

ÉTUDES et RÉSULTATS

juillet 2024
n° 1305

Sous embargo jusqu'au 11 juillet 2024 à 6h

Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ?

En 2023, la France compte 719 points d'accueil des urgences, très majoritairement situés dans des établissements de santé publics. Près de sept points d'accueil sur dix sont des urgences générales, 17 % des urgences pédiatriques et 15 % des urgences adultes, couplés avec un point d'accueil pédiatrique.

Le nombre de patients qu'ils reçoivent varie fortement : le mardi 13 juin 2023, pendant les 24 heures où l'ensemble des services des urgences ont participé à l'enquête Urgences, un point d'accueil sur cinq a reçu 40 patients ou moins, et un sur cinq plus de 120 patients.

Dans un contexte de manque récurrent de personnel par rapport à l'afflux des patients, 8 % ont dû fermer au moins une fois entre mi-mars et mi-juin 2023, et 23 % ont mis en place un accès régulé au service, au moins sur certains créneaux horaires. Au cours d'une semaine donnée, 19 % indiquent un manque de médecin pour remplir les plannings.

L'organisation de la première évaluation des patients par un poste d'accueil et d'orientation s'est généralisée en dix ans. Pour trouver des lits aux patients devant être hospitalisés à la sortie des urgences, 56 % des points d'accueil disposent de personnel dédié dans l'établissement, contre 22 % en 2013. Les organisations sont diverses pour la prise en charge des enfants, des personnes âgées ou de certaines pathologies étudiées dans l'enquête : ainsi, pour la prise en charge des AVC, un quart des points d'accueil des urgences générales et adultes disposent au sein de l'établissement d'une unité neuro-vasculaire (UNV). Les deux tiers des points d'accueil peuvent accueillir des patients traumatisés sévères.

L'équipement en imagerie s'est amélioré : la quasi-totalité des points d'accueil des urgences ont un scanner dans l'établissement et huit sur dix une IRM.

Elvire Demoly, Wilfried Bara, Diane Naouri, Bénédicte Boisguerin, Carla Bianchi (DREES)

> L'enquête Urgences 2023 a été conduite en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et le Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques (GFRUP), et en collaboration avec SUDF, l'Amuf, la FedORU et le SNUHP. La DREES remercie toutes les personnes des services des urgences qui ont coordonné, collecté et saisi les données de l'enquête Urgences 2023.

En 2023, la France compte 719 points d'accueil des urgences répartis dans 612 hôpitaux et cliniques autorisés pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences générales et pédiatriques (**encadré 1**). Près de 80 % de ces points d'accueil se trouvent dans des établissements hospitaliers publics, dont 14 % dans les centres hospitaliers

régionaux universitaires (CHRU) [**tableau 1**]. Il en existe également dans les établissements de santé du secteur privé à but lucratif (17 %) et à but non lucratif (5 %). Ces points d'accueil des urgences sont répartis sur l'ensemble du territoire, avec au moins un point d'accueil dans chaque département de France métropolitaine et d'outre-mer.



Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

●● Plus de patients par point d'accueil des urgences, et plus de points d'accueils pédiatriques

Pendant les 24 heures de l'enquête Urgences du mardi 13 juin 2023, les 715 points d'accueil des urgences de France qui ont répondu à l'enquête ont reçu 58 400 passages, contre 51 800 dix ans plus tôt, le mardi 11 juin 2013, soit 13 % de plus¹. Les points d'accueil ont reçu, au cours de ces 24 heures, entre 10 patients pour les plus petits et 290 pour les plus importants : 21 % ont reçu 40 patients ou moins, 36 % en ont reçu entre 41 et 80, 24 % en ont reçu entre 81 et 120

(contre 19 % en 2013) et 19 % ont reçu plus de 120 patients (contre 13 % en 2013).

Un point d'accueil des urgences pédiatriques est présent dans 20 % des établissements autorisés pour les urgences générales ou pédiatriques : ils représentent ainsi 17 % des points d'accueil des urgences (contre 14 % en 2013), tandis que 69 % d'entre eux relèvent des urgences générales, qui prennent en charge le plus souvent les adultes et les enfants². Les 15 % des points d'accueil restants sont réservés aux adultes et couplés avec un point d'accueil

Encadré 1 L'enquête Urgences 2023

L'enquête Urgences 2023 a été conduite auprès de l'ensemble des services des urgences des hôpitaux et cliniques de France le mardi 13 juin 2023, de 8 h le matin au lendemain à 8 h, dix ans après l'enquête de 2013, le mardi 11 juin 2013. Elle concerne tous les **points d'accueil des structures des urgences générales et pédiatriques** autorisées au sens de l'article R.6123-1 du Code de la santé publique. Les urgences spécialisées (SOS mains, urgences dentaires, psychiatriques, ophtalmologiques ou gynécologiques, etc.) sont toutes exclues du champ de l'enquête (en 2013, quatre points d'accueil d'urgences spécialisées avaient été également enquêtés).

La méthodologie de l'enquête Urgences de 2013 a été reconduite. L'enquête comporte deux volets complémentaires, recueillis le même jour : un recueil administratif sur les points d'accueil (volet « Structure ») décrivant leur organisation et un volet sur les patients qui s'y sont rendus pendant les 24 heures de l'enquête, un mardi du mois de juin (jour choisi pour éviter les périodes de forte affluence et les épidémies saisonnières).

