

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



AOÛT
2020

NUMÉRO
1157

9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville

Près de neuf patients sur dix passés par les urgences hospitalières en 2017 ont également consulté un médecin généraliste en ville au cours des 12 mois qui précédaient ce passage. Ces patients pris en charge aux urgences ont un nombre plus élevé de consultations en ville que les autres patients ayant recours dans l'année à un médecin généraliste : 6,0 consultations contre 4,6 par an en moyenne. Les patients qui se rendent aux urgences plusieurs fois par an font également fortement appel à la médecine de ville : ils sont très peu nombreux à ne recourir qu'exclusivement aux urgences.

La venue aux urgences s'inscrit parfois dans un épisode de soins plus large du patient. Ainsi, plus d'un patient sur six a consulté un généraliste en ville durant la semaine qui a précédé son passage aux urgences.

En outre, les passages aux urgences qui ne se soldent pas par une hospitalisation se traduisent la semaine suivante, dans près d'un cas sur quatre, par une consultation de médecin généraliste et, dans un cas sur dix, par une consultation de médecin spécialiste.

En 2017, 18 % des personnes assurées à l'un des trois grands régimes de la Sécurité sociale se sont rendues dans une structure des urgences hospitalières en France (*encadré 1*). Les populations les plus jeunes et les plus âgées sont davantage représentées dans cette population. Les taux de recours sont de 33 % sur l'année pour les moins de 5 ans et de 30 % pour les plus de 85 ans. Les personnes ayant une affection de longue durée (ALD) ou qui présentent un facteur de risque¹ sont également plus souvent amenées à se rendre aux urgences (avec un taux de recours de respectivement 23 % et 32 %). Enfin, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), populations précaires en plus mauvaise santé que les autres assurés, sont aussi plus nombreux à recourir aux urgences (30 % de recours contre 19 % pour les moins de 65 ans en général²).

Les points d'accueil des urgences, ouverts à tous 24 h/24, sont une des formes possibles de prise en charge des soins non programmés et peuvent s'articuler plus ou moins bien avec les autres possibilités offertes par la médecine de ville. Les passages aux urgences sont de plus en plus nombreux chaque année : de 16,9 millions en 2009, ils sont passés

...

1. La présence de facteurs de risque est repérée à partir des diagnostics issus des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO) des cinq dernières années. Les diagnostics ciblés sont ceux qui rentrent en compte dans le calcul du score de Charlson :

tumeurs, maladies cérébrovasculaires, maladies hépatiques, maladies rénales, diabètes, etc.

2. Les bénéficiaires de la CMU-C sont comparés aux personnes de moins de 65 ans, car il y a peu de retraités parmi les bénéficiaires de la CMU-C (Jess, 2015).

Layla Ricroch et Tom Seimandi (DREES)

ENCADRÉ 1

Sources et méthodes

L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) est un échantillon représentatif (1/97^e) des personnes protégées par les grands régimes d'assurance maladie obligatoire : régime général (y compris 10 sections locales mutualistes [SLM] depuis 2016), régime social des indépendants (RSI) et régime de la Mutualité sociale agricole (MSA)¹. Ces bénéficiaires représentent 96 % de la population protégée par un régime d'assurance maladie obligatoire en France. L'EGB contient des informations sur les caractéristiques démographiques et médicales des bénéficiaires « afin d'assurer le suivi de la consommation de soins et des taux de recours aux soins »². Les bénéficiaires qui n'ont pas perçu de remboursement de soins pendant la période étudiée font également partie de l'échantillon. L'EGB comporte seulement les soins remboursables ayant fait l'objet d'une demande de remboursement.

L'EGB permet de disposer des consommations en médecine de ville et également des hospitalisations à travers un chaînage avec les données administratives issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), collectées par les établissements de santé et centralisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Chaque passage aux urgences, qu'il se traduise par une hospitalisation ou non, donne lieu à un enregistrement dans le PMSI. L'heure de prise en charge ne figure pas dans les informations, l'ordre des soins au cours d'une même journée non plus.

Les passages aux urgences

Parmi la population protégée au moins un jour en 2017 par l'un des trois régimes (régime général dont 10 SLM, RSI et MSA), 196 000 passages aux urgences sont identifiés dans l'échantillon.

Un patient peut aller plusieurs fois dans l'année aux urgences. Grâce à l'identifiant non signifiant du patient, il est possible d'affecter chaque passage aux urgences à son patient. Dans l'échantillon, les 196 000 passages correspondent à 130 000 patients différents. Ainsi, 29 % des patients sont venus au moins deux fois aux urgences dans l'année 2017 (19 % deux fois, 6 % trois fois et 4 % plus de trois fois).

