



2

Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES

Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES

Bénédicte BOISGUÉRIN, Gwennaëlle BRILHAULT, Layla RICROCH, Hélène VALDELIÈVRE, Albert VUAGNAT
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

L'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières réalisée par la DREES permet de décrire la patientèle et le mode d'organisation de ces services. Elle a été menée le 11 juin 2013 auprès des 52 000 patients qui se sont présentés dans les 736 points d'accueil des urgences de France métropolitaine et des DOM.

Concernant les patients, les premiers résultats montrent que la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié d'entre eux, hormis ceux ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée dont le passage est plus long. Dans six cas sur dix, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. Les personnes arrivent pour les deux tiers de leur domicile et majoritairement par leurs propres moyens. Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus. Les lésions traumatiques constituent toujours la principale cause de venue aux urgences (36 % des patients) et sont à l'origine de sept passages sur dix pour les 10-14 ans. Les trois quarts des patients rentrent ensuite chez eux et 20 % sont hospitalisés.

Concernant les structures des urgences, l'enquête met en évidence la variabilité des modes d'organisation : toutes n'ont pas de poste d'accueil et d'orientation, d'assistante sociale, de psychiatre ou encore d'accès prioritaire à une IRM. Cette organisation varie surtout selon le volume des passages, le statut de l'établissement et la spécialisation ou non en pédiatrie. Néanmoins, les disparités de fonctionnement et d'organisation, des moyens et de l'environnement socio-économique ne s'approchent pas uniquement par ces dimensions. Une typologie statistique des points d'accueil, fondée sur des critères relatifs à leur organisation en interne et avec les autres services (accès direct, poste d'accueil et d'orientation, etc.), à leurs liens avec le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) [mutualisation ou non des équipes] et les ressources humaines, permet de former quatre classes de points d'accueil. La classe la plus nombreuse regroupe les points d'accueil dont les ressources sont mutualisées avec le SMUR associé. Les patientèles respectives de ces quatre ensembles de points d'accueil présentent des caractéristiques différentes, faisant écho aux particularités des points d'accueil eux-mêmes.

En juin 2013, la DREES a mené une enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. Son objectif était de connaître la genèse des recours aux urgences, les modalités de prise en charge des patients et les éventuelles difficultés rencontrées lors de ces prises en charge, dans un contexte d'augmentation régulière de recours à ces services (encadré 1). L'enquête a concerné tous les points d'accueil des urgences (736) de France pendant 24 heures ainsi que tous les patients (52 000) qui s'y sont présentés entre 8 heures le mardi 11 juin 2013 et 8 heures le lendemain ; elle a eu lieu un jour de semaine, hors période de vacances et d'épidémies saisonnières. Réalisée en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU), elle a obtenu un très fort taux de réponse. Elle permet ainsi d'objectiver la vision

qu'on peut avoir des points d'accueil des urgences et des prises en charge qu'ils réalisent. Elle permet aussi de compléter et d'actualiser les sources sur lesquelles on pouvait s'appuyer jusque-là pour décrire l'activité des services d'urgences et leur patientèle (cf. « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? » dans l'ouvrage *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*).

Ce dossier vise à donner les premiers résultats de cette enquête aux dimensions particulières par son exhaustivité (couverture de tous les points d'urgences et de tous leurs patients sur 24 heures) et par son mode de collecte (questionnaire patient rempli par les équipes des structures des urgences en parallèle de la prise en charge médicale).

ENCADRÉ 1 ● Méthodologie de l'enquête

L'originalité de l'enquête est de disposer d'une photographie de l'activité des services d'urgences et de décrire la genèse des recours, avec des questions sur les démarches entreprises, les conseils reçus par les patients ainsi que leurs motivations avant l'arrivée dans les services d'urgences. Les modalités de prise en charge liées à la morbidité¹, les temps d'attente durant les passages aux urgences en relation avec les pathologies des patients, la gestion de l'aval (temps d'attente pour l'obtention d'un lit en cas d'hospitalisation du patient, durée éventuelle en unité d'hospitalisation de courte durée, etc.) sont aussi décrits. L'objectif de l'enquête est également d'actualiser la description de l'activité des structures des urgences, depuis la précédente enquête nationale de janvier 2002.

Les modalités de l'enquête, définies en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence, avec la participation de SAMU-Urgences de France et de l'Association des médecins urgentistes de France sont les suivantes :

- l'enquête comporte deux volets complémentaires, recueillis le même jour : un recueil administratif sur les structures des urgences hospitalières décrivant leur organisation, en lien avec leurs ressources, et une enquête sur les patients. Le site Internet de la DREES détaille la méthodologie de l'enquête et présente les données du recueil sur les structures ;
- l'enquête s'adresse à toutes les structures des urgences générales et pédiatriques autorisées, au sens du décret 2006-577, et à tous les patients y ayant eu recours de 8 heures le mardi 11 juin 2013 (date à laquelle il n'y a pas d'épidémies saisonnières) à 8 heures le lendemain ;
- la collecte a été réalisée par les points d'accueil des structures (i.e. les entrées physiques des patients). Selon les organisations, une structure d'urgences comporte un ou deux points d'accueil général ou pédiatrique. Ainsi, neuf personnes sur dix aux urgences ont été prises en charge dans des points d'accueil d'urgences générales. Pour les enfants de moins de 16 ans, quatre passages sur dix ont eu lieu dans des points d'accueil d'urgences pédiatriques.

La base finale issue de l'enquête comprend 734 points d'accueil sur les 736 recensés, soit un taux de réponse de 99,7 %. La collecte a fourni 48 711 questionnaires patients sur les 52 018 passages dans les services d'urgences qui ont été enregistrés selon le questionnaire « structures », soit un taux de réponse de 93,6 %. Huit patients sur dix ont été pris en charge dans un établissement public (centre hospitalier universitaire ou centre hospitalier), 13 % dans un établissement privé à but lucratif et 6 % dans un établissement privé à but non lucratif.

Des traitements statistiques ont été effectués par la DREES pour corriger la non-réponse totale de l'enquête (i.e. les établissements non répondants), la non-réponse à certaines questions ainsi que des anomalies et valeurs aberrantes.

1. Les nomenclatures et un thésaurus élaborés par la Société française de médecine d'urgence sont utilisés pour décrire les motifs et les circonstances du recours aux urgences, et la morbidité à la sortie des urgences (encadré 3).

Ces premiers résultats concernent à la fois la description des patients pris en charge aux urgences le jour de l'enquête et celle de l'organisation des services d'urgences français. Les données collectées, même si elles sont relatives à une journée donnée, qui n'est pas forcément représentative de l'activité journalière habituelle pour tous les points d'accueil (encadré 2), sont d'un niveau de détail que ne donnerait pas une collecte réalisée en routine. Elles permettront de mener par la suite des études plus approfondies et de développer des thématiques plus spécifiques¹.

Les premiers résultats présentés concernent les patients venus aux urgences le 11 juin 2013 : l'enquête les décrit, développe les étapes qui les ont menés à recourir à ce service (raisons évoquées, démarches effectuées avant d'y recourir, mode d'arrivée aux urgences, etc.) et leur parcours au sein du service (prise en charge et examens réalisés, diagnostic posé, retour à domicile ou hospitalisation, etc.).

