

Exemple 1

Les urgences hospitalières : une offre lisible de soins

Remy Bataillon
Médecin,
chargé de mission
union régionale des
médecins libéraux de
Poitou-Charentes

Les résultats présentés dans cet article sont extraits d'une enquête réalisée à La Rochelle par l'union régionale des médecins libéraux du Poitou-Charentes en partenariat avec l'union régionale des caisses d'assurance-maladie, l'agence régionale de l'hospitalisation et la Drees. Dans ce cadre, 356 patients consultant les médecins de garde et 565 patients se rendant aux urgences ont été interrogés au cours de l'automne 1999.

Lorsqu'on aborde la question des urgences, il existe un consensus assez large sur l'analyse du problème. L'augmentation régulière du recours aux services des urgences est le fait de patients qui présentent des urgences dites « ressenties ». Cet usage social des urgences perturbe le fonctionnement des services, embolisés par des patients qui auraient pu être pris en charge par les médecins généralistes. Par conséquent, il est demandé aux médecins généralistes d'assurer la permanence des soins supposée défaillante.

Cette analyse mérite d'être précisée. Prenons l'exemple de La Rochelle. Dans cette ville, les médecins généralistes se sont organisés depuis plus de dix ans pour assurer une permanence des soins, 24 heures/24, 7 jours/7. Chaque jour, trois médecins généralistes se relaient toutes les 8 heures pour répondre aux appels des patients ou du centre 15 à travers un numéro de téléphone unique. Pendant ces créneaux, ils ne programment aucune consultation.

Malgré ce dispositif de garde « optimisé », le flux des urgences hospitalières a continué de croître à un rythme soutenu, les patients présentant d'ailleurs des caractéristiques identiques à ceux pris en charge dans d'autres services des urgences de la région (Niort). La disponibilité des médecins généralistes ne semble donc pas, en soi, avoir un impact majeur sur le flux des urgences de La Rochelle.

Comment expliquer ce constat ?

Les patients agissent très vraisemblablement en consommateurs « éclairés ».

Ils ont le choix entre différentes modalités de prise en charge : médecin traitant*, médecin de garde, service des urgences. En effet, ils déclarent avoir un médecin

* Un médecin traitant a été défini comme un médecin qui connaît tous les problèmes de santé du patient, qui détient son dossier médical et qui est consulté habituellement devant un nouveau problème de santé.

traitant (> 80 %, n = 357), mais ils se rendent, en semaine, directement aux urgences (49,7 %, n = 357), aux heures d'ouverture des cabinets médicaux (66,5 %, n = 170), sans avoir cherché à le joindre (78,8 %, n = 170).

Dans ce contexte d'offre, les patients cherchent les réponses qui, de leur point de vue, sont les plus adaptées à leurs problèmes et/ou à leurs contraintes. Leur choix est guidé par leurs besoins ressentis (examens complémentaires et, dans une moindre mesure, degré d'urgence) et par leur connaissance des possibilités de prise en charge aux urgences ou auprès des médecins généralistes (médecins traitants, médecins de garde).

Ainsi, les patients qui se rendent aux urgences pensent avoir besoin d'une radiographie (64 %, n = 100), contrairement à ceux qui font appel au médecin de garde (7,7 %, n = 93**). Cette perception est d'ailleurs assez cohérente avec leur motif de recours aux soins. En effet, ils présentent des problèmes de traumatologie (81,7 %, n = 60) et bénéficient effectivement d'une radiographie aux urgences (82,4 %, n = 60). Par contre, le degré d'urgence ressenti est, dans les deux cas, important. Il est cependant supérieur parmi les patients qui se rendent aux urgences. Ces derniers estiment ne pas pouvoir attendre plus d'une heure avant d'être pris en charge (77,8 %, n = 195 / 57,1 %, n = 326). L'existence d'un plateau technique (46,5 %, n = 71) et la présence de médecins sur place (42,2 %, n = 71) est la garantie de cette rapidité.

