



Les unités d'accueil et de traitement des urgences ont enregistré 14 millions de passages en 2004, soit une progression de 0,4 % de leur activité. Cette stabilisation intervient après une forte progression de la demande de soins non programmée depuis la fin des années 80, et une inflexion en 2003 (+4 % de 1996 à 2003 et +2,8 % en 2003).

Toutefois, l'activité des services d'urgences continue à augmenter dans le secteur privé hors dotation globale (+13 % en 2004) en raison surtout des créations de services intervenues en 2003 et 2004, alors qu'elle stagne dans les autres établissements privés sous dotation globale et diminue de 1 % dans le secteur public.

En moyenne, les unités d'urgences reçoivent 23 000 passages par an, mais 37 000 dans les services d'accueil des urgences (SAU) et 16 000 dans les unités de proximité (UPATOU). Les grandes unités sont nettement plus nombreuses en Île-de-France où 40 % des services d'urgences accueillent plus de 40 000 passages par an.

Les hospitalisations après un passage aux urgences concernent, comme les trois années précédentes, un patient sur cinq en 2004.

En 2004, le renforcement en personnels médicaux et infirmiers des services d'urgences amorcé en 2003 se poursuit, particulièrement pour les médecins (+9 % en ETP, contre +5,6 % pour les infirmiers). Il est plus marqué dans le secteur public que dans le secteur privé.

L'activité des services d'urgences en 2004

Une stabilisation du nombre de passages

En sus des différentes formes de prises en charge programmées, une forte demande de soins non programmés s'est développée depuis la fin des années 1980, s'adressant notamment aux services d'urgences hospitaliers, demande qui a suscité une série de mesures pour tenter d'y répondre. En particulier, la prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997 et soumise à autorisation (encadré 1). Trois types de structures avaient alors été définis : les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) potentiellement capables de traiter tous les types d'urgence, les pôles spécialisés (POSU) qui prennent en charge des urgences lourdes pour des spécialités spécifiques ou uniquement dédiés aux soins de pédiatrie, et des unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) qui peuvent traiter les cas les plus simples, mais doivent orienter les patients, dont l'état de santé nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer, vers d'autres structures. Cette organisation a été modifiée par les

Valérie CARRASCO

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES



décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à ses structures (encadré 2), mais n'était pas encore en vigueur au moment de l'enquête SAE 2004 commentée dans cet article¹.

Une stabilisation du nombre global de passages aux urgences en 2004...

En 2004, le nombre annuel de passages dans les unités d'accueil et de traitement des urgences bénéficiant

d'une autorisation a atteint 14 millions en France métropolitaine. Pour la première fois depuis 1996, ces passages aux urgences enregistrés à partir de l'enquête SAE évoluent peu en 2004, avec seulement 0,4 % de hausse en France métropolitaine. La croissance annuelle moyenne avait été de l'ordre de 4 % de 1996 à 2004, mais avec déjà un certain ralentissement en 2003 où la progression avait été de 2,8 %² (graphique 1). Cette inflexion intervient à un moment où les moyens des services d'urgences ont été renforcés, et il se peut à cet égard que l'augmentation des besoins de recours aux urgences connaisse un certain palier ou que les problèmes de saturation et le manque de moyens qu'ont connus les services d'urgences dans le passé aient eux-mêmes induit une inflexion des comportements des usagers.

Le taux annuel de passages aux urgences en France métropolitaine, qui rapporte leur nombre à la population au 1^{er} janvier de l'année, est passé, quant à lui, de 17,5 % en 1996 à 23,5 % en 2003, niveau qui demeure identique en 2004. Comme en 2003 et 2002, ce taux excède 25 % dans six régions : en Haute-Normandie (29,3 %), Basse-Normandie (27,5 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (26,8 %), Île-de-France (26,7 %), Picardie (26,4 %) et Corse (26,1 %). Et comme en 2003, quatre régions ont un taux qui reste inférieur à 20 %, le minimum étant atteint par la région Pays de la Loire, avec un taux de 17,8 %, juste légèrement supérieur à la moyenne nationale de 1996 (carte 1).

E•1

Les autorisations pour l'accueil et le traitement des urgences de 1997 à 2006

L'activité d'accueil et de traitement des urgences a été structurée dans le cadre d'un dispositif d'autorisation des services d'urgences, suite aux décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997. Deux types d'autorisation peuvent dès lors être accordés à un établissement pour pouvoir exercer l'activité de soins « Accueil et traitement des urgences » :

- soit un service d'accueil et de traitement des urgences, éventuellement spécialisé, ou une unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences, éventuellement saisonnière ;
- soit un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) destiné à effectuer les interventions médicales hors de l'établissement dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Concernant l'autorisation des services d'urgences, trois types de structures ont été définies, pour lesquelles les exigences sont différentes :

- les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) potentiellement capables de traiter tous les types d'urgence, installés dans des établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique (cf. article R6123-2) ;

- les pôles spécialisés (POSU) capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants (cf. article R6123-4) ;

