

L'ENQUÊTE NATIONALE SUR LES STRUCTURES DES URGENCES HOSPITALIÈRES : RETOUR SUR UNE ENQUÊTE INÉDITE (COLLECTE, QUALITÉ DES DONNÉES, DIFFUSION ANONYMISÉE)

Layla RICROCH¹ (*), Gwennaëlle BRILHAULT² (*)

(*) Drees, Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie

Résumé

La Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a organisé le 11 juin 2013 une enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières de format inédit : elle a concerné tous les services des urgences générales et pédiatriques autorisées et tous les patients qui s'y sont présentés entre 8h le 11 juin et 8h le lendemain ; les données concernant les patients ont été collectées par le personnel des urgences en parallèle de la prise en charge médicale.

Cette enquête fait suite à une précédente enquête de la Drees sur le même sujet mais de format différent, menée en 2002. Le contexte des urgences hospitalières ayant été grandement modifié au cours de la dernière décennie, la conduite d'une nouvelle enquête est apparue nécessaire, dans un contexte de recours croissant des patients aux urgences hospitalières. Le protocole retenu et le questionnaire ont été préparés en collaboration étroite avec les professions des urgences, qui ont joué un rôle central d'enquêteurs dans l'enquête. La collecte s'est très bien déroulée et a permis de disposer de données de grande qualité.

L'année 2014 a été consacrée à la mise à disposition de ces données dans le respect des règles du secret statistique, rendu complexe par la présence d'une question « bilan » dans le volet « structure » de l'enquête. Les premiers résultats ont été diffusés à l'été 2014 et lors d'un colloque organisé par la Drees en novembre 2014. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette enquête dont la réitération est déjà demandée par les professionnels des urgences notamment.

Abstract

On June 11th, 2013, the research, evaluation, studies and statistics department of the French ministry of health conducted a national survey on hospital emergency units: between 8am on June 11th and 8am on June 12th, every emergency unit (general or pediatric) collected data about all patients who visited them. Patient data were collected by the emergency personnel during the medical care. The protocol and questionnaire were chosen in close collaboration with the emergency staff, who played the central role of interviewers in the survey. The non-response rate is very low and this survey provides researchers with high quality data. Data were made available in 2014 in line with statistical secrecy rules. The first findings given by this survey have been released in July 2014 and during a dedicated symposium in November 2014. A new round of this survey has already been asked by some members of the emergency staff: it will take into account the lessons of the 2013 edition.

Mots-clés

Collecte, qualité, anonymisation, urgences hospitalières

¹ Layla.ricroch@sante.gouv.fr

² Gwennaëlle.brilhault@sante.gouv.fr

Introduction

La Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a organisé le 11 juin 2013 une enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières de format inédit : elle a concerné tous les services des urgences générales et pédiatriques autorisées et tous les patients qui s'y sont présentés entre 8h le 11 juin et 8h le lendemain ; les données concernant les patients ont été collectées par le personnel des urgences en parallèle de la prise en charge médicale. L'article propose de revenir sur cette collecte particulière, sur la qualité des données collectées et sur leur diffusion.

1. Contexte de l'enquête et méthodologie retenue

Malgré la hausse continue du recours de la population à laquelle les structures d'urgences font face, peu d'éléments permettent de décrire la dynamique et les éléments de décision pour se rendre aux urgences. Il y a dix ans en 2002, une première enquête nationale de la Drees avait permis une première description statistique de l'activité d'accueil et de prise en charge par les urgences. Elle avait permis d'identifier notamment des grands groupes d'usagers des services des urgences : les nourrissons, les enfants qui viennent à la suite de chutes, etc.

Au cours de la décennie suivante, le contexte des urgences a continué d'évoluer fortement. Dès 1995, l'organisation au sein des établissements de santé de l'activité d'accueil et de traitement des urgences est précisée une première fois par le décret 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour la prise en charge des patients. Ce décret insiste sur la nécessité de créer des services dédiés avec une présence 24 h sur 24 h de médecins formés aux urgences et d'infirmiers diplômés d'État, des accès sans délai à l'imagerie, aux analyses médicales, aux blocs opératoires, de locaux permettant notamment des premiers soins dont ceux dits de « déchocage ». Les établissements ont eu cinq ans pour se mettre en conformité avec ces dispositions. Le plan urgences 2004-2008 a également modifié la situation, notamment en aidant au financement des postes médicaux dans les SAMU (service d'aide médicale urgente) et les SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation). En 2006 sont parus les décrets 2006-576 et 2006-577 qui définissent les services autorisés à accueillir les urgences générales et ceux autorisés en tant que services d'urgences pédiatriques (les autorisations étant délivrées par arrêté des agences régionales de santé qui vérifient la conformité aux décrets). Ces décrets définissent ainsi un seul type d'accueil et de traitement des urgences au lieu des trois qui existaient jusque-là (service d'accueil des urgences - SAU, pôle spécialisé des urgences - POSU, unité de proximité d'accueil des urgences - UPATOU) : il s'agit des structures des urgences, qui s'inscrivent comme l'une des modalités de la médecine d'urgence, aux côtés de l'aide médicale et de services mobiles d'urgence et de réanimation.

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

Face à ces évolutions, le HCAAM (haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) et la DGOS (direction générale de l'offre de soins) du ministère en charge de la santé ont demandé à ce qu'une nouvelle enquête sur les urgences hospitalières soit menée. La Drees a instruit cette demande en demandant à une équipe de consultants de réaliser cinq monographies de territoires en se centrant sur l'accueil et le traitement des urgences sur ces territoires. Cette étude a permis de déboucher sur le projet d'une nouvelle enquête qui a eu lieu le 11 juin 2013, dans le contexte d'un recours toujours grandissant des patients aux services des urgences. Cette nouvelle enquête se différencie de celle de 2002 à la fois par des objectifs plus étendus et par un protocole de collecte assez novateur, sur lequel on reviendra dans la suite de cet article. Concernant les objectifs, la nouvelle enquête a visé à recueillir des informations inédites sur la genèse du recours, des démarches préalables à la venue, des temps de la prise en charge mais aussi sur les difficultés éventuelles rencontrées par les équipes au sein des services des urgences.

1.1. Préparation de l'enquête

Comme pour toute conception d'enquête, la Drees a mis en place, pour concrétiser son projet d'enquête nationale sur les urgences hospitalières, un comité de pilotage, présidé par la Drees, qui a veillé à rendre plus pertinent le protocole d'enquête retenu in fine ; il a rassemblé des représentants des services de l'administration centrale, des agences régionales de santé (ARS), des professionnels des urgences (conseil national de l'urgence hospitalière - CNUH, société française de médecine d'urgence - SFMU, Samu-urgences de France - SUDF, association des médecins urgentistes de France - AMUF), et des établissements (fédération hospitalière de France - FHF, fédération des cliniques et hôpitaux privés de France – FHP, fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne - FEHAP) et de représentants des usagers (qui n'ont pas pu participer).

Ce comité de pilotage s'est réuni trois fois et a permis de réunir un consensus autour de son champ, de ses objectifs, ainsi que du protocole de collecte à retenir et du contenu des questionnaires.