Un **point d'accueil des urgences** se définit par une entrée matérielle des patients et un lieu de prise en charge, bien délimités, avec une zone de tri spécifique. Selon les organisations, une même structure des urgences comporte un ou deux points d'accueil. Lorsqu'il y a un accueil des patients adultes et un autre pour les enfants (urgences pédiatriques), les deux points sont interrogés séparément dans l'enquête. Ce mode d'interrogation a été choisi afin de respecter l'orga-

nisation interne des services des urgences.

Dans les 612 établissements autorisés, 719 points d'accueil ont été dénombrés et 715 ont répondu au questionnaire « Structure » détaillant leur organisation et leurs ressources. Du fait de cette non-réponse, le champ couvre en pratique la France hors Mayotte.

Lignes de travail clinique posté : une ligne du planning médical correspond à un créneau horaire sur lequel un nom de médecin donné est inscrit. Le nombre de lignes (donc de médecins prévus) sur un même créneau horaire varie selon la taille du point d'accueil. L'enquête interroge sur les lignes non pourvues en raison d'absences imprévues, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de médecin présent sur une de ces lignes postées. Pour les plus petits points d'accueil, une absence peut conduire à la fermeture. La période de référence sur cette question est la semaine qui suit l'enquête, considérée comme « ordinaire », et non pas la semaine de l'enquête, pendant laquelle du personnel a pu être mis en renfort pour collecter les questionnaires.

L'enquête Urgences 2023 a été conduite par la DREES en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et le Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques (GFRUP), et en collaboration avec Samu-Urgences de France (SUDF), l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru), le Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée (SNUHP).

Tableau 1 Les points d'accueil des urgences en 2013 et 2023

	2013		2023	
	En effectifs	En %	En effectifs	En %
Type de point d'accueil				
Urgences générales	535	73,0	491	68,7
Urgences pédiatriques	105	14,3	119	16,6
Urgences adultes	93	12,7	105	14,7
Catégorie d'établissement				
Centre hospitalier régional universitaire (CHRU)	99	13,5	102	14,3
Centre hospitalier (CH)	457	62,3	447	62,5
Autres établissements publics	14	1,9	9	1,3
Établissement privé à but non lucratif	45	6,1	37	5,2
Établissement privé à but lucratif	118	16,1	120	16,8
Nombre de passages en 24 h le jour de l'enquête				
40 passages ou moins	187	25,5	147	20,6
Entre 41 et 80 passages	311	42,4	260	36,4
Entre 81 et 120 passages	141	19,1	169	23,6
Plus de 120 passages	94	12,8	139	19,4
Ensemble des points d'accueil qui ont répondu à l'enquête	733	100,0	715	100,0
Ensemble des points d'accueil en France (y compris Mayotte)	736		719	
Nombre d'établissements avec une structure des urgences en France (y compris Mayotte)	641		612	
Nombre total de passages dans les points d'accueil ayant répondu	51 765		58 379	

Lecture > En 2023, 20,6 % des points d'accueil des urgences ont reçu 40 passages ou moins durant les 24 heures de l'enquête. Ils étaient 25,5 % en 2013.

Champ > Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques répondants à l'enquête. France, hors Mayotte (sauf mention contraire).

Source > DREES, enquêtes Urgences 2013 et 2023.

> Études et Résultats n° 1305 © DREES

1. Cette évolution est de l'ordre de grandeur de l'évolution annuelle du nombre de passages aux urgences au cours des dix dernières années : entre 2013 et 2022, le nombre de passages aux urgences a crû de 15 % ; il avait augmenté de 17 % entre 2013 et 2019 (Boisguérin, 2024).

2. Certains points d'accueil des urgences générales de grandes villes ne prennent en charge que des adultes, les enfants l'étant dans des établissements dédiés.

pédiatrique. En dix ans, les structures ont plus souvent fait le choix d'un accueil dédié pour les enfants en créant deux points d'accueil des urgences au lieu d'un seul. Cette réorganisation peut s'expliquer par l'augmentation globale du nombre de patients aux urgences et l'intérêt, à partir d'un certain seuil, à organiser la prise en charge des enfants dans un circuit distinct. Ainsi, la baisse du nombre de points d'accueil des urgences générales est en partie compensée par une augmentation de ceux pour adultes et pédiatriques.

Ces séparations d'un point d'accueil en deux ne causent pas une augmentation du nombre total de points d'accueil des urgences, car le nombre d'établissements accueillant des structures des urgences a baissé dans le même temps.

De la régulation et des fermetures pour faire face aux difficultés

Une partie des services des urgences rencontrent des difficultés pour prendre en charge un nombre de patients de plus en plus élevé : manque de personnel pour remplir les plannings 24 heures sur 24, espaces insuffisants pour prendre en charge les patients et délais importants pour trouver des lits d'hospitalisation après les urgences. Ces difficultés peuvent perturber le fonctionnement normal du service, jusqu'à la fermeture temporaire de certains points d'accueil en cas de manque de personnel.

Ainsi, au cours des trois mois précédant l'enquête, entre mi-mars et mi-juin 2023, 8 % des points d'accueil, soit 54 d'entre eux, ont dû fermer complètement au moins une fois, en permanence ou seulement sur certains créneaux horaires : parmi eux, presque tous (52) ont fermé au moins une nuit et 23 au moins une fois en journée. La moitié de ces fermetures concernent les plus petits points d'accueil (40 passages ou moins le jour de l'enquête), ce qui signifie que 18 % d'entre eux indiquent avoir fermé au moins une fois au cours des trois mois précédant l'enquête (*graphique 1*). Les régions Pays de la Loire, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes sont les plus concernées par ces épisodes de fermetures, avec entre 9 et 11 points d'accueil qui ont fermé au moins une fois (*tableau complémentaire A*).

