

Structure des urgences

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce questionnaire porte sur l'organisation de la médecine d'urgence. Celle-ci se décline selon les trois modalités prévues pour l'autorisation (Article R6123-1 du Code de la Santé publique dernièrement modifié par les arrêtés n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 et n° 2023-1376 du 29 décembre 2023) :

1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU) mentionné à l'article L.6112-5 et service d'accès aux soins (SAS) mentionné à l'article L. 6311-3 du décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 ;

2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique (activité qui fait l'objet du bordereau SMURSAMU) ;

→ Ces modalités sont l'objet d'un autre bordereau, le bordereau SMURSAMU (et du bordereau PCAMEDURG pour leur personnel).

3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences générales, dans la structure des urgences pédiatriques ou dans la structure des antennes de médecine d'urgence.

→ Ces structures sont l'objet du présent bordereau (et du bordereau PCAMEDURG pour leur personnel).

Les objectifs de ce questionnement sont :

- Rendre compte de l'accès de la population d'un territoire aux structures des urgences à travers la description géolocalisée de leurs différentes composantes.

- Mesurer l'activité des structures des urgences (sans tenir compte des admissions directes dans les services).

Les données d'activité correspondant aux informations pour l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont obtenues à partir des données du PMSI de l'établissement.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée d'urgences générales ou pédiatriques ou d'antenne de médecine d'urgence. Les établissements n'ayant pas d'autorisation de soins de médecine d'urgence ou ne pratiquant pas l'accueil sans rendez-vous de tous les patients adultes (respectivement enfants pour les autorisations d'urgences pédiatriques), mais ayant des accueils d'urgences spécialisées (par exemple uniquement en ophtalmologie, en psychiatrie, etc.) ou assurant l'accès direct à un plateau technique spécialisé (comme SOS mains), ne doivent pas répondre à ce bordereau. **Le périmètre de l'enquête SAE correspond donc à l'activité des structures des urgences autorisées uniquement.**

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A16 du bordereau FILTRE (structure autorisée des urgences).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence

Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins

Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

Circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 – art.179.

Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires

Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014.

Instruction N° DGOS/R1/R2/2017/286 du 2 octobre 2017 relative à la fiabilisation de l'enregistrement des structures des urgences dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS.

NOUVEAUTES SAE 2025

Une question sur l'accessibilité du temps d'attente actualisé en temps réel pour les patients, par exemple via son affichage en salle d'attente ou sur Internet, est ajoutée pour les structures d'urgences générales autorisées ainsi que pour les antennes de médecine d'urgence.

TYPE D'AUTORISATION DÉTENUE

Cases A1 à A4 et A40 : Données pré-remplies à partir des informations disponibles dans le système de gestion des autorisations des établissements de santé (SI Autorisations), renseigné par les ARS. Ces autorisations font référence aux conditions techniques de fonctionnement pour l'activité des urgences définies dans le décret 2006-577 (ancien régime des autorisations) ou dans les décrets n°2023-1374 et n°2023-1376 du 29 décembre 2023 (nouveau régime des autorisations). Ces cases sont pré-remplies mais modifiables.

Le type d'autorisation détermine le bloc activité à renseigner : urgences générales (**cases A2 et A3**) ou urgences pédiatriques (**case A4**) ou antenne de médecine d'urgence (**case A40**). Si l'établissement n'est autorisé qu'en urgences générales, renseigner l'ensemble de l'activité (y compris les prises en charge des enfants) dans la partie « Structure des urgences générales ».

En cas de modification de l'autorisation de médecine d'urgence en cours d'année, **préciser dans les cases A1 - A4 et A40 toutes les types d'autorisations de structure des urgences détenues au moins un jour de l'année.**

Par exemple, si le site disposait d'une structure des urgences générales en début d'année, mais qu'il a ensuite perdu cette autorisation, répondre 'oui' en A1 et A2 ; **pour donner un second exemple** : si le site disposait d'une structure des urgences autorisée « générales » en début d'année, mais qu'il n'a ensuite plus eu qu'une autorisation d'antenne de médecine d'urgence, répondre 'oui' en A1, A2, et en A40.).

