



*Les données disponibles permettent-elles de mesurer la place des urgences dans l'offre de soins de premiers recours ?*

**Dr Henri CLAUD (ARS PACA) & Dr Gilles VIUDES (FEDORU)**

1. Problématique
2. Données disponibles
3. Proposition d'analyse appliquée à la région PACA
4. Perspectives

## ■ Code de la santé publique (Article L 1411-11)

### Article L1411-11

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36](#)

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Diagnostic et  
traitement

Régulation

Médecins libéraux  
Ets de santé :  
dont SU/SMUR

## ■ Les « URGENCES » ..... « Les services d'urgences »

- ① Les SAMU/C15
- ② Les SMUR
- ③ Les services d'urgences (SU)

# Modèle simplifié du parcours du patient en premier recours

1° intervenant sollicité	1° prise en charge	2° prise en charge
Médecin libéral	Conseil médical	
	Consultation	
		Service d'urgence
	Service d'urgence	
SAMU / Centre 15	Conseil médical	
	Médecin libéral	Consultation
		Service d'urgence
	Service d'urgence	
Service d'urgence		

- 3 acteurs / 3 actions
- Pour simplifier le raisonnement nous écartons :
  - Les autres professionnels de santé
  - Les admissions directes en services de soins

Recours direct  
aux urgences

- La proportion de patients arrivant spontanément aux urgences sans consultation ou avis préalable d'un professionnel est un élément mal connu et pourtant fondamental.
- **“le Recours Direct aux Urgences ou RDU”** :

**La venue du patient aux urgences n'était pas motivée par :**

- Une consultation médicale (médecin traitant ou autre médecin).
- Un avis téléphonique (médecin, SAMU/Centre 15, SIS).
- L'avis d'un pharmacien.

1. Problématique
2. Données disponibles
3. Proposition d'analyse appliquée à la région PACA
4. Perspectives

# Données disponibles sur le 1° recours

1° intervenant sollicité	1° prise en charge	2° prise en charge	Données disponibles
<b>Médecin libéral</b>	<b>Conseil médical</b>		
	<b>Consultation</b>		<b>Consommation de soins CPAM</b>
		<b>Service d'urgence</b>	<b>Enquête DREES du 11 Juin 2013</b>
	<b>Service d'urgence</b>		
<b>SAMU / Centre 15</b>	<b>Conseil médical</b>		<b>Données de régulation &amp; Consommation de soins CPAM</b>
	<b>Médecin libéral</b>	<b>Consultation</b>	
		<b>Service d'urgence</b>	<b>Données de régulation &amp; Enquête DREES du 11 juin 2013</b>
	<b>Service d'urgence</b>		
<b>Service d'urgence</b>			<b>Données de RPU &amp; Enquête DREES du 11 juin 2013</b>

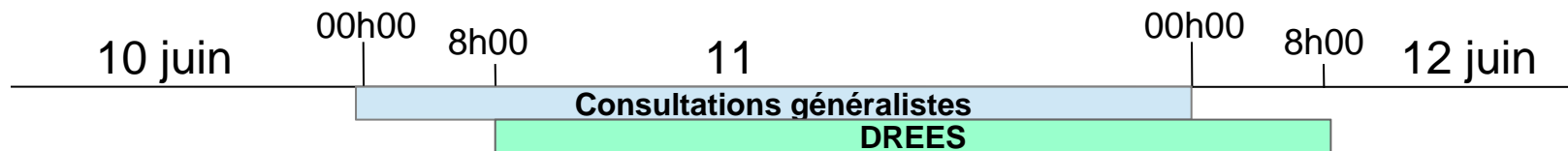


## ■ Données : « ERASME régional »

Cette base « de liquidation » est alimentée uniquement pour le régime général (70 à 80% en région PACA mais avec des variations selon les départements).

Cette base permet de repérer les lettres clefs qui qualifient les actes consécutifs à une décision du Centre 15.

Les activités de PDSA sont repérées par des lettres clefs de cotations qui ne donnent pas le détail horaire de réalisation de l'acte et n'ont pu être isolées que sur l'année entière.