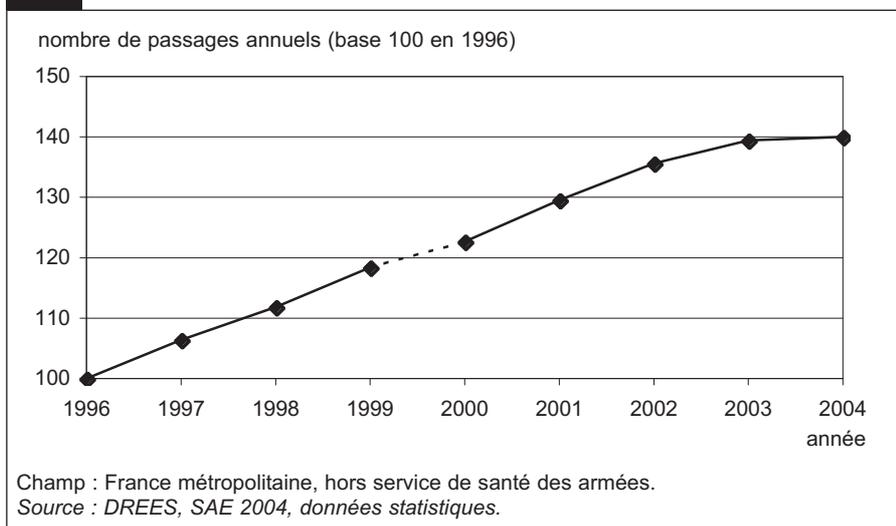
- les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter, vers d'autres structures, les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer ; l'établissement doit disposer au minimum d'une unité d'hospitalisation complète de médecine (cf. article R6123-5).

Le dispositif d'autorisation en vigueur de 1997 à 2006 a permis l'identification des services d'urgences sur le territoire et l'amélioration de la prise en charge. Cependant, l'augmentation constante du nombre de passages et les difficultés constatées dans l'orientation des patients dans la chaîne de soins en amont et en aval des urgences, ont mis en évidence la nécessité d'une organisation globale de la prise en charge des urgences, priorité du Plan urgences présenté en octobre 2003, parallèlement à l'augmentation des moyens techniques et humains. C'est dans cette optique qu'a été modifié le cadre réglementaire de l'organisation de la prise en charge des urgences.

2

G •01

évolution du nombre de passages annuels aux urgences



1. En particulier, il n'y aura plus qu'un seul type de service d'urgences, mais différencié en fonction de la population accueillie, dans des structures de type généraliste ou pédiatrique. Ces derniers services correspondront aux actuels POSU pédiatriques, très différents des POSU spécialisés aux spécificités très marquées et qui n'ont pas vocation à fonctionner comme les autres structures d'urgences. Les anciens UPATOU et SAU seront, quant à eux, rassemblés au sein de l'ensemble des services d'urgences, et ne se distingueront plus que par leurs tailles très différentes.

2. Ces évolutions sont cependant à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

E•2

Depuis 2006, une modification du cadre réglementaire de prise en charge des urgences

Les décrets du 22 mai 2006 déclinent l'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence selon trois modalités :

- la régulation des appels adressés au service d'aide médicale d'urgence (SAMU);
- la prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR);
- la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences.

La suppression des notions d'UPATOU et de SAU consacre l'absence de différence dans le type de patients reçus et tous les services s'appelleront désormais « structures des urgences ».

La notion de « structure des urgences » se substitue en effet, à celle de « service d'urgences » et on ne distingue plus que deux types d'autorisation : structure des urgences et structure des urgences pédiatriques. Pour la structure mobile d'urgence, deux types d'autorisation sont prévus : SMUR et SMUR pédiatrique. Le décret précise les moyens dont doit disposer toute structure des urgences, en termes de locaux et de catégories de personnel.

Tous les médecins exerçant dans ces structures auront dorénavant l'obligation d'avoir la spécialité de médecine d'urgence ou la reconnaissance d'une expérience de trois ans au moins dans ce type de service.

Les structures d'urgences sont dotées d'une unité d'hospitalisation de courte durée d'au moins deux lits, qui se substitue donc à la zone de surveillance de très courte durée prévue par le décret de 1997, et aux box individuels de surveillance. L'ambiguïté est donc levée sur cette zone qui n'était pas reconnue comme une zone d'hospitalisation, mais qui dans les faits fonctionnait parfois comme les anciens lits-porte, accueillant des patients en attente d'hospitalisation, pour une durée pouvant dépasser 24 heures.

La coordination de l'ensemble de la chaîne de prise en charge des urgences bénéficie d'un cadre réglementaire rénové. Cette organisation repose sur trois grands principes indispensables à une prise en charge rapide et de qualité : proximité d'accès, qualité de la prise en charge, coopération et coordination.

Le décret prévoit la mise en place d'un « réseau » des urgences entre les établissements impliqués dans la chaîne de prise en charge des urgences dans chaque territoire de santé. Les coopérations entre les hôpitaux et cliniques d'un territoire seront désormais formalisées dans une convention approuvée par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Un répertoire opérationnel des ressources sera mis en place, et destiné à l'ensemble des professionnels de l'urgence, afin de pouvoir orienter les patients selon les motifs de recours vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge.

Enfin, le dispositif s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de gestion des risques. Une fiche de dysfonctionnement permettra de repérer les « événements indésirables » ou dysfonctionnements, tant au sein des établissements qu'au sein du réseau de prise en charge des urgences.

