



### CONTEXTE NATIONAL

L'organisation de la prise en charge médicale des urgences en France repose sur un large réseau d'intervenants. Médecins, infirmiers, cadres de santé et bien d'autres professionnels œuvrent au sein des services de régulation téléphonique, des services d'urgences, des SMUR afin d'orienter et traiter les patients. Des services de transports urgents aériens, terrestres ou maritimes concourent également à la prise en charge de ces derniers. En moyenne, un français sur quatre passe par les urgences une fois dans l'année, soit un recours de plus en plus important (le nombre de passages aux urgences hospitalières a plus que doublé en vingt ans). Selon les dernières études réalisées par la DREES, la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients. Dans 20 % des cas, ce recours aux services d'urgences donnera lieu à une hospitalisation. Les nourrissons et les personnes âgées de plus de 75 ans sont les populations qui ont le plus recours aux services d'urgences et les lésions traumatiques constituent la principale cause de venue aux urgences (notamment chez les plus jeunes).

En amont des services d'urgence, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) vise à prendre en charge des soins non programmés ne relevant pas d'une urgence vitale pendant les périodes de fermeture des cabinets médicaux. Son organisation a été profondément modifiée en 2003 suite à un mouvement de refus du service de gardes par les médecins libéraux. Alors qu'auparavant, elle relevait d'une obligation individuelle de chaque médecin d'assurer la continuité des soins à sa patientèle, le décret du 15 septembre 2003 l'inscrit comme une « obligation collective reposant sur le volontariat individuel des médecins ». La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a confié aux agences régionales de santé la responsabilité de l'organisation et du financement de la mission de PDSA. Elles travaillent depuis à veiller à un fonctionnement cohérent des deux structures de régulation (Samu/médecine libérale), favoriser le développement des points fixes de garde (du type maisons médicales de garde) et encourager le relais des services d'urgences en « nuit profonde » (de minuit à 8h).

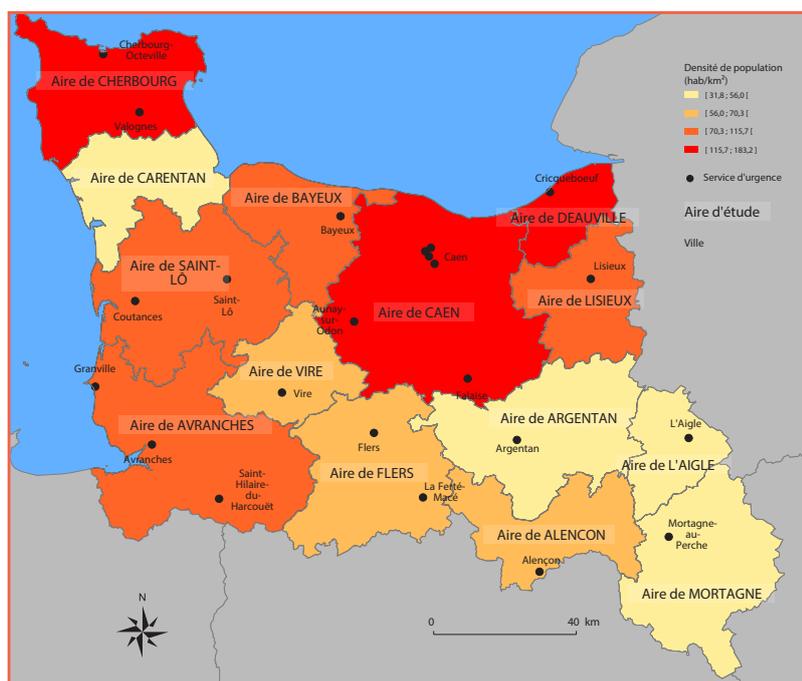
Enfin, diverses études se sont intéressées aux motivations des patients qui se rendent aux urgences. Près de 70 % des patients s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone. Les trois facteurs les plus souvent cités sont la proximité de l'établissement, le sentiment de gravité ou d'urgence, et le besoin d'un plateau technique spécialisé. Il existe une méconnaissance des alternatives aux urgences. De nombreux patients ignorent par exemple qu'il est possible d'obtenir une radiographie sans ordonnance. Ils ne savent pas si des gardes sont assurées à proximité de chez eux, ni comment en avoir connaissance.