## ■ Médecins traitants et médecins de PDSA

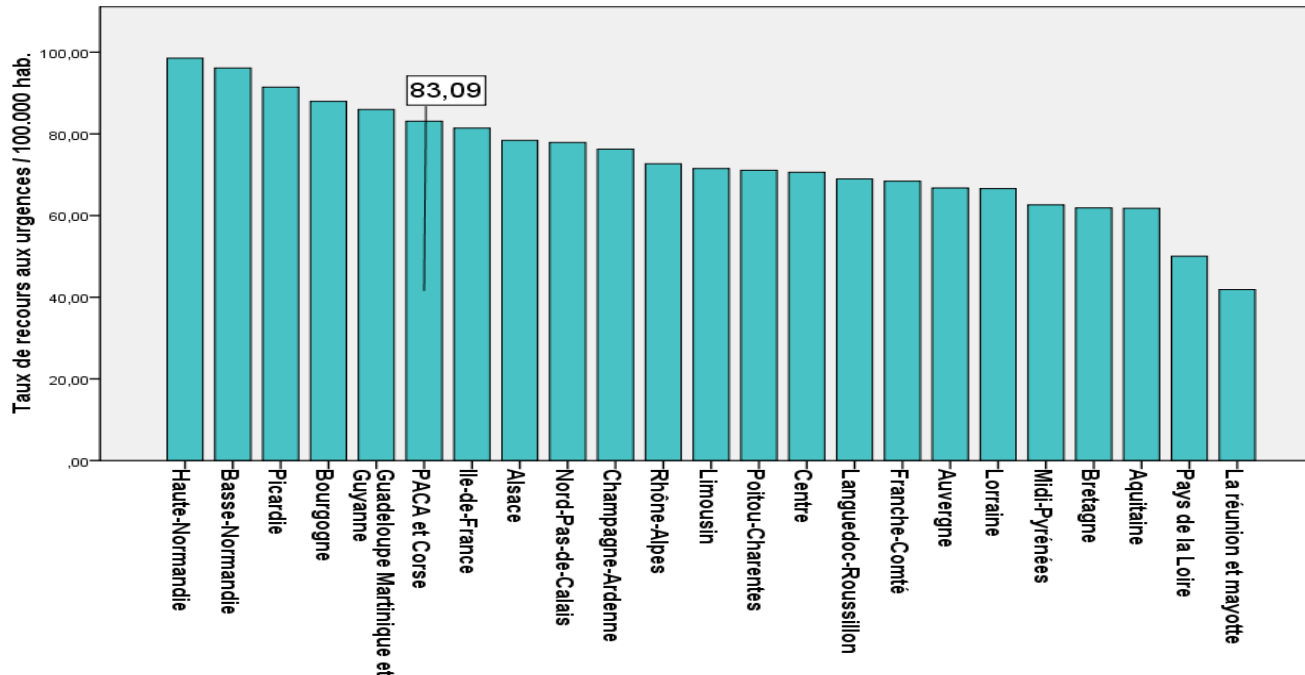
	Semaine du 10 au 14 juin 2013					
Actes	10/06/2013	11/06/2013	12/06/2013	13/06/2013	14/06/2013	Total général
Consultations et visites (C, V, CS et VS)	76041	65123	53961	57673	58752	311550
dont Majorations de nuit	587	587	585	637	521	2917
Régulées Nuits	314	277	287	312	226	1416

Source : ERASME Régional (Médecins généralistes avec une spécialité ( 1, 22, 23 ) )

Pop totale de résidents dans ERASME Régional : 4 167 749

# 1° recours et enquête DREES

- Enquête France entière : possibilité de comparer les résultats avec d'autres régions.



Taux recours aux urgences le 11 juin / 100.000 habitants :

73,6 +/- 13,7  
[41,9 – 98,5]

- L'enquête DREES du 11 juin propose des questions évaluant les modalités de choix du recours aux urgences

