

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2018

N° 2018-59

**THÈSE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

par

**Marie ALEMANY-CAUDRILLIER**

Née le 18 juin 1987 à Rouen

**Fréquence des passages non pertinents aux urgences des  
enfants de moins de 15 ans : analyse des déterminants et  
des conséquences à partir de l'étude nationale DREES  
2013**

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 2018

Président du jury : Madame le Professeur GRAS LE GUEN Christèle

Directrice de thèse : Madame le Docteur VRIGNAUD Bénédicte

Membres du jury : Monsieur le Professeur GORONFLOT Lionel

Monsieur le Professeur BATARD Éric

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## Remerciements

**A Madame le Professeur Christèle GRAS LE GUEN** pour vos conseils avisés depuis l'élaboration du projet à la rédaction finale, et pour avoir accepté de présider ce jury

**A Madame le Docteur Bénédicte VRIGNAUD** pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour ta disponibilité et ton aide précieuse à toutes les étapes de ce travail, ainsi que pour ta pédagogie exceptionnelle lors de mon stage aux urgences pédiatriques

**A Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT** pour ton empathie, ta gentillesse et les compétences transmises lors de mon stage SASPAS, le plus enrichissant de toute ma formation

**A Monsieur le Professeur Éric BATARD** d'avoir accepté de participer à ce jury et pour les connaissances rigoureuses et indispensables acquises lors de mon stage aux urgences adultes

**A Monsieur Matthieu HANF** pour son aide dans l'analyse statistique des données et leur interprétation la plus précise et adéquate possible

**A ma famille, mes parents** qui m'ont toujours soutenu dans mes projets, et à qui je dois mon désir perpétuel de devenir un bon médecin

**A mon mari Gaëtan**, sans toi je ne serai pas devenue la femme et le médecin que je suis aujourd'hui, je te dois mon esprit critique et aussi la force de toujours dépasser mes limites. L'aventure ne fait que commencer !

**A mon beau-père Philippe**, qui m'a soutenu dans mes projets, merci pour ta confiance et ton aide dans la rédaction de ce travail

**A mes amis, de médecine et d'ailleurs**, pour leur présence, leur humour, les bons moments passés ensemble et à venir, leur soutien dans ce long parcours de vie, une pensée toute particulière à Claire pour sa confiance sans faille !

« L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que  
la nature le guérit »

Voltaire

## Table des matières

1. INTRODUCTION .....	9
1.1. Historique .....	9
1.2. L'inflation aux urgences.....	9
1.3. La pertinence des recours aux urgences .....	10
1.4. Enquête nationale de la DREES 2013 sur les structures hospitalières d'urgence.....	11
1.5. Question de recherche .....	12
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	13
2.1. Type d'étude .....	13
a) Enquête nationale de la DREES 2013 .....	13
b) Etude pédiatrique .....	13
2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	13
2.3. Recueil des données .....	14
2.4. Etude des données pédiatriques.....	14
2.5. Analyse statistique.....	15
3. RÉSULTATS .....	16
3.1. Description de la population étudiée .....	16
a) Généralités .....	16
b) Distribution en fonction de l'âge et du sexe .....	17
c) Distribution par région.....	19
d) Répartition selon l'heure de passage .....	20
e) Distance entre le domicile et la structure d'urgence.....	21
f) Nature de l'accompagnant.....	22
g) Existence de droits sociaux et d'une complémentaire santé.....	23
h) Niveau d'études des parents .....	24
i) Activité des parents .....	25
j) Mode d'arrivée aux urgences .....	26
k) Provenance.....	27
l) Parcours de l'enfant avant l'arrivée aux urgences.....	28
m) Existence d'un médecin traitant déclaré .....	32
n) Motif de venue .....	33
o) Mode de sortie des urgences .....	35
p) Appréciation par le médecin du degré d'adéquation du recours .....	36
3.2. Analyse des déterminants de la pertinence.....	37

a)	Caractéristiques socio-démographiques des consultants .....	37
b)	Caractéristiques des consultations et du parcours en amont des urgences .....	39
3.3.	Analyse des conséquences médico-économiques .....	43
a)	Les examens complémentaires biologiques.....	43
b)	Les examens d'imagerie .....	43
c)	Les actes de soins.....	45
d)	Les avis spécialisés .....	46
e)	Conséquences médico-économiques des passages aux urgences non pertinents .....	47
4.	DISCUSSION .....	50
4.1.	Synthèse des résultats .....	50
a)	La pertinence du recours aux urgences.....	51
b)	Comprendre le parcours de soins des parents.....	52
c)	Les conséquences de ces consultations non pertinentes .....	53
4.2.	Forces et limites de l'étude.....	54
4.3.	Perspectives .....	55
5.	CONCLUSION.....	56
6.	BIBLIOGRAPHIE .....	57
7.	Annexes.....	61
7.1.	Questionnaire patient de l'enquête nationale DREES 2013.....	61
7.2.	Nomenclature SFMU pour le questionnaire patient.....	67
7.3.	Déterminants de non pertinence : tableau complet de régression logistique .....	69
7.4.	Grille AEP américaine de Gertman et Restuccia, 1981 .....	72
7.5.	Grille AEPf des admissions d'après Davido, 1991 .....	73
7.6.	PAEP : Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol .....	75
7.7.	CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences .....	76

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADOPS : Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins

AEP (f) : Appropriateness Evaluation Protocol (français)

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide médicale d'état

AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (devenue l'HAS)

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CS : consultation spécialisée

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IAO : Infirmier(ère) d'Accueil et d'Orientation

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MMG : Maison Médicale de Garde

OR : Odds Ratio

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PAEP : Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SUdF : SAMU Urgences de France

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Historique

Depuis la création officielle des SAMU dans les hôpitaux civils en 1968 (1), et les textes fondateurs en 1986 (2), la médecine d'urgence en France n'a cessé de se développer, tant en préhospitalier avec les équipes de SMUR qu'au sein des hôpitaux avec les SAU (Service d'Accueil et de traitement des Urgences). Le décret du 9 mai 1995 du Code de la Santé Publique précise leurs missions : « Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales. » L'augmentation croissante des demandes de soins non programmés a nécessité des restructurations et réformes au cours des années 1990 (3) et 2000, permettant une augmentation des effectifs médicaux et paramédicaux au sein des SAU (Plan Urgence 2004-2008) (4), et la création du dispositif de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) en 2003, amélioré par la loi HPST en 2009 (5).

## 1.2. L'inflation aux urgences

La fréquentation des urgences en France n'a cessé de croître depuis les années 1990, passant de 7 à 14 millions de passages par an entre 1990 et 2001 (6), puis à 18,5 millions en 2011 (7), et enfin plus de 21 millions en 2016 dont 3 millions de passages dans les urgences pédiatriques (8), soit un triplement du nombre des passages aux urgences en près de 25 ans. La croissance moyenne était de 4,5% par an jusqu'en 2001 (6), elle est actuellement entre 2 et 7% par an selon les régions, avec une moyenne de 4,3% pour les passages pédiatriques (8). Les consultations pédiatriques représentent 28% des passages aux urgences, et 51% ont moins de 5 ans (8). L'augmentation constante de la fréquentation des services d'urgences est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés, et pose la problématique de l'engorgement de ces services, avec pour conséquences aux urgences pédiatriques des locaux inadaptés au nombre d'enfants et d'accompagnants, une augmentation du délai d'attente, un risque accru d'infections nosocomiales, une insatisfaction des soignants et des

parents, un risque d'erreur médicale majoré et une augmentation des coûts (9,10). Les raisons évoquées par les usagers sont multiples : un sentiment de gravité, l'accès à un plateau technique performant 24h/24, la confiance dans l'hôpital, la proximité, les facilités de paiement (pas d'avance des frais) (11), et de plus en plus l'indisponibilité des médecins libéraux (12,13). Des causes démographiques sont également avancées : la croissance de la population avec une augmentation du nombre de naissances a été importante jusqu'en 2014, mais n'est plus d'actualité aujourd'hui (14) ; en revanche la diminution du nombre des médecins généralistes en activité reste préoccupante depuis une quinzaine d'années, de près de 10% entre 2007 et 2017 (jusqu'à 30% en Région Bretagne) (15).

### ***1.3.La pertinence des recours aux urgences***

Dans ce contexte de saturation des urgences, la question de la pertinence du recours se pose souvent pour les soignants. La part des consultations jugées non pertinentes est importante et varie selon les études : 40% en France et 30 à 75% aux Etats-Unis selon Leclerc en 1999 (16), 13% selon Stagnara en 2004 à Lyon (17), 40% en région parisienne en 1999 (18), jusqu'à 60% à Grenoble en 2012 en ce qui concerne les nouveaux nés de moins de 30 jours (19), et 40% tous âges confondus à Nantes en 2013 (20). Ce taux de recours jugés non pertinents atteint 66% en 2016 dans le travail de thèse de Cosaert Clémentine concernant les enfants de moins de 3 ans consultant pour un motif médical (21). Cette variabilité s'explique par une absence de standardisation des critères d'évaluation de la pertinence utilisés dans ces études, et par la subjectivité des résultats liés à l'appréciation des médecins. La fluctuation du taux de pertinence est aussi la conséquence de l'absence d'une définition précise de l'urgence et de ce qu'est un recours approprié aux SAU. L'évaluation de la pertinence des admissions à l'hôpital a fait l'objet de travaux de recherche depuis les années 1980, notamment aux Etats-Unis avec l'élaboration de la grille **AEP** (*Appropriateness Evaluation Protocol*) adaptée à la population adulte (Gertman et Restuccia, 1981) (22). L'AEP est la méthode la plus traduite et validée dans le monde, qui se base sur différents critères : les soins médicaux délivrés aux patients, la nécessité de recevoir une assistance respiratoire, un traitement intra-veineux ou une surveillance des paramètres vitaux (monitoring), et des critères de sévérité clinique de l'état du patient (cf. annexe 7.4). Cet outil a été adapté en France par le Pr Davido en 1991 (nommé **AEPf** pour la version française) (cf. annexe 7.5) : dans son étude le taux d'admissions non pertinentes était de 20% selon l'avis d'experts et de 25% avec l'AEPf (23). Ce protocole est utilisé en 2004 par l'ANAES dans la « Revue de Pertinence des Soins, Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation » afin de faire connaître cet outil et l'utiliser dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles (24).

Cependant, la grille AEP s'applique aux consultations suivies d'une admission en hospitalisation, et non aux consultations externes avec retour à domicile. La grille AEP a également été modifiée pour s'adapter à la population pédiatrique par une équipe américaine en 1989, qui l'a intitulée **PAEP** pour *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol* (25) (cf. annexe 7.6). Mais le PAEP n'a pas été adapté et validé en France à ce jour, il n'est pas non plus prévu pour être utilisé lorsque les enfants retournent à domicile après leur passage aux urgences. Les facteurs de risque de passage non pertinent aux urgences pédiatriques ont été peu étudiés en France. Dans la thèse de Marie Le Lan en 2014 portant sur l'appréciation de la pertinence des recours aux urgences pédiatriques de Nantes selon différents systèmes d'évaluation, seuls les enfants classés CCMU 1 (cf. annexe 7.7) ou priorisé niveau 3 par l'IAO (selon l'échelle de triage utilisée aux urgences pédiatriques de Nantes) étaient significativement associés à une mauvaise pertinence de recours aux urgences pédiatriques (20). La thèse de Cosaert Clémentine en 2016 portant sur le même sujet au centre hospitalier de Douai met en évidence certaines caractéristiques significativement plus fréquentes dans le groupe des consultations non justifiées : famille ayant 1 ou 2 enfants, sans antécédent médico-chirurgical particulier, amené par les transports en commun ou la voiture particulière, consultant pour un motif dermatologique, une hyperthermie élevée ou des pleurs, ou avec un diagnostic d'affection ORL (21).

## ***1.4. Enquête nationale de la DREES 2013 sur les structures hospitalières d'urgence***

Dans ce contexte de recours croissant et souvent inapproprié aux urgences, une enquête transversale nationale a été menée par la DREES en 2013, en partenariat avec la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), les SAMU-Urgences de France (SUDF) et l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF). Cette enquête fut réalisée un jour donné le mardi 11 juin 2013, au sein de 736 points d'accueil des urgences sur tout le territoire national, afin d'actualiser la description des caractéristiques médicales des patients pris en charge, comprendre la genèse des recours et les difficultés d'aval et d'orientation des patients après les urgences (26).

Parmi les points étudiés dans le questionnaire de la DREES figurait un item d'appréciation par le médecin du degré d'adéquation du recours aux urgences : ces réponses, quoi que subjectives car ne reposant pas sur une échelle d'évaluation standardisée, ont permis de constituer une base de données initiale conséquente pour envisager des travaux de recherche complémentaires sur le sujet.

## ***1.5. Question de recherche***

L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence des consultations non pertinentes des enfants de moins de 15 ans du point de vue des cliniciens qui les reçoivent dans les services d'urgence français, d'analyser les déterminants de ces recours jugés non pertinents et leurs conséquences médico-économiques, à partir de l'enquête nationale DREES 2013.

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### ***2.1. Type d'étude***

#### **a) Enquête nationale de la DREES 2013**

C'est une étude prospective transversale et multicentrique, réalisée un jour donné le mardi 11 juin 2013 dans 736 points d'accueil des urgences en France métropolitaine et dans les DOM TOM. Elle comprenait une enquête adressée aux médecins sur les caractéristiques des consultations, et une enquête administrative portant sur l'organisation des structures hospitalières.

#### **b) Etude pédiatrique**

Cette étude est épidémiologique prospective et porte sur les données recueillies uniquement pour les passages aux urgences des enfants de moins de 15 ans. Pour analyser la pertinence, nous avons réparti les patients en deux groupes selon le score d'adéquation du recours aux urgences évalué par les médecins examinateurs. Ce score est établi entre 0 et 10 : 0=consultation non pertinente et 10=consultation très pertinente. Nous déterminerons quelle est la fréquence de non pertinence à partir du score donné le jour de l'étude. Nous analyserons ensuite quels déterminants sont significativement associés à cette pertinence, ainsi que les conséquences médico-économiques en lien avec ces consultations non pertinentes.

### ***2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion***

Tous les patients ayant recours aux urgences des points d'accueil recensés sur le territoire national, pendant la journée du mardi 11 juin 2013 de 8h du matin jusqu'à 8h le lendemain ont été inclus dans

l'enquête de la DREES. Pour notre étude nous avons inclus tous les enfants de moins de 15 ans.

## ***2.3. Recueil des données***

Le questionnaire « patient » détaille le parcours horodaté des étapes essentielles de la prise en charge aux urgences (cf. annexe 7.1) : heure d'arrivée, enregistrement, première évaluation par un infirmier ou un médecin, prise en charge médico-soignante et sortie. Il permet également d'étudier les circonstances de ce parcours en amont, avec les caractéristiques des patients, le mode d'arrivée, la provenance, le motif de recours, et les actes et soins réalisés aux urgences. Au sein de ce questionnaire, le médecin examinateur réalisait une évaluation quantitative du degré d'adéquation du recours aux urgences, par un score de 0 (recours pas du tout adéquat) à 10 (recours totalement adéquat), et une évaluation qualitative en cochant quel type de prise en charge adéquate selon lui aurait pu être proposée. Le questionnaire « structures » décrit l'organisation des services en lien avec les ressources pour la journée : nombre de patients présents aux urgences à cinq moments de la journée, nombre et détail des personnels hospitaliers présents. La base finale issue de l'enquête comprend 734 points d'accueil sur 736 soit un taux de réponse de 99,7%. La collecte a fourni 48 711 questionnaires patients sur les 52 018 passages aux urgences enregistrés selon le questionnaire structures, soit un taux de 93,6% (27). Les enfants de moins de 15 ans représentent 12 896 questionnaires, soit 24,8 % des passages aux urgences.

## ***2.4. Etude des données pédiatriques***

Nous avons choisi de décrire la population des enfants de moins de 15 ans, soit 12 896 passages aux urgences, et de scinder cette population en deux catégories selon le score de pertinence donné par le médecin examinateur le jour de l'enquête :

- Groupe des consultations jugées non pertinentes : score de 0 à 5
- Groupe des consultations jugées pertinentes : score de 6 à 10

Nous avons ensuite recherché quels étaient les déterminants significativement associés à des passages non pertinents aux urgences. Enfin nous avons étudié l'impact de ces consultations jugées non pertinentes en termes de conséquences médico-économiques, en décrivant la consommation de soins

le jour de l'étude (réalisation d'actes de biologie, d'imagerie, de soins, et demande d'avis spécialisé) et en estimant les dépenses engendrées par ces consultations aux urgences par rapport à une prise en charge en médecine de ville.

## ***2.5. Analyse statistique***

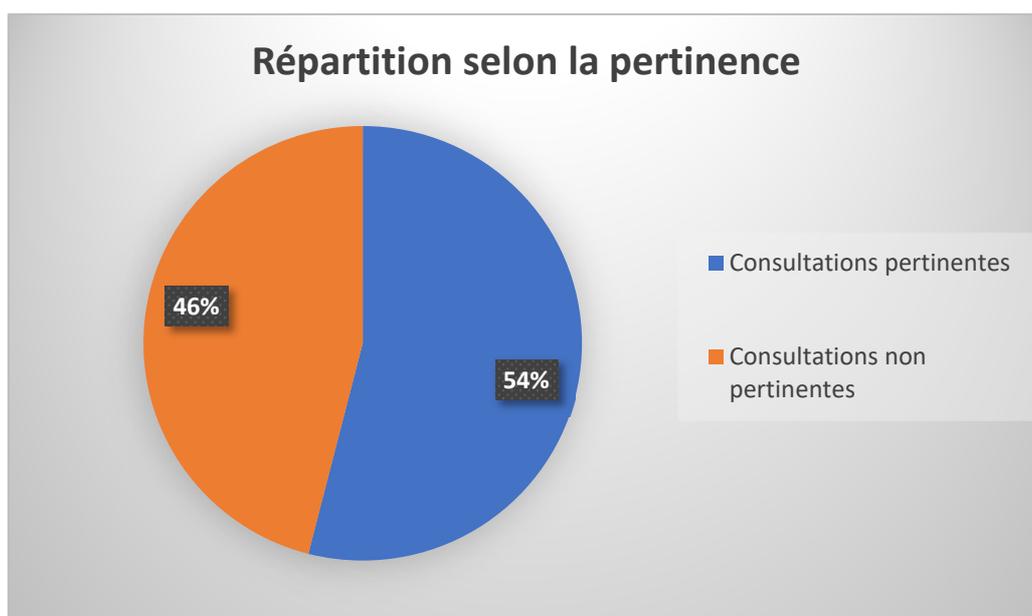
L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R. Toutes les variables de l'étude ont été analysées. Le degré de signification retenu dans cette étude a été celui standard de  $p < 0,05$ . Les patients de l'étude ont été décrits selon les principales variables sociodémographiques et cliniques. Les variables catégorielles ont été comparées grâce à un test du Chi2. Les variables continues ont été comparées grâce à un test de Wilcoxon. Pour identifier les différents facteurs influençant la pertinence, des modèles bivariés et multivariés de type logistique ont été utilisés. Dans ces modèles l'association statistique est mesurée par le rapport des côtes (« odds ratio » en anglais). C'est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, exprimant le degré de dépendance entre des variables qualitatives. Il permet de mesurer l'effet d'un facteur. Des variables ayant une association statistiquement significative avec la pertinence présentent un odds ratio différent de 1. S'il est supérieur à 1, c'est que la variable est un facteur de mauvaise pertinence du recours aux urgences ; s'il est inférieur à 1 à l'inverse c'est un facteur de bonne pertinence. Plus l'odds ratio est éloigné de 1 et plus l'association est importante.

## 3. RÉSULTATS

### 3.1. Description de la population étudiée

#### a) Généralités

Les passages aux urgences pédiatriques et générales des enfants de moins de 15 ans, recueillis au niveau national dans l'enquête de la DREES le mardi 11 juin 2013, représentent **12 896** consultations, dont 96,5% en France métropolitaine et 3,5% dans les DOM-TOM. Il y a 6 461 enfants (50,1%) qui ont été vus dans des services d'urgence générale, 1 003 enfants (7,8%) dans des urgences générales avec présence pédiatrique, et 5 432 enfants (42,1%) dans des urgences pédiatriques. On observe 117 accompagnants qui ont refusé de répondre au questionnaire. La population a été répartie en deux catégories : les consultations jugées pertinentes par le médecin examinateur, avec un score quantitatif de pertinence de 6 à 10, et les consultations jugées non pertinentes, avec un score de 0 à 5. Avec cette répartition nous constatons que 7 017 consultations ont été jugées pertinentes (54%) et 5 879 non pertinentes (46%).

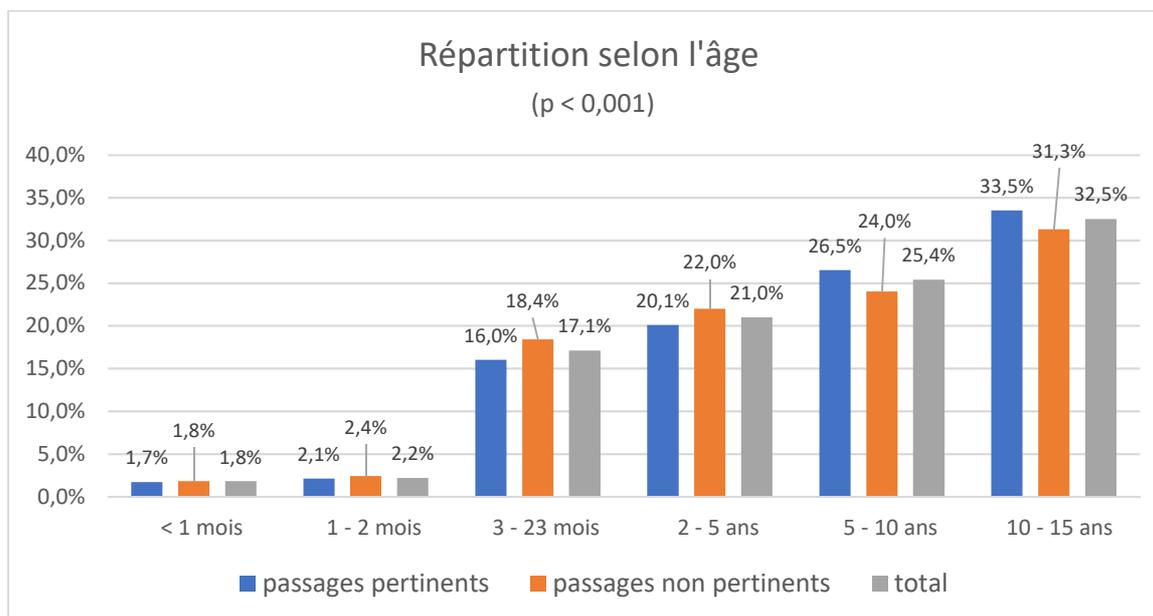


Il est important de noter que tous les résultats ci-dessous exprimés en pourcentage le sont par rapport à la population totale des enfants de moins de 15 ans, ainsi que pour chaque groupe de pertinence.

