récurrence envisagée antérieurement avec leur médecin (6 %) ;

- les usagers qui ont recours au service d'urgences comme alternative à la médecine de ville soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin était absent (17 % des patients) ;

- les usagers motivés par les spécificités du service d'urgences, en termes de compétences et de moyens, que ce soit la permanence de soins, la spécialisation hospitalière en matière d'urgences ou le plateau technique (30 %) ;

- les usagers qui ne citent que des raisons pratiques ou de convenances personnelles (4 % des patients).

de leurs accompagnateurs, ce qui peut s'expliquer par la fréquence des accidents dans cette population. Parmi les personnes qui estimaient avoir besoin d'un examen¹, 82 % d'entre elles pensaient avant tout à une radiographie, les autres examens étant beaucoup moins fréquemment envisagés (examen biologique : 13 %, scanner : 7 % et électrocardiogramme : 4 %). Ainsi, globalement, 36 % des usagers ayant eu recours aux urgences sans avoir été hospitalisés pensaient avoir besoin d'une radiographie, cette part étant beaucoup plus faible pour les moins de 5 ans (24 %) et les plus de 70 ans (16 %).

La raison principale du choix des urgences hospitalières

Afin de pouvoir répartir ces patients en fonction d'une « raison principale de recours », on a regroupé et hiérarchisé les différentes raisons citées par les patients, et construit ainsi une nouvelle variable à la fois sur des critères statistiques (regroupement de variables) et subjectifs (ordre de priorité donné aux différents regroupements) — lire encadré p. 20. Cette reconstruction des réponses permet de mieux décrire l'attente des patients qui se présentent aux urgences.

On peut ainsi évaluer à environ 40 % la part des usagers qui n'avaient *a priori* aucune attente spécifique en ayant recours aux urgences, soit parce qu'ils n'ont pas eu à l'exprimer (19 % déclarent qu'on ne leur a pas demandé leur avis), soit parce qu'alors qu'ils ne s'adressaient pas à un service d'urgences en première intention mais à un autre médecin, c'est ce dernier qui leur a conseillé de se rendre aux urgences (23 %). Cependant, parmi ces derniers, dont la première démarche n'était pas d'avoir recours à un service d'urgences, un tiers citent quand même d'autres raisons pour lesquels ils se seraient rendus aux urgences, essentiellement besoin des compétences spécifiques et du plateau technique offerts par les services d'urgences...

Un petit nombre d'usagers (6 %) se rendent aux urgences suite à la récurrence d'un problème de santé, pour lequel on leur avait conseillé de se faire prendre en charge sans attendre. Cette situation se présente comme un avis médical anticipé et une validation médicale *a priori* de la nécessité de se rendre aux urgences.

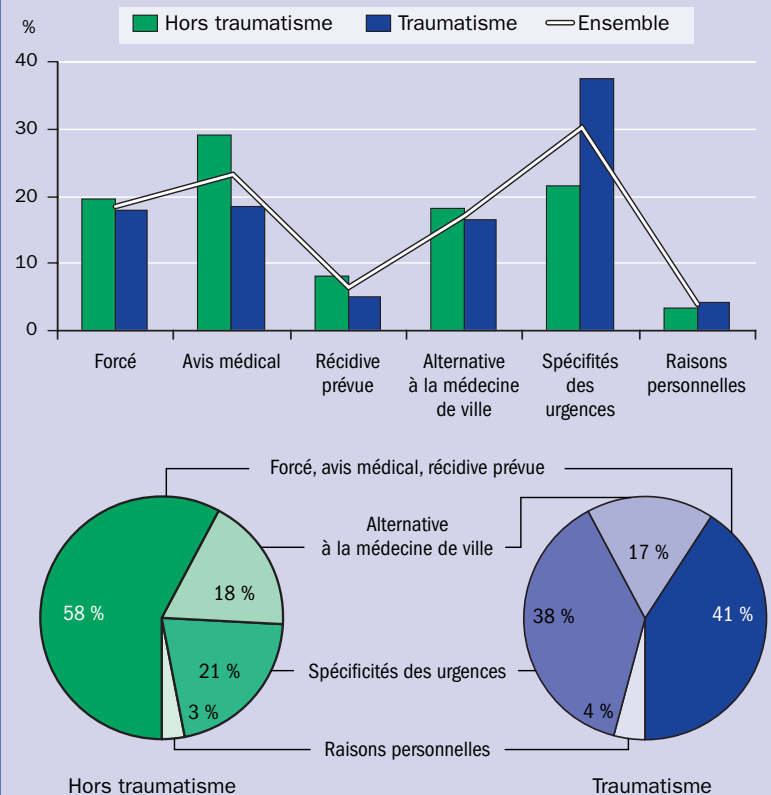
On arrive ainsi à presque 50 % de patients dont on ne peut pas dire qu'ils ont réellement choisi de se rendre aux urgences. Cette situation est nettement plus fréquente chez les usagers victimes d'un problème non traumatique que chez ceux ayant subi un traumatisme, respectivement 59 et 41 % (figure 1).

