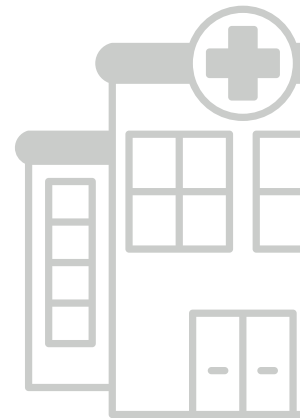


# AÇCESSIBILITÉ À UN MÈDECIN GENERALISTE ET TAUX DE RECOURS AUX URGENCES

**Données RPU**



# INTRODUCTION



## Le recours aux urgences

Les services d'urgences enregistrent une augmentation constante du nombre de passages.

Selon une étude de la DREES (1) menée en 2003, les motifs de recours les plus fréquemment mentionnés sont les suivants :

-  la proximité de l'établissement hospitalier (47%)
-  le besoin d'examens spécialisés (44%)
-  le besoin d'avis ou d'interventions spécialisées (43%)
-  la nécessité d'un traitement rapide du problème (38%)
-  le sentiment d'urgence ou de gravité de la situation (32%)
-  l'absence de disponibilité du médecin traitant (16%)

Une étude de médecins urgentistes, à l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris (AP-HP), révèle que les services d'urgences enregistrent entre 13% et 27% de passages inappropriés. Ces passages inappropriés ne semble pas significativement lié à la densité médicale du département, néanmoins il convient de souligner que 10% des patients se rendent aux services d'urgences en raison de l'indisponibilité de leurs médecins généralistes (2).

Une étude de l'ORU Occitanie (3) montre que 80% des patients se présentent aux urgences de leur propre initiative, 25% des patients sont adressés par un médecin de ville. De plus, dans le panorama annuel l'ORU Occitanie indique que 79% des passages retournent à domicile après consultation (4).

## Offre de soins en médecin de ville en Occitanie

Les médecins généralistes, acteurs clés de la santé, sont les praticiens les plus consultés pour les soins du quotidien, le suivi des maladies chroniques (dont les ALD) et la prise en charge globale grâce à leur connaissance des antécédents des patients. Ils dispensent des soins de proximité accessibles à tous, quel que soit l'âge, le sexe ou la maladie.

La région Occitanie se classe parmi les régions les mieux dotées en médecins généralistes, malgré des inégalités territoriales, avec en moyenne **152 médecins généralistes pour 100 000 habitants.**

## Objectif & problématiques de l'étude

Un nombre non négligeable de passages aux urgences pourrait être entièrement traité dans des cabinets de médecine générale. Nous pouvons supposer que ces patients consultent aux urgences du fait d'un accès limité à un médecin généraliste

Il semble intéressant d'évaluer si l'offre de soins en médecine de ville d'un territoire a un impact sur le recours aux urgences.



L'accessibilité à un médecin généraliste influence-t-elle le recours aux urgences ?

Quels sont les facteurs qui influencent ce recours aux urgences ?

# MÉTHODE



### Le taux de recours aux urgences

A partir des résumés de passages aux urgences (RPU), le taux de recours aux urgences hors traumatologie est estimé par le ratio suivant :

$$\frac{\text{Nombre de passages aux urgences (hors traumatologie) pour une commune donnée en 2022}}{\text{Population INSEE de cette commune}}$$

### L'accessibilité potentielle localisée (APL)

Pour mesurer la densité de médecin généraliste, nous avons choisi d'utiliser un indicateur développé par la DREES et l'IRDES : l'Accessibilité Potentielle Localisée. En effet, l'APL permet de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premiers recours à l'échelle de la commune (6).

L'APL tient compte :

1

De l'offre de soins du territoire, ne sont comptabilisés que les professionnels de santé exerçant hors hôpital

2

De la demande de soins, elle considère la structure par âge de la population et des besoins en soins qui en résultent

3

De la distance aux soins, l'offre de soins décroît avec cette dernière

4

Du zonage géographique, elle prend en compte l'accessibilité géographique selon la typologie de la commune

L'APL représente alors le nombre de consultations de médecine générale potentiellement accessibles par an et par habitant d'une commune.