Pour le champ, l'enquête concerne les seules structures des urgences autorisées au sens des décrets de 2006 (générales et pédiatriques), à l'exclusion notamment des urgences obstétriques et psychiatriques.

Les objectifs retenus pour l'enquête ont été les suivants :

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

Le calendrier de préparation de l'enquête a été très ramassé puisque les premiers contacts avec les représentants des urgentistes ont eu lieu en juin 2012, soit juste un an avant la collecte. Les passages de l'enquête devant le comité du label du CNIS (conseil national de l'information statistique) et auprès de la CNIL (commission nationale information et liberté) ont eu lieu respectivement mi-avril et mi-mai 2013.

Un test de collecte a été réalisé en février 2013 auprès d'une vingtaine de structures des urgences ; il a permis d'ajuster les questionnaires à la marge et de préciser certains points du protocole d'enquête.

1.2. Protocole d'enquête retenu

Le protocole de collecte, élaboré avec le comité de pilotage de l'enquête, est particulier à plus d'un titre.

L'enquête est tout d'abord une enquête exhaustive à deux niveaux, et se différencie en cela de l'enquête de 2002 :

- alors que la précédente enquête portait sur un échantillon de 150 établissements, l'enquête du 11 juin 2013 est exhaustive premièrement par le fait qu'elle concerne toutes les structures des urgences autorisées pour l'activité d'urgences générales ou d'urgences pédiatriques autorisées au sens des décrets de 2006. Plus exactement, elle vise les points d'accueil au sein de ces structures des urgences. Nous définissons le point d'accueil comme l'entrée matérielle des patients. Pour une structure des urgences qui aurait à la fois l'autorisation d'exercer en qualité d'urgences générales et d'urgences pédiatriques il peut y avoir physiquement deux entrées, une pour les adultes, une pour les enfants. Dans ce cas, nous avons interrogé ces deux points

d'accueil de manière séparée, de façon à aller au plus près de l'organisation interne des services ;

- deuxième forme d'exhaustivité de l'enquête au sein de ces points d'accueil, nous avons interrogé tous les patients qui se sont présentés dans un de ces points d'accueil entre 8 h le 11 juin et 8 h le lendemain matin, sur une durée de 24 heures. Pour l'enquête de 2002, la collecte s'était étalée sur une semaine et avait concerné un échantillon des patients pris en charge sur cette période.

Le 11 juin a été choisi parce qu'il s'agit d'un jour de semaine, un mardi, soit une journée moins spécifique que ne peut l'être une journée de week-end où la médecine libérale en ville est moins disponible. On a également privilégié cette date car elle se situe hors des périodes d'épidémies hivernales : l'encadré 1 revient sur le choix de cette date et permet de la situer par rapport à l'activité des services des urgences au cours de l'année.

L'enquête comporte de plus deux volets :

- un volet « structure » qui vise à décrire l'organisation du point d'accueil, comme par exemple la présence d'une personne à l'entrée qui oriente les patients. Ce questionnaire « structure » établit aussi le nombre des différents médecins, infirmiers, aides-soignants qui travaillent dans le service. Il fait état du nombre de patients qui ont été vus le jour du 11 juin via une question posée à la fin du volet « structure », qui est importante pour les exploitations statistiques ;
- un questionnaire « patient » qui pose une série de questions permettant de savoir dans quelles circonstances les patients sont venus, à quel moment ils ont été accueillis, quels examens leur ont été prodigués au cours de leur passage aux urgences.

Les deux volets de l'enquête sont de natures juridiques différentes : le volet « structure » est une enquête administrative afin que ses résultats soient intégralement accessibles à tous (forte attente des agences régionales de santé par exemple), tandis que le volet « patient » (qui concerne notamment des données de santé couvertes par le secret) est une enquête statistique qui a obtenu le label d'intérêt général et de qualité statistique et le caractère obligatoire auprès du comité du label du CNIS.

La particularité du questionnaire « patient » vient du fait qu'il a été rempli en parallèle de la prise en charge médicale des patients par les équipes des urgences elles-mêmes. Cette organisation particulière et inhabituelle a été retenue par le comité de pilotage car elle seule garantissait la collecte des informations dont on souhaitait disposer, notamment les informations sur l'enchaînement des différentes phases de la prise en charge des patients lors de leur passage dans un service des urgences : le questionnaire « patient » comporte ainsi le relevé de plusieurs heures (l'heure qu'il était au moment de l'admission du patient dans le point d'accueil, l'heure au moment de la première évaluation médicale de son état, l'heure lors de sa prise en charge médicale, l'heure de sa sortie des urgences notamment). Ces relevés horodatés visent à permettre des analyses des délais dans le parcours des patients au sein des services des urgences.

De plus, la collecte des informations du volet « patient » s'est faite d'abord sur papier, le questionnaire passant potentiellement par plusieurs membres de l'équipe du point d'accueil avec le dossier médical du patient ; puis, dans un second temps, les équipes des points d'accueil ont saisi les données collectées sur un site de collecte internet sécurisé, développé par les informaticiens de la Drees (cette organisation en deux temps ayant été un des enseignements importants du test réalisé en février 2013).

L'enquête a donc fortement mis à contribution les équipes des services des urgences, sans qui la collecte sous cette forme n'aurait pas été possible.

Encadré 1 : Choix d'un jour de semaine et mise en perspective des données de l'enquête avec les données d'activité hospitalière sur l'année 2013

L'enquête fournit dans son volet « structure » le nombre de patients pris en charge aux urgences dans chaque établissement le jour de l'enquête, le 11 juin 2013, soit 52 018 passages. Cela correspond à un volume à rapprocher du volume annuel d'activité des services des urgences décrit par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) collectée par la Drees (pour l'année 2012, ce volume annuel s'établit à 18,7 millions de passages et conduit à une estimation journalière moyenne de 50 000).

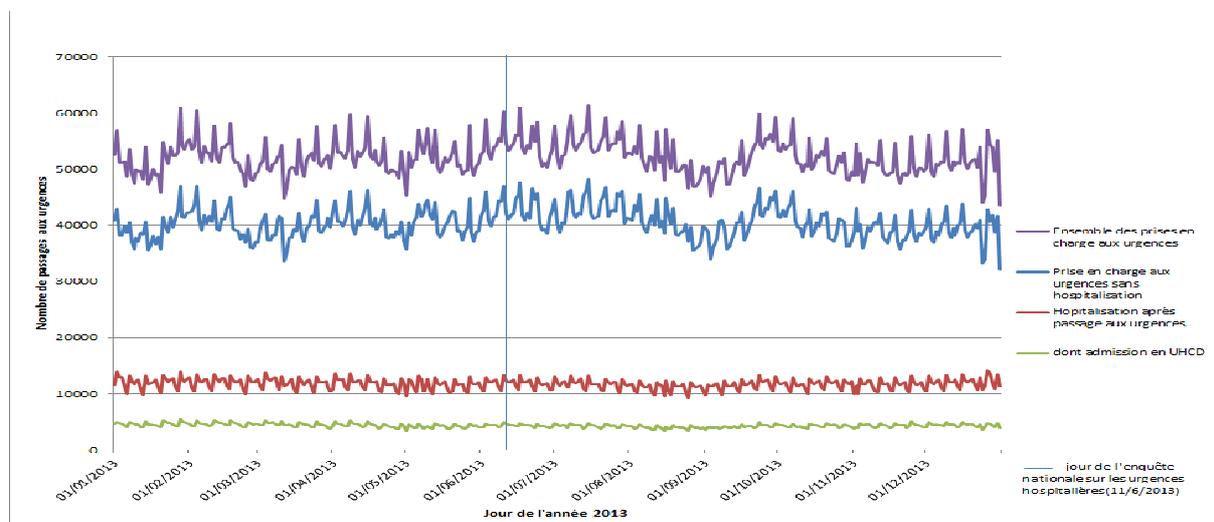
En vue de s'assurer de l'exhaustivité de l'enquête, ce nombre a également été confronté au résultat d'une requête effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sur la base des données nationales du PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information), restreinte au jour de l'enquête. Ces données recensent la totalité des séjours hospitaliers tout au long de l'année, y compris les passages dans les services d'urgences.

