

Juillet 2015

HOSPITALISATIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES

Quel apport dans un diagnostic territorial ?



RAPPORT & ENQUÊTE

HOSPITALISATIONS POTENTIELLEMENT EVITABLES

Quel apport dans un
diagnostic territorial ?

Juillet 2015

Auteurs

Caroline LABORDE (ORS Île-de-France)

Victor G RODWIN (Wagner School, New York University)

Couverture : crédits photos

DarkoStojanovic/pixabay – CC ; Michael Heiss/Flickr-CC ; C. Galopin/IAU îdF

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont tout d'abord aux médecins généralistes, personnels hospitaliers et délégués territoriaux qui ont permis la réalisation de cette étude. Nous les remercions pour leur accueil chaleureux, la curiosité dont ils ont témoigné et le temps qu'ils nous ont consacré.

Nous remercions le Dr Ayden Tajahmady, responsable du programme de travail de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et Frédéric Dugué, interne de santé publique à l'ANAP au moment de la réalisation de l'étude pour leur participation et leur contribution à la passation des entretiens. Nous les remercions également pour nous avoir aidés à rendre pertinent le concept de HPE par rapport au discours actuel en matière de politique de santé.

Nous remercions le Dr Jean-François Thébaut, membre du collège de la Haute autorité de santé (HAS) et le Dr Marie-Laure Alby pour leur expertise et leur aide dans la réalisation de ce projet.

Nous remercions Anne-Marie Armanteras-de Saxcé, directrice de l'offre de soins et médico-sociale à l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et Pierre Ouahnon, directeur du pôle « ambulatoire et service aux professionnels de santé » à l'ARS Île-de-France pour leur soutien dans la réalisation de ce projet.

Nous remercions Michel Naiditch, chercheur associé à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) pour sa relecture attentive et ses remarques constructives.

Nous remercions Adrien Saunal, géomaticien à l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France, pour sa patience et son expertise dans la réalisation de cartographies.

Nous remercions Muriel Dubreuil, pharmacien, master of public health (MPh), Maylis Telle-Lamberton, épidémiologiste, coordinatrice scientifique, Christine Canet et le Dr Nathalie Sénécal-Garnier, directrice de l'ORS Île-de-France pour leur effort de relecture et leurs conseils pertinents.

Enfin, notre reconnaissance va à l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et à la Région Île-de-France dont les financements ont contribué à ce travail.

Suggestion de citation

Laborde C., Rodwin V.G. Hospitalisations potentiellement évitables : une analyse d'entretiens auprès des acteurs locaux d'Île-de-France, Rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France, 2015, 62 p.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.

Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS.

RESUME

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) ou les hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (HSPR) sont des hospitalisations qui sont nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital, mais qui auraient pu être évitées par une prise en charge appropriée des soins de premier recours. Développé aux USA dans les années 1990, cet indicateur de diagnostic et de suivi est utilisé dans de nombreux pays de l'OCDE. En France, cet indicateur est en phase d'appropriation et les modalités de son utilisation et de son suivi sont actuellement discutées. L'objectif de cette nouvelle étude est de mieux comprendre ce qui se passe en amont des HPE, en recueillant les perceptions des acteurs locaux sur l'organisation des soins de premier recours dans leur territoire. Cette étude se penche sur l'apport de l'indicateur des HPE dans le cadre d'un diagnostic territorial et plus particulièrement dans l'évaluation des parcours de soins.

Nous avons conduit des entretiens semi-directifs auprès d'acteurs de santé occupant des positions institutionnelles différentes dans le parcours de soins, à savoir des médecins généralistes (N=3), des membres de centre hospitalier (médecins ou non) (N=9) et des délégués territoriaux (N=2). Ces participants exercent sur trois zones distinctes en Île-de-France que nous avons sélectionnées à l'échelle du secteur PMSI. Nous avons choisi des zones présentant des différences face à la densité de population (rural ou urbain), aux facteurs économiques et à la densité médicale pour recueillir une diversité d'expériences. Les acteurs de santé qui ont accepté de participer exercent tous dans des secteurs présentant des taux de HPE élevés voire très élevés