*Exemple : pour la catégorie « âge 1–2 mois » : consultations non pertinentes 2,4% signifie que les consultations jugées non pertinentes présentent 2,4% d'enfants qui ont entre 1 et 2 mois (et non que le taux de non pertinence est de 2,4% pour les 1-2mois).*

## b) Distribution en fonction de l'âge et du sexe

L'âge médian est de 6 ans. Les enfants de moins de 2 ans représentent 21,1% des passages aux urgences. Il y a 42% des enfants qui ont moins de 5 ans. Les grands enfants qui ont entre 10 et 15 ans représentent quant à eux 32,5% du total des consultations.



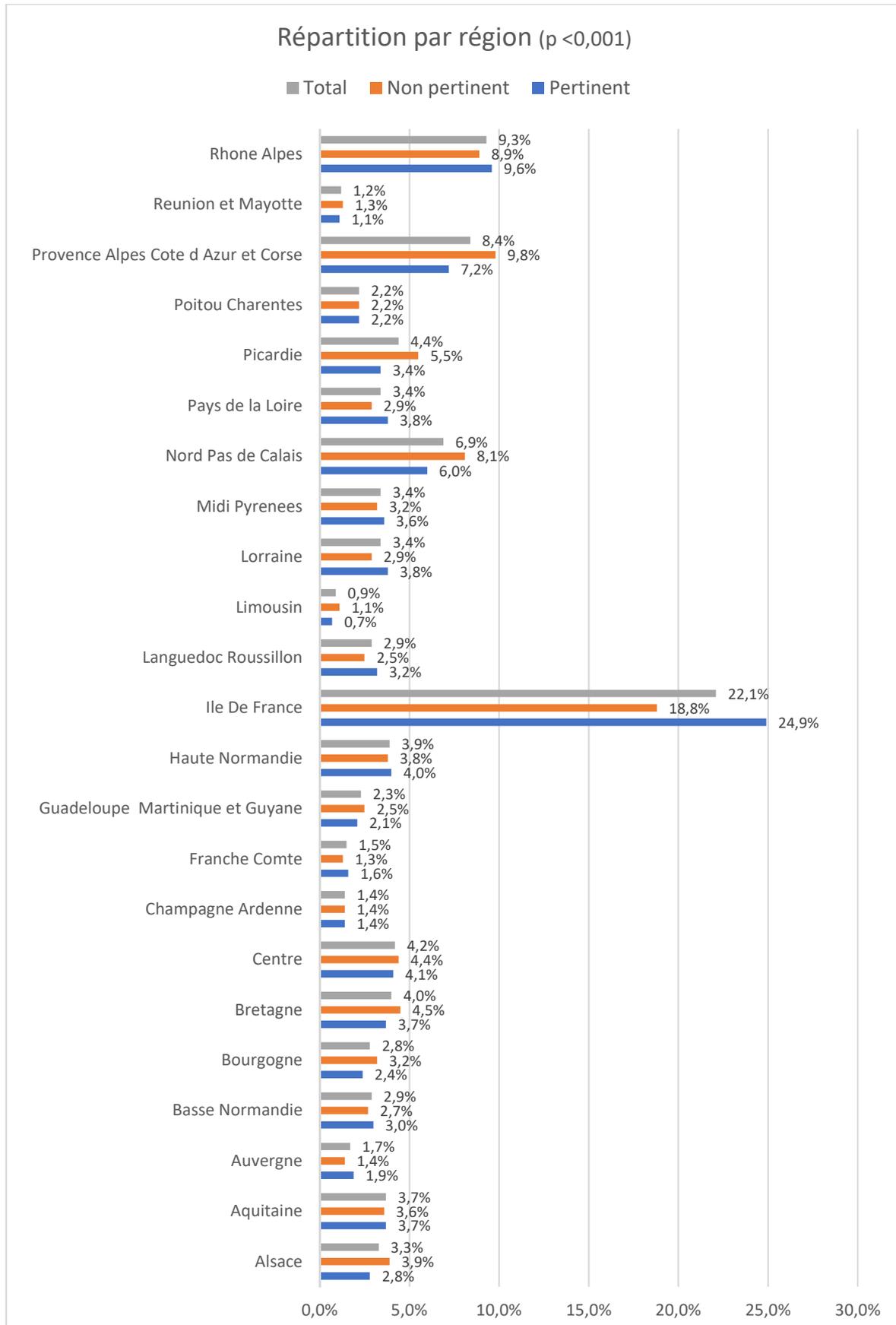
On peut voir une distribution similaire quelle que soit la pertinence chez les enfants en bas âge de moins de 2 mois. Les enfants entre 3 mois et 2 ans représentent 16% des consultations pertinentes et 18,4% des consultations non pertinentes. Pour les enfants de 2 à 5 ans les proportions sont respectivement de 20% et 22%. Les enfants de 5 à 15 ans semblent plus nombreux proportionnellement dans les consultations jugées pertinentes (60% contre 55,3%).

## Répartition selon le sexe (p = 0,002)

	Consultations pertinentes n (%)	Consultations non pertinentes n (%)	Total n (%)
Féminin	2951 (42.1)	2650 (45.1)	5601 (43.4)
Masculin	3937 (56.1)	3137 (53.4)	7074 (54.9)
Inconnu	129 (1.8)	92 (1.6)	221 (1.7)

Il y a 43,4% de filles et 54,9% de garçons, soit un sex-ratio de 1,26. Dans les consultations pertinentes on compte 42% de filles et 56% de garçons. Dans les consultations non pertinentes on peut voir 45% de filles et 53% de garçons.

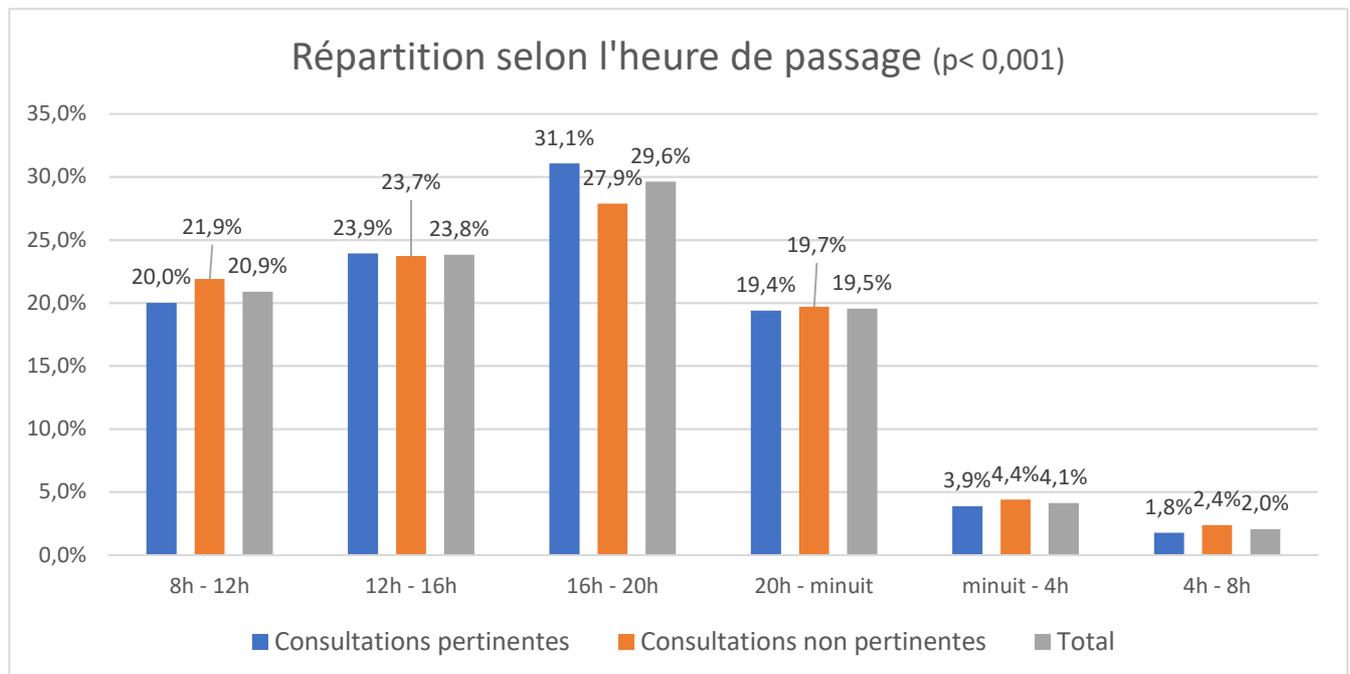
### c) Distribution par région



On observe un pic de passages aux urgences en Île de France, avec 2 864 consultations soit 22,1%. Les autres régions les plus représentées sont la région Rhône-Alpes (1198 passages, soit 9,3%), la PACA et Corse (1085 passages, soit 8,4%) et le Nord Pas de Calais (896 passages soit 6,9%).

Il existe une disparité géographique de la pertinence des consultations aux urgences. Vingt-cinq pourcents des consultations pertinentes sont enregistrées en Île de France. Les consultations non pertinentes sont vues dans près de 19% des cas en Île de France, 10% des cas en PACA, 9% dans la région Rhône-Alpes, 8% dans le Nord Pas de Calais, 5,5% en Picardie et 4,5% en Bretagne.

#### d) Répartition selon l'heure de passage



La fréquentation des services d'urgence le jour de l'étude est plus importante entre 16h et 20h avec près de 30% de la totalité des consultations. L'affluence la plus faible est la nuit entre 4h et 8h avec seulement 2% des passages.

Dans les consultations pertinentes, 75% sont vues entre 8h et 20h, et 19% le soir entre 20h et minuit ; elles sont 6% à se présenter entre minuit et 8h du matin.

Dans les consultations non pertinentes, la répartition est similaire en journée, et on en dénombre 7% qui se présentent la nuit entre minuit et 8h.

## e) Distance entre le domicile et la structure d'urgence

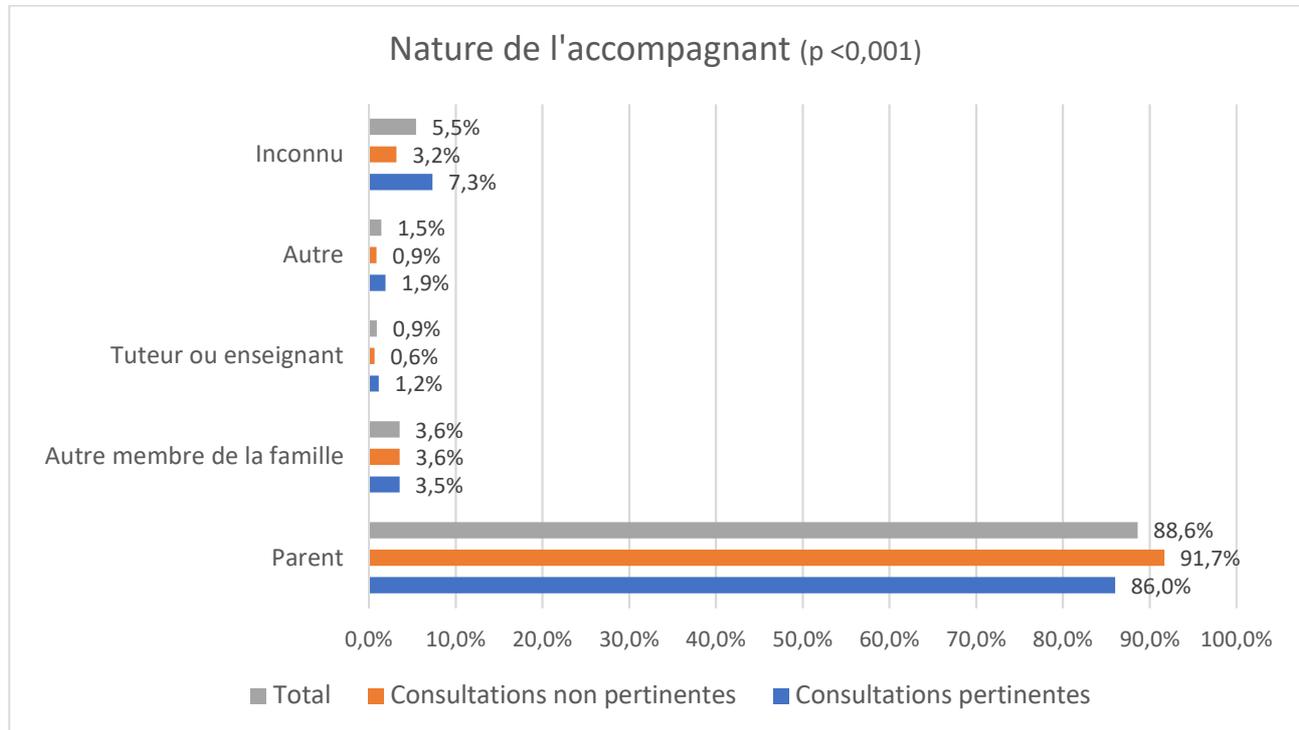
Répartition selon la distance entre le domicile et les urgences ( $p = 0,159$ )

Distance parcourue	Consultations pertinentes	Consultations non pertinentes	Total n (%)
	n (%)	n (%)	
Moins de 5 km	3251 (46.3)	2848 (48.4)	6099 (47.3)
Entre 5 km et 10 km	1289 (18.4)	1064 (18.1)	2353 (18.2)
Entre 10 km et 20 km	1336 (19)	1069 (18.2)	2405 (18.6)
Entre 20 km et 30 km	563 (8)	431 (7.3)	994 (7.7)
Strictement plus de 30 km	432 (6.2)	329 (5.6)	761 (5.9)
Etranger de passage	30 (0.4)	26 (0.4)	56 (0.4)
Non renseigné	116 (1.7)	112 (1.9)	228 (1.8)

Presque la moitié des consultations (6 099 passages soit 47,3%) concernent des personnes habitant à moins de 5 km, et deux tiers des usagers (8 452 passages soit 65,5%) parcourent moins de 10 km. Cette proportion diminue à mesure que la distance avec le domicile augmente.

Il ne semble pas y avoir une différence significative de la pertinence des passages aux urgences selon la distance parcourue.

## f) Nature de l'accompagnant



L'enfant est accompagné par un membre de sa famille (parent ou autre membre) dans 92% des cas. Cette proportion est de 89,5% dans les consultations pertinentes et 95,3% dans les consultations non pertinentes.

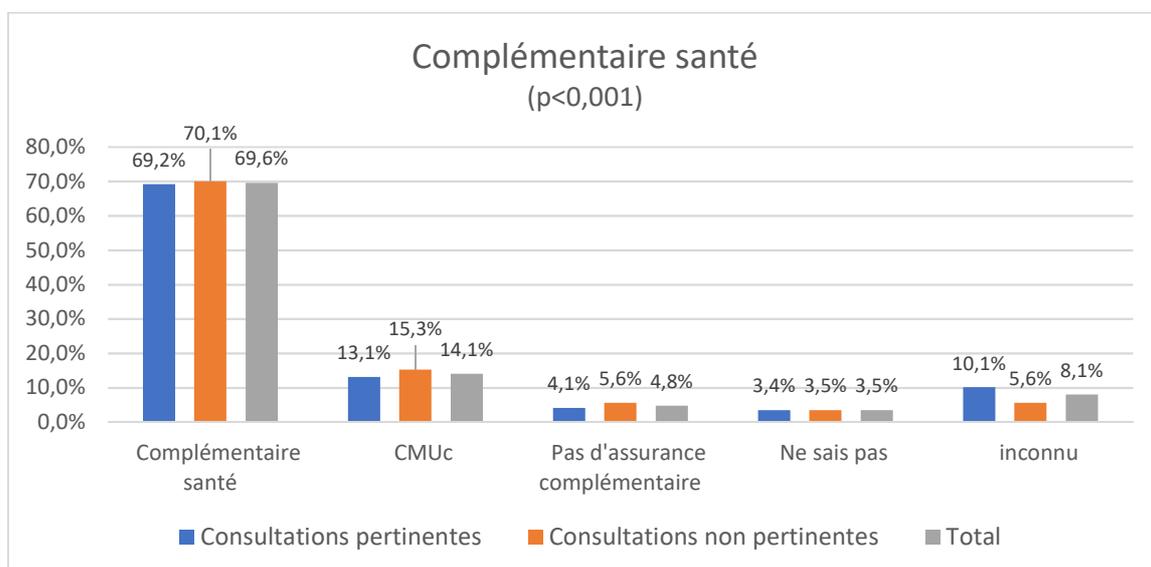
Les enfants amenés par un tuteur, un enseignant ou une tierce personne représentent 3,1% des consultations pertinentes et 1,5% des consultations non pertinentes.

## g) Existence de droits sociaux et d'une complémentaire santé

Répartition selon la couverture maladie obligatoire ( $p < 0,001$ )

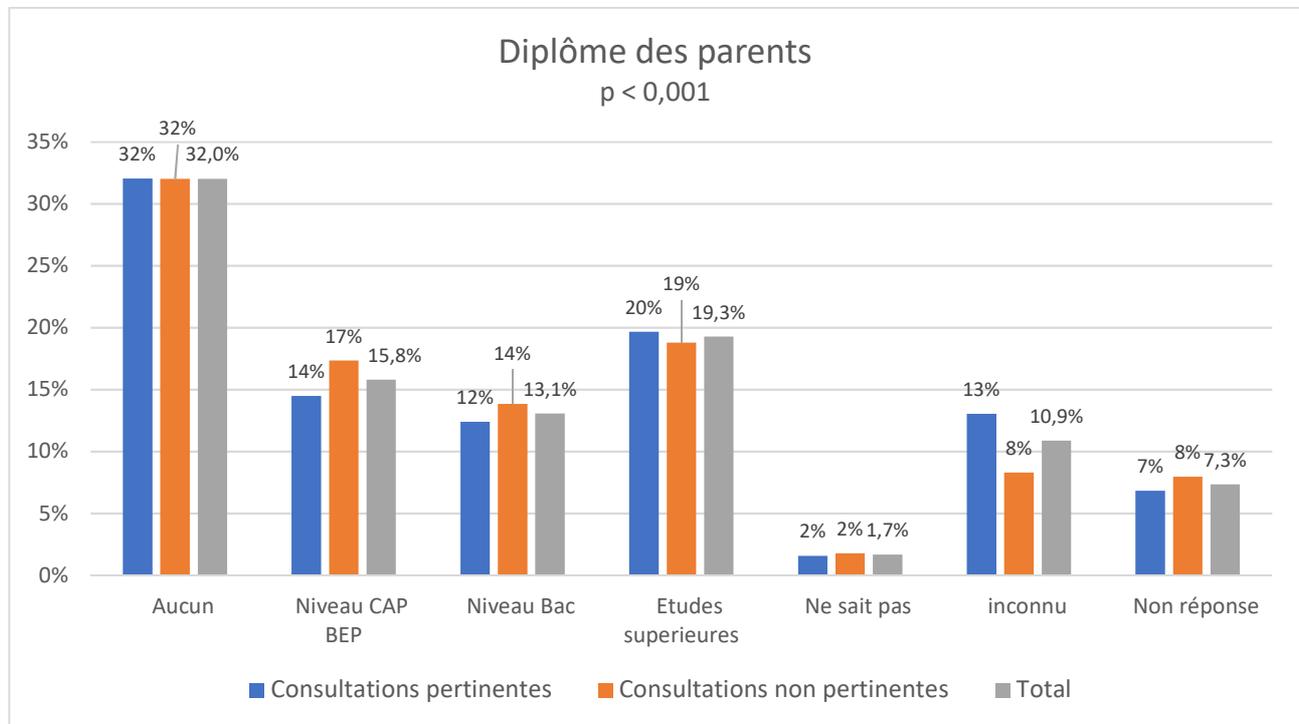
Assurance maladie	Consultations pertinentes n (%)	Consultations non pertinentes n (%)	Total n (%)
Sécurité sociale	6150 (87.6)	5338 (90.8)	11488 (89.1)
AME	42 (0.6)	64 (1.1)	106 (0.8)
Pas de droit	53 (0.8)	61 (1)	114 (0.9)
Ne sais pas	137 (2)	104 (1.8)	241 (1.9)
Inconnu	635 (9)	312 (5.3)	947 (7.3)

On observe que 89% des enfants consultant aux urgences sont inscrits à la Sécurité sociale. Les personnes bénéficiant de l'AME (Aide Médicale d'Etat) représentent 0,6% des consultations pertinentes et 1,1% des consultations non pertinentes.



On observe que 70% des enfants consultants aux urgences bénéficient de la complémentaire santé de leurs parents, tandis que 14% sont inscrits à la CMU-c, et presque 5% n'ont aucune assurance complémentaire. Dans les consultations pertinentes, 13% des enfants ont la CMU-c et 4% sont sans assurance. Dans les consultations non pertinentes, ces proportions sont respectivement de 15% et 5,6%.

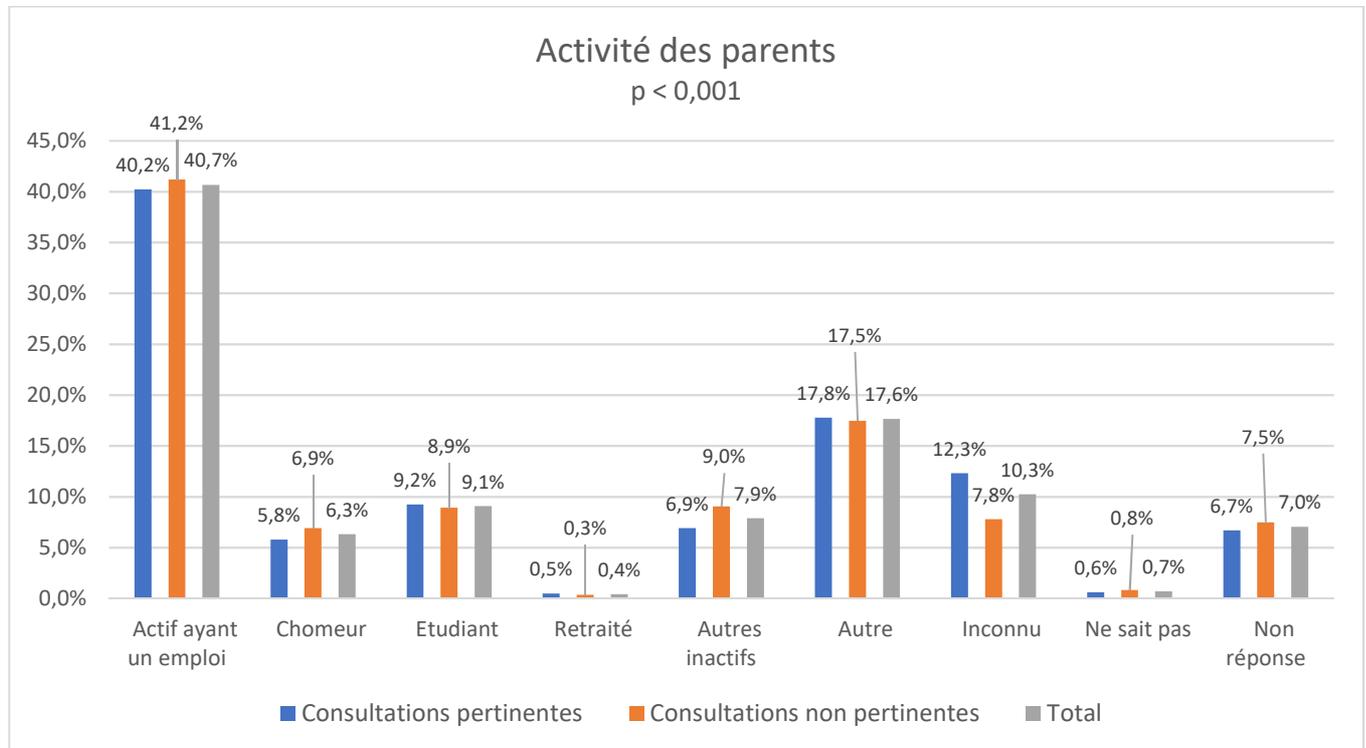
## h) Niveau d'études des parents



Il existe une hétérogénéité notable du niveau d'études des parents venus aux urgences le jour de l'enquête : on observe que 32% des parents consultant pour leur enfant n'ont aucun diplôme, 16% ont un niveau CAP ou BEP, 13% un niveau Bac et 19% ont fait des études supérieures. Le taux de données non exploitables (ne sait pas, non réponse ou inconnu) est important à presque 20%.

