

Le test d'un résumé de passage aux urgences en juin 2002¹

En juin 2002, durant une semaine, plus de la moitié des services d'urgences français, soit 373 d'entre eux, ont accepté de participer au test d'un recueil standardisé des passages aux urgences.

Le contenu du « résumé de passage aux urgences » (RPU) et l'organisation du test de son recueil ont été élaborés dans un contexte et avec des objectifs précis :

Il s'agissait d'éclairer la réflexion sur les critères à prendre en compte pour financer les services d'urgences dans le cadre des travaux d'expérimentation de la tarification à l'activité. Il fallait en particulier déterminer si le case-mix² des services d'urgences devait être utilisé pour moduler le financement octroyé aux services d'urgences. Le modèle de financement des urgences visé était d'ores et déjà³ d'octroyer à chaque service d'urgences autorisé :

- un forfait annuel en fonction de son volume total d'activité tout en lui assurant néanmoins un minimum de moyens pour assurer la permanence des soins ;
- et un forfait à chaque passage aux urgences non suivi d'hospitalisation MCO dans l'établissement.

Compte tenu de l'accroissement constant du volume d'activité des services d'urgences depuis une dizaine d'années, il s'agissait également de mettre en place un recueil d'information minimum et standardisé dans ces services afin d'en fournir un éclairage et de mieux cerner leur organisation tant en interne, au sein des établissements, qu'en externe, au niveau de la tutelle régionale et nationale.

Un groupe de travail, composé de médecins responsables de services d'urgences, de médecins spécialisés en information médicale, de financiers et de représentants de la tutelle régionale et nationale, a ainsi été mis en place en 2001 pour déterminer les modalités spécifiques du financement et du système d'information des urgences. La circulaire DHOS n° 433 du 10 septembre 2001 présentait ces différents objectifs et annonçait l'évolution du système d'information sur les urgences, avec l'élaboration du RPU mais aussi l'isolement des charges des services d'urgences dans le cadre des retraitements comptables que doivent produire les établissements du « secteur public ». C'est dans le cadre de ce groupe de travail, que le contenu, les modalités et les outils de recueil du RPU et de son test ont été élaborés de façon consensuelle.

L'expérimentation du RPU est riche d'enseignements :

Du point de vue du modèle de financement des urgences, les éléments recueillis dans le cadre du test ont montré une variation insuffisante du case-mix entre les services d'urgences pour que celui-ci soit intégré dans le modèle de financement mixte prévu.

¹ *Evelyne BELLIARD, chargé de mission à l'ATIH et Stephen GOLDBERG, statisticien à l'ATIH.*

² Le « case-mix » constitue l'éventail des prises en charge réalisées par un service hospitalier, d'un point de vue médico-économique.

³ Le système d'un financement mixte des urgences, avec un forfait annuel « FAU » et un forfait « ATU » à chaque passage non suivi d'hospitalisation MCO dans l'établissement, a d'ailleurs été mis en place dès 2001 dans le secteur privé sous OQN. Il devrait être adopté en 2004 dans le « secteur public », avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

En effet, si les services d'urgences français enregistrent des variations importantes de volume d'activité⁴, leur éventail de prises en charge est en revanche relativement similaire, du point de vue de leur poids économique et se caractérise notamment par les éléments suivants :

- part marginale (de l'ordre de 3,5 %) des prises en charge en réanimation ou en environnement de monitoring ainsi que des prises en charge médico-chirurgicales les plus lourdes,
- 3 % de prises en charge liées à un motif d'ordre psychiatrique, médico-social ou légal,
- 25 % de prises en charge médico-chirurgicales donnant lieu à une simple consultation,
- 7 % de passages correspondant à de simples contacts administratifs ou médico-soignants, prises en charge les moins consommatrices de ressources.

Cette similitude de case-mix, quels que soient le type d'établissement et le volume d'activité du service d'urgences, qu'il s'agisse d'un SAU ou d'un UPATOU, trouve néanmoins son exception avec les services d'urgences spécialisés (POSU). Bien que peu nombreux (à peine une trentaine de services sur tout le territoire), les POSU doivent en outre être différenciés selon qu'ils sont spécialisés ou non en pédiatrie : avec un case-mix particulièrement léger dans le premier cas et relativement plus lourd que la moyenne, en cas de spécialisation autre.

Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre en 2004 de la tarification à l'activité, il a été décidé de ne pas intégrer le case-mix dans les éléments modulant le système de financement spécifique des urgences. Ce nouveau système de financement pourra néanmoins être affiné ultérieurement sur la base d'éléments de case-mix, dans le cadre notamment d'une révision de la classification des GPU⁵ et avec le passage à la nouvelle classification des actes (CCAM).

