

TABLEAU 2

## Ressources humaines des points d'accueil des urgences en 2012

	Nombre de points d'accueil	Médiane des ETP de médecins [interquartile]	Médiane des ETP d'internes [interquartile]	Médiane des ETP de cadres de santé [interquartile]	Médiane des ETP d'infirmiers diplômés d'État [interquartile]	Médiane des ETP d'aides-soignants [interquartile]	Médiane des ETP de secrétaires [interquartile]	Proportion de points d'accueil avec au moins un ETP de brancardier (en %)
40 passages ou moins	187	4,7 [3,0-6,4]	0 [0-1,1]	0,5 [0,2-1,0]	8,8 [6,0-11,8]	4,6 [2,0-6,3]	1,0 [0,1-2,0]	20
Entre 40 et 80 passages	311	6,5 [4,5-9,0]	1,0 [0-3,0]	1,0 [0,5-1,0]	14,8 [9,7-20,4]	6,0 [3,0-10,3]	2,0 [1,0-3,0]	39
Entre 80 et 120 passages	141	11,8 [8,1-15,0]	4,0 [2,3-6,0]	1,0 [1,0-2,0]	29,0 [23,7-35,6]	14,3 [8,0-20,0]	2,4 [1,5-4,1]	38
120 passages ou plus	95	16,3 [13,0-19,5]	7,1 [5,5-10,0]	2,0 [1,0-3,0]	44,3 [36,4-55,0]	23,8 [16,9-33,6]	3,0 [2,0-5,0]	50
Ensemble des points d'accueil	734	7,4 [4,7-11,5]	2,0 [0-5,0]	1,0 [0,5-1,0]	15,3 [9,3-28,0]	7,0 [3,0-13,8]	2,0 [1,0-3,0]	35

ETP : équivalent temps plein.

**Lecture** • La moitié des points d'accueil qui ont reçu moins de 40 patients le jour de l'enquête fonctionne avec moins de 4,7 ETP de médecins et un quart, avec moins de 3 ETP de médecins, alors que le quart des points d'accueil le plus doté fonctionne avec plus de 6,4 ETP de médecins. Les catégories sont exclusives, un ETP de cadre de santé n'est pas également compté dans les ETP d'infirmiers diplômés d'État.

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

**Sources** • DREES, enquête Urgences, juin 2013.

5. Une formation spécifique à la médecine d'urgence, reconnue par l'ordre des médecins et complétant l'éventail des spécialistes de l'urgence (chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs), existe depuis 1986.

L'individualisation de la médecine polyvalente d'urgence est consacrée par une inscription au concours national de praticien hospitalier depuis 1995.

6. En 2012, la grande majorité des internes sont accueillis en établissement public et majoritairement en CHRU (56 %), seuls 6 % sont accueillis en établissement privé et 0,3 % en établissement privé à but lucratif (l'accueil n'y étant autorisé que depuis 2009).

7. Il existe des structures spécifiquement destinées à répondre aux urgences psychiatriques qui n'entrent pas dans le champ de l'enquête. Il s'agit, d'une part, de services psychiatriques, avec accueil sans rendez-vous, situés dans des établissements de santé mentale ou des établissements généralistes et, d'autre part, de centres d'accueil et de crise ouverts 24 heures sur 24.

supérieurs dans les points d'accueil recevant quotidiennement plus de 120 personnes (tableau 2), par rapport à ceux qui en reçoivent moins de 40. À nombre de passages équivalents, les services des urgences des cliniques privées disposent de moins d'ETP. Plusieurs explications peuvent être avancées. Les populations accueillies dans les cliniques privées sont un peu différentes de celles prises en charge dans les services des urgences des établissements publics. Dans les urgences des cliniques privées, on compte moins de personnes très âgées, moins de personnes avec des diagnostics de troubles mentaux, alors que ces patientèles demandent beaucoup d'encadrement. De même, le nombre d'hospitalisations après le passage aux urgences y est deux fois moindre. Il est également possible que la comptabilisation des vacations de médecins libéraux dans les points d'accueil des établissements privés en termes d'ETP ait été difficile pour le remplissage du questionnaire de l'enquête ; ces effectifs pourraient être sous-estimés. En outre, l'organisation en cas d'hospitalisation peut être différente avec une prise en charge se réalisant quelquefois directement dans d'autres services. Parfois, la mise en place de personnel dédié (à l'inventaire des lits ou à l'affectation des patients) peut aussi ne pas compter directement dans les effectifs du service des urgences.