La proportion de parents sans diplôme est identique quelle que soit la pertinence. Ceci est également le cas lorsque les parents ont fait des études supérieures. Les consultations pertinentes comptent 14% de niveau CAP-BEP et 12% de niveau Bac. Dans les consultations non pertinentes ces catégories sont respectivement à 17% et 14%.

## i) Activité des parents



On constate que 5 244 consultations soit près de 41% des enfants ont des parents actifs professionnellement, sans différence de pertinence des consultations. Les parents inactifs représentent 23% des passages aux urgences. Les consultations pertinentes présentent 6% de chômeurs, 9% d'étudiants et 7% de parents inactifs autres. Dans les consultations non pertinentes il y a 7% de chômeurs, 9% d'étudiants et 9% d'inactifs autres.

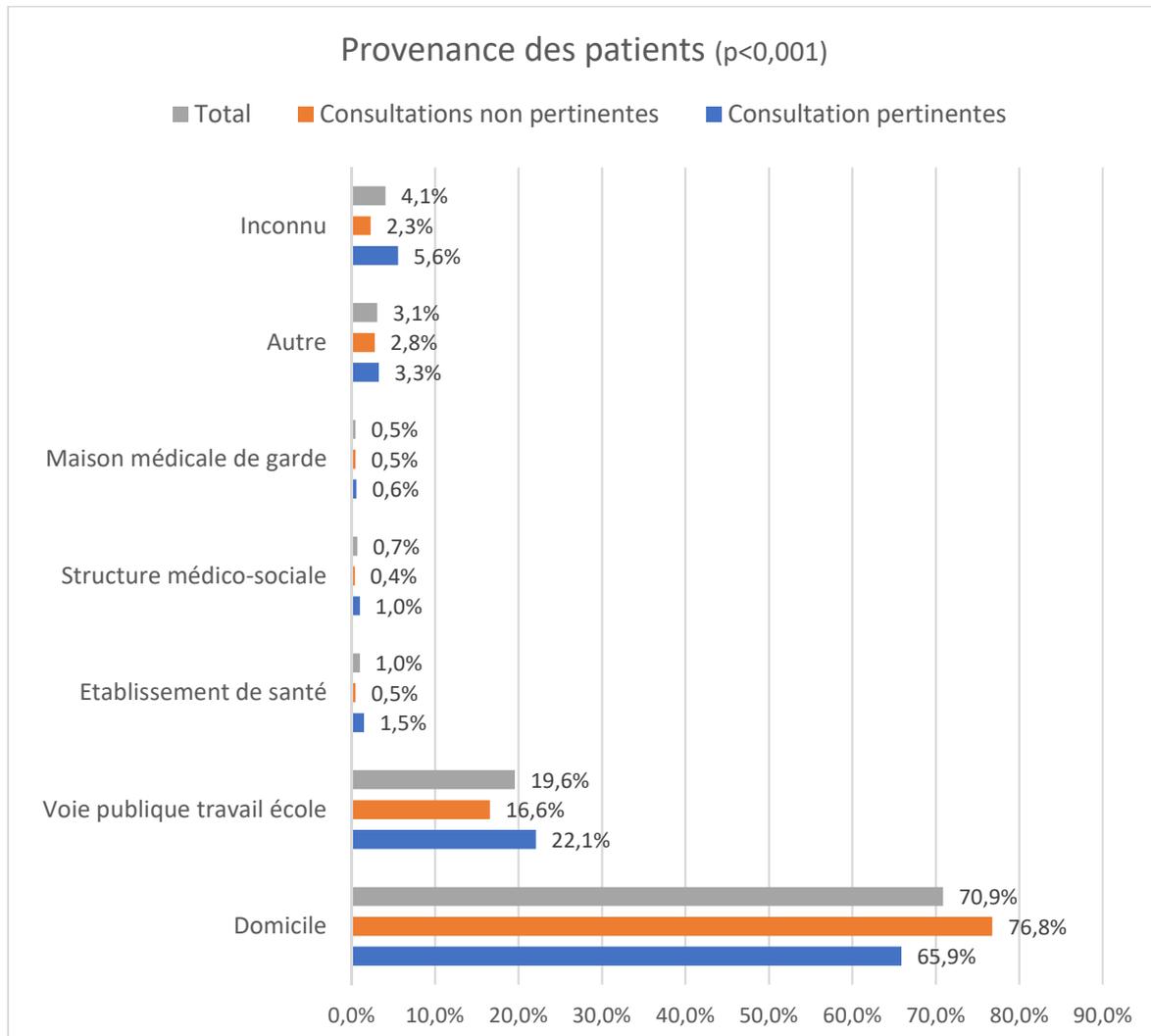
## j) Mode d'arrivée aux urgences

Répartition selon le mode d'arrivée aux urgences (p < 0,001)

	Consultations pertinentes n (%)	Consultations non pertinentes n (%)	Total n (%)
Propres moyens	5083 (72.4)	4876 (82.9)	9959 (77.2)
Véhicule tiers	737 (10.5)	580 (9.9)	1317 (10.2)
Sapeur-pompier	535 (7.6)	167 (2.8)	702 (5.4)
Taxi ambulance	203 (2.9)	102 (1.7)	305 (2.4)
SMUR	51 (0.7)	12 (0.2)	63 (0.5)
Sous contrainte	3 (0)	1 (0)	4 (0)
Ne sais pas	8 (0.1)	2 (0)	10 (0.1)
Inconnu	397 (5.7)	139 (2.4)	536 (4.2)

Le jour de l'étude, 77% des enfants ont été amenés par les propres moyens de l'adulte accompagnant, 10% par le véhicule d'une tierce personne, 5% par les pompiers, 2% par une ambulance ou un taxi et 0,5% par le SMUR. On constate une disparité de la pertinence des consultations selon le mode d'arrivée aux urgences. Dans les consultations pertinentes, l'arrivée par les pompiers, l'ambulance et le SMUR représente une part de 11%. Cette proportion est de 4,7% dans les consultations non pertinentes. On peut aussi voir que dans les consultations non pertinentes, 83% des enfants sont amenés par les propres moyens de l'accompagnant.

## k) Provenance



Dans cette étude 71% des enfants viennent du domicile, 20% de la voie publique ou de l'école, et 2% d'une autre structure. Dans les consultations pertinentes, 66% viennent du domicile et 22% de la voie publique ou de l'école. Parmi les consultations non pertinentes, la part des enfants provenant de leur domicile est de presque 77%, celle des enfants venant de la voie publique ou de l'école près de 17%. Cette distribution semble montrer une fluctuation de la pertinence selon la provenance des consultants.

## I) Parcours de l'enfant avant l'arrivée aux urgences

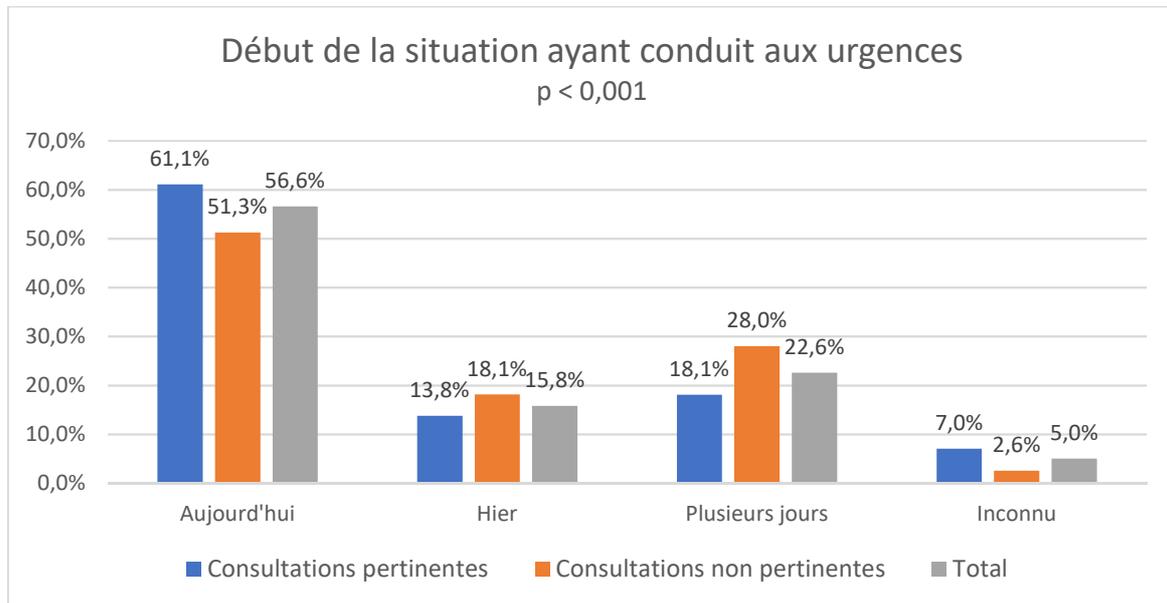
### Recours aux urgences dans les dernières 24 heures et dans les 7 jours ( $p < 0,001$ )

	Consultations pertinentes n (%)	Consultations non pertinentes n (%)	Total n (%)
<b>Urgences dans les 24h</b>			
Oui même structure	275 (3.9)	195 (3.3)	470 (3.6)
Oui autre structure	69 (1)	66 (1.1)	135 (1)
Non	6168 (87.9)	5456 (92.8)	11624 (90.1)
Inconnu	505 (7.2)	162 (2.8)	667 (5.2)
<b>Urgences dans les 7 jours</b>			
Oui même structure	341 (4.9)	298 (5.1)	639 (5)
Oui autre structure	83 (1.2)	82 (1.4)	165 (1.3)
Non	6084 (86.7)	5332 (90.7)	11416 (88.5)
Inconnu	509 (7.3)	167 (2.8)	676 (5.2)

Parmi les enfants vus aux urgences le jour de l'étude, 4,6% avaient déjà consulté dans les 24 heures précédentes, et 6,3% dans les 7 derniers jours. Ceux n'ayant pas recouru aux urgences dans les 24h et dans les 7 jours représentent respectivement 90% et 88%.

Dans les consultations pertinentes il y a 88% d'enfants qui n'ont pas consulté aux urgences dans les 24 heures, et 87% dans les 7 jours. Parmi les consultations non pertinentes, ces proportions sont de 93% et 91% respectivement.

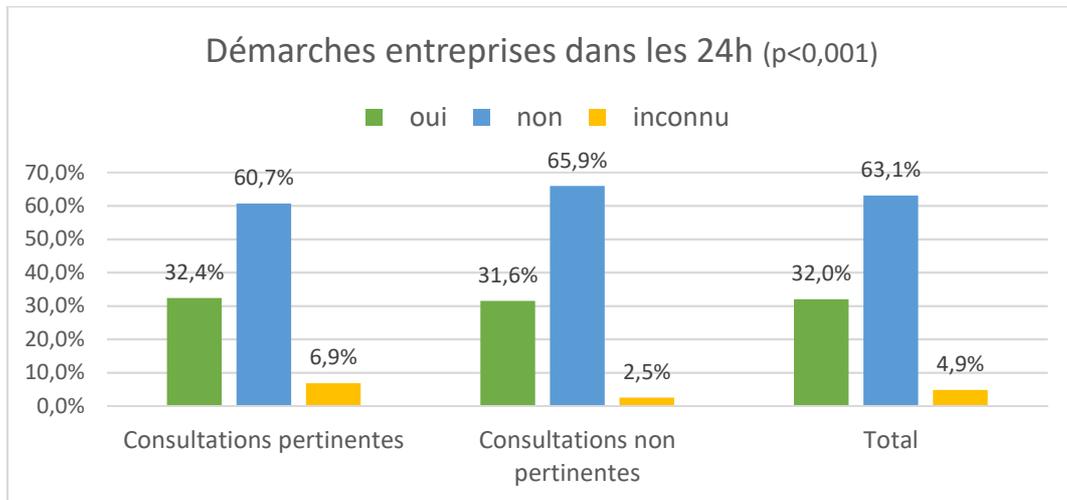
Le taux d'enfants ayant déjà recouru aux urgences (que ce soit dans la même structure ou une autre structure) est similaire quelle que soit la pertinence : respectivement 4,9% et 4,4% quand ils sont venus la veille, 6,1% et 6,5% quand ce fut dans les 7 derniers jours.

Date de début de la situation ayant conduit aux urgences

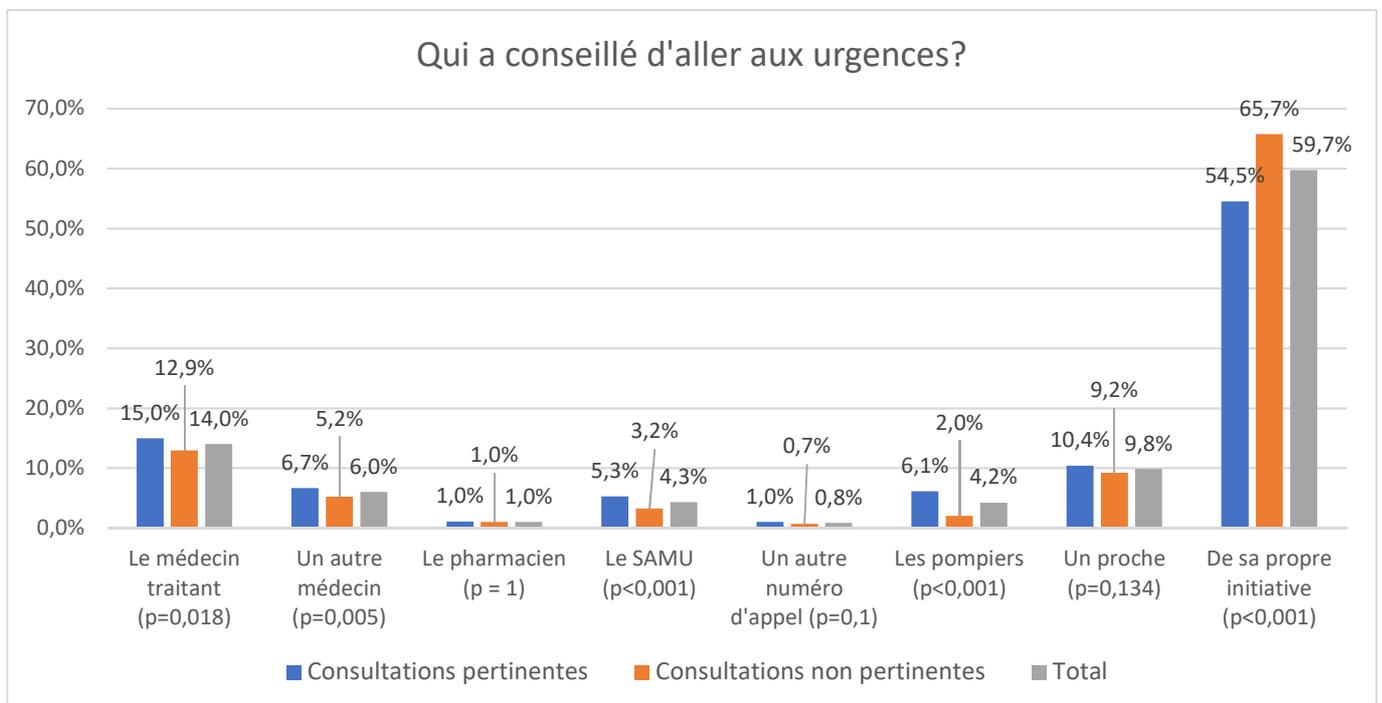
On observe que 57% des passages aux urgences concernent des situations aiguës survenues dans la journée, et la pertinence semble meilleure pour ces consultations (61% contre 51%).

Dans les consultations pertinentes, 32% des situations datent de la veille ou de plusieurs jours, alors qu'elles sont 46% dans les consultations non pertinentes.

Démarches réalisées dans les 24 heures en amont de l'arrivée aux urgences



Les démarches proposées étaient un appel téléphonique ou une consultation auprès du médecin traitant, d'un autre médecin, du pharmacien, du SAMU, des pompiers, d'un autre numéro d'appel, ou d'un proche. On voit que 63% des usagers n'ont réalisé aucune démarche avant de venir aux urgences.



Dans 60% des cas les parents consultent pour leur enfant de leur propre initiative, sans avis médical préalable. Cette proportion diminue à 54% dans les consultations pertinentes et augmente à 66% dans les consultations non pertinentes.

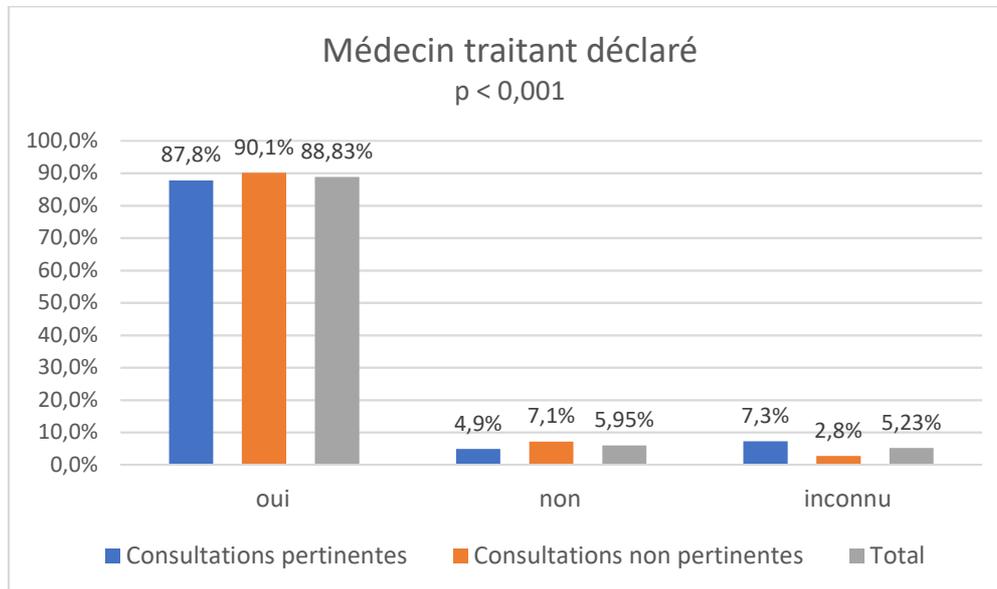
Lorsqu'un médecin, le SAMU, ou les pompiers ont conseillé d'aller aux urgences, les consultations sont significativement plus pertinentes. Par contre il n'y a pas de différence significative de la pertinence lorsque le conseil vient d'un pharmacien, d'un proche ou d'un autre numéro d'appel.

Enfant adressé ou non par un médecin libéral ( $p < 0,001$ )

Patient adressé par un médecin libéral	Consultations pertinentes		Consultations non pertinentes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Oui	430	6,1%	292	5,0%	722	5,6%
Non	5607	79,9%	5204	88,5%	10811	83,8%
Attendu	496	7,1%	226	3,8%	722	5,6%
Inconnu	484	6,9%	157	2,7%	641	5,0%

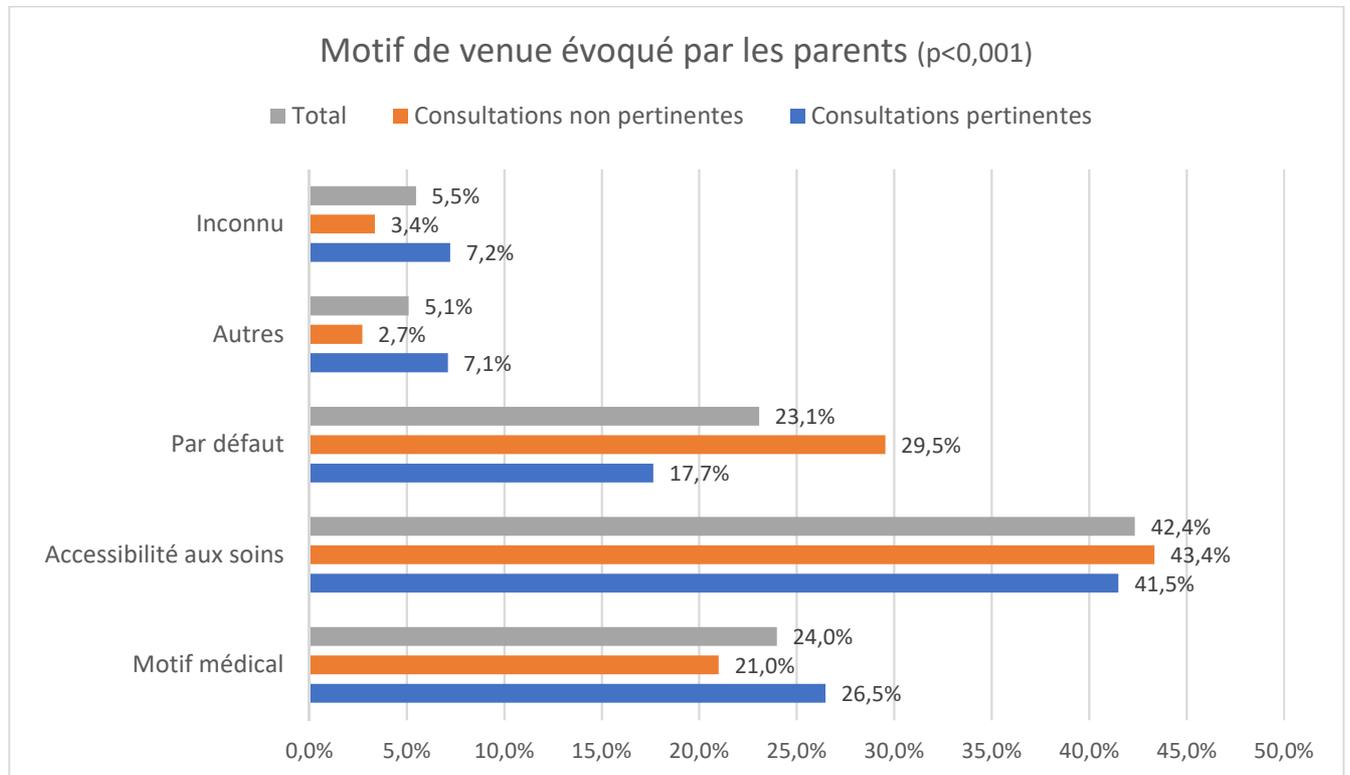
On observe que seulement 5,6% des enfants vus aux urgences un jour donné sont adressés par un médecin libéral. Dans les consultations pertinentes, 80% des enfants ne sont pas adressés par un médecin de ville. Cette part est de 89% dans les consultations non pertinentes.