Les structures d'urgences hospitalières sont ensuite présentées à travers une typologie de ces points d'accueil qui ressort de l'analyse statistique de leurs caractéristiques en termes d'organisation interne et

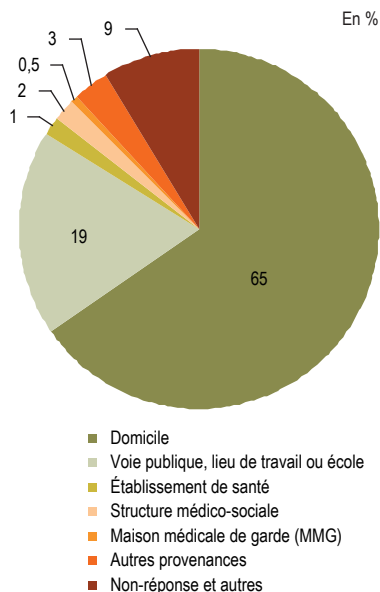
d'équipement, en lien avec les caractéristiques de leur patientèle. Cette typologie est fondée sur les données du volet « structures » de l'enquête.

Profil et parcours des patients accueillis aux urgences le 11 juin 2013

Les deux tiers des personnes arrivent aux urgences depuis leur domicile

La plupart des patients se rendent aux urgences dans la journée et en début de soirée, jusqu'à 20 heures ; un quart des passages seulement ont lieu entre 20 heures et 8 heures, et 10 % entre minuit et 8 heures. Pour plus de 50 % d'entre eux, la situation qui les a conduits à s'y présenter a débuté le jour même, mais remonte à plusieurs jours dans 30 % des cas. Près de 65 % viennent directement de leur domicile et 19 % de la voie publique, de leur lieu de travail ou de l'école pour les enfants (graphique 1). Environ 70 % arrivent aux urgences par leurs propres moyens (ou grâce au véhicule d'un tiers), 11 % sont transportés par les pompiers et 11 % par un taxi ou une ambulance (graphique 2). Les patients amenés par les équipes du service mobile

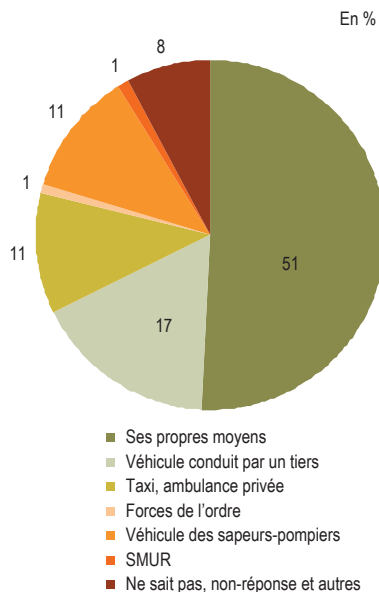
GRAPHIQUE 1 ● Provenance des patients



Note • La non-réponse inclut les patients n'ayant pas pu répondre.

Sources • DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.

GRAPHIQUE 2 ● Mode d'arrivée des patients



Note • La non-réponse inclut les patients n'ayant pas pu répondre.

Sources • DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.

1. Pour en savoir plus sur la mise à disposition des données de l'enquête, consulter le site Internet de la DREES, <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>.

ENCADRÉ 2 • Mise en perspective de l'enquête avec les données du PMSI

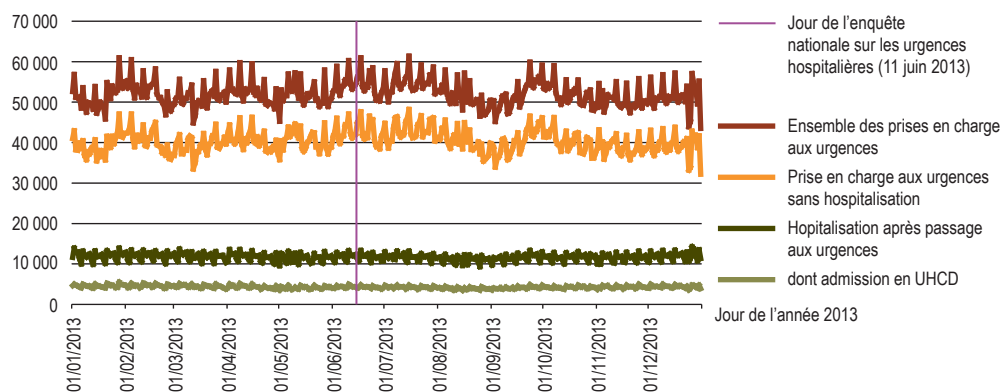
L'enquête fournit dans son volet « structures » le nombre de patients pris en charge aux urgences dans chaque établissement le jour de l'enquête, le 11 juin 2013, soit 52 018 passages. Cela correspond à un volume à rapprocher du volume annuel d'activité des services d'urgences décrit par la Statistique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

En vue de s'assurer de l'exhaustivité de l'enquête, ce nombre a également été confronté au résultat d'une requête effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sur la base de données nationales du PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information), restreinte au jour de l'enquête. Pour les 564 établissements, dont certains regroupent plusieurs points d'accueil, ayant transmis des données PMSI avec mention de passages aux urgences, la corrélation avec le nombre de passages indiqué dans l'enquête est de 0,96 (avec une pente à 1 et une ordonnée à l'origine nulle, signe d'une excellente concordance globalement sans biais) ; pour 4 % de ces établissements, l'écart est cependant de plus de 20 %. Ces écarts trouvent leur origine :

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

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

GRAPHIQUE • Nombre de passages aux urgences par jour pour l'année 2013



Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI MCO 2013, traitement ATIH et DREES.

d'urgence et de réanimation (SMUR) [voir définition en encadré 3] constituent 1 %² des passages et nécessitent une forte mobilisation du personnel des services d'urgences.

Un tiers des patients interrogés, soit 17 000 personnes, ont entrepris des démarches relatives à leur état de santé durant les 24 heures précédant leur venue dans un service d'urgences³. Parmi eux, 95 % les ont effectuées auprès d'un seul interlocuteur et 5 % auprès de deux interlocuteurs ou plus. Trois fois sur quatre, les démarches ont été menées auprès du médecin traitant ou d'un autre praticien ; il peut aussi s'agir d'un appel au service d'aide médicale urgente (SAMU) [11 %], à un proche (11 %) ou encore aux pompiers (8 %) [tableaux 1a et 1b]. Quel que soit l'interlocuteur, la venue directe aux urgences ou l'appel d'une ambulance pour s'y rendre représente au moins 70 % des conseils donnés.

Parmi les deux tiers des patients qui n'ont pas effectué de démarches préalables à leur venue, 6 % se rendent aux urgences sur le conseil d'un médecin et 14 % sur celui du SAMU ou des pompiers. C'est par exemple le cas des personnes ayant eu un accident ou un malaise sur la voie publique et qui sont prises en charge par les pompiers ou le SMUR.

Mais que les patients aient entrepris ou non des démarches, 62 % d'entre eux décident de se rendre dans un service d'urgences de leur propre initiative ou

sur le conseil d'un proche ; 24 % viennent sur le conseil d'un médecin (traitant ou autre) et 15 % sur le conseil du SAMU ou des sapeurs-pompiers.

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer le recours aux urgences

Interrogés sur leurs motivations pour se rendre aux urgences, deux tiers des personnes avancent au moins deux raisons. Ces motivations sont regroupées dans l'enquête en quatre grandes catégories :

- la venue aux urgences « clairement décidée pour un motif médical » regroupe les cas où les urgences constituent le lieu de soins qui apparaît médicalement le plus adapté au problème de santé ;
- la décision est motivée par l'accessibilité aux soins, la facilité d'accès des urgences, en termes de proximité géographique, de disponibilité de plateau technique, d'horaires ou encore de gratuité ;
- le recours aux urgences en deuxième choix (ou par défaut) décrit les situations où le patient a du mal à trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins, voire ne la trouve pas ;
- les autres circonstances concernent notamment les cas où le patient est amené par les pompiers ou le SAMU.