90 % des services des urgences disposent d'au moins un ETP de cadre de santé et de secrétaire. Ils sont peu pourvus en brancardiers :

seulement un point d'accueil sur trois fonctionne avec au moins un ETP de brancardier, une proportion qui augmente avec le nombre de passages. Sont comptabilisés ici les brancardiers exclusivement affectés au service des urgences. Dans d'autres organisations, les brancardiers sont mis en commun pour l'ensemble des services de l'établissement.

### Des spécialistes peu présents aux urgences, surtout dans le secteur privé

Il y a peu de médecins non urgentistes dans les points d'accueil des structures des urgences<sup>5</sup>. 68 % des points d'accueil non uniquement pédiatriques ne déclarent que des ETP de médecins urgentistes : 61 % des structures publiques et la quasi-totalité des établissements privés à but lucratif (96 %). En revanche, les trois quarts des services des urgences pédiatriques fonctionnent sans ETP de médecins urgentistes, probablement en raison de la présence de pédiatres. Très peu présents dans les cliniques privées en général, les internes sont pratiquement absents de leurs services des urgences<sup>6</sup> ; à titre de comparaison, tous établissements confondus, la moitié des points d'accueil ayant 40 passages par jour ou plus disposent au moins d'un ETP d'interne.

12 % des points d'accueil des urgences générales ont un pédiatre dans le service et même 17 % d'entre eux lorsque ce service est situé dans un centre hospitalier. À titre indicatif, 21 % des patients des points

d'accueil des urgences générales ont moins de 16 ans. Lorsqu'un pédiatre est présent aux urgences, dans 64 % des cas, il est également présent la nuit, et dans 70 % des cas, le week-end. La présence d'un gériatre au service des urgences est très rare, seuls 3 % des points d'accueil des urgences générales en ont un.

La moitié des points d'accueil des CHRU disposent d'un psychiatre. Cette proportion passe à un quart pour les autres centres hospitaliers publics et à seulement 2 % pour les cliniques privées<sup>7</sup>. Dans les CHRU, quand le psychiatre est présent dans la journée, il l'est également la nuit et le week-end, dans sept cas sur dix. Sa présence est plus irrégulière dans les autres établissements publics (37 % assurent une présence la nuit et 48 % le week-end). Or, contrairement aux autres motifs de recours médicaux ou chirurgicaux, le recours aux urgences pour motifs psychiatriques diminue peu la nuit par rapport à la journée. Les urgences pédiatriques ont moins souvent un psychiatre dans leur équipe (15 % des points d'accueil seulement), en raison du plus faible recours des jeunes enfants aux urgences pour un motif psychiatrique.

### Davantage d'assistantes sociales et de vigiles dans les services des urgences des communes à faibles revenus

Les structures des urgences hospitalières sont sensibles à leur environnement proche. Les points d'accueil des CHRU comprennent plus souvent

■ TABLEAU 3

### Assistantes sociales et vigiles selon le niveau de revenus de la commune

En %

Moyenne du nombre de passages le jour de l'enquête	Communes à faibles revenus				Autres communes			
	40 passages ou moins	Entre 40 et 80 passages	80 passages ou plus	Ensemble	40 passages ou moins	Entre 40 et 80 passages	80 passages ou plus	Ensemble
Proportion de services des urgences disposant d'une assistance sociale	39	42	74	51	23	34	72	44
Proportion de services des urgences disposant d'un vigile	6	34	54	34	9	19	32	20

**Lecture** • 39 % des points d'accueil situés dans les 10 % de communes dont la population a les revenus médians les plus faibles et qui ont reçu moins de 40 patients le jour de l'enquête disposent d'une assistante sociale dans leur service.