### m) Existence d'un médecin traitant déclaré



89% des enfants vus aux urgences le jour de l'étude ont un médecin traitant déclaré. Parmi les consultations pertinentes, on compte 5% d'enfants sans médecin traitant. Dans les consultations non pertinentes il y en a 7%.

## n) Motif de venue



Les parents consultant aux urgences pour leur enfant viennent dans 42% des cas par facilité d'accès aux soins, 23% ont fait ce choix par défaut et 24% évoquent un motif médical. L'accessibilité aux soins est un motif pour lequel on ne voit pas de différence notable de pertinence. Dans les consultations pertinentes, 18% viennent par défaut et 26,5% pour un motif médical. Parmi les consultations non pertinentes, la part des personnes venant par défaut est de 29,5%, et la part des personnes venant pour un motif médical est de 21%.

## Répartition des différents motifs médico-chirurgicaux à l'entrée des urgences (p &lt; 0,001)

Motifs médico-chirurgicaux	Consultations pertinentes	Consultations non pertinentes	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Cardio-vasculaire	144 (2.1)	80 (1.4)	224 (1.7)
Dermatologique	306 (4.4)	465 (7.9)	771 (6)
Environnemental, général et divers	570 (8.1)	738 (12.6)	1308 (10.1)
Gastro-entérologie	664 (9.5)	814 (13.8)	1478 (11.5)
Génito-urinaire	105 (1.5)	112 (1.9)	217 (1.7)
Gynécologie-obstétrique	12 (0.2)	9 (0.2)	21 (0.2)
Intoxication	40 (0.6)	14 (0.2)	54 (0.4)
Neurologique	183 (2.6)	119 (2)	302 (2.3)
Non interrogés	231 (3.3)	107 (1.8)	338 (2.6)
Non renseigné	148 (2.1)	76 (1.3)	224 (1.7)
Ophthalmologique	63 (0.9)	94 (1.6)	157 (1.2)
ORL	187 (2.7)	343 (5.8)	530 (4.1)
Pédiatrique < 2 ans	177 (2.5)	171 (2.9)	348 (2.7)
Psychiatrique	55 (0.8)	35 (0.6)	90 (0.7)
Respiratoire	475 (6.8)	315 (5.4)	790 (6.1)
Rhumatologique	170 (2.4)	171 (2.9)	341 (2.6)
Traumatologique	3487 (49.7)	2216 (37.7)	5703 (44.2)

La catégorie « environnemental, général et divers » comprend : lésions liées au froid (gelures), hypothermie, coup de chaleur/insolation, accident d'exposition au sang, exposition à une maladie contagieuse, fièvre, hypo ou hyperglycémie, conseil ou renouvellement d'ordonnance, sutures et pansements, demande d'examen complémentaire, problème de matériel médical, anomalie de résultat biologique, complication post-opératoire, problème social, soins palliatifs, examen à des fins administratives/certificat/perquisition, AEG/asthénie.

La catégorie « pédiatrie des moins de 2 ans » comprend : trouble alimentaire des nourrissons de moins de 6 mois, ictère néonatal, pleurs incoercibles, sifflement respiratoire sans autre symptôme (bronchiolite, laryngite...), convulsion hyperthermique, diarrhée du nourrisson de moins de 6 mois, fièvre des nourrissons de moins de 3 mois.

Les motifs les plus souvent retrouvés quelle que soit la pertinence sont la traumatologie (44%), la gastro-entérologie (11,5%), les pathologies environnemental/générales/diverses (10%) qui englobent des problèmes très hétérogènes, et les troubles respiratoires (6%). On observe plus de consultations pertinentes pour les motifs traumatologiques, cardiovasculaires, respiratoires, neurologiques ou

d'intoxications. A l'inverse les consultations non pertinentes semblent présenter plus de motifs dermatologiques, généraux et divers, digestifs, ophtalmologiques, ORL et plus de pathologie pédiatrique spécifique des moins de 2 ans que les consultations pertinentes.

## o) Mode de sortie des urgences

Répartition selon le mode de sortie après passage aux urgences ( $p < 0,001$ )

Mode de sortie	Consultations pertinentes	Consultations non pertinentes	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Retour à domicile	5639 (80.4)	5631 (95.8)	11270 (87.4)
Vers maison médicale de garde	9 (0.1)	17 (0.3)	26 (0.2)
Hospitalisation	1212 (17.3)	105 (1.8)	1317 (10.2)
Parti sans attendre	101 (1.4)	63 (1.1)	164 (1.3)
Sortie contre avis médical	10 (0.1)	3 (0.1)	13 (0.1)
Décès	1 (0)	0 (0)	1 (0)
Inconnu	11 (0.2)	4 (0.1)	15 (0.1)
Autre	34 (0.5)	56 (1)	90 (0.7)

Parmi la population totale, 87% des consultants ont pu rentrer à domicile, et 10% ont été hospitalisés. On observe que parmi les consultations jugées non pertinentes, 96% sont rentrés à domicile après le passage aux urgences, et 2% ont été hospitalisés. La présence d'enfants hospitalisés pour lesquels le recours aux urgences avait été jugé non pertinent est inadéquate et nous fait poser la question d'une erreur dans l'appréciation faite par le médecin ou dans le remplissage du questionnaire.

## p) Appréciation par le médecin du degré d'adéquation du recours au service des urgences

Répartition selon l'appréciation qualitative par le médecin ( $p < 0,001$ )

	Consultations pertinentes n (%)	Consultations non pertinentes n (%)	Total n (%)
Le patient nécessitait une prise en charge en urgence à l'hôpital	4468 (63.7)	473 (8)	4941 (38.3)
Le patient aurait pu être vu par un médecin généraliste en cabinet à condition que ce soit <b>le jour même</b>	809 (11.5)	2027 (34.5)	2836 (22)
Le patient aurait pu être vu par un médecin spécialiste en cabinet à condition que ce soit <b>le jour même</b>	148 (2.1)	224 (3.8)	372 (2.9)
Le patient aurait pu être vu par un médecin généraliste en cabinet à condition qu'il puisse pratiquer des examens complémentaires <b>le jour même</b>	402 (5.7)	627 (10.7)	1029 (8)
Le patient aurait pu être vu par un médecin spécialiste en cabinet à condition qu'il puisse pratiquer des examens complémentaires <b>le jour même</b>	125 (1.8)	88 (1.5)	213 (1.7)
Le patient aurait pu être vu par un médecin généraliste en cabinet <b>le lendemain</b>	197 (2.8)	1970 (33.5)	2167 (16.8)
Le patient aurait pu être vu par un médecin spécialiste en cabinet <b>le lendemain</b>	42 (0.6)	264 (4.5)	306 (2.4)
Aucun des réponses précédentes	15 (0.2)	29 (0.5)	44 (0.3)
Inconnu	738 (10.5)	83 (1.4)	821 (6.4)

Le jour de l'étude seulement 38% des patients nécessitaient réellement une prise en charge en urgence à l'hôpital. Parmi les consultations non pertinentes, on constate que 68% auraient pu voir un médecin généraliste soit le jour même soit le lendemain. Selon les médecins examinateurs, 12% de ces patients auraient pu voir un médecin libéral à condition qu'il puisse faire pratiquer des examens complémentaires le jour même.

### 3.2. Analyse des déterminants de la pertinence

#### a) Caractéristiques socio-démographiques des consultants

OR = odds ratio

CI = intervalle de confiance (IC)

Variables	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P (Wald's test)
<b>Âge: ref.= 10 - 15 ans</b>			
<1 mois	1.11 (0.85,1.45)	0.87 (0.65,1.17)	0.363
1 mois-2 mois	1.24 (0.98,1.58)	0.95 (0.72,1.26)	0.739
3 mois-23 mois	1.23 (1.11,1.37)	0.91 (0.8,1.03)	0.117
2 - 5 ans	1.17 (1.06,1.29)	0.93 (0.83,1.04)	0.187
5 - 10 ans	0.97 (0.88,1.06)	0.87 (0.78,0.96)	<b>0.005</b>
<b>Sexe: ref.= Masculin</b>			
Féminin	1.13 (1.05,1.21)	1.09 (1.01,1.18)	<b>0.023</b>
Inconnu	0.9 (0.68,1.17)	0.83 (0.62,1.11)	0.21
<b>Régions: ref.= Île De France</b>			
Alsace	1.84 (1.5,2.27)	1.8 (1.43,2.27)	< <b>0.001</b>
Aquitaine	1.28 (1.05,1.56)	1.41 (1.14,1.75)	<b>0.001</b>
Auvergne	0.99 (0.75,1.32)	0.9 (0.66,1.22)	0.488
Basse Normandie	1.2 (0.97,1.5)	1.11 (0.88,1.42)	0.376
Bourgogne	1.78 (1.43,2.22)	1.64 (1.29,2.08)	< <b>0.001</b>
Bretagne	1.6 (1.33,1.93)	1.77 (1.44,2.18)	< <b>0.001</b>
Centre	1.42 (1.18,1.7)	1.31 (1.07,1.6)	<b>0.008</b>
Champagne Ardenne	1.28 (0.95,1.73)	1.37 (0.99,1.89)	0.054
Franche Comte	1.05 (0.78,1.42)	1.15 (0.83,1.6)	0.399
Guadeloupe Martinique et Guyane	1.55 (1.22,1.98)	1.13 (0.86,1.47)	0.373
Haute Normandie	1.28 (1.05,1.54)	1.27 (1.03,1.56)	<b>0.024</b>
Languedoc Roussillon	1.05 (0.84,1.31)	1.08 (0.85,1.38)	0.527
Limousin	2.1 (1.43,3.08)	2.03 (1.34,3.08)	< <b>0.001</b>
Lorraine	1.02 (0.83,1.25)	1.12 (0.89,1.41)	0.326
Midi Pyrénées	1.19 (0.98,1.46)	1.47 (1.18,1.84)	< <b>0.001</b>
Nord Pas de Calais	1.79 (1.54,2.09)	1.86 (1.58,2.2)	< <b>0.001</b>
Pays de la Loire	1.01 (0.83,1.25)	1.16 (0.93,1.45)	0.197
Picardie	2.14 (1.78,2.57)	2.11 (1.72,2.58)	< <b>0.001</b>
Poitou Charentes	1.34 (1.05,1.71)	1.4 (1.08,1.82)	<b>0.012</b>
Provence Alpes Côte d'Azur et Corse	1.8 (1.56,2.07)	1.65 (1.41,1.93)	< <b>0.001</b>
Réunion et Mayotte	1.51 (1.09,2.1)	1.75 (1.22,2.51)	<b>0.002</b>
Rhône Alpes	1.22 (1.06,1.4)	1.24 (1.07,1.45)	<b>0.006</b>
<b>Complémentaire santé: ref.= oui</b>			
Aucune	1.33 (1.13,1.56)	1.17 (0.98,1.4)	0.092
CMUC	1.15 (1.04,1.27)	1.03 (0.92,1.16)	0.585
Inconnu, ne sait pas	0.66 (0.59,0.74)	0.92 (0.79,1.07)	0.29
<b>Diplôme des parents: ref.= Etudes supérieures</b>			
Niveau CAP BEP	1.25 (1.12,1.41)	1.1 (0.97,1.25)	0.141
Niveau Bac	1.17 (1.03,1.32)	1.08 (0.94,1.23)	0.276
Aucun	1.05 (0.95,1.16)	0.96 (0.84,1.1)	0.559
Inconnu, ne sait pas	0.88 (0.79,0.99)	1.08 (0.9,1.29)	0.409
<b>Activité des parents: ref.= actifs avec emploi</b>			
Autres actifs	0.95 (0.86,1.06)	1 (0.88,1.14)	0.982
Chômeur	1.17 (1.01,1.35)	0.99 (0.84,1.17)	0.921
Etudiant	0.94 (0.83,1.07)	1.14 (0.97,1.34)	0.124
Autres inactifs	1.24 (1.09,1.41)	1.15 (0.99,1.34)	0.07
Inconnu, ne sait pas	0.8 (0.73,0.89)	1.03 (0.86,1.22)	0.764
<b>Déclaration médecin traitant: ref.= oui</b>			
Non	1.41 (1.21,1.63)	1.31 (1.12,1.54)	< <b>0.001</b>
Inconnu	0.37 (0.31,0.44)	0.51 (0.37,0.7)	< <b>0.001</b>

Parmi les catégories d'âge, les enfants entre 5 et 10 ans viennent pour des consultations plus pertinentes que les enfants entre 10 et 15 ans (OR=0,87 avec IC [0,78-0,96]). On ne retrouve pas de lien significatif entre la pertinence et les nourrissons ou les enfants de moins de 5 ans.

Le sexe féminin est un facteur significatif de moins bonne pertinence par rapport au sexe masculin, avec une augmentation du risque de 9% environ (OR=1,09 avec IC [1,01-1,18]).

Il existe une disparité significative de la pertinence selon les régions. Dans le Limousin et en Picardie le risque de mauvaise pertinence est multiplié par 2 (OR respectifs à 2,03 et 2,11). Dans le Nord Pas de Calais, ce risque est augmenté de 86% environ (OR=1,86 avec IC [1,58-2,2]), en Alsace de 80% environ (OR=1,8 avec IC [1,43-2,27]), en Réunion et Mayotte l'augmentation est d'environ 75% (OR=1,75 avec IC [1,22-2,51]). Globalement les consultations de la région Île de France (groupe de référence pour l'analyse multivariée) présentent une pertinence plus forte que dans les autres régions de province.

On ne voit pas de différence significative de pertinence selon la présence d'une complémentaire santé et selon l'inscription à la CMU-c. Les données de l'assurance maladie obligatoire n'ont pas pu être analysées en régression logistique, les valeurs étant trop proches de celles de l'assurance complémentaire.

Il n'y a pas non plus de lien significatif retrouvé entre la pertinence du recours et le niveau d'étude des parents ou leur activité (actif avec emploi ou non). On peut observer une tendance à une mauvaise pertinence pour les parents inactifs des autres catégories (non chômeurs et non étudiants) par rapport aux parents actifs avec emploi (OR=1,15 avec IC [0,99-1,34]).

Les consultants qui n'ont pas déclaré leur médecin traitant ont un risque de mauvaise pertinence significativement augmenté de 31% (OR=1,31 avec IC [1,12-1,54]).

## b) Caractéristiques des consultations et du parcours en amont des urgences

### Parcours en amont des urgences

Variables	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P (Wald's test)
<b><i>Distance parcourue : ref. =moins de 5 km</i></b>			
Entre 5 km et 10 km	0.94 (0.86,1.04)	0.95 (0.86,1.06)	0.358
Entre 10 km et 20 km	0.91 (0.83,1)	0.92 (0.83,1.02)	0.136
Entre 20 km et 30 km	0.87 (0.76,1)	0.85 (0.73,0.98)	<b>0.027</b>
Strictement plus de 30 km	0.87 (0.75,1.01)	0.85 (0.71,1)	0.055
Etranger de passage	0.99 (0.58,1.68)	0.96 (0.54,1.73)	0.901
Non renseigné	1.1 (0.85,1.44)	1.34 (1.01,1.79)	<b>0.044</b>
<b><i>Mode d'arrivée : ref. =par ses propres moyens</i></b>			
Pompiers, SMUR, ambulance, contrainte	0.37 (0.32,0.43)	0.66 (0.53,0.81)	< <b>0.001</b>
Véhicule tiers	0.82 (0.73,0.92)	0.89 (0.78,1)	0.058
Inconnu	0.36 (0.3,0.44)	1.16 (0.74,1.82)	0.526
<b><i>Provenance : ref. =domicile</i></b>			
Etablissement de santé/social	0.41 (0.32,0.53)	0.61 (0.44,0.85)	<b>0.003</b>
Voie publique, travail, école	0.64 (0.59,0.71)	0.97 (0.87,1.09)	0.621
Autre, inconnu	0.49 (0.43,0.57)	0.99 (0.8,1.23)	0.912
<b><i>Recours aux urgences dans les 24h : ref. =non</i></b>			
Oui	0.86 (0.73,1.01)	0.78 (0.64,0.94)	<b>0.008</b>
Inconnu	0.36 (0.3,0.43)	0.43 (0.13,1.42)	0.164
<b><i>Recours aux urgences dans les 7 jours : ref. = non</i></b>			
Oui	1.02 (0.89,1.18)	0.92 (0.78,1.08)	0.31
Inconnu	0.37 (0.31,0.45)	1.22 (0.43,3.46)	0.705
<b><i>Qui a conseillé d'aller aux urgences ?</i></b>			
Conseil du médecin traitant : oui vs non	0.85 (0.78,0.93)	0.74 (0.67,0.83)	< <b>0.001</b>
Conseil SAMU pompiers : oui vs non	0.48 (0.42,0.54)	0.66 (0.56,0.79)	< <b>0.001</b>
Conseil du pharmacien : oui vs non	0.99 (0.7,1.4)	0.81 (0.56,1.17)	0.253
Conseil d'un proche : oui vs non	0.91 (0.81,1.03)	0.88 (0.77,1)	0.052

On retrouve une augmentation significative de la pertinence pour les distances entre 20 et 30 km (OR=0,85 avec IC [0,73-0,98]) : les parents qui parcourent 20 à 30 km pour venir aux urgences consultent de manière plus pertinente que ceux qui parcourent moins de 5 km. La tendance est similaire pour les distances de plus de 30 km (OR=0,85 avec IC [0,71-1]).

La pertinence du recours est significativement meilleure lorsque l'enfant est amené par les pompiers, le SMUR ou une ambulance (OR=0,66 avec IC [0,53-0,81]) : dans ce cas on voit que le risque de mauvaise pertinence diminue de 34%. Il existe également une tendance à une meilleure pertinence lorsque les enfants sont amenés par le véhicule d'un tiers, sans résultats statistiquement significatif (OR=0,89 avec IC [0,78-1]).

Les enfants venant d'un établissement de santé ou social consultent de manière plus pertinente que ceux qui viennent de leur domicile (OR=0,61 avec IC [0,44-0,85]) : le risque de non pertinence est ainsi diminué de 15 à 56%.

Parmi les enfants ayant déjà consulté auparavant aux urgences, ceux qui sont venus dans les 24 heures présentent des consultations plus pertinentes que ceux n'ayant pas consulté (OR=0,78 avec IC [0,64-0,94]), soit une diminution du risque de mauvaise pertinence de 22% environ. En revanche il n'y a pas de différence significative lorsque les enfants ont recouru aux urgences dans les 7 derniers jours.

Lorsque les parents ont reçu le conseil d'aller aux urgences de la part de leur médecin traitant, du SAMU ou des pompiers, les consultations sont significativement plus pertinentes que pour ceux n'ayant pas demandé de conseil avant de venir (OR respectifs à 0,74 et 0,66 soit une diminution du risque de 26 à 34% environ). Les conseils d'un proche ont tendance à être plus pertinents également (OR=0,88 avec IC [0,77-1]). Cette différence de pertinence ne se retrouve pas lorsque c'est le pharmacien qui a conseillé de se présenter aux urgences (P non significatif à 0,253).

Caractéristiques des consultations et du type de structure

Variables	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P (Wald's test)
<b>Structure : ref. =urgence générale</b>			
Urgence générale mais présence pédiatrique	0.84 (0.73,0.96)	1.09 (0.94,1.27)	0.252
Urgence pédiatrique	1.17 (1.09,1.25)	1.22 (1.1,1.35)	< <b>0.001</b>
<b>Heure de passage : ref. =de 4h à 8h</b>			
De 8h à 12h	0.81 (0.63,1.04)	0.87 (0.66,1.14)	0.31
De 12h à 16h	0.73 (0.57,0.94)	0.93 (0.71,1.22)	0.599
De 16h à 20h	0.66 (0.51,0.85)	0.83 (0.63,1.08)	0.168
De 20h à minuit	0.75 (0.58,0.96)	0.86 (0.66,1.14)	0.293
De minuit à 4h	0.84 (0.62,1.13)	0.93 (0.68,1.28)	0.652
<b>Patient adressé par médecin libéral : ref. =non</b>			
Oui	0.73 (0.63,0.85)	0.76 (0.64,0.91)	<b>0.003</b>
Patient attendu	0.49 (0.42,0.58)	0.53 (0.44,0.64)	< <b>0.001</b>
Inconnu	0.35 (0.29,0.42)	2.01 (0.81,4.98)	0.133
<b>Nature de l'accompagnant : ref. =parent</b>			
Autre	0.72 (0.62,0.84)	0.92 (0.78,1.09)	0.339
Inconnu	0.41 (0.34,0.49)	0.76 (0.57,1.01)	0.055
<b>Début de la situation : ref. =aujourd'hui</b>			
Hier	1.57 (1.42,1.73)	1.33 (1.19,1.49)	< <b>0.001</b>
Plusieurs jours	1.85 (1.7,2.02)	1.57 (1.42,1.75)	< <b>0.001</b>
Inconnu	0.43 (0.36,0.52)	0.8 (0.51,1.24)	0.312
<b>Motif de venue : ref. =accessibilité aux soins</b>			
Motif médical	0.76 (0.69,0.83)	0.83 (0.75,0.91)	< <b>0.001</b>
Par défaut	1.6 (1.46,1.75)	1.32 (1.2,1.45)	< <b>0.001</b>
Autres, inconnu	0.41 (0.36,0.46)	0.94 (0.77,1.16)	0.591
<b>Motif médico-chirurgical : ref. =traumatologie</b>			
Cardio-vasculaire	0.87 (0.66,1.15)	1.02 (0.76,1.38)	0.872
Environnemental, général et divers	2.04 (1.8,2.3)	1.79 (1.55,2.06)	< <b>0.001</b>
Gastro-entérologie	1.93 (1.72,2.17)	1.62 (1.42,1.85)	< <b>0.001</b>
Génito-urinaire	1.68 (1.28,2.2)	1.56 (1.16,2.08)	<b>0.003</b>
Gynécologie obstétrique	1.18 (0.5,2.81)	0.98 (0.4,2.41)	0.962
Lié à la peau	2.39 (2.05,2.79)	1.97 (1.66,2.33)	< <b>0.001</b>
Neurologie	1.02 (0.81,1.3)	1.17 (0.91,1.51)	0.227
Ophthalmologie	2.35 (1.7,3.24)	2.2 (1.56,3.09)	< <b>0.001</b>
ORL	2.89 (2.4,3.48)	2.49 (2.04,3.04)	< <b>0.001</b>
Pédiatrique < 2 ans	1.52 (1.22,1.89)	1.28 (0.99,1.65)	0.058
Respiratoire	1.04 (0.9,1.21)	0.9 (0.75,1.07)	0.226
Rhumatologique	1.58 (1.27,1.97)	1.36 (1.08,1.71)	<b>0.009</b>
Autre, inconnu	0.77 (0.65,0.91)	1.4 (1.11,1.75)	<b>0.004</b>

On observe une augmentation du risque de mauvaise pertinence de 22% lorsque les consultations ont lieu dans des urgences pédiatriques par rapport aux urgences générales (OR=1,22 avec IC [1,1-1,35]).