Une fois les cas de figure ci-dessus écartés, on trouve 17 % de patients qui ont eu recours aux urgences hospitalières comme alternative à la médecine de ville, soit parce qu'ils ne connaissaient pas de médecin, soit parce que leur médecin n'était pas disponible.

1. Ces réponses, apportées après le passage, peuvent avoir été influencées par le fait que les patients ont eu effectivement (ou non) une radiographie.

figure 1

Répartition des usagers des urgences selon la raison principale de leur venue et selon la nature de leur problème de santé (traumatisme ou non)



Source : Drees/Enquête nationale sur les usagers des services d'urgences/janvier 2002.

En revanche, 31 % des usagers ont résolument préféré avoir recours aux urgences hospitalières du fait de leurs compétences spécifiques, compétences qu'ils ne pensaient pas trouver dans un autre environnement : possibilité d'une hospitalisation, d'une intervention spécialisée et accès au plateau technique. 4 % des patients, sans avoir évoqué aucune des autres raisons précédentes, ont d'ailleurs choisi les urgences pour leur seul plateau technique, pensant avant tout avoir besoin d'examen. Globalement, ces motivations sont deux fois plus fréquentes chez les personnes souffrant d'un traumatisme (37 %) que chez les autres patients (19 %).

Enfin, 4 % seulement des usagers des services d'urgences ne citent que des raisons pratiques, administratives ou personnelles à l'origine de leur démarche (proximité de l'hôpital, désir d'accéder à un autre service de l'hôpital, besoin d'une attestation, pas de rendez-vous à prendre...).

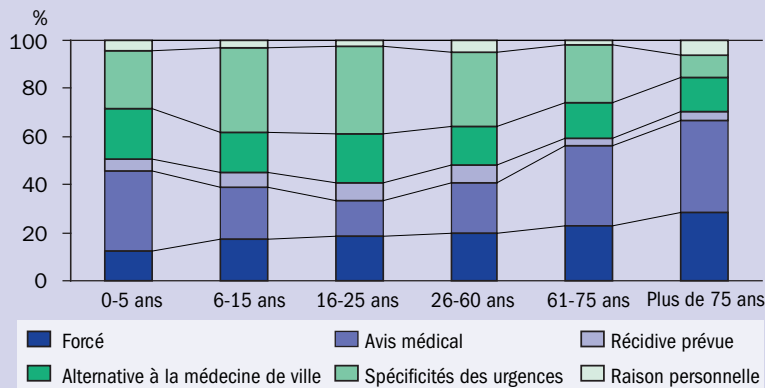
Ces grandes classes de motivations du recours aux urgences ont des fréquences très variables selon l'âge du patient (figure 2) : ainsi, la majorité des personnes



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

figure 2

Répartition des usagers des urgences selon la raison principale de leur venue, par tranche d'âge



Source : Drees/Enquête nationale sur les usagers des services d'urgences/janvier 2002.

Les urgences dans la statistique annuelle des établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative, exhaustive, concernant tous les établissements de santé, publics et privés, installés en France.