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

**Sources** • DREES, enquête Urgences, juin 2013.

une assistante sociale aux urgences (73 %) que ceux situés dans des centres hospitaliers (44 %) et des cliniques privées à but lucratif (31 %). La présence d'une assistante sociale est d'autant plus fréquente que l'activité des urgences est importante. Elle est également plus courante dans les points d'accueil des communes dont le revenu médian de la population est le plus faible. Cet effet est particulièrement marqué pour les structures à faible activité (tableau 3). Une observation similaire peut être faite pour la présence de vigile ou d'un officier de sécurité aux urgences.

#### Plateau technique : des scanners pratiquement partout, des IRM moins souvent

92 % des points d'accueil disposent d'un scanner dans l'établissement. Dans ce cas, celui-ci est quasiment toujours accessible 24 heures sur 24 et avec une priorité d'accès pour les

urgences. Les services des urgences qui ne disposent pas d'un scanner sur le site sont situés à 90 % dans des CH ayant un faible volume de patients. L'accès à une imagerie par résonance magnétique (IRM) sur le site est moins répandu : il concerne 68 % des points d'accueil ; seuls 29 % y ont accès 24 heures sur 24. Quand une IRM est présente, le service des urgences a une priorité d'accès dans 7 cas sur 10. Les accès dépendent fortement des spécificités du service. Les points d'accueil pédiatriques sont très bien équipés en IRM (9 cas sur 10), même lorsque le volume de patients est faible (l'IRM est en effet privilégiée au scanner pour les enfants). Seuls 3 points d'accueil des CHRU n'ont pas d'accès à une IRM sur le site, tandis qu'à l'opposé deux tiers des points d'accueil des CH qui traitent peu de patients n'ont pas d'accès à l'IRM. ■

### Remerciements

Nous remercions la Commission évaluation et qualité de la Société française de médecine d'urgence (SFMU).

### Pour en savoir plus

- Boisguérin B., Brillhault G., Ricroch L., Valdelièvre H., Vuagnat A., 2015 « Premiers résultats de l'enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières réalisées par la DREES le 11 juin 2013 » dans *Le Panorama des établissements de santé – édition 2014*, DREES, à paraître.
- Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, DREES, n° 889, juillet.
- Carrasco V., Baubeau D., 2003, « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, DREES, n° 212, janvier.
- Fiche sur « La médecine d'urgences » dans *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES, 2013, p. 136 à 137.
- Vuagnat A., 2013, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? » dans *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES, p. 11 à 28.

# Études et Résultats

N° 906 • mars 2015

## Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité

Les points d'accueil des urgences, répartis sur tout le territoire, 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'orientation, d'assistance sociale, de psychiatre ou encore d'accès prioritaire à une imagerie par résonance magnétique (IRM). Cette organisation dépend surtout du volume de passages, du statut de l'établissement et de sa spécialisation ou non en pédiatrie.

Les points d'accueil dont les ressources en matériel ou en personnel sont les plus importantes reçoivent le plus de patients.

Le personnel des urgences dans les établissements publics est plus nombreux que dans les établissements privés. *A contrario*, ces derniers disposent d'équipements plus nombreux ou de plus de personnels en dehors du service des urgences, qui sont dédiés à l'affectation des patients, à l'obtention des lits et à la tenue d'un tableau de bord.

### Layla RICROCH

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère des Finances et des Comptes publics  
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes  
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

**P**rès de 80 % des points d'accueil des établissements hospitaliers autorisés pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences générales et pédiatriques sont situés dans des établissements publics. Parmi les 736 points dénombrés en juin 2013 (encadré), 62 % sont intégrés dans des centres hospitaliers (CH) et 13 % dans des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU). Il en existe également dans les établissements du secteur privé à but lucratif (16 %) et à but non lucratif (6 %). Ces points d'accueil des urgences sont répartis sur l'ensemble du territoire (carte), on en compte au moins un dans chaque département en Métropole et en outre-mer. Les dix départements les plus équipés en possèdent au moins 14. La moitié des départements ont moins de 1,2 point d'accueil pour 100 000 habitants<sup>1</sup>.

Pendant les 24 heures de l'enquête du 11 juin 2013, 26 % des points d'accueil ont reçu moins de 40 patients, 42 % en ont reçu entre 41 et 80, et 32 % plus de 80.