En Occitanie, en 2021, l'APL moyen est de 3,07(± 1,49) consultations par an par habitant. Le territoire français se découpe, en matière de soins de premiers recours, en zones sous-denses et en zones denses. Pour la DREES une commune est considérée en zone sous-dense si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations par an et par habitant. Par conséquent, la variable explicative APL peut se discrétiser en 2 groupes :

- Zones sous-denses : communes avec une APL  $\leq 2,5$
- Zones denses : communes avec une APL  $> 2,5$

## Offre de soins du territoire

La littérature indique que le taux d'utilisation des services d'urgences diminue avec la distance (7). En effet, 92 % des patients résident à moins de 30 km d'un service d'urgence.

Dans cette étude, nous avons décidé de prendre en compte le nombre de services d'urgences situés à moins de 30 minutes de la commune (calculé avec un véhicule standard sans embouteillage). Cette variable qualitative comporte quatre modalités :

- Aucun service d'urgence à moins de 30 minutes de la commune de résidence ;
- 1 service d'urgence à moins de 30 minutes ;
- 2 services d'urgences à moins de 30 minutes ;
- 3 services d'urgences ou plus à moins de 30 minutes.

D'autres types de structures, disponibles dans l'offre de soins du territoire, peuvent également représenter une solution pour les patients : les centres de soins non programmés (CSNP) et les maisons médicales de garde (MMG). Deux variables qualitatives ont donc été prises en compte dans les analyses : la présence ou l'absence d'un CSNP ou d'une MMG à moins de 30 minutes.

## Plan d'analyses statistiques

1

Analyse descriptive  
des communes  
occitanes

2

Analyse bivariée et présélection des  
variables à inclure : les variables ayant un  
p-value < 0,2 seront intégrées au modèle  
multivarié

3

Analyse de covariance :  
sélection manuelle descendante  
des variables

Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel R (4.2.2).



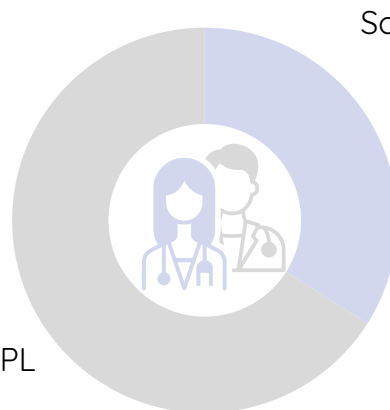
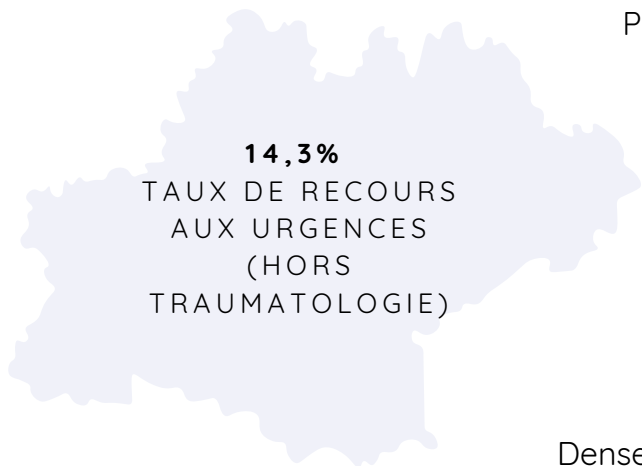
## APL et taux de recours aux urgences

# RÉSULTATS



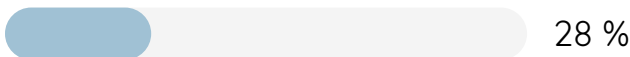
### Description des communes occitanes

Parmi les 4 390 communes occitanes étudiées :



Concernant l'offre de soins sur le territoire :

Part des communes disposant d'un accès aux soins en moins de 30 minutes.

