

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



AOÛT  
2015  
NUMÉRO  
0929

## Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins

L'accueil et l'orientation aux urgences se réalisent dans la demi-heure qui suit l'arrivée pour neuf patients sur dix, et le début effectif des soins dans l'heure pour sept patients sur dix. Cette prise en charge médicale est d'autant plus rapide que l'état de la personne est jugé grave : patient amené par le service mobile d'urgence et de réanimation (87 % dans l'heure), accueil en salle des urgences vitales, détresse respiratoire ou douleur thoracique (80 % dans l'heure).

L'étendue des actes et des soins réalisés aux urgences, avec éventuellement un recours au plateau technique, détermine la durée de passage, un temps inhérent à leur réalisation étant nécessaire. Ainsi, un parcours aux urgences sans actes ni soins dure moins de 76 minutes pour la moitié des patients, contre 106 minutes pour un parcours avec une radiographie.

Les temps d'attente entre les étapes de la prise en charge sont d'autant plus importants que l'affluence dans le service est élevée et la densité de personnels moindre.

La disponibilité de lits influe aussi sur la durée de passage aux urgences. La recherche d'une place d'hospitalisation prend plus de 50 minutes dans la moitié des cas dès que plusieurs appels sont nécessaires pour l'obtenir.

Les structures des urgences sont conçues pour prendre en charge dans les meilleurs délais des pathologies graves, pour améliorer le pronostic vital, prévenir les séquelles, diminuer la douleur, etc. Ces services sont ouverts en permanence et accueillent également toutes formes de situations médicales inopinées, comme des soins à la suite de petits accidents (points de suture...). L'enquête nationale de la DREES sur les structures des urgences hospitalières concernait tous les patients pris en charge le mardi 11 juin 2013 et comprenait le recueil horodaté inédit<sup>1</sup> des différentes étapes de cette prise en charge (encadré 1). Ce recueil indique l'heure d'arrivée, d'enregistrement, de la première évaluation par un infirmier ou un médecin, du début de la prise en charge médico-soignante et de la sortie. Il permet d'établir une chronologie du passage aux urgences et d'étudier les circonstances de ce parcours<sup>2</sup>, que le patient soit hospitalisé ou non après son passage aux urgences. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire (soit 20 % des passages), le moment où elle est décidée et la place d'hospitalisation obtenue sont aussi renseignés.

- ...
1. Cette enquête a permis le recueil horodaté des étapes essentielles de la prise en charge aux urgences, ce type de recueil n'étant pas intégré aux soins en routine, excepté l'enregistrement des patients à leur arrivée.
  2. Dans cette étude, tous les résultats présentés sont « toutes choses égales par ailleurs » (encadré 1).

### 90 % des patients sont évalués en moins de 30 minutes

L'enregistrement à l'accueil des urgences s'effectue dès l'arrivée : les trois quarts des patients sont enregistrés dans le ser-

vice des urgences dans les cinq minutes qui suivent leur arrivée, et seulement 5 % d'entre eux attendent au moins 15 minutes entre l'entrée et l'enregistrement. Dans des cas très rares (moins de 1 %), l'enregistrement peut se faire avant l'arrivée aux urgences (malade attendu, par exemple). Au cours de cet enregistrement, un motif de recours est généralement précisé.

Au cours de cet enregistrement, un motif de recours est généralement précisé. Une fois enregistré, le patient est en général accueilli et évalué par un infirmier, le cas échéant avec l'avis d'un médecin, qui va l'orienter selon la gravité de son état de santé. Suivant l'organisation du point d'accueil, l'infirmier qui trie les patients à leur arrivée peut commencer les premiers soins, afin de réduire la douleur par exemple, ou réaliser un électrocardiogramme (ECG) ou d'autres examens biologiques ou prélèvements. La moitié des patients sont vus par un infirmier moins de 4 minutes après l'enregistrement, qu'il y ait ou non un lieu d'accueil et d'orientation clairement identifié. Ce délai entre l'enregistrement dans le service d'urgence et le contact avec l'infirmier d'accueil et d'orientation peut être considéré comme un indicateur de la qualité d'évaluation, pour qu'une prise en charge rapide des cas graves soit assurée au mieux.

La Société française de médecine d'urgence (SFMU) recommande de ne pas dépasser 30 minutes avant la première évaluation. Le jour de l'enquête, un dixième des passages par les urgences dépassent ce délai d'attente (graphique A sur Internet). La fréquence des patients qui ont attendu plus d'une demi-heure avant de voir un infirmier est un peu plus élevée aux heures les plus chargées aux urgences (graphique 1), c'est-à-dire l'après-midi et en soirée (12 % à 13 % des patients attendent plus d'une demi-heure). À partir de minuit, les délais d'attente pour cette première évaluation se réduisent et la moitié des patients qui se présentent entre minuit et 8 heures le lendemain sont vus par un infirmier en moins de deux minutes. Les patients qui se sont rendus dans des points d'accueil ayant reçu moins de 40 patients le jour de l'enquête voient plus vite un infirmier ou un médecin, et ce, quel que soit le moment de la journée. En effet, les infirmiers et médecins présents ce jour-là dans les points d'accueil de faible volume ont eu chacun, en moyenne, moins de patients à traiter que leurs homologues

## ENCADRÉ 1 Méthodologie

### La collecte

Les modalités de l'enquête nationale sur les structures des urgences de juin 2013, définies en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et avec la participation de SAMU-Urgences de France (SUDF) et de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF), sont les suivantes :