### Des accès directs surtout en gynécologie et en cardiologie

Les points d'accueil pédiatriques représentent 14 % des services des urgences en France, tandis que les trois quarts d'entre eux relèvent des urgences générales, qui prennent en charge les adultes et les enfants. Les points d'accueil restants sont réservés aux adultes (le plus souvent dans un établissement qui fonctionne avec un point d'accueil pédiatrique). Certains établissements de santé reçoivent également directement en urgence dans les services concernés les patients atteints de pathologies spécifiques<sup>2</sup>. C'est le cas de la gynécologie (45 % des points d'accueil sont situés dans des établissements hospitaliers ayant mis en place un accès direct au service de gynécologie<sup>3</sup>) et de la cardiologie (31 %). Il existe aussi, avec une fréquence moindre, des accès directs à des services d'autres disciplines : la gériatrie (23 %), l'ophtalmologie (16 %) et la neurologie

(13 %). La possibilité d'accès direct à un service, sans passer par un point d'accueil des urgences, dépend évidemment de la présence du service concerné au sein de l'établissement. Lorsque ce service est disponible, cette possibilité est quasi systématique, que cette procédure soit organisée (*supra*) ou épisodique<sup>4</sup>.

### 75 % des points d'accueil des urgences ont un poste d'accueil et d'orientation

L'organisation interne des structures des urgences n'est pas uniforme. La direction générale de l'offre de soins diffuse auprès des agences régionales de santé des bonnes pratiques pour une mise en œuvre dans les établissements de santé. Il existe

ainsi, dans trois cas sur quatre, un poste d'accueil et d'orientation (tableau 1). Il s'agit, en général, d'un infirmier qui analyse la gravité de l'état de santé des patients arrivant aux urgences, évalue le « besoin de soins » et organise en conséquence sa prise en charge immédiate. Un médecin organisateur de l'accueil est présent au côté de l'infirmier dans 12 % des points d'accueil. La mise en place d'un poste d'accueil et d'orientation se fait progressivement. Lors de l'enquête sur les usagers des services des urgences de la DREES en 2002, qui portait alors sur un échantillon représentatif de 150 services des urgences métropolitains, 55 % d'entre eux fonctionnaient avec un infirmier d'accueil et d'orientation.

#### ENCADRÉ

#### Dispositif d'enquête sur le point d'accueil

L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières organisée par la DREES, le 11 juin 2013, de 8 heures le matin au lendemain 8 heures, comporte deux volets : l'un concerne les points d'accueil et l'autre les patients entrés dans ces points d'accueil pendant les 24 heures de l'enquête. La totalité des points d'accueil des structures des urgences hospitalières des établissements de santé, générales et pédiatriques, autorisées au sens des décrets de 2006<sup>1</sup> ont été interrogés. Un point d'accueil se définit par l'entrée matérielle des patients et le lieu de prise en charge. Selon les organisations, une même structure des urgences comporte un ou parfois deux points d'accueil. Lorsqu'il y a un accueil des patients adultes et un autre pour les enfants, les deux points sont interrogés dans l'enquête ; ce mode d'interrogation a été choisi afin de respecter l'organisation interne des services des urgences. En revanche, l'accueil non programmé en gynécologie et en obstétrique n'appartient pas au champ de l'enquête, n'étant pas autorisé au sens des décrets de 2006.

Dans la pratique, les modalités d'accueil et de prise en charge aux urgences des enfants varient selon le niveau moyen d'activité. Celui-ci dépend de l'organisation générale de l'établissement (en particulier la présence d'une maternité ou d'un service de pédiatrie). Ainsi, l'accueil s'effectue :

- dans la structure des urgences générales (avec si besoin demande de l'avis d'un pédiatre) lorsque l'activité est faible à moyenne ;
- dans un point d'accueil des urgences réservé aux enfants, situé à proximité du service de pédiatrie, pour les structures des urgences d'activité moyenne intégrées dans un établissement disposant d'une maternité et d'un service de pédiatrie (toutefois, pour la traumatologie, la prise en charge des enfants se fait souvent au point d'accueil des urgences générales) ;
- dans une structure distincte des services de pédiatrie pour les établissements de santé ayant une forte activité de pédiatrie. Le service des urgences pédiatriques est, dans ce cas, autonome par rapport aux services environnants, notamment en termes de personnel.