La venue aux urgences est motivée par un accident dans trois cas sur dix et fait suite à un conseil médi-

ENCADRÉ 3 ● Sources et définitions

Le champ de l'étude porte sur tous les patients s'étant présentés le jour de l'enquête dans un des points d'accueil des services d'urgences de la France métropolitaine et des DOM, y compris Mayotte.

SAMU : service d'aide médicale urgente, centre de régulation médicale des urgences d'une région sanitaire.

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation, service hospitalier consistant en un ou plusieurs véhicules destinés à apporter les soins d'aide médicale urgente en dehors de l'hôpital, bien souvent conjointement avec une ambulance.

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée. Les UHCD sont des unités destinées à accueillir des patients provenant uniquement de la salle d'urgences, en attente d'un lit pour hospitalisation ou nécessitant une surveillance. En principe, la durée n'y excède pas 72 heures.

UNV : unité neurovasculaire dédiée spécifiquement à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Diagnostic principal à la sortie : il s'agit du diagnostic décrit par le médecin et codé par les équipes soignantes de chaque point d'accueil, selon la nomenclature internationale des maladies (CIM-10) à partir d'un thésaurus de 2 200 modalités établi par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). La description des motifs et des circonstances de recours élaborés par la SFMU est disponible sur le site Internet de la DREES.

2. Ce pourcentage concerne le nombre de patients amenés par le SMUR dans les services d'urgences, mais pas les patients conduits directement dans les services hospitaliers sans passer par les urgences, que l'enquête ne permet pas d'observer.

3. Par démarche, on entend ici une consultation directe ou téléphonique d'une personne au sujet de son état de santé, que cette personne soit un professionnel de santé ou un proche. Les patients amenés par les forces de l'ordre, ceux provenant d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social, ou ceux incapables de répondre n'ont, de fait, pas effectué de telles démarches : la décision de les conduire aux urgences relève généralement d'un tiers.

TABLEAU 1A ● Démarches entreprises par les patients avant leur venue dans un service d'urgences

Démarches dans les 24 heures	Pas de démarches dans les 24 heures	Non-réponse	Personnes non interrogées	Total
16 681	28 872	1 955	4 510	52 018
32 %	56 %	4 %	9 %	100 %

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

TABLEAU 1B ● Répartition des patients ayant fait des démarches selon l'interlocuteur et le type de conseil

	Interlocuteurs				En %
	Un médecin (ou un pharmacien)	SAMU	Les pompiers ou un autre numéro d'appel	Un proche	
Démarches					
Appel téléphonique ou consultation	76,4	10,5	7,9	10,8	
Conseils donnés par un interlocuteur					
Se rendre aux urgences	54,8	9,2	6,2	6,6	
Simple conseil	10,7	0,8	0,5	2,5	
Autres (1)	6,6	0,4	0,5	0,4	
Consulter un médecin le jour même	4,5	0,5	0,3	0,6	
Attendre le lendemain pour consulter	3,4	0,2	0,1	0,5	
Appeler le 15	1,5		0,4	0,6	
Appeler les pompiers ou un autre numéro d'appel	0,6	0,3	0,1	0,7	

(1) Signifie tout ce qui n'a pas été évoqué dans les autres items.

Lecture • 10,8 % des patients ayant entrepris des démarches relatives à leur santé se sont adressés à un proche, 6,6 % ont reçu le conseil de se rendre aux urgences. La somme des démarches effectuées auprès des différents interlocuteurs est supérieure à 100 %, car une personne peut s'adresser à plus d'un interlocuteur. De même, un interlocuteur peut donner plus d'un conseil.

Champ • Patients ne provenant ni d'un établissement de santé ou médico-social, ni emmenés par les forces de l'ordre, et ayant entrepris des démarches avant de se rendre aux urgences.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

cal dans un cas sur quatre (graphique 3). Pour deux personnes sur dix, c'est la gravité présumée (« Je pensais que c'était grave »), et pour une sur dix l'angoisse (« J'étais angoissé[e] et je ne savais pas où aller ») qui expliquent le recours aux urgences.

Le besoin d'un règlement rapide du problème de santé est souvent mentionné (27 %), suivi par la possibilité de réaliser des examens complémentaires (23 %) et la proximité géographique (22 %). Pouvoir consulter un médecin spécialiste est une raison avancée par 12 % des personnes. En revanche, la prise en charge en dehors des horaires de travail⁴ ou « la gratuité » sont rarement indiquées (respectivement 3 % et 2 %).

Les urgences hospitalières peuvent être une solution, lorsque le recours habituel aux soins n'est pas possible. Ainsi, l'absence du médecin traitant est citée par 6 % des patients, l'impossibilité d'obtenir rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires

par 5 %. Enfin, pour un passage sur dix, c'est le transport par les pompiers ou le SMUR qui sont invoqués comme raison du recours aux urgences.

Une minorité de passages aux urgences concerne des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (1 %) ou des personnes n'ayant aucun droit ouvert à l'assurance maladie en France (1 %). 71 % des personnes interrogées bénéficient d'une couverture complémentaire privée, 9 % de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit une proportion légèrement supérieure à celle observée en population générale, en se ramenant à une structure par âge comparable, et 7 % n'ont pas de couverture complémentaire⁵.

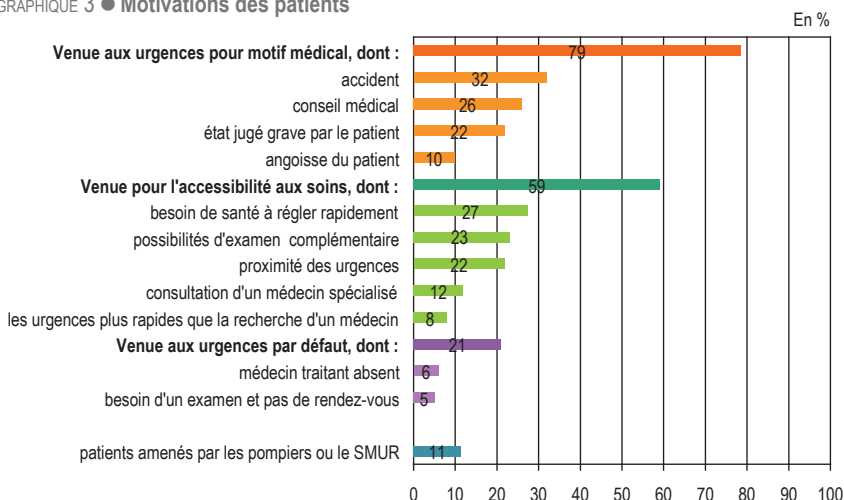
Les nourrissons et les personnes âgées sont les plus concernés

Près d'une personne sur 1 000 de la population résidant en France s'est rendue aux urgences le 11 juin 2013. Les taux de recours les plus élevés se situent

4. 40 % des personnes qui justifient leur recours aux urgences par la prise en charge en dehors des horaires de travail ont des horaires de passage concentrés entre 19 heures et minuit, contre 23 % pour les personnes invoquant d'autres motivations.

5. 13 % des patients ne savent pas s'ils ont une complémentaire ou n'ont pas répondu à la question.