Pour les 564 établissements ayant transmis des données PMSI avec mention de passages aux urgences (dont certains regroupent plusieurs points d'accueil), la corrélation avec le nombre de passages indiqué dans l'enquête est de 0,96 (avec une pente à 1 et une ordonnée à l'origine nulle, signe d'une excellente concordance globalement sans biais) ; pour 4 % de ces établissements, l'écart est cependant de plus de 20 %. Ces écarts trouvent leur origine :

- d'une part, dans des fluctuations d'activité, la fenêtre temporelle n'étant pas strictement identique (période de 24 heures débutant à 8 heures pour l'enquête, jour calendaire pour le PMSI) ;
- d'autre part, dans les modalités d'organisation des établissements (documentation non systématique dans le PMSI de l'hospitalisation depuis les urgences, le cas échéant orientation immédiate des patients se présentant aux urgences vers un autre service de l'établissement). 12 établissements, cumulant 1 % des passages de l'enquête, ne mentionnent pas les prises en charge aux urgences dans le PMSI, et 32 font ponctuellement cette mention sans avoir l'autorisation de cette activité, pour un cumul de 0,5 % des passages le 11 juin 2013.

Le décompte des passages aux urgences apparaissant suffisamment précis, une seconde requête sur la base de données nationales du PMSI a été effectuée pour obtenir le nombre de passages aux urgences, pour chaque jour de 2013, décomposé en trois sous-parties : les passages non suivis d'hospitalisation dans l'établissement, les passages avec hospitalisation immédiate en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et hors UHCD. Le jour de l'enquête apparaît médian (voir la figure 1) : le nombre de passages était supérieur de 4 % au nombre moyen de passages quotidien au cours de l'année 2013 (+4 % pour les passages sans hospitalisation, +5 % pour les passages avec hospitalisation, +8 % pour les admissions en UHCD). Si ces valeurs sont en faveur de la représentativité de l'enquête, considérée globalement pour ce qui concerne l'activité des structures des urgences, il convient de mentionner d'importantes fluctuations d'activité pour les structures prises isolément (l'interquartile rapporté à la médiane du nombre quotidien de passages est de 24,6 % pour les passages sans hospitalisation et de 41,2 % pour les passages avec hospitalisation). Ces fluctuations sont d'autant plus importantes que les structures ont un niveau d'activité peu élevé. Néanmoins, malgré des variations quotidiennes possibles, le volume journalier de passages estimé dans l'enquête au niveau de l'établissement est très corrélé (à 0,94) avec le volume annuel estimé par la Statistique annuelle des établissements de santé (une corrélation proche de 1 indique que la répartition des passages entre établissements le jour de l'enquête est très proche de la répartition annuelle).

Figure 1 : Nombre de passages aux urgences par jour pour l'année 2013



Champ : France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources : ATIH, PMSI MCO 2013, traitement ATIH et Drees.

2. Collecte et qualité des données obtenues

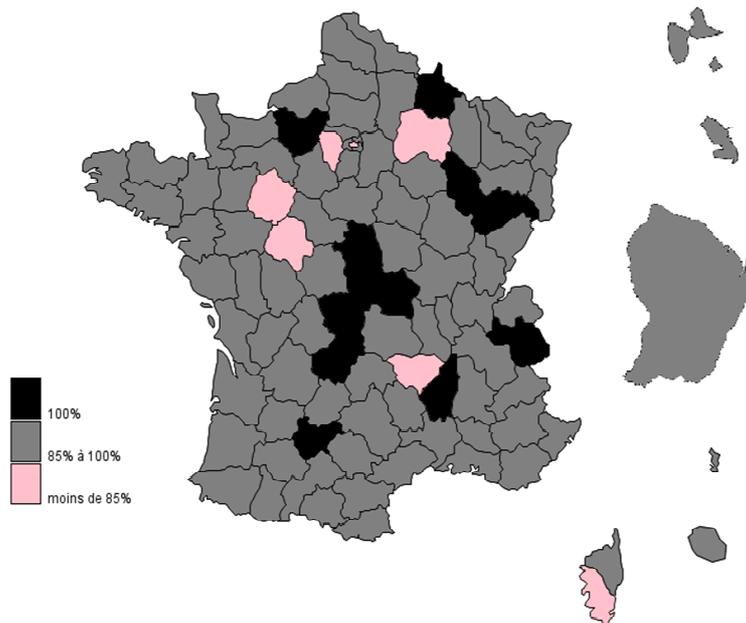
Le bilan de la collecte est très positif, tant en termes de taux de réponse (des établissements et des patients) que de qualité des données collectées. Ce succès est largement lié à la forte mobilisation de la société savante de médecine d'urgence en faveur de l'enquête, qui a su inciter les équipes des points d'accueil des urgences à participer au mieux à l'enquête.

La collecte s'est passée presque exclusivement par le biais du site internet de collecte : très peu de questionnaires papiers ont dû être saisis ensuite par le prestataire chargé du suivi de la collecte.

2.1. Les taux de réponses

Les taux de réponse à l'enquête sont très bons, que ce soit sur le volet « patient » ou sur le volet « structure ». Sur les 736 points d'accueil recensés, 734 points d'accueil ont répondu (soit 99,7 %). Concernant le volet « patient », nous avons recueilli 48 711 questionnaires « patient » exploitables sur les 52 018 questionnaires attendus au sens de ce qui est décrit dans les volets « structure » de l'enquête (soit 93,6 %). La cible des 52018 questionnaires obtenus par l'intermédiaire du questionnaire « structure » est tout à fait conforme à ce qui était attendu au vu des volumes annuels (cf. infra le paragraphe 2.3 sur la qualité des données). Au niveau géographique, quelques départements ont un taux de réponse de 100 % (voir la carte ci-dessous). Pour la majorité, le taux de réponse est compris entre 85 et 100 %.