736 points d'accueil ont été dénombrés et 734 ont répondu au questionnaire détaillant leurs ressources et leur fonctionnement. Ce dénombrement diffère de celui par établissement comptabilisé habituellement dans les études de la DREES (654 en 2011). Les données administratives ainsi collectées lors de l'enquête (avant les redressements statistiques mis en place pour obtenir les données mobilisées pour cet article) sont disponibles sur le site Internet de la DREES : [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr), rubrique Enquêtes, Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

1. Décrets 2006-576 et 2006-577.

1. L'offre de soins de premiers recours comprend également les cabinets libéraux et les centres de santé, ainsi que le dispositif de permanence des soins ambulatoires la nuit et les week-ends.

De même, il existe des possibilités de recours non programmé (accès en urgence aux services de l'hôpital) dans les établissements ne disposant pas d'autorisation pour l'accueil des urgences. Les possibilités de soins autres qu'hospitalières ainsi que ces possibilités de recours non programmé à l'hôpital ne sont pas étudiées ici.

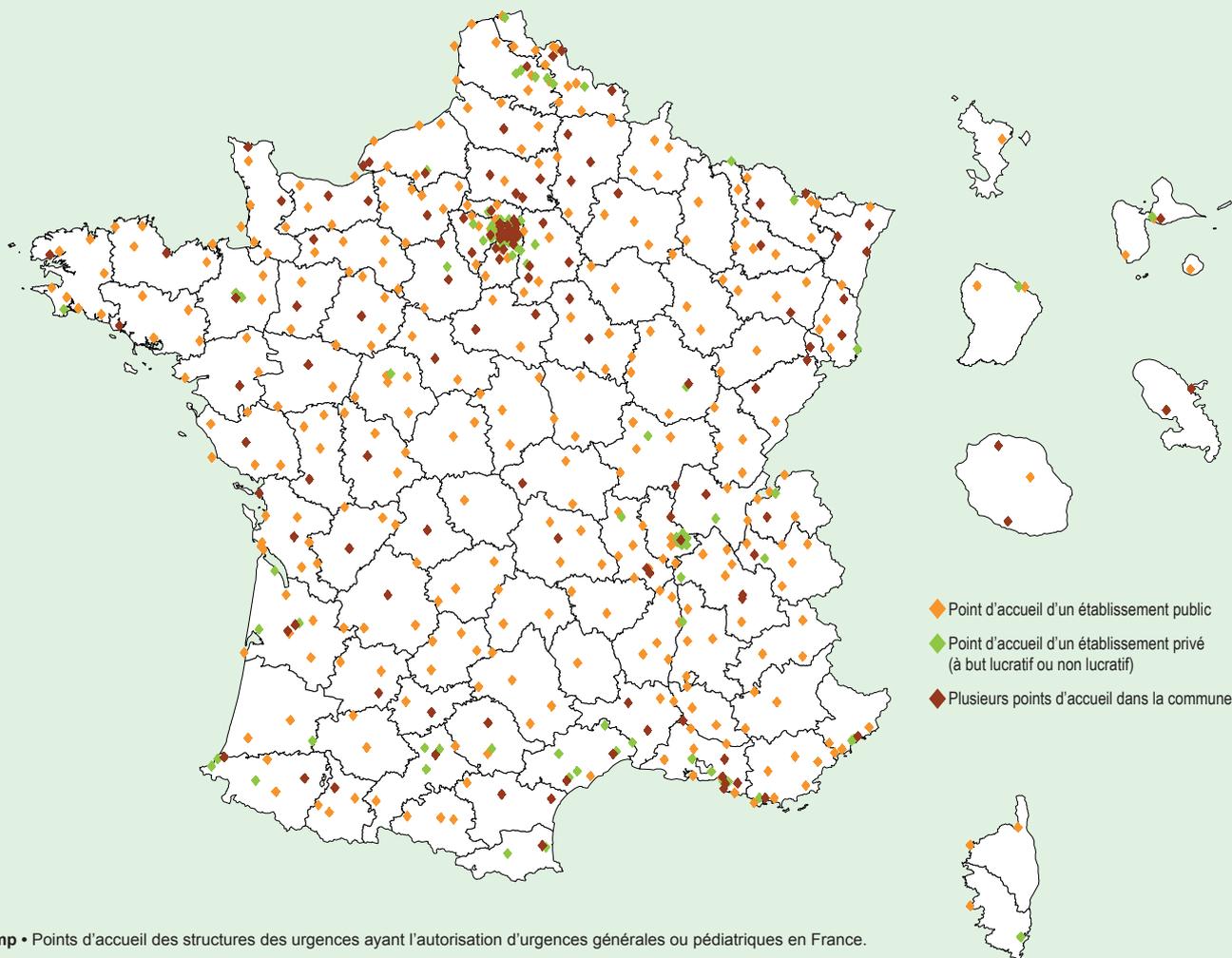
2. L'accueil en urgence dans les services concernés s'inscrit dans le cadre plus général des hospitalisations non programmées, et concerne aussi des établissements n'ayant pas d'autorisation d'accueil des urgences, qui ne sont pas étudiés ici.