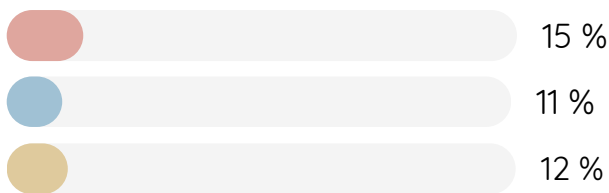


Démographie des communes :

Répartition des âges au sein des communes



15 - 29 ans



0 - 14 ans



75 ans et +

## Analyse bivariée

Les données présentées reprennent les résultats obtenus dans le cadre des analyses portant sur tous les passages aux urgences sans distinction d'horaire. Les analyses portent sur le taux de recours hors traumatologie dans un premier temps, puis sur le taux de recours aux urgences des CCMU 1-2 dans un second temps.

D'un point de vue démographique, les résultats montrent que la proportion de la population âgée de 0 à 14 ans et la proportion de la population âgée de 15 à 29 ans sont toutes les deux positivement corrélées au taux de recours aux urgences, bien que les coefficients restent assez faibles, respectivement  $\rho = 0,0394$   $\rho = 0,0089$  et  $\rho = 0,1109$   $p < 0,0001$ . Plus la population est jeune, plus le taux de recours est donc élevé. La proportion de la population âgée de 75 ans et plus, quant à elle, ne présente pas de corrélation significative avec le taux de recours aux urgences.

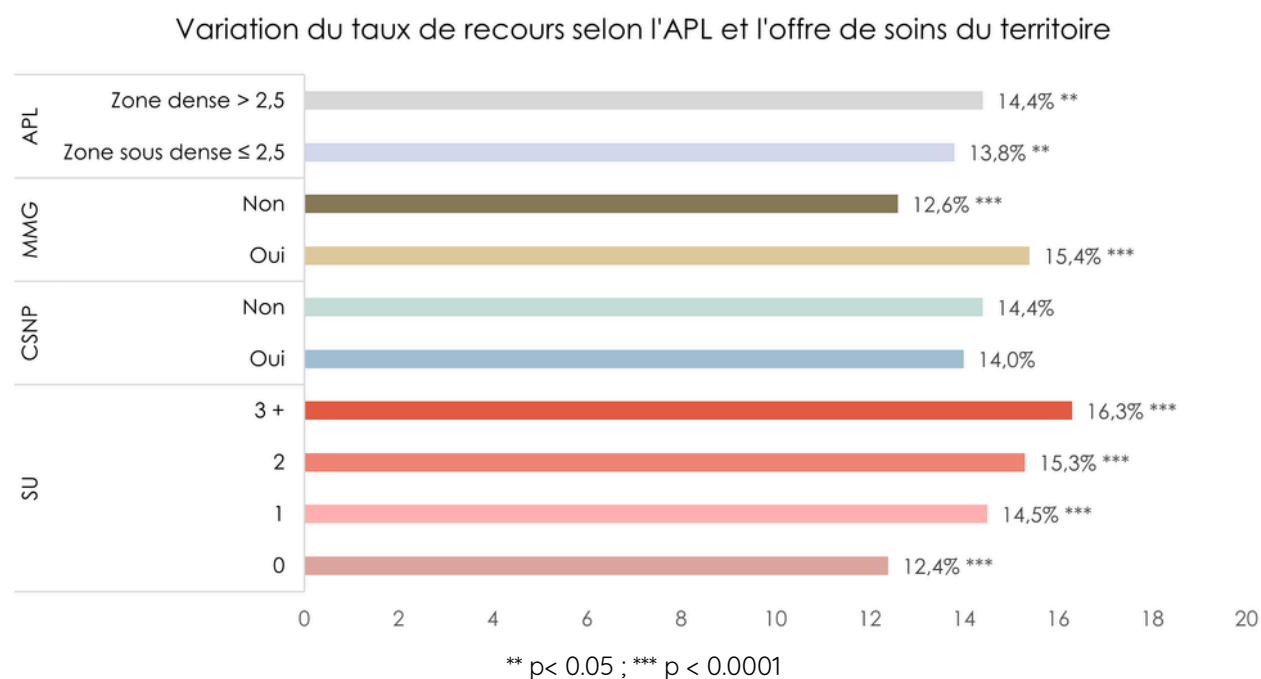
	Taux de recours (TR)	
	Coefficient de corrélation	p-value
Part de 0-14 ans	0,0394	<b>0,0089</b>
Part de 15-29 ans	0,1109	<b>&lt; 0,0001</b>
Part de 75 ans et +	0,0005	0,9718
Part de CCMU 1 - 2	0,1639	<b>&lt; 0,0001</b>

