

# LES ATTENTES AUX URGENCES : ENJEUX ET RÉALITÉS

*05 mai 2026*



1. Définitions
2. Certification, DREES
3. Tri aux urgences
4. Études
5. Facteurs influençant les délais d'attente
6. Communication sur les délais/ attentes
7. Saturation des urgences: les facteurs de risque
8. Les attentes et violences
9. Les indicateurs de l'attente
10. Les motifs de mise en attente
11. Les CI ou précautions à la mise en attente
12. Stratégie pour réduire les délais
13. Les indicateurs de surveillance
14. Les attentes et les contentieux
15. Bibliographie



- Délai d'attente

Le délai d'attente (*waiting time*) : temps écoulé entre l'arrivée du patient aux urgences (enregistrement ou triage) et la première évaluation clinique par un professionnel de santé.

= indicateur clé de l'accessibilité immédiate aux soins.

- Durée de séjour

La durée de séjour aux urgences (*Length of Stay*) : temps total passé dans le service, depuis l'arrivée jusqu'à la sortie (RAD, hospitalisation ou transfert).

- Boarding

Le terme *boarding* désigne la situation dans laquelle un patient nécessitant une hospitalisation reste aux urgences en attente d'un lit disponible dans un autre service.

= un des principaux facteurs d'allongement de la durée de séjour.

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

- Lors des visites dans les structures d'urgences vous devrez vous assurer que les droits des patients sont respectés aux différentes étapes et notamment :
  - Que le patient est informé des délais d'attente dès son arrivée ;
  - Que les soignants respectent l'intimité et la dignité du patient lors des soins ;
  - Une attention spécifique : sur la pec des personnes vivant avec un handicap ou les PA.
- Important d'évaluer quelle place les soignants accordent aux accompagnants lors de la pec de la personne soignée.

# Quels sont les droits du patient en termes d'information sur son temps d'attente prévu aux urgences ?

Le **patient a le droit d'être informé sur son temps d'attente prévu aux urgences.**

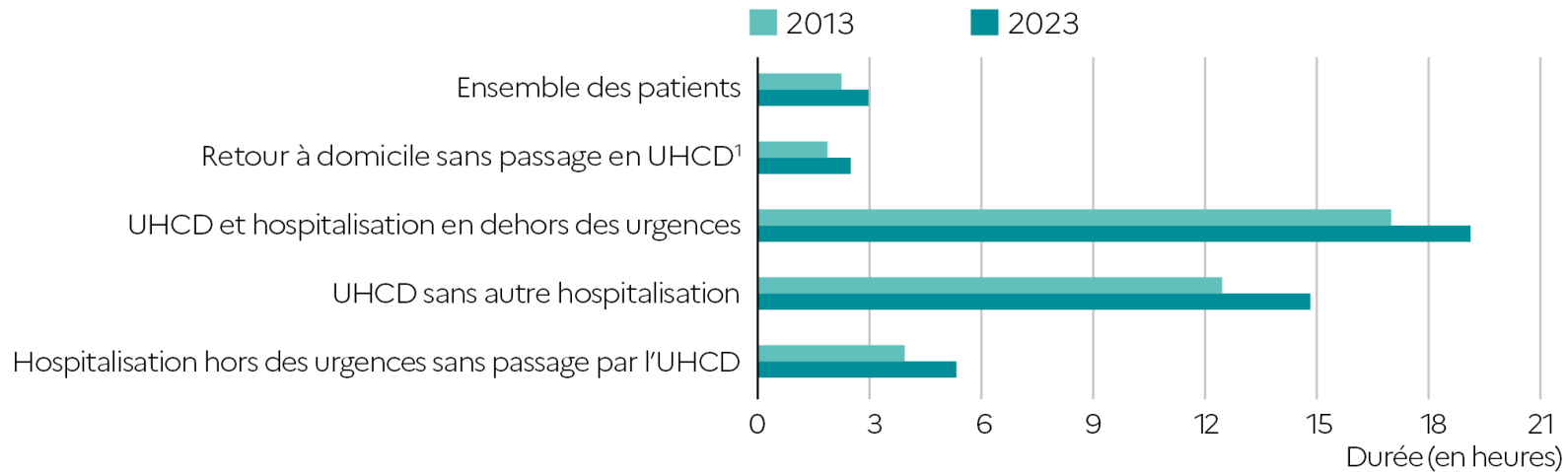
- Ce droit à l'information fait partie des garanties offertes par **la Charte du patient hospitalisé** et la **loi relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé.**
- Les ES doivent fournir **une estimation du temps d'attente,**  
bien que ce ne soit pas toujours précis en raison de la nature imprévisible des urgences.