**PA\_A42: Au final, le médecin traitant a conseillé de se rendre aux urgences**

**PA\_B42: Au final, un autre médecin a conseillé de se rendre aux urgences**

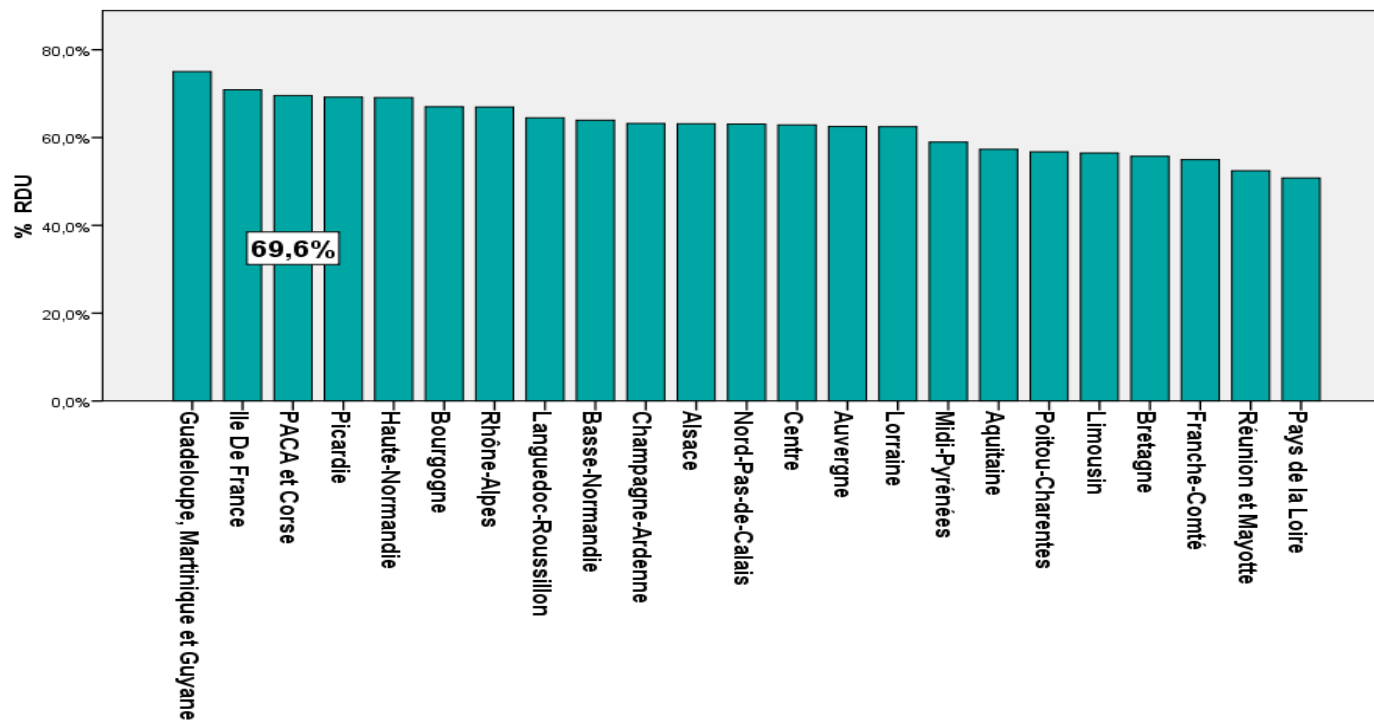
**PA\_C42: Au final, un pharmacien a conseillé de se rendre aux urgences**

**PA\_D42: Au final, le SAMU a conseillé de se rendre aux urgences**

**PA\_E42: Au final, un autre numéro d'appel a conseillé de se rendre aux urgences**

**PA\_F42: Au final, les pompiers ont conseillé de se rendre aux urgences**

# Données DREES et “RDU” - Variation selon les régions



Base nationale enquête DREES : Tx. RDU moyen 62.5% +/- 6.3% [50.8 – 75,0]

- 80% des RPU recueillis au fil de l'eau en PACA en juin 2013.
- Données de “RPU étendu” déjà collectées (8 indicateurs supplémentaires)
- Des variables communes avec l'enquête DREES du 11 juin
  - ▶ Sexe / Age / Période (J/N) / Type de recours / Gravité / Mode de sortie (Hospitalisation/externe) ..
- Les données RPU ne permettent pas d'évaluer le recours direct aux urgences et imparfaitement l'origine des patients.