Il n'y a pas de différence significative de pertinence retrouvée selon l'heure de passage aux urgences ou la nature de l'accompagnant.

Les consultations sont significativement plus pertinentes lorsque les enfants sont adressés par un médecin libéral (OR=0,76 avec IC [0,64-0,91]) ou attendus aux urgences (OR=0,53 avec IC [0,44-0,64]), comparé aux enfants qui sont amenés spontanément par leurs parents.

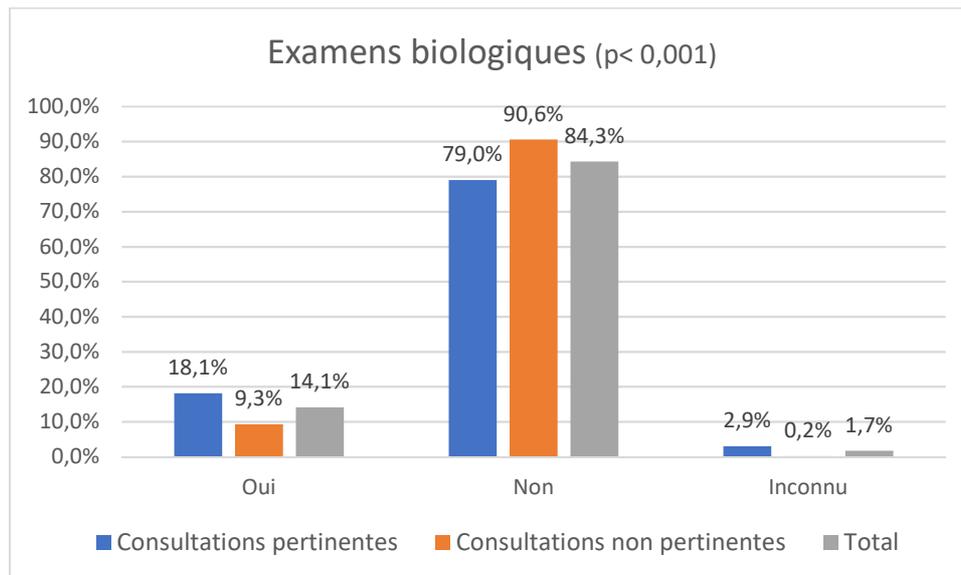
Le risque de mauvaise pertinence est significativement augmenté d'environ 33% lorsque la situation amenant aux urgences a débuté la veille (OR=1,33 avec IC [1,19-1,49]). Ce risque augmente de 57% environ si la situation dure depuis plusieurs jours (OR=1,57 avec IC [1,42-1,75]).

Parmi les motifs de venue, les enfants vus pour un motif médical consultent significativement de manière plus pertinente que les enfants venus pas facilité d'accès aux soins (OR=0,83 avec IC [0,75-0,91]). A l'inverse le risque de mauvaise pertinence est élevé d'environ 32% lorsqu'ils viennent aux urgences par défaut (OR=1,32 avec IC [1,2-1,45]).

On constate une disparité significative de la pertinence selon les motifs médico-chirurgicaux annoncés dès l'arrivée aux urgences : les consultations sont moins pertinentes lorsque le motif de venue porte sur des troubles digestifs (augmentation du risque +62%), génito-urinaires (+56%), dermatologiques (+97%), ophtalmologique (+120%), ORL (+149%), la rhumatologie (+36%) et les motifs environnementaux et généraux (+79%), comparé aux motifs traumatologiques (groupe de référence). Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre la traumatologie et les motifs cardio-vasculaires, gynéco-obstétriques, neurologiques et respiratoires.

### 3.3. Analyse des conséquences médico-économiques

#### a) Les examens complémentaires biologiques



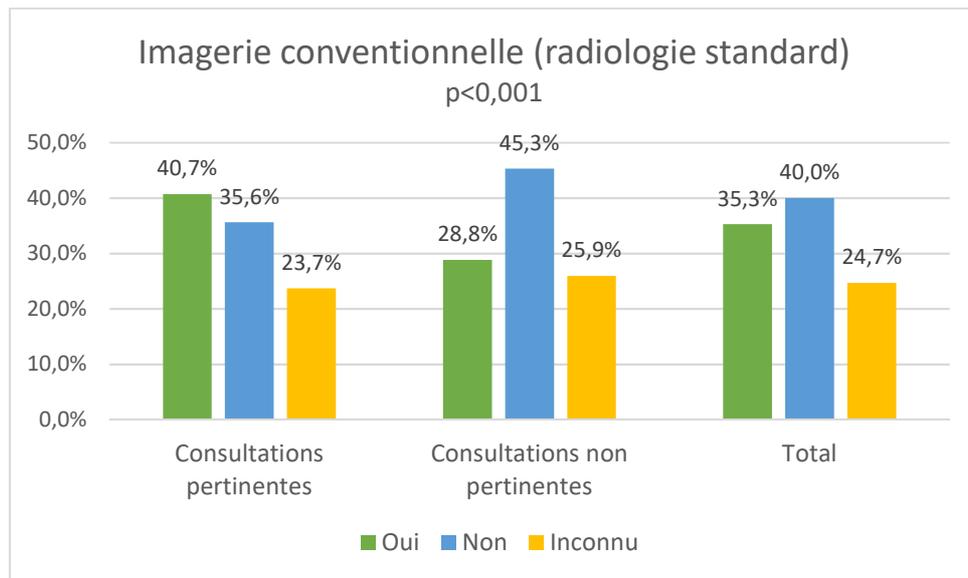
Des examens biologiques ont été réalisés pour 14% des enfants venus aux urgences, soit 1814 consultations. La réalisation d'examen biologiques parmi les consultations non pertinentes est de 9,3% (544 consultations) : cela représente 30% de l'ensemble des examens biologiques aux urgences le jour de l'étude.

#### b) Les examens d'imagerie

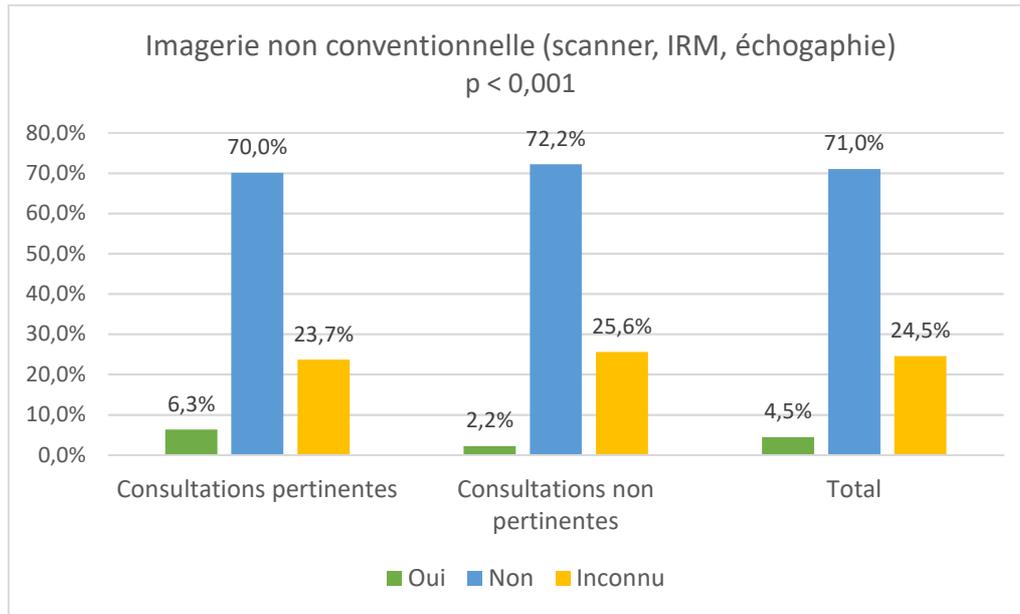
Répartition selon la réalisation d'imagerie (p<0,001)

	Consultations pertinentes n (%)	Consultations non pertinentes n (%)	Total n (%)
Imagerie			
Oui	3091 (44.1)	1756 (29.9)	4847 (37.6)
Non	3720 (53)	4112 (69.9)	7832 (60.7)
Inconnu	206 (2.9)	11 (0.2)	217 (1.7)

La réalisation d'imagerie a concerné près de 38% des passages aux urgences (soit 4847 consultations). Près de 30% des consultations non pertinentes ont bénéficié d'examens d'imagerie (soit 1756 consultations), ce qui représente 36% de l'ensemble des imageries réalisées aux urgences le jour de l'étude.



On observe que 35% des passages aux urgences ont bénéficié de radiographies standards (soit 4550 consultations). Parmi les consultations non pertinentes, 28,8% ont fait l'objet de radiographies, soit 37% de l'ensemble de ces examens faits aux urgences ce jour-là.



Pour 4,5% des passages aux urgences (soit 574 consultations), des scanner, IRM ou échographies spécialisées ont été réalisés. Parmi les consultations non pertinentes cette proportion est de 2,2% (131 consultations) : cela représente 23% de l'ensemble des examens d'imagerie non conventionnelle réalisés aux urgences le jour de l'étude.

### c) Les actes de soins

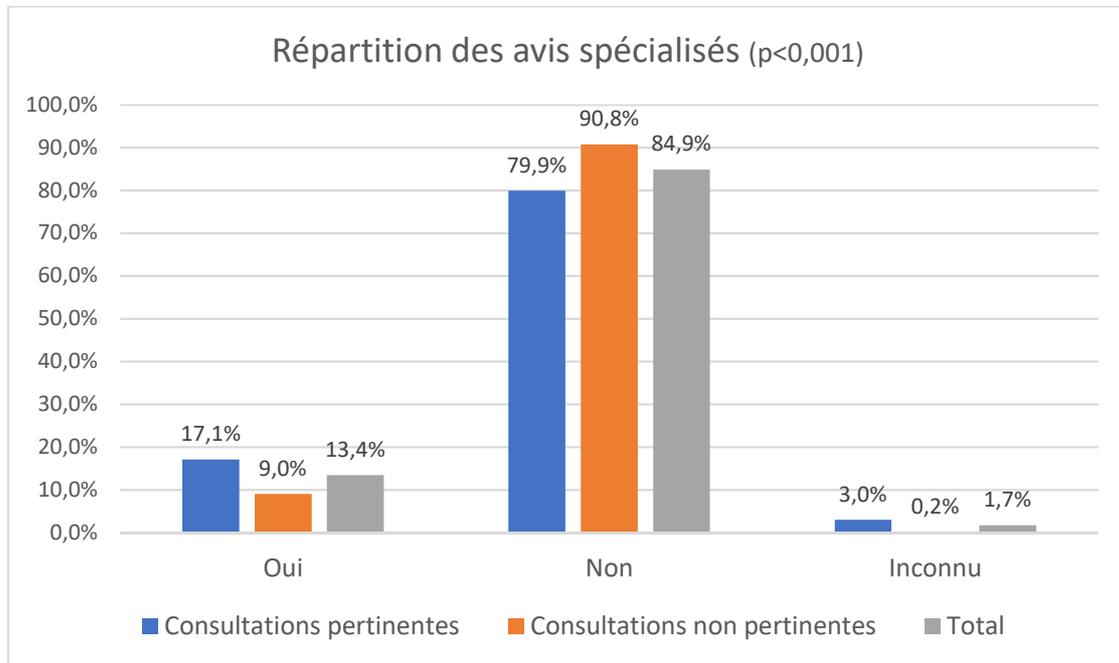
Cette catégorie concerne les actes de pansements, sutures, aérosols, immobilisations de membre...

Répartition de la réalisation d'actes de soins (p < 0,001)

Soins	Consultations pertinentes n (%)	Consultations non pertinentes n (%)	Total n (%)
Oui	3390 (48.3)	1513 (25.7)	4903 (38)
Non	3413 (48.6)	4355 (74.1)	7768 (60.2)
Inconnu	214 (3)	11 (0.2)	225 (1.7)

On voit que 38% de la totalité des passages aux urgences ont nécessité un acte de soin (soit 4903 consultations). Parmi les consultations non pertinentes 26% des enfants en ont bénéficié (1513 consultations), ce qui représente 31% de l'ensemble des actes de soins réalisés aux urgences lors de cette journée d'étude.

## d) Les avis spécialisés



Un avis spécialisé a été demandé pour 13% des passages aux urgences (soit 1732 consultations). Cela représente 9% des consultations jugées non pertinentes (532 consultations) soit 31% de l'ensemble des avis spécialisés demandés aux urgences le jour de l'étude.

## e) Conséquences médico-économiques des passages aux urgences non pertinents

Le jour de l'étude, les consultations aux urgences jugées non pertinentes ont représenté 46% de la totalité des consultations des enfants de moins de 15 ans. Elles ont entraîné la réalisation de 30% des examens biologiques, 37% des radiographies, 23% des imageries non conventionnelles (scanner, IRM, échographies), 31% des actes de soins et également 31% des avis spécialisés. Or selon l'appréciation des médecins examinateurs présents aux urgences lors de cette journée d'étude, **seulement 12% des consultations jugées non pertinentes nécessitaient d'avoir des examens complémentaires le jour même**. La tarification des examens biologiques et d'imagerie est la même quel que soit le secteur d'activité (libéral ou hospitalier) et repose sur le codage des actes de biologie (NABM) (28) et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de l'Assurance Maladie (29). Nous n'avons pas pu évaluer le coût réel des actes réalisés le jour de l'étude pour les consultations jugées non pertinentes, leur description étant absente des données de la DREES. Les actes étant très divers et leur cotation hétérogène, le calcul du coût de ces actes est complexe et nécessiterait des données plus précises.

La cotation d'une consultation aux urgences varie selon l'âge de l'enfant, l'heure de passage, la qualification du médecin (médecin généraliste ou pédiatre), et les actes complémentaires éventuellement réalisés.

Les tarifs conventionnés en vigueur en 2013 sont les suivants :

- CS à **23€** pour les plus de 6 ans, **26€** pour les enfants de 2 à 6 ans, et **28€** pour les enfants de moins de 2 ans (que ce soit en libéral ou en hospitalier)
- Forfait ATU « Accueil et Traitement des Urgences » à **25,28€**
- Majoration P (20h-minuit et 6h-8h) de **35€** (médecin généraliste) à **50€** (pédiatre)
- Majoration S (0h-6h) à **40€**
- Majoration F (dimanche et jour férié) de **19,06€** (médecin généraliste) à **40€** (pédiatre)

Cette nomenclature établie la base remboursable à 70% par l'Assurance Maladie et 30% par les mutuelles (ou remboursable à 100% par l'Assurance Maladie pour les bénéficiaires de la CMU-c, l'AME ou une ALD).

Une consultation simple aux urgences (sans acte complémentaire réalisé) suit cette logique de tarification :

- Du lundi au samedi :
  - 8h-20h : CS+ATU = **48,28€**
  - 20h-minuit et 6h-8h : CS+ATU+P = **83,28€ à 98,28€**
  - Minuit à 6h : CS+ATU+S = **88,28€**
- Dimanche et jours fériés :
  - 8h-20h : CS+ATU+F = **67,34€ à 88,28€**
  - 20h-minuit et 6h-8h : CS+ATU+P = **83,28€ à 98,28€**
  - Minuit à 6h : CS+ATU+S = **88,28€**

Le forfait ATU « Accueil et Traitement des Urgences » de **25,28€** s'ajoute au tarif de la consultation et des actes éventuels réalisés (30) (31). Ce forfait ATU représente la somme de **148 621€** pour les 5879 passages jugés non pertinents de notre étude.

Le jour de l'étude sur le territoire national, pour la population des consultations non pertinentes, la différence de coût de la consultation aux urgences par rapport à une consultation chez un médecin généraliste en libéral cotée à 23€ peut s'estimer de la façon suivante :

- 4322 consultations jugées non pertinentes ont été réalisées entre 8h et 20h : en ne comptabilisant que le forfait ATU cela représente **109 260€**
- Environ 1200 consultations jugées non pertinentes ont été vues de 6h à 8h et 20h à minuit : en comptabilisant ATU et majoration P cela représente **72 336€ à 90 336€**
- Environ 357 consultations jugées non pertinentes ont été réalisées de minuit à 6h : en comptabilisant ATU et majoration S, cela représente **23 304€**

Nous pouvons en conclure que les consultations non pertinentes de cette journée d'étude ont entraîné un surcoût pour l'Assurance Maladie et les organismes complémentaires de **205 000€ à 223 000€**, par rapport à une prise en charge ambulatoire par les médecins libéraux. **Si cette journée était représentative de l'ensemble des jours de l'année, le surcoût annuel s'élèverait entre 75 et 80 million d'euros.** Cette estimation ne prend pas en compte les variations d'affluence selon le mois de l'année (augmentation de la fréquentation l'hiver lors des épidémies virales, diminution l'été pendant les vacances scolaires) ou les variations hebdomadaires, ni la différence de cotation les dimanches et jours fériés.

Il est important de souligner qu'indépendamment du surcoût engendré par ces consultations jugées non pertinentes, il existe d'autres conséquences néfastes pour le fonctionnement des services d'urgences, notamment une surcharge de travail pour le personnel soignant et une altération de la qualité de prise en charge médico-soignante des enfants venus pour des motifs jugés pertinents : en effet leurs soins peuvent être retardés, et le risque d'erreur médical est majoré lorsque les services d'urgences sont engorgés (9,10).

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Synthèse des résultats

Dans notre étude le taux des admissions jugées non pertinentes par les médecins responsables de la prise en charge aux urgences des enfants de moins de 15 ans est de 46%. On observe également que 60% des parents consultant aux urgences n'ont pas pris d'avis médical au préalable, et 68% des consultations jugées non pertinentes auraient pu être réalisées en ambulatoire par le médecin généraliste. Un tiers de tous les examens complémentaires sont réalisés pour ces consultations jugées non pertinentes. Le surcoût engendré par l'usage des structures d'urgences par rapport au parcours de soins habituel est estimé entre 205 000€ et 223 000€ pour cette seule journée d'étude, et représenterait donc plusieurs dizaines de millions d'euros chaque année pour l'Assurance Maladie. Les déterminants qui ont été identifiés comme significativement associés aux admissions jugées non pertinentes sont l'absence de médecin traitant déclaré (OR=1,31), une situation évoluant depuis la veille (OR=1,33) ou plusieurs jours (OR=1,57), les motifs de recours portant sur les pathologies ORL (OR=2,49), ophtalmologiques (OR=2,2), et dermatologiques (OR=1,97). Certaines régions de France semblent plus concernées comme le Limousin (OR=2,03), la Picardie (OR=2,11) et le Nord Pas de Calais (OR=1,86). On retrouve également a minima le sexe féminin (OR=1,09) et les structures d'urgences spécialisées pédiatriques (OR=1,22). Les déterminants identifiés comme significativement associés aux admissions jugées pertinentes sont les enfants âgés de 5 à 10 ans (OR=0,87), les distances parcourues supérieures à 20 km pour venir aux urgences (OR=0,85), l'adressage par un médecin libéral (OR=0,76) ou l'enfant attendu aux urgences (OR=0,53), le recours aux urgences dans les 24 heures précédentes (OR=0,78), l'arrivée par les pompiers, le SMUR ou une ambulance (OR=0,66), l'enfant venu d'un établissement de santé ou social (OR=0,61), le fait d'avoir été conseillé par le médecin traitant (OR=0,74), par le SAMU-centre 15 ou les pompiers (OR=0,66).

## a) La pertinence du recours aux urgences

Le taux de recours aux urgences jugés non pertinents varie beaucoup selon les études : entre 13 et 22% en France (Jean Stagnara en 2004) (6,17), et entre 20 et 40% en Belgique en 2016 (32). Dans une méta-analyse internationale faite par une équipe brésilienne (Carret et al. en 2009), qui a comparé près de 207 000 patients de tous âges parmi 31 articles publiés depuis moins de 12 ans dans 13 pays (majoritairement des pays d'Amérique centrale, Amérique du sud et Europe) les prévalences variaient de 10 à 90%, avec une majorité entre 24 et 40% (33). Les critères utilisés pour évaluer cette pertinence diffèrent selon les études et sont souvent subjectifs. L'outil **AEPf** (*Appropriateness Evaluation Protocol* version française) comprend des critères de sévérité clinique et des critères liés aux soins délivrés (cf. annexe 7.5). Dans la Revue de pertinence des soins de l'ANAES en 2004, qui utilise cet outil pour évaluer les admissions et les journées d'hospitalisation, les études trouvent 10 à 30% de non pertinence en Europe (24). Dans l'étude de 1989 utilisant le **PAEP** (*Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol*), échelle portant sur des critères pédiatriques, (cf. annexe 7.6), Bernard Kreger montre une moyenne de 10,5% d'admissions inappropriées (25). Cependant, les outils AEPf et PAEP ne sont pas utilisables en ce qui concerne les passages aux urgences non suivis d'une admission dans un service hospitalier. Pour ces consultations dites externes ou non programmées, aucune échelle d'évaluation n'existe à ce jour. Cela peut expliquer en partie le taux important de consultations jugées non pertinentes retrouvé dans notre étude, qui englobe tous les passages quel que soit le mode de sortie : on voit ainsi que 96% des consultations non pertinentes rentrent à domicile après leur passage aux urgences. Nous n'avons pas constaté de différence significative de pertinence selon l'heure de passage, contrairement aux résultats de la méta-analyse de Carret et al. qui retrouvait des consultations plus pertinentes entre minuit et 8h du matin. Notre travail a montré un lien entre les distances parcourues supérieures à 20 km et une bonne pertinence du recours (OR=0,85). D'autres travaux analysés par Carret et al. sont concordants avec ces résultats, en montrant que la proximité avec le service des urgences est un déterminant majeur de passages inappropriés. Le sexe féminin apparaît comme un facteur de mauvaise pertinence, avec un OR égal à 1,09 dans notre étude ; dans la méta-analyse de Carret et al., seize études observent un lien significatif similaire en analyse multivariée, avec des odds ratio légèrement supérieurs entre 1,12 et 1,56 (33). On peut supposer une différence culturelle de comportement de la part des parents à l'égard de leurs petites filles, qu'ils amènent peut-être plus facilement aux urgences, considérant une certaine « fragilité » constitutionnelle du sexe féminin. Des recherches dans le domaine des sciences humaines seront intéressantes à réaliser sur ce sujet. Nous avons constaté de manière rassurante que l'adressage par

un professionnel de santé était un déterminant significativement associé à une bonne pertinence du recours aux urgences (OR=0,76). Des résultats similaires ont été mis en évidence dans une étude italienne en 2003 (Bianco et al.) (34) dans laquelle était retrouvé un OR égal à 2,52 lorsque le patient n'était pas adressé par un médecin au préalable. Il apparaît également dans notre étude que la longue durée des symptômes est liée à une mauvaise pertinence (OR=1,57), ce qui est aussi observé dans l'étude de Bianco et al. avec un OR égal à 1,78. Dans notre étude, l'absence de médecin traitant déclaré augmente le risque de mauvaise pertinence du recours (OR=1,31) ; cela concorde avec une étude brésilienne publiée en 2002, montrant que le fait d'être suivi par un médecin traitant est significativement lié aux venues appropriées aux urgences (OR=2,98) (35). Nous n'avons pas observé de lien significatif entre la catégorie socioprofessionnelle des parents et la pertinence du recours, tout comme la majorité des études incluses dans la méta-analyse de Carret et al. (33). Ces résultats diffèrent de l'étude de Jeandidier B. en 1999 (18), dans laquelle la pertinence semble influencée par l'origine ethnique et culturelle des parents, ainsi que leur niveau socio-professionnel (mais cette étude, seulement descriptive, n'a pas réalisé d'analyse multivariée). Les principaux motifs de recours liés à une mauvaise pertinence dans notre étude étaient les troubles ORL (OR=2,49), ophtalmologiques (OR=2,2) et dermatologiques (OR=1,97). Dans une étude espagnole en 1999, Oterino et al. mettent en évidence les pathologies de la peau (OR=4,95), mais également les troubles psychiatriques (OR=2,54) et musculosquelettiques (OR=2,60) (36). Les différences s'expliquent probablement par une population composée d'adultes et adolescents de plus de 15 ans, contrairement à notre étude ciblée sur une population pédiatrique de moins de 15 ans.