Les communes situées en zones sous-denses pour l'APL ont un taux de recours moyen significativement plus faible que le taux de recours moyen des communes situées en zones denses (13,9% contre 14,4% p = 0,0102).

La présence d'une MMG à moins de 30 minutes d'une commune augmente significativement le taux de recours aux urgences (15,4% contre 12,6% p < 0,0001).

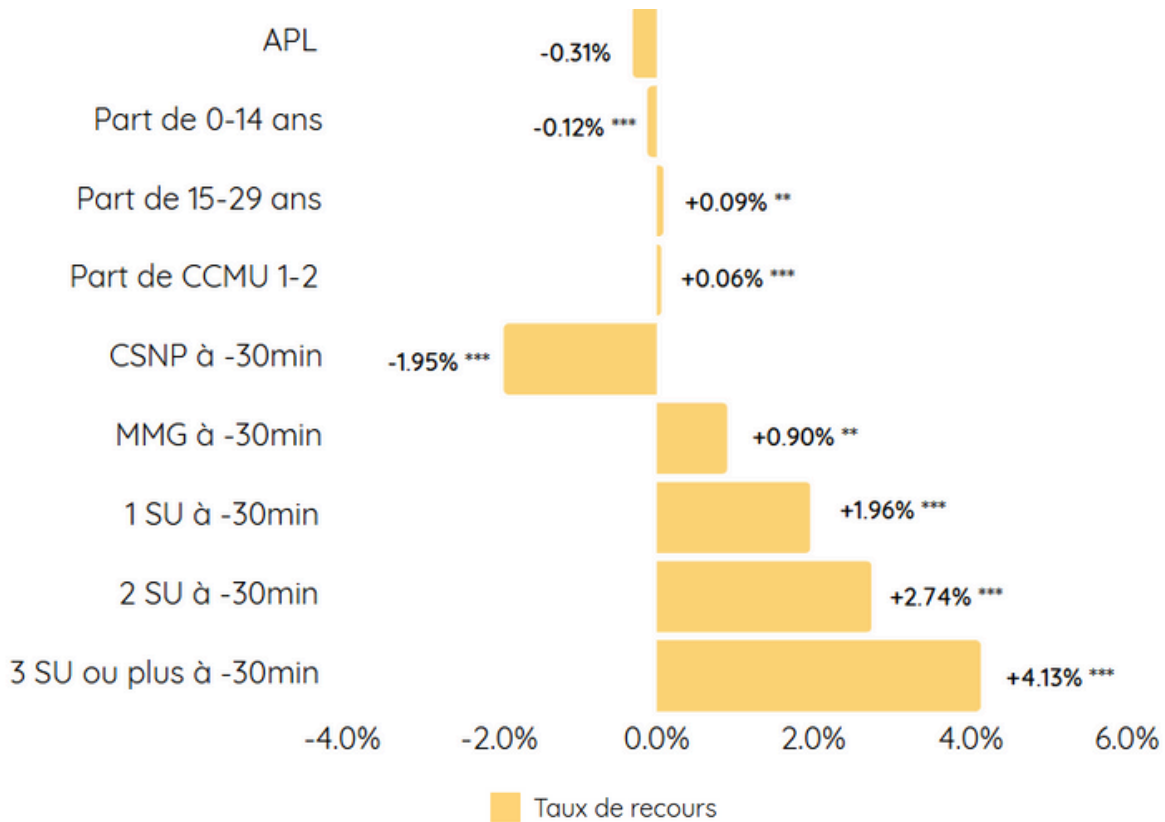
La présence d'un CSNP semble, elle, légèrement diminuer le taux de recours même si ce dernier n'est pas significatif.