Dans les zones au taux de HPE élevé où nous avons conduit des entretiens, les participants identifient des problèmes 1/ d'accessibilité aux soins, pour des raisons financières, sociales, physiques, d'aménagement du territoire et/ou d'insuffisance de densité médicale ; 2/ de recours tardif aux soins ; 3/ de continuité des soins, à travers la non-observance du parcours coordonné, le manque de communication et d'échange des données informatisées entre les médecins de ville et ceux qui travaillent à l'hôpital. Ces dysfonctionnements observés à l'échelle du territoire correspondent aux facteurs de risques des HPE identifiés dans la littérature. Nos résultats montrent également que les perceptions des causes et des responsables, mentionnés par les acteurs pour justifier ces dysfonctionnements, diffèrent selon la position institutionnelle de l'acteur et sa zone d'exercice. Notre étude souligne que des initiatives sont souvent mises en place pour pallier ces problèmes mais qu'elles reposent davantage sur des démarches personnelles que sur une démarche construite. Il ressort également des entretiens l'importance d'adapter les soins et les services aux besoins de la population à travers l'inscription de la santé dans la durée (évolution de la relation patient-médecin), dans la globalité (formes pluriprofessionnelles de l'exercice, implication des acteurs sociaux, ...) et dans un territoire (acteurs de proximité, implication des habitants...).

Nos résultats montrent bien l'utilité de l'indicateur des HPE dans le cadre d'un diagnostic territorial. Sa fonction de repérage nous a permis d'identifier des zones géographiques aux taux de HPE élevé où nous avons conduit des entretiens avec différents acteurs du parcours de soins et où sont observés des problèmes d'accessibilité aux soins, de recours tardif et de continuité des soins. Cet indicateur peut être utilisé pour identifier des zones géographiques qui méritent un diagnostic territorial avec l'ensemble de la chaîne des acteurs. Dans l'avenir, il serait souhaitable de mener des études dans des zones aux taux de HPE faibles et élevés pour comparer la nature des problèmes perçus.

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION.....	7
2 CONTEXTE.....	9
2.1 Un système de santé français en transition	9
2.2 Hospitalisations Potentiellement Evitables (HPE).....	11
2.3 Contexte francilien	14
3 METHODES ET DONNEES.....	18
3.1 Sélection des zones géographiques	18
3.2 Modes de recrutement des participants	20
3.3 Caractéristiques des participants interrogés.....	21
3.4 Objet des entretiens	21
3.5 Méthode de conduite des entretiens	22
3.6 Collecte et analyse des données	22
4 RESULTATS	23
4.1 Contenu des entretiens.....	23
4.2 Facteurs influant sur les parcours de soins	24
4.3 Vers une meilleure coordination des soins et des acteurs..	38
5 CONCLUSION	44
5.1 Synthèse.....	44
5.2 Discussion.....	45
5.3 Recommandations	48
6 ANNEXES.....	49
7 BIBLIOGRAPHIE.....	59

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1. Les soins de premier recours définis par la loi HPST de 2009.....	13
Encadré 2. La continuité des soins.....	32
Encadré 3. La permanence des soins	34

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Densité de médecins généralistes libéraux en Île-de-France en 2012 par pseudo-canton (pour 10 000 habitants).....	15
Figure 2. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux (en Equivalent temps plein pour 100 000 habitants).....	15
Figure 3. Taux de HPE pour 1000 habitants, ajustés sur l'âge 2004-2008.....	17
Figure 4. Représentation du dernier décile des HPE et de l'IDH-2 selon les 505 secteurs PMSI de l'Île-de-France.....	17
Figure 5. Identification des zones géographiques sélectionnées	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Pathologies sensibles aux soins de premier recours et codes de la CIM-10	12
Tableau 2. Variabilité des taux de HPE en Île-de-France (ajustés sur l'âge).....	16
Tableau 3. Liste des indicateurs faisant partie de la base de données contextuelle	19
Tableau 4. Caractéristiques générales des participants.....	22
Tableau 5. Détail des secteurs PMSI retenus pour l'analyse qualitative, regroupés par zones d'étude	49
Tableau 6. Taux de HPE, caractéristiques socio-économiques et de l'offre de soins de proximité de la zone 1	50
Tableau 7 : Taux de HPE, caractéristiques socio-économiques et de l'offre de soins de proximité de la Zone 2	52
Tableau 8 : Taux de HPE, caractéristiques socio-économiques et de l'offre de soins de proximité de la Zone 3	53

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Localisation des zones géographiques retenues.....	49
Annexe 2 : Description des zones géographiques retenues.....	50
Annexe 3 : Guide d'entretien	54