### LES SERVICES RÉGIONAUX D'URGENCES HOSPITALIÈRES

Les services d'urgences des établissements de santé sont au nombre de 23 en Basse-Normandie, soit 10 dans le département du Calvados (dont 3 adossés à une clinique privée), 7 dans la Manche et 6 dans l'Orne. Deux services d'urgences pédiatriques sont rattachés au CHU de Caen et au CH de Lisieux. Depuis le 6 août 2015, le service des urgences de Valognes est temporairement fermé faute d'effectif médical suffisant. Une antenne du SMUR est toutefois assurée.

#### Encart méthodologique 1: SROS

Le Schéma régional d'organisation des soins est l'outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé. Il a pour objectif « de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de la population et qu'elle garantisse l'amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités d'accès aux soins » (selon le ministère). Il contient un volet dédié aux urgences.



Source : ARS-Direction de la performance, SROS (31/03/2015) (cf. encart méthodologique 1)

ORS de Basse-Normandie - Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

\* Grille de lecture : 183 personnes par mètre carré sont recensées dans l'Aire d'étude de Caen (cf. encart méthodologique 2) contre 32 dans celle de Mortagne.

Les activités de l'ORS sont soutenues par le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie et le Conseil Général de l'Orne.



## Un taux de recours aux urgences hospitalières plus fréquent en Basse-Normandie

Le nombre de recours urgents et non-programmés a atteint 528 699 pour l'année 2014. Cela se traduit par un taux de passages aux urgences de 356 en Basse-Normandie (nombre de passages pour 1000 habitants), soit un taux supérieur à celui observé en France métropolitaine (301 p. 1 000). Au plan départemental, l'Orne présente le taux de recours le plus élevé (413) suivi du Calvados (363) et de la Manche (319).

Un quart des passages recensés dans les services d'urgences du Calvados ont eu lieu au CHU de Caen (plus de 52 600 passages hors urgences pédiatriques). Viennent ensuite le Centre Hospitalier de Lisieux et la Clinique privée Saint-Martin, avec respectivement 13% et 12% des passages aux urgences du département.

Dans la Manche, les passages les plus nombreux sont enregistrés au Centre Hospitalier Public du Cotentin (Site de Cherbourg-Octeville) et au Centre Hospitalier Mémorial France Etats-Unis de Saint-Lô (avec respectivement 29% et 26% des passages du département).