Elle recueille des informations sur les capacités, l'équipement, l'activité et le personnel.

Outre des bordereaux généraux concernant l'ensemble de l'activité des établissements, les activités de soins autorisées, dont l'accueil et le traitement des urgences, font l'objet de bordereaux spécifiques.

L'accueil et le traitement des urgences dans la SAE

La statistique annuelle des établissements de santé décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences.

Le champ couvert est exclusivement celui des établissements publics et privés bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R. 6123-1 du Code de santé publique)

Autorisation d'accueil et de traitement des urgences

En sus des formes de prises en charge programmées, depuis la fin des années quatre-vingt se développe une forte de-

mande de soins non programmés s'adressant notamment aux services d'urgences hospitaliers, demande qui a suscité une série de mesures pour tenter d'y répondre. En particulier, la prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997 et est soumise à autorisation depuis cette date. Trois types de structures ont été définis :

- les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), potentiellement capables de traiter tous les types d'urgence, installés dans des établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique (cf. article R. 6123-2) ;
- les pôles spécialisés (Posu) capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants (cf. article R. 6123-4) ;
- les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou), qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter vers d'autres structures les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer (cf. article R. 6123-5).

âgées font partie des patients qui n'ont pas conscience d'avoir fait un choix en se rendant aux urgences (70 % des patients de plus de 75 ans et 60 % de ceux de 61 à 75 ans), alors que la moitié des parents des très jeunes enfants sont dans ce cas et que cette part est inférieure à 50 % dans les autres tranches d'âge.

Ce sont par contre les parents des enfants de moins de 5 ans et les jeunes de 16 à 25 ans qui choisissent le plus souvent de se rendre aux urgences parce qu'ils n'ont pas pu être pris en charge par la médecine de ville (avec une part de 20 %).

Enfin, le choix déterminé d'un recours aux urgences pour leurs spécificités propres concerne plus fréquemment les enfants et les adolescents (35 % d'entre eux) et, dans une moindre mesure, les jeunes adultes (31 %).

Une familiarité avec les urgences hospitalières et une connaissance limitée des possibilités de prise en charge en ville

D'autres éléments peuvent influencer la décision de recourir aux urgences, même s'ils n'apparaissent pas dans les raisons citées par le patient.

Pour 36 % des patients, le problème de santé qui les a amenés aux urgences était déjà survenu par le passé. Lors de ce précédent épisode, la très grande majorité d'entre eux (soit 28 % de l'ensemble des patients) s'étaient fait soigner à l'hôpital ou dans une clinique, 6 % en ville. Cette relative « familiarité » avec l'hôpital pour la prise en charge d'un problème de santé déjà connu apparaît beaucoup plus fortement encore si l'on prend comme indicateur le fait de déjà connaître le service d'urgences. En effet, près des trois quarts des usagers étaient déjà venus dans le même service auparavant, soit pour eux-mêmes soit pour un membre de leur famille. Cette part est encore plus importante lorsque le patient est un enfant, et atteint 87 % pour les enfants de 6 à 15 ans. Pour les patients de plus de 50 ans, cette proportion, plus faible, reste supérieure à 60 %.

Cette familiarité avec l'hôpital, et plus particulièrement avec les services d'urgences, va de pair avec une certaine méconnaissance du système de soins en ville. Ainsi, les trois quarts des patients ignorent que l'on peut obtenir une radiographie sans ordonnance (7 % disent ne pas savoir et 67 % pensent que ce n'est pas possible), 20 % ne savent pas s'il existe un médecin de garde dans la commune où ils se trouvaient lors de la survenue de leur problème de santé et 25 % s'il existe à proximité un centre de soins ou un dispensaire. Enfin, 9 % des usagers disent ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non connaissance de son existence. Cette méconnaissance des possibilités offertes par les soins de ville est plus forte chez les patients âgés : 24 % des patients de plus de 70 ans ignorent s'il y a un médecin de garde et 35 % s'il y a un centre de santé.