- l'enquête comporte deux volets complémentaires, recueillis le même jour : un recueil administratif sur les structures d'urgences hospitalières décrivant leur organisation, en lien avec leurs ressources pour la journée (nombre de patients présents aux urgences à cinq moments de la journée et nombre et détails des personnels hospitaliers présents aux mêmes moments) ; et une enquête sur les patients (détaillant les heures de prise en charge). La présentation de l'enquête disponible sur le site internet de la DREES<sup>1</sup> détaille la méthodologie et présente les données du recueil sur les structures ;
- elle s'adresse à toutes les structures d'urgences autorisées générales et pédiatriques au sens du décret 2006-577 et tous les patients y ayant eu recours le mardi 11 juin 2013, de 8 heures à 8 heures le lendemain (hors période d'épidémies saisonnières) ;
- la collecte a été réalisée par points d'accueil des structures (*i.e.* entrée physique des patients) : selon les organisations, une structure d'urgences comporte un ou deux points d'accueil général ou pédiatrique.

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 %. Les taux de réponse aux questions horodatées varient entre 94 % et 100 %. 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.

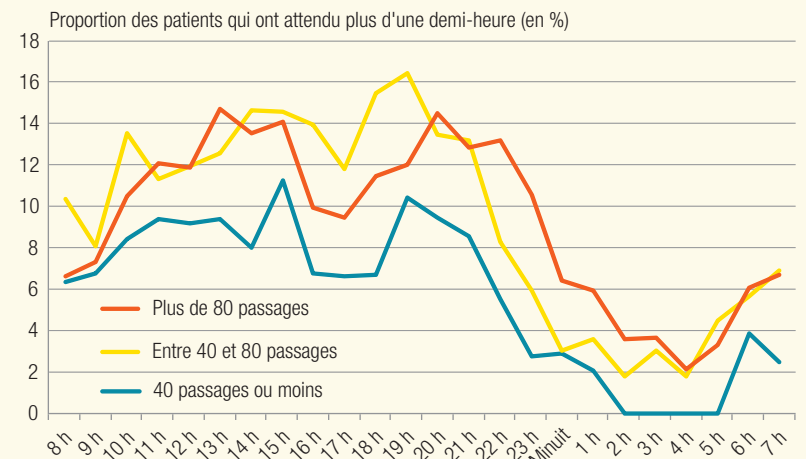
Pendant les 24 heures de l'enquête le 11 juin 2013, 26 % des points d'accueil ont reçu 40 patients ou moins, 42 % en ont reçu entre 40 et 80, et 32 % plus de 80.

### Les modèles

Les variables explicatives mises en avant dans le texte ont toutes été significatives, dans des modèles linéaires généralisés pour les délais ou des modèles logit. Ceci signifie qu'elles ont toutes une influence, toutes choses égales par ailleurs. Les modèles ont varié selon les délais étudiés, mais tous comprennent au moins l'âge, le sexe, le motif de recours, le moment d'arrivée du patient et le nombre de passages quotidiens du point d'accueil.

1. [www.drees.sante.gouv.fr/rubrique/Enquetes\\_sous\\_rubrique/Etablissements\\_de\\_sant%C3%A9\\_sociaux\\_et\\_m%C3%A9dico\\_sociaux](http://www.drees.sante.gouv.fr/rubrique/Enquetes_sous_rubrique/Etablissements_de_sant%C3%A9_sociaux_et_m%C3%A9dico_sociaux).

## GRAPHIQUE 1 Attente entre l'enregistrement et l'évaluation selon le moment de la journée



**Lecture** • À 8 heures, 6 % des patients qui ont été pris en charge dans un point d'accueil des urgences ayant reçu moins de 40 passages dans la journée ont attendu plus d'une demi-heure avant leur première évaluation.

**Champ** • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences le mardi 11 juin 2013.

**Source** • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

des points d'accueil au volume plus élevé, quand bien même le personnel dans ces services est plus nombreux (encadré 2).

### Les temps d'attente avant une première évaluation varient selon les caractéristiques des patients

L'attente avant une première évaluation dépend de la densité du personnel présent

(i.e. le ratio entre le nombre de patients et le personnel présent), mais aussi des caractéristiques des patients. Ceux qui sont amenés par les pompiers ou par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) [respectivement 7 % et 4 % des patients] attendent moins souvent plus d'une demi-heure que l'ensemble des personnes accueillies en urgence. Pour évaluer au mieux la gravité de la patho-