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AHRQ	Agency for healthcare research and quality (Agence pour la recherche et la qualité en soins de santé)
ALD	Affection de longue durée
APL	Accessibilité potentielle localisée
AME	Aide médicale d'état
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
CDI	Contrat à durée indéterminée
CMU(-c)	Couverture maladie universelle (complémentaire)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
ETP	Equivalent temps plein
HAS	Haute autorité de la santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HPE	Hospitalisations potentiellement évitables
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires (loi du 21 juillet 2009)
HSPR	Hospitalisations sensibles aux soins de premier recours
IDH	Indice de développement humain
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IOM	Institute of Medicine (Institut de médecine)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ORS	Observatoire régional de santé
PMSI-MCO	Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé

1 | INTRODUCTION

Dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), les systèmes de santé font l'objet de fortes attentes. Ils doivent être en capacité de s'adapter, dans un contexte de crise financière, à l'évolution des besoins de la population (vieillesse, développement des maladies chroniques, accroissement des inégalités sociales et territoriales) et à l'évolution des moyens disponibles (diminution du nombre de médecins, intégration des progrès techniques et médicaux) (Kringos et al, 2015). Une réponse à ce grand défi de santé publique pour la France et d'autres pays de l'OCDE a été de procéder depuis une vingtaine d'années à des réformes. Dans celles engagées par la France, l'un des enjeux majeurs est d'améliorer les parcours de soins (sous-entendu l'accessibilité, l'organisation et l'efficacité des services en ville, voire la bonne coordination de ces services avec ceux disponibles dans les hôpitaux).

Dans les réformes du système de santé engagées par la France, l'un des enjeux majeurs est d'améliorer les parcours de soins

Nous ne disposons en France que de peu d'outils pour évaluer les parcours de soins, pour savoir dans quelle mesure les soins de premiers recours sont accessibles et permettent une prise en charge adaptée des pathologies avant qu'elles ne nécessitent une prise en charge hospitalière. D'autres pays de l'OCDE utilisent l'indicateur des hospitalisations potentiellement évitables (HPE), c'est-à-dire les hospitalisations sensibles aux soins de premiers recours (HSPR), comme un marqueur de défaillance des parcours de soins. En France, cet indicateur est encore en phase d'appropriation par les acteurs et est de plus en plus considéré comme pouvant contribuer à l'évaluation des parcours de soins. La Direction générale de l'offre de soins du Ministère de la Santé (DGOS) s'est emparée du concept des HPE dans le cadre de ses travaux sur la pertinence des soins. En 2013, elle a mis en place un groupe de travail national¹ comprenant notamment huit Agences régionales de santé (ARS) volontaires pour structurer une approche nationale des HPE. La validité de cet indicateur fait parfois débat. Cependant, en dépit de critiques méthodologiques, il est généralement reconnu que l'indicateur des HPE peut servir comme un outil de « diagnostic territorial » (Cartier et al. 2014). Une étude récente de Mercier et ses collègues suggère que l'indicateur des HPE devrait être considéré en France comme un indicateur de l'organisation des soins primaires (Mercier et al, 2015). Gusmano et ses collègues proposent que cet indicateur soit « utilisé de manière judicieuse, associé à des indicateurs de la densité de praticiens [...] et accompagné d'une poursuite des échanges avec les prestataires de services de santé et les responsables de l'organisation des soins » (Gusmano et al, 2013a). Ils concluent que dans ce contexte, l'indicateur des HPE peut servir d'indicateur de diagnostic et de suivi « pour identifier des zones touchées par des problèmes d'accès aux soins de premier recours et pour le suivi des progrès réalisés s'agissant de la résolution de ces problèmes ».