3. On dénombre ici les accès directs organisés et non épisodiques.

4. Donnée issue de la description des unités médicales faite dans la base de données nationales PMSI-MCO.

CARTE

## Répartition des 736 points d'accueil des urgences en France en juin 2013



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

**Sources** • DREES, enquête Urgences, juin 2013.

TABLEAU 1

### L'organisation des points d'accueil

	CHRU	CH	Autres établissements publics*	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Nombre de points d'accueil	99	458	14	45	118	734
Moyenne du nombre de passages le jour de l'enquête	106	67	54	66	59	71
Poste d'accueil et d'orientation (en %)	96	70	86	69	73	74
<i>dont poste assuré 24 heures sur 24 (en %)</i>	81	33	7	47	36	40
Infirmier d'accueil et d'orientation (en %)	95	66	86	64	71	71
Médecin d'accueil et d'orientation (en %)	19	12	21	7	6	12
Psychiatre dans le service des urgences (en %)	51	27	14	16	2	25
Accueil administratif dédié 24 heures sur 24 (en %)	63	30	7	42	29	34

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire (établissement public) ; CH : Centre hospitalier (établissement public).

\* Les autres établissements publics comprennent les hôpitaux militaires et les groupements de coopération sanitaire (GCS).

**Note** • L'activité du point d'accueil des urgences mise en regard des données de ressources humaines annuelles est journalière et correspond à celle des 24 heures de l'enquête. Malgré des variations quotidiennes possibles, le volume annuel estimé par la statistique annuelle des établissements est très corrélé (à 0,94) avec le volume journalier estimé dans l'enquête au niveau de l'établissement (une corrélation proche de 1 indique que la répartition entre établissements des passages le jour de l'enquête est très proche de la répartition annuelle).

**Lecture** • On dénombre 99 points d'accueil situés dans un CHRU. 63 % de ces points d'accueil ont un accueil administratif dédié 24 heures sur 24.

**Champ** • Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France et ayant participé à l'enquête.

**Sources** • DREES, enquête Urgences, juin 2013.

En revanche, l'association avec un médecin pour le tri des patients ne s'est pas beaucoup développée. Elle était déjà en place dans 9 % des services des urgences en 2002. Les points d'accueil des urgences pédiatriques ont un peu moins souvent recours à ce type de poste (67 % des points d'accueil). Les infirmiers qui assurent le tri des patients à l'entrée des urgences peuvent recevoir une formation spécifique mais, dans la pratique, moins de la moitié d'entre eux sont formés à cette fonction. Les services des urgences situés dans des CHRU s'appuient fortement sur cette organisation de poste d'accueil et d'orientation : 96 % en disposent et 81 % assurent cette fonctionnalité 24 heures sur 24, contre respectivement 71 % et 34 % pour les autres établissements hospitaliers. La présence de cette organisation augmente aussi avec le nombre de patients : 98 % des points d'accueil qui reçoivent plus de 80 patients par jour (ce qui est le cas de beaucoup de CHRU) sont organisés avec un poste d'accueil et

d'orientation, contre 41 % quand il y a moins de 40 passages quotidiens.