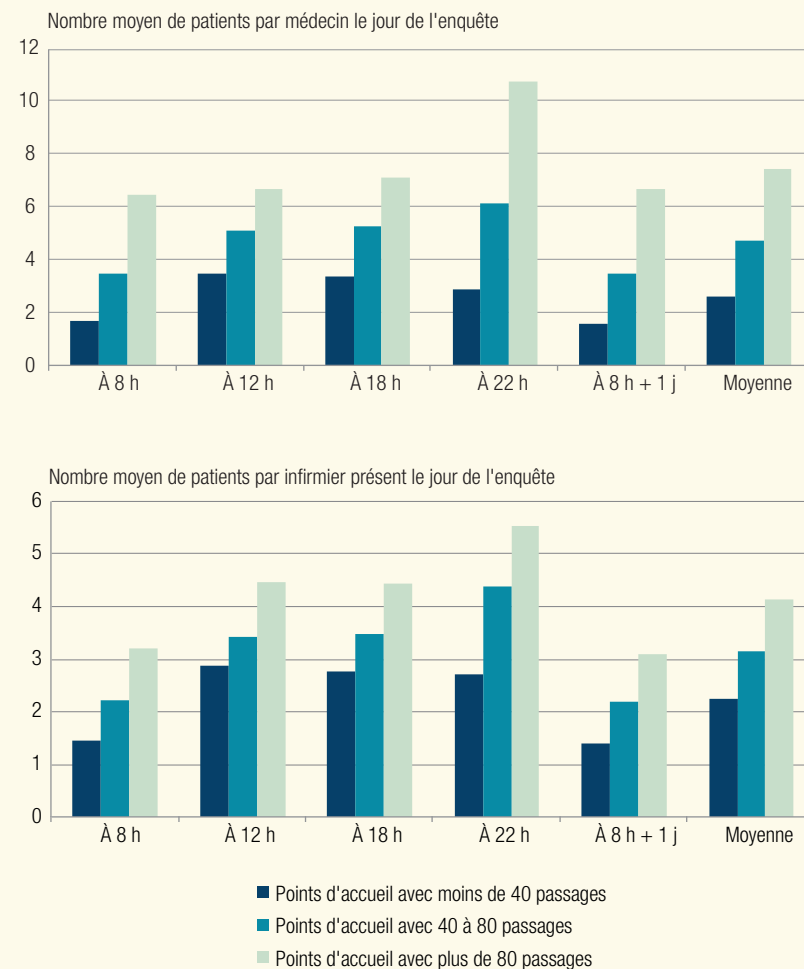
logie à l'arrivée aux urgences, différentes échelles ont été élaborées : classification infirmière des malades aux urgences (CIMU), Manchester Triage Scale, etc. Certaines attirent l'attention sur les âges extrêmes de la vie, et ce, quel que soit le mode d'arrivée. Les patients de 75 ans ou plus attendent un peu moins souvent plus d'une demi-heure (11 % contre 9 % pour les moins de 75 ans). Il en va de même

#### ENCADRÉ 2

#### Densité du personnel médical et infirmier le jour de l'enquête

Aucune réglementation ne définit la densité d'infirmiers ou de médecins<sup>1</sup> qui doivent être présents, rapportés au nombre de patients. La certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé pour les services d'urgences prend en considération la qualité de la prise en charge des patients, mais sans référentiel précis du nombre de praticiens présents. Toutefois, pour qu'un service d'urgences puisse ouvrir, il doit disposer d'un nombre minimum de personnels à tout moment de la journée, afin d'assurer l'accueil des patients et leur prise en charge (y compris l'hospitalisation de courte durée), et au minimum d'un médecin et d'un infirmier (décret 2006-577). Cela explique les faibles taux de patients par médecin et infirmier dans les structures de faible volume, en particulier la nuit. Pour les établissements gérant une patientèle plus importante, l'absence d'un référentiel engendre des situations très diverses selon les établissements. Parmi les cinq points horaires mesurés le jour de l'enquête (8 heures, midi, etc.), c'est à 22 heures que la situation est la plus différente selon le volume de patients : un médecin qui travaille dans un point d'accueil qui a traité plus de 80 patients avait quatre fois plus de patients en charge qu'un médecin travaillant dans un point d'accueil avec moins de 40 patients dans les 24 heures. Le nombre de patients par infirmier augmente également avec le nombre de passages, mais dans des proportions qui dépendent moins de l'heure de la journée ; il est deux fois plus élevé dans un point d'accueil qui a traité plus de 80 patients que dans un point d'accueil avec moins de 40 patients dans les 24 heures. À 22 heures se conjuguent en effet deux phénomènes : les patients arrivent encore massivement par rapport aux effectifs médicaux et soignants présents, tandis que les patients arrivés plus tôt ne sont pas encore tous repartis (chez eux ou dans un autre service pour l'hospitalisation). Le profil d'arrivée des patients selon le moment de la journée étant identique quel que soit le niveau d'affluence de la structure le jour de l'enquête, les écarts observés entre les densités selon l'activité de l'établissement traduisent l'organisation de la présence du personnel aux urgences (effet cliquet de la permanence de personnels pour les services à faible activité et effet des plages de travail jour/nuit).

Graphique : Nombre de patients par médecin et par infirmier



Champ • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences le mardi 11 juin 2013.

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

1. L'étude porte, ici, uniquement sur les médecins et les infirmiers. D'autres membres du personnel hospitalier, par exemple les aides-soignants, sont bien sûr également nécessaires

3. La proportion de points d'accueil sans poste d'accueil et d'orientation est de 26 %. Il s'agit de services avec un faible nombre quotidien de patients pris en charge, pour lesquels un lieu d'accueil et d'orientation n'a pas été individualisé.

pour les très jeunes enfants. Les moins de 15 ans pris en charge dans des points d'accueil pédiatriques sont plus vite évalués par un infirmier que lorsqu'ils sont dans un point d'accueil généraliste (10 % attendent plus d'une demi-heure dans le premier cas, contre 15 % dans le second cas). Cette différence s'atténue quand les services d'urgences ont eu peu de patients dans la journée. Pour les enfants de moins de 1 an, l'écart est plus important (10 % contre 17 %) et tend à diminuer avec l'âge (11 % contre 15 % pour les 10-15 ans). Les temps d'attente avant de voir l'infirmier pour évaluer les besoins de soins diffèrent également selon le motif donné à l'enregistrement, soit par le patient lui-même, soit par les professionnels qui l'ont amené. Certains symptômes nécessitent une prise en charge très rapide, au point parfois de l'effectuer parallèlement à l'enregistrement administratif. Les patients qui viennent aux urgences pour des problèmes respiratoires (difficultés à respirer, par exemple), cardio-vasculaires (douleur thoracique principalement) ou neurologiques (symptômes pouvant évoquer un accident vasculaire cérébral) sont moins nombreux à attendre plus d'une demi-heure que les patients qui consultent pour des motifs gynécologiques ou rhumatologiques (tableau A sur Internet).

