

Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 43 % de 1990 à 1998. En 1998, le nombre total de ces passages peut être évalué à 11 273 000, dont 10 331 000 dans le secteur public. Cette augmentation traduirait de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins et une évolution de l'organisation des soins entre médecine de ville et hôpital. Au total, en 1998, 21,5 % de ces passages ont donné lieu à une hospitalisation en soins de courte durée, soit une admission sur cinq dans les gros établissements (plus de 60 000 entrées directes en médecine-chirurgie-obstétrique) et une sur deux dans les plus petits établissements (moins de 10 000 entrées directes en MCO). Parallèlement, le nombre total des visites à domicile a diminué de 8,4 % alors que les visites la nuit, le dimanche et les jours fériés augmentaient (de 1,1 % en moyenne annuelle à partir de 1996). Elles sont essentiellement assurées par les omnipraticiens et un peu plus de la moitié d'entre elles ont lieu les dimanches et jours fériés. Dans les régions, la fréquentation des urgences hospitalières varie encore du simple au double même si ces disparités tendent à se réduire. La situation est aussi inégale pour les visites à domicile donnant lieu à majoration.

Dominique BAUBEAU,
Annie DEVILLE, Marc JOUBERT
DREES
Caroline FIVAZ, Isabelle GIRARD,
Sylvie LE LAIDIER
CNAMTS Direction des statistiques et des études

Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés

Depuis leur création dans le milieu des années 60, les services d'accueil des urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'année en année. Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés.

En France, l'attention s'est longtemps focalisée sur le volume et l'organisation de la réponse à l'urgence. Des études plus qualitatives sur les caractéristiques des patients et leurs motivations ont, en outre, été menées ces dernières années à l'initiative d'équipes de chercheurs (encadré 1). De caractère essentiellement monographique, elles soulignent toutes la diversité des clientèles et des comportements et, par conséquent, la multiplicité des facteurs pouvant être responsables de l'utilisation des services d'urgence.



Dans ce contexte, les seules données statistiques disponibles à l'échelle nationale et sur longue période restent nécessairement très réductrices. Le constat statistique global présenté ici ne porte à cet égard que sur deux indicateurs « frustes » que sont : le nombre des passages aux urgences hospitalières et, lorsque l'on cherche à appréhender l'activité de la médecine de ville pour des soins *a priori* non programmés, les visites à domicile. Ces données ne permettent pas d'analyser ce que recouvrent les demandes de soins qui s'expriment à cette occasion. Elles sont toutefois intéressantes pour souligner l'existence des disparités régionales et mettre en évidence la complexité du rapport entre l'organisation de l'ac-

cès aux soins et l'utilisation qu'en font les populations.

Une augmentation de la fréquentation des unités d'urgences hospitalières publiques de 43 % en huit ans

De 1990 à 1998, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics hospitaliers de la France métropolitaine est passé de 7 203 000 à 10 331 000, soit une augmentation de 43 % en huit ans (+4,6 % par an) (graphique 1). En 1990, on comptait 127 « passages en urgence » dans les établissements hospitaliers publics pour 1 000 habitants et en 1998, on en dénombrait 176. Cette augmentation constante de

la fréquentation des services d'urgences au fil des ans est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés.

Ces chiffres ne tiennent pas compte de la part prise par les établissements privés puisqu'on ne dispose d'aucune donnée pour ce secteur en 1990 (encadré 2). En 1998, un peu moins d'un million de passages aux urgences ont été pris en charge par le privé, 684 000 dans les établissements participant au service public hospitalier et 258 000 dans les cliniques privées non participantes. En 1998, on peut donc estimer au total à 11 273 000 les passages aux urgences tous secteurs confondus.

Nombre de ces passages correspondent à ce que les professionnels de santé qualifient d'urgences « ressenties », voire à l'expression d'une demande de soins aisément accessibles pour des symptomatologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate. On peut à cet égard noter que, durant cette même période, le nombre de patients admis en hospitalisation complète dans les hôpitaux publics à la suite d'un passage aux urgences n'a que très peu augmenté : il s'est accru d'environ 1 % par an, c'est-à-dire à un rythme voisin des entrées directes en hospitalisation de courte durée - Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)¹. Au total, en 1998, 21,5 % des passages aux urgences ont ainsi donné lieu à une hospitalisation en soins de courte durée.