À l'opposé, les patients pensent que leur médecin traitant (ou le médecin de garde), en qui ils ont confiance, ne peut pas les prendre en charge en l'absence de plateau technique et, par conséquent, devra les envoyer aux urgences. De plus, ils estiment que ce dernier n'est pas suffisamment disponible en raison de sa charge de travail ou de l'organisation de ses consultations. Paradoxalement, une minorité d'entre eux ont réellement cherché à le joindre (21,2 %, n = 357) et, lorsqu'ils font cette démarche, elle aboutit le plus souvent (88,1 %, n = 296).

Les patients font donc appel au médecin de garde car ce dernier leur offre un autre type de services. En effet, il est disponible en dehors des heures de travail et peut se déplacer à domicile. Il leur permet donc de concilier prise en charge médicale et contraintes professionnelles ou familiales pour des problèmes de santé jugés peu graves (58,9 %, n = 95) et ne nécessitant pas de radiographie (7,7 %, n = 93). Ainsi, au cours de la semaine, environ la moitié de patients (44,7 %, n = 197) consultent le médecin de garde après 19 heures pour des problèmes qui évoluent depuis plus de 6 heures (62,3 %, n = 195) et ils invoquent la possibilité de visite à domicile (61,1 %, n = 95) pour expliquer leur choix.

Au total, les patients ne se rendent pas pour les mêmes problèmes aux urgences ou auprès du médecin de garde.

** Différence significative au risque $\alpha = 5$.



Données statistiques : quelques chiffres clefs, quelle répartition

A lors que parmi les déterminants de la santé, le système de santé n'expliquerait qu'une faible partie des progrès accomplis en matière de mortalité depuis 1950, rappelons quelques données essentielles du système de soins. Deux paragraphes alimenteront ce petit rappel :

- les données de l'économie de la santé ;
- les données relatives à l'organisation de la santé.

Les données de l'économie de la santé

Les dépenses de santé sont essentiellement étudiées au sein des comptes de la santé, composants de la comptabilité nationale.

En 1999, la dépense courante de santé a atteint 871 milliards de francs, soit 14 300 F par habitant. Celle-ci se répartit suivant la figure 1 :

La dépense courante de santé représente l'ensemble des dépenses engagées au titre de la santé, par les financeurs du système de santé. Elle prend en compte non seulement la consommation médicale totale, mais aussi les indemnités journalières, les dépenses de formation médicale et de recherche, celles de gestion de l'administration sanitaire...

La consommation médicale totale est décomposée en consommation de soins et biens médicaux et en médecine préventive.

La consommation de soins et de biens médicaux comprend l'ensemble des dépenses engagées au profit des soins hospitaliers et de sections médicalisées, des soins ambulatoires, des transports sanitaires et de divers biens médicaux (médicaments, optique, prothèse, petits matériels et pansements).

La consommation de soins et de biens médicaux a subi en 1999 une croissance en valeur de 3,5 %.

Ce sont les médicaments, puis les soins hospitaliers et ambulatoires qui expliquent prioritairement cette croissance.

La structure du financement de la dépense courante de soins et biens médicaux révèle pour 1998 une part majeure de la Sécurité sociale (75,5 %), puis des organismes complémentaires (12,1 %), des ménages (11,3 %) et enfin de l'État et des collectivités locales (1,1 %).

La dépense nationale de santé (agrégat utilisé par l'OCDE pour permettre les comparaisons internationales) représente 9,5 % du PIB. Ce ratio évolue peu depuis 1997. Il n'existe pas de comparaison internationale depuis 1997, mais avec un taux similaire la France se situait au 4^e rang des pays de l'OCDE les plus dépensiers.

Après la synthèse des dépenses de santé, il convient de rappeler que la santé est aussi une activité productive de richesse. En effet, selon une estimation du Credes de 1995, l'ensemble des services et des industries de la santé fournissent emplois et revenus à près de 1,7 million d'individus (soit 7,5 % de la population active).