### La moitié des patients préalablement triés sont pris en charge en 20 minutes

Une fois l'évaluation du besoin de soins réalisée, la prise en charge du patient est organisée en conséquence, avec une orientation selon l'organisation du service des urgences : salle d'accueil des urgences vitales, box avec brancard, salle de consultation du circuit court, salle d'attente ou orientation vers un service de l'établissement, notamment en gynécologie et en pédiatrie pour la suite de la prise en charge. Du fait de la méthode de collecte de l'enquête, l'information recueillie peut être la même pour le temps d'évaluation et celui de la prise en charge médico-soignante pour les patients accueillis dans un point d'accueil des urgences qui ne dispose pas d'un poste d'accueil et d'orientation (PAO) [soit 12 % des patients enquêtés ce jour-là<sup>3</sup>]. Pour ces derniers, le début de la prise en charge médico-soignante se confond presque avec la première évaluation, avec

5 minutes d'écart en médiane. Le champ de l'étude porte ici uniquement sur les patients accueillis dans un point d'accueil disposant d'un PAO. La durée entre l'évaluation et le début de la prise en charge médico-soignante est alors de 20 minutes en médiane et 22 % des patients attendent plus d'une heure (graphique 2).

Comme c'est le cas pour les délais entre l'enregistrement et la première évaluation, la durée d'attente entre l'évaluation et la prise en charge médico-soignante dépend du moment de la journée. La nuit, elle est moins longue : 14 % des patients attendent plus d'une heure, contre 23 % le jour. Les personnes âgées attendent plus longtemps que l'ensemble de la population entre l'évaluation et leur prise en charge (plus d'une heure pour 22 % d'entre elles contre 20 %), alors qu'elles sont évaluées plus vite lors de leur arrivée aux urgences (graphique 3). Comme tous les résultats présentés ici, cet effet de l'âge existe toutes choses égales par ailleurs, en tenant compte des autres facteurs susceptibles d'influencer les délais, notamment ici les motifs de recours. Les enfants sont pris en charge un peu plus rapidement que les adultes : les moins de 5 ans sont 19 % à attendre plus d'une heure. Mais l'attente médiane avant leur prise en charge est plus longue de 14 minutes dans les urgences pédiatriques que dans les urgen-

ces générales, contrairement à ce qui est observé pour le délai d'évaluation.

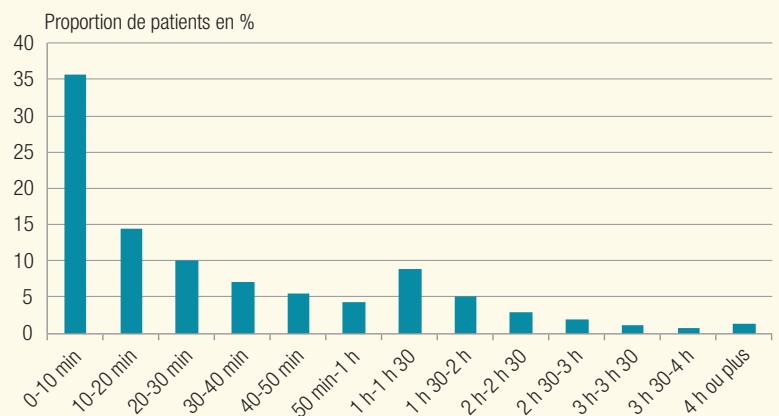
S'il est fondamental que tous les patients soient vus le plus vite possible pour évaluer les besoins de soins, l'attente entre l'évaluation et la prise en charge médico-soignante doit dépendre de la gravité de l'état de santé du patient. La prise en charge des patients dans une salle des urgences vitales peut être considérée, en général, comme un indicateur de la gravité de l'état de santé. Cependant, il est possible, ponctuellement, que cette salle héberge transitoirement des patients en cas de forte affluence. 12 % des patients pris en charge dans une salle d'accueil des urgences vitales attendent plus d'une heure avant leur prise en charge médicale.

### Pour sept patients sur dix, les soins débutent dans l'heure qui suit leur arrivée aux urgences

Le temps d'attente avant le début des soins résulte du cumul du délai entre l'enregistrement et l'évaluation et du délai entre l'évaluation et le début de la prise en charge médico-soignante. Ce temps d'attente reflète le triage dans les structures des urgences (encadré 3). Au total, sept patients sur dix sont pris en charge dans l'heure qui suit leur entrée aux urgences. Les soins débutent plus rapidement pour les patients dont le pronostic vital est

#### GRAPHIQUE 2

#### Répartition des patients selon le délai entre le tri et la prise en charge médico-soignante



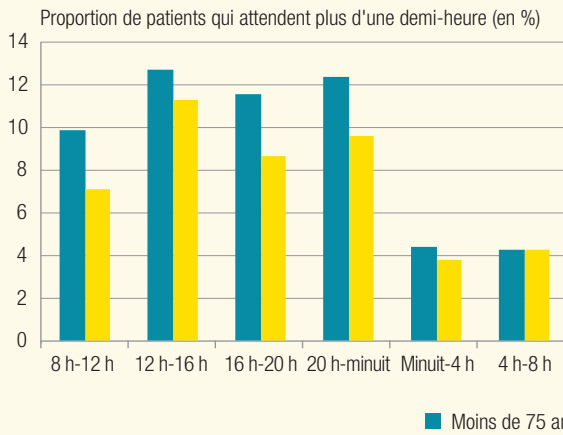
Champ • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences, le mardi 11 juin 2013, qui dispose habituellement d'un poste d'accueil et d'orientation.