Patientèle des urgences et patientèle non passée par les urgences

Lorsqu'il est question de la consommation de soins de villes, l'étude se restreint aux bénéficiaires âgés de moins de 85 ans y compris pour la patientèle des urgences. En effet, de nombreux bénéficiaires très âgés vivent en institution et les données utilisées ne permettent pas de les isoler. Pour ces patients, les consultations médicales peuvent être effectuées par les médecins des établissements d'hébergement, sans être toujours reportées dans les données administratives de l'Assurance maladie. Ne sont pas non plus comptabilisés les bénéficiaires du régime social des indépendants (RSI) et de la Mutualité sociale

agricole (MSA), car dans ces deux régimes, il est souvent impossible d'identifier dans les données mobilisées les consultations chez des praticiens exerçant à titre libéral des autres.

Dans cette étude, la patientèle des urgences est comparée à une « patientèle non passée par les urgences », composée des personnes qui ne se sont pas rendues aux urgences mais qui ont vu au moins une fois un généraliste en ville en 2017.

Cette comparaison est fruste. Elle vise simplement à décrire le comportement moyen de recours aux soins de personnes ayant connu au moins une fois dans l'année un problème de santé, selon que ces personnes sont passées par les urgences ou non.

Dates de référence et recours de référence

Afin d'étudier les parcours des patients, on sélectionne par tirage au sort un des passages aux urgences de l'année quand un patient est venu plusieurs fois aux urgences au cours de l'année 2017. Ce passage aux urgences devient ainsi le passage de « référence » (ou recours de référence), qui permet de déterminer les actions de santé menées la veille, la semaine précédente ou l'année précédente (schéma ci-dessous).

De la même façon, pour la patientèle non passée par les urgences, une consultation médicale auprès d'un généraliste est tirée au sort et devient le recours de référence, ce qui permet d'identifier les épisodes de soin entre la veille de ce recours et les 12 mois qui précèdent.

Lorsqu'une consultation a lieu le même jour que le recours de référence (aux urgences ou chez un généraliste), il est impossible de savoir si elle a lieu avant ou après. C'est pourquoi ces consultations ne sont pas prises en compte. Elles sont tout de même assez fréquentes : par exemple, le jour même du passage aux urgences, 10 % des patients consultent un médecin généraliste en ville. Le recours aux soins de ville des patients des urgences est donc sous-estimé dans cette étude³.

Modélisation du recours aux soins de ville

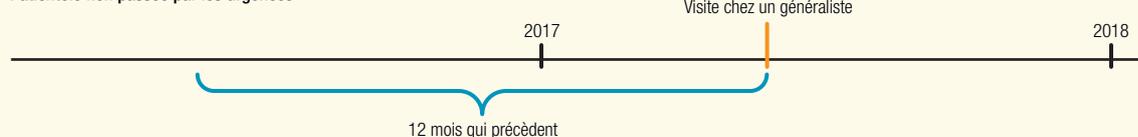
Le nombre de recours à un médecin peut être spécifié par des modèles de comptage, car le nombre de consultation ou visite est positif ou nul et prend des valeurs entières. La variance du nombre de visites étant bien supérieure à la moyenne des visites⁴, un modèle binomial négatif à surdispersion variable est utilisé (dit aussi binomial négatif de type 2). Le nombre de recours à un généraliste en ville est modélisé en tenant compte des classes d'âge, du sexe, de la présence d'une affection de longue durée (ALD), de la présence de facteurs de risque, du fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de résider dans un des dix départements les moins denses en médecins généralistes libéraux. Une fois tous ces facteurs pris en compte, le nombre de recours à un médecin généraliste de la patientèle des urgences est supérieur de 27 % à celui de la population témoin sur 12 mois (tableau B complémentaire sur internet).

Les résultats portent sur l'année 2017. Le même travail effectué sur l'année 2016 a conduit à des résultats similaires.

Patientèle des urgences



Patientèle non passée par les urgences



1. Au 1^{er} janvier 2016, 9 SLM sont incluses dans l'EGB qui couvre à cette date 94,5 % de la population protégée par un régime de Sécurité sociale en France. L'EGB intègre la Mutuelle des étudiants (LMDE) (10^e SLM) à partir de mars 2016, si bien que 95,6 % de la population protégée y est alors prise en compte.

2. Arrêté du 20 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du système d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram).

3. En effet, le fait de consulter deux fois un médecin généraliste au cours d'une même journée est marginal. Ainsi, si l'on comptait les consultations d'un généraliste le même jour que le recours de référence, le recours des patients aux urgences augmenterait alors que celui des patients non passés par les urgences resterait stable.