Pour faire face à l'encombrement des urgences, certains services mettent en place un accès régulé. L'entrée dans le service peut par exemple être conditionnée à un appel préalable au 15,

au service d'aide médicale urgente (Samu) ou au service d'accès aux soins (SAS), qui oriente le patient, selon le niveau de soin que requiert son état, soit vers les urgences soit vers une autre solution de prise en charge. Le point d'accueil des urgences filtre alors les patients à l'entrée. Au cours des trois mois précédant l'enquête, 23 % des points d'accueil ont mis en place un accès régulé au service, en permanence ou seulement sur certains créneaux horaires (en journée, la nuit, le week-end). Cela concerne moins souvent les plus gros points d'accueil : 13 % de ceux qui accueillent plus de 120 patients l'ont mis en place, contre 24 % des plus petits. Cependant, l'accès régulé aux points d'accueil les plus importants (plus de 120 passages) peut avoir un impact plus fort dans la mesure où ils concentrent, à eux seuls, 38 % des passages aux urgences le jour de l'enquête (*tableau complémentaire B*).

Des plannings médicaux incomplets pour un quart des plus gros points d'accueil

Le fonctionnement des services des urgences peut être affecté, en particulier, par le manque de médecins⁴. Au cours de la semaine suivant l'enquête, 19 % des points d'accueil ont eu au moins une ligne de travail clinique posté non pourvue en raison de l'absence imprévue d'un médecin (*encadré 1*) : il manquait donc un ou plusieurs médecins par rapport aux effectifs habituels.

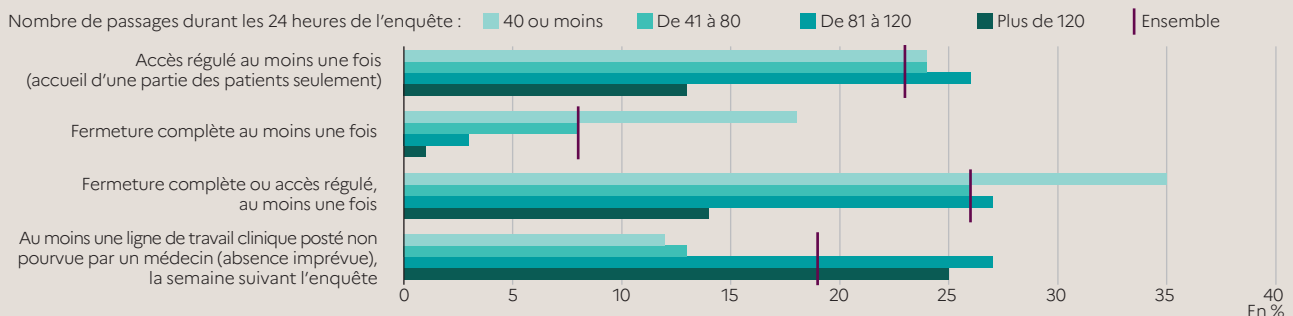
17 % des points d'accueil sont situés dans un établissement qui a déclenché au moins une fois le « Plan hôpital en tension⁵ » durant la semaine de l'enquête, soit entre le 12 et le 18 juin 2023. Cette part est plus grande pour les services les plus importants : 20 % pour les points d'accueil à plus de 80 passages le jour de l'enquête, contre 10 % pour ceux à 40 passages ou moins.

Des espaces de tri et d'attente souvent trop réduits

L'affluence associée au manque d'espace participe à l'encombrement des urgences et à la dégradation des conditions d'accueil des patients et de travail du personnel. Selon l'organisation et la taille des services, des espaces peuvent être dédiés à l'attente, au tri ou encore à certaines prises en charge.

Ainsi, pour la première évaluation des patients (ou tri, voir *infra*), 86 % des points d'accueil sont équipés de box réservés pour l'entretien d'accueil et d'orientation (*tableau 2*). C'est le cas de

Graphique 1 Régulations, fermetures et plannings incomplets entre mi-mars et mi-juin 2023



Lecture > 18 % des points d'accueil ayant reçu 40 patients ou moins le jour de l'enquête ont fermé au moins sur un créneau horaire entre le 13 mars et le 13 juin 2023.

Champ > Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques répondants à l'enquête. France, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Urgences 2023.

> *Études et Résultats* n° 1305 © DREES

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

4. Selon l'article D6124 du Code de la santé publique, l'accueil et le traitement des urgences impose en permanence la présence d'au moins un médecin et de deux infirmières.

5. Le plan « Hôpital en tension » est défini par la circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 et ses annexes. Il correspond à la mise en place, dans chaque établissement, d'une cellule de veille qui analyse les possibles tensions consécutives à un afflux de patients. En cas de tension, cette cellule prend les mesures nécessaires pour faire face à l'augmentation de l'activité, comme l'information des acteurs du système de santé locaux et des usagers, la réorientation ou la reprogrammation de prises en charge ambulatoires, la mobilisation de renforts de personnels ou encore l'augmentation temporaire du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle.

presque tous les plus gros points d'accueil (120 patients ou plus le jour de l'enquête). La moitié seulement de l'ensemble des points d'accueil jugent le nombre et la taille de ces espaces de tri suffisants en mode de fonctionnement courant (hors pic d'activité exceptionnel).