Carte : Taux de réponse départemental



Sources : Drees, enquête Urgences juin 2013

Il n'a pas été jugé nécessaire de créer une pondération pour le volet « structure », du fait de la non-réponse totale de seulement deux points d'accueil. Par contre, un jeu de pondération a été mis en place afin de corriger la non-réponse totale aux questionnaires « patient ». Par défaut, nous avons considéré que la variable de contrôle du questionnaire « structure » indiquant le nombre de passages observés pendant les 24 heures de l'enquête est un proxy du nombre réel de passages aux urgences. Le nombre de questionnaires attendus pour chaque établissement doit donc correspondre au nombre de passages déclarés dans le questionnaire « structure ». Pour calculer les taux de réponse totaux, lorsque l'information n'est pas disponible dans le questionnaire « structure » (pour les deux établissements en non-réponse totale et pour un établissement en non-réponse partielle pour cette question), le nombre de passages de la journée du 11 juin est approché par la moyenne journalière des passages observés à partir de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de l'année 2012. Afin d'être représentatif régionalement, un calage sur marges a été mis en place, et les

nombres de passages régionaux ainsi estimés ont servi de marge. Une marge sur la taille des points d'accueil a également été ajoutée. Enfin, plusieurs éléments d'organisation des urgences ou d'équipements disponibles pouvaient être utilisés dans ce calage sur marges. Nous avons choisi de rajouter des marges sur le fait que la structure soit organisée avec un circuit court, et sur le fait que la structure ait une IRM disponible sur le site. Le nombre de passages dans des urgences pédiatriques a également été rajouté comme marge.

Les taux de réponse partiels sont également très satisfaisants, cela étant surtout lié à la présence de questions obligatoires (coloriées en bleu dans les questionnaires papiers) qui bloquaient la validation informatique du questionnaire si elles n'étaient pas remplies. Ainsi, pour le questionnaire « structure », les taux de réponse sont proches de 100% sur ses questions obligatoires. Pour les autres questions, deux schémas de non-réponse se détachent : d'un côté les questions en oui/non qui sont également très bien remplies (taux de réponse d'au moins 90 %), et de l'autre les questions qui demandaient des recherches plus importantes pour y répondre, à savoir essentiellement les questions sur les ressources humaines sur l'année 2012 telles que les ETP de postes vacants ou les ETP d'intérimaires (taux de réponse de 60 % pour les médecins, de 35 % pour les brancardiers).

Les taux de réponse partiels au questionnaire « patient » répondent aux mêmes caractéristiques mais avec moins de volatilité : fort taux de réponse pour les questions obligatoires pour la validation du questionnaire, et taux de réponse moins importants pour les autres questions, mais toujours supérieurs à 80%.

Enfin, un des succès de l'enquête porte également sur l'adhésion massive des patients à cette enquête (qui étaient informés par voie d'affichage dans les locaux des urgences et par une note d'information distribuée à chacun) : seulement 2% des patients ont refusé de répondre à l'enquête. A cela, il faut ajouter les 2% de patients dont l'interrogation a été impossible (patients inconscients, désorientés, ne parlant pas le français, etc. et non accompagnés).

2.2. Les choix déterminants dans l'organisation de la collecte

Plusieurs choix dans l'organisation de l'enquête permettent d'éclairer les bons résultats de sa collecte.

Un point déterminant déjà mentionné concerne la très forte implication des urgentistes. Cette implication s'est exprimée à deux niveaux : au niveau des instances dirigeantes de la SFMU, de l'AMUF, de SAMU urgences de France (tout au long de la préparation de l'enquête notamment pour la conception des questionnaires, puis au moment de l'enquête elle-même parce que les relances faites par la SFMU sur son site dans les journées qui ont suivi l'enquête ont été extrêmement importantes), mais aussi sur le terrain dans chacun des services où les urgentistes ont joué le rôle d'enquêteur.

Pour cette enquête comme pour beaucoup d'autres enquêtes, la Drees a fait appel à un prestataire extérieur pour aider à la collecte. Ce prestataire a eu pour rôle de contacter les référents administratifs et urgentistes responsables de la collecte des deux volets de l'enquête. Il a également maqueté les questionnaires, et a pris en charge l'acheminement de tous les lots de questionnaires vers les différents points d'accueil. Il s'est aussi occupé de l'assistance et de la hotline de premier niveau³ au cours de la collecte pour répondre aux questions des urgentistes afin de les aider à remplir les questionnaires en cours d'enquête, et de la saisie des quelques questionnaires papier qui n'avaient pas été saisis sur le site internet sécurisé.

Le site de collecte internet sécurisé a également constitué un apport pour la qualité des données collectées, en permettant des contrôles en cours de collecte lors de la saisie des informations, sans pour autant alourdir la saisie par un nombre de contrôles trop importants. Comme mentionné plus haut, plusieurs questions centrales pour l'exploitation des données de l'enquête avaient été désignées comme questions obligatoires (et matérialisées par un fond bleuté sur les questionnaires au format papier) : les questionnaires ne pouvaient pas être validés dans l'application internet de saisie si ces questions n'étaient pas remplies, ce qui a permis d'assurer un niveau de remplissage minimal des questionnaires.

³ La hotline de second niveau ayant été faite par le personnel de la Drees (cf. infra).

Le site offrait de plus une fonction de synthèse des données « patient » pour chaque point d'accueil, qui fournissait à l'équipe des urgences un retour immédiat sur leur activité d'accueil et de traitement pour la journée du 11 juin 2013.

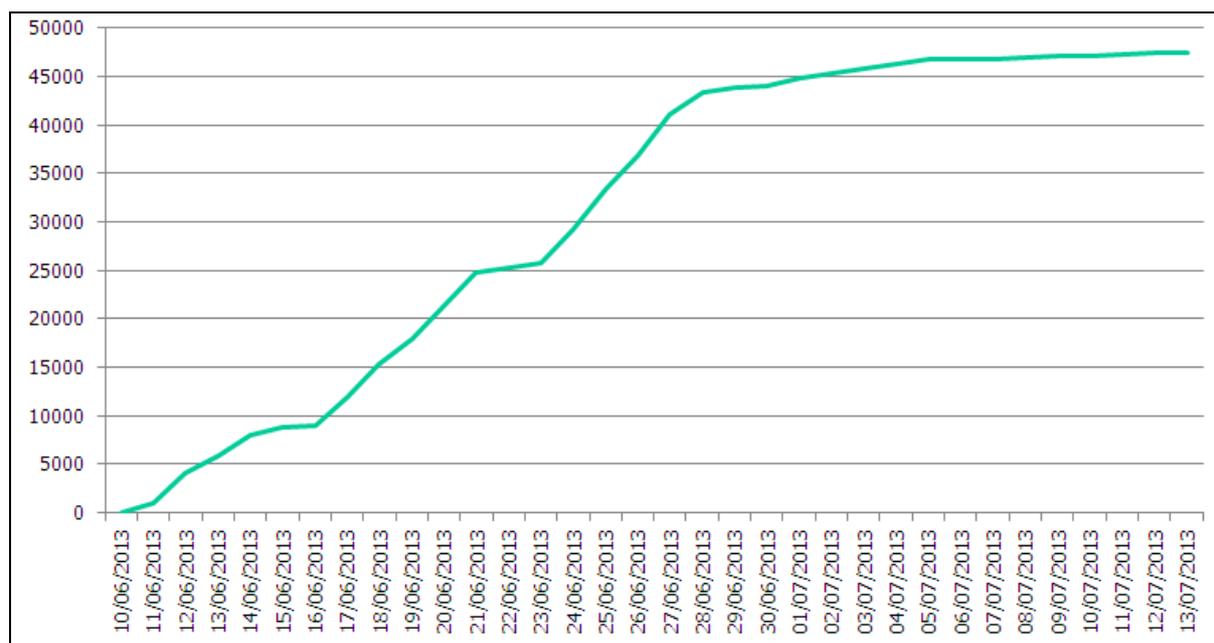
L'existence du site a également permis à l'équipe de la Drees de suivre en direct l'avancée de la saisie des questionnaires dans les jours suivants la date de l'enquête, et d'avoir à tout instant un état des lieux de la remontée des questionnaires.

