

CONTEXTE NATIONAL

En matière de santé, l'urgence est généralement définie comme «un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage». Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne la nécessité de répondre à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée quelle que soit la gravité du problème.

En France, l'organisation de la prise en charge médicale des urgences repose sur un réseau d'intervenants publics et privés, régulée par les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) – centre 15. Dans le secteur public, la prise en charge des urgences ressenties est assurée par les SAMU et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux publics, les sapeurs pompiers, les centres antipoison, la police et la gendarmerie. Chargés de la protection et de la sauvegarde des personnes, des biens et de l'environnement, les sapeurs-pompiers sont une institution assurant un rôle dans la prise en charge de l'urgence sanitaire. En 2003, plus de 250 000 sapeurs-pompiers ont assuré 3,7 millions d'interventions en France. Ce nombre d'interventions équivaut à environ 10 200 interventions par jour. Dans le secteur privé, ce sont des médecins libéraux, des ambulanciers, des établissements privés de soins et des associations humanitaires qui interviennent.

Afin d'améliorer l'accès de la population aux services d'urgence et de faire la jonction entre les différents partenaires, les SAMU se sont dotés peu à peu d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA), encore appelé «centre 15». Cette centralisation des appels existe désormais dans tous les départements et offre à la population un accès facile à un médecin régulateur, libéral ou hospitalier, par l'utilisation d'un numéro aisément mémorisable et gratuit pour l'appelant, le 15 ou le 112. Cette organisation permet une meilleure orientation des réponses en fonction de la demande exprimée par le patient ou son entourage. Les médecins libéraux et les associations de médecins urgentistes (SOS médecins, association de soins et urgences médicales : ASUM...) participent dans la plupart des régions au fonctionnement des CRRA, qu'il s'agisse des réponses aux appels téléphoniques ou d'interventions sur les lieux de détresse. Néanmoins, toutes les situations d'urgence ne transitent pas par le centre 15. En effet, les usagers des services d'urgences hospitalières s'y rendent directement, sans contact préalable. De même, la population ne contacte pas toujours le centre 15 et s'adresse parfois directement aux professionnels de santé libéraux et plus particulièrement aux médecins généralistes.

En 2003, en établissements de santé, la prise en charge des urgences repose sur trois types d'unité de soins. 282 SAU (services d'accueil et de traitement des urgences) de métropole prennent en charge tous les types d'urgence, quelle que soit la gravité, 383 UPATOU (Unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences) travaillent sur les urgences courantes et 36 POSU (pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences) ont été créés pour la prise en charge de problèmes spécifiques (chirurgie de la main par exemple). Le nombre de passages dans les services d'urgences hospitalières a fortement progressé depuis quelques années, atteignant 14,3 millions en 2003. Dans 24 % des cas, ils ont abouti à une hospitalisation. Cet effectif correspond à un recours aux urgences de 239 pour 1 000 habitants, chiffre variant fortement selon les régions (de 179 à 309). Cependant, une forte proportion de passages correspond à des patients présentant des affections qui auraient pu être traitées en dehors du contexte des urgences.

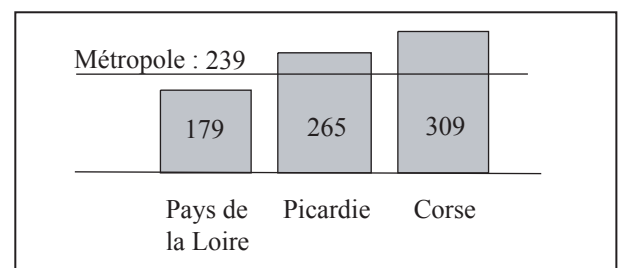
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Un taux de passage aux urgences et une proportion d'hospitalisation supérieurs à la moyenne française.
- Un taux de sorties des SMUR et des unités mobiles hospitalières (UMH) supérieur en Picardie par rapport à la moyenne nationale.
- Le secours à victimes représente 61 % des interventions des pompiers.

● Un recours aux urgences supérieur à la moyenne nationale

Les services d'accueil et de traitement des urgences de la région ont enregistré près de 495 000 passages, soit un taux de passage de 265 pour 1 000 habitants. En 2003, la Picardie présente un recours aux urgences supérieur de 11 % à la moyenne nationale. La région se place au 6^e rang des régions métropolitaines les plus concernées.

