

2) Le rapport du HCAAM a porté notamment sur

a) Les soins non programmés

La réponse à la demande de soins non programmés est le fait de la médecine de ville, des services d'urgence.

a1) Le recours aux services d'urgence des établissements de santé a considérablement augmenté (de 7 à 16 millions de passages entre 1986 et 2006).

Une très grande partie des passages dans ces services ne renvoie pas à une situation grave de santé ce qui explique le faible taux d'hospitalisation consécutif à ces passages. Il s'agit le plus souvent d'épisodes banals, de faible gravité.

Des motifs puissants expliquent ce recours : la disponibilité et la certitude d'une prise en charge « complète » (consultation, soins et actes techniques de biologie et de radiologie) – et ces atouts l'emportent, même si les assurés savent d'expérience ou pressentent que les temps d'attente et de passage peuvent être longs.

L'offre « en ville » ne peut pourvoir à la totalité de cette demande. L'assuré peut être loin du cabinet de son médecin (il est par exemple sur son lieu de travail) ; comme la plupart des médecins sont seuls dans leur cabinet, la prise en charge d'une demande urgente n'est pas toujours facile même pendant les heures d'ouverture de leur cabinet ; les disparités de densité médicale peuvent affecter la disponibilité de la médecine de ville ; la PDS a une portée limitée.

Ces éléments expliquent certains traits structurants du système actuel

60% des passages aux services hospitaliers d'urgences se font, du lundi au vendredi, de 6 h à 18 h, durée qui recouvre très largement la période d'ouverture des cabinets des médecins de ville (ces 7M de passages présentent près de 3% des C et V des médecins libéraux hors PDS⁵).

⁵ Estimation réalisée à partir d'un échantillon de 900 000 passages aux urgences soit 6% du total national à partir des données des établissements de la région parisienne du réseau cyber-urgences.

DOCUMENT DE TRAVAIL 125

La permanence des soins la nuit et le dimanche prend en charge environ la moitié des recours sur ces périodes (plus le dimanche que la nuit, notamment entre 0 et 8h⁶).

Il est donc illusoire de vouloir freiner très sensiblement la pression sur les urgences dans les conditions actuelles de l'exercice en ville. Reste à organiser la prise en charge, et ce à un double niveau :

- encourager les structures hors des établissements de santé (c'est le cas avec les maisons médicales ou des pôles de santé) ;
- améliorer les procédures internes aux hôpitaux notamment pour diminuer les temps d'attente et de passage et mieux prendre en charge les malades qui devront être hospitalisés, notamment par le développement de procédures d'admission directe.

a2) Il faut encore « crédibiliser » la PDS. A la fois pour soulager la pression qui s'exerce sur les établissements de santé et pour « amortir » les frais d'astreinte. Les progrès de la régulation sont encore insuffisants.

a3) Les consultations externes dans les hôpitaux publics – en nombre élevé, 29 M en 2006 pour le MCO – sont mal connues. Leur coût est mal analysé ; mais il est vraisemblablement trop élevé dans certains cas.

L'organisation est parfois défectueuse. Mais là encore, l'étude réalisée par la MEAH doit permettre de généraliser la rationalisation des organisations, étant observé que sur certaines spécialités et dans certains territoires, ces consultations externes sont le principal voire le seul accès offert aux patients.