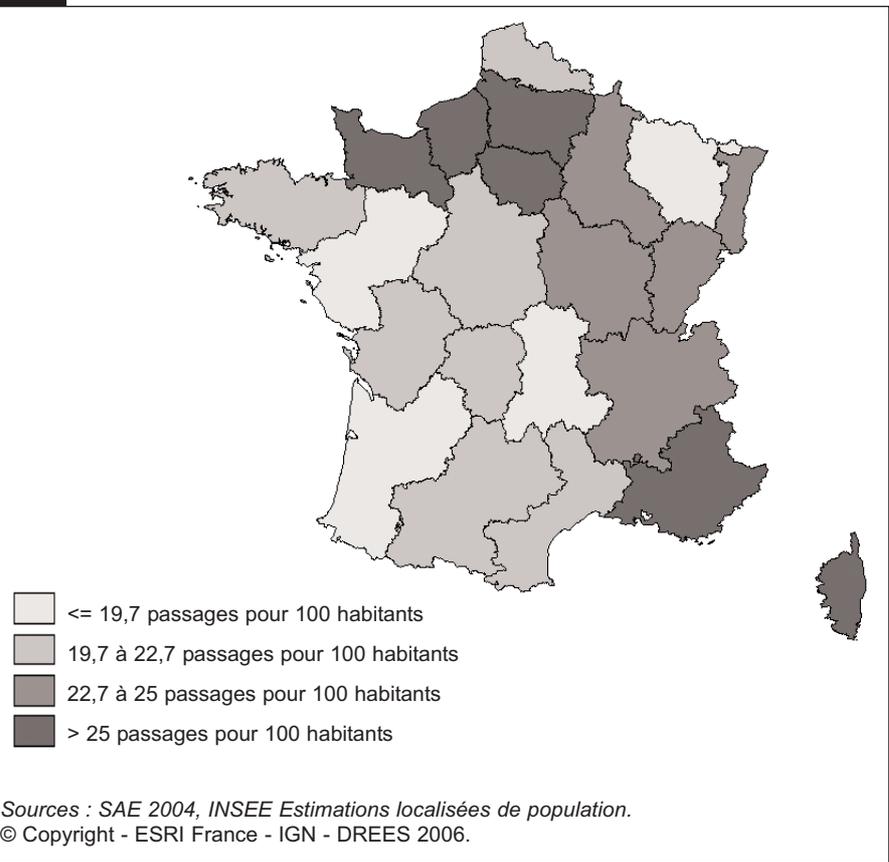
En France métropolitaine, 622 services ont été autorisés en 2004 pour l'accueil des urgences, dont 208 SAU, 376 UPATOU et 38 POSU. Plus de la moitié des passages (54 %) ont été pris en charge par les SAU, 41 % par les UPATOU et 5 % par les POSU (graphique 2).

... mais une activité toujours en progression dans le secteur privé hors dotation globale

153 des 622 unités d'urgences autorisées en 2004 étaient situées dans des établissements privés, financés hors dotation globale. Il s'agit pour l'essentiel d'établissements sous objectif quantifié national (OQN), avec 122 unités d'urgences en 2004. La plupart, 129 sur 153, sont des unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). Enfin, on dénombre six services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) privés, dont cinq dans des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) et un seul dans le secteur sous OQN.

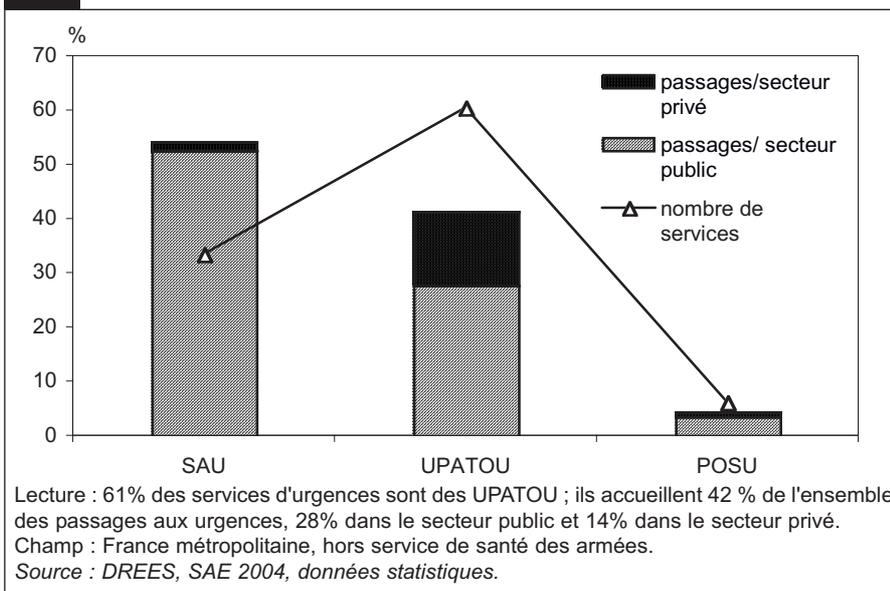
En 2004, la part des passages aux urgences dans le secteur privé a globale-

C•01 taux de passage annuels aux urgences en 2004



G
• 02

répartition du nombre de services et de passages aux urgences,
selon l'autorisation de l'établissement en 2004



ment encore augmenté, atteignant 16 %, après être passée de 8 % en 1997 à 12 % en 2001. Cette augmentation est uniquement due aux établissements financés hors dotation globale, leur part étant passée de 7,6 % à 11,3 %, celle du secteur privé financé par la dotation globale (DG) stagnant à 5 % depuis 2001. Alors que l'activité des services d'urgences diminue légèrement dans le secteur public (-1 %), elle progresse donc très nettement en 2004 dans les établissements privés hors dotation globale (+13 % en 2004). Cette croissance est essentiellement due aux créations de nouveaux services (dix en 2004), et à la montée en charge de ceux créés en 2003 (la taille moyenne des services d'urgences de ce secteur augmentant de 3 %). Néanmoins, la part de l'activité du secteur privé hors dotation globale demeure très variable d'une région à l'autre allant de 0 à 33 %, et ne dépasse les 15 % que dans cinq d'entre elles (en Languedoc-Roussillon, Haute-Normandie, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Corse).