# 56 SU

80% RPU  
complets  
collectés en 2013

## 2.1 OFFRE DE SOINS

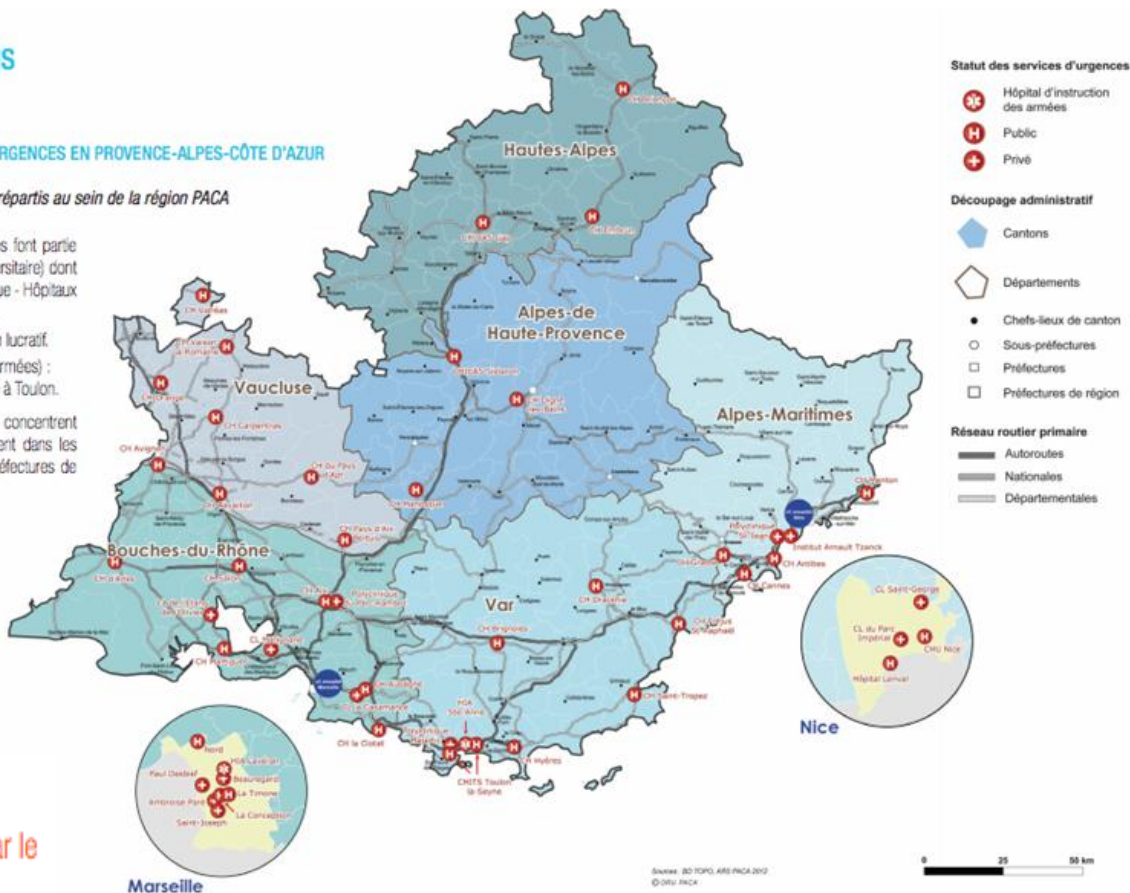
Carte 1

### LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES EN PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

■ 56 services d'urgences sont répartis au sein de la région PACA

- 40 de statut public, 7 de ces sites font partie d'un CHU (Centre Hospitalier Universitaire) dont 5 appartenant à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et 2 au CHU de Nice.
- 14 de statut privé dont 6 à but non lucratif.
- 2 HIA (Hôpitaux d'Instruction des Armées) : Lavéran à Marseille et Sainte-Anne à Toulon.

La majorité de ces services se concentrent sur le littoral de la région, notamment dans les grandes agglomérations des trois préfectures de département.



## MODE D'ADMISSION

Propres moyens	72,0%
VSAV hors SMUR	16,1%
Ambulance	9,6%
SMUR	1,6%

## NOMBRE DE PASSAGES

**1 545 348**

dont 1 119 464 renseignés par le TU.

- Données recueillies au fil de l'eau (Base SAMU PACA)
- Recueil exhaustif de toutes les données non nominatives des bases des 6 SAMU (Données SAMU 84 imparfaites en juin 2013).



# 6 SAMU

## CHIFFRES CLÉS

**NOMBRE D'APPELS** **1 203 228**

Pour 100 habitants 24.4

**NOMBRE D'AFFAIRES** **870 151**

Pour 100 habitants 17.7

**NOMBRE D'APPELS POUR 1 AFFAIRE** **1.7**

Forte suractivité estivale pour les SAMU 04, 05 et 83  
Suractivité le week-end dans tous les SAMU  
et plus marquée dans le 04, le 05 et le 84



**RÉPARTITION DES DÉCISIONS**

Conseils médicaux (211 356) **24.3%**

VSAV hors SMUR (176 785) **20.3%**

Ambulances privées (89 017) **10.2%**

Actes de médecine libérale (72 781) **8.4%**

SMUR primaires (56 082) **6.4%**

Transferts inter-hospitaliers (14 786) **1.7%**

Moyens médicalisés par le SDIS (13 199) **1.5%**

- En 2013, nous ne disposons pas de données spécifiques SMUR mais uniquement des données d'engagement (horaire, motif) et de devenir des patients (Base SAMU PACA).
- L'engagement d'un SMUR est toujours tracée dans les données SAMU.
- Les données SMUR représentent une part faible des admissions aux urgences (2,5%) et des dossiers de régulation médicale (3,2%).
- Nous considèrerons que la contribution des SMUR est numériquement faible et déjà représentée dans les données de régulation ; elles ne contribuent pas à l'évaluation du 1° recours.