GRAPHIQUE 3 • Motivations des patients



SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation.

Note • Plusieurs réponses possibles par patient.

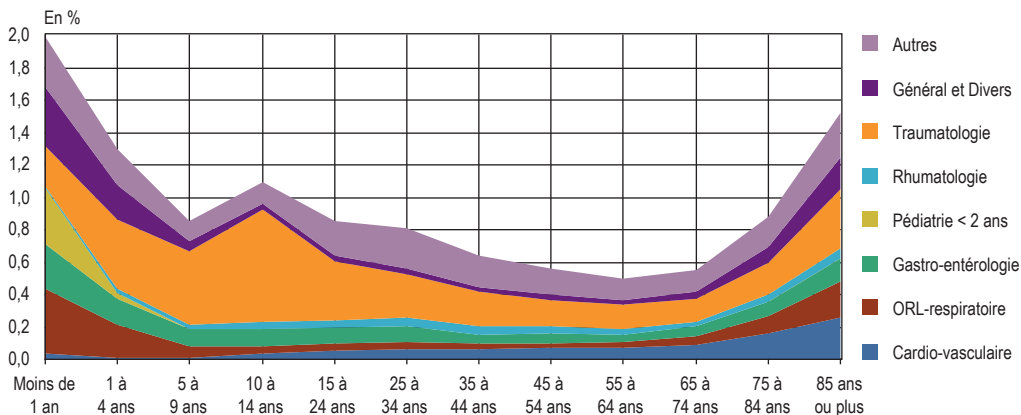
Champ • Patients non adressés par un établissement de santé, ni conduits par les forces de l'ordre.

Sources • DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.

aux âges extrêmes de la vie : 2 ‰ pour les enfants de moins de 1 an, et 1,5 ‰ pour les personnes âgées de 85 ans ou plus (graphique 4). Les patients âgés de 75 ou plus représentent 12 % des passages (dont 5 % pour les 85 ans ou plus), alors que ces groupes d'âges constituent 10 % (et 4 %) de la population générale.

Les motifs de recours aux urgences varient selon l'âge du patient. Jusqu'à 5 ans, les enfants sont pris en charge pour des pathologies variées : sphères oto-rhino-laryngologique (ORL), respiratoire et gastro-entérologique, pathologies traumatiques et problèmes spécifiques aux nourrissons comme les troubles ali-

GRAPHIQUE 4 • Taux de recours aux urgences selon le motif de recours et l'âge du patient



Note • La nomenclature des motifs de recours a été élaborée par la Société française de médecine d'urgence.

La rubrique « Général et Divers » comprend les recours des patients venus pour de la fièvre, un problème d'altération de l'état général, de la fatigue, des sutures, pansements, etc.

La rubrique « Autres » représente un quart des motifs de recours : elle comprend les motifs de type neurologique, gynéco-obstétrique, psychiatrique, dermatologiques, etc.

La rubrique « Pédiatrie » comprend les troubles alimentaires du nourrisson, les diarrhées, les fièvres du nourrisson de moins de 3 mois, les problèmes respiratoires, etc.

Le taux de recours par pathologie est le rapport des patients ayant recours aux services d'urgences de la classe d'âges et du motif de recours donné à la population générale de la classe d'âges, pour la journée d'observation.

Lecture • Entre 1 et 4 ans, le taux de recours total est de 1,30 ‰ ; il est de 0,20 ‰ pour un motif ORL et respiratoire, 0,17 ‰ pour un motif de gastro-entérologie et 0,42 ‰ pour la traumatologie. Pour les 10-14 ans, le taux de recours global est de 1,09 ‰ et le taux de recours pour traumatologie de 0,69 ‰.

Champ • Patients ayant répondu à la question du motif de recours.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques. INSEE, données de la population.

mentaires, la fièvre, l'ictère néonatal, etc. Entre 10 et 14 ans, les motifs de recours se concentrent sur la traumatologie avec un taux de recours atteignant 0,7 %, en lien principalement avec des chutes et des accidents de sport ou domestiques.

À partir de 65 ans, la traumatologie constitue 25 % des motifs de recours et les problèmes cardio-vasculaires 17 %. Les recours en traumatologie des personnes âgées sont liés aux chutes qui constituent 18 % des circonstances de l'ensemble des recours pour les 65 ans ou plus.

Des prises en charge plus lourdes pour les patients les plus âgés

Les prises en charge dans les services d'urgences revêtent des formes très variées. En salle d'accueil des urgences vitales, les soins destinés aux patients en situation de détresse vitale, existante ou potentielle, permettent de réaliser des actes de réanimation respiratoire et cardiaque. Ils concernent 5 % seulement de l'ensemble des passages, mais plus de 10 % des passages des patients âgés de 65 ans ou plus.

La réalisation d'actes à visée diagnostique ou d'actes de soins est beaucoup plus fréquente et concerne 4 patients sur 5. Un acte de soins est réalisé pour 40 % des passages, un acte d'imagerie pour 45 %, une analyse biologique pour 35 %.

La proportion de passages comportant la réalisation d'actes à visée diagnostique augmente considérablement avec l'âge du patient : les personnes âgées sont, en effet, plus souvent atteintes de polyopathologies qui nécessitent davantage d'investigations.

Les lésions traumatiques constituent le diagnostic de sortie le plus fréquent

À l'issue du passage aux urgences, un diagnostic de sortie est posé pour chaque patient. Globalement, les diagnostics de sortie les plus fréquents correspondent aux motifs de recours le plus souvent observés à l'entrée ; c'est le cas notamment de la traumatologie.

En dehors des patients ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), qui nécessitent une prise en charge plus complexe, près de 40 % des malades ont reçu un diagnostic de lésion traumatique ou d'empoisonnement à la sortie (tableau 2). Pour 17 %, il s'agit de « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques ou de laboratoires

peu précis ». Parmi eux, 6 % sont atteints de fatigue, céphalées, fièvre, etc. ; 8 % de douleurs de l'appareil digestif ou de l'abdomen, ou encore de l'appareil circulatoire ou respiratoire. Dans 4 % des cas, il s'agit de troubles mentaux (notamment les troubles anxieux ou les troubles de comportement liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances). Parmi les maladies du système nerveux, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les accidents ischémiques transitoires (AIT) représentent 0,8 % des passages, de même que les affections épisodiques et paroxystiques (majoritairement de l'épilepsie).

Moins de quatre heures de présence pour près de huit patients sur dix

Selon l'enquête, 48 % des patients qui ne sont pas passés par une UHCD restent moins de deux heures dans un service d'urgences, dont 19 % sont pris en charge rapidement en moins d'une heure. À l'opposé, la prise en charge aux urgences se prolonge au-delà de huit heures pour 4 % des patients (tableau 2). L'enquête réalisée en 2002 auprès de 3 000 patients non hospitalisés après leur passage aux urgences indiquait des valeurs comparables : 55 % des patients disaient avoir passé moins de deux heures aux urgences et 20 % moins d'une heure⁶.

Pour les patients ayant un diagnostic de lésions traumatiques et d'empoisonnements, la prise en charge aux urgences est la plus rapide : 90 % sortent moins de quatre heures après leur arrivée, 60 % moins de deux heures après. Il en est de même pour les diagnostics tels que les affections de l'appareil respiratoire, les affections de la peau, les maladies du système ostéo-articulaire ou encore les maladies infectieuses et parasitaires. La prise en charge est plus longue pour les patients présentant des symptômes de malaises, fatigues, céphalées ou autres symptômes digestifs, respiratoires, circulatoires, etc., dont 30 % seulement sortent en moins de deux heures : leur prise en charge comporte davantage d'actes différents (examens à visée diagnostique ou avis spécialisés). Un quart des patients présentant des troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (ou autres substances) demeurent une journée ou plus aux urgences.