Le test du RPU, qui porte sur quelques 165.000 passages aux urgences, fournit par ailleurs une bonne photographie des services d'urgences français sous de multiples angles⁶ :

- Fluctuations de la fréquentation des services : le lundi et le moment de 10 heures constituent le jour et l'heure « de pointe ».
- Fluctuations de la durée et de l'issue des passages : un patient reste en moyenne 2 heures aux urgences, cette durée passant de 1 heure 25 à 2 heures 15 selon que le patient est âgé de moins de 16 ans ou non, et de 1 heure 35 à 2 heures 30 selon que le patient présente ou non un diagnostic traumatique ; les passages dont l'issue est constituée par le décès d'un patient (dans 0,4 % des cas) enregistrent une durée moyenne d'environ 2 heures alors que lorsque le patient est hospitalisé (dans un quart des cas), il passe en moyenne 3 heures 15 aux urgences et lorsqu'il retourne à son domicile (dans les trois quarts des cas), son passage aux urgences ne dure alors qu'1 heure 40. En cas de simple contact administratif ou médico-soignant, un passage aux urgences dure en moyenne 1 heure, atteignant près de 3 heures 40 en cas de prise en charge de réanimation. Le pourcentage de passages aux urgences suivis d'hospitalisation est moins élevé dans les cliniques privées sous OQN (14 % contre 25 % dans les CHR et les CH).

⁴ Les UPATOU enregistrent en moyenne la moitié moins de passages que les SAU (respectivement 310 passages par semaine contre 650) tandis que les POSU se distinguent selon qu'ils sont spécialisés ou non en pédiatrie (540 passages en moyenne par semaine contre 170, selon le cas). Le volume d'activité des services d'urgences est également lié au type d'établissement dans lequel ceux-ci sont implantés, la fréquentation étant, par exemple, en moyenne trois fois plus importante dans un service d'urgences de CHRU que dans celui d'une clinique privée sous OQN (respectivement 708 passages par semaine contre 225).

⁵ La classification des « groupes de passages aux urgences » (GPU) constitue l'outil permettant de classer chaque passage aux urgences, selon ses caractéristiques, dans un groupe iso-ressources, représentant une certaine lourdeur économique de prise en charge.

⁶ Les résultats détaillés du test du RPU sont consultables sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation –ATI– (www.atih.sante.fr) et ont par ailleurs fait l'objet d'un retour personnalisé à chacun des sites ayant participé au recueil.

- Fluctuations du profil des patients, tant en termes socio-démographiques qu'en termes cliniques : les services d'urgences accueillent le plus souvent des hommes (dans 56 % des cas), âgés en moyenne de 35,7 ans. En cas de prise en charge en réanimation, l'âge moyen des patients s'élève alors à 58,1 ans. L'entorse de la cheville constitue le diagnostic le plus fréquent (4% des passages), suivie par la plaie ouverte du poignet et de la main puis par la plaie ouverte du cuir chevelu. Chez les moins de 16 ans, le symptôme de fièvre constitue le motif le plus fréquent de recours, pratiquement à part égale avec l'entorse de la cheville (3,6 et 3,5 % des passages). Chez les patients âgés de 80 ans et plus, la fracture du col du fémur constitue le diagnostic le plus fréquent (3,3 % des cas). En cas de prise en charge d'ordre psychiatrique, médico-légale ou sociale, l'épisode dépressif, la délivrance d'un certificat médical et les troubles mentaux dus à l'alcool (intoxication aiguë) constituent les diagnostics les plus fréquents (respectivement 16,1 %, 11 % et 7,5 % des cas).

Le test du RPU de juin 2002 contribue pour une part importante à la réflexion, réactivée à l'automne 2003 dans le cadre du « plan urgences », sur la nécessaire connaissance de l'activité des urgences à des fins notamment de gestion et d'organisation, au sein même des services d'urgences, mais aussi à des niveaux plus larges (régional et national). Le contenu, les modalités et les outils d'un recueil d'information standard aux urgences peuvent être optimisés à partir des enseignements de ce test. Cette expérience a notamment montré que les spécificités des services d'urgences (rotation importante avec des épisodes de prise en charge très courts, multiplicité des intervenants avec le système de gardes) imposent d'alléger au maximum les modalités d'un recueil standardisé et que, par ailleurs, la généralisation en routine d'un tel recueil ne peut être mise en œuvre sans l'informatisation des services.