Les données relatives à l'organisation des soins

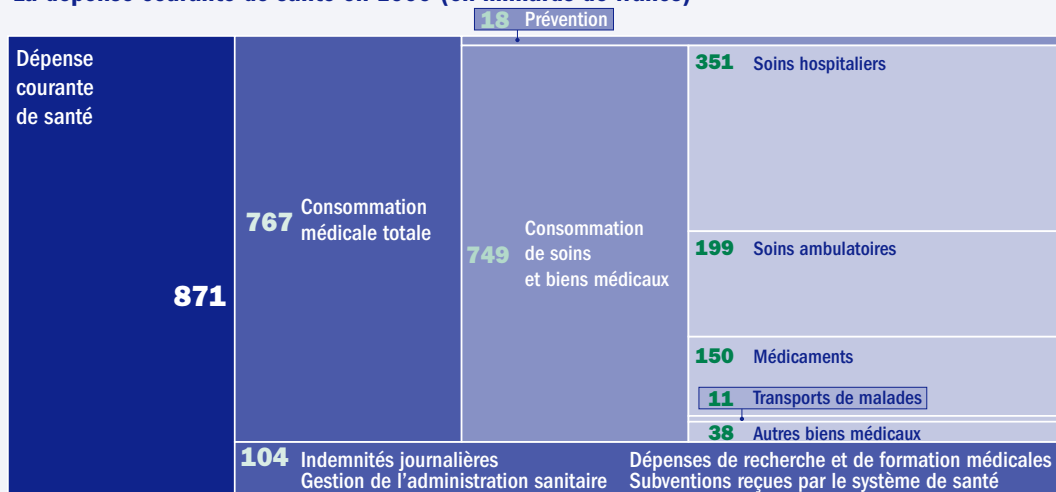
Au 1^{er} janvier 1998, près de 65 % des lits sont publics, contre 35 % en secteur privé. La chirurgie est réalisée principalement en secteur privé, avec près de 60,5 % des journées, alors que le secteur public n'en effectue que 39,5 %. La médecine est essentiellement pratiquée en secteur public.

Au 1^{er} janvier 1999, 193 200 médecins sont en activité, soit près de 3,3 médecins pour 1 000 habitants ; en France métropolitaine.

Les spécialistes représentent la majorité avec 98 300 (50,9 %), contre 94 300 généralistes. 50 % des spé-

figure 1

La dépense courante de santé en 1999 (en milliards de francs)



Stéphane Fraisse
 Doctorant en sciences de gestion,
 Université Lyon III,
 Lass-Graphos
 CNRS

cialistes exercent en secteur libéral, contre 71 % des généralistes.

Deux tiers des médecins salariés sont spécialistes.

La médecine libérale est davantage masculine (71 % d'hommes), alors que pour la médecine salariée les proportions sont équilibrées. De manière générale, la population médicale se féminise puisque la proportion de femmes passe de 24 % en 1984 à 36 % en 1999.

De plus, on constate un vieillissement constant du corps médical. En effet, selon la Drees, en 1990, 46 % des médecins avaient moins de 40 ans et ils étaient deux fois plus nombreux que les médecins de 50 ans. Au cours des années quatre-vingt-dix, la situation s'est proportionnellement inversée, de sorte que l'on comptabilise aujourd'hui plus de médecins de 50 ans que de 40 ans. L'âge moyen des médecins a évolué ainsi de + 2,7 ans en neuf ans.

La répartition des médecins sur le territoire reste très inégale. Elle est essentiellement concentrée dans les villes, avec une grande disparité régionale (la densité médicale est, par exemple, de 2,5 pour 1 000 habitants en Picardie, contre 4,2 en Île-de-France).

Les paramédicaux sont au nombre de 720 000. Ce sont les infirmiers qui représentent l'effectif le plus important puisqu'ils sont près de 360 000. La densité d'infirmiers est alors, pour 1998, de 6,1 pour 1 000 habitants.