E•1

Les facteurs qui influent sur le recours aux services d'urgences

Selon l'analyse de la littérature internationale réalisée par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) Poitou-Charentes (Rémy Bataillon), de nombreux facteurs semblent jouer un rôle dans la décision de recourir à un service d'urgences :

- les caractéristiques socio-démographiques et culturelles des patients d'abord : les recours aux urgences sont ainsi plus fréquents et plus répétitifs pour les jeunes et les jeunes adultes, les immigrants récents, les personnes de faible niveau de revenu et de diplôme, celles qui sont en situation de précarité et les isolés,
- l'absence de prise en charge habituelle par un médecin traitant,
- le niveau de couverture maladie,
- les conditions d'accessibilité aux services d'urgences (distance) et aux médecins libéraux (horaires d'ouverture et modes de paiement),
- leur perception de symptômes nécessitant des soins urgents, enfin.

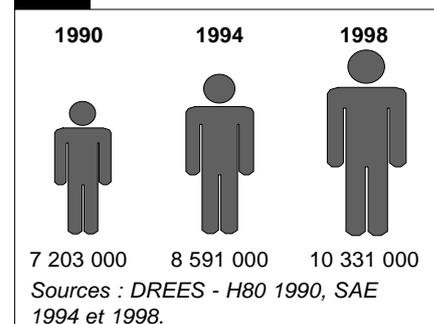
Le rôle respectif de ces différents facteurs n'est pas identique selon les services, comme le montre l'étude comparative réalisée à partir de deux centres hospitaliers universitaires (Pitié-Salpêtrière et Besançon)¹. Une partie de la clientèle qui consulte pour des motifs non urgents est constituée, notamment à Paris, d'habités pour lesquels l'hôpital est amené à jouer un rôle de médecin traitant² tandis qu'en même temps, une part plus importante de l'accès aux urgences s'y fait par l'intermédiaire du SAMU, de la police ou des pompiers. D'autres éléments d'explications existent également qui illustrent le caractère composite des clientèles et l'hétérogénéité des causes de recours comme des besoins de soins qui s'expriment à cette occasion : la possibilité d'accéder rapidement et simplement au plateau technique et de faire réaliser des examens complémentaires (l'enquête effectuée par l'URML Poitou-Charentes³ montre qu'elle est souvent invoquée par les patients), la montée de la précarité sociale, le sentiment de faible accessibilité des structures de soins ambulatoires, le comportement particulier des adolescents et adultes jeunes, un désir accru de sécurité... Néanmoins, on ne dispose pas à ce jour d'une étude nationale et représentative permettant d'apprécier le rôle respectif de ces différents facteurs. C'est pourquoi la DREES envisage de réaliser, en 2001, une enquête nationale auprès des patients fréquentant les services d'urgence à partir d'un échantillon représentatif d'établissements.

1. T. LANG et al., « Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction " dispensaire " » coll. Revue médicale de l'assurance maladie, 3, 1998, 72-78.

2. P. LOMBRAIL et al., « Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique - Conséquences sur l'organisation des soins », Archives françaises de pédiatrie 1993 ; 50 : 313-7.

3. En partenariat avec l'URCAM et l'ARH de cette région.

G•01 nombre de passages dans les services d'urgence des hôpitaux publics



Ces évolutions interrogent sur les fonctions désormais assumées par les services d'urgences hospitalières : développement d'un mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, réponse à des besoins non satisfaits notamment pour la prise en charge des populations de faible niveau de ressources et de diplôme, substitution partielle à la médecine de ville ou manifestation d'un besoin accru de sécurité et d'accessibilité faisant croître la part des « urgences ressenties ». Ce nouveau « mode de consommation médicale » est à mettre en relation avec l'accroissement constaté des appels reçus par les SAMU² qui correspondent à des demandes de nature médicale.

Réduction des visites à domicile mais légère hausse de celles effectuées la nuit ou les dimanches et jours fériés

Ce recours accru à des services ouverts 24 heures sur 24 est, en France, souvent mis en parallèle avec la réduction des visites à domicile effectuées par des praticiens libéraux. Ces visites sont pour la plupart assurées par les omnipraticiens, les spécialistes ne se déplaçant au domicile des patients que dans des cas très particuliers. Si le nombre des passages aux urgences augmente rapidement, le nombre total des visites a diminué de 8,4 % en huit ans (78 538 000 en 1990, 71 906 000 en 1998). Dans les premières années de la période (1990-1993), le nombre de

1. Sur toute la période 1990-1998, sont désignés « hospitalisés », les patients hospitalisés, y compris les patients décédés dans les lits de porte (lits destinés à des séjours de quelques heures).

2. Monique Chanteloup, Georges Gadel, « Les appels d'urgence aux centres 15 en 1997 », Études et Résultats n° 55 mars 2000.

E•2

Méthodologie

Les données proviennent de l'enquête annuelle sur les hôpitaux publics H80 pour les années 1990 à 1993 et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour les années suivantes. Avant 1994, on ne dispose pas de données sur les passages aux urgences dans les établissements privés qu'ils participent au service public hospitalier (hôpitaux PSPH) ou non. C'est pourquoi l'évolution considérée dans cette publication ne concerne que les établissements publics. Les hôpitaux locaux et centres hospitaliers spécialisés ont été écartés de l'étude.