Pour les patients en attente de résultats d'examen ou de réévaluation médicale, 67 % des points d'accueil des urgences disposent d'espaces dédiés à l'attente (**tableau 3**). La taille de ces espaces n'est jugée suffisante en mode de fonctionnement courant que pour 29 % de l'ensemble des points d'accueil. Les points d'accueil

des établissements privés (à but lucratif et non lucratif) disposent plus souvent d'espaces dédiés de taille suffisante pour les patients en attente de résultats ou de réévaluation médicale (44 %) que ceux des hôpitaux publics (24 %).

Recherche de lits d'aval : du personnel dédié plus souvent qu'en 2013

L'une des raisons de l'engorgement des services des urgences est la difficulté de trouver des lits dans d'autres services (lits d'aval) pour les patients devant être hospitalisés. Ces situations sont connues

Tableau 2 Organisation de la première évaluation des patients, selon le nombre de passages en 24 heures

En %

	2023				2013	2023
	40 passages ou moins	De 41 à 80 passages	De 81 à 120 passages	Plus de 120 passages	Ensemble	
Accueil administratif dédié aux urgences 24 h/24	30	48	59	82	34	54
Box réservés pour l'entretien d'accueil et orientation	71	86	91	96	nc	86
Nombre et taille des box d'accueil et orientation suffisants	49	59	48	50	nc	52
Poste d'accueil et d'orientation	80	96	100	100	74	95
Infirmière organisatrice de l'accueil (IOA)	76	94	98	99	71	92
Médecin d'accueil et d'orientation (MAO)	3	10	20	36	12	16
Poste d'accueil et orientation assuré 24 h/24	47	63	88	96	40	72
Médiane du pourcentage d'infirmières formées à l'organisation de l'accueil	75 [40 - 94]	80 [57 - 90]	76 [61 - 88]	72 [57 - 85]	50 [10 - 70]	75 [55 - 90]
Utilisation d'une échelle de tri	88	97	100	100	nc	97
Existence d'un circuit court pour prise en charge accélérée des cas les moins graves	30	57	69	76	nc	58

nc : non concerné (question non posée en 2013).

Lecture > 100 % des points d'accueil des urgences qui ont reçu plus de 120 patients pendant les 24 heures de l'enquête ont un poste d'accueil et d'orientation.

Champ > Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques répondants à l'enquête. France, hors Mayotte.

Source > DREES, enquêtes Urgences 2013 et 2023.

> Études et Résultats n° 1305 © DREES

Tableau 3 L'accueil des patients et des proches aux urgences, selon le type d'établissement

En %

	Centre hospitalier régional universitaire (CHRU)	CH et autre établissement public	Établissement privé à but non lucratif	Établissement privé à but lucratif	Ensemble
Espaces dédiés à l'attente de résultats d'examen ou réévaluation médicale	71	62	81	75	67
Taille de ces espaces suffisante habituellement	25	24	43	44	29
Accompagnants autorisés à l'intérieur du service					
Oui, toujours	56	34	19	12	32
Oui, mais seulement dans des cas très particuliers	40	64	76	82	64
Non	4	2	5	7	4
Si oui, nombre d'accompagnant autorisés (en % parmi les points d'accueil autorisant les accompagnants)					
Un seul	69	78	80	96	80
Deux ou plus	31	22	20	4	20
Espace propice à l'intimité pour recevoir des proches pour l'annonce du décès ou de la gravité de l'état d'un patient					
Oui, toujours	59	56	59	65	58
Oui, parfois	23	23	19	23	23
Non	19	21	22	12	19
Existence d'une salle dédiée pour recevoir les proches	46	28	27	21	29
Possibilité d'isoler les patients en fin de vie des autres patients dans une chambre					
Oui, toujours	53	51	62	72	55
Oui, parfois	37	39	27	22	36
Non	10	10	11	5	9
Assistante sociale dans le service	78	44	46	23	46

Lecture > 25 % des points d'accueil des CHRU ont des espaces d'attente de résultats d'examen ou de réévaluation médicale de taille suffisante.

Champ > Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques répondants à l'enquête. France, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Urgences 2023.

> Études et Résultats n° 1305 © DREES

pour être associées à de moins bonnes prises en charge : allongement des délais d'attente avant l'hospitalisation, hospitalisations par défaut dans des services jugés inadaptés et risque accru de décès pour les patients âgés ayant passé une nuit aux urgences (Jones, et al., 2022).

Afin de tenter d'y remédier, un indicateur de prévision des besoins en lits a été généralisé en 2019 dans les hôpitaux et cliniques des services des urgences : le besoin journalier minimal en lits (BJML). Cet indicateur doit permettre de réserver des lits pour l'aval des urgences un jour donné afin d'assurer une sortie des urgences plus rapide pour les patients hospitalisés. 54 % des points d'accueil indiquent que le BJML est identifié dans leur établissement, mais seuls 28 % de l'ensemble des points d'accueil précisent qu'il est utilisé (tableau 4).