4. Analyse confirmée par un test de surdispersion.

à 20,7 millions en 2017³. La progression annuelle de +2,5 % en moyenne est cinq fois plus élevée que la croissance de la population résidant en France.

Cette expansion continue, qui expose les urgences à des tensions et à un risque de saturation, conduit à interroger la pertinence d'une partie des recours aux urgences, plutôt qu'à une autre forme d'offre de soins de premiers recours. En particulier, le recours aux urgences de certains patients pourrait révéler un défaut de recours à la médecine de ville, qui conduirait à un excès de fréquentation des urgences. Il pourrait également suggérer un défaut d'articulation entre médecine de ville et services d'urgences, sur lequel travailler pour réguler le nombre de passages aux urgences.

L'étude présentée ici ne permet pas de répondre directement à ces questions. Elle propose néanmoins des éléments chiffrés utiles décrivant le degré d'insertion de la patientèle des urgences dans la médecine de ville. Celui-ci s'avère très élevé.

88 % des patients venus aux urgences ont consulté un généraliste en ville dans les 12 mois qui ont précédé leur passage

88 % des patients de moins de 85 ans passés aux urgences hospitalières en 2017⁴ ont eu recours au moins une fois à un généraliste⁵ en dehors d'un établissement de santé dans les 12 mois qui ont précédé (tableau 1). 54 % d'entre eux ont même consulté au moins quatre fois un généraliste en amont de leur passage aux urgences. Parmi les patients des urgences ayant consulté un généraliste, le nombre moyen de recours s'élève à 6,0 dans les douze derniers mois.

Ainsi, la grande majorité des patients des urgences semble *a priori* bien insérée dans la médecine de ville. Pour mettre en perspective ces chiffres, il est utile de les comparer au comportement du restant de la population. Ainsi, les patients qui sont passés par des urgences hospitalières ont plus souvent vu un médecin généraliste

(88 % contre 77 %), dans les 12 mois qui ont précédé leur recours aux urgences, que le reste de la population en un an.

Toutefois, cette vision reste grossière, car elle met en regard des patients qui ont tous un problème de santé (les patients des urgences) avec une population plus nombreuse, dont une part peut ne pas avoir eu besoin du tout de consulter un médecin pendant l'année étudiée.

C'est pourquoi on compare dans le restant de l'étude les patients des urgences à la « patientèle non passée par les urgences », définie comme l'ensemble des assurés qui ne se sont pas rendus aux urgences en 2017, mais qui ont consulté au moins une fois un généraliste cette année-là.

Le nombre de consultations chez un généraliste est plus élevé pour les patients des urgences

Les patients des urgences ont consulté au moins aussi souvent un généraliste en ville que les patients non passés par

3. En France métropolitaine hors service de santé des armées.

4. Dans toute la suite de l'étude, seuls les bénéficiaires âgés de moins de 85 ans sont pris en compte. En outre, seuls les assurés du régime général (sections locales mutualistes incluses) sont comptabilisés (encadré 1). La population considérée dans cette étude représente plus de 85 % de la population de l'échantillon généraliste des bénéficiaires.

5. Consultations et visites sont comptabilisées ensemble dans l'étude, sans distinction, qu'elles aient lieu auprès de médecins libéraux ou de médecins salariés de centres de santé par exemple. Seules les consultations en dehors d'un établissement de santé sont considérées afin de ne pas tenir compte des passages aux urgences qui peuvent parfois être comptabilisés comme une consultation dans les données de l'Assurance maladie. En outre, les consultations chez un pédiatre sont considérées dans l'étude au même titre que les consultations chez un généraliste, car certains enfants ne sont suivis que par un pédiatre. Ainsi, ces derniers ne sont pas inclus dans les médecins spécialistes.

TABLEAU 1

Recours annuels à un généraliste en ville pour la patientèle des urgences et pour la patientèle non passée par les urgences

	Patients des urgences					Patients non passés par les urgences			
	Tous	Au moins 1 autre recours aux urgences dans les 12 derniers mois	Au moins 2 autres recours aux urgences dans les 12 derniers mois	Au moins 3 autres recours aux urgences dans les 12 derniers mois	Patients avec CMU-C *	Patients avec ALD ou facteurs de risque *	Tous	Patients avec CMU-C	Patients avec ALD ou facteurs de risque *
Effectif	109 176	19 201	4 691	1 462	16 237	36 338	380 289	35 586	92 482
Taux de recours à un généraliste (en %)	88	91	92	92	89	92	86	88	94
Nombre médian de recours	4	5	6	7	5	6	3	4	5
Nombre moyen de recours									
- Tous	5,2	6,7	7,9	9,1	6,3	7,2	3,9	5,0	5,8
- Patients ayant eu au moins un recours	6,0	7,4	8,6	9,9	7,0	7,8	4,6	5,6	6,1

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; ALD : affection de longue durée.