Nous ne disposons en France que de peu d'outils pour évaluer les parcours de soins. L'indicateur des HPE est de plus en plus considéré comme pouvant contribuer à l'évaluation des parcours de soins

Dans les autres pays de l'OCDE, l'indicateur des HPE fait l'objet de nombreux travaux de recherche qui ont été initiés dans les années 1990 aux USA. Ces travaux soulignent le caractère multidimensionnel de l'indicateur des HPE en mettant en évidence des associations entre les HPE et les caractéristiques des patients (Billings et al, 1990 ; Weissman et al, 1992), des médecins (O'Malley, 2007), de la santé (Ansari, 2007), du

¹ Le groupe de travail national est composé de la Dgos, la Cnamts, l'Atih, l'Anap, Secrétariat général du Ministère de la santé, l'ORS Île-de-France et l'ORS Pays de la Loire. Il regroupe également huit ARS volontaires à savoir l'ARS Île-de-France, l'ARS Pays de la Loire, l'ARS Basse-Normandie, l'ARS Alsace, l'ARS Languedoc-Roussillon, l'ARS Nord-Pas-de-Calais, l'ARS Haute-Normandie et l'ARS Auvergne.

système (Rosano et al, 2013) et de l'environnement (Finegan et al, 2010). En France, il existe à ce jour deux études sur les HPE qui ont été réalisées sur le territoire francilien à un niveau géographique fin² et qui mettent en évidence de fortes inégalités face au taux HPE en Île-de-France (Tonnelier et al, 2012 ; Gusmano et al. 2013b). Les deux études cherchent à expliquer la variabilité des taux de HPE entre territoires et mettent en évidence notamment le rôle des facteurs socio-économiques. Pour mieux comprendre ce qui se passe en amont des HPE, l'ORS Île-de-France a mené, en collaboration avec l'ANAP³, une analyse d'entretiens auprès des acteurs de santé locaux. L'objectif recherché est de : 1) recueillir les perceptions des acteurs de santé sur l'organisation des soins de premier recours et des parcours de soins dans leur territoire ; 2/ examiner les hypothèses dégagées dans la littérature sur les HPE et voir si elles correspondent aux mécanismes observés par les acteurs de santé sur leur territoire ; 3/ étudier l'apport de l'indicateur des HPE dans le cadre d'un diagnostic territorial et plus particulièrement dans l'évaluation des parcours de soins.

Ce rapport présente le contexte scientifique et législatif dans lequel s'inscrit l'étude (chapitre 2). Il décrit le protocole de l'étude et la démarche d'analyse des entretiens (chapitre 3). Il présente les résultats en trois temps : tout d'abord, le contenu des discours des participants et leur niveau d'appropriation du concept des HPE (partie 4.1) ; les perceptions sur les parcours de soins, les dysfonctionnements identifiés et les initiatives mises en place pour les éviter (partie 4.2) ; enfin, les types d'organisation et d'approches de la santé suggérées par les acteurs qui permettraient de favoriser selon eux une meilleure coordination des soins (partie 4.3). Enfin les résultats principaux sont repris, discutés et des recommandations sont formulées (chapitre 5). Afin d'en faciliter la lecture, des points essentiels sont présentés en début de la partie méthode (chapitre 3) et résultats (chapitre 4).

² Le taux de HPE a été calculé au niveau du code postal par Tonnelier et ses co-auteurs (Tonnelier et al, 2012) et à l'échelle du secteur PMSI par Gusmano et ses co-auteurs (Gusmano et al, 2013).

³ Nous remercions Ayden Tajahmady et Frédéric Dugué de l'ANAP qui nous ont aidés à rendre pertinent le concept de HPE par rapport au discours actuel en matière de politique de santé. Ils ont également participé et contribué à la passation des entretiens.

2 | CONTEXTE

2.1 Un système de santé français en transition

Depuis les années quatre-vingt-dix, à l'instar d'autres pays de l'OCDE, la France entreprend la réforme de son système de santé. Le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la réduction du nombre de médecins généralistes et spécialistes, l'accroissement des inégalités sociales et territoriales dans un contexte de crise des finances publiques ont conduit les gouvernements français successifs à réformer le système de soins. Une des idées forces portées par les réformes est le développement d'une approche plus coordonnée des soins, ce qui représente un défi important pour la France.

Contrairement à d'autres systèmes de santé étatiques organisés autour des soins primaires (le Royaume Uni, l'Espagne, la Finlande ou la Suède), le système de santé français se caractérise par une combinaison de producteurs de soins publics et privés, une offre ambulatoire dense et peu structurée, une offre spécialisée directement accessible par le patient et une absence d'organisation généralisée des soins ambulatoires avec le secteur hospitalier (Bourgeuil et al, 2009a). L'offre de soins de premier recours a la particularité d'associer différents modes d'organisation avec principalement des médecins libéraux payés à l'acte dont l'exercice repose sur la liberté d'installation (Charte de la médecine libérale de 1927⁴) et des centres de santé souvent orientés vers des groupes de population défavorisés. Il en résulte une offre de soins pluraliste qui permet un choix et une bonne accessibilité aux soins mais qui a l'inconvénient d'être peu structurée, inégalement répartie sur le territoire, cloisonnée entre les différents acteurs (praticiens libéraux, hôpitaux ou cliniques). La France se trouve alors dans une position plus difficile pour relever le défi du vieillissement de la population et des maladies chroniques. En effet, cela nécessite d'organiser des parcours de soins fluides, de gérer les transitions pour éviter les ruptures de prise en charge et d'assurer la coordination de plusieurs intervenants.