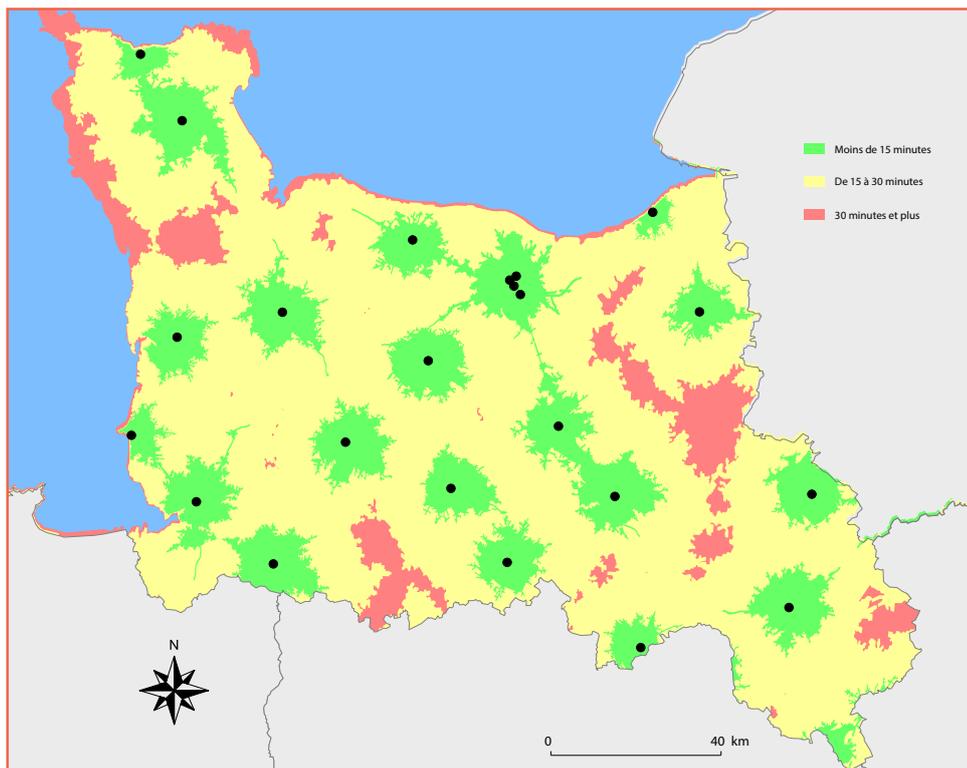
Dans l'Orne, deux services comptabilisent également plus de la moitié des passages aux urgences, à savoir le Centre Hospitalier d'Alençon-Mamers et celui de Flers (avec respectivement 29% et 27% des passages).

## Temps d'accès moyen à un service d'urgences

En tenant compte des établissements implantés dans les départements limitrophes, 50% des Bas-Normands sont domiciliés à moins de 15 minutes d'un service d'urgences, 44% entre 15 et 30 minutes et 4% à plus de 30 minutes. Plus précisément, 6% des Ornais, 5% des Manchois et 2% des Calvadosiens.

Au cas où le service d'urgences de Valognes resterait fermé, la proportion de personnes domiciliées à 30 minutes ou plus d'un service atteindrait 6,4% (dont 66% de Manchois). Ainsi, 12% des habitants du département de la Manche seraient dans cette situation.

Temps de parcours estimés des Bas-Normands pour accéder à un service d'urgences implantés en Basse-Normandie ou dans les départements limitrophes



Source : ARS-Direction de la performance / SROS (31/03/2015), Insee-RP2012 ORS de Basse-Normandie - Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

## Zoom sur les patients accueillis aux urgences en Basse-Normandie (enquête Drees Juin 2013)

### Arrivé aux urgences

Le public accueilli aux urgences est pris en charge par un service de son département de domiciliation dans 91% des situations (vs 87% en France métropolitaine). Dans un peu plus d'une situation sur 2, le patient est arrivé par ses propres moyens ou ceux de l'accompagnant concernant les mineurs (53% vs 51% en France métropolitaine).

Un tiers des patients interrogés ont entrepris des démarches relatives à leur état de santé durant les 24 heures précédant leur venue dans un service d'urgences. Lorsqu'ils ont fait ces démarches :

- 66% des patients ont consulté ou appelé un médecin ou un pharmacien (68% en France métropolitaine),
- 11% des patients ont contacté le SAMU, les pompiers ou un autre numéro d'appel (16% en France métropolitaine),

Tous patients confondus, 48% ont décidé par eux-mêmes de se rendre aux urgences ; les autres l'ont fait suite au conseil de leur médecin (18%), d'un autre médecin (7%), des pompiers (7%), du SAMU (7%), d'un pharmacien (1%). Pour 21 % des bas-normands enquêtés, venir aux urgences était un second choix par défaut. Le recours aux urgences en deuxième choix (ou par défaut) décrit les situations où le patient s'adresse aux urgences en raison de la difficulté ou de l'impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins. La même proportion est observée au plan national.

### Profil des patients accueillis aux urgences

Le public accueilli aux urgences se compose de 52% d'hommes et 48% de femmes, soit un sex ratio similaire à celui observé en France métropolitaine. Un patient sur 5 est âgé de moins de 18 ans et un sur 8 est âgé de plus de 80 ans. La plus forte proportion de jeunes patients dans le Calvados (27,6% de moins de 18 ans) s'explique probablement par la présence du service d'urgences pédiatriques de Caen.