* Les populations des patients bénéficiaires de la CMU-C et de ceux bénéficiaires d'une ALD ne sont pas disjointes : une partie des patients sont à la fois bénéficiaires de la CMU-C et d'une ALD.

Notes • La comparaison recouvre les assurés qui ne se sont pas rendus aux urgences mais qui ont vu au moins une fois un généraliste en ville en 2017. Pour cette population, le recours de référence est choisi aléatoirement parmi les recours au médecin généraliste en 2017. Pour les patients des urgences, le recours de référence est choisi aléatoirement parmi leurs passages aux urgences de 2017. Les effectifs sont calculés au sein d'un échantillon représentatif au 1/97^e des bénéficiaires du régime général (y compris 10 SLM), de la MSA et du RSI.

Lecture • 88 % des patients des urgences ont eu recours au moins 1 fois à un généraliste dans les 12 mois qui précèdent le recours de référence, contre 86 % des patients non passés par les urgences. Le nombre médian de recours pour la patientèle des urgences est de 4 : ainsi, la moitié de cette patientèle a eu recours au moins 4 fois à un généraliste dans les 12 mois précédant le passage aux urgences. Parmi les patients ayant eu recours à un médecin généraliste en plus du recours de référence (aux urgences ou chez un généraliste), les patients des urgences comptabilisent en moyenne 6 visites ou consultations, contre 4,6 pour la patientèle non passée par les urgences.

Champ • Échantillon de la population protégée par le régime général (10 sections locales mutualistes [SLM] incluses), de moins de 85 ans.

Source • CNAMTS, EGB 2017, traitement DREES.

les urgences, avec 88 % contre 86 % de recours à un généraliste durant les 12 mois précédant le recours de référence⁶ (tableau 1). Pour les patients des urgences comme pour les autres patients, les personnes qui souffrent d'une ALD, ou pour lesquelles des facteurs de risque ont été identifiés, ont vu plus fréquemment un généraliste dans l'année que la population sans ALD/facteurs de risque. Les bénéficiaires de la CMU-C ont vu un généraliste dans l'année aussi souvent que les non-bénéficiaires pour les deux populations également. Le taux de recours à un généraliste durant les 12 mois précédant le recours de référence est très proche pour les patients des urgences et pour les patients qui n'y sont pas passés, quelle que soit la classe d'âge (tableau A complémentaire)⁷.

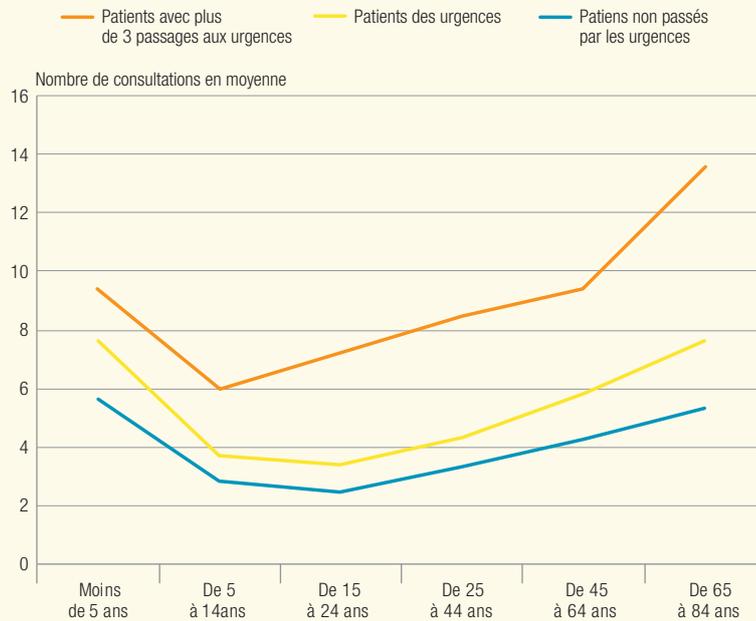
Si les taux de recours sont à peu près identiques, le nombre moyen de visites chez le généraliste dans l'année précédant le recours de référence est plus élevé pour les patients des urgences que pour la patientèle non passée par les urgences : on compte 1,3 consultation de plus durant les 12 mois précédant le recours de référence pour les patients des urgences (tableau 1). En outre, les patients des urgences effectuent plus de consultations chez un médecin généraliste quel que soit leur âge (graphique 1). Au total, une fois certaines caractéristiques des bénéficiaires prises en compte à l'aide d'une modélisation toutes choses égales par ailleurs, les patients des urgences ont comptabilisé 27 % de consultations avec un généraliste de plus que la patientèle non passée par les urgences (encadré 1).