Par ailleurs, il s'agit de données déclaratives qui comportent quelques imprécisions :

- aucune définition réglementaire des unités d'accueil n'existait avant la parution des décrets en 1997 (les décrets de 1995 ayant été « suspendus » dès leur parution).
- le décompte des unités est imprécis : à l'heure actuelle, toutes les autorisations administratives n'ont pas encore été délivrées ; dans leurs déclarations, certaines entités juridiques comptent comme unités d'accueil et de traitement des urgences à la fois leurs unités polyvalentes ouvertes 24 heures sur 24 (unités correspondant effectivement à la définition des Services d'accueil et de traitement des urgences – encore appelées SAU – ou des Unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences – dites UPATOU –), mais aussi des permanences situées dans des services spécialisés (en pédiatrie ou en psychiatrie) ne répondant pas à la même définition. D'autres ne raisonnent qu'en terme d'autorisation administrative et, par conséquent, ne comptent qu'un SAU par entité juridique, quelle que soit l'organisation fonctionnelle interne. La manière de compléter les antennes saisonnières n'est pas non plus stabilisée. C'est pourquoi on ne peut donner de chiffre fiable concernant le nombre d'unités accueillant des urgences en 1998.

Les passages aux urgences ne sont pas nécessairement des arrivées non programmées. Selon les modes d'organisation des établissements, ils excluent ou incluent tout ou partie des admissions programmées et des consultations postopératoires. C'est pourquoi la société française d'urgence médicale (SFUM) a mis au point et prône l'utilisation d'une classification des passages (GEMSA) selon leurs modes d'entrée et de sortie, afin d'évaluer l'activité des unités.

visites des omnipraticiens a continué d'augmenter, puis on observe en 1994 et 1995 une réduction consécutive aux campagnes de modération engagées par la CNAMTS (encadré 3). De 1996 à 1998, la baisse se poursuit quoique son rythme ralentisse. Les spécialistes ont, quant à eux, régulièrement diminué leurs déplacements au domicile des patients. Leur part dans l'ensemble des visites est passée de 2 à 1 % entre 1990 et 1998.

Le nombre de visites n'est pas un très bon indicateur de la demande de soins non programmés adressée à la médecine de ville. Toutes les visites à domicile ne sont pas, en effet, liées à des urgences. Comme le montre l'analyse des caractéristiques des patients (encadré 3), elles concernent souvent des personnes âgées ou des personnes atteintes d'affections de longue durée et peuvent avoir lieu à échéance régulière dans le cadre d'actions de maintien à domicile. Par

ailleurs, une partie des consultations effectuées au cabinet du médecin relève également de la demande de soins non programmés, notamment pour les consultations sans rendez-vous réalisées aux heures ouvrables.

Les visites effectuées le dimanche et la nuit sont sans doute plus nettement associables à la notion d'urgence. On peut les repérer par le biais des majorations recensées par la CNAMTS. En effet, lorsque les médecins se déplacent au domicile, ils ont la possibilité de facturer des majorations si cette visite a lieu la nuit ou le dimanche et les jours fériés. Ces majorations sont prises en charge dans les conditions habituelles de remboursement des soins médicaux. Au cours des trois dernières années de la période étudiée (1996 à 1998 inclus), alors que le total des visites se réduisait de plus d'un million et demi, le nombre des majorations a légèrement augmenté (de 5 319 000

à 5 442 000 – soit +1,1 % en moyenne annuelle). Leur part dans le total s'est donc trouvée accrue. Les omnipraticiens réalisent près de 99 % de ces visites qui sont effectuées dans la moitié des cas les dimanches et jours fériés. Les clientèles pour lesquelles on fait appel au médecin la nuit ou les jours fériés sont assez différentes de celles qui recourent habituellement aux visites à domicile : ce sont davantage des enfants ou des adultes de moins de 40 ans (encadré 3).

Ces visites effectuées la nuit ou le dimanche ne sont toutefois elles aussi qu'un indicateur très particulier et partiel, sachant que, pour leur part, les services d'urgences hospitalières exercent l'essentiel de leur activité pendant les jours ouvrables et aux heures de la journée³.