### Motifs de recours aux urgences

La traumatologie motive 37% des recours aux urgences en Basse-Normandie. Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires et gastro-entérologiques (respectivement 9%).

Toutefois, les motifs de recours aux urgences sont très variables selon l'âge du patient. Si la traumatologie reste, en France métropolitaine, le principal motif de venue aux urgences quel que soit l'âge, en Basse-Normandie, les pathologies cardiologiques et vasculaires motivent plus fréquemment le recours aux urgences entre 65 et 85 ans.

### Taux d'hospitalisation des patients venus aux urgences

Un quart des admissions en service d'urgence en Basse-Normandie ont conduit à une hospitalisation, soit une proportion supérieure à celle observée au plan national (25% vs 22%). Cet écart peut s'expliquer par la répartition des motifs de recours en région, notamment le poids important des maladies cardio-vasculaires. En effet, pour certaines affections, comme les maladies cardio-vasculaires, la part d'hospitalisation est plus élevée.

## LES DISPOSITIFS TERRITORIAUX

### Activité de régulation des SAMU (Services d'aide médicale d'urgence) ou centre 15

La Basse-Normandie dispose d'un SAMU par département (à Caen, Saint-Lô et Alençon). Le SAMU reçoit les appels qui émanent de la population, des services de secours ou des médecins : il leur donne suite en provoquant la mise en œuvre des moyens de secours et de soins appropriés et peut aussi donner des conseils médicaux.

Le nombre d'appels décrochés, soit 571 627 en 2014, a donné lieu à une régulation médicale dans 45% des cas (avec de fortes disparités selon le département). Le taux d'appels ayant fait l'objet d'une régulation médicale (« le taux d'affaires ») s'établit à 171 pour 1000 habitants, soit un taux nettement inférieur au plan national (214 p. l 000). Il apparaît particulièrement élevé dans le département de l'Orne et plus faible dans la Manche.

### Activité de régulation des SAMU en 2014

	Nombre d'appels décrochés	Nombre d'affaires*	Pourcentage d'affaires	Taux d'affaires pour 1000 hab**
Calvados	216 223	129 781	60%	189
Manche	76 057	50 702	67%	102
Orne	279 347	74 058	27%	255
Basse-Normandie	571 627	254 541	45%	172
France métropolitaine	21 273 324	13 558 374	64%	214

Source : SAE 2014, Insee - Exploitation ORS

\*Affaire : appel ayant donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical, c'est-à-dire un appel correspondant à une demande clairement identifiée comme étant de nature médicale.

\*\*Taux d'affaires : nombre d'affaires traitées et ayant fait l'objet d'une régulation médicale au cours de l'année n, rapporté à la population totale au 1er janvier de l'année n+1 (ou dernier recensement disponible lors du calcul), multiplié par 1000.

### Zoom sur la communication bas-normande sur le centre 15

Face au constat d'une faible utilisation du numéro 15 dans la région, la Conférence régionale de santé (CRSA) et l'ARS ont organisé en 2014 une campagne de communication : création d'une identité visuelle, organisation d'une campagne de terrain (« Raod trip en Basse-Normandie »), une campagne média, une campagne relayée par les partenaires par voie d'affichage), opération « sacs à pain ».



[www.le15basse-normandie.fr](http://www.le15basse-normandie.fr)

### Activité des SMUR (Services mobiles d'urgence et de réanimation)

Les SMUR sont rattachés aux établissements publics de santé : ils sont au nombre de 6 dans le Calvados (seul le CH d'Aunay-sur-Odon ne dispose pas d'un SMUR), de 7 dans la Manche et de 6 dans l'Orne auxquels s'ajoute une antenne localisée à Domfront. Un SMUR pédiatrique est également rattaché au CHU de Caen.