1. Problématique
2. Données disponibles
3. Proposition d'analyse appliquée à la région PACA
4. Perspectives

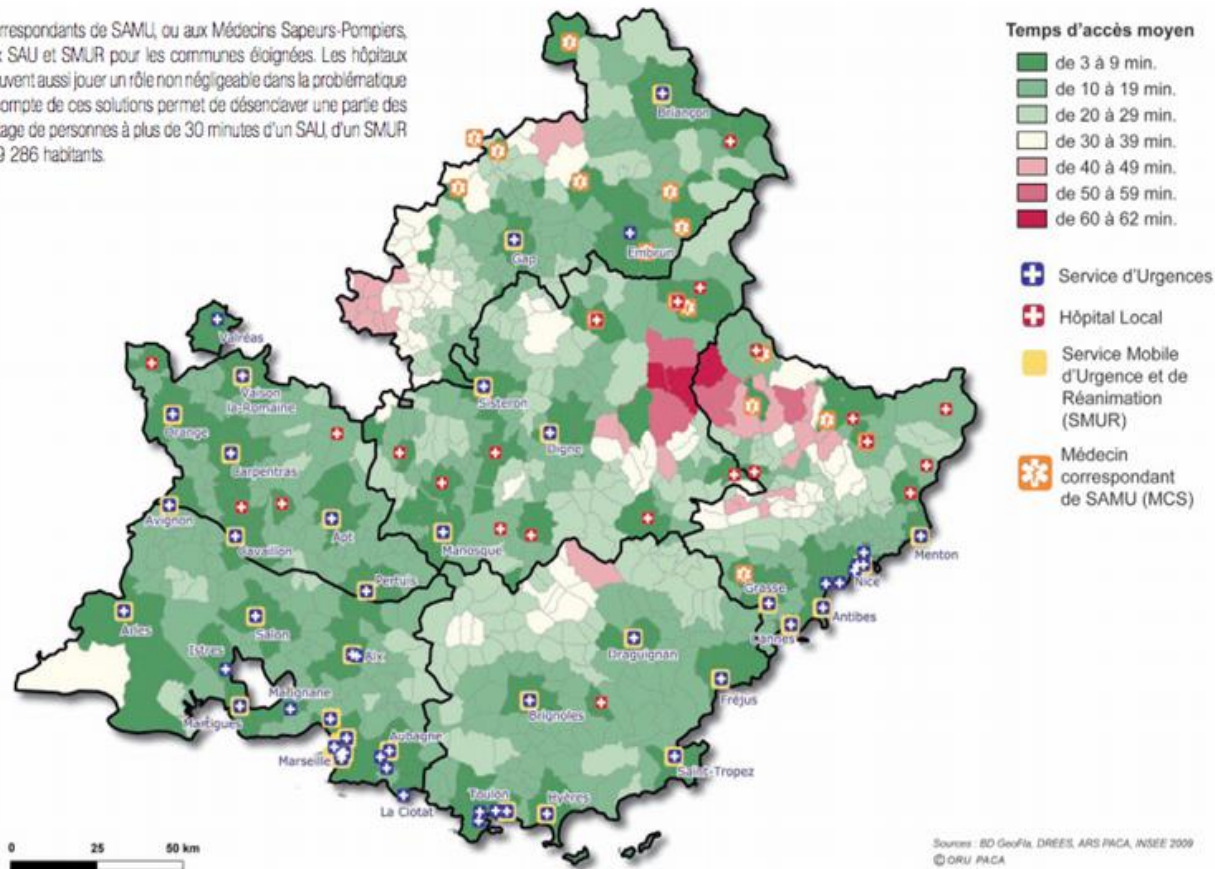
- Population : 4 937 000 (2011)
  - Professionnels de santé libéraux (1 janvier 2012)
    - *Généralistes : 6555 (densité 133/100 000 h)*
    - *Autres spécialités : 7077 (densité 144/100 000 h)*
- (STATISS 2013)

*Fortes variations intra-régionales des densités médicales.*

Carte 7

### ACCESSIBILITÉ COMMUNALE À UN SERVICE D'URGENCES, À UN SMUR, ET À SES ALTERNATIVES

Le recours au réseau des Médecins Correspondants de SAMU, ou aux Médecins Sapeurs-Pompiers, permet de proposer une alternative aux SAU et SMUR pour les communes éloignées. Les hôpitaux locaux, par leur maillage de proximité, peuvent aussi jouer un rôle non négligeable dans la problématique de l'accessibilité aux soins. La prise en compte de ces solutions permet de désenclaver une partie des communes en faisant passer le pourcentage de personnes à plus de 30 minutes d'un SAU, d'un SMUR et de ses alternatives à 99.40%, soit 29 286 habitants.