Sur 100 patients pris en charge à la suite d'une maladie cérébro-vasculaire, 30 ont passé plus de six heures aux urgences, alors que 7 patients y ont passé moins

6. Les modalités de l'enquête de 2002 étaient différentes : les patients non hospitalisés après leur passage aux urgences avaient été interrogés par téléphone. De plus, le temps de passage était « déclaré » par les enquêtés et non mesuré par l'équipe soignante comme dans l'enquête de 2013. Pour ces raisons, on peut comparer les ordres de grandeur et non les résultats précis.

TABLEAU 2 ● **Diagnostics à la sortie des urgences et durée de présence aux urgences, hormis les patients hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée**

							En %	
	Moins de 1 h	De 1 h à moins de 2 h	De 2 h à moins de 4 h	De 4 h à moins de 6 h	De 6 h à moins de 8 h	Plus de 8 h	Total	Part
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	21,4	37,4	30,5	7,2	1,9	1,4	100,0	39,8
<i>Lésions traumatiques du poignet et de la main, de la cheville et du pied</i>	20,5	41,4	31,1	5,3	0,9	0,6	100,0	15,6
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs, dont :	10,7	19,5	34,1	19,5	9,7	6,4	100,0	17,0
<i>Symptômes et signes généraux (malaise, fatigue, céphalée, fièvre...)</i>	10,4	20,3	33,2	20,2	9,7	6,1	100,0	5,8
<i>Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen</i>	10,3	18,8	36,0	19,7	9,4	5,7	100,0	4,3
<i>Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire</i>	8,8	18,5	34,7	20,4	10,6	6,7	100,0	4,1
Affections de l'appareil respiratoire	18,8	25,2	32,2	13,3	5,6	4,9	100,0	5,3
Affections de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	7,3	12,2	30,9	26,7	12,6	10,2	100,0	2,7
<i>Cardiopathies ischémiques, hypertensives, troubles du rythme et autres</i>	6,4	10,5	30,0	28,2	13,4	11,4	100,0	2,0
Affections du système digestif, maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme, troubles immunitaires	13,3	19,7	30,9	17,8	9,6	8,6	100,0	5,5
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	18,7	28,4	32,8	12,5	4,6	2,8	100,0	5,8
Troubles mentaux	16,3	20,1	30,2	15,3	5,9	11,9	100,0	3,9
Maladies du système nerveux, dont :	8,1	15,5	31,5	20,2	12,5	12,0	100,0	2,0
<i>Affections épisodiques et paroxystiques</i>	9,8	18,0	36,9	16,9	10,7	7,7	100,0	0,8
<i>Maladies cérébro-vasculaires (1)</i>	7,5	10,2	26,1	24,0	16,0	15,6	100,0	0,8
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	42,9	28,9	16,8	6,9	2,1	2,3	100,0	3,7
Maladies des organes génito-urinaires	11,4	17,4	33,8	19,2	10,5	7,2	100,0	3,2
Maladies de l'œil et de ses annexes, de l'oreille de l'apophyse mastoïde	32,8	33,4	22,4	6,7	2,7	1,7	100,0	3,1
Maladies infectieuses et parasitaires	20,4	26,8	30,3	13,2	4,4	4,7	100,0	2,5
Affection de la peau et des tissus sous-cutanés	24,7	33,7	29,0	9,9	1,7	1,1	100,0	2,6
Autres (2)	18,4	22,3	26,9	14,6	7,5	10,2	100,0	1,3
Non-réponse	29,6	25,9	27,5	9,1	3,0	4,9	100,0	1,7
Total	19,0	28,6	30,6	12,3	5,1	4,3	100	100

(1) Les maladies cérébro-vasculaires comprennent les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les accidents ischémiques transitoires (AIT).

(2) La modalité « Autres » regroupe des pathologies peu fréquentes dans les services d'urgences, comme les maladies du sang et des organes hématopoïétiques, les tumeurs, les malformations congénitales et anomalies chromosomiques, les pathologies liées à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Note • Les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont des unités destinées à accueillir des patients provenant uniquement de la salle des urgences, en attente d'un lit pour hospitalisation ou pour ceux nécessitant une surveillance. En principe, la durée n'y excède pas 72 heures.

Champ • Patients pour lesquels une durée dans le service d'urgences est renseignée et patients n'étant pas passés par une UHCD.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

d'une heure ; ces derniers sont tous hospitalisés dans l'heure qui suit. Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, les prises en charge des AVC doivent s'effectuer dans les unités neuro-vasculaires existantes sur le territoire de santé dont relève le patient sans passer par les urgences. On peut supposer que la présence ou la proximité de telles unités prenant très rapidement

les patients en charge influe sur les durées de présence dans les services d'urgences.

Près de 8 % des patients (et 17% des 65 ans ou plus) ont séjourné en UHCD. Un diagnostic de lésions traumatiques ou de symptômes est posé pour 42 % d'entre eux et celui de troubles mentaux (notamment troubles du comportement liés à la consommation d'alcool) pour

10 %. 57 % sont ensuite hospitalisés (40 % en service de médecine, 7 % en chirurgie) et 39 % repartent chez eux.

Les trois quarts des patients rentrent chez eux à l'issue de leur passage

Sur l'ensemble des patients des urgences du 11 juin 2013, 76 % repartent à leur domicile, 20 % sont hospitalisés, 2 % quittent les urgences sans attendre et 0,5 % le font contre l'avis médical (graphique 5).

Dans 90 % des cas, les patients pris en charge pour une lésion traumatique, pour arthropathie ou pour une affection de l'appareil respiratoire rentrent chez eux, y compris en hospitalisation à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Un peu moins de 6 % sont hospitalisés et 4 % partent sans attendre. Pour certaines affections, la part de ceux hospitalisés à la sortie des urgences est plus élevée : c'est le cas pour plus de la moitié des patients victimes d'affections de l'appareil cardio-vasculaire ou de maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme. La part des patients hospitalisés est plus élevée quand le conseil final de se rendre aux urgences émane d'un médecin, du SAMU ou des pompiers (30 % versus 10 % pour les patients venus de leur propre initiative). En revanche, les passages effectués entre minuit et 8 heures ne se distinguent pas par une proportion d'hospitalisation plus élevée que ceux effectués en journée et en début de soirée.

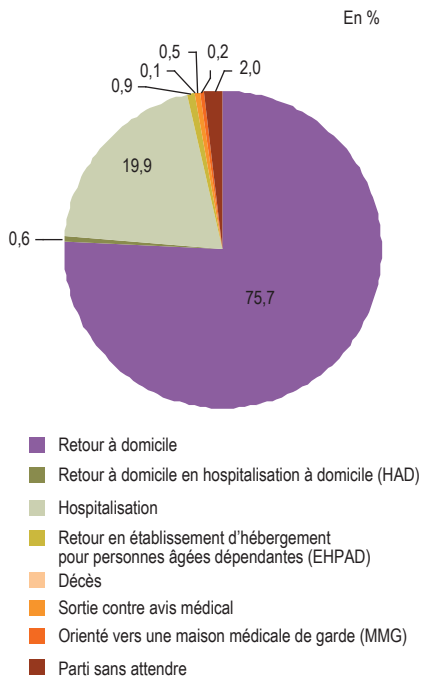
Pour les patients hospitalisés, 20 % ont nécessité plus d'un appel de la part de l'équipe soignante pour trouver un lit ou une place, et le délai d'obtention d'un lit excède quatre heures pour 10 % d'entre eux.