La Drees, en parallèle à la hotline mise en place par le prestataire du suivi de la collecte, a mis en place une hotline spécifique au sein du bureau Établissements de santé : trois personnes à temps plein ont travaillé de la fin mai à la mi-juillet pour répondre aux questions des urgentistes au téléphone ou par messagerie, et pour soutenir au maximum les équipes des services des urgences qui répondaient à l'enquête.

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

La figure 2 ci-dessous permet d'illustrer l'impact de ces relances via une courbe qui retrace la cinétique des saisies de questionnaires « patient » sur la plateforme internet : par exemple, le redémarrage après le palier au milieu de la courbe correspond à une relance téléphonique du prestataire entre le 21 et le 25 juin, qui a été déterminante pour encourager les urgentistes à continuer à saisir les questionnaires qu'ils avaient engrangés lors de la journée du 11 juin, notamment après la pause du week-end (pendant lesquels manifestement aucun questionnaire n'a été enregistré).

Figure 2 : Évolution du nombre de questionnaires « patient » enregistrés sur la plateforme Internet de collecte



Source : calculs Drees

2.3. La qualité des données

Si la qualité des données dépend tout d'abord des très bons taux de réponse pour les questions les plus importantes de l'enquête et pour les analyses futures, il faut encore que ces réponses soient « justes ». Nous avons étudié la cohérence interne des données, la cohérence entre les questionnaires et enfin avec d'autres sources de données.

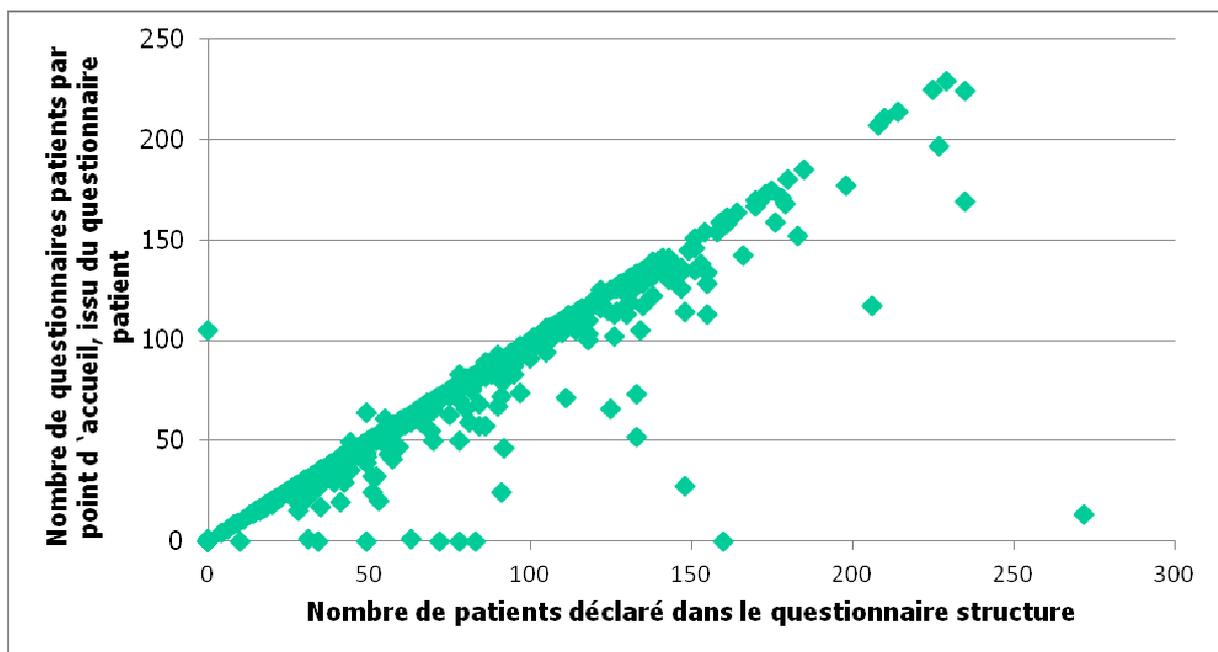
Pour la cohérence interne, nous avons par exemple comparé l'âge des patients et le point d'accueil dans lequel ils avaient été accueillis, l'idée étant que normalement seuls les enfants sont accueillis dans des urgences pédiatriques : nous avons trouvé seulement quatre patients de plus de 20 ans accueillis dans des urgences pédiatriques. Nous avons également regardé la cohérence entre le sexe

du patient et la pathologie : nous n'avons trouvé que quatre hommes dans ces catégories de diagnostics typiquement féminins. Inversement, en se focalisant sur des catégories de diagnostics qui ne s'appliquent qu'aux hommes, nous avons trouvé seulement six femmes. Au total, on constate donc une bonne cohérence entre les variables internes des questionnaires « patient ».

Pour la cohérence entre les deux volets de l'enquête, nous avons regardé par exemple les patients pour lesquels un acte d'imagerie non conventionnel a été pratiqué. Nous avons comparé cela au fait qu'ils avaient été pris en charge dans des points d'accueil qui avaient déclarés posséder de tels équipements sur leur site. 2 % des patients pour lesquels nous avons eu un acte d'imagerie non conventionnel ont été pris en charge par une structure qui n'avait pas d'IRM ou de scanner. Cela peut également traduire des organisations particulières, peut-être avec des mutualisations vers des IRM ou des scanners d'autres services proches.

Un autre élément sur la cohérence interne entre le volet « structure » et le volet « patient » de l'enquête, concerne le nombre de passages du 11 juin 2013 (figure 3). Les effectifs recueillis entre le volet « structure » par point d'accueil et la somme des questionnaires « patient » exploitables semblent cohérents à quelques points près, liés à des établissements qui n'ont renvoyé qu'une petite partie (ou même aucun) des questionnaires des patients traités ce jour-là. Pour mémoire, l'information du nombre de passages le jour de l'enquête est une information pivot pour les points d'accueil (catégorisation des accueils, étude de la densité du nombre de patients présents et donc des délais d'attente, modulation du soutien financier des établissements pour la rétribution de personnel affecté à la collecte de l'enquête).