# Les données disponibles permettent-elles de mesurer la place des urgences dans l'offre de soins de premier recours ?

- ① Evaluer la sollicitation au titre du 1<sup>o</sup> recours des trois acteurs principaux identifiés ?
- ② L'origine communale du patient modifie t-elle le comportement du patient dans sa sollicitation de premier recours ?
- ③ Les données DREES permettent-elles de concevoir un modèle applicable aux RPU pour évaluer les recours directs aux urgences ?

# Evaluer la sollicitation au titre du 1<sup>o</sup> recours des trois acteurs principaux identifiés

- Résultats du 11 juin
  - ▶ Superposition des horaires AM et DREES
  - ▶ Focus sur le recours direct aux urgences (RDU)
  
- Résultats sur l'année
  - ▶ Cibler l'évaluation sur les périodes de PDSA car les données de régulation donnent les engagements de médecins libéraux.

# Résultats du 11 juin 2013

1° intervenant sollicité	1° et 2° prise en charge		Résultats sur 24h	Données
<b>Médecin libéral</b>	<b>Conseil médical</b>		?	
	<b>Consultation</b>		11045	CPAM
		<b>SU</b>	821	DREES
	<b>SU</b>			
<b>SAMU / Centre 15</b>	<b>Conseil médical</b>		404	Régulation
	<b>Médecin libéral</b>	<b>Consultation</b>	69	
		<b>SU</b>	?	Régulation
	<b>SU</b>		768	
<b>Service d'urgence</b>			4370 dont 2415 (RDU)	DREES



# Activité le 11 juin 2013

404 conseils  
843 VSAV  
169 Ambulances  
163 SMUR



**SAMU**  
**1568 Dossiers**

725 patients adressés

768 Arrivées SMUR/VSAV

**Patient**

69 médecins  
libéraux engagés

**1493 Rec. Second.**

Médecins: 55%

Pompiers : 27%

SAMU: 15%

Pharmaciens : 2%

**Libéral 11.045 cs.**

**Non programmées**

(12% non programmées -  
étude DREES 2004).

**SU**  
**4370 cs. dont**  
**2415 RDU**

- **La répartition des consultations de 1<sup>o</sup> recours entre les trois acteurs sur cette journée ne peut pas être évaluée** du fait de l'impossibilité de mesurer de manière fiable les données d'activité non programmée réalisée en médecine ambulatoire (urgence et non urgence).

## Données RPU

Totalité des SU  
Activité de nuit (20h à 8h)

Totalité des patients	430 806
-----------------------	---------

Patients externes	330 118 (77%)
-------------------	---------------

Patients RDU (selon % PACA du 11 juin DREES : 69,6%)	229 762
--	---------

Patients RDU (selon % National du 11 juin DREES : 62,5%)	206 324
--	---------

## Données Assurance Maladie

Actes Médecine libérale  
Activité de nuit (20 à 8h)

Totalité des patients	320 778
-----------------------	---------

42 % urgences / 58% médecins libéraux

39 % urgences / 61% médecins libéraux

- **Données territoriales ?**

- Taux de recours aux services d'urgences par code postal ou code commune (code INSEE)

- **Bases de données disposant de ces variables : RPU / enquête DREES**

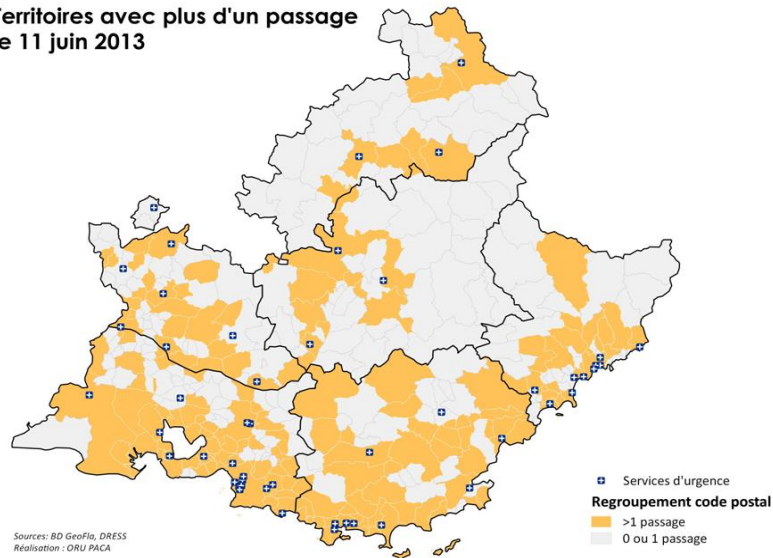
- Exigence de confidentialité
  - Données agrégées par code postal