- Pour un patient hospitalisé sur deux, l'obtention d'un lit prend moins de 15 minutes, mais pour un sur dix, plus de 6 heures



- La moitié des patients passent plus de 3 heures aux urgences, 45 minutes de plus qu'en 2013
- La durée de passage augmente quelle que soit la pathologie diagnostiquée à la sortie

## Durée médiane entre l'enregistrement et la sortie des urgences selon le parcours des patients



UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

1. Patients non hospitalisés, ni en UHCD ni en dehors du service des urgences.

**Lecture** > Entre le moment de l'enregistrement administratif et la sortie effective du service, la moitié des patients passent plus de 3 heures en 2023, contre 2 heures 15 en 2013 (UHCD comprise le cas échéant).

**Champ** > Patients passés dans une structure des urgences le 2<sup>e</sup> mardi de juin, hors patients réorientés vers une autre offre de soins. France, hors Mayotte.

**Source** > DREES, enquêtes Urgences 2013 et 2023.

> *Études et Résultats* n°1334 © DREES

# Baromètre de la Drees\* (1)

(719 centres urgences générales et pédiatriques entre 2013 et 2023)

8

- ✓ **Les durées de passage aux urgences** ont nettement augmenté en 10 ans.
- ✓ Elles se sont rallongées de 45 minutes en moyenne, malgré de grandes disparités selon l'âge des patients.
- ✓ **Un temps globalement rallongé aux urgences**
- ✓ **La durée de passage aux urgences augmente avec l'âge des patients**
- ✓ les enfants et les personnes âgées sont les populations les plus importantes qui se rendent aux urgences.  
Mais ce sont **les personnes de plus de 75 ans** qui sont particulièrement concernées par ces temps de passage longs.
- ✓ Plus d'un tiers d'entre elles (36 %) y sont restées **plus de 8 heures en 2023**, contre 15 % pour la population générale, et 3 % pour les enfants.
- Les patients âgés ont généralement besoin de **plus d'exams, de soins et de médicaments** que pour les plus jeunes.



\* DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

✓ La taille du service joue aussi dans les temps d'attente des patients.

➔ Plus la taille des urgences est grande, plus l'attente sera longue.



✓ La moitié des patients passent moins de deux heures dans les points d'accueil qui reçoivent 40 patients ou moins en 24 heures, contre 3h50 dans ceux avec plus de 120 passages.

✓ Moins de médecins de ville

✓ Moins de lits d'hospitalisation

# Comprendre le système de triage aux urgences

FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
<b>CARDIO-CIRCULATOIRE</b>								
Urgence cardiorespiratoire	1							
Hypertension artérielle	2	PAS ≤ 70 mmHg	PAS ≤ 90 mmHg ou PAS ≤ 100 mmHg et FC > 100/min			PAS 90 - 100 mmHg et FC ≤ 100/min		
Membre douloureux/ froid ou pâle/fischélie*	2		durée ≤ 24 h ou cyanose/déficit trochantier			durée ≥ 24 h		
Douleur thoracique/ syndrome coronaire aigu (SCA)*	3B	ECG anormal: typique de SCA	ECG anormal: non typique de SCA, douleur typique persistante/intense	ECG normal, comorbidité coronaire (antécédents, facteurs de risque)		ECG normal, mais douleur de type coronaire	ECG normal et douleur atypique	
Valaise	3B					Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie		
Tachycardie/tachyrythmie	3B	FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min			FC > 110/min	épisode résolutif	
Bradycardie/bradyrythmie	3B	FC ≤ 40/min	FC 40-50/min avec mauvaise tolérance			FC 40-50/min sans mauvaise tolérance		
Dyspnée/insuffisance cardiaque*	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/triage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%					
Dysfonction stimulateur/ défibrillateur cardiaque	3B		Choc(s) électrique(s) ressentis			avis référent (MAO, MCO)		
Œdème des membres inférieurs/ insuffisance cardiaque*	3B					FR < 30 /min SpO2 > 90%	OMI chronique	
Palpitations	4	FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min			malaise ou FC > 110/min		
Hypertension artérielle	4		PAS IOA ≥ 220 mmHg ou ≥ 180 mmHg et SF associés			PAS IOA ≥ 180 mmHg sans SF associés	PAS < 180 mmHg	
Membre douloureux/ chaud ou rouge/phlébite*	4					signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie	
<b>INFECTIOLOGIE</b>								
LES et/ou liquide biologique	4		sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures					exposition ≥ 48 h
fièvre	5		T° ≥ 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion/céphalée/purpura			mauvaise tolérance, hypotension ou shock index ≥ 1		
Exposition à une maladie contagieuse	5					avec risque vital de contagé (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contagé (rougeole, varicelle...)