Typologie statistique des points d'accueil : des liens plus ou moins étroits avec le SMUR et une diversité des niveaux d'équipement

Le volet « structures » de l'enquête du 11 juin 2013 permet de cerner le mode d'organisation des services d'urgences. Ce questionnaire a été rempli par le service administratif dont dépend chaque point d'accueil d'urgences et validé en accord avec l'urgentiste référent de l'enquête qui était, lui, en charge de la collecte du volet « patients » de l'enquête.

Ce volet « structures » montre que les points d'accueil des urgences, répartis sur tout le territoire français, sont majoritairement situés dans des établissements de santé publics. Leur organisation et leurs ressources sont variables : tous n'ont pas de poste d'accueil et d'orien-

GRAPHIQUE 5 • Mode de sortie des patients



Sources • DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.

tation, d'assistance sociale, de psychiatre ou encore d'accès prioritaire à une IRM. Cette organisation varie surtout selon le volume de passages (les ressources en personnel et en matériel des points d'accueil augmentent avec ce volume), du statut (public ou privé) de l'établissement et de sa spécialisation ou non en pédiatrie.

Néanmoins, si la catégorie juridique semble souvent pertinente pour discriminer entre les points d'accueil (Ricroch, 2014), les disparités de fonctionnement, d'organisation, de moyens et d'environnement socio-économique de ces derniers ne s'approchent pas uniquement par cette dimension. Pour caractériser ces disparités, une possibilité est d'utiliser un outil statistique, la classification ascendante hiérarchique (encadré 4), qui fournit une typologie des points d'accueil en réunissant ceux qui se ressemblent selon des critères relatifs à leur organisation en interne et avec les autres services de l'établissement (accès direct, poste d'accueil et d'orientation, etc.), à leurs liens avec le SMUR (mutualisation ou non des équipes) et les ressources humaines du service des urgences. Cet outil statistique permet de prendre en compte simultanément tout un ensemble d'informations pour faire ressortir des groupes de points d'accueil de profils similaires, au-delà des catégories que permettent de définir les critères les plus attendus (différence entre public et privé par exemple).

ENCADRÉ 4 ● L'apport de la classification ascendante hiérarchique

La typologie s'appuie sur les données du volet « structures » de l'enquête Urgences 2013. Le but de l'analyse est de rassembler dans une même classe les points d'accueil qui se ressemblent par leur organisation interne et leur équipement. La procédure statistique utilisée est une classification ascendante hiérarchique. Dans un premier temps, il y a autant de classes que de points d'accueil. Les réponses aux questions représentées dans le tableau 4 sont comparées, et les deux points d'accueil les plus proches dans leur réponse sont mis dans une même classe, tandis que les autres points d'accueil restent chacun dans leur classe à une unité. La distance utilisée pour étudier la proximité entre deux points d'accueil est la distance du khi-deux. Puis on compare les réponses entre tous les points d'accueil individuels et la classe nouvellement créée avec les deux points d'accueil et on réunit ensemble les points d'accueil qui se ressemblent le plus (cela peut être deux points d'accueil isolés, ou bien la classe des deux points d'accueil qui fusionne avec un troisième point d'accueil). On réitère et on arrête de réunir les points d'accueil lorsque la réunion de deux groupes de points d'accueil rendrait le groupe final trop hétérogène (stratégie d'agrégation avec la méthode de Ward, fondée sur la décomposition de l'inertie du nuage des individus).

La catégorie administrative, le nombre de passages ou la spécialisation en accueil pédiatrique n'interviennent pas pour le regroupement des points d'accueil en classes. Ces variables servent à illustrer et commenter les différences entre les groupes homogènes dans leur organisation obtenus par la classification.

Ici, la typologie effectuée permet de dégager quatre regroupements de points d'accueil. La classe la plus nombreuse réunit les points d'accueil dont les ressources sont mutualisées avec le SMUR associé ; à l'opposé, la deuxième classe en termes d'effectifs correspond aux points d'accueil qui fonctionnent indépendamment d'un SMUR (tableau 3). La troisième classe rassemble les points d'accueil à fort volume d'activité et apparaissant les plus fournis en termes de diversité des personnels et d'infrastructures. Enfin, la dernière classe, de faible effectif, représente les points d'accueil à faible activité. La première et la quatrième classes ne regroupent quasiment que des points d'accueil de centres hospitaliers.

Après une description plus précise de ces quatre classes de points d'accueil, une comparaison de leurs patientèles respectives est proposée, afin de voir si les similitudes organisationnelles sont reliables à des similitudes en termes de patients accueillis.

La première classe rassemble un peu plus du tiers des points d'accueil. La caractéristique principale de ces derniers est le lien étroit qui les unit au SMUR dans leur fonctionnement (tableau 4). Les équipes médicales et non médicales sont communes entre ces deux services. Dans huit points d'accueil sur dix, le médecin du SAMU ou du SMUR peut être impliqué simultanément dans les soins aux urgences, et réciproquement. Ces points d'accueil fonctionnent avec du personnel médical plus spécialisé que l'ensemble des points d'accueil : dans sept points d'accueil sur dix, il n'y a que des équivalents temps plein (ETP) de médecins urgentistes (contre six sur dix pour l'ensemble des points d'accueil). La pro-

portion de structures où des médecins de l'établissement extérieurs au service des urgences ou au SMUR participent au tour de garde aux urgences est inférieure de 5 points à la moyenne. Ces points d'accueil s'appuient aussi plus souvent sur quelques ETP d'internes pour leur fonctionnement (les deux tiers des points d'accueil de cette classe ont de 1 à 4 ETP d'internes contre 40 % en moyenne). En revanche, il y a moins de personnel non médical spécifique comme les assistantes sociales, les vigiles ou les personnels dédiés à des tâches particulières comme l'inventaire des lits ou l'affectation des patients. Cette classe est composée à 90 % de centres hospitaliers et ne contient qu'un seul centre hospitalier régional universitaire (CHRU).

Trois points d'accueil sur dix sont rassemblés dans la deuxième classe qui réunit des services indépendants du SMUR. Ce regroupement comprend lui-même deux organisations différentes, selon l'implantation ou non d'un SMUR dans les établissements où sont situés ces points d'accueil. 40 % des points d'accueil de cette classe sont situés dans un établissement doté d'un SMUR mais fonctionnent sans aucune mutualisation ni échanges de postes avec celui-ci. Ils sont intégrés dans des établissements qui sont pour la plupart publics, et huit fois sur dix, il s'agit d'accueil pédiatrique. Les 60 % restants sont situés dans des établissements sans implantation de SMUR, qui sont pour la majorité privés à but lucratif. Malgré ces différences, l'absence de SMUR ou la non-mutualisation tendent à avoir les mêmes conséquences organisationnelles, marquées par une plus faible proportion d'accès