Un poids essentiel dans l'activité d'hospitalisation complète des petits établissements

Les travaux de la Commission nationale de restructuration des urgences⁴ signalaient en 1990 que l'importance relative des admissions à partir des urgences dans les entrées en hospitalisation complète en court séjour dépendait de la taille des établissements. Ceci est toujours vrai en 1998. La part des hospitalisations complètes à la suite d'un passage aux urgences n'est pas négligeable dans les très gros établissements (plus 60 000 entrées directes par an en court séjour MCO), puisque une entrée sur cinq provient de ce type de recrutement. Elle se révèle essentielle dans les plus petits (moins de 10 000 entrées MCO par an) où l'hospitalisation « par les urgences » est à l'origine de 50 % des entrées. La proportion d'entrées par les urgences décroît à mesure que la taille de l'établissement augmente. Ceci reflète sans doute une plus forte part d'hospitalisations non programmées dans les petits établissements et aussi des modes d'organisation faisant jouer

aux urgences le rôle de point de passage à l'entrée à l'hôpital. À terme, les données d'enquête permettront de classer les passages aux urgences selon les modes d'entrée et de sortie (classification dite GEMSA)⁵.

Si l'on en revient au taux d'hospitalisation après un passage aux urgences, il est seulement de 14 % (20 % pour l'ensemble des CHR) dans les très gros établissements (Paris, Lyon, Marseille et Bordeaux qui réalisent plus de 100 000 entrées directes par an). On peut y voir l'effet d'une offre hospitalière particulièrement dense et des comportements spécifiques des usagers dans les grandes concentrations urbaines qu'il s'agisse, pour une partie de la population, de l'utilisation de ces services comme source régulière de soins, ou de l'attraction qu'ils exercent sur les personnes jeunes ou isolées (encadré 1). Dans les autres établissements, le pourcentage de patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences augmente légèrement avec la taille (22 % d'hospitalisations dans les petits établissements, 28 % dans les plus gros).

Une fréquentation des urgences hospitalières qui varie du simple au double selon les régions

La fréquentation des urgences hospitalières varie sensiblement selon les régions, même si ces inégalités tendent à se réduire avec le temps. Si l'on s'en tient au secteur hospitalier public, en 1990 c'était en Haute-Normandie qu'elle était la plus forte, avec 181 passages pour 1 000 habitants. La Franche-Comté se situait en seconde position avec 159 passages, alors qu'en Languedoc-Roussillon et en Alsace, on ne comptait respectivement que 86 et 88 passages. Huit ans après, l'écart entre la Haute-Normandie – toujours en tête avec 212 passages – et le Languedoc-Roussillon – toujours le plus faible (133) – s'est quelque peu réduit (graphique 2). Dans ce con-

texte, les tensions exercées sur l'offre de soins en raison du développement des urgences ont été plus marquées dans les régions ayant subi les plus fortes évolutions : l'Alsace a presque doublé le nombre de ses passages (88 % d'augmentation), l'Auvergne et le Languedoc Roussillon les ont vu augmenter de 60 % et de plus de 50 %, alors qu'en Haute-Normandie et en Bretagne, cette croissance a été respectivement de 17 et 18 %.

Dans certaines régions où le secteur privé participant au service public occupe une place importante en soins de courte durée (Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Lorraine, Alsace, par exemple), ces chiffres sous-estiment les passages en urgence en 1998. Lorsqu'on tient compte de cette activité hors secteur public, les régions où les passages aux urgences sont les plus importants deviennent la Corse, la Picardie et l'Île-de-France (226 et 218 passages pour 1 000 habitants), alors que les régions Pays de la Loire et Languedoc-Roussillon restent les plus modérées (141).