### Activité des SMUR en 2014

	Sorties primaires (y compris maritime)		Sorties secondaires		Ensemble des sorties	
	Nombre	Taux de sorties pour 1000 hab	Nombre	Taux de sorties pour 1000 hab	Nombre	Taux de sorties pour 1000 hab
Calvados	4 370	6,4	1 273	1,9	5 643	8,2
Manche	3 484	7,0	1 326	2,7	4 810	9,6
Orne	4 471	15,4	1 363	4,7	5 834	20,1
Basse-Normandie	12 325	8,3	3 962	2,7	16 287	11,0
France métropolitaine	558 530	8,8	161 076	2,5	719 606	11,4

Source : SAE 2014, Insee - Exploitation ORS

Taux de sorties pour 1000 habitants : Nombre de dossiers traités au cours de l'année n, rapporté à la population totale au 1er janvier de l'année n+1 (ou dernier recensement disponible lors du calcul), multiplié par 1000.

Les SMUR ont réalisé 16 287 sorties en 2014, soit 36% dans l'Orne, 35% dans le Calvados et 29% dans la Manche. Ces sorties pour assurer la médicalisation précoce sur les lieux de détresse correspondent pour trois-quart à des sorties primaires et 1/4 à des sorties secondaires. On distingue en effet :

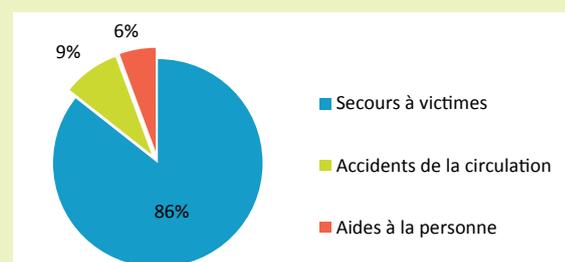
- les sorties primaires, qui consistent en l'intervention d'une équipe hospitalière en vue d'assurer la prise en charge d'un patient hors d'un établissement de santé et le cas échéant, son transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins,
- les sorties secondaires, qui consistent à assurer le transfert d'un patient d'un établissement de santé vers un autre, avec une surveillance médicale assurée par une équipe hospitalière médicalisée pendant le temps de trajet.

L'analyse des sorties rapportées au nombre d'habitants met en évidence un taux de sortie nettement plus important dans l'Orne (20,1 contre 9,6 dans la Manche et 8,2 dans le Calvados), tant sur les sorties primaires que secondaires.

### Activité des sapeurs pompiers

Les sapeurs-pompiers exercent principalement une activité sanitaire : au plan national, cela représente 81% de leur activité (complétée par 7% d'interventions pour incendie, 1% pour risques technologiques et 11% d'opérations diverses). Cette activité sanitaire consiste majoritairement dans le secours des victimes (intoxication, accident de travail, de loisirs...), puis dans une moindre mesure les accidents de la circulation et l'aide aux personnes (exemple : personne enfermée, tombée dans une excavation...).

### Activité sanitaire des sapeurs-pompiers en Basse-Normandie en 2012



Source : Ministère de l'Intérieur - Exploitation FNORS

### Encart méthodologique 2 : les aires d'étude

Les aires d'études ont été définies par l'ORS à partir des Territoires intermédiaires de santé. Ces derniers, au nombre de 19, ont été définis en 2010 en tenant compte de l'offre de services et des déplacements domicile/travail. Dans un souci de taille suffisante, ces territoires intermédiaires de santé ont été regroupés en 14 aires d'études. La plus petite aire d'étude est celle de L'Aigle composée de plus de 28 000 habitants. Celle de Caen est la plus peuplée avec près de 460 000 personnes.

## SOS médecins

SOS Médecins est le premier réseau libéral d'urgence et de permanence des soins. Regroupant 61 associations réparties sur tout le territoire et couvrant les deux tiers de la population française, SOS Médecins assure 80% de la couverture libérale de permanence des soins en milieu urbain et périurbain. Les plates-formes téléphoniques de SOS Médecins permettent une réponse médicale adaptée (conseils, renseignement, orientation, intervention) et des visites médicales à domicile sont assurées 24h/24 et 365 jours/365 par des médecins expérimentés et rodés à l'urgence, avec des moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus.