Une des idées forces portées par les réformes est le développement d'une approche plus coordonnée des soins

La volonté de coordination des soins prend forme avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dont la mesure phare est « le développement de parcours de soins coordonnés, autour d'un médecin traitant ». La réforme de 2004 a restructuré le système de soins de premier recours en introduisant un principe de hiérarchisation de l'accès au système de soins et en instituant un *gatekeeper* à la française : le médecin traitant (et pas seulement le médecin généraliste comme dans le système britannique par exemple) est laissé au libre choix du patient ; ce passage par le médecin traitant est encouragé mais nullement obligé (la non-observance du parcours coordonné donne lieu à des pénalités financières). Le médecin traitant occupe un rôle pivot en réalisant les soins primaires, en orientant si besoin vers les soins de spécialité et en assurant le suivi du patient tout au long de son parcours de santé (Dourgnon et al, 2007). Depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, l'organisation du système de santé par une approche « parcours » prend de l'ampleur. La création des ARS⁵ par la loi HPST a notamment pour objectif de « contribuer à assurer une plus grande

⁴ Avec le développement des caisses d'assurance maladie obligatoire dès le début du XXe siècle, les médecins s'organisent pour défendre leur autonomie et adoptent la Charte de la médecine libérale de 1927. La Charte repose sur un socle de principes dont le libre choix du lieu d'installation par le praticien ; le respect absolu du secret professionnel ; le libre choix du praticien par le patient ; la liberté de prescription ; la libre entente entre le médecin et le patient sur le montant des honoraires ; la rémunération à l'acte et le paiement direct par le patient.

⁵ Rassemblant au niveau régional les ressources de l'Etat et de l'Assurance maladie.

cohérence des parcours des patients et une meilleure coordination sur le terrain entre les professionnels libéraux et les établissements de santé et médico-sociaux » (Cour des comptes, 2013a). Les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie⁶. Ils s'articulent autour du sanitaire (parcours de soins), de la prévention et du médico-social (parcours de santé) et du social (parcours de vie). Ils s'inspirent des autres approches transversales apparues à partir des années 1980-1990 (réseaux, pôles de santé, filière de soins...) (Peigne, 2012). La dynamique parcours est florissante, une multitude d'acteurs nationaux et locaux s'y engage. Mais en l'absence de réforme générale et structurelle, les initiatives se multiplient, les approches sont fragmentées et les expérimentations sont limitées soit à un territoire, à une pathologie ou à une population (Cour des comptes, 2013a).

Le nouveau projet de loi relatif à la santé, présenté en Conseil des ministres en octobre 2014 puis en discussion au Parlement (un premier vote a eu lieu le 14 avril 2015), a pour ambition de réformer en profondeur notre système de santé par « la révolution du premier recours »⁷. L'idée est de « rénover l'organisation de la prise en charge en allant vers une plus grande coopération, autour du patient et des professionnels de santé. » La notion de parcours est reprise dans le projet de loi relatif à la santé 2015 dont l'un des objectifs majeurs est de « favoriser la structuration des parcours de santé »⁸ notamment en organisant les soins au niveau des territoires. Le principe tel que décrit par Devictor est « d'impulser un vrai changement culturel, une réelle modification des pratiques, qui conduisent les professionnels à travailler non plus individuellement mais en coopération, dans le partage de valeurs communes, dans une approche soucieuse d'apporter les réponses aux besoins des personnes, réponses adaptées et respectueuses de leurs choix, sur leur territoire de proximité, dans une dynamique de qualité toujours croissante. » (Devictor, 2014). A l'heure de la finalisation de cette étude, la loi prévoit la constitution de « communautés professionnelles territoriales de santé » pour concourir à la structuration des parcours de santé. A ce jour, les communautés professionnelles territoriales de santé devraient être composées de professionnels de santé (regroupés en équipes de soins primaires autour d'un médecin généraliste), d'acteurs de soins de premier et second recours, d'acteurs sociaux et médicaux-sociaux. La constitution de ces communautés et le projet de santé associé serait laissé à l'initiative des professionnels de santé (à défaut, l'ARS pourrait prendre les initiatives nécessaires).