Taux de passage⁽¹⁾ aux urgences en 2003



Source : DREES - SAE

(1) Taux de passage : nombre de passages aux urgences des hôpitaux pour 1 000 habitants

LES URGENCES

Traitement des urgences en 2003

	Taux de passage		Proportion d'hospitalisation ⁽¹⁾	
	Picardie	France métropolitaine	Picardie	France métropolitaine
Établissements publics	242	204	29	25
<i>dont CHU / CHR</i>	32	55	31	24
<i>dont CH, HL</i>	209	145	28	26
<i>dont autres</i>	0	4	0	18
Établissements privés	23	35	7	17
Ensemble	265	239	27	24

Sources : DREES (SAE), INSEE

⁽¹⁾ Proportion d'hospitalisations : proportion des personnes hospitalisées sur l'ensemble des passages dans les services d'accueil et de traitement des urgences de la catégorie définie en début de ligne

● Un taux de passage et une proportion d'hospitalisation supérieurs à la moyenne nationale

En 2003, 23 établissements (dont 19 publics) disposaient d'une autorisation pour l'accueil des urgences en Picardie. Ces services d'accueil et de traitement des urgences de la région ont enregistré un taux de passage de 265 pour 1 000 habitants. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (239). Par catégorie d'établissement, ce sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux qui présentent un taux de passage supérieur au taux français.

Les proportions d'hospitalisation après passage aux urgences sont plus élevées en Picardie qu'en France dans les établissements publics, à l'inverse des établissements privés.

Ces dernières années, le nombre de passages aux urgences est en progression alors que la proportion de patients hospitalisés diminue.

Sorties des SMUR et U.M.H en 2003

	Picardie		France métropolitaine
	Nombre	Taux*	Taux*
Sorties terrestres	27 721	14,8	10,0
Sorties terrestres primaires	23 719	12,7	8,1
Sorties terrestres secondaires	4 002	2,1	2,0
Sorties aériennes	1 490	0,8	0,5
Sorties aériennes primaires	297	0,2	0,2
Sorties aériennes secondaires	1 193	0,6	0,3

Sources : DREES (SAE), INSEE

Exploitation ORS Picardie

* Taux pour 1 000 habitants

U.M.H. : Unités mobiles hospitalières

● Un taux de sorties des SMUR et U.M.H supérieur à la moyenne nationale

En 2003, plus de 29 200 sorties ont été effectuées par 17 établissements de Picardie possédant un SMUR. La région présente un taux de 15,6 sorties pour 1 000 habitants, se situant ainsi au dessus de la moyenne nationale (10,5).

La très grande majorité de ces sorties sont terrestres (95 % des sorties). Les sorties terrestres sont à majorité primaires (86 % en Picardie et 80 % en France) alors que les sorties aériennes sont à majorité secondaires (80 % en Picardie contre 56 % en France).

Sortie : intervention médicalisée d'une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, malades, parturientes.

Sortie primaire : transport médicalisé ou non effectué par un SMUR de l'hôpital vers un lieu de détresse et retour vers l'établissement de soins.

Sortie secondaire : transport médicalisé effectué par un SMUR d'un établissement de soins à un autre.

L'enquête annuelle auprès des établissements publics et privés (SAE) permet de mesurer l'activité des services d'accueil et de traitement des urgences à partir du nombre de passages dans ces services. **Mais ces données ne reflètent qu'imparfaitement la prise en charge hospitalière des urgences médicales.** En effet, de nombreuses urgences médicales ne transitent pas par l'accueil des urgences mais sont admises directement dans les services (cardiologie par exemple). Ce phénomène varie d'un établissement à l'autre ; il est plus marqué dans les centres hospitaliers universitaires que dans les autres établissements.

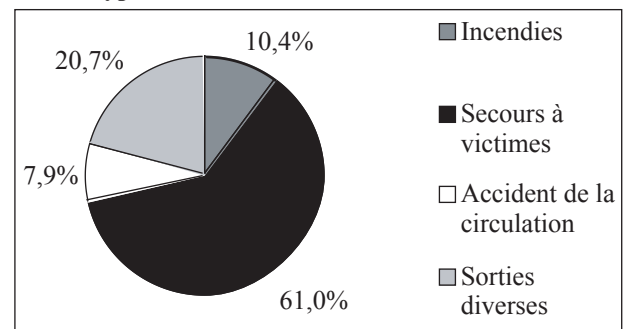
● Le secours à victimes : 61 % de l'activité des pompiers

Parmi les activités des pompiers, quatre types d'intervention sont distinguées : les interventions pour incendie, les interventions pour accidents de la circulation, les secours à victimes et les sorties diverses.

En 2003, plus de 119 900 interventions ont été comptabilisées en Picardie. Rapportées à la population, elles correspondent à un effectif de 642 interventions pour 10 000 habitants en Picardie contre 522 en Métropole.