Les patients qui se sont rendus fréquemment aux urgences en 2017, soit au moins quatre fois dans l'année, ne se sont pas limités à ces recours à l'hôpital. Ils ont été plus enclins à recourir à la médecine de ville que l'ensemble des patients des urgences (ainsi que les patients non passés par les urgences). Ainsi, 92 % d'entre eux ont eu recours à un généraliste, pour une moyenne de presque 10 consultations ou visites durant l'année ayant précédé le passage aux urgences de référence.

Ces éléments ne permettent pas de dire si, oui ou non, le passage aux urgences

GRAPHIQUE 1

Nombre moyen de visites chez un généraliste dans les 12 derniers mois, par classes d'âge



Lecture • Les bénéficiaires de 25 à 44 ans qui se sont rendus aux urgences en 2017 ont eu en moyenne 4,3 consultations ou visites chez un généraliste (ou pédiatre) en ville dans les 12 mois qui ont précédé leur recours aux urgences.

Champ • Échantillon de la population protégée par le régime général (10 sections locales mutualistes [SLM] incluses), de moins de 85 ans.

Source • CNAMTS, EGB 2017, traitement DREES.

TABLEAU 2

Répartition des patients des urgences sans recours à la médecine de ville dans les 12 mois qui précèdent

	Patients des urgences en général	Patients avec d'autres recours aux urgences dans les 12 derniers mois	
		au moins 1 autre recours	au moins 2 autres recours
Effectif total	109 176	19 201	4 691
Effectif sans recours à la médecine de ville dans les 12 mois qui précèdent	10 326	1 396	311
Part des patients sans recours dans les 12 mois qui précèdent (en %)	9	7	7
Effectif des patients sans recours rapporté au total des patients des urgences (en %)	9	1	0,3

Note • Les effectifs donnés sont au sein d'un échantillon d'environ 86 % des patients de l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2017, qui est lui-même un échantillon représentatif au 1/97^e des bénéficiaires du régime général (y compris 10 SLM), de la MSA et du RSI.

Lecture • 9 % des patients des urgences en 2017 n'ont eu aucun recours en ville dans les 12 mois qui ont précédé leur passage aux urgences.

Champ • Échantillon de la population protégée par le régime général (10 sections locales mutualistes [SLM] incluses), de moins de 85 ans, restreint aux patients passés par les urgences en 2017.

Source • CNAMTS, EGB 2017, traitement DREES.

6. La notion de « recours de référence » est définie en détail dans l'encadré 1, qui rappelle également les sources et méthodes mobilisées.

7. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

se fait par substitution au recours à un médecin généraliste. Mais ils laissent à penser que cet effet de substitution, s'il existe, n'est pas dominant, au motif que la patientèle des urgences fréquente plutôt plus souvent les généralistes que les autres patients ayant recours aux généralistes. Pour autant, rien ne permet de conclure que leur recours aux généralistes ne serait pas encore plus important si elle n'accédait pas aux urgences.

Le nombre de patients venus fréquemment aux urgences sans aucun recours à la médecine de ville est très faible

En 2017, au plus 9 %⁸ des patients des urgences n'ont eu recours ni à un généraliste ni à un spécialiste en ville⁹ pendant les 12 mois ayant précédé leur passage aux urgences. Cette proportion diminue un peu lorsque, pendant ces 12 mois, les patients s'étaient déjà rendus au moins une fois aux urgences (tableau 2).

Les patients sans recours en ville en amont de leur passage aux urgences sont plus souvent des hommes : c'est le cas de 65 % de ces patients quand les hommes représentent 49 % de l'ensemble des patients des urgences. 6 patients des urgences sans recours en ville sur 10 ont entre 15 et 44 ans, contre 4 sur 10 pour l'ensemble des patients des urgences. En outre, les patients sans recours en ville sont moins souvent atteints de facteurs de risque ou d'une ALD que l'ensemble des patients des urgences.

Par ailleurs, ces patients sont en contact avec les professions de santé en ville, puisque la moitié d'entre eux ont acheté des médicaments remboursables en présentant une ordonnance. 11 % d'entre eux ont bénéficié de soins infirmiers dans l'année ayant précédé leur passage de référence, une proportion qui atteint même 23 % pour les plus de 65 ans. Enfin, le nombre de passages aux urgences des patients des urgences sans recours en ville est inférieur à celui des patients des urgences qui sont aussi des usagers de la médecine de ville.