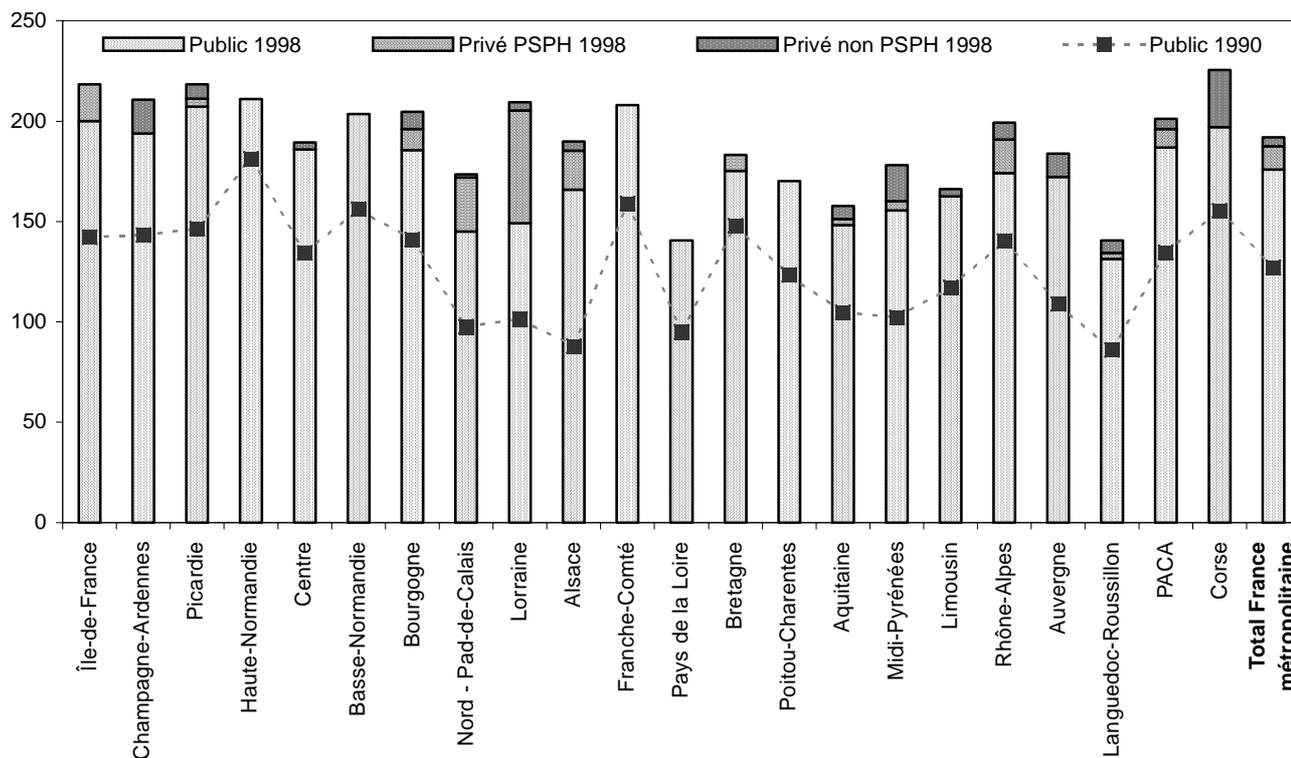
3. Caryn Mathy, « Classification de l'activité des unités de prise en charge des urgences », Mission PMSI, Document de travail août 1999.

4. A. Steg, « La médicalisation des urgences, rapport de la Commission nationale de restructuration des urgences », Paris, 1993.

5. Cette classification des passages (GEMSA) en 6 classes selon leurs modes d'entrée et de sortie a été mise au point par la société française d'urgence médicale (SFUM).

G
02

nombre de passages aux urgences pour 1000 habitants
en 1990 et 1998 selon la région



Sources : DREES - H80 1990, SAE 1994 et 1998.

Le recours aux visites à domicile donnant lieu à des majorations varie également

Le recours aux visites la nuit, le dimanche ou les jours fériés varie aussi suivant les régions. À partir des données 1998, on dénombre 120 visites pour 1 000 habitants en Languedoc-Roussillon, 118 en Midi-Pyrénées, 77 en Île-de-France et 68 en Haute-Normandie.

Le cumul du nombre de visites avec majoration et du nombre de passages aux urgences non suivis d'une prise en charge hospitalière (rapporté à 1 000 habitants) – utilisé ici comme un indicateur partiel du nombre des situations d'urgence de moindre gravité – réduit considérablement l'écart constaté entre les régions dans les analyses précédentes : le nombre des recours ainsi définis varie de 183 en Pays de la Loire à 258 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (graphique 3).

Huit régions ont un indicateur élevé de recours à ce type de soins (plus de 240 recours pour 1 000 habitants) : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Île-de-France, Bourgogne, Alsace, Lorraine, Midi-Pyrénées et Picardie (carte). Cinq régions ont entre 220 et 240 recours : Franche-Comté, Basse-Normandie, Rhône-Alpes, Haute-Normandie et Bretagne. Les autres régions – mis à part le cas très particulier de la région Pays de la Loire – ont entre 200 et 220 recours.