TABLEAU 3 ● La classification des points d'accueil

	Classe 1	Classe 2		Classe 3	Classe 4	Ensemble
Nombre de points d'accueil	254	221		203	56	734
Part des points d'accueil	35 %	30 %		28 %	8 %	100 %
Caractéristiques de la classe	Des urgences mutualisées avec le SMUR	Des urgences très indépendantes du SMUR		Des urgences à fort volume d'activité	Des CH à faible volume d'activité	
Sous-classe		Classe 2a	Classe 2b			
Nom de la sous classe		Aucune implantation de SMUR (60%)	Aucune mutualisation avec le SMUR (40%)			
Part des points d'accueil situés dans un CH ou un autre établissement public *	89 %	9 %	82 %	59 %	93 %	64 %
Part des points d'accueil situés dans un CHRU*	1 %	12 %	17 %	34 %	2 %	14 %
Part des points d'accueil situés dans un établissement privé à but non lucratif	5 %	15 %	1 %	4 %	2 %	6 %
Part des points d'accueil situés dans un établissement privé à but lucratif	5 %	63 %	0 %	3 %	3 %	16 %
Médiane des passages journaliers	52	61	42	107	26	71
Part des accueils pédiatriques exclusifs	3 %	10 %	81 %	10 %	5 %	14 %

Lecture • La première classe comporte 254 points d'accueil. Parmi les points d'accueil de cette classe, 89 % sont situés dans un centre hospitalier ou dans un autre établissement public, hors CHRU.

L'activité du service d'urgences mise en regard des données de ressources humaines annuelles est journalière, celle des 24 heures de l'enquête (résumée par la médiane au sein de chaque classe du nombre de patients vus le jour de l'enquête). Malgré des variations quotidiennes possibles, ce volume journalier d'activité est très corrélé avec le volume annuel (encadré 2).

* Les définitions précises des CH (centres hospitaliers) et des CHR/CHU (centres hospitaliers régionaux, aussi dénommés CHRU) sont indiquées dans la fiche 1 «cadre juridique et institutionnel» et dans la fiche 2 «les grandes catégories d'établissement».

Champ • Points d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

direct⁷ vers les services concernés, sans passage par le service d'urgences : 86 % des points d'accueil sont situés dans des établissements qui n'ont pas d'accès direct en gériatrie contre 54 % en moyenne, ils sont 64 % en ce qui concerne la gynécologie contre 40 % et 69 % pour la cardiologie contre 45 %. De plus, ces points d'accueil font moins souvent partie d'un réseau (collaboration, partage de bonnes pratiques, etc.) ou sont moins intégrés dans d'autres formes de coopération, avec 10 points de moins de participation que la moyenne. Les raisons en sont différentes selon leur organisation : les points d'accueil situés en établissements privés à but lucratif sans SMUR fonctionnent de façon indépendante, ceux en établissements dotés d'un SMUR s'inscrivent dans des réseaux spécifiques. En revanche, ces deux types de points d'accueil s'opposent sur la proportion de médecins urgentistes. Les premiers travaillent quasi exclusivement avec des médecins urgentistes, tandis que les seconds fonctionnent surtout avec des médecins non urgentistes : il s'agit alors de pédiatres.

La troisième classe regroupe 28 % des points d'accueil. Il s'agit de structures à fort volume d'activité. Les points d'accueil de cette classe ont la plus forte patientèle (plus de 100 passages par jour en moyenne). Ils disposent tous d'un poste d'accueil et d'orientation, à 80 % d'une assistance sociale, de plusieurs ETP d'internes, de secrétaires, à 66 % d'un psychiatre et à 44 % d'au moins un ETP de brancardier pour le service. Tous les points d'accueil de cette troisième classe ont accès à un scanner et pour la moitié d'entre eux à une IRM, ces deux examens ayant une priorité d'accès pour les urgences. Les accès directs sont plus développés dans les établissements où sont implantés ces points d'accueil : pour 90 % d'entre eux, l'établissement a mis en place un accès direct, organisé ou épisodique, en cardiologie ou en gynécologie et pour 65 % en neurologie et en ophtalmologie. 70 % des points d'accueil situés dans des CHRU appartiennent à cette classe, qui contient aussi un quart des points d'accueil en centres hospitaliers (CH).

7. Certains établissements de santé décrivent aussi une organisation permettant de recevoir en urgence les patients atteints de pathologies spécifiques directement dans les services concernés. C'est ce qui est appelé ici accès direct. Cet accueil en urgence dans les services concernés s'inscrit dans le cadre plus général des hospitalisations non programmées et concerne aussi des établissements n'ayant pas d'autorisation d'accueil des urgences et qui ne sont pas étudiés ici.

TABLEAU 4 • Description des quatre classes de points d'accueil

Nom de la classe	Classe 1	Classe 2		Classe 3	Classe 4	Ensemble
	Des urgences mutualisées avec le SMUR	Aucune implantation de SMUR	Aucune mutualisation avec le SMUR	Des urgences à fort volume d'activité	Des CH à faible volume d'activité	
Accès direct (en %)						
Pas d'accès direct pour la cardiologie	45	58	89	11	73	45
Pas d'accès direct pour la gériatrie	44	81	92	32	50	54
Pas d'accès direct pour la gynécologie	33	57	79	13	77	40
Pas d'accès direct pour la neurologie	83	86	90	33	82	71
Pas d'accès direct pour l'ophtalmologie	86	82	97	37	86	73
Lien avec le SMUR (en %)						
Médecin SAMU/SMUR impliqué simultanément dans les soins aux urgences	81	1	7	40	52	45
Pas de mutualisation du personnel médical avec le SAMU/SMUR	2	86	85	24	34	36
Pas de mutualisation du personnel non médical avec le SAMU/SMUR	7	90	85	42	39	44
Ressources humaines (en %)						
Gardes de médecins extérieurs au service des urgences	31	15	35	58	43	36
Au moins 1 ETP de brancardier dans le personnel des urgences	36	36	11	44	23	36
Pas d'ETP de secrétaire dans le personnel des urgences	4	8	40	4	23	9
Entre 1 et 4 ETP d'internes dans le personnel des urgences	66	23	58	18	16	39
Plus de 4 ETP d'internes dans le personnel des urgences	5	6	22	77	2	27
Au moins 1 ETP de médecins non urgentistes dans le personnel des urgences	30	15	75	55	29	39
Présence d'un poste d'accueil et d'orientation	30	78	57	99	69	75
Aucun vigile ou officier de sécurité présent aux urgences	86	65	75	59	88	77
Vigile présent aux urgences mais pas 24h/24	10	29	21	39	9	17
Psychiatre aux urgences	12	5	17	66	4	25
Assistante sociale dans le service des urgences	35	32	28	79	20	46
Niveau d'équipement (en %)						
Pas d'IRM sur le site	54	20	7	2	96	32
IRM prioritaire pour les urgences	8	37	40	52	0	29
Pas de scanner sur le site	0	0	0	0	100	8
Scanner prioritaire pour les urgences	95	90	100	100	0	89
Autres dimensions (en %)						
Coopération entre services des urgences	77	69	44	68	86	71
Personnel dédié à l'inventaire de lit	21	61	19	27	18	31
Postes partagés avec d'autres services	46	40	51	50	57	48
Tableau de bord des lits disponibles	89	98	93	91	86	91

ETP : équivalent temps plein.

Lecture • La première classe comporte 254 points d'accueil. Parmi les points d'accueil de cette classe, 45 % sont situés dans un établissement qui n'a pas mis en place un accès direct pour la cardiologie.