Enfin, plus il y a de SU à proximité de la commune, plus le taux de recours moyen est important. En effet, ce dernier est de 12,4% lorsqu'il n'y a aucun SU sur le territoire et ce taux augmente jusqu'à 16,3% lorsque trois SU ou plus sont accessibles.



## Analyse de covariance (ANCOVA)

Les résultats obtenus après analyse multivariée sont présentés dans la figure ci-dessous. Le taux de recours hors traumatologie a été analysé de façon globale.



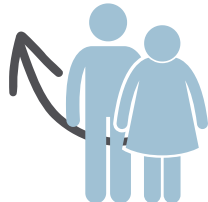
\*\* p < 0.05 ; \*\*\* p < 0.0001



Si l'APL semblait avoir un lien avec le taux de recours aux urgences lors de l'analyse bivariée, cette corrélation ne se retrouve plus dans l'analyse multivariée excepté pour les patients de 75 ans et plus qui voient leur taux de recours augmenter de 2,0% lorsque les communes sont classifiées comme sous denses pour l'APL.



DIMINUTION DE  
0.1% DU TR MOYEN  
(p<0.05)



AUGMENTATION DE  
0.09% DU TR MOYEN  
(p<0.05)



PAS D'EFFET SIGNIFICATIF

La part des 0-14 ans dans une commune diminue de 0,12% le taux de recours moyen, et ce de manière significative. À l'inverse, pour une commune possédant une part de 15-29 ans d'une unité supplémentaire, le taux de recours moyen augmente significativement de 0,09%. La part des 75 ans et plus ne semble pas avoir d'effet significatif sur le taux de recours aux urgences.

AUGMENTATION DE  
0.06% DU TR MOYEN  
( $p < 0.0001$ )



Si la part de CCMU 1-2 augmente, le taux de recours augmente significativement de 0,06%.



DIMINUTION DE  
1.95% DU TR MOYEN  
( $p < 0.0001$ )

La présence d'un CSNP à moins de 30 minutes diminue (-1,95%) significativement le taux de recours moyen.



AUGMENTATION DE  
0.9% DU TR MOYEN  
( $p < 0.05$ )

En revanche, la présence d'une MMG à moins de 30 minutes augmente ce taux de recours de 0,9%. De la même manière, la présence d'au moins un service d'urgences dans un périmètre de 30 minutes augmente significativement le taux de recours moyen. Ce taux de recours moyen est augmenté de plus de 4% lorsque la commune se trouve à moins de 30 minutes de trois SU ou plus.



AUGMENTATION DE  
4.13% DU TR MOYEN  
( $p < 0.0001$ )

\*TR : Taux de recours

## APL et taux de recours aux urgences

# DISCUSSION

### Synthèse des principaux résultats



Objectif primaire : déterminer si l'accessibilité en soins de médecine générale influençait le taux de recours aux urgences, en tenant compte de l'offre de soins du territoire.



**Pas de validation de l'hypothèse de départ selon laquelle plus il y a de médecins généralistes accessibles moins le recours aux services d'urgences est important.**

Toutefois, la présence de structures de soins à proximité influence significativement le taux de recours:



- La présence d'un CSNP à moins de 30min diminue le taux de recours aux urgences



- La présence d'une MMG ou d'au moins un service d'urgences à moins de 30min augmente significativement le taux de recours aux urgences.