37 000 passages annuels aux urgences en moyenne dans les services d'accueil des urgences (SAU) et 16 000 dans les unités de proximité

Les services d'urgences connaissent en moyenne 23 000 passages par an,

mais l'activité moyenne d'un SAU représente plus du double de celle d'une UPATOU, avec respectivement 37 000 et 16 000 passages annuels. La taille moyenne des POSU (pôles spécialisés) est identique à celle des UPATOU. Cependant, on distingue deux types de POSU bien différents : les pôles très spécialisés (en cardiologie ou SOS mains), de très petite taille (en moyenne 3 800 passages par an) et des POSU pédiatriques, assimilables aux SAU, qui réalisent en moyenne 28 000 passages par an.

Les services d'urgences des établissements privés hors dotation globale sont en moyenne de plus petite taille que ceux des établissements, publics ou privés, financés par la dotation globale : 13 000 passages annuels en moyenne, contre 22 000 dans le secteur privé sous DG et 25 000 dans le public. Les UPATOU publiques et privées ont pourtant des niveaux d'activité assez proches : en moyenne, 14 500 passages annuels dans les UPATOU privées hors dotation globale, 16 000 dans le public, et 18 000 dans le secteur privé sous DG. La différence est en revanche très marquée au sein des POSU. Ceux situés dans des établissements privés hors dotation globale forment en effet un groupe de pôles hyper spécialisés de petite taille (16 de ces 18 POSU sont situés dans des établissements hors dotation globale) ; à

l'inverse, 18 des 20 POSU pédiatriques se trouvent dans des établissements publics, les deux restants relevant du secteur privé sous DG. De même, la taille moyenne élevée des unités du secteur public est due à la part qu'y représentent les SAU (43 % des services d'urgences), alors que ces structures sont quasiment absentes du secteur privé.

En Île-de-France, près de 40 % des services d'urgences enregistrent plus de 40 000 passages par an

Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 40 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an, et les deux tiers moins de 25 000. À l'autre extrémité, 14 % d'entre elles reçoivent plus de 40 000 passages par an et traitent un tiers de l'ensemble des passages. Cette répartition en fonction de la taille est bien sûr très différente selon les types de services : si 50 % des SAU traitent plus de 35 000 passages par an, 56 % des UPATOU en accueillent moins de 15 000. Enfin un seul des 18 POSU spécialisés dénombre plus de 10 000 passages en 2004, alors qu'aucun des 20 POSU pédiatriques ne compte moins de 10 000 passages et que 12 en comptent plus de 25 000 (graphique 3).

Les grandes unités sont nettement plus nombreuses en Île-de-France, région dans laquelle près de 40 % des services d'urgences enregistrent plus de 40 000 passages par an, alors que cette part ne dépasse pas 20 % dans les autres régions. 39 % des unités réalisant plus de 40 000 passages annuels sont d'ailleurs implantées en Île-de-France.

Un patient sur cinq est hospitalisé après son passage aux urgences

Aucun indicateur ne permet de juger directement de la légitimité des recours aux urgences, mais l'hospitalisation d'un malade à l'issue de son passage donne une indication sur le degré de gravité de son état de santé. Le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences reste stable au cours des quatre dernières années, autour de

20 %³. Il est beaucoup moins élevé dans les établissements privés que dans le secteur public (13 % contre 21,6 %) [graphique 4], mais ne varie pas en fonction de la taille des établissements. Les études réalisées à partir de l'enquête sur les usagers des services d'urgences en janvier 2002 avaient montré en revanche l'influence déterminante de l'âge du patient et du motif de recours sur le taux d'hospitalisation; il est en effet supérieur à 50 % pour les personnes de plus de 70 ans et à 30 % pour les patients souffrant d'un problème somatique, alors qu'il n'est que de 8 % dans le cas des victimes de traumatisme⁴.

De même, c'est le motif de recours aux urgences qui pourrait expliquer le taux d'hospitalisation particulièrement élevé dans les POSU très spécialisés (26,5 %).