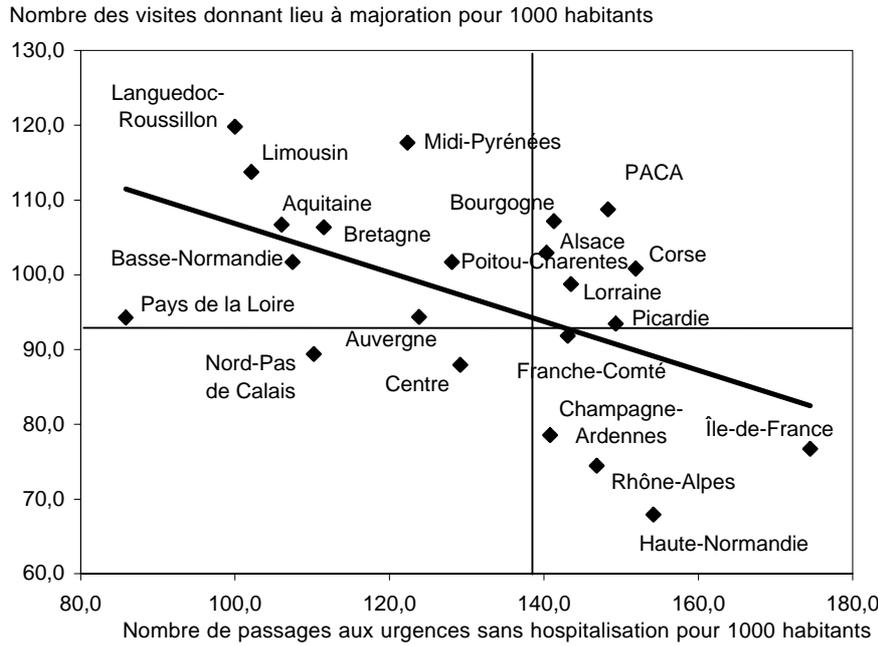
Ce sont simultanément les passages aux urgences sans hospitalisation et les visites de nuit ou du dimanche qui sont plus élevées que la moyenne dans les régions comme Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Bourgogne, l'Alsace, la Lorraine et la Corse. Ces deux indicateurs sont au contraire inférieurs à la moyenne dans le Centre et le Nord - Pas-de-Calais tandis que, dans les autres régions, des éléments

de substitution ou de compensation semblent davantage à l'œuvre (graphique 3).

Si l'on considère le partage entre le nombre de visites avec majoration et le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, la prudence s'impose cependant dans l'analyse. On ne peut effectivement envisager cet indicateur comme le reflet d'un arbitrage entre recours à la médecine de ville ou à l'offre hospitalière dans les situations d'urgence ne nécessitant pas de soins hospitaliers immédiats. La majorité des recours aux urgences ont lieu aux jours et aux heures ouvrables, et seraient à mettre en regard de l'activité d'ensemble des cabinets médicaux. De même, une partie importante des passages aux urgences continue de se faire à l'initiative des médecins traitants. Faute d'éléments plus complets et plus pertinents, ce partage donne cependant

G.03

position des régions relativement aux passages aux urgences sans hospitalisation public+privé et aux visites donnant lieu à majoration pour 1000 habitants



Sources : DREES, SAE 1998 - CNAMTS, SNIR 1998.

une idée des disparités régionales concernant la répartition de la prise en charge des situations d'urgence de moindre gravité.

Le rapport moyen entre le nombre de passages aux urgences ne donnant pas lieu à hospitalisation et le nombre de visites assorties de majoration est ainsi de 1,5 pour l'ensemble de la France.

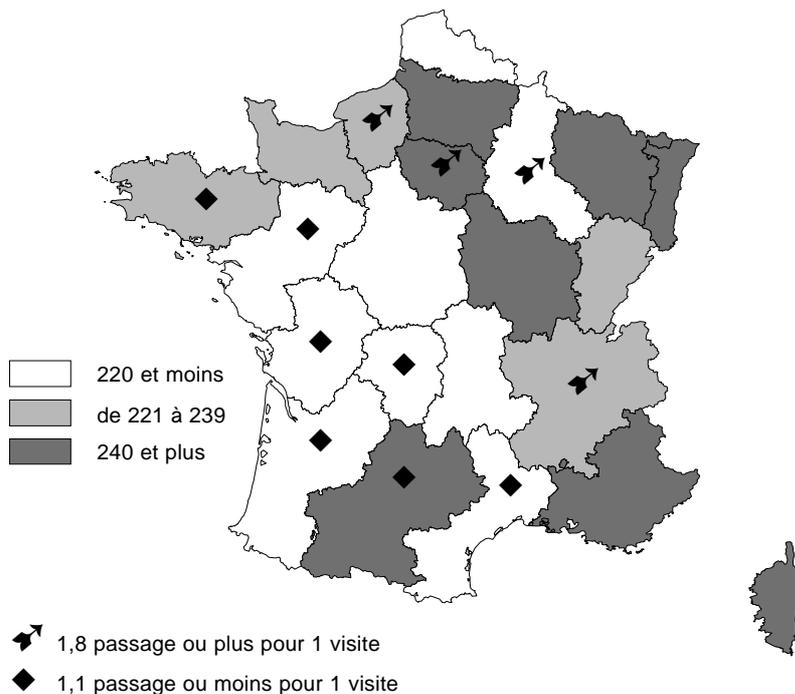
Quatre régions se distinguent par une plus forte prédominance des passages aux urgences : la Haute-Normandie, l'Île-de-France, Rhône-Alpes (2 passages ou plus pour 1 visite) et Champagne-Ardenne (1,8 passage). Si l'Île-de-France fait partie des régions les plus consommatrices de ces soins d'urgence de gravité limitée, la Bretagne, l'Aquitaine et Champagne-Ardenne ont des recours légèrement inférieurs à la moyenne.