Pour faciliter la validation, il est recommandé dans ces cas de préciser en commentaires à quelle date a eu lieu le changement.

Cases A41 et A42 : Dans le cas d'une antenne de médecine d'urgence, l'établissement est interrogé sur l'antériorité de son autorisation s'agissait-il précédemment la même année d'une structure des urgences (case **A64**).

Informations complémentaires

Case A11 : Compte tenu de la part non négligeable des personnes âgées dans les passages aux urgences et des problèmes spécifiques d'aval qu'elles posent, il s'agit d'abord d'identifier les structures qui bénéficient de l'intervention de compétences spécialisées sous la forme d'une équipe mobile de gériatrie (EMG), y compris venant d'un établissement différent.

Cases A43 et A44 : Réorientation des patients (lors du tri IOA/MAO) L'objectif est d'identifier si la fonction de réorientation des patients vers la médecine de ville lors du tri IOA/MAO (IOA : Infirmier organisateur de l'accueil, parfois aussi dénommé IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation; MAO : Médecin d'accueil et d'orientation) est mise en œuvre, toute ou partie de la journée, par la structure, en plus de l'enregistrement administratif. Cette réorientation vers la médecine de ville peut être mise en œuvre par une sollicitation du SAS par l'établissement (cette sollicitation du SAS pour la

réorientation est différente de la régulation éventuelle de l'accès à la structure des urgences) ou par une réorientation mise en œuvre en direct par l'établissement. Elle fait l'objet [d'un guide méthodologique](#) de la DGOS.

Si oui, il est alors demandé si cette fonction est remplie par un médecin, par un infirmier DE (IOA), ou par un médecin et un infirmier DE, conjointement ou à tour de rôle (IOA et Médecin).

Case A45 : Il s'agit d'identifier les établissements qui disposent d'un outil pour anticiper les besoins en lits pour des patients des urgences ; par exemple le Besoin Journalier Minimal en Lits (BJML) mentionné par la [circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019](#).

ACTIVITÉ DE LA STRUCTURE DES URGENCES GÉNÉRALES

Il s'agit ici de rassembler les données relatives à la structure des urgences. Par contre, les admissions directes dans les services sans passage par les urgences ne sont pas concernées et ne doivent pas être incluses, du fait qu'il ne s'agit pas de passages mobilisant le personnel de la structure des urgences. Si l'établissement n'est autorisé qu'en urgences générales, renseigner l'ensemble de l'activité (y compris les prises en charge des enfants) dans cette partie.

Case A46 : L'objectif est d'identifier ici si une régulation de l'accès aux urgences générales (i.e. pas d'accès libre et direct des patients, par exemple régulation préalable de l'entrée par appel au SAMU/SAS) est mise en œuvre par la structure, et à quelle fréquence. 'Oui, tout le temps' correspond à une régulation préalable 24h/24 et 7j/7. 'Oui, une partie du temps' correspond à une régulation régulière sur certains créneaux ou à une régulation ponctuelle dans l'année.

Cases A16 et A17 : Soignant d'accueil et d'orientation (IOA et MAO).

L'objectif est d'identifier si la fonction d'accueil et d'orientation lors de l'arrivée du patient dans la structure est assurée, toute ou partie de la journée, par un soignant, en plus de l'enregistrement administratif. Si oui, il est alors demandé si cette fonction est remplie par un médecin (MAO), par un infirmier DE (IOA), ou par un médecin et un infirmier DE, conjointement ou à tour de rôle (IOA et MAO). L'IOA (infirmier organisateur de l'accueil) est parfois aussi dénommé IAO (infirmier d'accueil et d'orientation).

Cases A18 à E20 : Passages (total et orientation des patients qui sont hospitalisés en dehors des urgences).

Le nombre de passages aux urgences (**colonne A**) pour l'année inclut l'ensemble des arrivées ayant donné lieu à une mobilisation de ressources pour des soins. Il inclut donc tous les passages aux urgences générales ou pédiatriques ou en antennes de médecine d'urgence, y compris ceux ayant donné lieu à un séjour en UHCD.