Ces nombreuses réformes ont induit et vont continuer à induire des évolutions législatives, structurelles et organisationnelles continues et importantes. Face à l'ensemble de ces réformes, les professionnels de santé doivent s'adapter. Les médecins généralistes semblent avoir été les plus sollicités par ces changements du fait même de leur position à l'entrée du système sanctionnée par une série d'évolutions législatives (Paraponaris et al, 2011). Depuis une dizaine d'années, leur pratique s'est trouvée modifiée d'une part *via* le rôle de médecin traitant en 2004, coordinateur du parcours de santé ; et d'autre part *via* le développement de l'activité de groupe sous la forme de regroupement monodisciplinaire, pluridisciplinaires (médecins de différentes spécialités) ou pluriprofessionnelles (médecins mais aussi paramédicaux, acteurs sociaux...) (Afrite et al, 2013). La pratique collective est désormais majoritaire : l'étude des Baromètres santé médecins généralistes de l'INPES constate que 54% des médecins généralistes déclarent exercer en groupe en 2009 contre 43% en 1998 (Baudier et al, 2010). Cette nouvelle forme d'exercice séduit davantage les médecins les

⁶ <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html> vu le 10 mars 2015

⁷ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf, vu le 02 février 2015

⁸ cf Titre II consulté le 22 avril 2015 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>

plus jeunes (80% des moins de 40 ans), notamment en raison du partage de moyens logistiques (locaux, équipements) et humains qui permettent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (Bourgueil et al, 2009b ; Aulagnier et al, 2007).

2.2 Hospitalisations Potentiellement Évitable (HPE)

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE), ou sensibles aux soins de premier recours (HSPR), correspondent à des hospitalisations qui sont nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital, mais qui auraient pu être évitées par une prise en charge appropriée des soins de premier recours. Le concept de HPE diffère du concept des « hospitalisations non-pertinentes » ou « inadéquates » utilisé notamment pour le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son avis du 23 avril 2009. Des soins de premier recours opportuns (en temps, qualité, quantité) permettent théoriquement d'éviter la survenue ou de contrôler l'évolution de certaines pathologies sensibles aux soins de premier recours. La littérature distingue trois groupes de pathologies sensibles aux soins de premier recours (Ansari et al., 2007) : les pathologies pour lesquelles la vaccination permet d'éviter l'apparition de la maladie (grippe, tétanos, rougeole, etc.) ; les pathologies aiguës pour lesquelles des moyens thérapeutiques existent pour éviter leur aggravation (pneumopathie bactérienne, gastro-entérite aiguë, ulcères, etc.) ; les pathologies chroniques dont la décompensation ou l'exacerbation peuvent être freinées par des soins ambulatoires appropriés (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, l'asthme ou le diabète) (Tableau 1). L'indicateur des HPE est un indicateur synthétique construit à partir d'hospitalisations qui ont eu pour motif les pathologies sensibles aux soins de premier recours décrites dans le Tableau 1.

Le concept de HPE diffère du concept des « hospitalisations non-pertinentes » ou « inadéquates »

L'indicateur des HPE a été développé au début des années 90 et utilisé comme un indicateur indirect de problèmes d'accès aux soins (Billings and Teicholz, 1990). Depuis de nombreux chercheurs ont investi le sujet et ont conclu que les HPE sont un marqueur de défaillance dans le recours aux soins primaires (Parchman and Culler, 1999; Starfield et al. 2005) ou d'accessibilité aux soins primaires (Bindman et al, 2000 ; Rosano et al. 2013). Aux Etats Unis, l'Institut de Médecine (IOM), l'Agence pour la recherche et la qualité en soins de santé (AHRQ) et le Commonwealth Fund (qui s'intéresse à promouvoir la performance dans le secteur santé) soutiennent l'idée que l'indicateur des HPE est utile pour évaluer l'accès aux soins primaires⁹. Hors des Etats Unis, il existe des études de validation de cet indicateur en Australie (Ansari et al, 2003 ; Ansari et al, 2006 ; Ansari et al, 2012), au Brésil (Macinko et al, 2011), en Angleterre et en Espagne (Sanderson et Dixon, 2000 ; Saxena et al, 2006 ; Tian et al, 2012 ; Casanova et Starfield, 1995 ; Magan et al, 2011), au Canada (Brown et al, 2001 ; Billings et al, 1996), en Italie (Rizza et al, 2007), à Hong Kong (Chau et al, 2013), et en Nouvelle Zélande (Barnett and Malcolm, 2010).