Dénombrement par communes altéré par le regroupement des données des communes avec un ou aucun patient concerné pour les petits effectifs (DREES).

# L'origine communale du patient modifie t-elle le comportement du patient dans sa sollicitation de premier recours ?

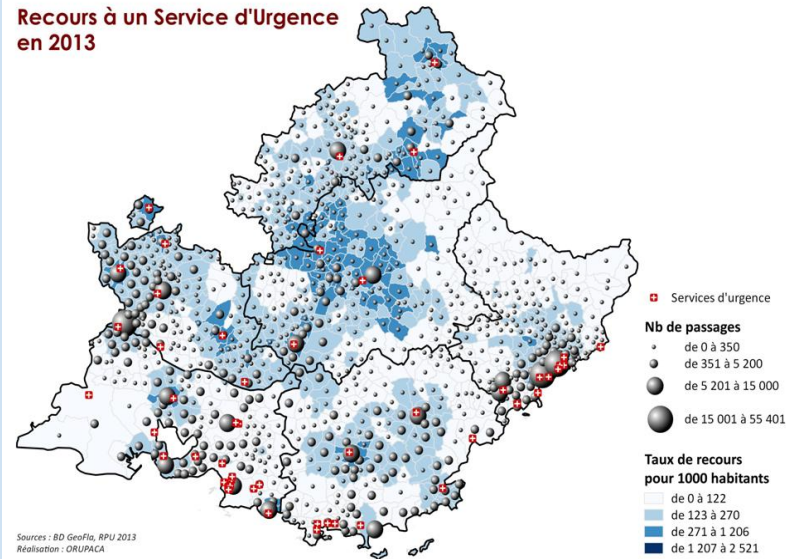
## Carte des communes DREES

Territoires avec plus d'un passage  
le 11 juin 2013



## Carte des communes RPU 2013

Recours à un Service d'Urgence  
en 2013



➔ Accès aux données détaillées indispensable ➔ enquête plus longue

# RDU : Les données DREES permettent elles de concevoir un modèle applicable aux RPU ?

## ■ Objectif et méthode proposée

Est-il possible de prédire le taux de recours direct aux urgences (RDU) à partir des RPU en utilisant les résultats de l'enquête DREES ?

- ① **Quelles sont les variables communes DREES RPU associées au RDU ?**
- ② **Construire un modèle statistique permettant de décrire les facteurs individuels associés aux RDU**
- ③ **Peut-on appliquer le modèle aux RPU ?**
- ④ **Comment valider cette démarche ?**

# RDU : Les données DREES permettent elles de concevoir un modèle applicable aux RPU ?

Variables communes RPU		Recours Direct		p	OR[IC95]	p	Ora[IC95]
<b>Sexe</b>	Homme	1083/1545	70,1%	0,598	1,04 [0,89 - 1,22]	NI	NI
	Femme	973/1406	69,2%				
<b>Age</b>	<75 ans	1970/2674	73,7%	<0,001	5,41 [4,22 - 6,94]	<0,001	3,05 [2,29 - 4,08]
	>75 ans	107/314	34,1%				
<b>Période</b>	Nuit : 20h-8h	641/809	79,2%	<0,001	1,96 [1,62 - 2,38]	<0,001	2,07 [1,67 - 2,58]
	Jour : 8h - 20h	1449/2195	66,0%				
<b>Type recours</b>	Traumatologie	874/1073	81,5%	<0,001	2,57 [2,15 - 3,08]	<0,001	2,02 [1,65 - 2,48]
	Autres recours	1194/1894	63,0%				
<b>Gravité</b>	CCMU 1 et 2	1598/2145	74,5%	<0,001	3,07 [2,53 - 3,74]	0,013	1,38 [1,07 - 1,79]
	CCMU 3 à 5	263/540	50,1%				
<b>Durée séjour</b>	< 4 heures	1784/2379	75,0%	<0,001	3,13 [2,61 - 3,73]	<0,001	1,57 [1,25 - 1,98]
	> 4 heures	505/624	48,9%				
<b>Mode de sortie</b>	Hospitalisation	214/504	42,5%	<0,001	4,07 [3,34 - 4,97]	<0,001	1,82 [1,38 - 2,40]
	Externe	1876/2500	75,0%				

## Modèle logistique.

Adéquation du modèle avec 74.5% de bonne prédiction.