### Que dit la littérature ?

Des résultats divergents selon les études.

#### Étude ORU-MiP(8) (2013)

**Périmètre** : ex région Midi-Pyrénées

**Résultat** : Si le département a une densité médicale inférieure à la densité régionale, alors le risque de se rendre aux urgences y était plus élevé



**Résultat différent de ceux obtenus en Occitanie en 2022.**



#### Étude Hellmann et al. (9) (2021)

**Périmètre** : région Ile de France

**Résultat** : Pas de mise en évidence de corrélation entre visites aux services d'urgences et densité médicale.



**Résultat tendant vers ceux obtenus en Occitanie en 2022.**

Les différents facteurs influençant le taux de recours aux urgences.

**Étude Henneman et al. (7)**  
(2021)



**Résultat :** La fréquentation des services d'urgences diminue lorsque la distance entre le SU et le domicile augmente.



**Résultat concordant avec notre étude.**



La même tendance se retrouve pour les MMG.

La plupart des MMG se situent à proximité ou au sein même des SU. Si certaines MMG sont entièrement régulées beaucoup accueillent des patients réorientés par les urgences. Dans ce cas, les urgences semblent être la porte d'entrée pour aller ensuite vers la MMG.



Peu de littérature en ce qui concerne les CSNP.

Ces centres prenant en charge les urgences de moindre gravité (CCMU 1 et 2 uniquement) semblent être des alternatives aux services d'urgences, permettant ainsi de réduire le taux de recours aux urgences quand celui-ci se trouve à proximité du domicile.

## Validité des résultats

### Schéma d'étude



Étude de type transversale avec des données rétrospectives.



**Forces**



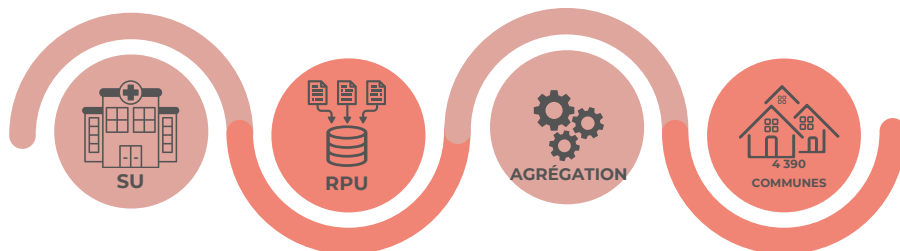
**Limites**

	Forces	Limites
<b>Type d'étude</b>	Analyse des données précises sur des événements passés.	Ne permet pas d'établir de relations causales (observations descriptives uniquement).
<b>Source de données</b>	Données issues d'un registre fiable (RPU), réduisant le biais de mémorisation.	Variables importantes non mesurées : patients avec/sans médecin traitant, consultations préalables aux urgences.
<b>Analyse spatiale</b>	Possibilité d'intégrer des analyses géographiques	Données socio-économiques indisponibles à un niveau fin (IRIS).
<b>Biais potentiels</b>	Données standardisées permettant une comparaison temporelle ou régionale.	Risque de biais résiduel dû à des facteurs de confusion non contrôlés.

## Base de données

### Forces :

Longueur et exhaustivité du recueil des résumés de passages aux urgences (RPU)









Les données proviennent de tous les SU (publics et privés) de la région Occitanie, nous avons donc des données régionales multicentriques.

### Puissance statistique suffisante

Après agrégation de la base RPU, la taille de l'échantillon représentant les communes d'Occitanie vaut 4 390.