## **b) Comprendre le parcours de soins des parents**

Nous observons que le motif de recours aux urgences pour 42% des parents est l'accessibilité aux soins, qui permet d'avoir un avis médical rapide et une prise en charge 24h/24 quel que soit le jour de la semaine. Nous pouvons mettre en parallèle ces résultats avec ceux présentés dans la thèse de Béatrice Querbes et Claire Bourgogne, menée à Nantes sur cette thématique avec une méthodologie qualitative : elles ont cherché à comprendre le parcours de soins des parents qui viennent aux urgences de façon inappropriée. Ils ont exprimé de manière consensuelle plusieurs raisons principales : la recherche d'une réassurance rapide, leur grande confiance dans l'hôpital, une vision contrastée du médecin traitant apprécié pour sa proximité relationnelle et décevant par son indisponibilité, et leur méconnaissance des dispositifs de permanence de soins (13). Dans une étude de la DREES en 2002, les patients évoquaient la proximité de l'établissement, le sentiment d'urgence ou de gravité, le

sentiment d'avoir besoin d'un avis spécialisé ou de faire des examens, le besoin d'un plateau technique spécialisé, et le souhait que le problème soit réglé rapidement par convenance personnelle (37). Une cause récurrente d'admissions aux urgences jugées non pertinentes est l'insuffisance des moyens mis à disposition de la population en ambulatoire. Nos résultats montrent que 30% des passages non pertinents concernent des personnes venues par défaut aux urgences, et que 68% auraient pu être vu par le médecin généraliste en ville. Dans l'étude de Davido en 1991, la principale cause d'admission inappropriée était le défaut d'organisation des soins et des examens complémentaires en ambulatoire (23). Ce manque d'accessibilité aux soins en ambulatoire est encore d'actualité aujourd'hui. Le déficit en médecins généralistes se creuse davantage depuis plusieurs années, et la surcharge de travail occasionnée empêche souvent les médecins libéraux de garder suffisamment de créneaux d'urgence dans leurs plannings de consultations. La PDSA (Permanence de Soins Ambulatoires) existe depuis 2003 et améliore l'accès aux soins aux heures de fermeture des cabinets, mais est insuffisamment développée et peu connue du grand public. L'appel au centre 15 pour un avis médical ou une urgence non vitale n'est pas acquis pour de nombreux usagers, qui pensent devoir utiliser ce numéro d'appel uniquement pour les urgences vitales.

### **c) Les conséquences de ces consultations non pertinentes**

Si nous considérons que les consultations jugées non pertinentes dans notre étude auraient pu être prise en charge par la médecine de ville, nous estimons à l'échelle nationale à environ 223 000€ le surcoût journalier pour l'Assurance Maladie et les mutuelles engendré par ces consultations aux urgences, comparé au prix des consultations en ville par les médecins libéraux. Cela peut représenter jusqu'à 80 millions d'euros par an. Selon la Cour des Comptes, les chiffres estimés sont encore plus élevés : en 2014 dans son rapport sur la Sécurité Sociale, la moyenne d'un passage aux urgences dans les établissements publics est de 161,50€, et le potentiel d'économie est évalué à 500 millions d'euros si une meilleure orientation vers la médecine de ville était proposée aux consultations jugées évitables (38). Pour réaliser nos calculs, nous avons pris en compte des tarifs allant de 48€ à 98€ par consultation selon la nomenclature NGAP, sans inclure les examens complémentaires. Cela montre bien la complexité du dispositif tarifaire actuel et la méconnaissance de l'étendue des dépenses engendrées par ces passages aux urgences jugées non pertinentes. Une étude médico-économique s'avère nécessaire pour comparer les différents coûts engendrés par ces consultations externes non programmées, à la fois du point de vue du système de santé (quel coût pour l'assurance maladie, et quelles conséquences pour les usagers), et du point de vue des structures hospitalières. Des

programmes d'amélioration de l'accessibilité à la médecine de ville permettront une économie substantielle à la Sécurité Sociale. Indépendamment des conséquences économiques, l'état de santé de la population est impacté par l'engorgement des services d'urgences : on peut craindre une altération de la qualité de prise en charge des patients, un allongement du temps d'évaluation médicale et diagnostique, voire un retard aux soins. La disponibilité des équipes soignantes est diminuée, le personnel travaille sous pression, ce qui augmente le risque d'erreur médicale et d'iatrogénie (9,39). Des conséquences organisationnelles existent également, décrites dans l'article de Hué V. et al. en 2008 sur les structures d'urgences : les effectifs du personnel sont insuffisants pour pallier à l'inflation de la fréquentation de ses services, la taille des locaux est inadaptée, les places d'hospitalisation peuvent manquer, ainsi que le nombre de lits lors des périodes épidémiques hivernales (40). Les articles de presse récents démontrent bien l'actualité du problème, avec un engorgement croissant des services, le plan « Hôpital sous tension » activé de plus en plus fréquemment, ainsi que les conséquences dramatiques rapportées en mars dernier à l'hôpital de Lyon (le décès d'une jeune femme de 19 ans en attente depuis plus de 8h sur un brancard des urgences) (41-43).

## ***4.2. Forces et limites de l'étude***

Notre étude est multicentrique, prospective, et quasi exhaustive sur tout le territoire national. Elle constitue une base d'informations considérable et de qualité, garantissant une grande puissance statistique et une précision importante des données pour les analyses. Certaines limites sont pourtant à souligner, comme les cinq années écoulées depuis cette enquête de la DREES, en rapport avec des lenteurs et difficultés réglementaires pour obtenir l'autorisation d'analyser ces données. De plus, l'évaluation de la pertinence par les médecins examinateurs est subjective et examinateur-dépendante : elle est source d'un biais de jugement à prendre en compte. Le nombre de données inconnues est non négligeable (allant de 1,8 à presque 20%), ce qui peut sous-évaluer des caractéristiques de la population ou certains déterminants de la pertinence. La journée d'étude étant un jour en semaine, les résultats ne sont pas représentatifs d'une journée de week-end, où l'affluence est accrue par la fermeture des cabinets libéraux et l'accès à la permanence des soins. L'étude a été réalisée au mois de juin, les motifs de recours diffèrent des périodes d'épidémies hivernales où les consultations pour les infections virales ORL et digestives sont fortement augmentées. On peut supposer que le taux de passages jugés non pertinents est encore plus élevé lors de ces périodes.

### **4.3. Perspectives**

Cette étude reste très subjective car la note donnée pour évaluer le degré de pertinence était à l'appréciation du médecin examinateur, sans aucune consigne particulière : elle était donc très variable en fonction de l'expérience du médecin, de l'affluence dans le centre, et de la connaissance du réseau de soins. Cette méthode d'évaluation est peu reproductible, comme étudié dans la thèse de Marie Le Lan à Nantes en 2014, avec un Kappa moyen égal à 0,45 entre le médecin thésard et le médecin du jour, et égal à 0,46 entre le médecin thésard et le médecin expert (20). Il serait intéressant de développer un outil standardisé d'évaluation de la pertinence des recours aux urgences pédiatriques qui permettrait d'étudier les consultations externes non programmées en France : l'outil PAEP ne semble pas adapté pour ce type de recherche car sa grille est applicable uniquement pour les passages aux urgences suivis d'une admission dans un service hospitalier, et n'a pas été adapté au système de soins français (cf. annexe 7.6). Cela permettrait également la mise en place de protocoles d'amélioration de la qualité des soins dans les services d'urgence (44), en utilisant ce nouvel outil d'évaluation (exemple : réorienter plus facilement vers le médecin de garde ou le médecin généraliste le lendemain). Nous préconisons de favoriser la coordination entre les médecins libéraux et les services d'urgence, pour une utilisation plus optimale des ressources, l'amélioration de l'accessibilité aux soins, et la diminution de l'iatrogénie liée aux soins hospitaliers. Il nous semble indispensable de développer la Permanence de Soins Ambulatoires : une étude italienne de 2017 (Posocco et al.) a mis en évidence le rôle positif de cette permanence de soins, en améliorant l'orientation des patients vers les services d'urgences et en multipliant par 7 les recours jugés pertinents qui sont suivis d'une hospitalisation (45). Cela renforce l'idée que les consultations dans les maisons médicales de gardes sont utiles et ont un rôle de tri dans l'accès aux services d'accueil des urgences. Améliorer l'information des usagers peut permettre une utilisation plus appropriée de l'offre de soins, notamment en cas de recours urgent : dans une étude qualitative américaine de Berry et al. en 2008, les parents interrogés exprimaient le souhait de recevoir une formation ou une éducation sur les urgences courantes en pédiatrie (46). Dans la thèse de Béatrice Querbes et Claire Bourgogne en 2017, la méconnaissance de la permanence de soins ambulatoires a été souvent exprimée par les parents, ainsi que l'indisponibilité de leur médecin traitant (13). Des actions peuvent être menées par des campagnes d'information collective à l'égard du grand public, ainsi que pour inciter les médecins généralistes à relayer l'information auprès de leurs patients. Une éducation de la population peut être menée sur les motifs de consultations ou d'appel au centre 15, mais aussi sur le coût réel des consultations aux urgences, afin de responsabiliser les usagers.

## 5. CONCLUSION

Il existe un taux important de consultations pédiatriques jugées non pertinentes aux urgences en France. L'évaluation de cette pertinence n'est pas standardisée et repose sur l'opinion subjective des médecins examinateurs. Il apparaît difficile de distinguer l'urgence médicalement justifiée de l'urgence ressentie, ou simplement de l'urgence constituée par l'absence de solution alternative. La définition même de la pertinence n'est pas clarifiée, avec une notion d'urgence qui diffère selon les médecins et les usagers (notion d'urgence ressentie, ou désir d'une réassurance rapide). Sur la base de l'enquête nationale DREES 2013, certains déterminants de mauvaise pertinence ont été identifiés. La grande majorité des consultations jugées non pertinentes vues aux urgences auraient pu être prises en charge en ambulatoire par le médecin généraliste le jour-même ou le lendemain. Elles ont entraîné un surcoût non négligeable pour l'Assurance Maladie en comparaison avec une prise en charge ambulatoire. Ces résultats amènent à penser qu'il est possible et nécessaire d'améliorer la pertinence du recours aux urgences par différentes approches. Le suivi médical en libéral des familles et des enfants et la prise en charge des « petites urgences » peuvent être optimisés par un accroissement du nombre de médecins généralistes et de pédiatres libéraux. Le lien ville-hôpital a besoin d'être renforcé pour augmenter la communication entre les différents acteurs du système de santé et améliorer la réorientation des usagers en cas de recours inapproprié. La permanence des soins ambulatoires nécessite d'être développée davantage pour proposer des consultations rapides en-dehors des heures d'ouverture des cabinets. Certains médecins généralistes ne semblent pas à l'aise avec les pathologies pédiatriques, qui peut s'expliquer par leur manque de formation : en effet le cursus d'études médicales ne permettait pas jusqu'alors à tous les internes de médecine générale de passer dans un service de pédiatrie. Une éducation renforcée des familles, mais aussi la formation des médecins et des pharmaciens, semble indispensable sur les conduites à tenir en cas d'urgence réelle ou ressentie. Un apprentissage serait utile concernant les numéros d'appel à utiliser par les usagers avant de se rendre aux urgences, et les lignes téléphoniques dédiées aux médecins avant d'adresser leurs patients. Les coûts réels des soins dont les patients bénéficient doivent être connus. Des recherches complémentaires seront nécessaires afin de développer un outil d'évaluation de la pertinence adapté aux consultations pédiatriques externes accueillies dans les services d'urgence en France. Cet outil permettra également des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles au sein de ces structures.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. Service d'aide médicale urgente. Wikipédia [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Service\\_d%27aide\\_m%C3%A9dicale\\_urgente&oldid=143081601](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Service_d%27aide_m%C3%A9dicale_urgente&oldid=143081601)
2. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512206&dateTexte=>
3. Steg A. Commission nationale de restructuration des urgences [Internet]. 1993. Disponible sur: <http://documentation.fhp.fr/documents/3746R.pdf>
4. Plan Urgence 2003 [Internet]. Disponible sur: [http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan\\_urgences.pdf](http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan_urgences.pdf)
5. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
6. Stagnara J. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. *Presse Médicale*. 2010;39(11):e258-63.
7. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on? *Panorama 2013* [Internet]. DREES; 2013. Disponible sur: [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013\\_dossier01.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf)
8. FEDORU. *Panorama 2016 | FEDORU* [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.fedoru.fr/panorama/>
9. Gras-Le Guen C. Limiter l'engorgement hivernal aux urgences pédiatriques. *Soins Pédiatrie Puériculture*. déc 2014;(281):19-22.
10. Demonchy D. Un circuit court pour désengorger les services d'accueil des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie*. mars 2014;22(3):247-54.
11. Le Goaziou M-F. Qui consulte aux urgences? Enquête auprès de patients consultant dans un service d'accueil des urgences. *Rev Prat - Médecine Générale*. 5 mars 2001;15(529):469-73.
12. Gentile S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. In *Marseille*; 2007. Disponible sur: <http://www.copacamu.org/spip.php?article554>
13. Bourgogne C, Béatrice Q, Jean-Paul C, Nantes U de, Médicales U de NU de F et de R de M et des T. Comprendre le parcours de soins des parents consultant aux urgences pédiatriques pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire enquête qualitative auprès de parents du CHU de Nantes et du CHD de La Roche-Sur-Yon. [Nantes]: Université de Nantes; 2017.

14. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2017 [Internet]. Enquêtes et études démographiques: Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173#titre-bloc-5>
15. Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France en 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins; p. 49-55. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf)
16. Leclerc F. L'inflation des urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. 1999;6(suppl 2):454-6.
17. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées: enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Arch Pédiatrie. févr 2004;11(2):108-14.
18. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H. Le faux débat des fausses urgences. Arch Pédiatrie. 1999;6(2):464-6.
19. Prunier-Duparge J. Pertinence des venues aux urgences médico-chirurgicales pédiatriques des nouveau-nés de moins de 30 jours à l'HCE du CHU de Grenoble sur une période de six mois [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014.
20. Le Lan M. Pertinence du recours aux urgences pédiatriques selon différents systèmes d'évaluation: cohorte nantaise de l'enquête nationale 2013. [Nantes]: Université de Nantes; 2014.
21. Cosaert C. Analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale : première étape de la création d'un outil d'éducation pour la santé ayant pour objectif le désengorgement des urgences pédiatriques. Lille; 2016. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/1f8e33bb-7fc6-4606-8f4e-2c58653b9144>
22. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care. août 1981;19(8):855-71.
23. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of Admission in an Emergency Department: Reliability of Assessment and Causes of Failure. Int J Qual Health Care. 1 déc 1991;3(4):227-34.
24. ANAES. Revue de pertinence des soins - Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. ANAES; 2004p. 91. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf)
25. Kreger BE, Restuccia JD. Assessing the Need to Hospitalize Children: Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. Pediatrics. 1 août 1989;84(2):242-7.
26. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013#Les-questionnaires-et-themes-abordes>
27. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé. août 2015;(0929). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et->

statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-sept-patients-sur-dix-attendent-moins-d-une-heure-avant-le-debut-des

28. Le codage des actes biologiques - NABM. Améli.fr. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-codage/codage-actes-biologiques-nabm>
29. La nomenclature générale des actes professionnels - NGAP. Améli.fr. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-codage/ngap>
30. Forfait Accueil et Traitement des Urgences « ATU ». Ministère de la Santé et des Sports; 2010 avr. (Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé). Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/forfait\\_atu.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/forfait_atu.pdf)
31. Arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
32. Van Den Heede K, Dubois C, Devriese S. Organisation et financement des services d'urgence: situation actuelle et possibilités de réforme. KCE; 2016 p. 50. (Health Services Research). Report No.: KCE Report 263Bs. Disponible sur: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_263\\_Bs\\_Organisation\\_et\\_financement\\_des\\_services\\_durgence.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_263_Bs_Organisation_et_financement_des_services_durgence.pdf)
33. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. janv 2009;25(1):7-28.
34. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. juill 2003;117(4):250-5.
35. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract*. 1 avr 2002;19(2):207-10.
36. Oterino D, Peiro S, Calvo R. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos | *Gaceta Sanitaria*. *Gac Sanit*. 1999;13(5):361-70.
37. DREES. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes Résultats*. janv 2003;(215). Disponible sur: <http://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>
38. Sécurité sociale 2014. Cour des Comptes. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2014>
39. Gras-Le Guen C, Vrignaud B, Levieux K. Organisation des soins aux urgences pédiatriques. *Rev Prat*. mai 2015;65(5):627-30.
40. Hue V, Dubos F, Pruvost I, Martinot A. Organisation et moyens de l'accueil des urgences pédiatriques : enquête nationale française en 2008. *Arch Pédiatrie*. févr 2011;18(2):142-8.
41. Béguin F. Les urgences hospitalières confrontées à une surchauffe inhabituelle sur l'ensemble du territoire. *Le Monde.fr*. 17 mars 2018; Disponible sur: [http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/03/17/les-urgences-confrontees-a-une-surchauffe-inhabituelle-sur-l-ensemble-du-territoire\\_5272516\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/03/17/les-urgences-confrontees-a-une-surchauffe-inhabituelle-sur-l-ensemble-du-territoire_5272516_1651302.html)

42. Kron B. Urgences hospitalières en souffrance. Contrepoints. 2017. Disponible sur: <https://www.contrepoints.org/2017/01/09/277179-urgences-hospitalieres-souffrance>
43. Urgences : le coup de gueule de l'AMUF. JIM.fr. Disponible sur: [http://www.jim.fr/docs/urgences\\_le\\_coup\\_de\\_gueule\\_de\\_lamuf\\_170796/document\\_actu\\_pro.phtml](http://www.jim.fr/docs/urgences_le_coup_de_gueule_de_lamuf_170796/document_actu_pro.phtml)
44. ANAES. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: ANAES; 2000 juill. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/methodes.pdf>
45. Posocco A, Scapinello MP, De Ronch I, Castrogiovanni F, Lollo G, Sergi G, et al. Role of out of hours primary care service in limiting inappropriate access to emergency department. Intern Emerg Med. 25 mai 2017;
46. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why Do Parents Bring Children to the Emergency Department for Nonurgent Conditions? A Qualitative Study. Ambul Pediatr. nov 2008;8(6):360-7.

## 7. Annexes

### 7.1. Questionnaire patient de l'enquête nationale DREES 2013



## Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières Questionnaire Patient

*En bleu : champs obligatoires*

### Identification de la structure

Nom de l'établissement : **A1**

Numéro FINESS géographique : **A2**

Nom de la structure des urgences : **A3**

Type d'accueil : **A4**

Nom du référent pour l'enquête : **A5**

### Enregistrement à l'arrivée aux urgences

Date et heure d'enregistrement aux urgences : **A6** / 06 / 2013 à **B6** h mn

Date et heure d'entrée physique aux urgences  
(heure supposée d'arrivée aux urgences) : **A8** / 06 / 2013 à **B8** h mn

Numéro d'entrée du patient : **A10**

Numéro d'ordre  
(calculé par la plateforme de saisie) : **B10**

Date de naissance : **A11** / / **B11** / / **B12** /  
jour mois année

Sexe : **A12**  Homme  Femme

Code postal de la commune du lieu de vie : **A13**

ou étranger de passage : noter le pays : **B13**

Contact avec le patient : **D13** ← Reportez le code correspondant dans la case

1. Le patient est en mesure de répondre
2. L'accompagnant répond (pour les patients désorientés, inconscients, ne comprenant pas ou ne parlant pas le français, les enfants, ...)
3. Pas d'interrogation possible (patient inconscient, non accompagné...)
4. Le patient refuse de répondre

*Si pas d'interrogation possible ou refus (réponse 3 ou 4) aller directement à **A68** Passage aux urgences pour tous les patients*

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.  
Visa n°2013X0805A du Ministre des affaires sociales et de la santé et du Ministre de l'économie et des finances, valable pour l'année 2013  
En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.  
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du responsable de la structure des urgences les ayant pris en charge dans le mois qui suit le passage.  
Ce questionnaire est couvert par le secret statistique, doit être conservé par le référent urgentiste jusqu'à sa saisie et détruit après la saisie.

**Pour les enfants mineurs**

**Nature de l'accompagnant :** **E13**  1. père ou mère 3. enseignant, éducateur  
2. autre personne de la famille 4. autre personne

---

**Pour tout le monde**

**Lieu de vie habituel :** **A14**  1. domicile (vivent seul) 3. institution (établissement de santé, médico-social, EHPA, EHPAD... y compris foyers Aide sociale à l'enfance, IME, IMR, CHRS, ...)

**Recours aux urgences :** **B14**  1. du lieu de vie habituel 2. hors du lieu de vie habituel (en déplacement, vacances...)