Conformément au décret du 7 avril 2005, les associations SOS Médecins ont signé des conventions avec les directeurs d'hôpitaux abritant le SAMU, de façon à formaliser l'interconnexion entre les centres d'appel SOS Médecins et les SAMU-Centre 15 et à organiser la collaboration entre les deux structures.

## La permanence des soins

La permanence des soins est une mission de service public, prévue à l'article L.6314-1 du code de la santé publique : elle désigne pour toute personne, la possibilité d'avoir accès à un médecin pour des soins non programmés lorsque les cabinets médicaux sont fermés : le soir, la nuit, le week-end, les jours fériés. Un système de garde est organisé dans chaque département : le médecin régulateur (contacté via le 15 ou autre numéro spécifique pour la permanence des soins) décide au regard du besoin de soins, d'envoyer un médecin de garde pour une visite ou bien demandera au patient de se rendre au cabinet du médecin de garde ou dans une maison médicale de garde pour une consultation, ou d'envoyer une ambulance ou un SMUR dans les situations graves.

### • La permanence des soins ambulatoires (PDSA) :

La PDSA désigne la réalisation de soins par des médecins libéraux de premier recours (médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence de soins), en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou centres de santé.

### • La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 18 h 30 et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. La PDSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique, la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements privés à but lucratif, les plateaux techniques hautement spécialisés.

Les points d'articulation entre la PDSA et la PDSES sont les structures d'urgence.

## Les urgences psychiatriques

L'urgence psychiatrique est définie (circulaire du 30 juillet 1992) par les professionnels de la psychiatrie comme « une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ». Les spécialistes de l'urgence y intègrent des états d'urgence autres que strictement psychiatriques recouvrant trois grandes catégories d'états pathologiques :

- l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation),
- les urgences psychiatriques mixtes regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, etc. ;
- les états aigus transitoires c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, etc.

En région, les urgences psychiatriques sont prises en charge par les services d'urgence des hôpitaux généraux qui réalisent une première évaluation et orientent si besoin les personnes vers des structures et établissements spécialisés (Etablissement Public de Santé Mentale, Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Médico-Psychologique Centre Esquirol...)

## Zoom sur les défibrillateurs

Chaque année, on dénombre 50 000 décès suite à un arrêt cardiaque, qui



se déroulent en très grande majorité dans des lieux publics. L'utilisation de défibrillateurs dans les minutes suivant l'accident augmente très fortement les chances de survie et de rétablissement sans séquelle. C'est pourquoi le ministère chargé de la santé a engagé depuis 2007, des actions en faveur du développement de l'implantation des défibrillateurs automatiques externes (DAE) sur l'ensemble du territoire et de leur utilisation par la population générale.

## Zoom sur le plan blanc

Le plan Blanc vise à gérer des situations de crise sanitaire exceptionnelles : il regroupe les consignes d'organisation pour la prise en charge d'un grand nombre de patients, lié par exemple à la survenue d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier, ainsi que les modalités de mise en place d'une cellule de crise.

## POUR EN SAVOIR PLUS ...

### Éléments bibliographiques :

- Schéma régional d'organisation sanitaire de Basse-Normandie (SROS), révision 2015
- Boisguérin B., Valdelièvre H Layla Ricroch., 2015, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », Études et Résultats, DREES, n° 889, juillet.n° 906, mars.
- Layla Ricroch, « Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », Études et Résultats, DREES,

### Directeurs de la publication :

- Professeur Dominique BEYNIER, Président de l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

### Coordination, rédaction et maquette :

- Pascale DESPRES, Julie PASQUIER, Sylvie Le RETIF, Annabelle YON

Cette publication est téléchargeable sur le site Internet de l'ORS :

[www.orsbn.org](http://www.orsbn.org)