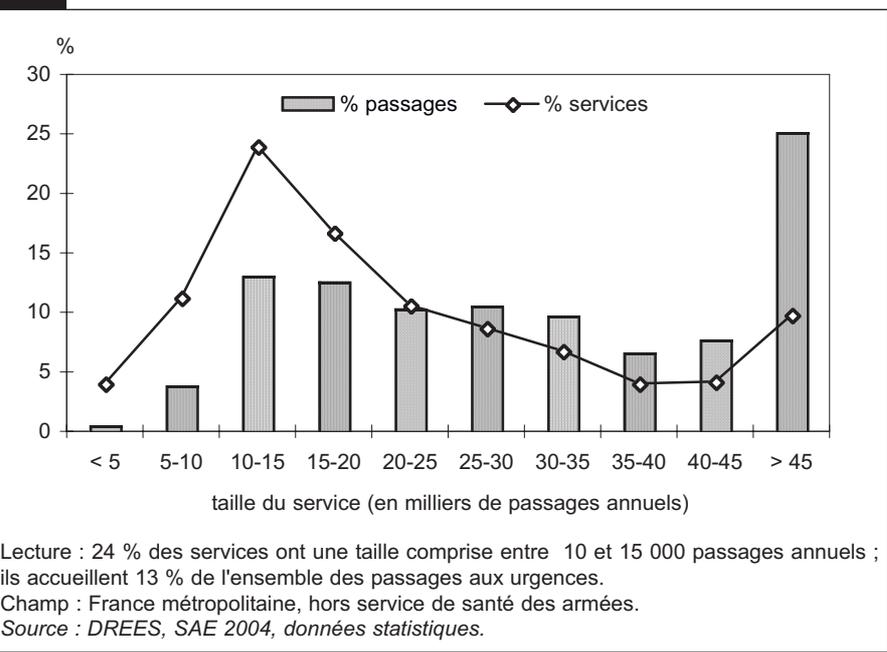
Par ailleurs, 87 % des unités d'urgences ont indiqué pour le mois d'octobre 2004 la répartition des passages dans leurs services selon la classification Gemsa⁵, qui permet de distinguer le mode d'accueil et le mode de sortie des patients, indépendamment des différences d'organisation médicale ou structurelle existantes. On peut évaluer à 5 % la part des passages programmés correspondant à des consultations de suites d'urgences (surveillance de plâtre, ablation des fils...) et à 2,7 % la part de ceux nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate, importante ou prolongée.

Enfin si sept patients sur dix regagnent leur domicile à l'issue de leur passage aux urgences après consultation ou soins, deux sur dix sont hospitalisés dans l'établissement ou réorientés vers un autre établissement (3 à 4 % des passages).

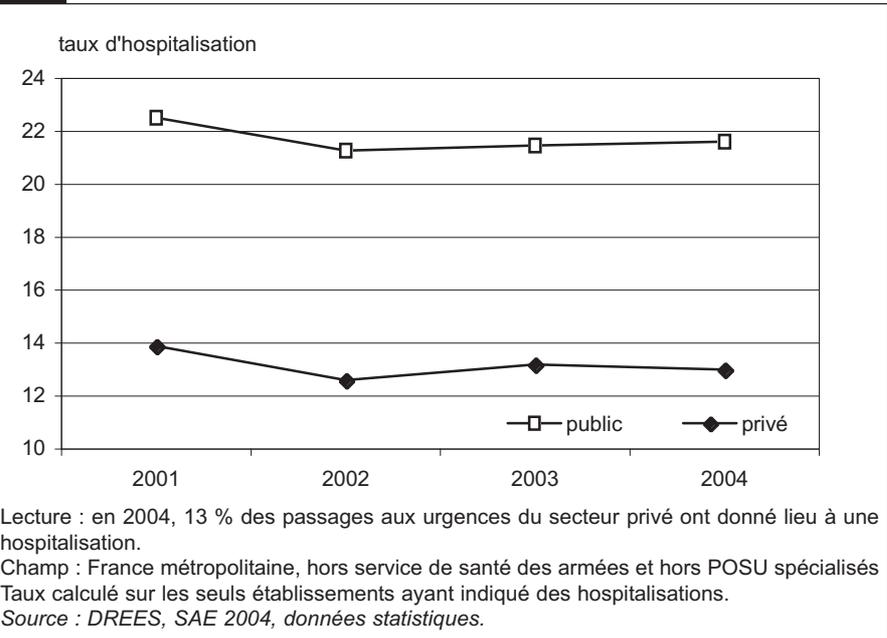
En moyenne trois box d'accueil et de surveillance dans les plus petites unités et seize dans les plus grandes

Les unités d'accueil des urgences sont tenues par la réglementation⁶, de

G •03 répartition des services et des passages aux urgences, selon la taille du service en 2004



G •04 taux d'hospitalisation à l'issue du passage aux urgences



comporter une zone d'accueil et une zone de surveillance comprenant un nombre de box variable selon le type d'unité : trois à cinq box pour 10 000

passages dans les SAU et les POSU, soit un box pour 2 000 à 3 500 passages annuels, et 2 à 4 box pour 10 000 passages dans les UPATOU, soit un box

3. Taux calculé sur les seuls établissements ayant déclaré des hospitalisations (soit environ 96 % des services en 2004). À noter que les séjours isolés dans les boxes de surveillance de très courte durée ne sont pas comptés ici comme des hospitalisations.
4. CARRASCO V., BAUBEAU D., 2003, « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212, janvier, DREES.
5. Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil.
6. Décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997.

pour 2 500 à 5 000 passages annuels. Dans la pratique, ce type d'installation s'avère difficile à repérer avec précision, dans la mesure où les anciens « lits-porte » continuent à être utilisés et accueillent fréquemment des patients pour une durée supérieure à 24 heures. La distinction entre ces lits d'hospitalisation et les places offertes en zone de surveillance de courte durée (box) étant essentiellement faite à partir de la durée moyenne de séjour des patients accueillis, leur décompte ne peut se faire de façon réellement homogène. 16 % des services d'urgences ne déclareraient d'ailleurs aucun box en 2004, alors que les services ayant déclaré au moins un box de surveillance en disposent en moyenne de 6,4. Les plus petites unités, qui comptent moins de 10 000 passages par an, ont en moyenne trois box et les plus grandes, avec plus de 45 000 passages par an, 16 box.