Si le dossier d'un patient a seulement été enregistré, sans suite (le patient est reparti avant d'être vu par l'IOA ou le MAO), il ne faut pas le comptabiliser. Sont exclues également les prises en charge dans des structures non autorisées pour les urgences générales ou pédiatriques, ou spécialisées dans la prise en charge en urgence de certaines pathologies uniquement (mains, ophtalmologie, dentaire, psychiatrie etc.).

Pour les patients hospitalisés en dehors des urgences à la suite de leur passage aux urgences, il est demandé de répartir leur nombre selon le type de service d'hospitalisation :

- **Colonne B** lorsque le patient est hospitalisé en MCO, dans la même entité juridique, hors UHCD seules, c'est-à-dire avec retour à domicile au décours ;
- **Colonne C** lorsque le patient est hospitalisé en SMR, psychiatrie ou USLD, dans la même entité juridique ;
- **Colonne E** lorsque le patient est hospitalisé en HAD, dans la même entité juridique ;
- **Colonne D** lorsque le patient est hospitalisé dans une autre entité juridique.

En pratique, ces informations peuvent être estimées à partir du système d'information de l'établissement, notamment le RPU et le PMSI :

- La colonne B peut être approchée par les modes de sortie et destinations <6><1>, en retirant les passages en UHCD avec retour à domicile au décours, ou ayant conduit à une hospitalisation en SMR, psychiatrie, USLD ou HAD dans la même entité juridique, ou à une hospitalisation dans une autre entité juridique ;
- La colonne C peut être approchée par les modes de sortie et destinations <6><2>, <6><4> et <6><3> ; la colonne E par le mode de sortie et destination <8><6> ; la colonne D par le mode de sortie <7> quel que soit le code pour la destination. Pour chacune de ces 3 colonnes, il faut ajouter le nombre de passages ayant transité par l'UHCD.

Les admissions en UHCD avec retour à domicile au décours ne sont pas comptabilisées en colonne B. En revanche, l'admission en UHCD suivie d'une hospitalisation en MCO dans la même entité juridique doit être comptabilisée en colonne

B. Il en est de même en colonne C (ou respectivement colonne E ou D) pour les hospitalisations en psychiatrie, SMR ou USLD (ou respectivement en HAD ou dans une autre entité juridique) après une admission en UHCD.

Les mêmes questions sont posées (total des passages et orientation des patients hospitalisés) pour les patients âgés de plus de 80 ans et les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Case A21 : Nombre de lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Ne doivent pas être comptés les boxes destinés aux examens et aux soins (cf. organisation des locaux des urgences, décrite à article D.6124-22 du code de la santé publique (décret 2006-577)).

Case B21 : Nombre de journées-lits exploitables.

Le nombre de « journées-lits exploitables » sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans deux types de cas :

- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 45 jours ne fournira que 320 (ou 321) « journées-lits exploitables » dans l'année.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Cases C21 à E21 : Séjours avec au moins un passage dans l'unité médicale '07A'. Le nombre de journées correspond à celles effectuées au sein de l'unité médicale '07A'.

Cases A47 à A50 : Orientation possible des patients vers les filières spécialisées. L'objectif est ici d'identifier si la structure des urgences générales dispose de filières spécialisées : pédiatrie, psychiatrie, gériatrie ou autres afin d'orienter le cas échéant le patient, après admission et tri par l'IOA à la filière spécialisée qui lui correspond. Plusieurs choix sont possibles.

Case A22 : Suivi des temps d'attente et de passage, par exemple à partir du système d'information du service des urgences.

Case A65 : Indiquer ici si un temps d'attente actualisé en temps réel (avant d'être vu par l'IOA et/ou par un médecin) est communiqué aux usagers, que ce par exemple aux patients présents aux urgences ou sur le site Internet de l'établissement de santé. Le temps d'attente, actualisé en temps réel, correspond à l'attente (avant de voir l'IOA ou le MAO) que vont expérimenter les patients ce jour précis et à cette heure précise en arrivant à la structure des urgences et reflète donc notamment l'affluence au moment où il est affiché.