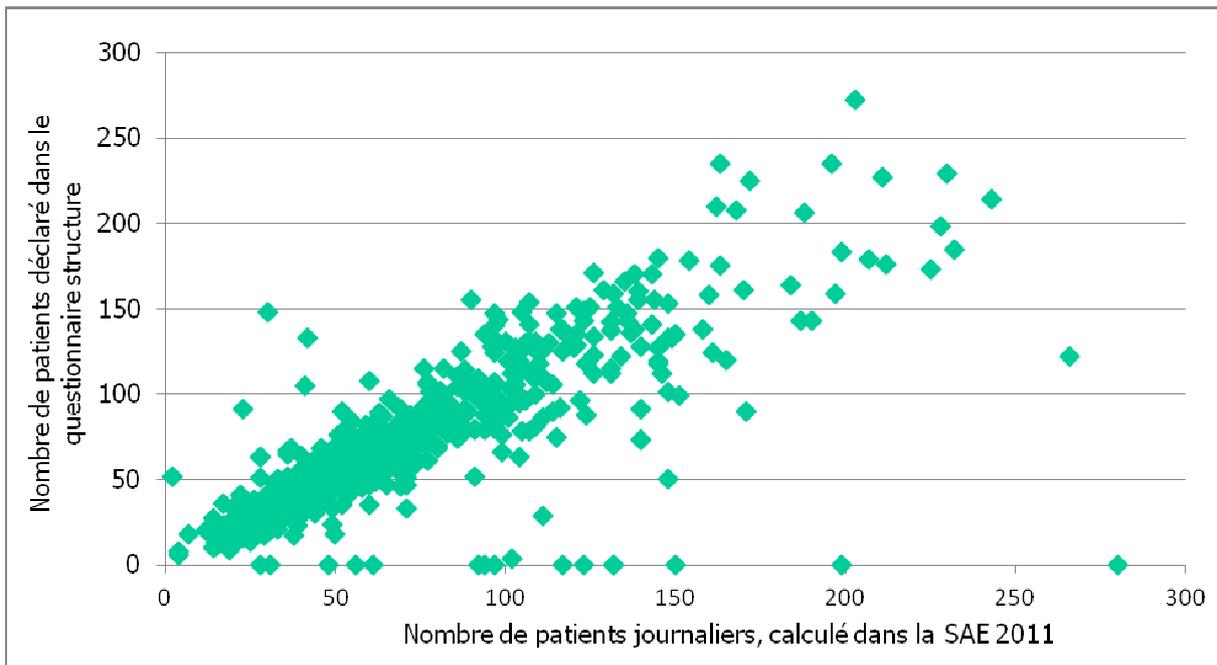
Figure 3 : Cohérence entre le nombre de questionnaires « patient » exploitables recueillis et les déclarations du volume de patient traité dans le questionnaire « structure »



Sources : Drees, enquête Urgences juin 2013

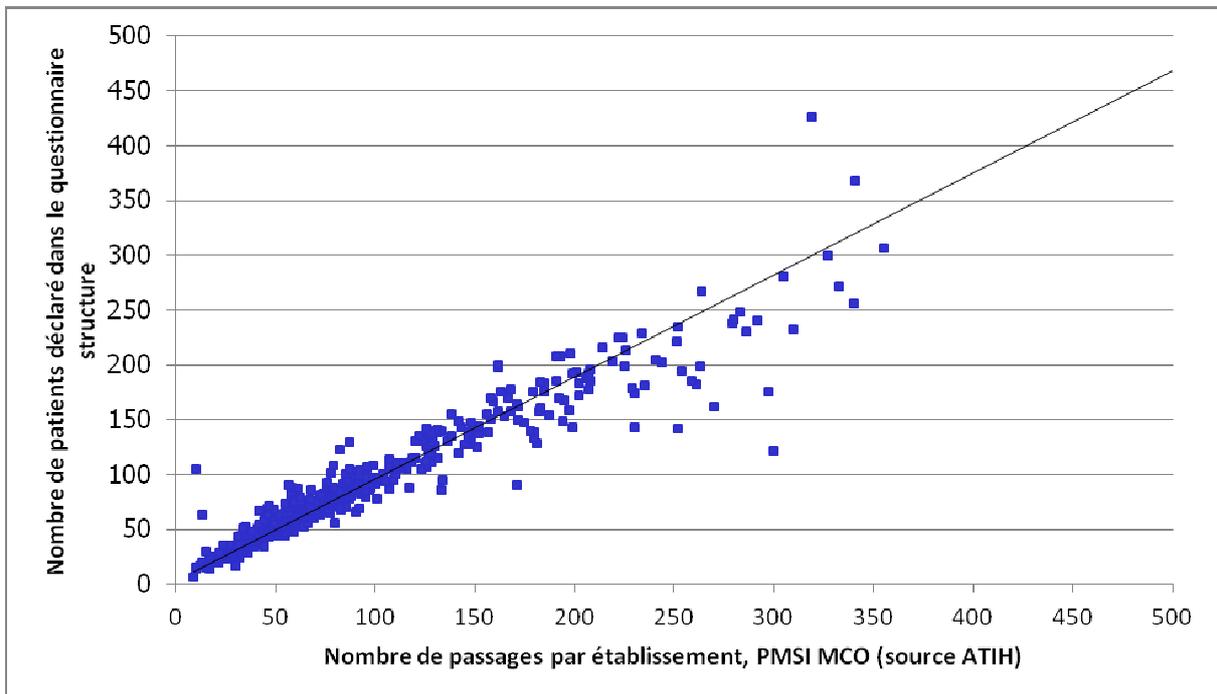
Enfin, il est possible de situer cette enquête par rapport à d'autres sources (programme médicalisé des systèmes d'information [PMSI], statistique annuelle des établissements de santé [SAE] et relevés des passages aux urgences [RPU]). Pour se conforter sur le nombre de passages aux urgences que nous avons constaté le 11 juin 2013, il est possible de le comparer via la statistique annuelle des établissements de santé d'une part (figure 4), et par le biais du programme médicalisé des systèmes d'information d'autre part (en regroupant dans ce cas les différents points d'accueil présents au sein d'une même structure) (figure 5). Dans les deux cas, les cohérences sont satisfaisantes.