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

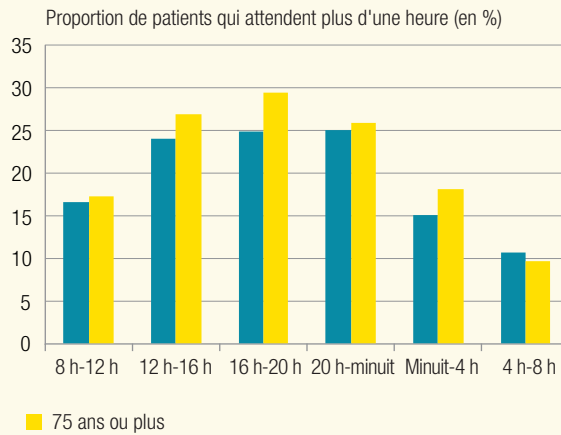
GRAPHIQUE 3

Délais d'attente selon le moment de la journée et l'âge du patient

3a - Avant l'évaluation



3b - Entre l'évaluation et la prise en charge médico-soignante



**Champ** • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences, le mardi 11 juin 2013, qui dispose habituellement d'un poste d'accueil et d'orientation.  
**Sources** • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

ENCADRÉ 3

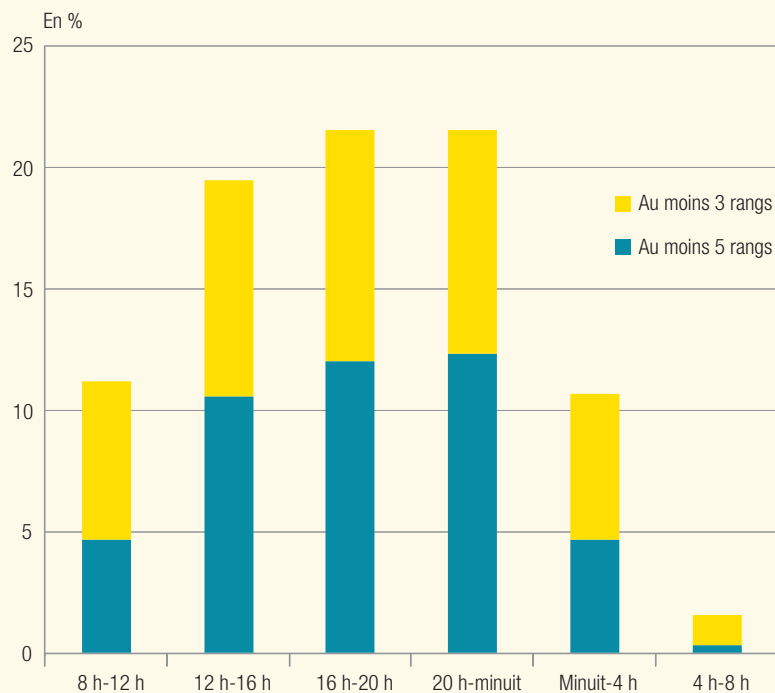
Un marqueur quantitatif du tri

Les temps d'attente différents sont le reflet du triage des patients. Une autre manière d'appréhender cet aspect est d'étudier si des patients sont pris en charge pour les premiers soins avant les autres, même s'ils sont arrivés plus tard. On définit alors un marqueur effectif du tri lorsqu'un patient passe devant au moins trois patients (situation A) ou cinq patients (situation B) arrivés avant lui pour être pris en charge. 17 % des patients ont vu leur rang de prise en charge réduit d'au moins 3 places et 9 % d'au moins 5 rangs.

Lorsqu'il y a peu de patients, le flux est traité au fur et à mesure. Le tri devient opérant lorsque l'affluence des patients est forte, en journée et en soirée (graphique). Dans les points d'accueil de faible affluence, la mise en place d'un poste d'accueil et d'orientation (PAO) permet une orientation des patients, mais la régulation du flux de patients n'est, en général, pas utile, les arrivées des patients étant suffisamment étalées. La mise en place d'un PAO est déterminante dans les points d'accueil de forte affluence, avec 19 points d'écart dans la proportion de patients qui en « doublent » au moins 3 autres (11 points pour 5 rangs gagnés ou plus), et qui bénéficient d'une prise en charge accélérée (tableau complémentaire sur le site Internet).

Les caractéristiques des patients jouent également un rôle dans les temps d'attente. Les patients les plus jeunes ont une prise en charge accélérée par rapport aux adultes. Les patients qui se présentent avec des motifs de gynécologie, d'obstétrique ou d'intoxication passent avant, tandis que les patients arrivant aux urgences pour des motifs rhumatologiques bénéficient plus rarement d'une accélération de leur prise en charge.

Graphique : Proportion de patients qui ont reçu une prise en charge accélérée selon le moment de la journée



**Lecture** • Entre 8 heures et midi, 11 % des patients ont été pris en charge pour les soins en passant devant au moins 3 autres patients arrivés avant eux. Ils sont 5 % quand l'avancement a été de 5 rangs.  
**Champ** • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences le mardi 11 juin 2013.  
**Sources** • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.