Figure 3. Cinq niveaux pour le triage des patients aux urgences

Niveau		Minutes de sécurité avant FMC (premier contact médical)
1	Immédiat	0 min.
2	Très urgent	10 min.
3	Urgent	60 min.
4	Standard	120 min.
5	Non urgent	240 min.

- Les **urgences vitales** (traitées prioritairement),
- Les **urgences fonctionnelles** (non vitales mais qui nécessitent une intervention médicale ou chirurgicale rapide),
- Les **urgences ressenties** (dépendent de la douleur perçue par le patient et ou estimée par son entourage),
- Les **urgences sociales** (ce n'est pas une urgence médicale à proprement parler, mais nécessite une intervention et une réponse à un patient qui se trouve en situation difficile).

- **Titre de l'étude** : *No Bed Night*
- **Publication** : *JAMA Internal Medicine*, 6 novembre 2023 .
- **Contexte** : mené durant la période du 12 au 14 décembre 2022 dans **97 services d'urgences en France**, l'étude a inclus **1 598 patients de plus de 75 ans** hospitalisés après avoir passé une nuit sur un brancard en attente d'un lit.
- **Résultat principal** : passer une nuit sur un brancard aux urgences est associé à une **augmentation de près de 40 % du risque de mortalité hospitalière**, passant de **11,1 % à 15,7 %**
- **Patients les plus fragiles** : chez les personnes ayant une **autonomie limitée**, le risque de décès **double presque**
- **Impact potentiel** : l'étude estime que si tous les patients avaient été placés dans un lit avant la nuit, **3 % des décès auraient pu être évités**.
- **Recommandations** : cette surmortalité a conduit les auteurs à promouvoir l'objectif de "**zéro lits brancards aux urgences**, en particulier pour les patients de plus de 75 ans", considérée comme une **priorité de santé publique**.

- Début 2018,
- a lancé une opération pour que chaque service d'urgence **déclare chaque matin le nombre de patients restés sur des brancards la nuit** faute de lits d'hospitalisation.

- **Introduction**

- Le délai d'attente aux urgences pénalise les services d'urgences avec des boxes d'examens occupés en permanence et de files d'attente sur des brancards, source de dysfonctionnements multiples.

- **Matériel et méthodes**

- Etude unicentrique rétrospective réalisée sur 9 mois avec mise en place d'un protocole d'optimisation des filières de soins selon la méthode Lean. Analyse comparative des effets sur la durée moyenne de passage (DMP) au SAU (39800 visites/an) avant et après mise en place d'un Espace d'Attente Couchée (EAC) de 9 boxes, évaluation du temps de passage, du délai de prise en charge avant et après la mise en place du protocole.

- **Résultats**

- Réduction de 50% de la DMP après la mise en place du protocole : 3h36 vs 8h35. Diminution du DA avant prise en charge 9 mn vs 75 mn. Disparition de l'attente sur brancard au profit de l'EAC (taux d'occupation de 100 %).

- **Discussion**

- La création d'une EAC réservée aux patients en attente d'orientation permet de libérer en permanence les boxes d'examens. Elle nécessite une réorganisation complète d'un SAU et constitue à une solution efficace contre l'encombrement aux urgences. L'EAC nécessite un protocole de fonctionnement adapté à l'activité d'un service d'urgences.

- **Conclusions**

- La création d'un Espace d'Attente Couchée constitue une solution efficace contre l'encombrement aux urgences. Nous développons un projet d'Espace Attente Assise afin d'optimiser la prise en charge des patients valides.
- M. Guerrier, K. Maisonnier, C. Audoux, D. Poubel, S. Racine, K. Youssef, E. Revue -Service d'Accueil des Urgences SMUR, Hopital Louis Pasteur, Chartres, France

- Les délais d'attente aux urgences résultent de facteurs multiples et interconnectés.
- La disponibilité du personnel médical et infirmier,
- La capacité en lits d'hospitalisation,
- L'organisation interne des flux de patients et l'accès aux soins primaires jouent un rôle central.
- Le vieillissement de la population
- Et la PEC de patients présentant des pathologies complexes contribue également à l'allongement des durées de passage.
- Des études montrent qu'environ **30 à 50 % des consultations** aux urgences ne nécessitent pas de soins d'urgence et pourraient être prises en charge tout aussi efficacement en MG ou dans des CSNP.