Le nombre moyen de passages annuels par box n'augmente quant à lui avec la taille du service que jusqu'au seuil de 35 000 passages par an, puis il diminue légèrement, les POSU spécialisés, unités de très petite taille, étant les mieux dotés avec un box pour moins de 1 000 passages. En dehors de ces uni-

tés spécialisés qui accueillent des urgences lourdes, l'équipement en box de surveillance varie beaucoup plus dans les services d'urgences privés que dans ceux des établissements publics. Les petites unités du privé (réalisant moins de 10 000 passages annuels) sont les mieux dotées et comptent un box pour 1 620 passages, contre un box pour 2 750 passages dans le public. Les plus grandes unités du privé (à partir de 20 000 passages annuels) sont au contraire moins bien dotées (graphique 5).

Le recours aux box de la zone de surveillance de courte durée s'avère en outre difficile à estimer. En effet, si 84 % des services ont indiqué disposer de box, seuls 64 % d'entre eux indiquent le nombre de passages par cette zone de surveillance qui n'ont pas été suivis d'une hospitalisation, leur part étant alors estimée à 9 % en 2004. Enfin, si l'on considère que presque tous les patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences étaient également passés par une zone de surveillance, celle-ci pourrait avoir accueilli environ 30 % des passages aux urgences, soit en moyenne trois patients par jour.

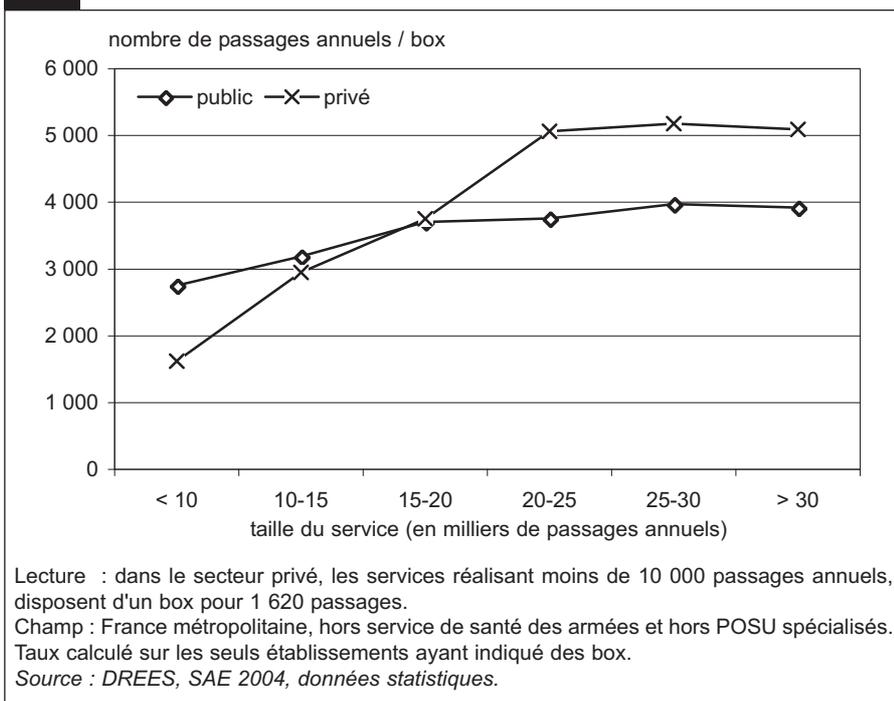
Le renforcement des moyens en personnels médicaux se poursuit en 2004...

En 2004, l'effectif des médecins intervenant dans les services d'urgences est estimé à 6 340, représentant 4 760 équivalents temps plein (ETP). L'augmentation du nombre d'ETP médicaux a été aussi importante en 2004 qu'en 2003, avec une évolution de +9 %, supérieure à celle de l'activité. Les effets du Plan urgences de septembre 2003 se sont en effet concrétisés en 2004 par la création de 218 postes médicaux et 411 postes infirmiers. Ces créations s'accompagnent d'une optimisation des postes existants, avec une augmentation de 406 ETP médicaux. Le nombre moyen de passages aux urgences par « médecin à temps plein » est ainsi passé de 3 460 par an en 2002 à 2 980 en 2004, soit une diminution de 14 %. Ce renforcement des moyens en médecins a essentiellement concerné le secteur public, qui était le moins bien doté en 2002, avec 3 500 passages aux urgences par médecin à temps plein, et qui se retrouve le mieux positionné en 2004, avec 2 970 passages par an. Les moyens du secteur privé sous DG sont quant à eux restés pratiquement inchangés, avec 3 200 passages par médecin à temps plein en 2004, tandis que ceux du secteur privé hors dotation globale ont été renforcés en 2004, permettant à l'activité des urgences de passer de 3 200 passages par médecin en 2003 (en ETP) à 3 000 en 2004. En dehors des POSU très spécialisés, qui disposent en moyenne d'un ETP médical pour 700 passages annuels, ce sont les établissements hors dotation globale qui ont toutefois aujourd'hui la plus forte activité par médecin à temps plein.