Case A23 : Revue de mortalité et morbidité (RMM). Indiquer si de telles réunions sont organisées par l'équipe médicale du service des urgences. Il s'agit d'indicateurs de qualité des pratiques organisationnelles mises en place dans les services.

ACTIVITÉ DE LA STRUCTURE DES URGENCES PÉDIATRIQUES

Les informations demandées sont globalement identiques à celles des urgences générales, cette fois pour les établissements autorisés en urgences pédiatriques. L'unité médicale prise en compte est typée en '07B' dans le recueil PMSI. Ne renseigner cette partie que si l'établissement a une autorisation en urgences pédiatriques.

Case A51 : L'objectif est d'identifier ici si une régulation de l'accès aux urgences générales (i.e. pas d'accès libre et direct des patients, par exemple régulation préalable de l'entrée par appel au SAMU/SAS) est mise en œuvre par la structure,

et à quelle fréquence. ‘Oui, tout le temps’ implique une régulation 24h/24 et 7j/7 de cette régulation préalable. ‘Oui, une partie du temps’ correspond tant à une régulation régulière sur certains créneaux qu'à une régulation ponctuelle dans l'année sur certains créneaux.

Cases A26 et A27 : Soignant d'accueil et d'orientation (IOA et MAO). L'objectif est d'identifier si la fonction d'accueil et d'orientation lors de l'arrivée du patient dans la structure est assurée, toute ou partie de la journée, par un soignant, en plus de l'enregistrement administratif. Si oui, il est alors demandé si cette fonction est remplie par un médecin (MAO), par un infirmier DE (IOA), ou par un médecin et un infirmier DE, conjointement ou à tour de rôle (IOA et MAO). L'IOA (infirmier organisateur de l'accueil) est parfois aussi dénommé IAO (infirmier d'accueil et d'orientation).

ACTIVITÉ DE L'ANTENNE DE MÉDECINE D'URGENCE

L'antenne de médecine d'urgence a pour objet de faciliter le maintien et/ou la création de points d'accès à une offre de médecine d'urgence. Cette structure non disponible à toute heure offre une plus grande souplesse dans la mise en place du maillage de l'offre de soins de médecine d'urgence, et permet de sécuriser les prises en charge en adaptant les ouvertures aux ressources humaines disponibles. Ne sont visées dans cette partie que les sites ayant bénéficié d'une autorisation d'antenne de médecine d'urgence (cadre du nouveau régime des autorisations d'urgence).

D'après l'article R. 6123-18, les horaires d'ouverture au public de l'antenne de médecine d'urgence couvrent une amplitude d'au moins douze heures de service continu, tous les jours de l'année. Durant les horaires de fermeture au public, l'établissement siège de l'antenne de médecine d'urgence met à disposition un dispositif permettant de joindre le service d'accès aux soins (SAS) mentionné au L. 6311-3 ou le service d'aide médicale urgente (SMUR) mentionné au 1° du R. 6123-1 ou un affichage invitant à composer le 15 afin de bénéficier d'une orientation adaptée.

Case A52 : Implantation SMUR/AMU. L'objectif est ici d'identifier si le site de l'antenne de médecine d'urgence a une implantation SMUR ou, si ce n'est pas le cas, si une dérogation est signée entre les deux parties.

Cases A53 et A54 : Convention entre l'antenne de médecine d'urgence et une structure des urgences H24. Répondre oui en **case A53** si une convention est signée entre l'antenne de MU et la structure des urgences H24 (SU H24). Décliner ainsi le Finess géographique de la SU H24 (**case A54**).

Cases A55 à C56 : Amplitude d'ouverture des antennes de médecine d'urgence. Est demandée l'amplitude horaire journalière moyenne de l'antenne de MU suivant différents cas de figure : en semaine ; les samedis ; les dimanches et jours fériés. Par exemple, si l'antenne ouvre en moyenne 14 heures les samedis, sélectionner 14 en **case B56**.