Très peu de patients se sont rendus fréquemment aux urgences sans avoir eu

de recours médical en ville : les patients passés au moins deux autres fois aux urgences dans les 12 mois précédents et qui n'ont eu aucune visite médicale en

ville durant la même période ne représentent que 0,3 % des patients des urgences en 2017 (tableau 2). Le très faible nombre de patients présentant

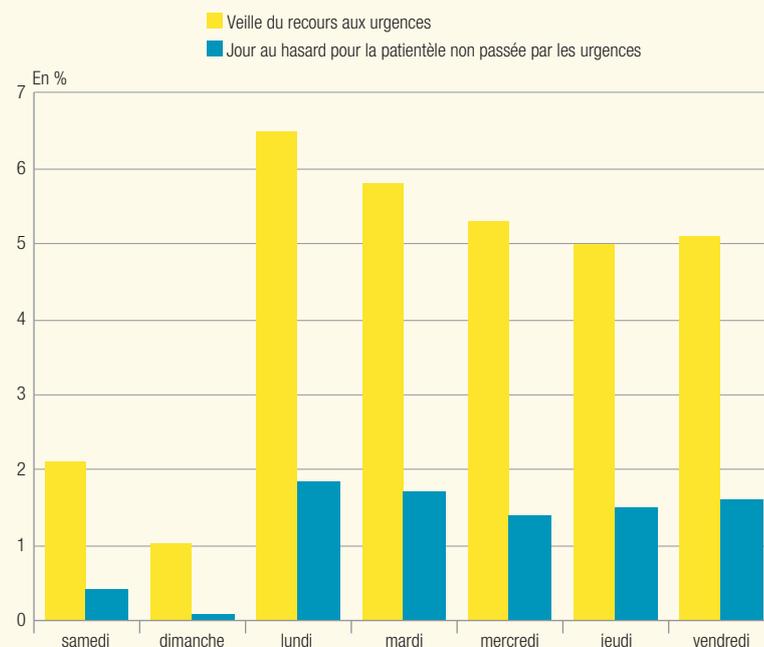
ENCADRÉ 2

La veille du recours aux urgences

Le recours aux urgences peut provenir d'une dégradation de l'état de santé, avec un problème de santé qui dure depuis plusieurs jours, et non seulement d'un événement brusque. Dans l'enquête nationale sur les structures d'urgences du 11 juin 2013, 15 % des patients arrivés non inconscients aux urgences déclarent que la situation les ayant conduits aux urgences avait débuté la veille, et pour 30 %, la situation avait même débuté plusieurs jours avant. Cette antériorité des symptômes se traduit parfois par des consultations en ville avant de se rendre aux urgences. Dans cette même enquête, 23 % des patients arrivés non inconscients déclarent avoir été conseillé par un médecin de se rendre aux urgences et 19 % déclarent une consultation dans les 24 heures qui précèdent le recours aux urgences. Les données de remboursement permettent de mesurer ce pic de consultation ou visite médicale la veille du recours aux urgences : 4 % des patients ont vu un médecin en ville la veille, contre 1 % de visite quotidienne pour les autres personnes protégées. Ce recours supérieur de la patientèle des urgences s'observe pour chaque classe d'âge. Bien sûr, ce taux de recours la veille est très dépendant de l'offre de soins de ville. Lorsque la veille du recours aux urgences est un jour de week-end, les taux de recours à un médecin en ville sont plus faibles. Pour cette raison, l'étude porte sur les recours dans la semaine précédant le recours de référence plutôt que sur les recours ayant lieu la veille.

Si les taux de recours en ville au cours du week-end, la veille d'un passage aux urgences sont faibles, ils restent supérieurs à ceux observés un samedi ou un dimanche pour la patientèle non passée par les urgences (encadré 1). En outre, le jour du passage aux urgences, 10 % des patients consultent un médecin généraliste en ville, mais il est impossible de savoir si la consultation a lieu avant ou après le passage aux urgences. Au vu des résultats de l'enquête nationale sur les structures des urgences cités ci-dessus, il est probable que la plupart de ces consultations aient eu lieu en amont du passage aux urgences.

Taux de recours à un médecin généraliste en ville selon le jour de la semaine



Lecture • 2,1 % des patients qui se sont rendus aux urgences le dimanche avaient consulté un généraliste en ville la veille (samedi).

Champ • Échantillon de la population protégée par le régime général (10 sections locales mutualistes [SLM] incluses), de moins de 85 ans.

Source • CNAMTS, EGB 2017, traitement DREES.

8. Les données utilisées conduisent à surestimer cette proportion. En effet, elles ne permettent pas d'identifier les patients résidant dans des institutions. Or, pour ces patients, les consultations médicales peuvent être effectuées par les médecins des établissements d'hébergement et ne sont pas toujours reportées dans les données administratives de l'assurance maladie. Nous avons limité ce biais en excluant de l'échantillon les personnes âgées de plus de 85 ans.