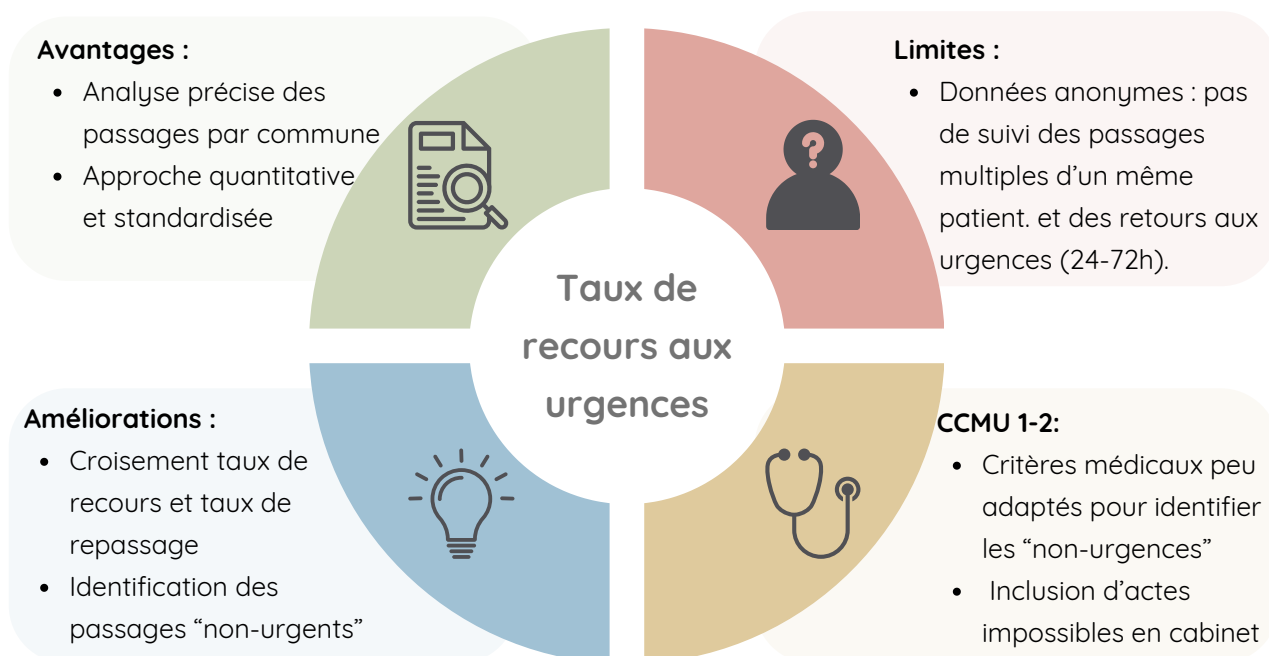
## Population choisie

Inclusion des passages aux urgences effectués par des patients occitans, suppression des passages de patients résidant hors région Occitanie.

	 <b>Forces</b>	 <b>Limites</b>
<b>Sélection régionale</b> 	Focus sur une région spécifique, facilitant une analyse locale détaillée.	Exclusion des passages hors région des patients occitans : 5 % de fuite estimée (Réseau OSCOUR 2021).
<b>Contexte géographique</b> 	Occitanie : région représentative sur certains critères (superficie, diversité).	Densité de population relativement faible (10 <sup>e</sup> rang national), limitant la généralisation.
<b>Données disponibles</b> 	Couverture exhaustive des passages aux urgences dans tous les SU de la région (via les RPU).	Non prise en compte des SU les plus proches pour certaines communes limitrophes (situées dans des régions voisines).
<b>Extrapolation nationale</b> 	Permet de poser des hypothèses sur le recours aux urgences dans des régions comparables.	Pas d'extrapolation directe des résultats à une échelle nationale (différences régionales importantes en termes de densité médicale et population).

## Variable d'intérêt

Le taux de recours aux urgences est une variable calculée pour chaque commune afin d'estimer la part de passages aux urgences des habitants cette commune.



## Perspectives

Comme déjà évoqué, il serait envisageable d'étudier le lien entre offre de médecine de ville et taux de repassage aux urgences dans l'année.

L'ajout de données socio-économiques et une analyse par département en Occitanie, ainsi qu'à l'échelle nationale, seraient intéressantes.