À l'opposé, le rapport entre passages aux urgences non suivis d'hos-

6

C.01

nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et de visites avec majoration (nuit dimanche) pour 1 000 habitants - année 1998



Sources : DREES, SAE 1998 - CNAMTS, SNIR 1998.

Les personnels affectés aux services d'accueil et de traitement des urgences

Dans l'enquête SAE 1998, on peut identifier le personnel affecté à l'activité d'accueil des urgences, au moins pour les établissements publics et privés participant au service public. Si l'on considère la durée légale du travail, pour assurer un poste de travail 365 jours par an, de jour comme de nuit, il faut disposer de 5 équivalents temps plein (ETP).

Ainsi, à partir des chiffres disponibles, on peut calculer à titre indicatif que 1 600 postes de travail d'infirmières sont assurés en permanence dans ces services (3 000 si l'on compte l'ensemble des personnels de soins) sur le territoire métropolitain, ce qui représente 7,5 % des ETP des infirmières travaillant en soins de courte durée.

Pour les médecins, une extrapolation identique (faute de données sur la durée réelle du temps de travail des médecins) aboutit à estimer le nombre de médecins hospitaliers publics mobilisés à tout moment sur le territoire dans les services d'urgence à un chiffre au moins égal à 650 auxquels il faut ajouter 260 internes. 8 % des ETP médicaux des hôpitaux publics qui accueillent les urgences seraient ainsi consacrés à cette activité.

Les visites à domicile des omnipraticiens libéraux

De 1993 à 1998 : moins de visites réparties sur une plus faible proportion de patients...

Bien qu'encore un quart des actes pratiqués par les omnipraticiens libéraux soit des visites à domicile en 1998, la proportion de ce type d'actes n'a cessé de diminuer depuis 1993 (de plus de 4 points en six ans).

Parallèlement, la part annuelle des patients qui ont bénéficié d'une visite à domicile est passée de 38,4 % en 1993 à 33,3 % en 1998.

... mais plus de visites avec majoration, concentrées sur une part plus importante de la clientèle

Durant cette période, les visites de nuit et les jours fériés se sont légèrement développées : en 1993, 7,3 % des visites ont été facturées avec une majoration, alors que cette proportion atteint 8,1 % en 1998.

De même, sur l'ensemble des patients qui ont fait déplacer leur médecin généraliste, la part de ceux qui en ont bénéficié, passe respectivement de 20,5 % à 22,5 % au cours de cette période.

Le recours aux visites est, en général, plus fréquent durant les mois d'hiver, propices aux épidémies. Les visites de nuit et les jours fériés suivent logiquement ce calendrier, cependant, le recours à ce type d'actes est aussi plus important au cours des mois de mai et d'août (graphique).

Des clientèles différentes pour le recours au médecin durant les heures ouvrables, ou les jours fériés et la nuit (tableau).

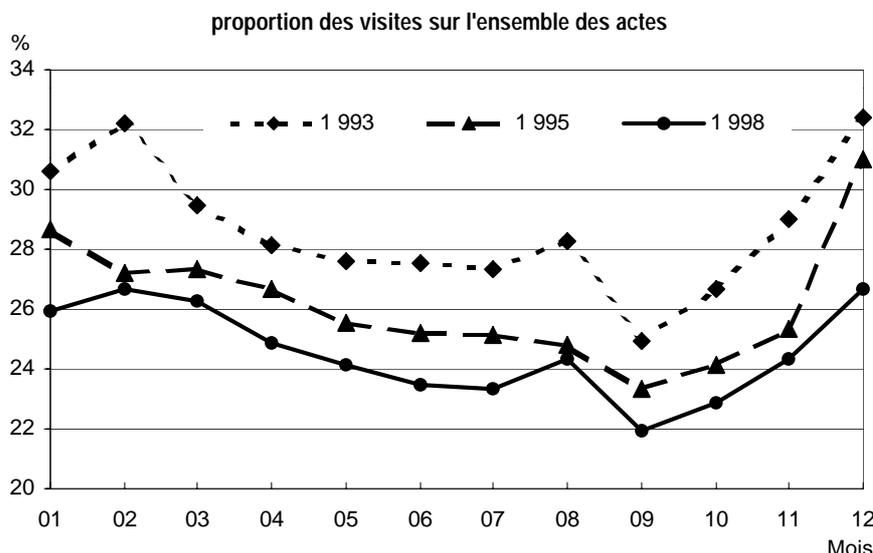
Les personnes atteintes par une affection de longue durée (ALD), celles ayant été hospitalisées ainsi que les plus de 60 ans, sont les principaux consommateurs : alors qu'un tiers des patients a bénéficié d'une visite à domicile en 1998, cette proportion atteint respectivement 60 %, 42,4 % et 49 % parmi les catégories de patients précédemment citées. La fréquence à laquelle les visites du médecin sont effectuées est aussi très supérieure à la moyenne ; une personne en ALD est visitée plus de huit fois par an, contre une moyenne de 3,6 pour l'ensemble des personnes visitées par un médecin généraliste.