9. Ils ont toutefois pu avoir des consultations médicales à l'hôpital (aussi appelées consultations externes).

ces caractéristiques dans l'échantillon (311 patients) ne permet pas une description fine de cette population.

Au moins 17 % des patients des urgences ont vu un généraliste dans la semaine qui a précédé leur passage aux urgences

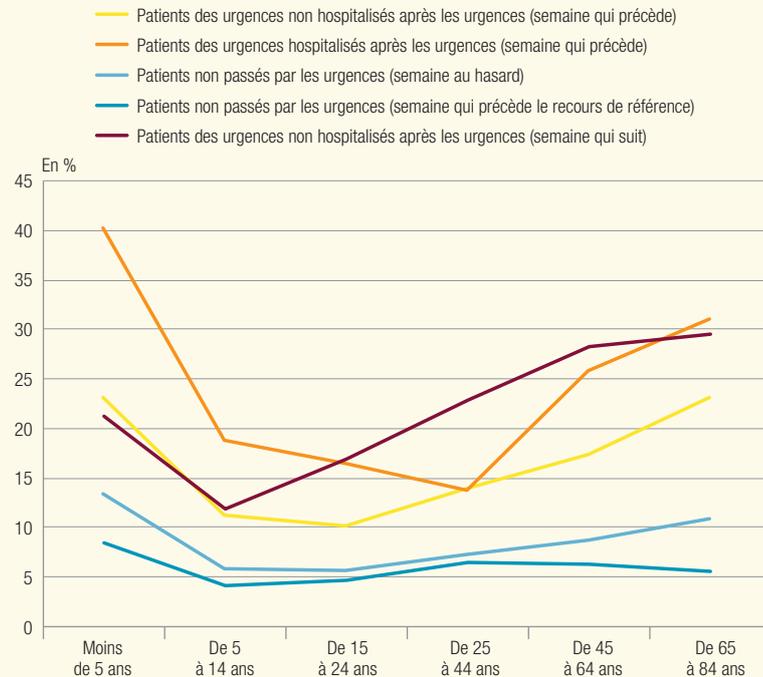
Le recours aux urgences peut s'inscrire dans la trajectoire ou l'épisode de soins du patient, avec des consultations chez un généraliste ou un pédiatre dans un temps resserré autour du passage aux urgences. Il peut être le fruit d'un état de santé qui continue de se dégrader, d'un adressage des médecins de ville au système hospitalier ou même d'une impatience de certains patients qui bien que bénéficiant du traitement adéquat n'en ressentent pas encore les effets.

Pour s'affranchir des fortes variations de l'offre de soins de ville suivant le jour de la semaine considéré (encadré 2), on s'intéresse au taux de recours au médecin généraliste dans la semaine qui précède le passage aux urgences. Les patients des urgences ont été plus nombreux à voir un généraliste en ville que la population sans passage aux urgences mais ayant eu une consultation en 2017 (au moins 17 %¹⁰, contre 8 % des autres patients durant une semaine quelconque de 2017¹¹) [encadré 1]. Leurs recours à la médecine de ville ont été deux fois plus souvent associés à des majorations pour consultation en urgences, consultation de nuit ou consultation le dimanche, que pour la patientèle non passée par les urgences. Les passages aux urgences qui n'ont pas été suivis d'une hospitalisation ont moins souvent fait l'objet d'une consultation médicale en ville la semaine précédente que les passages suivis d'hospitalisation (16 % contre 25 %), et ce pour toutes les tranches d'âge excepté les 25-45 ans (graphique 2). Cela suggère que lorsque le patient a consulté un généraliste en amont de sa venue aux urgences, son passage aux urgences s'est avéré plus sévère que la moyenne.

Le taux de recours à un médecin spécialiste¹² en ville en amont du recours de référence (la semaine avant) est légèrement plus élevé pour la population