L'utilisation des PRPV (passages relevant potentiellement de la ville) pourrait être une suite à cette étude, car semblent être le véritable reflet des patients qui pourraient être pris en charge par les soins de villes.

Il serait également pertinent de réévaluer le recours aux urgences après l'implémentation du service d'accès aux soins (SAS), qui vise à orienter la population vers les soins appropriés et à réguler l'accès aux urgences. Actuellement, le SAS est opérationnel dans plusieurs départements d'Occitanie.

# CE QU'IL FAUT RETENIR



### Objectif primaire

Pas de mise en évidence d'influence significative de l'accessibilité à un médecin généraliste sur le taux de recours aux urgences.

### La proximité avec des structures de soins

La présence de structure médicale à moins de 30 minutes induit des variations significatives du taux de recours.



### Perspectives

- Étude du lien entre offre de médecin et taux de repassage aux urgences
- Ajout de données socio-économiques et utilisation des PRPV
- Prise en compte de la mise en place des SAS

# BIBLIOGRAPHIE

- (1) Baubeau, C., 2003. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières.
- (2) Naouri, D., Ranchon, G., Vuagnat, A., Schmidt, J., El Khoury, C., Yordanov, Y., 2020. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf* 29, 449-464. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009396>
- (3) Mourou, H., Latournerie, G., Delisle, E., Charpentier, S., 2021. En quoi les patients adressés dans les services d'urgences après avis médical sont-ils différents des patients venant d'eux-mêmes? *Ann. Fr. Med. Urgence* 11, 357-365. <https://doi.org/10.3166/afmu-2021-0368>
- (4) Panorama Occitanie activité des structures d'urgences 2021, Septembre 2022. ORU Occitanie.
- (5) Bertrand, D., Bergoignan, C., Bousser, M.G., Caton, J., Hauet, J., Legall, J.R., Ourabah, R., Richard, F., Tran Ba Huy, P., Guy, V., Ville, Y., 2023. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIème siècle? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente. (Groupe de travail). Académie nationale de médecine.
- (6) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (20/08/2020). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). [Consulté le 02/06/2023] depuis : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>
- (7) Henneman, P.L., Garb, J.L., Capraro, G.A., Li, H., Smithline, H.A., Wait, R.B., 2011. Geography and Travel Distance Impact Emergency Department Visits. *The Journal of Emergency Medicine* 40, 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.08.058>
- (8) Camara, M., 2013. Profil clinique et évolution des patients dits non urgents dans la région de Midi-Pyrénées. Toulouse III Paul Sabatier.

(9) Hellmann, R., Feral-Pierssens, A.-L., Michault, A., Casalino, E., Ricard-Hibon, A., Adnet, F., Brun-Ney, D., Bouzid, D., Menu, A., Wargon, M., 2021. The analysis of the geographical distribution of emergency departments' frequent users: a tool to prioritize public health policies? BMC Public Health 21, 1689.

(10) Cristofari, J.J., 2022. Santé: 11 % des patients sont sans médecins traitants. <https://pharmanalyses.fr/sante-11-des-patients-sont-sans-medecins-traitants/>

(12) Pourcel, L., Delisle, E., Bonnet, E., Ganichot, M., Azema, O., Mourou, H., Ferreira, A., 2022. Validation d'une méthode d'identification des passages itératifs d'un même patient aux urgences à partir des Résumés de Passages aux Urgences.

(13) Ministère de la Santé (maj 2023). Tout savoir sur le SAS. [Consulté le 11/6/2023] depuis <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>

(14) Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé Occitanie (2023). Le service d'accès aux soins (SAS). [Consulté le 11/06/2023] depuis [occitanie.paps.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-3](http://occitanie.paps.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-3)



## Coordonnées

Observatoire Régional des Urgences Occitanie



Immeuble le Phénix BAT A 1 Étage  
118 route d'Espagne  
31100 Toulouse



Mail : [contact@oruoccitanie.fr](mailto:contact@oruoccitanie.fr)