La recherche d'un lit d'aval peut être réalisée par le personnel des urgences ou par du personnel dédié (gestionnaire de lit ou *bed manager*), dans ou en dehors des urgences. En dix ans, la présence de personnel dédié à l'affectation des lits aux patients s'est largement

diffusée : 56 % des points d'accueil sont situés dans un établissement qui en est doté, contre 22 % en 2013 (graphique 2). Ces personnels dédiés sont plus souvent postés en dehors du service des urgences (47 % de l'ensemble des points d'accueil) qu'au sein de celui-ci (19 %). La hausse de la présence de ces personnels est particulièrement notable dans le secteur public, où 51 % des points d'accueil indiquent la présence de gestionnaires de lits dans l'établissement en 2023, contre 11 % en 2013 (66 % pour ceux des CHRU contre 22 % en 2013, et 47 % pour ceux des CH contre 9 % en 2013). Les points d'accueil des établissements privés à but lucratif restent les mieux dotés en personnel gestionnaire de lit : 78 % d'entre eux en possèdent en 2023 (71 % en 2013). Comme en 2013, neuf points d'accueil sur dix disposent d'un tableau de bord des lits disponibles au niveau de l'établissement. Il n'est actualisé qu'une fois par jour pour 10 % des points d'accueil (13 % en 2013) et quatre fois par jour ou plus pour 34 % (30 % en 2013). La moitié des points d'accueil indiquent qu'il existe un tableau de bord des lits disponibles dans l'ensemble du territoire auquel appartient l'établissement (36 % en 2013).

Tableau 4 Gestion des lits d'aval (hospitalisation post-urgences), selon le type d'établissement

L'établissement dispose de...	En %				
	Centre hospitalier régional universitaire (CHRU)	CH et autre établissement public	Établissement privé à but non lucratif	Établissement privé à but lucratif	Ensemble
Besoin journalier minimal en lit (BJML) identifié dans l'établissement	54	51	57	63	54
BJML utilisé	23	24	22	49	28
Personnel dédié à l'inventaire des lits	77	57	57	73	63
Personnel dédié à l'affectation d'un patient (gestionnaire de lit ou <i>bed manager</i>) dans l'établissement	66	47	57	78	56
Tableau de bord des lits disponibles dans l'établissement	93	93	89	92	93
Si oui, fréquence de rafraîchissement (en % parmi ceux qui ont un tableau de bord)					
1 fois par jour	11	8	21	10	10
2-3 fois par jour	52	61	55	41	56
4 fois ou plus par jour	38	30	24	50	34
Tableau de bord des lits disponibles dans l'ensemble du territoire	26	52	46	54	49
Si oui, fréquence de rafraîchissement (en % parmi ceux qui ont un tableau de bord)					
1 fois par jour	33	34	41	40	36
2-3 fois par jour	44	50	47	45	48
4 fois ou plus par jour	22	16	12	15	16
Déclenchement du plan Hôpital en tension au moins une fois durant la semaine de l'enquête	20	17	16	12	17

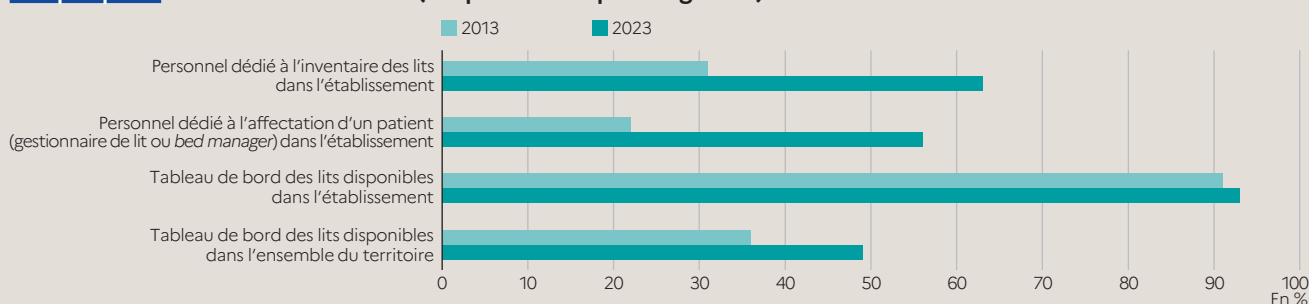
Lecture > 23 % des points d'accueil des urgences situés dans un CHRU indiquent qu'un BJML est identifié dans l'établissement et qu'il est utilisé.

Champ > Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques répondants à l'enquête. France, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Urgences 2023.

> Études et Résultats n° 1305 © DREES

Graphique 2 Gestion des lits d'aval (hospitalisation post-urgences) en 2013 et 2023



Lecture > En 2023, 56 % des points d'accueil des urgences sont situés dans un établissement doté de gestionnaires de lit, contre 22 % en 2013.

Champ > Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques répondants à l'enquête. France, hors Mayotte.

Source > DREES, enquêtes Urgences 2013 et 2023.

> Études et Résultats n° 1305 © DREES

La présence d'un poste d'accueil et d'orientation s'est généralisée en dix ans

Dans la plupart des points d'accueil des urgences, la première étape de la prise en charge d'un patient a lieu au poste d'accueil et d'orientation, présent dans 95 % des points d'accueil (*tableau 2*). Cette organisation s'est généralisée : en 2013, 74 % des points d'accueil fonctionnaient avec un poste d'accueil et d'orientation (et 55 % en 2002, selon une enquête portant sur un échantillon représentatif de 150 services métropolitains).

Cette première évaluation, aussi appelée tri ou triage, est réalisée quasi systématiquement par une infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) qui analyse la gravité de l'état de santé des patients qui arrivent, évalue le besoin de soins, souvent à l'aide d'une échelle de tri, et organise en conséquence les délais de prise en charge. Les points d'accueil qui reçoivent plus de 80 patients par jour sont tous organisés avec un poste d'accueil et d'orientation, quasiment tous avec une IOA. Ces infirmières peuvent recevoir une formation spécifique : en pratique, la moitié des points d'accueil indiquent que plus de 75 % des infirmières sont formées à cette fonction (50 % en 2013). Un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) est présent au côté de l'infirmière dans 16 % des points d'accueil, un taux en légère augmentation en dix ans (12 % en 2013).