GRAPHIQUE 2

Taux de recours à un généraliste en ville, par classes d'âge



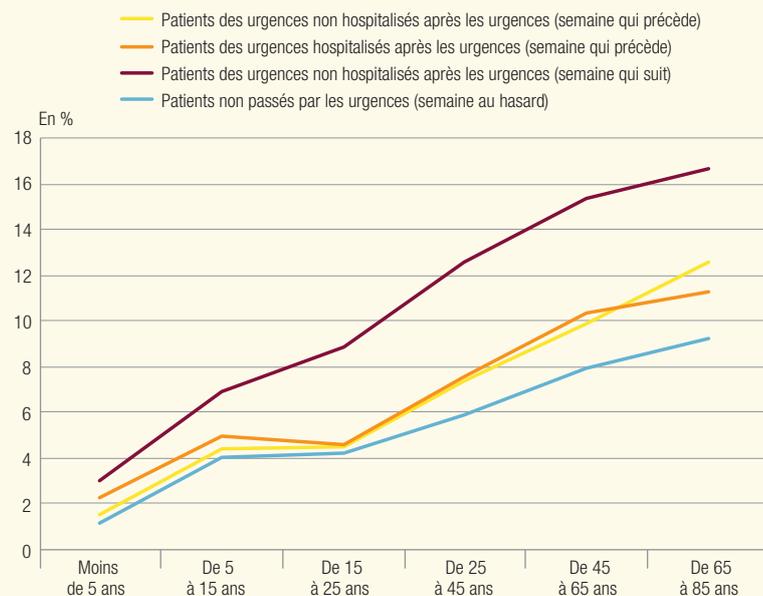
Lecture • 13,7 % des patients des urgences de 25 à 44 ans hospitalisés après les urgences ont consulté un généraliste en ville dans la semaine qui a précédé leur passage.

Champ • Échantillon de la population protégée par le régime général (10 sections locales mutualistes [SLM] incluses), de moins de 85 ans.

Source • CNAMTS, EGB 2017, traitement DREES.

GRAPHIQUE 3

Taux de recours à un spécialiste en ville, par classes d'âge



Lecture • 12,6 % des patients des urgences de 25 à 44 ans non hospitalisés après les urgences ont consulté un spécialiste en ville dans la semaine qui a suivi leur passage.

Champ • Échantillon de la population protégée par le régime général (10 sections locales mutualistes [SLM] incluses), de moins de 85 ans.

Source • CNAMTS, EGB 2017, traitement DREES.

10. Les consultations le jour même du passage aux urgences ne sont pas comptabilisées car on ne peut pas savoir si elles ont lieu avant ou après le passage. Les statistiques présentées dans ce paragraphe sont donc des mineurs du nombre de consultations la semaine qui précède.

11. Pour la population non passée par les urgences, le recours à un généraliste en ville dans une semaine prise au hasard en 2017 est supérieur au recours dans la semaine précédant le recours de référence.

12. Ont été comptabilisés ici toutes les consultations, visites, actes effectués en ville par un médecin spécialiste (et chirurgien dentaire), hors pédiatres.

qui recourt aux urgences que pour la patientèle non passée par les urgences (*graphique 3*). Il n'y a pas de différence importante du taux de recours à un spécialiste selon que les patients sont hospitalisés ou non à la sortie des urgences. Ainsi, contrairement aux consultations chez un généraliste, la consultation chez un médecin spécialiste en amont de la venue aux urgences n'est pas associée,

en moyenne, à un passage aux urgences plus sévère.

Les patients des urgences ont souvent consulté un spécialiste en ville après leur passage

Parmi les patients non hospitalisés après leur passage aux urgences¹³, 22 % sont allés consulter un médecin

généraliste en ville la semaine suivant leur sortie des urgences (*graphique 2*). Le recours à un spécialiste en ville après un passage aux urgences sans hospitalisation concerne 11 % des patients, contre 6 % pour une semaine ordinaire chez les patients non passés par les urgences (*graphique 3*). Ce sont souvent des recours à de l'imagerie médicale (radiologie, échographie). ■

•••

13. Les patients qui sont hospitalisés voient des médecins dans le cadre de leur hospitalisation dans un établissement de santé. Ils sont donc exclus de l'analyse, puisque seul le recours en ville est étudié.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Site internet de la DREES sur les urgences hospitalières : drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/ rubrique Open Data, sous rubrique établissements de santé sociaux et médico-sociaux. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.
- **Boisguérin, B., Brilhaut, G., Ricoch, L., Valdelièvre, H., Vuagnat, A.** (2015). Premiers résultats de l'enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières réalisées par la DREES le 11 juin 2013. Dans Boisguérin, B., Brilhaut, G. (coord.). *Le panorama des établissements de santé – édition 2014* (p. 31-48). Paris, France : DREES, coll. Études et statistiques.
- **Cohen, L., Génisson, C., Savary, R.-P.** (2017, juillet). Rapport d'information du Sénat fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières (2017), 685.
- **Jess, N.** (2015, décembre). Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. DREES, *Études et Résultats*, 944.
- **Vergier, N., Chaput, H., Lefebvre-Hoang, I.** (2017, mai). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES, *Les dossiers de la DREES*, 17.
- **Vuagnat, A.** (2014, janvier). Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Dans Boisguérin, B., Brilhaut, G. (coord.) *Le panorama des établissements de santé – édition 2013* (p. 11-28). Paris, France : DREES, coll. Études et statistiques.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Fabrice Lengart

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction : Elisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
P U B L I Q U E

La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.