4. Ainsi, 55 % des points d'accueil qui ont reçu moins de 40 patients le jour de l'enquête sont dans un établissement qui n'a pas mis en place de procédure formalisée pour la réanimation, contre 31 % pour les points d'accueil ayant reçu plus de 80 patients. Il en va de même pour la chirurgie et la gériatrie aiguë spécialisée, avec respectivement 39 % et 69 % d'absence de procédure formalisée pour les petits points d'accueil, contre 26 % et 40 % pour les points d'accueil à fort volume.

engagé, pour les patients attendus, ceux qui sont arrivés par le SMUR (87% dans l'heure) et ceux qui sont arrivés en dehors des pics d'activité. Le délai est également plus court dans les petites structures. D'autres situations peuvent donner lieu à une prise en charge accélérée, comme de fortes douleurs sans que le pronostic vital soit engagé ou une grande agitation, mais un recueil systématique de ces symptômes n'a pas été réalisé dans cette enquête. A *contrario*, les patients âgés, ceux qui se présentent avec des motifs liés à la dermatologie, à la rhumatologie ou à la traumatologie, qui vont dans des points d'accueil qui reçoivent une importante patientèle, attendent plus longtemps le début des soins.

### Le recours à des actes de biologie augmente le temps passé aux urgences

La moitié des patients qui ne sont ni hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), ni hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences restent moins de 112 minutes aux urgences (délai entre l'enregistrement et la sortie des urgences). Toutefois, parmi ces patients, les durées diffèrent fortement suivant les éléments techniques de la prise en charge : biologie, radiologie, etc. Un patient qui vient uniquement pour une consultation et qui ne

bénéficie d'aucun acte reste, dans la moitié des cas, moins de 74 minutes, et moins de 53 minutes quand le point d'accueil a eu peu de patients ce jour-là (tableau 1). Quand la consultation s'accompagne d'un acte de soins (pansements, points de suture, etc.), la durée médiane n'augmente que de quelques minutes. Si un acte à visée de diagnostic (ECG, par exemple) s'ajoute à la consultation et aux soins, le temps médian s'accroît encore d'une vingtaine de minutes. Lorsque la consultation va de pair avec un acte d'imagerie conventionnelle (radiographie standard), il faut compter une demi-heure de plus. Pour ces types d'actes, on observe peu de différences de temps supplémentaires selon le volume d'activité du point d'accueil. En revanche, la demande d'un avis spécialisé prend proportionnellement plus de temps dans des points d'accueil à faible volume que dans des points d'accueil avec plus de 40 passages par jour. Cela peut sans doute être rapproché de l'organisation des points d'accueil ayant peu de patients, qui ont moins souvent mis en place des procédures formalisées pour obtenir un avis spécialisé ou pour proposer un patient dans le service concerné<sup>4</sup>. Lorsque la consultation aux urgences comprend la réalisation d'un acte de biologie, les délais s'allongent fortement. La moitié des patients restent

aux urgences plus de 168 minutes, soit une heure et demie de plus que la simple consultation. Les délais liés à la biologie varient selon le volume d'activité du point d'accueil. Lorsque ce dernier a reçu moins de 40 patients, le passage aux urgences dure 114 minutes pour la moitié des patients, contre 195 minutes dans un point d'accueil de plus de 80 patients. Les délais sont pratiquement les mêmes quand un acte de biologie ou une imagerie non conventionnelle sont réalisés (scanner, IRM, échographie spécialisée). Quand plusieurs actes du plateau technique sont effectués (imagerie et biologie, par exemple), le temps passé aux urgences augmente mécaniquement : la moitié des patients qui en ont bénéficié et sont passés dans un point d'accueil à fort volume restent aux urgences plus de 4 heures. Les durées de passage aux urgences pour les patients non hospitalisés, que ce soit en UHCD ou à la sortie des urgences, dépendent aussi de l'âge du patient (graphique 4). Elles sont plus courtes pour les enfants (sauf les nourrissons), puis augmentent avec l'âge. Même au sein d'un type de parcours (consultation, consultation et soins, etc.), les personnes âgées passent plus de temps aux urgences. Les patients qui sont arrivés la nuit restent moins longtemps que ceux arrivés dans la journée.

TABLEAU 1  
 Les temps de passage aux urgences selon les actes réalisés

Parcours aux urgences	En minutes, temps médian				
	Dans les points d'accueil avec moins de 40 passages	Dans les points d'accueil avec 40 à 80 passages	Dans les points d'accueil avec plus de 80 passages	Dans l'ensemble des points d'accueil	Proportion dans l'ensemble des parcours (en %)
Consultation	53	67	85	74	24
Consultation et soins	60	75	95	81	15
Consultation, acte de diagnostic et soins	85	92	113	94	1
Consultation et avis spécialisé	86	83	103	95	3
Consultation et acte d'imagerie conventionnelle	85	98	116	106	13
Consultation et autre acte d'imagerie	100	134	189	156	1
Consultation et biologie	114	144	195	168	4
Consultation, soins et recours au plateau technique*	111	138	184	156	34
Consultation et plusieurs recours au plateau technique**	150	164	205	181	5

\* Au moins un recours au plateau technique en plus d'une réalisation d'un acte de soins ou d'un autre acte de diagnostic réalisé par l'équipe des urgences.