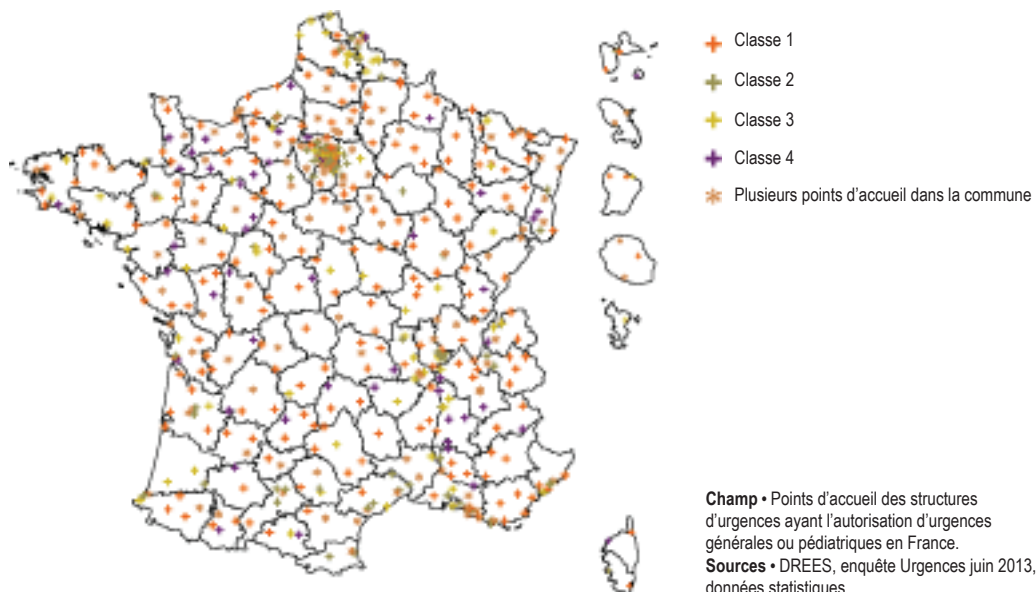
Champ • Points d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

La dernière classe regroupe des points d'accueil à faible volume d'activité, plus atypiques (8 % des points d'accueil). Ces points d'accueil ont un volume de passage très faible, 26 en médiane le jour de l'enquête. Ils sont rattachés à des établissements faiblement dotés en matériel (il n'y a ni scanner ni IRM sur le site) et le personnel est peu diversifié. Souvent, il n'y a pas d'in-

terne, de poste d'accueil et d'orientation, de psychiatre, d'assistante sociale, de vigile, de personnel dédié à l'inventaire des lits et à l'affectation des patients, etc. Les ressources moins élevées sont compensées par une coopération plus importante avec les établissements environnants (le taux de coopération avec d'autres services d'urgences est de 15 points supérieur à la

CARTE ● Répartition des points d'accueil des urgences selon la classification



moyenne) et avec les autres services de l'établissement (taux de postes partagés supérieur de 10 points). Cette classe est composée à 90 % de CH, et la moitié des établissements travaillent avec un SAMU ou un SMUR. Les points d'accueil situés dans les régions les moins peuplées sont surreprésentés dans cette classe, comme ceux de Basse-Normandie qui représentent 4 % de l'ensemble des points d'accueil mais 13 % de cette classe (carte).

Cette diversité des points d'accueil des urgences hospitalières trouve un écho dans la patientèle accueillie (tableau 5). Plusieurs exemples peuvent illustrer ce lien entre caractéristiques des points d'accueil et de leurs patientèles.

Les patients reçus dans les établissements sans implantation de SMUR sont ainsi moins nombreux à arriver aux urgences par un véhicule des sapeurs-pompiers ou par le SMUR (6 % contre 14 % pour l'ensemble des patients). Ils sont également moins souvent âgés (8 % ont au moins 75 ans, contre 12 % pour l'ensemble des patients). De plus, le diagnostic à leur sortie est plus fréquemment une lésion traumatique.

Les patients accueillis dans les points d'accueil de la troisième classe, à fort volume d'activité, y arrivent plus

souvent que l'ensemble des patients par un véhicule des sapeurs-pompiers ou le SMUR. Ils y bénéficient plus souvent d'actes de biologie, et les pathologies traitées sont plus lourdes. Ils sont plus souvent hospitalisés et 8 % restent aux urgences plus de douze heures (y compris en UHCD) contre 6 % en moyenne.

Enfin, 3 % des patients sont passés par les points d'accueil de la dernière classe, qui regroupe des établissements atypiques du fait de leur faible volume d'activité. Ces patients présentent des caractéristiques spécifiques : dans la moitié des cas, il s'agit d'un problème traumatologique (contre 38 % pour l'ensemble des patients). Ils arrivent rarement par un véhicule des sapeurs-pompiers ou le SMUR (7 % contre 14 % pour l'ensemble des patients) et viennent plus souvent de leur propre initiative (67 % contre 62 % pour l'ensemble des patients). Ils bénéficient beaucoup moins souvent d'actes de biologie (10 points de moins que pour l'ensemble des patients). Ces pathologies plus légères et demandant moins d'actes engendrent des durées aux urgences plus courtes : 13 % des patients sont sortis des urgences en moins de 30 minutes contre 5 % pour l'ensemble des patients, et ils sont plus nombreux à rentrer à leur domicile. ■

TABLEAU 5 • La patientèle selon la typologie des points d'accueil

Nom de la classe	Classe 1	Classe 2		Classe 3	Classe 4	Ensemble
	Des urgences mutualisées avec le SMUR	Aucune implantation de SMUR	Aucune mutualisation avec le SMUR	Des urgences à fort volume d'activité	Des CH à faible volume d'activité	
Proportion des patients reçus (en %)	29	17	9	43	3	100
Caractéristiques des patients (en %)						
Moins de 5 ans	8	10	40	9	9	11
75 ans ou plus	15	8	3	13	13	12
Recours aux urgences du lieu de vie habituel *	90	92	93	89	87	90
Mode d'arrivée par ses propres moyens ou accompagné*	53	64	77	48	66	55
Mode d'arrivée par un véhicule des sapeurs-pompiers ou le SMUR*	13	6	10	18	7	14
Patients venus de leur propre initiative ou sur conseil d'un proche*	58	63	64	51	67	62
Caractéristiques du passage aux urgences (en %)						
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	40	44	31	35	48	38
Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire non classés ailleurs	18	16	18	18	14	18
Troubles mentaux	4	2	2	6	4	4
Acte imagerie	49	49	32	45	44	46
Acte biologie	36	27	26	41	26	36
Prise en charge en salle d'accueil des urgences vitales	6	3	2	5	5	5
Durée aux urgences (en %)						
Moins d'une demi-heure	5	5	6	3	13	5
Entre 1 demi-heure et 2 heures	42	46	49	32	56	39
Au moins 12 heures	5	3	3	8	3	6
Sortie (en %)						
Retour au domicile	74	84	80	72	82	76
Hospitalisation	22	13	17	22	15	20

* Les pourcentages sont calculés sur les seuls patients interrogés, dont le champ varie selon les questions. Par exemple, la question du recours aux urgences du lieu de vie habituel n'est pas posée aux patients inconscients non accompagnés.

Champ • Patients étant passés dans un point d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, DREES, janvier.
- Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, n° 889, DREES, juillet
- Carrasco V., Baubeau D., 2003, « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats* n° 212, DREES, janvier.
- « La médecine d'urgence », fiche dans *Le Panorama des établissements de santé – édition 2014*, coll. Études et Statistiques, DREES, janvier.
- Ricroch L., 2015, « Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats*, à paraître.
- Vuagnat A., 2013, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », dans *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*, coll. Études et Statistiques, DREES, janvier.