### ✓ Les Facteurs Influant sur le Temps d'Attente

- Le nombre de patients présents dans la salle d'attente
- La gravité des cas à traiter en priorité
- Les procédures administratives préalables au traitement
- Les transporteurs : VSAV et ambulances
- Le plateau technique surchargé
- L'organisation du service



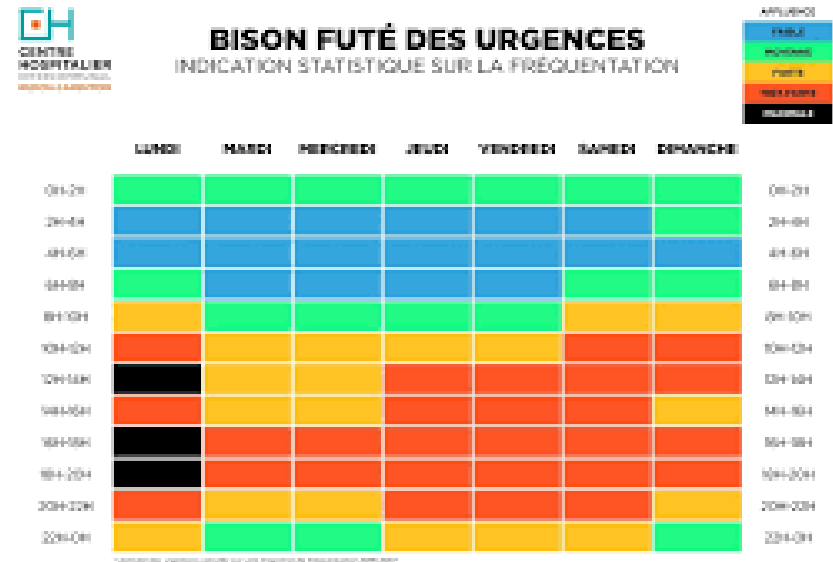
- **[On vous dit tout] Pourquoi j'attends aux urgences ?**
- En tant qu'usager, on s'est tous un jour posé cette question :  
"Pourquoi autant d'attente aux urgences" ? Explications.
- Publié le 04 mars 2020
- **Services :** [Urgences et post urgences pédiatriques, Urgence et Post-urgence psychiatrique, Médecine d'Urgence](#)

- Afflux important de patients :
  - bruit, promiscuité,
  - fatigue des équipes,
  - manque de lisibilité sur les délais réels de PEC.
- **L'attente prolongée** agit comme un catalyseur :
  - de violences verbales,
  - de menaces,
  - de violences physiques à l'encontre du personnel soignant.

- Dans plusieurs pays, **les signalements de violences aux urgences** : en augmentation,
- De nombreuses études et rapports institutionnels montrent que **les temps d'attente prolongés** augmentent : le niveau de stress, d'anxiété et d'incompréhension, créant un terrain propice aux comportements agressifs.
- Les professionnels identifient fréquemment **le temps d'attente** comme l'un des principaux déclencheurs ...  
au même titre que l'alcoolisation, les troubles psychiatriques ou la détresse sociale.
- La réduction des délais d'attente,
- L'amélioration de l'information délivrée aux patients,
- La visibilité des priorités médicales
- Et le renforcement des équipes sont aujourd'hui reconnus comme des leviers essentiels pour prévenir les violences et améliorer le climat au sein des services d'urgences.