---

**Remplir A15 à A18 pour les patients adultes. Pour les enfants, remplir A15 à A18 si l'enfant est accompagné par un des parents, en indiquant les caractéristiques du parent.**

**Situation assurantielle :** **A15**  1. régime de la sécurité sociale 3. aucun droit ouvert en France  
2. AME 4. ne sait pas

**Assurance complémentaire :** **A16**  1. complémentaire santé (mutuelle, assurance, institution de prévoyance) 3. pas d'assurance complémentaire au régime de sécurité sociale  
2. CMUC 4. ne sait pas

**Niveau de diplôme :** **A17**  0. Aucun 2. Niveau Bac 4. Ne sait pas  
1. Niveau CAP-BEP 3. Études supérieures 8. Non réponse

**Activité :** **A18**  1. actif ayant un emploi 4. étudiant 7. autre  
2. chômeur 5. autres inactifs 8. non réponse  
3. retraité 6. ne sait pas

---

**Arrivée aux urgences**

**Mode d'arrivée :** **A19**  1. Par ses propres moyens ou ceux de l'accompagnant pour un enfant accompagné (à pied, en moto, vélo, transport en commun, voiture conduite par le patient)  
2. Véhicule conduit par un tiers  
3. Taxi, ambulance privée (y.c. Croix-Rouge, ...)  
4. Par les forces de l'ordre sous contrainte (livresse, détenus...)  
5. Véhicule Sapeurs Pompiers  
6. SMUR  
7. Ne sait pas

Si code 4, aller directement à la question **A68** "Passage aux urgences pour tous les patients"

**Provenance :** **A20**  1. domicile 4. en provenance d'une structure médico-sociale (EHPA, EHPAD, foyers Aide sociale à l'enfance, IME, IMR, CHRS, ...)  
2. voie publique, travail, école... 5. une maison médicale de garde  
3. en provenance d'un établissement de santé (détail infra) 6. autre

Si code 3 (En provenance d'un établissement de santé), précisez dans le tableau ci-dessous puis aller directement à la question **A68** "Passage aux urgences (pour tous les patients)"

Cochez la (les) case(s) correspondant à la situation du patient	MCO	HAD	SSR	Psy	Soins de longue durée
	A	B	C	D	E
même établissement, même site <b>A21</b>	<input type="checkbox"/>				
même établissement, autre site <b>A22</b>	<input type="checkbox"/>				
autre entité juridique <b>A23</b>	<input type="checkbox"/>				

---

**Le patient était-il attendu :** **A24**  1. non 4. oui, en programmé (prévu depuis plus de 24 heures) pour une hospitalisation  
2. non, mais adressé par un médecin (bénéat) 5. reconvoqué pour des soins aux urgences  
3. oui, en non programmé pour accéder à un plateau technique, pour recevoir des soins urgents

**Le patient s'est-il déjà rendu aux urgences :**

**dans les dernières 24 heures ?** **A25**  1. oui, dans la même structure 2. oui, dans une autre structure 3. non

**au cours des 7 derniers jours ?** **B25**  1. oui, dans la même structure 2. oui, dans une autre structure 3. non



**“Pourquoi êtes-vous venu(e) aux urgences ?”**  
**Cochez les cases qui correspondent le mieux à la situation du patient :**

*Modalités non lues. Le médecin pose la question, laisse le patient s'exprimer et relance pour préciser la réponse si besoin*

**Venue aux urgences clairement décidée pour un motif médical (plusieurs réponses possibles) :**

victime d'un accident (vie quotidienne, sportif, travail, voie publique...) ..... **A43**

conseil d'un médecin ..... **A44**

je pensais que c'était grave ..... **A45**

je pensais que je devais être hospitalisé ..... **A46**

j'étais angoissé et je ne savais pas où aller ..... **A47**

**Venue aux urgences clairement décidée pour l'accessibilité aux soins (plusieurs réponses possibles) :**

proximité des urgences ..... **A48**

j'avais besoin que mon problème de santé soit réglé rapidement ..... **A49**

c'est plus rapide d'attendre aux urgences que de chercher un médecin ..... **A50**

on peut y réaliser les examens complémentaires ..... **A51**

on peut y consulter un médecin spécialiste (pédiatre, ophtalmo, cardiologue...) ..... **A52**

je peux être pris en charge en dehors des heures de travail ..... **A53**

pas besoin d'avancer d'argent ..... **A54**

**Venue aux urgences en second choix, par défaut (plusieurs réponses possibles) :**

mon médecin était absent ..... **A55**

je n'ai trouvé aucun médecin en cabinet ..... **A56**

je n'ai trouvé aucun médecin qui pouvait se déplacer ..... **A57**

j'ai besoin d'un examen rapidement et je n'arrive pas à trouver de rendez-vous ..... **A58**

j'ai essayé de me soigner seul, sans résultat ..... **A59**

j'ai consulté, mais cela ne va pas mieux malgré le traitement ..... **A60**

**Venue aux urgences dans d'autres circonstances :**

les pompiers ou le SMUR m'ont amené là ..... **A61**

je ne pouvais pas rester au domicile (personne âgée, ou isolée) ..... **B61**

Autre ..... **A62**

↳ Précisez : .....

**Le patient a-t-il un médecin traitant (ou habituel) ?**  
*Si le patient est un enfant, le pédiatre est le médecin traitant* **A63**  Oui  Non

**Pour tous**

**Mode habituel de recours aux soins pour des problèmes médicaux en dehors d'un contexte d'urgence ressentie.**

une réponse par catégorie d'horaires	En journée en semaine	En journée le week-end et jours fériés	La nuit
	A	B	C
Médecin traitant ..... <b>64</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin de garde * ..... <b>65</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgences / SAMU ..... <b>66</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (y c. MMG) ..... <b>67</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\* y compris associations de médecins type SOS Médecins ...*

**Passage aux urgences pour tous les patients.**

Date et heure de la **première évaluation** par un IAO, IDE, MAO (hors box) : **A68** [ ] [ ] / 06 / 2013 à **B68** [ ] h [ ] mn

Date et heure du début de prise en charge médico-soignante : **A70** [ ] [ ] / 06 / 2013 à **B70** [ ] h [ ] mn

Patient pris en charge dans un circuit court à l'intérieur de la structure des urgences (hors MMG) ? **A72**  Oui  Non

Gravité (Score CCMU : 1 / P / 2 / 3 / 4 / 5 / D. Reportez le code correspondant dans la case) **A73** [ ]

		Oui	Non
Y a-t-il eu réalisation d'un acte d'imagerie ?	<b>A74</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>			
Imagerie conventionnelle (radiographie standard)	<b>B74</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imagerie non conventionnelle (scanner, IRM, échographie spécialisée)	<b>C74</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu réalisation d'un acte de biologie ?	<b>A75</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu réalisation d'un autre acte diagnostic (ECG...)?	<b>A76</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu réalisation d'un acte de soins (pansements, points de suture, aérosols, immobilisation de membre, ...)?	<b>A77</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu un avis spécialisé ?	<b>A78</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu une prise en charge en salle d'accueil des urgences vitales ?	<b>A79</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation en UHCD durant le passage aux urgences ?	<b>A80</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée de séjour dans un lit (UHCD) :	<b>B80</b> [ ] h [ ] mn		
Le patient a-t-il séjourné plus de 30 mn dans un couloir du service des urgences ?	<b>A81</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée de séjour aux urgences sur un brancard à compter de la première évaluation :	<b>A82</b> [ ] h [ ] mn		

**Sortie et aval des urgences**

Date et heure de **sortie des urgences**. UHCD comprise : **A84** [ ] [ ] / 06 / 2013 à **B84** [ ] h [ ] mn

Pathologie principale à la sortie :

Libellé	(Code CIM-10)
<b>A87</b>	<b>A86</b> [ ] [ ] . [ ] [ ]

Pathologies associées prises en considération pour la prise en charge (5 possibilités)

Libellé	(Codes CIM-10)
<b>A89</b>	<b>A88</b> [ ] [ ] . [ ] [ ]
<b>A91</b>	<b>A90</b> [ ] [ ] . [ ] [ ]
<b>A93</b>	<b>A92</b> [ ] [ ] . [ ] [ ]
<b>A95</b>	<b>A94</b> [ ] [ ] . [ ] [ ]
<b>A97</b>	<b>A96</b> [ ] [ ] . [ ] [ ]

**Expression de violence verbale ou physique du patient ou de l'accompagnant au cours du passage aux urgences ?** **A98**  Oui  Non

↳ Si oui : **violence verbale :** **B98**  Oui  Non

**violence physique :** **C98**  Oui  Non

**Mode de sortie : A101**

0. Retour à domicile  
1. Retour à domicile en HAD  
2. Hospitalisation dans l'établissement  
3. Hospitalisation dans un autre établissement  
4. Retour en EHPAD (ou autre institution d'origine)  
5. Décès  
6. Sortie contre avis médical  
7. Vers une maison médicale de garde  
8. Parti sans attendre

Si code 0 ou 1 ou 4, reconvocation aux urgences pour poursuite de soins ? **B101**  Oui  Non

**Si pas d'hospitalisation en A101, allez directement à A112**

**Hospitalisation**

**En cas d'hospitalisation à partir de la structure d'urgences, y compris à partir de l'UHCD, précisez le type de service hospitalier :** **A102**

1. service de médecine  
2. chirurgie  
3. obstétrique  
4. soins intensifs ou réanimation  
5. bloc opératoire  
6. retour en soins de suite et de réadaptation  
7. retour en soins de longue durée  
8. psychiatrie

**En cas d'hospitalisation :**

Date et heure de décision d'hospitalisation : **A103** / 06 / 2013 à **B103** h mn

Date et heure d'obtention d'une place d'hospitalisation **C103** / 06 / 2013 à **D103** h mn

**Avez-vous appelé plus d'un service pour trouver la place du patient ?** **B104**  Oui  Non

**En cas d'hospitalisation dans le même établissement (A101=2) précisez :**

Service adapté à la pathologie : **A105**  Oui  Non

Dans le service receveur : 1. Lit conventionnel / 2. Lit supplémentaire / 3. Brancard **A106**

Admission réalisée dans le cadre du plan hôpital en tension : **A107**  Oui  Non

Admission réalisée dans le cadre d'une procédure particulière d'hébergement **B107**  Oui  Non

Intervention de l'administrateur de garde : **A108**  Oui  Non

**En cas d'hospitalisation dans un autre établissement (A101=3) précisez :**

Type d'établissement : **A109** 1. Public 2. Privé 3. Privé non lucratif

Motif du transfert : **A110** 1. Défaut de plateau technique 2. Manque de place 3. Choix du patient 4. Retour vers l'établissement d'origine

**Appréciation par le médecin du degré d'adéquation du recours aux services des urgences**

Appréciation par le médecin du degré d'adéquation du recours aux services des urgences. (Une seule réponse possible)

Le patient nécessitait une prise en charge en urgence à l'hôpital (indépendamment de l'urgence ressentie par le patient)	<b>A112</b>	<input type="checkbox"/>
Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin <b>le jour même</b>	<b>A113</b>	<input type="checkbox"/>
Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin spécialiste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin <b>le jour même</b>	<b>A114</b>	<input type="checkbox"/>
Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin <b>le jour même</b> et de pouvoir faire pratiquer <b>des examens complémentaires</b> (par ex biologie, imagerie...) le jour-même	<b>A115</b>	<input type="checkbox"/>
Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin spécialiste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin <b>le jour même</b> et de pouvoir faire pratiquer <b>des examens complémentaires</b> (par ex biologie, imagerie...) le jour-même	<b>A116</b>	<input type="checkbox"/>
Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet <b>le lendemain</b>	<b>A117</b>	<input type="checkbox"/>
Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin spécialiste en cabinet <b>le lendemain</b>	<b>A118</b>	<input type="checkbox"/>
Le patient aurait pu être pris en charge dans son EHPAD s'il y avait une présence infirmière (IDE) jour et nuit	<b>A119</b>	<input type="checkbox"/>
Le patient aurait pu être pris en charge dans son EHPAD s'il y avait une présence médicale en journée le week-end	<b>A120</b>	<input type="checkbox"/>
Aucune des réponses précédentes	<b>A121</b>	<input type="checkbox"/>

Précisez : **A122** \_\_\_\_\_

**Échelle d'auto-évaluation :**  
Entre ZERO (passage pas du tout adéquat à l'urgence) et 10 (passage totalement adéquat), à combien situez vous le degré d'adéquation de ce passage dans le service des urgences ? **A123**

## 7.2. Nomenclature SFMU pour le questionnaire patient

**Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières**  
**Nomenclature SFMU pour le questionnaire Patient**

**Questionnaire Patient**

**Questions A28 / B28 : Motif de recours du questionnaire patient**

SFMU motif de recours (A28)	CIM10 (B28)
<b>CARDIO-VASCULAIRE</b>	
Arre: cardiaque	I46.9
Douleur thoracique	R07.4
Palpitations	R00.2
Hypertension	I10.0
Malaise sans PC	R53.+1
Hypotension / collapsus	R57.9
Œdème des membres inférieurs	R60.0
Membre inférieur froid sans pouls / symptômes compatibles avec ischémie de membre	I74.3
Membre inférieur chaud rouge / symptôme de maladie thrombo-embolique	I80.2
Problème avec matériel implantable cardiologique	I82.1
<b>ENVIRONNEMENTAL</b>	
Gelure / lésions liées au froid	T35.7
Hypothermie	I88
Coup de chaleur / insolation	T67.0
<b>GASTRO-ENTEROLOGIE</b>	
Douleur abdominale	R10.4
Corps étranger voies digestives	T18.9
Inappétence / perte d'appétit	R63.0
Constipation	K59.0
Diarrhée	K52.9
Corps étranger dans le rectum	T18.5
Nausées et/ou vomissements	R11
Proctologie (hémorroïde, fissure, douleur...)	K62.8
Vomissement de sang	K92.0
Sang dans les selles / Méléna	K92.1
Letre	R17
Hoquet	R06.6
Hoquet	R19.0
Malaise sans PC	R53.+1
<b>GENITO-URINAIRE</b>	
Douleur de la fosse lombaire ou flanc	R10.3
Hématurie	R31.8
Écoulement ou lésion génitale	R36
Douleur ou œdème des OGE	N50.9
Rétention d'urine ou anurie	R33
Signe d'infection urinaire / dysurie / brûlures mictionnelles	R39.8
<b>INTOXICATION</b>	
Intoxication acétaminelle et/ou iatrogène (occasionnée par le traitement médical)	T88.7
Intoxication médicamenteuse volontaire	T50.9
Intoxication non médicamenteuse volontaire	X69.9
État de manque / sevrage / toxicomanie	F19.3
Ébriété, ivresse	F10

SFMU motif de recours (A28)	CIM10 (B28)
<b>NEUROLOGIE</b>	
Altération de la conscience / coma	R40.2
Confusion / Désorientation temporo-spatiale	R41.0
Étourdissement / vertiges	R42
Céphalées	R51
Convulsions	R56.8
Anomalie de la marche / Ataxie / trouble de l'équilibre	R26.8
Tremblement	R25.1
Faiblesse de membre / déficit / symptômes pouvant évoquer un AVC	I64
Perte de sensibilité / parasthésies	R44.8
<b>GYNECOLOGIE</b>	
Problèmes menstruels	N92.6
Corps étranger dans le vagin	T19.2
Pertes vaginales	N89.8
Aggrsion sexuelle / sévices	T74.2
Rougeur ou tension du sein	N61
Méno-métrorragie en dehors de la grossesse	N92.1
Douleur pelvienne	R10.2
<b>OBSTÉTRIQUE</b>	
Problèmes de grossesse 1er trimestre (saignement, douleur...)	O20.9
Problèmes de grossesse 2ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique...)	O99.8
Problèmes de grossesse 3ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique...)	O46.9
Accouchement imminent ou réalisé	O62.3
Problème de post partum (allaitement, hémorragie...)	Z39.1
<b>OPHTHALMOLOGIE</b>	
Corps étranger, brûlure oculaire	T15.9
Trouble visuel / diplopie / baisse de l'acuité	H53.9
Douleur oculaire	H57.1
Démangeaison, oeil rouge	H57.9
<b>ORL</b>	
Otalgie	H92.0
Corps étranger ORL	T17
Acouphènes ou trouble de l'audition	H93.1
Otorrhée / écoulement orille	H92.1
Problème de dent ou de gencive	K08.9
Douleur de gorge, difficultés à avaler, dysphagie	J02.9
Tuméfaction ORL	R22.1
Tumeur ORL et complications	C10.8
Epistaxis	R04.0
congestion nasale / rhume des foirs	J31.0
<b>PEAU</b>	
Morsure	T14.0
Piqure	T63.9
Brûlure	T30.0
Prurit	L29.9
Erythème étendu et autres éruptions	R21
Œdème / rougeur localisée / abcès	I03.9
Contusion, masse, ampoule, autres affections cutanées	L98.8
Parasitose	B88.9
Hématome non traumatique	R23.3
Corps étranger - Peau	M79.59
<b>PEDIATRIE &lt; 2 ans (Pathologie spécifique)</b>	
Troubles alimentaires du nourrisson (< 6 mois)	F98.2
Intere néonatal	P59.9
Pneus intercostales	R68.1
Sifflement respiratoire sans autres symptômes (bronchite, laryngite...)	R06.2
Convulsion hyperthermique	P90
Diarrhée du nourrisson (< 6 mois)	P78.3
Fèvre < 3 mois	P81.0

SMU motif de recours (A29)	CM10 (A29)
<b>PSYCHIATRIE</b>	
Dépression / suicidaire	F32.9
Anxiété / Crise d'angoisse / Spasmodique	F41.9
Hallucinations	R44.3
Insomnie / troubles du sommeil	G47.0
Comportement violent / agitation	R45.6
Comportement étrange / troubles du comportement social / anorexie / boulimie	R46.2
<b>RESPIRATOIRE</b>	
Dyspnée	R06.0
Cyanose	R23.0
Toux	R05
Hémoptysse	R04.2
Corps étranger voies aériennes	T17.9
Réaction allergique	T78.4
Asthme	J45
<b>RHUMATOLOGIE</b>	
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale, lombaire)	M54.9
Douleur au niveau d'un membre supérieur	M79.60
Douleur au niveau d'un membre inférieur	M79.61
Epanchement articulaire	M25.49
Douleur diffuse / sans précision	R52.9
<b>TRAUMATOLOGIE</b>	
Traumatisme multiple	T01.9
Traumatisme crânien avec PC	S06.0
Traumatisme crânien sans PC	S00.9
Traumatisme maxillo-facial	S00.8
Traumatisme oculaire	S05.9
Traumatisme cervical (hors rachis)	S19.9
Traumatisme rachidien ou médullaire	S39.9
Traumatisme thoracique	S21
Traumatisme abdominal	S31.8
Traumatisme du bassin	S32.8
Traumatisme membre supérieur	T11.9
Traumatisme membre inférieur	T13.9
Traumatisme anal ou du rectum	S36.690
Traumatisme OGE, priapisme	S37.8
Dermabrasion / plaie	T00.9
Amputation	T14.7
<b>GÉNÉRAL &amp; DIVERS</b>	
Accident d'exposition au sang et/ou au liquide biologique	Z20.9
Exposition à une maladie contagieuse	Z20.2
Févre	A50.9
Hyperglycémie	R73.9
Hypoglycémie	E16.2
Conseil / consultation / renouvellement ordonnance	Z76.0
Problème de suture et pansements chirurgicaux / pansements	Z48.0
Demande d'examen complémentaire	Z01.6
Problème de matériel médical	T85.9
Anomalie de résultat biologique	R79
Complication post opératoire	T88.9
Problème social	Z60.9
Soins palliatifs / fin de vie	Z51.5
Examen de des fins administratives certifiées / renouveau	Z02.9
Perte d'autonomie	Z74.0
AEG/Asthénie	R53.-0

Question C28 : Circonstances du motif de recours du questionnaire patient

Atteign/Code (C28)	Libellé	Définitions / Commentaires
AVP	AVP	Accident de transport de toute nature
DEFNEST	Chute de grande hauteur	Chute supérieure à 3 m
AGRESSION	Autres agression, rixe ou morsure	Pour toute agression ou rixe sans usage d'arme à feu ou d'arme blanche. Pour toute morsure ou piqûres multiples ou vénéreuses.
NOYADE	Noyade, plongée, eau	Pour les noyades, accident de plongée ou de décompression
ARMEFEU	Arme à feu	Pour toute agression, rixe, accident et suicide ou tentative par agent vulnérant type arme à feu.
COUTEAU	Objet tranchant ou perforant	Pour toute agression, rixe, accident et suicide ou tentative par agent vulnérant type arme blanche.
SPORT	Accident de sport ou de loisir	Traumatisme en rapport avec une activité sportive ou de loisir
PENDU	Pendaison, strangulation	Pendaison, strangulation sans présage du caractère médico-légal ou non
FEU	Feu, agent thermique, fumée	Toute source de chaleur intense ayant provoqué des brûlures, un coup de chaleur ou une insolation, Y compris incendie, fumée d'incendie et dégagement de CO ou discours d'un feu.
EXPLOSIF	Explosion	Explosion de grande intensité même suivi ou précédé d'un incendie, même si notion d'écrasement.
ECRASE	Ecrasement	Notion d'écrasement, hors contexte accident de circulation, explosion ou incendie
TOXIQUE	Exposition à produits chimiques ou toxiques	Lésion en rapport avec une exposition à un produit liquide, solide ou gazeux toxique. Hors contexte NRBC, incendie, intoxication par médicament, alcool ou drogues illicites
CHUTE	Chute, traumatisme béni	Traumatisme béni du ou non à une chute de sa hauteur ou de très faible hauteur.
ELEC	Electricité, foudre	Effet du courant électrique par action directe ou à distance (arc électrique, effet de la foudre)
PRO	Trauma par machine à usage professionnel	Toute lésion traumatique provoquée par un matériel à usage professionnel
DOMILEU	Trauma par appareillage domestique	Toute lésion traumatique provoquée par un matériel à usage domestique ou un accessoire de jeu ou de loisir
SECOND	Transfert secondaire	Pour tout transfert secondaire
AUTRE	Autres	Autre traumatisme avec circonstance particulière non répertorié
CAIA	Accident nombreuses victimes	Accident catastrophique mettant en cause de nombreuses victimes et nécessitant un plan d'intervention particulier
00000	Pathologie médicale non traumatique, non circonstance de non circonstance	Pathologie médicale non traumatique ou sans circonstance de survenue particulière

Question A73 : Gravité - Score CCMU du questionnaire patient

Code	Libellé
P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
1	Etat lésoennel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
2	Etat lésoennel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
3	Etat lésoennel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences

### 7.3. Déterminants de non pertinence : tableau complet de régression logistique

Variables	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P(Wald's test)
<b>Structures: ref.= urgence générale</b>			
urgence générale mais présence pédiatrique	0.84 (0.73,0.96)	1.09 (0.94,1.27)	0.252
urgence pédiatrique	1.17 (1.09,1.25)	1.22 (1.1,1.35)	< 0.001
<b>Âge: ref.= 10 - 15 ans</b>			
<1 mois	1.11 (0.85,1.45)	0.87 (0.65,1.17)	0.363
1 mois-2 mois	1.24 (0.98,1.58)	0.95 (0.72,1.26)	0.739
3 mois-23 mois	1.23 (1.11,1.37)	0.91 (0.8,1.03)	0.117
2 - 5 ans	1.17 (1.06,1.29)	0.93 (0.83,1.04)	0.187
5 - 10 ans	0.97 (0.88,1.06)	0.87 (0.78,0.96)	0.005
<b>Sexe: ref.= Masculin</b>			
Féminin	1.13 (1.05,1.21)	1.09 (1.01,1.18)	0.023
Inconnu	0.9 (0.68,1.17)	0.83 (0.62,1.11)	0.21
<b>Régions: ref.= Île De France</b>			
Alsace	1.84 (1.5,2.27)	1.8 (1.43,2.27)	< 0.001
Aquitaine	1.28 (1.05,1.56)	1.41 (1.14,1.75)	0.001
Auvergne	0.99 (0.75,1.32)	0.9 (0.66,1.22)	0.488
Basse Normandie	1.2 (0.97,1.5)	1.11 (0.88,1.42)	0.376
Bourgogne	1.78 (1.43,2.22)	1.64 (1.29,2.08)	< 0.001
Bretagne	1.6 (1.33,1.93)	1.77 (1.44,2.18)	< 0.001
Centre	1.42 (1.18,1.7)	1.31 (1.07,1.6)	0.008
Champagne Ardenne	1.28 (0.95,1.73)	1.37 (0.99,1.89)	0.054
Franche Comte	1.05 (0.78,1.42)	1.15 (0.83,1.6)	0.399
Guadeloupe Martinique et Guyane	1.55 (1.22,1.98)	1.13 (0.86,1.47)	0.373
Haute Normandie	1.28 (1.05,1.54)	1.27 (1.03,1.56)	0.024
Languedoc Roussillon	1.05 (0.84,1.31)	1.08 (0.85,1.38)	0.527
Limousin	2.1 (1.43,3.08)	2.03 (1.34,3.08)	< 0.001
Lorraine	1.02 (0.83,1.25)	1.12 (0.89,1.41)	0.326
Midi Pyrenees	1.19 (0.98,1.46)	1.47 (1.18,1.84)	< 0.001
Nord Pas de Calais	1.79 (1.54,2.09)	1.86 (1.58,2.2)	< 0.001
Pays de la Loire	1.01 (0.83,1.25)	1.16 (0.93,1.45)	0.197
Picardie	2.14 (1.78,2.57)	2.11 (1.72,2.58)	< 0.001
Poitou Charentes	1.34 (1.05,1.71)	1.4 (1.08,1.82)	0.012
Provence Alpes Cote d Azur et Corse	1.8 (1.56,2.07)	1.65 (1.41,1.93)	< 0.001
Reunion et Mayotte	1.51 (1.09,2.1)	1.75 (1.22,2.51)	0.002
Rhone Alpes	1.22 (1.06,1.4)	1.24 (1.07,1.45)	0.006
<b>Distance: ref.= moins de 5 km</b>			
Entre 5 km et 10 km	0.94 (0.86,1.04)	0.95 (0.86,1.06)	0.358