\*\* Au moins 2 recours au plateau technique sans acte de soins ni autres actes de diagnostic réalisés par l'équipe des urgences.

**Note** • Le terme « soins » désigne ici les soins réalisés par l'équipe des urgences, notamment les pansements, les points de suture, les aérosols, les immobilisations de membre. Le terme « plateau technique » désigne les recours à l'imagerie, à la biologie et aux avis spécialisés.

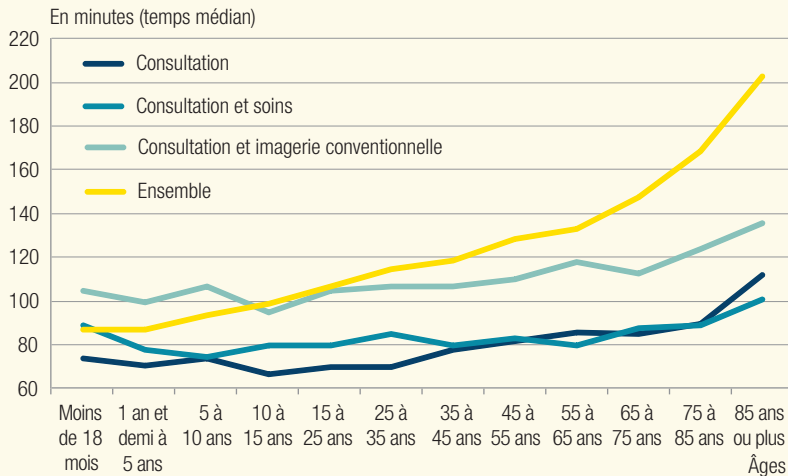
Le temps de passage est le délai entre l'entrée et la sortie des urgences.

**Champ** • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences le mardi 11 juin 2013, à l'exclusion de ceux hospitalisés en unités d'hospitalisation de courte durée ou dans un autre service, partis sans attendre, sortis contre avis médical ou réorientés vers une maison médicale de garde.

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

GRAPHIQUE 4

**Le temps de passage aux urgences selon l'âge du patient et le parcours aux urgences**



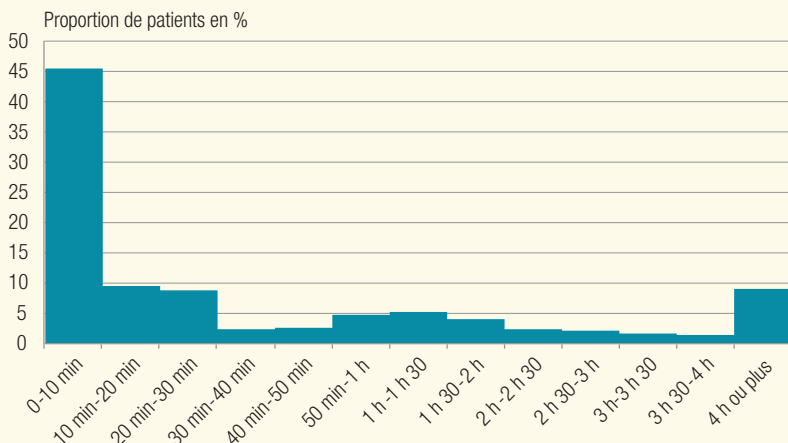
**Lecture** • La moitié des enfants de moins de 18 mois ont un temps de passage aux urgences (délai entre l'enregistrement et la sortie des urgences) inférieur à 87 minutes.

**Champ** • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences le mardi 11 juin 2013, à l'exclusion de ceux hospitalisés en unités d'hospitalisation de courte durée ou dans un autre service, partis sans attendre, sortis contre avis médical ou réorientés vers une maison médicale de garde.

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

GRAPHIQUE 5

**Répartition des patients selon le délai d'obtention d'une place d'hospitalisation**



**Champ** • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences le mardi 11 juin 2013 et hospitalisés à la suite de ce passage.

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

**Obtenir un lit en cas d'hospitalisation est plus long dans les points d'accueil de grande affluence**

Lors de l'hospitalisation d'un patient en dehors du service des urgences, le délai entre le moment où la décision d'hos-

pitalisation est prise et le moment où le service des urgences trouve une place d'hospitalisation varie selon les situations. Dans près de la moitié des cas, la place est trouvée en moins de 15 minutes, mais dans un cas sur dix, il faut attendre presque 4 heures (graphique 5). Dans

80 % des cas, un seul appel suffit pour trouver un lit au patient. Quand ce n'est pas le cas, les délais s'allongent mécaniquement, passant d'une médiane de 10 minutes à 50 minutes. Il est plus difficile de trouver une place pour les personnes âgées comparées aux personnes plus jeunes, en particulier les enfants. Les délais médians sont ainsi de 5 minutes pour les enfants et de 25 minutes pour les 75 ans ou plus.

Obtenir une place d'hospitalisation est plus rapide dans les points d'accueil de faible affluence que dans les points d'accueil qui ont reçu plus de 80 patients au cours des 24 heures de l'enquête, indépendamment du nombre d'appels nécessaire pour y parvenir (graphique 6a). De plus, trouver une place en un seul appel est plus difficile dans les services d'urgences de forte affluence que dans les services de faible affluence (75 % d'appels uniques *versus* 90%).