Par ailleurs, il faut noter que le nombre de passages aux urgences par médecin à temps plein varie quasiment du simple au double entre les plus petites unités qui reçoivent moins de 10 000 passages par an (hors POSU spécialisés) et les plus grandes qui en accueillent plus de 45 000, avec respectivement 1 900 et 3 900 passages par ETP. Cette situation s'observe dans les trois secteurs, mais est particulièrement

6

G nombre de passages annuels par box de surveillance en 2004
•05



marquée dans les plus grandes unités du secteur privé : dans les services d'urgences qui comptent plus de 20 000 passages par an, les établissements privés hors dotation globale enregistrent ainsi 4 900 passages par médecin à temps plein en 2004 contre 3 300 dans les établissements sous DG, publics ou privés (graphique 6).

... de même que l'augmentation des personnels infirmiers, mais à un rythme moindre

Les infirmiers sont à peu près deux fois plus nombreux que les médecins à intervenir dans les services d'urgences, soit un effectif de 12 700 représentant 11 580 ETP. Les ETP infirmiers ont progressé de 5,2 % en 2004. Cette progression, inférieure à celle des médecins, est comme pour ces derniers pratiquement du même ordre qu'en 2003 (5,6 %).

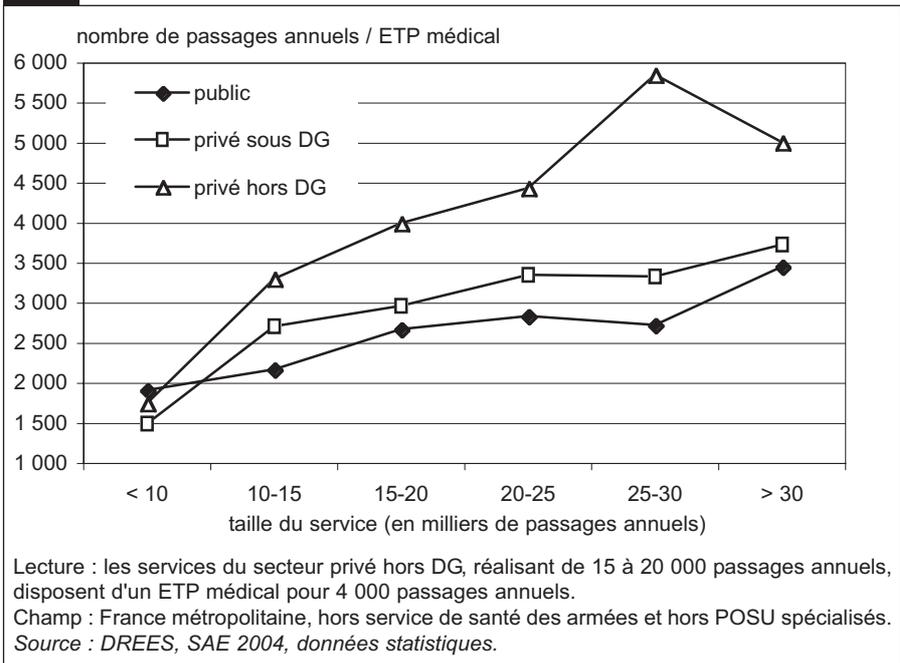
En moyenne, en 2004, les services d'urgences disposent d'un infirmier à temps plein pour 1 230 passages annuels, contre 1 290 en 2003. Cette diminution de la charge d'activité par ETP est nettement plus marquée dans le secteur public que dans le privé, en particulier hors dotation globale.

Les établissements publics accentuent ainsi leur avantage par rapport à ceux du privé avec 1 160 passages pour un infirmier à temps plein, contre 1 480 dans le privé sous DG et 1 960 dans le privé hors dotation globale.

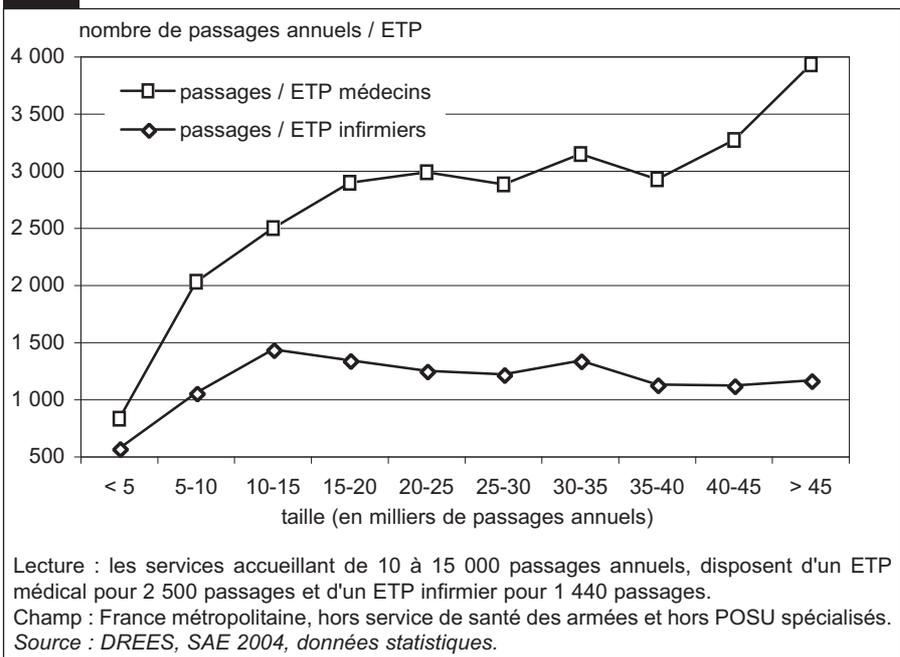
Mais globalement, la taille des unités d'urgences n'intervient pas de la même façon que pour les médecins : si les plus petites unités, comprenant moins de 10 000 passages annuels (hors POSU très spécialisés), restent les mieux dotées avec 1 040 passages par ETP infirmier, il n'y a guère de différence entre ces unités et celles qui accueillent jusqu'à 35 000 passages, les moyens étant même légèrement supérieurs dans les unités les plus importantes, dépassant les 35 000 passages annuels. Dans les plus grandes unités, l'écart entre les moyens en personnel infirmier et médical s'est ainsi accru en 2004 (graphique 7).