Selon la gravité de son état de santé, un patient doit être pris en charge dans un délai plus ou moins long. La plupart des IOA utilisent une échelle de tri, qui détermine le délai maximal d'attente recommandé avant le premier contact médical et, parfois, le mode de prise en charge. Tous les services n'utilisent pas la même échelle de tri. Les plus utilisées sont la FRENCH⁶ (38 % des points d'accueil) et la CIMU⁷ (30 %). 25 % des points d'accueil développent leur propre échelle de tri, plus fréquemment d'ailleurs pour les points d'accueil des urgences pédiatriques, dont 59 % utilisent une échelle propre au service (contre 24 % pour la FRENCH) [*tableau complémentaire C*]. Pour éviter l'attente trop longue et la présence de nombreux patients en salle d'attente aux urgences, 58 % des points d'accueil sont organisés avec un circuit court pour une prise en charge accélérée des cas les moins graves (*fast track*). Cette organisation est d'autant plus fréquente que le nombre de passages dans le service est important : elle concerne 30 % des points d'accueil recevant 40 patients ou moins le jour de l'enquête, contre 76 % de ceux en accueillant plus de 120.

Une prise en charge très hétérogène des personnes âgées

Les services des urgences prennent en charge des patients de tous âges et pour des problèmes de santé de tous ordres : blessures et autres motifs traumatologiques, problèmes respiratoires, cardiaques, psychiatriques, intoxications, etc. Certains sont cependant organisés pour des prises en charge spécifiques.

Depuis 2019, la *mesure 5 du Pacte de refondation des urgences* préconise la généralisation des parcours dédiés aux personnes âgées afin d'éviter leur passage aux urgences. L'organisation d'un établissement prévoit parfois l'admission directe (sans passer par les urgences) de patients âgés en hospitalisation non programmée. Ce type d'admissions, à la suite de la demande d'un médecin extérieur au service reçue le jour même, la veille ou l'avant-veille

de l'admission, est prévue de manière organisée dans les établissements de 52 % des points d'accueil des urgences générales et adultes, et seulement de manière épisodique dans les établissements de 38 % d'entre eux. Pour les 11 % restants, les patients âgés nécessitant une hospitalisation non programmée passent toujours par les urgences (*tableau 5*).

Comme en 2013, la présence d'un gériatre aux urgences est rare : en dehors des urgences pédiatriques, 5 % des points d'accueil en comptent au moins un (4 % des points d'accueil des urgences générales et 10 % des points d'accueil adultes). Il n'y en a quasiment jamais dans les points d'accueil recevant 80 patients ou moins par 24 heures, et 13 % des points d'accueil ayant reçu plus de 120 patients en comptent au moins un. Lorsqu'ils sont présents aux urgences, les gériatres le sont quasi exclusivement en journée, en semaine. En revanche, 54 % des points d'accueil (hors pédiatriques) peuvent recourir à une équipe mobile gériatrique (EMG⁸) à défaut d'un gériatre aux urgences, et 76 % indiquent pouvoir faire appel à un gériatre de l'établissement en cas de besoin.

Des organisations diverses pour la prise en charge des enfants

Les modalités d'accueil et de prise en charge des enfants aux urgences varient selon l'organisation de l'établissement et des points d'accueil. Sur les sites proposant un point d'accueil des urgences pédiatriques et un point d'accueil adultes, l'organisation prévoit parfois que les enfants venus pour motifs traumatologiques soient pris en charge aux urgences adultes. Ainsi, 37 % des points d'accueil des urgences pédiatriques ne prennent pas en charge les enfants pour motifs traumatologiques, ces derniers étant orientés vers une filière spécifique du point d'accueil des adultes (*tableau complémentaire D*).

Concernant les points d'accueil des urgences générales (donc sans urgences pédiatriques sur site), 91 % prennent en charge des enfants, pour tout type de motifs de recours, plus rarement seulement pour certains motifs. Ils ne sont que 6 % à compter un pédiatre posté dans le service. Dans le cas contraire, 56 % des points d'accueil des urgences générales ont des protocoles formalisés de prise en charge des enfants, et 53 % peuvent faire appel à un pédiatre de l'établissement.

Les points d'accueil des urgences pédiatriques sont tous dans un établissement doté d'au moins un service de pédiatrie. Les points d'accueil des urgences générales ne sont qu'un tiers dans ce cas et 14 % disposent d'un service d'adultes qui peut accueillir des enfants en cas de besoin d'hospitalisation. Plus de la moitié des points d'accueil des urgences générales ne disposent donc d'aucun service aval pouvant accueillir des enfants dans l'établissement après les urgences.

L'accès à un psychiatre plus rare pour les points d'accueil des urgences générales

Un psychiatre est posté aux urgences⁹ dans seulement 17 % des points d'accueil des urgences générales et adultes (*tableau complémentaire D*). Cette organisation est plus fréquente dans les points d'accueil des urgences adultes (43 %) ainsi que dans les structures les plus importantes (32 %). 32 % des points d'accueil des urgences générales et adultes n'ont pas de psychiatre posté, mais un

6. French Emergency Nurses Classification in Hospital, destinée à repérer les urgences vitales. Elle détermine pour chaque situation du patient, le risque d'aggravation avec, le cas échéant le délai, l'action et le lieu d'intervention. L'échelle comporte six niveaux, du plus sévère au moins sévère.