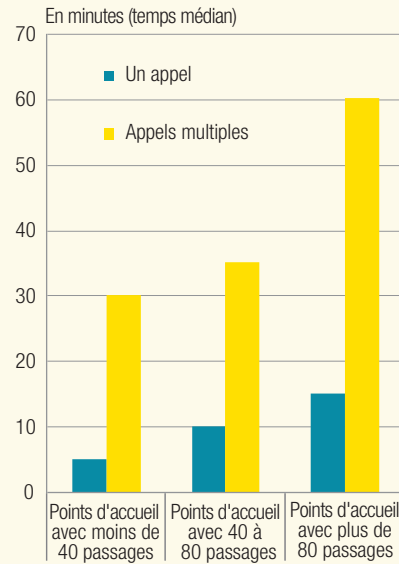
L'absence de tableau de bord des lits disponibles, qui se rencontre parfois dans les établissements publics ou privés à but non lucratif et concerne 8 % des patients hospitalisés, va de pair avec des durées médianes d'obtention de lits plus longues, en particulier quand plusieurs appels ont été nécessaires pour trouver un lit et dans les établissements de grande affluence (graphique 6b). Lorsqu'un tableau de bord est disponible, son actualisation plus ou moins fréquente n'a guère d'effet sur les délais d'obtention de lits. Sa présence semble donc être le marqueur d'un mode d'organisation de l'établissement. *A contrario*, la présence d'un personnel dédié à l'inventaire des lits et à l'affectation de patients n'est pas associée, toutes choses égales par ailleurs, à l'obtention plus rapide d'un lit<sup>5</sup>. Le délai d'obtention d'une place d'hospitalisation suit un rythme au cours de la journée : il est plus long le matin, entre 8 heures et midi, que le reste de la journée. Il faut en effet attendre qu'un lit se libère pour y admettre un nouveau patient (graphique 6c). Ainsi, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) préconise « d'augmenter les sorties le matin pour accueillir des patients issus des urgences » et conseille comme indicateur le taux de sortie avant 13 heures. ■

5. Il ne s'agit toutefois qu'une estimation en coupe. Pour juger de la pertinence de ces outils dans la recherche d'un lit, il faudrait pouvoir comparer la situation des points d'accueil des urgences avant la mise en place de ces dispositifs.

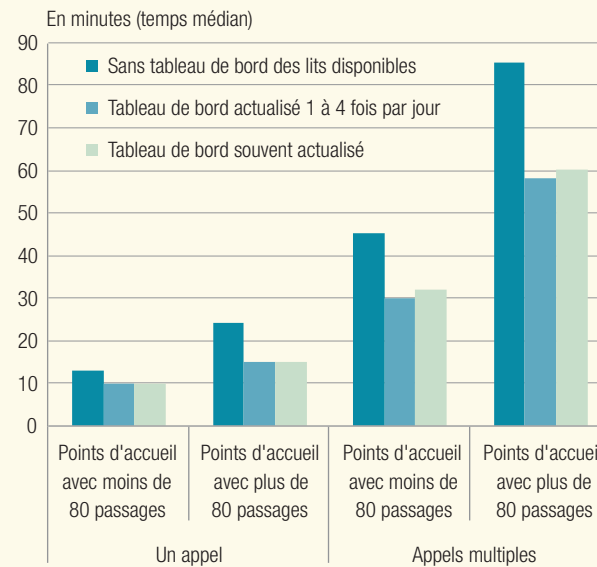
GRAPHIQUE 6

Décali d'obtention d'un lit en cas d'hospitalisation selon...

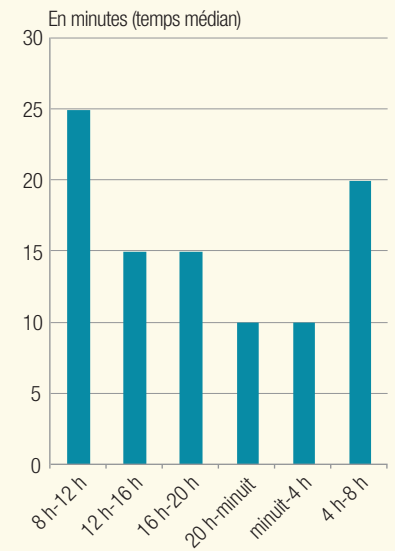
6a - ... l'affluence dans les points d'accueil



6b - ... la présence et l'actualisation d'un tableau de bord



6c - ... le moment de la journée



**Lecture** • Pour la moitié des patients hospitalisés à la suite d'un passage dans un point d'accueil avec moins de 40 passages, une place d'hospitalisation a été trouvée en moins de 5 minutes quand il y a eu un seul appel et en moins de 30 minutes quand il en a fallu plusieurs.

**Champ** • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences le mardi 11 juin 2013 et hospitalisés à la suite de ce passage.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

- Société française de médecine d'urgence, 2013, *Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts*.
- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2008, *La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques – Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences*.
- Vuagnat A., 2013, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », dans *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES.
- Boisguérin B., Brilhault G., Ricoch L., Valdelièvre H., Vuagnat A., 2014, « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES », dans *Le Panorama des établissements de santé – édition 2014*, DREES.
- Ricoch L., 2015, « Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats*, DREES, n° 906, mars.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

[www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur

[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution

[www.drees.sante.gouv.fr/les-avis-de-parution,2052.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/les-avis-de-parution,2052.html)

**Directeur de la publication** : Franck von Lennep

**Responsable d'édition** : Carmela Riposa

**Secrétaires de rédaction** : Sabine Boulanger et Laurence Grivet

**Mise en pages** : T. B.

**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin

**Imprimeur** : Imprimerie centrale de Lens

**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384