# Les indicateurs de l'attente

- ✓ N passages, % hospitalisation, % passages + 75 ans, N CCMU 4-5
- ✓ LBE, N PRPV
- ✓ Durée médiane de séjour
- ✓ Zone d'attente
- ✓ Etat des lits d'aval , BJML
- ✓ HET
- ✓ Taille de l'ES, superficie
- ✓ Organisation
- ✓ Saisonnalité : été /hiver



- ✓ Attente examens
- ✓ Attente hospitalisations
- ✓ Attente ambulance ++ ou famille pour RAD (sortie)
- ✓ Attente avis spécialisé
- ✓ Attente de diagnostic
- ✓ Attente des thérapeutiques
- ✓ Libérer salle d'examen (flux patient)
- ✓ Problème organisationnel
- ✓ Autres motifs



- Etat dégradé ou signes de gravité
- Tentative de suicide
- Fragilité , handicap
- Pathologie aiguë évolutive
- CCMU 4-5
- Diagnostic non finalisé ou diagnostics trompeurs
- Soins en cours
- Agitation ou agressivité
- Conflit
- Contexte médico-légale
- Motif requérant anonymat ou surveillance
- Pathologies infectieuses contagieuses : grippe, Covid-19, BK ...
- Contexte



- ✓ Zone attente dédiée
- ✓ Couloir
- ✓ Attentes vues
- ✓ Attentes non vues
- ✓ Salle d'attente
- ✓ UHCD
- ✓ Attente en box
- ✓ Salon de sortie (cas de l'ordonnancement)
- ✓ Debout/ couché , fauteuil/ brancard



- Renforcer l'accès **aux soins primaires** (cabinet MG, MMG, CSNP, télémédecine) afin de limiter les passages non urgents +++
- **Optimiser le triage** et les **circuits rapides** pour les patients à faible gravité
- Réduire le **boarding** par une **meilleure coordination** avec les services d'hospitalisation
- Limiter les examens complémentaires au strict nécessaire
- Augmenter les ressources humaines et la capacité en lits
- Utiliser des indicateurs de performance et des outils de prévision de l'affluence (**IA et algorithmes**)
- Sensibiliser sur l'utilisation appropriée des urgences vs soins primaires.

Estimation des délais d'attente moyens	
Circuit COURT	44 min
Circuit TRAUMATOLOGIE	30 min
Circuit LONG	25 min

**Informations utiles :**  
Ces estimations sont calculées sur la base des délais d'attente constatés ce jour entre 10 et 11 h.  
L'ordre de prise en charge des patients dépendra de leur niveau de gravité.  
En cas d'afflux soudain de patients, ces estimations ne seront pas fiables.

- ✓ Surveillance de visu
- ✓ Surveillance clinique et paramètres vitaux, prescription, modalités
- ✓ Soignant dédié : IDE ? AS ?
- ✓ Médecin référent
- ✓ Les soins
- ✓ Confort des patients
- ✓ Communication
- ✓ Confidentialité , bien être,
- ✓ Secret médical +++

- ✓ Non respect secret médical
- ✓ Fugues, sortie CAM
- ✓ Responsabilité médicale
- ✓ Promiscuité
- ✓ Maltraitance
- ✓ Erreurs : médicale, d'orientation, de personnes, de soins
- ✓ Oubli
- ✓ Aggravation potentielle de l'état de santé ou altération de l'état du patient
- ✓ Douleur non soulagée
- ✓ Maladie infectieuse /contagiosité
- ✓ Stress et anxiété
- ✓ Sentiment d'abandon
- ✓ Absence d'intimité
- ✓ Accès limité à l'eau, la nourriture , les toilettes
- ✓ inconforts pour patients et accompagnants
- ✓ Bruit et agitation

- **Douleur non soulagée** : attente prolongée avant la pec ou l'administration d'antalgiques.
- **Aggravation potentielle de l'état de santé** : risque de décompensation ou de complications en cas de retard.
- **Manque de surveillance clinique** : patients en salle d'attente parfois non monitorés, donc détérioration non détectée.
- **Risque infectieux** : proximité avec d'autres malades, notamment contagieux.

- Non respect secret médical
- Fugues, sortie CAM
- Responsabilité médicale
- Promiscuité
- Maltraitance
- Erreurs : médicale, d'orientation, de personnes, de soins
- Oubli
- Aggravation potentielle de l'état de santé ou altération de l'état du patient

- **Stress et anxiété** : incertitude sur le délai, la gravité de leur état, ou le diagnostic.
- **Sentiment d'abandon** : impression de ne pas être pris en compte ou écouté.
- **Fatigue, agitation, détresse émotionnelle** : surtout en cas d'attente prolongée ou de situations familiales urgentes.