7. Classification infirmière des malades aux urgences.

8. Équipe composée au minimum d'un gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'un secrétariat, dont la mission est de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences.

9. Les urgences psychiatriques ne sont pas dans le champ de l'enquête.

Tableau 5 Prises en charge des patients âgés et des AVC dans les points d'accueil des urgences générales et adultes selon le nombre de passages en 24 heures

En %

	40 passages ou moins	De 41 à 80 passages	De 81 à 120 passages	Plus de 120 passages	Ensemble
Admission directe des patients âgés en hospitalisation non programmée, sans passer par les urgences, dans un service gériatrique ou autre					
Organisée dans au moins un type de service	57	55	44	52	52
Épisodique (non organisée) dans au moins un type de service	31	34	48	38	38
Non, tout passe par les urgences	12	12	9	11	11
Gériatre posté aux urgences	1	0	8	13	5
Si non, équipe mobile gériatrique	36	43	66	71	54
Si non, appel possible à un gériatre dans l'établissement	72	75	74	82	76
Prise en charge des AVC					
Unité neurovasculaire (UNV) dans l'établissement	3	6	36	66	26
Si oui, passage systématique aux urgences avant l'UNV (en % des points d'accueil avec UNV)	67	50	88	75	77
Pas d'UNV mais initialisation possible de la thrombolyse aux urgences avant transfert	52	49	35	23	40
Ni UNV ni initialisation possible de la thrombolyse aux urgences	45	45	29	11	34

Lecture > 26 % des points d'accueil des urgences générales et adultes sont dans un établissement équipé d'une unité neurovasculaire (UNV). Dans 77 % d'entre eux, les patients passent systématiquement par les urgences avant l'UNV.

Champ > Points d'accueil des urgences générales et adultes (hors points d'accueil des urgences pédiatriques) répondant à l'enquête. France, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Urgences 2023.

> Études et Résultats n° 1305 © DREES

psychiatre de l'établissement peut réaliser des entretiens psychiatriques aux urgences. La moitié des points d'accueil des urgences générales et adultes ne disposent donc, dans leur établissement, d'aucun psychiatre pouvant intervenir aux urgences. Cette part est de 58 % pour les points d'accueil des urgences générales et de 17 % pour les points d'accueil des urgences adultes.

Pour la prise en charge psychiatrique des enfants, les points d'accueil des urgences pédiatriques disposent plus fréquemment dans l'établissement de personnel spécialisé en pédopsychiatrie : 71 % d'entre eux ont un pédopsychiatre dans l'établissement, 61 % une infirmière en pédopsychiatrie et 87 % un psychologue pour les enfants. Ces personnels sont cependant plus souvent dans un autre service que rattachés aux urgences. Pour les points d'accueil des urgences générales, ces ressources sont beaucoup moins disponibles : 18 % seulement ont un pédopsychiatre dans l'établissement, 15 % une infirmière en pédopsychiatrie et 23 % un psychologue pour enfants.

Les AVC et les patients traumatisés sévères pris en charge seulement dans certains établissements

Certaines prises en charge particulières sont organisées au sein d'une filière : c'est le cas des accidents vasculaires cérébraux (AVC), concernant essentiellement les adultes, et des patients traumatisés sévères (accident de la route par exemple).

26 % des points d'accueil des urgences non pédiatriques déclarent qu'il existe une unité neuro-vasculaire (UNV) au sein de l'établissement, permettant la prise en charge des personnes victimes d'un AVC. Parmi ces points d'accueil, les trois quarts indiquent un passage systématique par les urgences avant l'UNV. Cette organisation est très liée au nombre de passages aux urgences. En effet, la part des points d'accueil des urgences générales et adultes situés dans un établissement doté d'une UNV varie de 5 % pour les points d'accueil de 80 passages ou moins à 66 % pour les points d'accueil de plus de 120 passages (tableau 5).

Lorsqu'une UNV n'est pas présente sur site, la thrombolyse – traitement de référence de l'AVC à la phase aiguë – peut être réalisée aux urgences avant transfert vers un établissement disposant d'une UNV. C'est ce que prévoit l'organisation de 40 % des points d'accueil des urgences générales et adultes.

Au total, 34 % des points d'accueil des urgences générales et adultes ne disposent donc ni d'une UNV sur site ni d'une organisation spécifique de prise en charge des AVC par thrombolyse aux urgences. C'est plus souvent le cas des points d'accueil des établissements privés à but lucratif (68 %) ou non lucratif (64 %) [tableau complémentaire E] et dans ceux accueillant 80 passages ou moins par jour (45 %). À l'inverse, c'est moins souvent le cas dans les hôpitaux publics (23 %).

Les patients traumatisés sévères ne sont pas orientés vers tous les services des urgences : la décision d'orientation repose sur la présence d'un plateau technique adapté à la gravité de ces cas. Seuls 66 % des points d'accueil des urgences sont situés dans des établissements dont l'organisation prévoit l'accueil des patients traumatisés sévères (tableau complémentaire F) : 60 % aux urgences, dans la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV ou déchoquage des urgences), et 6 % en dehors des urgences, dans un service indépendant de déchoquage dédié (trauma center). Les hôpitaux publics sont beaucoup plus souvent organisés pour recevoir ces patients : 75 % des points d'accueil des urgences publics sont dans un établissement organisé pour les accueillir, contre 34 % dans un établissement privé.