Entre 10 km et 20 km	0.91 (0.83,1)	0.92 (0.83,1.02)	0.136
Entre 20 km et 30 km	0.87 (0.76,1)	0.85 (0.73,0.98)	<b>0.027</b>
Strictement plus de 30 km	0.87 (0.75,1.01)	0.85 (0.71,1)	0.055
Etranger de passage	0.99 (0.58,1.68)	0.96 (0.54,1.73)	0.901
Non renseigné	1.1 (0.85,1.44)	1.34 (1.01,1.79)	<b>0.044</b>
<b>Accompagnant: ref.= parent</b>			
Autre	0.72 (0.62,0.84)	0.92 (0.78,1.09)	0.339
Inconnu	0.41 (0.34,0.49)	0.76 (0.57,1.01)	0.055
<b>Complémentaire santé: ref.= oui</b>			
Aucune	1.33 (1.13,1.56)	1.17 (0.98,1.4)	0.092
CMUC	1.15 (1.04,1.27)	1.03 (0.92,1.16)	0.585
Inconnu_nsp	0.66 (0.59,0.74)	0.92 (0.79,1.07)	0.29
<b>Diplôme: ref.= Etudes supérieures</b>			
Niveau CAP BEP	1.25 (1.12,1.41)	1.1 (0.97,1.25)	0.141
Niveau Bac	1.17 (1.03,1.32)	1.08 (0.94,1.23)	0.276
Aucun	1.05 (0.95,1.16)	0.96 (0.84,1.1)	0.559
Inconnu_nsp	0.88 (0.79,0.99)	1.08 (0.9,1.29)	0.409
<b>Activité: ref.= actifs avec emploi</b>			
Autres actifs	0.9588 (0.8686,1.0584)	1.0015 (0.8775,1.143)	0.982
Chomeur	1.168 (1.0075,1.3541)	0.9918 (0.8416,1.1688)	0.921
Etudiant	0.94 (0.83,1.07)	1.14 (0.97,1.34)	0.124
Autres inactifs	1.24 (1.09,1.41)	1.15 (0.99,1.34)	0.07
inconnu_nsp	0.8 (0.73,0.89)	1.03 (0.86,1.22)	0.764
<b>Motif de venue: ref.= accessibilité aux soins</b>			
Motif médical	0.76 (0.69,0.83)	0.83 (0.75,0.91)	< <b>0.001</b>
Par défaut	1.6 (1.46,1.75)	1.32 (1.2,1.45)	< <b>0.001</b>
Autres_inconnu	0.41 (0.36,0.46)	0.94 (0.77,1.16)	0.591
<b>Déclaration médecin traitant: ref.= oui</b>			
Non	1.41 (1.21,1.63)	1.31 (1.12,1.54)	< <b>0.001</b>
Inconnu	0.37 (0.31,0.44)	0.51 (0.37,0.7)	< <b>0.001</b>
<b>Heure de passage: ref.= de 4h à 8h</b>			
De 8h à 12h	0.81 (0.63,1.04)	0.87 (0.66,1.14)	0.31
De 12h à 16h	0.73 (0.57,0.94)	0.93 (0.71,1.22)	0.599
De 16h à 20h	0.66 (0.51,0.85)	0.83 (0.63,1.08)	0.168
De 20h à minuit	0.75 (0.58,0.96)	0.86 (0.66,1.14)	0.293
De minuit à 4h	0.84 (0.62,1.13)	0.93 (0.68,1.28)	0.652
<b>Patient adressé: ref.= non</b>			
Adressé par médecin libéral	0.73 (0.63,0.85)	0.76 (0.64,0.91)	<b>0.003</b>
Patient attendu	0.49 (0.42,0.58)	0.53 (0.44,0.64)	< <b>0.001</b>
Inconnu	0.35 (0.29,0.42)	2.01 (0.81,4.98)	0.133
<b>Urgences dans les 24h: ref.= non</b>			
Oui	0.86 (0.73,1.01)	0.78 (0.64,0.94)	<b>0.008</b>
Inconnu	0.36 (0.3,0.43)	0.43 (0.13,1.42)	0.164
<b>Urgences dans les 7 jours: ref.= non</b>			
Oui	1.02 (0.89,1.18)	0.92 (0.78,1.08)	0.31
Inconnu	0.37 (0.31,0.45)	1.22 (0.43,3.46)	0.705

<i>Début de la situation: ref.= aujourd'hui</i>			
Hier	1.57 (1.42,1.73)	1.33 (1.19,1.49)	< <b>0.001</b>
Plusieurs jours	1.85 (1.7,2.02)	1.57 (1.42,1.75)	< <b>0.001</b>
Inconnu	0.43 (0.36,0.52)	0.8 (0.51,1.24)	0.312
<i>Mode d'arrivée: ref.= propres moyens</i>			
Pompiers, SMUR, ambulance, contrainte	0.37 (0.32,0.43)	0.66 (0.53,0.81)	< <b>0.001</b>
Véhicule tiers	0.82 (0.73,0.92)	0.89 (0.78,1)	0.058
Inconnu	0.36 (0.3,0.44)	1.16 (0.74,1.82)	0.526
<i>Provenance: ref.= domicile</i>			
Etablissement de santé/social	0.41 (0.32,0.53)	0.61 (0.44,0.85)	<b>0.003</b>
Voie publique, travail, école	0.64 (0.59,0.71)	0.97 (0.87,1.09)	0.621
Autre, inconnu	0.49 (0.43,0.57)	0.99 (0.8,1.23)	0.912
<i>Conseil médecin traitant: oui vs non</i>	0.85 (0.78,0.93)	0.74 (0.67,0.83)	< <b>0.001</b>
<i>Conseil SAMU pompiers: oui vs non</i>	0.48 (0.42,0.54)	0.66 (0.56,0.79)	< <b>0.001</b>
<i>Conseil pharmacien: oui vs non</i>	0.99 (0.7,1.4)	0.81 (0.56,1.17)	0.253
<i>Conseil proche: oui vs non</i>	0.91 (0.81,1.03)	0.88 (0.77,1)	0.052
<i>Motif: ref.= traumatologie</i>			
Cardio-vasculaire	0.87 (0.66,1.15)	1.02 (0.76,1.38)	0.872
Environnemental, général et divers	2.04 (1.8,2.3)	1.79 (1.55,2.06)	< <b>0.001</b>
Gastro-entérologie	1.93 (1.72,2.17)	1.62 (1.42,1.85)	< <b>0.001</b>
Génito-urinaire	1.68 (1.28,2.2)	1.56 (1.16,2.08)	<b>0.003</b>
Gynécologie obstétrique	1.18 (0.5,2.81)	0.98 (0.4,2.41)	0.962
Lié à la peau	2.39 (2.05,2.79)	1.97 (1.66,2.33)	< <b>0.001</b>
Neurologie	1.02 (0.81,1.3)	1.17 (0.91,1.51)	0.227
Ophtalmologie	2.35 (1.7,3.24)	2.2 (1.56,3.09)	< <b>0.001</b>
ORL	2.89 (2.4,3.48)	2.49 (2.04,3.04)	< <b>0.001</b>
Pédiatrique < 2 ans	1.52 (1.22,1.89)	1.28 (0.99,1.65)	0.058
Respiratoire	1.04 (0.9,1.21)	0.9 (0.75,1.07)	0.226
Rhumatologique	1.58 (1.27,1.97)	1.36 (1.08,1.71)	<b>0.009</b>
Autre, inconnu	0.77 (0.65,0.91)	1.4 (1.11,1.75)	<b>0.004</b>

## 7.4. Grille AEP américaine de Gertman et Restuccia, 1981

### A. Medical Services

1. Procedure in operating room that day
2. Scheduled for procedure in operating room the next day, requiring preoperative consultation or evaluation
3. Cardiac catheterization that day
4. Angiography that day
5. Biopsy of internal organ that day
6. Thoracentesis or paracentesis that day
7. Invasive central nervous system diagnostic procedure (e.g., lumbar puncture, cysternal tap, ventricular tap, pneumoencephalography) that day
8. Any test requiring strict dietary control, for the duration of the diet
9. New or experimental treatment requiring frequent dose adjustments under direct medical supervision
10. Close medical monitoring by a doctor at least three times daily (observations must be documented in record)
11. Postoperative day for any procedure covered in number 1 or 3–7 above

### B. Nursing/Life Support Services

1. Respiratory care—intermittent or continuous respirator use and/or inhalation therapy (with chest PT, IPPB) at least thrice daily
2. Parenteral therapy—intermittent or continuous IV fluid with any supplementation (electrolytes, protein, medications)
3. Continuous vital sign monitoring—at least every 30 minutes, for at least 4 hours
4. Intramuscular and/or subcutaneous injections at least twice daily
5. Intake and output measurement
6. Major surgical wound and drainage care (chest tubes, T-tubes, hemovacs, Penrose drains)
7. Close medical monitoring by nurse at least three times daily, under doctor's orders

### C. Patient Condition Factors

*Within 24 hours before day of review*

1. Inability to void or move bowels (past 24 hours) not attributable to neurologic disorder

*Within 48 hours before day of review*

2. Transfusion due to blood loss
3. Ventricular fibrillation or ECG evidence of acute ischemia, as stated in progress note or in ECG report
4. Fever at least 101 rectally (at least 100 orally), if patient was admitted for reasons other than fever
5. Coma—unresponsiveness for at least one hour
6. Acute confusional state, not due to alcohol withdrawal
7. Acute hematologic disorders, significant neutropenia, anemia, thrombocytopenia, leukocytosis, erythrocytosis, or thrombocytosis yielding signs or symptoms
8. Progressive acute neurologic difficulties

*Within 14 days before day of review*

9. Occurrence of a *documented, new* acute myocardial infarction or cerebrovascular accident (stroke)

## 7.5. Grille AEPf des admissions d'après Davido, 1991

A - Critères de sévérité clinique		
1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	<input type="checkbox"/>
2	Pouls < 50/min ou ≥ 140/min	<input type="checkbox"/>
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	<input type="checkbox"/>
4	Cécité ou surdité brutale	<input type="checkbox"/>
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>
6	Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours	<input type="checkbox"/>
7	Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO <sub>3</sub> < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45	<input type="checkbox"/>
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'EKG	<input type="checkbox"/>

D - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)	<input type="checkbox"/>
2	Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/>
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique	<input type="checkbox"/>
5	Traitement dans une unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures	<input type="checkbox"/>

Admission pertinente = 1	
Admission non pertinente = 2	

Si l'admission ne correspond à aucun des critères de l'AEPf

A - Le patient nécessite absolument d'être admis ce jour	
Malgré l'absence de critères explicites de l'AEPf, l'expert juge que le patient peut avoir rapidement recours au plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24, ...). La décision est alors techniquement pertinente (avis d'expert). Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme.	
OUI = 1	
NON = 2	

→ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) et ne remplissez pas la suite du questionnaire.

-----  
 -----  
 -----  
 -----

Si l'admission est considérée comme non pertinente au regard des critères de l'AEPf et de l'avis d'expert

B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)		
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	<input type="checkbox"/>
4	Éducation sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
6	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
7	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

C - Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission ? (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique)	
(une seule réponse – voir codage de la question B)	

D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)	
<p><b>1. Le domicile :</b></p> <p>1.1 sans aide</p> <p>1.2 avec aide non médicale (ménagère...)</p> <p>1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)</p> <p>1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)</p> <p><b>2. Une structure d'hébergement :</b></p> <p>2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)</p> <p>2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital</p> <p>2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)</p> <p>2.4 médicalisée</p> <p><b>3. L'hôpital (établissement de court séjour)</b></p>	
Réponse	<input type="text"/>

E - Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)	
→ L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté (vous n'avez pas répondu 3 à la question D)	
<p><b>1. Organisation des soins</b></p> <p>1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure</p> <p>1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences)</p> <p>1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure</p> <p>1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure</p> <p>1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures</p> <p><b>2. Service de relais</b></p> <p>2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles)</p> <p>2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)</p> <p>2.3 Inexistant ou inconnu</p> <p><b>3. Décision médicale</b></p> <p>3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible)</p> <p>3.2 Demande expresse du médecin de ville</p> <p>3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques)</p> <p><b>4. Raisons liées au patient ou à sa famille</b></p> <p>4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens...)</p> <p>4.2 Décision du patient et/ou sa famille</p> <p>4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.</p>	
Réponse	<input type="text"/>

## 7.6. PAEP : Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol

### Paediatric AEP: admission criteria (UK version)

#### A. Severity of illness criteria

- (1) Sudden onset of unconsciousness (coma or unresponsiveness) or disorientation.
- (2) Acute or progressive sensory, motor, circulatory or respiratory embarrassment sufficient to incapacitate the patient (inability to move, feed, breathe, urinate, etc.).
- (3) Acute loss of sight or hearing.
- (4) Acute loss of ability to move a major body part.
- (5) Persistent fever  $\geq 37.8^{\circ}\text{C}$  ( $100^{\circ}\text{F}$ ) orally or  $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$  ( $101^{\circ}\text{F}$ ) rectally for more than 48 h and where a diagnosis has not been established.
- (6) Active bleeding which could lead to circulatory embarrassment if haemostasis is not secured.
- (7) Wound dehiscence or evisceration.
- (8) Severe electrolyte/acid–base abnormality (any of the following values):
  - (a)  $\text{Na} \leq 123$  or  $\geq 156$  mmol/l.
  - (b)  $\text{K} \leq 2.5$  or  $\geq 5.6$  mmol/l.
  - (c)  $\text{HCO}_3 \leq 14$  mmol/l (unless chronically abnormal).
  - (d)  $\text{HCO}_3 \geq 36$  mmol/l (unless chronically abnormal).
  - (e) Arterial pH  $\leq 7.30$  or  $\geq 7.45$ .
  - (f) Urea  $> 8$  mmol/l.
- (9) Haematocrit  $< 30$  per cent.
- (10) Pulse greater than or less than the following ranges (optimally a sleeping pulse for a  $< 12$  years old):
 

1 month–6 months minus 1 day, 70–170/min  
 6 months–2 years minus 1 day, 80–160/min  
 2–6 years, 70–160/min  
 7–11 years, 60–160/min  
 $\geq 12$  years, 50–140/min.
- (11) BP values outside the following ranges:
 

6 weeks–6 months minus 1 day, 70–110 mmHg (systolic)  
 6 months–2 years minus 1 day, 70–100/40–85 mmHg  
 2–6 years, 75–125/40–95 mmHg  
 7–11 years, 80–130/45–90 mmHg  
 $\geq 12$  years, 90–150/60–120 mmHg.
- (12) Need for lumbar puncture, where this procedure is not done routinely on an out-patient basis.
- (13) Any of the following procedures not responding to out-patient (including A&E and GP) management:
  - (a) Seizures.
  - (b) Cardiac arrhythmia.
  - (c) Bronchial asthma or croup.
  - (d) Dehydration.
  - (e) Persistent vomiting or diarrhoea which needs in-patient assessment.
  - (f) Abdominal pain which has been assessed either in out-patients or by the GP and which requires further in-patient assessment.
- (14) Special paediatric problems:
  - (a) Child abuse where severity of injuries necessitates admission or a suitable safe placement is not available.
  - (b) Noncompliance with a therapeutic regimen where failure to comply amounts to neglect of the child which puts the child's immediate health or safety at risk.
  - (c) Need for special observation or close monitoring of behaviour, including calorie intake in cases of failure to thrive.
  - (d) Referred by GP because of inability to cope by carer and absence of any alternatives/social support.
  - (e) Respite care where no alternatives exist.

#### B. Intensity of service

- (1) Surgery or procedure scheduled within 24 h necessitating
  - (a) general or regional anaesthesia; or
  - (b) use of equipment, facilities or procedure only available in a hospital.
- (2) Treatment in an intensive care unit.
- (3) Vital sign monitoring every 2 h or more often (may include bedside cardiac monitor).
- (4) i.v. medications and/or fluid replacement (does not include tube feeding).
- (5) Chemotherapeutic agents that require continuous observation for life-threatening toxic reaction.
- (6) Intermittent nebulizer use at least every 4 h.

### 7.7. CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

**CCMUP :** Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

**CCMU 1 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

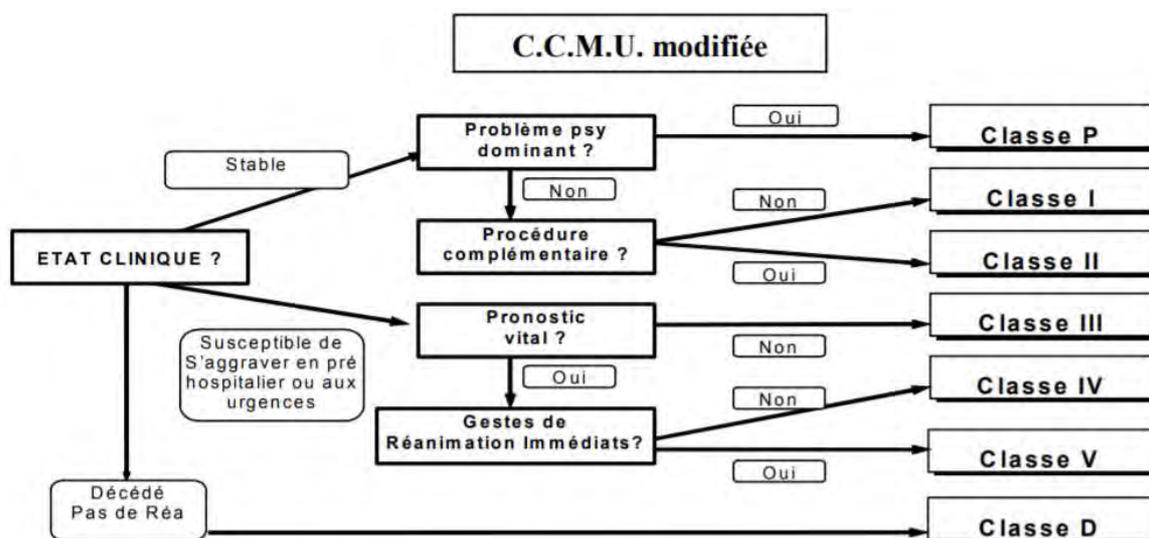
**CCMU 2 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

**CCMU 3 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

**CCMU 4 :** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

**CCMU 5 :** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

**CCMU D :** Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

**E.C.G, Spo2, glycémie capillaire, Hématocrite par micro méthode.**

Vu, le Président du jury,  
Pr Gras-Le Guen Christèle,  
Chef de service de Pédiatrie du CHU de Nantes

Vu, le Directeur de thèse,  
Dr Vrignaud Bénédicte,  
Pédiatre au CHU de Nantes

Vu, le Doyen de la Faculté,

## Fréquence des passages non pertinents aux urgences des enfants de moins de 15 ans : analyse des déterminants et des conséquences à partir de l'étude nationale DREES 2013

---

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Les services d'urgences français sont de plus en plus engorgés par des passages jugés parfois non pertinents par les médecins urgentistes qui les prennent en charge. Notre étude a pour but de déterminer la fréquence des consultations jugées non pertinentes concernant les enfants de moins de 15 ans et d'en analyser les déterminants. **Méthode :** Etude prospective transversale multicentrique réalisée par la DREES le 11 juin 2013 dans 736 points d'accueil d'urgences en France, incluant tous les enfants de moins de 15 ans. La pertinence a été évaluée de manière subjective par les médecins examinateurs en utilisant une échelle quantitative de zéro à dix, ainsi que des items d'évaluation qualitative. Pour notre étude nous avons réparti la population en deux groupes : les consultations jugées non pertinentes (score de 0 à 5) et celles jugées pertinentes (score de 6 à 10). **Résultats :** Au total, 12896 enfants de moins de 15 ans ont été inclus. Le taux de consultations jugées non pertinentes par les médecins examinateurs est de 46%. Ces médecins estiment que 68% de ces consultations auraient pu être prises en charge en ambulatoire par le médecin généraliste. Les déterminants significativement associés aux admissions jugées non pertinentes sont l'absence de médecin traitant déclaré (OR=1,31 [1,12-1,54]), une situation évoluant depuis la veille (OR=1,33 [1,19-1,49]) ou plusieurs jours (OR=1,57 [1,42-1,75]), les motifs de recours portant sur les pathologies ORL (OR=2,49 [2,04-3,04]), ophtalmologiques (OR=2,2 [1,56-3,09]), et dermatologiques (OR=1,97 [1,66-2,33]). Les déterminants significativement associés aux admissions jugées pertinentes sont les enfants âgés de 5 à 10 ans (OR=0,87 [0,78-0,96]), les distances parcourues supérieures à 20 km pour venir aux urgences (OR=0,85 [0,73-0,98]), l'adressage par un médecin libéral (OR=0,76 [0,64-0,91]) ou l'enfant attendu aux urgences (OR=0,53 [0,44-0,64]), le recours aux urgences dans les 24 heures précédentes (OR=0,78 [0,64-0,94]), l'arrivée par les pompiers, le SMUR ou une ambulance (OR=0,66 [0,53-0,81]), l'enfant venu d'un établissement de santé ou social (OR=0,61 [0,44-0,85]), le fait d'avoir été conseillé par le médecin traitant (OR=0,74 [0,67-0,83]), par le SAMU-centre 15 ou les pompiers (OR=0,66 [0,56-0,79]). **Conclusion :** L'évaluation de la pertinence aux urgences en France repose sur l'opinion subjective des médecins examinateurs, elle est peu reproductible. Un outil standardisé doit être développé afin d'évaluer la pertinence de ces recours, améliorer l'orientation des enfants et l'utilisation des urgences. La médecine de ville et la permanence des soins ambulatoires ont un rôle crucial pour répondre aux demandes de soins non programmés.

---

### MOTS CLÉS

Consultations non programmées, enfants de moins de 15 ans, pertinence, recours inappropriés, urgences pédiatriques, enquête DREES