- **Manque d'information** : absence de communication sur les délais ou les étapes de la prise en charge.
- **Attente dans des conditions difficiles** : inconfort des chaises, manque d'espace, bruit, chaleur ou froid, y compris pour les accompagnants
- **Absence d'intimité** : discussions médicales parfois entendues par d'autres patients.
- **Accès limité à l'eau, la nourriture, les toilettes.**
- Bruit

- **Difficulté pour les accompagnants** : manque de places assises, attente longue, absence d'accompagnement psychologique.
- **Isolement des patients seuls** : personnes âgées, fragiles ou en difficulté de communication.
- **Inégalités de PEC** : barrières linguistiques ou sociales qui compliquent la communication avec le personnel.

- **Surcharge des services** : entraînant une priorisation par triage parfois mal comprise par les patients.
- **Délais d'orientation** : attente de lits d'hospitalisation en aval, ce qui bloque la fluidité.
- **Mauvaise compréhension du système** : confusion entre urgence vitale et recours aux urgences faute de médecin disponible.

Mars 2022, un homme décède aux urgences d'une hémorragie digestive après avoir attendu une douzaine d'heures pour être pris en charge au CHRU de Strasbourg.

*lemessenger.fr, « Il meurt aux urgences après plus de 20 heures d'attente sur un brancard », 14/09/22*

Août 2022, un octogénaire aurait attendu sur un brancard pendant près de 22 heures sans être pris en charge. Il a été retrouvé mort le lendemain lors d'un changement d'équipe aux urgences de Strasbourg.

*topsante.com, « 20 heures d'attente aux Urgences : un patient décède sur un brancard », 19/09/22*

Début septembre, Madame Riffaud Madeleine, âgée de 98 ans et aveugle, a passé 24 h sur le même brancard seule sans rien manger, sans moyen de communication aux urgences de l'Hôpital Lariboisière de Paris.

*lequotidiendumedecin.fr, « L'AP-HP réfute un défaut de prise en charge de Madeleine Riffaud, ancienne journaliste et résistante, dont le témoignage accablant a fait réagir », 21/09/22*

- ✓ Respecter les indications et CI (décision médicale)
- ✓ Protocole et procédure de service
- ✓ Équipe ou référent dédié aux attentes : relève ++
- ✓ Prescriptions
- ✓ Logiciel métier
- ✓ Surveillance des paramètres vitaux : modalités et fréquence , systématisée
- ✓ Identification des patients
- ✓ Communication
- ✓ Confort des patients et familles
- ✓ Vigilance pour les PA

- **Pines JM et al. (2008)** — *The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients*  
→ Montre que l'encombrement des urgences est associé à une baisse de satisfaction des patients hospitalisés.
- **Spechbach H et al. (2019)** — *Patients' time perception in the waiting room of an ambulatory emergency unit*  
→ Étudie la perception subjective du temps d'attente aux urgences et son impact sur la satisfaction
- **Viotti S et al. (2020)** — *The Buffering Effect of Humanity of Care in the Relationship between Patient Satisfaction and Waiting Time*  
→ Montre que la qualité relationnelle et humaine des soins peut atténuer l'effet négatif des longues attentes.
- **Boudreaux ED et al. (2004)** — *Emergency department patient satisfaction: examining the role of acuity*  
→ Analyse la relation entre gravité des cas et satisfaction des patients aux urgences.
- **Mentzoni I et al. (2019)** — *Emergency department crowding and length of stay before and after an increased catchment area*  
→ Travaille sur l'allongement des durées de séjour et l'impact des restructurations hospitalières.
- **DREES / Enquête Urgences 2023 (2025)** — *Évolution des parcours et des temps de passage des patients aux urgences*  
→ Données nationales françaises sur les durées de passage, les parcours patients et l'évolution sur 10 ans.
- **Réanimation Urgences (2000)** — *L'évaluation de la satisfaction des patients des services d'urgences est-elle possible ?*  
→ Article français historique sur la mesure de la satisfaction aux urgences, incluant les dimensions d'attente et de communication
- **Vural O et al. (2025)** — *An Artificial Intelligence-Based Framework for Predicting Emergency Department Overcrowding*  
→ Utilisation de l'IA pour prédire les files d'attente et anticiper l'engorgement
- **Parnass G et al. (2023)** — *Mitigating Emergency Department Crowding With Stochastic Population Models*  
→ Modélisation mathématique de l'encombrement des urgences.





Groupement de Coopération Sanitaire  
**Réseau des Urgences**  
de Bourgogne-Franche-Comté  
**RUBFC**

**MERCI DE VOTRE ATTENTION !**