Seul un tiers des points d'accueil autorisent toujours les accompagnants des patients à l'intérieur des urgences

En 2023, 32 % des points d'accueil des urgences déclarent toujours autoriser la présence d'un accompagnant à l'intérieur du service des urgences (box, salles de consultation, etc.). Dans 64 % des points d'accueil, cette présence est possible seulement dans

des cas très particuliers, et 4 % d'entre eux n'autorisent jamais la présence d'un accompagnant (**tableau 3**). Dans la grande majorité des cas (80 %), un seul accompagnant est autorisé. Les points d'accueil des urgences pédiatriques font exception et quasiment tous acceptent toujours les accompagnants des enfants à l'intérieur du service, la moitié en accepte un seul, l'autre deux ou plus.

Pour l'annonce du décès, de la fin de vie ou de la gravité d'un patient aux urgences, l'organisation et les locaux de 81 % des points d'accueil permettent parfois ou toujours de recevoir les familles ou les proches dans un espace propice à l'intimité. C'est toujours possible dans 58 % des points d'accueil seulement, et 29 % de l'ensemble des points d'accueil disposent d'une salle dédiée à l'accueil des proches pour ces situations.

Concernant les patients en fin de vie, 55 % des points d'accueil sont organisés de telle sorte qu'ils peuvent toujours être installés dans une chambre permettant de les isoler des autres patients. Ce n'est jamais possible ou presque jamais dans 9 % des points d'accueil.

En dix ans, généralisation de la disponibilité des IRM sur site

L'équipement en imagerie s'est amélioré : en 2023, la quasi-totalité des points d'accueil des urgences (97 %) disposent d'un scanner sur le site de l'établissement, un peu plus qu'en 2013 (92 %). 12 % des plus petits points d'accueil (40 passages ou moins le jour de l'enquête) n'en disposent pas. Par ailleurs, la disponibilité d'un appareil d'IRM s'est également largement répandue en dix ans : 81 % des points d'accueil sont situés sur un site équipé, contre 68 % en 2013 (**tableau complémentaire G**). La quasi-totalité des points d'accueil avec plus de 80 passages disposent d'une IRM sur site alors que cela concerne seulement la moitié des points d'accueil de 40 passages ou moins. Les trois quarts des points d'accueil ayant une IRM sur site disposent d'une priorité d'accès à celle-ci pour les urgences.

Dans près de deux tiers des cas, le point d'accueil des urgences est équipé d'un échographe propre au service (entre 50 % et 79 %

selon la taille du point d'accueil). Dans un tiers des cas, il dispose d'une radiologie standard propre, une proportion qui augmente avec la taille du point d'accueil : de 22 % pour les points d'accueil à 80 passages ou moins à 64 % pour les points d'accueil de plus de 120 passages.

Service de télé-imagerie aux urgences : un recours dans deux tiers des points d'accueil

En l'absence d'un radiologue sur site, il est possible d'utiliser la télé-imagerie, c'est-à-dire de réaliser un examen d'imagerie sur place avec interprétation à distance par un spécialiste extérieur à l'établissement. Deux tiers des points d'accueil des urgences y ont recours. Pour 28 % des points d'accueil, ce recours est possible à tout moment, sans restriction d'horaire, tandis que pour 37 %, il est utilisé uniquement en soirée et les week-ends. Les plus petits points d'accueil sont plus nombreux à faire appel à un service de télé-imagerie : de 78 % pour ceux qui ont reçu 40 passages ou moins le jour de l'enquête, contre 50 % pour ceux à plus de 120 passages.

Les appareils de biologie délocalisés, permettant d'obtenir certains résultats d'analyses plus rapidement, équipent 43 % des points d'accueil des urgences.

Concernant l'équipement informatique, les informations sur la prise en charge des patients peuvent être saisies et consultées dans toutes les salles de 55 % des points d'accueil, mais seulement dans des espaces dédiés pour 20 % d'entre eux (**tableau complémentaire H**). 73 % des points d'accueil utilisent des terminaux mobiles (tablettes, ordinateurs portables) ; c'est plus souvent le cas dans les établissements privés (82 %). Pour autant, 78 % des points d'accueil utilisent aussi un dossier papier, au moins pour une partie des patients. C'est un peu moins le cas dans les CHRU (66 %). ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : Urgences Activité hospitalière Établissements de santé Organisation des soins Soins non programmés

Pour en savoir plus

- > La présentation complète de l'enquête Urgences (objectifs, méthodologie, questionnaires, etc.) est disponible sur le site internet de la DREES.
- > Les données du volet « Structure » de l'enquête Urgences sont disponibles sur le site *open data* de la DREES.
- > Boisguérin, B. (2024, juillet). La médecine d'urgence. Dans Cazenave-Lacroux (dir.), *Les établissements de santé en 2022 – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, à paraître.
- > Carrasco, V., Beaubeau, D. (2003, janvier). Les usagers des urgences – Premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, Études et résultats, 212.
- > De Peretti, C., et al. (2017, mai). Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1010.
- > Jones, S., et al. (2022, janvier). Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emergency Medicine Journal*.
- > Naouri, D., et al. (2023, mai). The Association Between Age and Admission to an Inappropriate Ward: A Cross-Sectional Survey in France. *Health Serv Insights*.
- > Ricroch, L. (2015, mars). Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. DREES, *Études et Résultats*, 906.
- > Roussel, M., et al. (2023, décembre). Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*, 183(12), pp. 1378-1385.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
DREES-INFO@solidarites-sante.gouv.fr

> Contact presse
DREES-PRESSE@solidarites-sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Julie Eneau
Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@solidarites-sante.gouv.fr