Case A57 : Régulation des accès à l'antenne de MU. L'objectif est d'identifier ici si une régulation de l'accès aux urgences générales (i.e. pas d'accès libre et direct des patients, par exemple régulation préalable de l'entrée par appel au SAS) est mise en œuvre par la structure, et à quelle fréquence. ‘Oui, tout le temps’ implique une régulation 24h/24 et 7j/7 de cette régulation préalable. ‘Oui, une partie du temps’ correspond tant à une régulation régulière sur certains créneaux qu'à une régulation ponctuelle dans l'année sur certains créneaux.

Cases A58 et A59 : Soignant d'accueil et d'orientation (IOA et MAO). L'objectif est ici d'identifier si la fonction d'accueil et d'orientation lors de l'arrivée du patient dans la structure est assurée, toute ou partie de la journée, par un soignant, en plus de l'enregistrement administratif. Si oui, il est alors demandé si cette fonction est remplie par un médecin (MAO), par un infirmier DE (IOA), ou par un médecin et un infirmier DE (IOA et MAO), conjointement ou à tour de rôle. L'IOA (infirmier organisateur de l'accueil) est parfois aussi dénommé IAO (infirmier d'accueil et d'orientation).

Cases A60 à C60 : Passages (total et orientation des patients hospitalisés en dehors des antennes de MU). Le nombre total de passages aux antennes de MU sur l'année (**case A60**) inclut l'ensemble des arrivées ayant donné lieu à une mobilisation de ressources pour des soins. Il inclut donc tous les passages aux antennes de MU, y compris ceux ayant donné lieu à un séjour en UHCD.

Si le dossier d'un patient a seulement été enregistré, sans suite (le patient est reparti avant d'être vu par l'IOA ou le MAO), il ne faut pas le comptabiliser. Sont exclues également les prises en charge dans des structures non autorisées pour les antennes de MU, ou spécialisées dans la prise en charge en antenne de MU de certaines pathologies uniquement (mains, ophtalmologie, dentaire, psychiatrie, etc.).

Pour les patients hospitalisés en dehors des antennes de MU à la suite de leur passage aux antennes de MU, il est demandé de répartir leur nombre selon le type de service d'hospitalisation :

- **Case B60** lorsque le patient est hospitalisé dans la même entité juridique quel que soit le mode de prise en charge ;
- **Case C60** lorsque le patient est transféré vers la structure des urgences avec laquelle l'antenne de MU est conventionnée.

Case A61 : Nombre de lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Ne doivent pas être comptés les boxes destinés aux examens et aux soins (cf. organisation des locaux des urgences, décrite à article D.6124-22 du code de la santé publique (décret 2006-577)).

Case B61 : Nombre de journées-lits exploitables.

Le nombre de « journées-lits exploitables » sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans deux types de cas :

- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 45 jours ne fournira que 320 (ou 321) « journées-lits exploitables » dans l'année.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Cases C61 à E61 : Séjours avec au moins un passage dans l'unité médicale '07C'. Le nombre de journées correspond à celles effectuées au sein de l'unité médicale '07C'.

Case A62 : Suivi des temps d'attente et de passage, par exemple à partir du système d'information de la structure des urgences.

Case A66 : Indiquer ici si un temps d'attente actualisé en temps réel (avant d'être vu par l'IOA et/ou par un médecin) est communiqué aux usagers, que ce par exemple aux patients présents aux urgences ou sur le site Internet de l'établissement de santé. Le temps d'attente, actualisé en temps réel, correspond à l'attente (avant de voir l'IOA ou le MAO) que vont expérimenter les patients ce jour précis et à cette heure précise en arrivant à la structure des urgences et reflète donc notamment l'affluence au moment où il est affiché.

Case A63 : Revue de mortalité et morbidité (RMM). Indiquer si de telles réunions sont organisées par l'équipe médicale de l'antenne de médecine d'urgence. Il s'agit d'indicateurs de qualité des pratiques organisationnelles mises en place dans les services.