Il apparaît aussi que les jeunes enfants et les femmes sont plus nombreux à bénéficier des visites à domicile. La fréquence est moindre pour les enfants (moins de trois fois dans l'année pour les enfants âgés de 0 à 4 ans) que pour les femmes (quatre visites annuelles), celles-ci étant plus nombreuses parmi les personnes âgées.

Au contraire, bien que les visites avec majoration touchent une faible part des patients, la proportion de ce type d'actes sur l'ensemble des visites, est plus forte chez les personnes qui ne

souffrent pas d'ALD (10,2 % contre 8,1 % dans l'ensemble), chez les hommes (9,6 %) et parmi les moins de 60 ans [13,8 % – essentiellement les enfants de moins de 5 ans (17,1 %) ainsi que les

personnes de 15 à 39 ans (16,1 %)]. Ce sont donc les personnes dont le suivi médical est plus irrégulier, qui semblent utiliser ces visites dans des cas de nécessités non programmées.



part des visites dans les consultations et les visites effectuées par les omnipraticiens libéraux en 1998 selon les caractéristiques des patients

Caractéristiques des patients	Part des visites(3)	dont part des visites avec majoration (4)
Ensemble	24,6	8,2
Type de consommateurs		
En ALD(1)	43,0	5,0
Non ALD mais a des dépenses d'hospitalisation(2)	24,6	10,0
Ni ALD ni hospitalisation	17,6	10,3
Sexe		
Homme	21,4	9,6
Femme	26,8	7,4
Âge		
De 0 à 4 ans	29,7	17,1
De 5 à 14 ans	21,3	13,1
De 15 à 39 ans	13,8	16,1
De 40 à 59 ans	15,3	10,2
De 60 à 79 ans	29,3	3,6
80 ans et plus	65,5	3,1

(1) Personne ayant bénéficié de l'exonération du ticket modérateur pour au moins un acte (ici, consultation ou visite auprès d'un omnipraticien libéral) sur l'année, pour cause d'affection longue durée (ALD).

(2) Les dépenses d'hospitalisation concernent exclusivement le risque maladie.

(3) Part des visites dans l'ensemble des consultations et des visites.

(4) Part des visites avec majoration dans l'ensemble des visites.

Les informations utilisées ici sont issues de l'EPAS (Échantillon permanent des assurés sociaux). Ce panel d'assurés sociaux de la CNAMTS permet de suivre la consommation d'un échantillon de la population couverte par le régime général (hors sections locales mutualistes).

Remarques :

L'analyse est centrée sur la population des consommateurs d'une année en France métropolitaine (on entend par consommant, toute personne protégée pendant l'année, ayant bénéficié de remboursements, quel que soit le risque concerné – en dehors des personnes pour lesquelles on n'a relevé que des régularisations de remboursements sur l'année).

L'activité des omnipraticiens libéraux est caractérisée ici par l'ensemble des actes en C et en V, le tarif de la visite (110 F) est aujourd'hui inférieur à celui de la consultation (115 F), mais s'y ajoutent des frais de déplacement et, le cas échéant, des majorations spécifiques, quel que soit le risque couvert.

pitalisation et visites de nuit ou du dimanche est moindre dans sept régions : Bretagne, Poitou-Charentes, Aquitaine, Midi-Pyrénées (à peine plus d'un passage pour une visite) et Pays de la Loire, Limousin et Languedoc-Roussillon (un peu moins d'un passage pour une visite). Ces régions (hormis Midi-Pyrénées) ont un recours aux soins lié à l'urgence « légère » ou « ressentie » sensiblement

plus faible que la moyenne (Bretagne, Aquitaine, Languedoc-Roussillon) ou faible (Limousin, Poitou-Charentes, Pays de la Loire).

Au bout du compte, la prédominance des passages aux urgences semble plus forte à la fois dans des régions où la consommation des soins non programmés est élevée et dans d'autres où elle est relativement faible.

Les particularités régionales sont donc fortes, tant au niveau de la demande de soins qu'à son affectation sur l'un ou l'autre segment de l'offre. Les caractéristiques socio-démographiques ne peuvent à elles seules expliquer ces disparités. Le contexte local – géographie, organisation des soins, habitudes – y joue sans doute un rôle déterminant. ●