Il permet de calculer une probabilité individuelle de RDU.

> Probabilité moyenne prédite : 69.74 % +/- 0.17 (70.1% de RDU sur les données)

# RDU : Les données DREES permettent elles de concevoir un modèle applicable aux RPU ?

**Comparaison des 2 populations sur les variables incluses dans le modèle.**

Variables	DRESS PACA 11 juin	RPU PACA 2013
N	3056	665.837
> 75 ans	11%	9,80%
Homme	51%	51,80%
Nuit	27%	26,60%
Gravité > 2	79,70%	82,30%
Traumatologie	36,20%	32,60%
Séjour > 4H	20,70%	21,60%
Hospitalisation	17%	15,90%

## Probabilité Individuelle de RDU sur les données RPU PACA 2013:

Moyenne : 65.1% +/- 14.0% (69.4% sur l'échantillon 11 juin)

Médiane : 68.5% [Q1: 59.4 – Q3: 74.9]

Piste à  
valider par  
une enquête  
intégrant le  
RDU dans le  
RPU  
++

**Sur les RPU PACA 2013 sélection des:** *Patient résidents en PACA (CP) & Patients arrivés personnelles (M, VSAB, FO) & Exclusion des décès et des sorties non convenue.*



- Les données disponibles sont insuffisantes pour évaluer précisément la place des urgences dans le premier recours diurne.
- Elles permettent d'approcher le nombre de patient de 1<sup>o</sup> recours pris en charge par les services d'urgence en RDU, en période nocturne pour notre région → **Sur l'année en PDSA de nuit : 39 à 42% des patients**
- Les données DREES sur la **commune d'origine des patients n'est pas exploitable** dans la forme transmise (Confidentialité)
- La modélisation des Recours Directs aux Urgences applicable aux RPU est une piste à explorer

- Les données DREES donnent des informations rares sur le recours direct aux urgences (RDU).
- Les données RPU sont exhaustives mais ignorent le RDU.
- Les données SAMU/Centre 15 permettent une cartographie communale partielle du 1<sup>o</sup> recours mais ignorent le RDU.
- Les données SMUR n'apportent pas d'information et représentent des effectifs trop limités.
- Les données de consommation de soins sont complexes à traiter mais apportent des informations déterminantes en période de PDSA.
- Le conseil médical apporté par les médecins libéraux dans le cadre du 1<sup>o</sup> recours n'est pas mesuré.

1. Problématique
2. Données disponibles
3. Proposition d'analyse appliquée à la région PACA
4. Perspectives

- La mise en cohérence et l'exploitation des différentes bases de données est encore à parfaire pour évaluer la répartition de charge entre les différents acteurs du premier recours.
- **Utilisation du SNIIRAM**
  - Les données détaillées figurent dans le DCIR
  - Ces informations permettront de connaître la chronologie des sollicitations à l'assurance maladie pour un patient donnant lieu à un ATU.
  - Limites : les données sensibles ne peuvent être croisées, commune de résidence et date de soins.

- **Une enquête à l'échelle d'une région sur le recours direct aux urgences (RDU).** Les options suivantes pourraient être retenues :
  - Enquête à l'échelle d'une région.
  - Extension du RPU adapté à l'évaluation du 1<sup>o</sup> recours (enquête DREES / recommandations de la FEDORU).
  - Lien avec les dossiers de régulation (automatisme en place en PACA).
  - Etude du motif de recours et du diagnostic lié au 1<sup>o</sup> recours aux urgences.
  - Etude du lien entre médecine générale et service d'urgence (avant ...)
  - Investigation selon la commune et le tiers professionnel sollicité.

- Evaluer la **faisabilité du modèle prédictif de RDU** selon le profil patient.
- Les données d'évaluation du RDU pourraient à terme être incluses dans les RPU si le modèle prédictif apparaît insuffisant.
- Augmenter la fréquence des évaluations nationales sur échantillon.

- L'évaluation du 1<sup>o</sup> recours est un enjeu fondamental et totalement cohérent avec les missions des ARS sur l'organisation de l'accès aux soins.
- L'évaluation du premier recours est un objectif de la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU).



*Merci pour votre attention*