Ce constat global ne vaut cependant pas pour les établissements privés hors

G 06 nombre de passages annuels par ETP médical selon la taille du service et le secteur d'activité en 2004



G 07 nombre de passages annuels par ETP médical et infirmier, selon la taille du service en 2004



dotation globale où le nombre de passages aux urgences par infirmier à temps plein passe quasiment du simple au triple entre les petites unités (moins de 10 000 passages annuels) et les grandes (plus de 20 000). Comme pour les moyens en personnel médical, l'écart avec le secteur sous DG (public et privé) s'accroît ainsi fortement avec la

taille des unités (graphique 8). Ces différences peuvent toutefois s'expliquer par l'existence d'effets de seuil important un effectif minimal à une équipe pour pouvoir fonctionner, indépendamment du nombre de patients à traiter. De ce fait, les unités accueillant peu de patients apparaissent mécaniquement plus favorisées que les autres.

La part du personnel non infirmier aux urgences est plus importante dans les services de grande taille

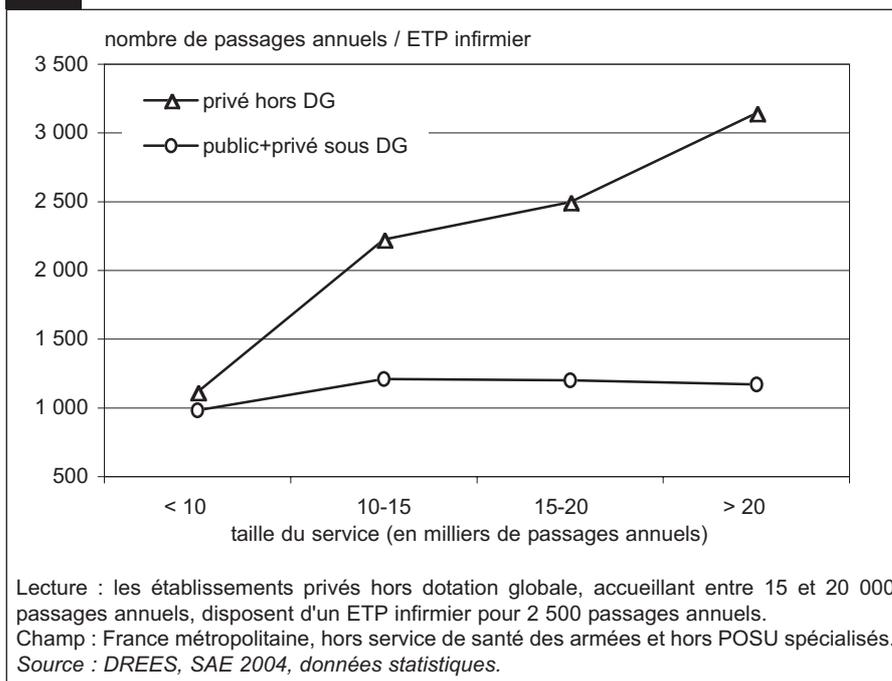
Seules 35 % des unités d'urgences déclarent disposer d'assistants de service social. Cette part varie très fortement avec la taille du service passant de 20 % pour ceux réalisant 10 000 à 20 000 passages annuels, à 66 % pour ceux comptant plus de 40 000 passages par an.

Globalement, 288 assistants de service social participent à l'activité des services d'urgences, représentant 204 ETP, soit en moyenne un « assistant à temps plein » pour 33 000 passages annuels dans les services qui en sont dotés.

Enfin, 9 % des unités d'urgences ont indiqué ne disposer d'aucun autre type de personnel en dehors des médecins, infirmiers et assistants de service social. Cette part est nettement plus élevée (28 %) dans les très petites unités (de moins de 5 000 passages annuels), et beaucoup plus faible (4,6 %) dans les très grandes (de plus de 40 000 passages annuels). En 2004, on estime au total à 10 500 l'effectif de ces autres personnels, aides soignantes, agents de service hospitalier et secrétaires notamment,

G
• 08

nombre de passages annuels par ETP infirmier selon la taille du service et le secteur d'activité en 2004



affectés aux services d'urgences. Ils représentent 9 500 ETP, soit environ 80 % des ETP infirmiers. Cette proportion est très variable selon le type de service. Si dans les POSU spécialisés elle n'est que de 50 %, elle varie de

66 % dans les unités qui comptent moins de 10 000 passages annuels à 86 % dans celles qui dépassent les 20 000, pour atteindre 94 % dans les plus grandes unités (de plus de 45 000 passages annuels).