La féminisation de la profession infirmière est très marquée puisque les hommes représentent seulement 14 % de l'effectif total. Cependant ce taux varie suivant la spécialisation (moins de 1 % en puériculture, 27 % en anesthésie-réanimation).

Là encore, comme pour les médecins, il est intéressant de remarquer, en quinze ans, une nette progression de l'âge moyen de la population infirmière. En effet celui-ci était de 34 ans en 1983, contre 40 ans en 1998.

Notons enfin la pénurie de personnels soignants dans les établissements de santé.

S'agissant des infirmiers, on peut avoir accès à certaines informations, issues de la presse professionnelle, car les études nationales ne nous permettent pas d'évaluer cette pénurie. Au niveau national, les cliniques privées françaises, qui ont connu au printemps dernier un important mouvement de grève, souffrent de façon aiguë du manque d'infirmiers sur le marché du travail. Alain Coulomb, Président de l'Union hospitalière privée, estimait en juin dernier la pénurie pour les cliniques privées à environ 10 000 infirmiers.

Par ailleurs, selon une enquête de l'Union Hospitalière de la région Île-de-France (UHRIF), les établissements publics de santé se trouveraient aussi confrontés à une pénurie de 10 000 infirmiers — le passage aux 35 heures prévu en janvier 2002, jouant comme facteur aggravant. ■

Que peut-on conclure de ces résultats ?

Les patients, dans ce contexte d'offre, agissent en véritables décideurs « rationnels ». Dans ces conditions, les services des urgences représentent, pour certains problèmes, une offre de soins lisible et bien caractérisée. Ils y ont donc recours.

Il est évident que les médecins généralistes sont capables de prendre en charge des problèmes de traumatologie assez rapidement, surtout dans une ville comme La Rochelle où il existe une forte densité de plateaux techniques en ambulatoire. Ils n'offrent cependant pas un service lisible pour les patients comme le montre, par exemple, leur méconnaissance du dispositif ambulatoire (59,5 %, n = 210) ou leur perception de la disponibilité des médecins de garde.

Le patient, devenu usager du système de soins, est donc actif. Il dispose des marges de liberté. Son comportement ne peut plus être conçu comme le résultat de l'application de normes (plus ou moins implicites) déterminées par les professionnels ou les tutelles [29]. Celles-ci deviennent au contraire le produit d'une négociation permanente. Il s'agit donc de créer les conditions favorables à cette négociation. Pour cela, les professionnels doivent, d'une part, adapter leur fonctionnement en tenant compte des savoirs et des capacités d'action des patients et, d'autre part, donner de la lisibilité au système de soins.

La mise en œuvre de maisons médicales, l'implication plus large des centres 15 dans la régulation des flux sont autant de solutions qui peuvent contribuer à cette lisibilité accrue. Elle mérite donc, à ce titre, une attention particulière. ■

Exemple 2 Le réseau de soins : quels coûts pour quelle santé ?

Le terme de réseau est aujourd'hui employé pour désigner toute forme d'organisation, même informelle et lâche, entre au moins deux producteurs de soins. Il est donc difficile d'en donner une définition consensuelle. Cependant, pour définir une démarche d'évaluation de l'apport de l'organisation en réseau, il faut au moins la caractériser par ses éléments typiques. On se propose de mener à bien cette caractérisation au moyen de trois questions :

- À quoi servent les réseaux ?
- Comment opèrent-ils ?
- Quelle évaluation économique mener ?

À travers ces trois questions, on suit un raisonnement

Michel Grignon
Directeur de
recherche, CreDES
Fabienne Midi
Économiste, chargée
de recherche, CreDES

Cet article est une synthèse de travaux réalisés par les auteurs, Y. Bougueil, A. Develay, J.-C. Mino, M. Naiditch (Image) et D. Polton (CreDES)