Figure 4 : Cohérence du nombre de questionnaires « patient » estimés à partir de sources externes : la SAE 2011



Sources : Drees, enquête Urgences juin 2013 ; Drees, SAE 2011

Figure 5 : Cohérence du nombre de questionnaires « patient » estimés à partir de sources externes : le PMSI 2013



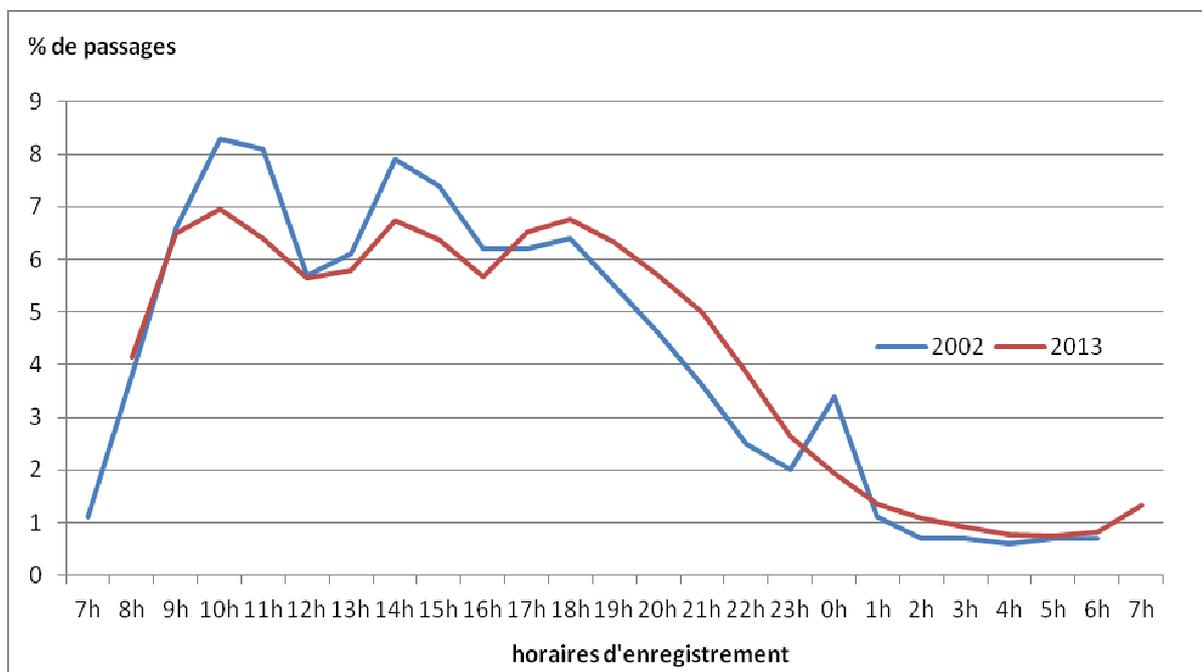
Sources : Drees, enquête Urgences juin 2013 ; ATIH, PMSI MCO 2013

Au niveau régional, la remontée exhaustive des relevés de passage aux urgences (RPU) dans deux régions le jour de l'enquête permet également d'apprécier la qualité de l'enquête (présentation du Dr Maillard et Dr Petitcolin, colloque Drees de novembre 2014 : <http://www.drees.sante.gouv.fr/colloque-resultats-de-l-enquete-nationale-aupres-des.11367.html>). Sur les 24 heures de l'enquête, 95 % et 96 % des passages comptabilisés dans les RPU respectivement en Limousin et en Midi-Pyrénées ont été renseignés dans l'enquête (avec des questionnaires exploitables). Les descriptions de la

patientèle sont également extrêmement proches. Les âges moyens constatés entre les RPU et les questionnaires sont différents d'au maximum 3 %. Il y a moins de 2 points de pourcentage d'écart entre les proportions estimées de passages diurnes (admission entre 8h00 et 19h59). Les écarts sont un peu plus importants pour la proportion de patients relevant de la traumatologie (au maximum 3 points d'écart), mais il se peut que la définition du champ de la traumatologie diffère légèrement dans les deux sources. Enfin, les taux d'hospitalisation issus de l'enquête sont sous estimés dans chacune des deux régions, ce qui laisserait penser que les passages manquants ou questionnaires non assez remplis pour être exploitables portent sur des cas graves qui ont nécessité une hospitalisation, avec pour conséquence une moindre importance accordée au remplissage de l'enquête.

Enfin, la précédente enquête réalisée en 2002, sur un échantillon de points d'accueil, permet également de comparer certains résultats de l'édition 2013. Les pics d'affluence se situent au même moment de la journée selon les deux enquêtes, sauf l'afflux supplémentaire autour de minuit constaté en 2002. Or l'enquête de 2002 durait une semaine, et la présence des vendredis et samedis soir dans l'échantillon de 2002 causait ce pic. Il est donc normal de ne plus le constater en 2013.

Figure 1 : Comparaison de la dynamique des arrivées aux urgences entre 2002 et 2013



Remarque : en 2002, il s'agit des horaires d'arrivées tandis qu'en 2013 ce sont les horaires d'enregistrement. Toutefois, il y a en moyenne moins de 2 minutes d'écart entre ces deux moments en 2013.

Sources : Drees, enquête Urgences juin 2013 ; enquête Usagers des services d'urgence, 2002

Tous les éléments étudiés tendent à confirmer la bonne qualité de cette enquête réalisée en temps réel sur le terrain. Il faut malgré tout mentionner qu'un long travail d'apurement a été nécessaire : faute de frappes, horaires incohérents (surtout lié au changement de date à minuit) ou manquants, codages de diagnostic mal répertoriés, reprise de quelques champs en texte libre (libellé des diagnostics, motifs de recours autres, etc.) afin de pouvoir diffuser des données abouties.

3. Diffusion des données

Du fait des statuts juridiques différents des deux volets de l'enquête, leurs diffusions ne se font pas dans le même cadre.

Le volet « structure » de l'enquête est un recueil administratif, il est donc mis à disposition intégralement. Il est en accès libre sur le site internet de la Drees depuis la mi-décembre 2013.

En revanche, le volet « patient » est une enquête statistique soumise au secret statistique. La mise à disposition des données se fait selon trois modalités :

- des tableaux agrégés accessibles sur internet (par tranche d'âge, région, statut d'établissement), tableaux qui ont fait l'objet d'anonymisation avec l'aide de l'Insee (disponibles sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/> dans la rubrique « établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ») ;
- un fichier de production et de recherche (FPR) qui correspond à des données anonymisées. Il est disponible depuis début octobre 2014 auprès du réseau Quetelet pour les chercheurs. Une convention d'usage pour permettre l'accès à ce fichier des statisticiens des ARS, certains très demandeurs, est en cours d'élaboration ;
- l'accès aux données sous une forme non anonymisée ou partiellement non anonymisée, se fait via des démarches auprès du comité du secret du Conseil national d'information statistique et/ou auprès de la Commission nationale informatique et liberté.

Suite à la mise à disposition intégrale des données du volet « structure » six mois après le jour de l'enquête, la préparation de la diffusion des résultats du volet « patient » s'est heurtée à un problème qui n'avait pas été anticipé. La présence dans le questionnaire « structure » de la variable de contrôle utilisée dans la correction de la non-réponse limite en fait les informations du volet « patient » diffusables tout en respectant le secret statistique : en effet, en introduisant, dans les données du volet « patient » diffusées, un identifiant (même anonymisé) du point d'accueil dans lequel chaque patient a été pris en charge, on permettait aux utilisateurs de reconstituer (par simple somme) le nombre de patients pris en charge dans chaque point d'accueil ce jour-là (voir schéma) ; ils pouvaient alors assez facilement repérer dans les données publiques du volet « structure » l'identité de chaque établissement (le lien était facile à faire du moment que la région était connue, et il n'était pas envisageable de supprimer la possibilité de faire des analyses régionales⁴). Cette enquête s'étant réalisée un jour donné, il n'y a pas de possibilité de masquer la date du passage aux urgences ; si l'établissement est identifié, l'utilisateur de la base de données possède alors le lieu, le jour et l'heure pour chaque patient. On a donc choisi d'enlever l'identifiant du point d'accueil dans le fichier anonymisé du volet « patient ».