Le secours à victimes (intoxications, accident du travail, accident de loisirs...) est le principal motif de sorties des pompiers (61 % des sorties en Picardie contre 58 % en France). Les accidents de la circulation représentent 8 % des interventions en Picardie contre 9 % en France.

Répartition des interventions des pompiers selon le type d'intervention en 2003 en Picardie



Source : Ministère de l'Intérieur

● Les sapeurs pompiers et le SMUR assurent 42 % de l'activité des SAMU

En 1998, 38 % des affaires traitées par le SAMU se soldent par de simples conseils (contre 27 % en 1996). Les médecins libéraux interviennent dans 7 % des cas dans la région contre 18 % en métropole. Les modes d'intervention des médecins libéraux dans l'activité des SAMU diffèrent pour chaque département. Ils peuvent être associés ou pas à la régulation du CRRA et les médecins de garde ou les associations d'urgentistes (type SOS médecins) peuvent être sollicités pour le traitement des affaires.

Traitement des affaires ⁽¹⁾ par le SAMU en 1998

	Picardie	Métropole
Information, conseil médical	38,4	35,8
Médecins libéraux	6,8	18,0
Sapeurs-pompiers	20,9	23,3
SMUR	21,1	12,3
Ambulanciers	11,8	7,8
Autres	1,0	2,8
Ensemble	100	100

Sources : DREES

⁽¹⁾ Affaires : ensemble des mesures consécutives à une demande d'aide médicale

● Plus de 5 000 appels vers le centre antipoison de Lille

Les centres Antipoison sont des centres d'information sur les risques toxiques de tous les produits existants (médicamenteux, industriels et naturels). Ils ont un rôle d'information auprès des professionnels de santé et du public et apportent une aide par téléphone au diagnostic, à la prise en charge et au traitement des intoxications. La région ne dispose pas de son propre centre. Le centre antipoison du centre hospitalier de Lille couvre 3 régions : le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie et la Haute-Normandie. Néanmoins, tous les appels de personnes domiciliées en Picardie ne sont pas comptabilisés dans ce tableau puisqu'ils peuvent s'adresser à un autre centre que celui de Lille.

Motif du dossier téléphonique des personnes domiciliées en Picardie ayant appelé le centre antipoison de Lille au cours de l'année 2003

Motif	Nombre
intoxication	2 694
Information	2 454
Ensemble	5 148
Recours pour 100 000 habitants	275

Source : centre antipoison de Lille, Rapport annuel 2003

Le SAMU est doté d'un secrétariat ou d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) qui assure la réception des appels émanant de la population, des services de secours, des médecins,... Il est situé dans un établissement hospitalier public. Son fonctionnement est assuré conjointement par le service public hospitalier et par le secteur médical privé. Il donne suite à ces appels en provoquant la mise en œuvre des moyens de secours et de soins appropriés. Il peut également donner des conseils médicaux.

Le SMUR assure la médicalisation précoce sur les lieux de détresse. Dans le cas des interventions primaires, il assure le bilan médical sur place, le traitement et, éventuellement, le transport des patients pris en charge. Le SMUR fonctionne dans le cadre des centres hospitaliers. Pour leur fonctionnement interne, ils passent éventuellement une convention avec des organismes publics ou privés.

Organisation du déclenchement des secours dans le cadre de la réception de l'appel par le SAMU : les appels font l'objet d'une régulation médicale. Le médecin régulateur du SAMU, en fonction des renseignements que lui communique l'intervenant et du bilan établi, recourt aux moyens d'intervention qui lui paraissent les plus appropriés. Il fait appel aux médecins libéraux, aux ambulanciers privés, aux secouristes, aux sapeurs-pompiers, aux SMUR pour les urgences lourdes.

LES URGENCES

Les recours urgents ou non programmés en médecine générale

L'enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale fait suite à l'enquête réalisée en 2002 par la Drees sur les usagers des services d'urgences hospitaliers. Elle permet d'étudier les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville. Elle a été réalisée auprès de 1 398 médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine en cabinet ou en association d'urgentistes¹. En Picardie, 58 médecins ont participé à l'enquête, permettant la constitution d'un échantillon de près de 750 séances.

● Un patient sur trois est âgé de moins de 25 ans

Selon l'enquête sur les consultations et les visites des médecins généralistes libéraux², la majorité de la clientèle des médecins généralistes, dans le cadre d'un recours programmé, est constituée de personnes âgées de plus de 45 ans (60 %). Par contre, les recours urgents ou non programmés concernent davantage les plus jeunes puisque 42 % des patients sont âgés de 45 ans ou plus. Les enfants âgés de moins de 13 ans représentent 22 % des patients.