### De fortes disparités dans la gestion des lits entre public et privé

Afin d'optimiser la gestion des lits, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux a initié, en mai 2013, un programme d'accompagnement des établissements volontaires pour s'engager dans une démarche d'amélioration de cette pratique. 91 % des points d'accueil sont situés dans un établissement disposant d'un tableau de bord des lits disponibles en interne, la proportion passe même à 99 % pour les services des urgences des établissements privés à but lucratif (graphique 1). L'actualisation de ce tableau diffère cependant selon les établissements : il n'est rafraîchi qu'une seule fois par jour pour 13 % des points d'accueil, contre 4 fois par jour ou davantage pour 30 % d'entre eux. C'est encore dans les cliniques privées que le

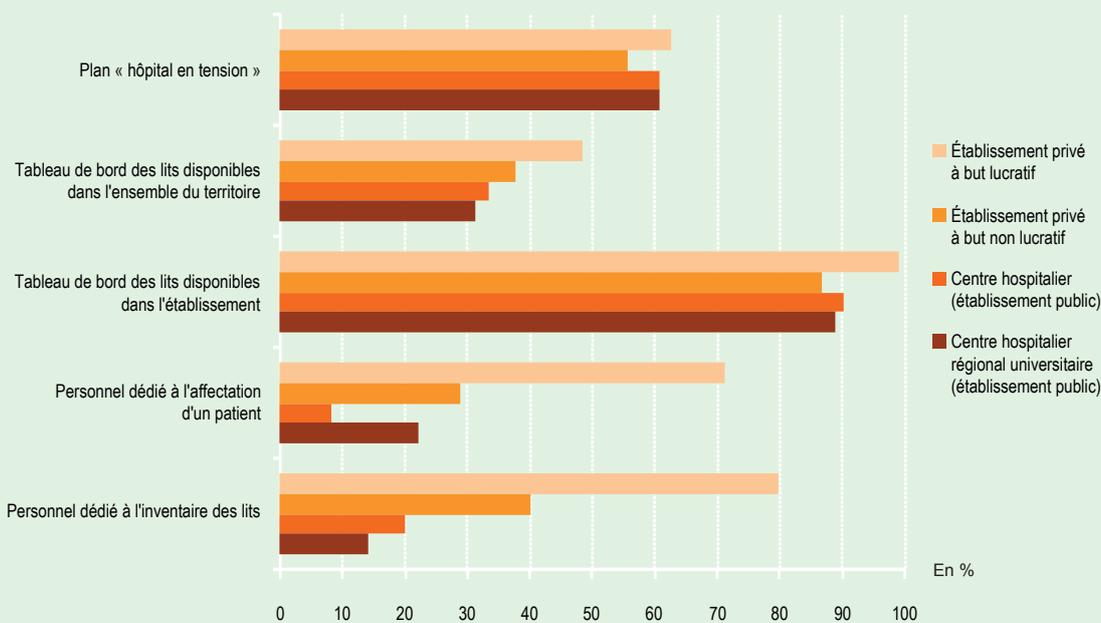
rafraîchissement est le plus fréquent, avec la moitié des établissements qui l'actualisent au moins quatre fois par jour. Les différences entre public et privé sont encore plus marquées concernant la présence de personnels dédiés à l'inventaire des lits ou à l'affectation des patients. Si 31 % des points d'accueil sont situés dans un établissement qui dispose de personnel dédié à l'inventaire des lits, cette proportion n'est que de 20 % dans les établissements publics contre 80 % dans les établissements privés à but lucratif. Ces derniers disposent également bien plus souvent de personnel dédié à l'affectation des lits aux patients (70 % contre 11 % dans les établissements publics).

### Des ressources en personnel variant selon le nombre de passages

Globalement, le nombre d'équivalent temps plein (ETP) de médecins, d'infirmiers ou d'aides-soignants varie en fonction du nombre de passages. Les ETP sont trois à quatre fois

■ GRAPHIQUE 1

## Activité, gestion des lits et mise en place de personnel spécifique selon les établissements



**Note** • 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.

**Champ** • Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France et ayant participé à l'enquête.

**Sources** • DREES, enquête Urgences, juin 2013.