Cette contrainte sur l'identification possible des points d'accueil liée à la diffusion des données du recueil administratif de l'enquête a aussi eu une influence sur les variables du volet « structure » qui ont pu être diffusées dans la base « patient » pour caractériser l'organisation du point d'accueil dans lequel le patient s'était rendu. Au final, en plus du statut de l'établissement du point d'accueil des urgences (public ou privé) et du volume de patientèle traité ce jour-là (en 3 tranches), une variable a pu être ajoutée au FPR (présence d'un circuit court dans le point d'accueil), limitant ainsi les travaux de mise en relation des deux questionnaires pour les chercheurs qui ne passeraient pas par le comité du secret.

⁴ Les points d'accueil à fort volume étant les plus facilement identifiables, car dans chaque région il existe un unique CHU, avec une patientèle beaucoup plus importante que les autres points d'accueil des urgences.

Schéma de la réidentification possible des établissements en cas d'indicateur du point d'accueil pour une région fictive

Volet « structure »		Volet « patient »		
Nom en clair du point d'accueil	Volume de patient traité le jour de l'enquête	Identifiant du patient	Indicateur de point d'accueil	Somme sur l'indicateur du point d'accueil
A	200	XX1	1	} 27
B	120	
C	50	XX27	1	} 110
D	35	XX28	2	
E	30	XX138	2	} 50
		XX139	3	
		XX189	3	} 25
		XX190	4	
		XX215	4	} 195
		XX216	5	
		XX411	5	

4. Enseignements à tirer de cette enquête pour une prochaine édition

Si l'enquête a été un succès avec des taux de réponses élevés (global et par question), il y a quelques éléments qui pourraient être améliorés pour une réédition de l'enquête, ou du moins des limites qui méritent d'être soulignées.

L'enquête comporte plusieurs moments horodatés (i.e. il est demandé le jour et l'heure de l'action) tandis qu'au milieu du questionnaire deux délais (délai sur brancard et délai en unité d'hospitalisation de courte durée) sont demandés. Il s'est avéré que certains questionnaires étaient remplis avec la date de début de brancard ou d'UHCD au lieu du délai demandé. Pour une réédition de l'enquête, il serait optimal de ne pas mêler des questions avec des délais et d'autres questions avec des dates et heures.

Le questionnaire était rempli en direct sous forme papier, puis saisi sur l'application ultérieurement. Les filtres devaient donc être indiqués sur le questionnaire papier pour indiquer au personnel hospitalier chargé du remplissage du questionnaire quelles étaient les parties à remplir en fonction du profil du patient. Deux sortes de filtres ont été utilisés : des filtres après une question filtre (du type : Si code X à cette question, aller directement à la question Y) et des filtres avant une question (du type pour les enfants mineurs, pour les patients non adressés, etc.).

En pratique, les filtres ont été peu appliqués, quels que soient leurs types :

Tableau 1 : Exemples de taux de non-réponse selon différents filtres

Pourcentage de non-réponse aux questions suivantes en fonction de la réponse à la question A20 sur la provenance des patients	1 (domicile) ou 2 (voie publique, travail, école) (sans filtre)	3 (en provenance d'un établissement de santé) (filtre après la question)	4 (en provenance d'une structure médico-sociale : EHPA, EHPAD, foyers Aide sociale à l'enfance, IME, IMP, CHRS) (filtre avant la question sur A27, B28 et A29)
A27 (date de début)	1%	13%	4%
B28 (motif SFMU)	1%	14%	6%
A29 (démarches)	2%	24%	12%
A42 (au final, démarches)	1%	18%	6%
Choix de venir aux urgences (page 4)	3%	18%	6%
A63 (médecin traitant)	2%	6%	2%

Lecture : pour la question A27, il y a 1% de non-réponse parmi les patients qui devaient répondre, et 13% de non-réponses parmi les patients qui ne devaient pas répondre (au lieu d'un taux de non-réponse de 100%).

Sources : Drees, enquête Urgences juin 2013

Il peut être envisagé de supprimer certains filtres pour alléger visuellement le questionnaire, puisque ces derniers ne sont que peu appliqués.

Le questionnaire papier comprenait aussi un tableau à remplir, mentionnant « une réponse par catégorie d'horaires ». Il s'avère dans la pratique que plusieurs cases étaient cochées sur les questionnaires papier, tandis que le logiciel de saisie n'en acceptait qu'une. Il n'a pas été possible d'utiliser cette partie du questionnaire, puisqu'on ne peut pas faire la distinction entre les questionnaires papiers correctement remplis et ceux à réponses multiples qu'il aurait donc fallu écarter.

5. Conclusion à ce stade

Cette enquête fournit des données riches qui vont permettre de faire de nombreuses études. A titre d'exemples, le bureau Établissements de santé de la Drees a réalisé à partir de cette enquête une première description de la patientèle des urgences que l'on peut faire grâce à cette enquête du 11 juin 2013, et une description de l'organisation des structures des urgences. Deux études sont également en cours, l'une sur les délais dans le parcours des patients dans les services des urgences, et une autre sur les personnes âgées qui ont été prises en charge dans les services des urgences au cours de la journée du 11 juin 2013. Une page internet dédiée sur le site de la Drees (<http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>) rassemble les liens vers toutes les publications et est mise à jour au rythme de celles-ci. Cette page a été initiée avant l'enquête pour diffuser information et documents de collecte.

La question de sa prochaine édition est déjà posée par plusieurs partenaires de l'enquête (direction générale de l'offre de soins du ministère en charge de la santé, société savante des urgentistes notamment). Le format de la prochaine édition sera à réfléchir à la lumière des enseignements tirés de cette enquête de 2013. Il dépendra également de l'évolution des autres sources de données sur les services des urgences : en particulier, les relevés de passage aux urgences sont devenus obligatoires en juillet 2014 alors qu'ils étaient remontés à l'Institut de veille sanitaire sur la base du volontariat jusque là. Ces relevés constitueront une base de données exhaustive sur les passages aux urgences qui pourra être utile, même si ces relevés comportent un nombre de variables limité, similaire à celles que comporte le PMSI pour les passages dans les services des urgences.

Bibliographie

Vuagnat A., « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*, coll. Études et Statistiques, Drees, janvier 2014.

Fiche « La médecine d'urgence », *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*, coll. Études et Statistiques, Drees, janvier 2014.

Boisguerin B., Valdelièvre H., « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, n° 889, Drees, juillet 2014.

Ricroch L., « Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats* n° 906, Drees, mars 2015.

Boisguerin B., Brilhault G., Ricroch L., Valdelièvre H., Vuagnat A., « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la Drees », *Le Panorama des établissements de santé – édition 2014*, coll. Études et Statistiques, Drees, mars 2015.

Baubeau D., Carrasco V., « Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, Drees, janvier 2003.

Carrasco V., Baubeau D., « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats* n° 212, Drees, janvier 2003.