La majorité des recours a eu lieu en journée, seuls 7 % des recours urgents ou non programmés ont été observés la nuit, entre 20h et 8h.

Les recours urgents auprès des médecins généralistes se sont déroulés à 16,2 % en dehors des horaires d'ouverture du cabinet, parmi lesquelles 3,1 % pendant des gardes ou des astreintes.

● Plus de trois patients sur quatre souffrent d'un problème aigu

Pour 78 % des patients, le recours a été motivé par un problème aigu. L'affection chronique est le second motif, représentant 14 % des patients. Enfin, 6 % des patients ont consulté pour une déstabilisation d'une affection chronique. Avec l'âge, la proportion de recours attribué à un problème aigu diminue au profit des deux autres motifs.

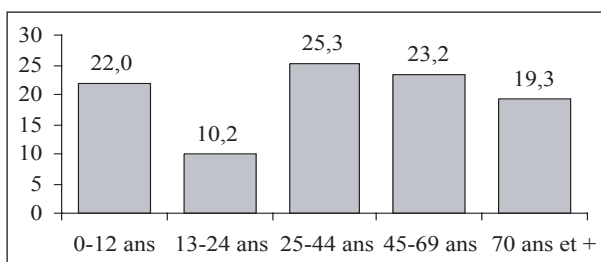
Le diagnostic principal se rapporte à 25 % à une pathologie infectieuse et à 16 % à l'ORL-ophtalmologie-stomatologie, avec toutefois des différences importantes selon l'âge : l'infectiologie prédomine chez les moins de 45 ans contre la rhumatologie chez les 45-69 ans et la cardiologie chez les plus de 70 ans. Hormis les examens cliniques pratiqués quasi-systématiquement, un entretien de type préventif et une écoute psychologique ont été menés, dans respectivement 17,0 % et 12,3 % des cas.

Pour 87,4 % des patients, l'état clinique est jugé stable et pour 15,7 %, l'état est jugé stable mais susceptible de s'aggraver. Le pronostic vital n'est engagé que pour 0,6 % des patients. Ce sont chez les plus de 70 ans que cette proportion est la plus élevée (1,9 %).

● Un arrêt de travail est prescrit dans 10 % des cas

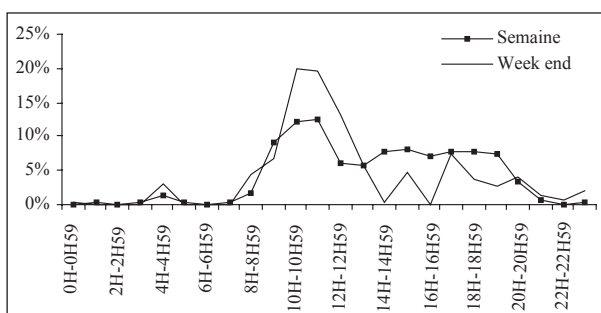
Des médicaments sont prescrits dans près de neuf cas sur dix (88,7 %). Un arrêt de travail est prononcé pour 10,0 % des patients et l'hospitalisation est immédiate dans 3,2 % des cas. D'autres soins ou examens sont prescrits : analyses biologiques (9,6 % des cas), radiologie (7,7 %) et soins paramédicaux (4,4 %).

Répartition des patients par âge (%)



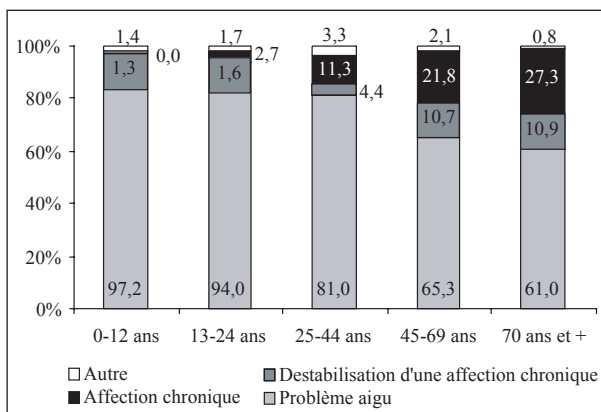
Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004)

Répartition des recours par heure (%)



Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004)

Répartition des recours urgents selon leur nature et l'âge des patients (%)



Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004)

1. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. *Études et résultats*, n°471, mars 2006, DREES.

2. Les consultations et les visites des médecins généralistes libéraux, un essai de typologie, *Études et résultats* n°315, Juin 2004, DREES.