Aux USA, l'indicateur des HPE est utilisé par l'Institut de Médecine (IOM) et l'Agence pour la recherche et la qualité en soins de santé (AHRQ) pour évaluer l'accès aux soins primaires

Mais utiliser les HPE comme un indicateur des soins primaires n'est pas adapté en France du fait des spécificités de notre système de soins (cf 2.1). Le système de soins français n'est pas un système hiérarchisé autour des soins primaires, dont la définition habituelle se centre autour des « médecins généralistes de premier recours »¹⁰. En effet, les professionnels de santé concourant à l'offre de premier recours sont certes les médecins généralistes mais aussi les spécialistes (qui peuvent être désignés comme médecin traitant), les centres de santé, les pharmaciens d'officine... (Encadré 1). C'est pourquoi nous parlons des HPE comme des hospitalisations sensibles aux soins de premier recours et non aux seuls soins primaires.

⁹ Voir aussi les "prevention quality indicators"

(http://www.qualityindicators.ahrq.gov/modules/pqi_overview.aspx).

¹⁰ vu le 11 mars 2015 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>,

Tableau 1. Pathologies sensibles aux soins de premier recours et codes de la CIM-10

Pathologies	Codes CIM-10
Pneumonie bactérienne	J13 ; J14 ; J15 ; J16.8 ; J18.0
Insuffisance cardiaque congestive	I50
Inflammation du tissu cellulaire	J34.0 ; K12.2 ; L02 ; L03 ; L88
Asthme	J45
Hypokaliémie	E87.6
Maladie évitables par vaccination	A35 ; A36 ; A37 ; A80 ; B05 ; B26
Gangrène	I70.2 ; I73.0 ; R02
Complications d'ulcère peptique	K25.0 ; K25.1 ; K25.2 ; K25.4 ; K25.5 ; K25.6 ; K26.0 ; K26.1 ; K26.2 ; K26.4 ; K26.5 ; K26.6 ; K27.0 ; K27.1 ; K27.2 ; K27.4 ; K27.5 ; K27.6 ; K28.0 ; K28.1 ; K28.2 ; K28.4 ; K28.5 ; K28.6
Pyélonéphrite	N10 ; N11 ; N12 ; N13.6 ; N15.8 ; N15.9 ; N17.2
Diabète, complication aiguës	E10.0 ; E10.1 ; E11.0 ; E11.1 ; E13.0 ; E13.1 ; E14.0 ; E14.1
Appendicite aiguë	K35.0 ; K35.1
Hypertension	I10 ; I11 ; I13 ; I15 ; I67.4

Source : Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA. 1992 ; 268 : 2388-2394.
Les diagnostics pour ces pathologies sont obtenus par conversion des codes de la CIM-9 en codes de la CIM-10.

L'indicateur des HPE est complexe à interpréter car il recouvre différentes dimensions

Il est bien évident qu'il faut reconnaître les limites des HPE comme indicateur d'accès aux soins de premier recours. Il existe des maladies pour lesquelles le recours aux soins de premier recours évite presque tous les séjours hospitaliers, par exemple celles où il existe des vaccins efficaces. Cependant, pour la majorité des séjours inclus dans notre définition (Tableau 1), l'accès aux soins de premier recours n'est qu'un des facteurs qui contribuent à éviter ces séjours hospitaliers. De nombreux travaux concluent que des taux de HPE élevés sont liés à l'ampleur de la précarité, de la morbidité, de la gravité des pathologies et bien sûr au recours tardif aux soins (Billings et al. 1993; Bindman, et al. 1995). Le fait que les patients ne consultent pas en temps voulu est effectivement une cause importante des HPE (Freund, 2013). Or le recours aux soins varie selon l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, la couverture sociale (Robert Wood Johnson Foundation, 1987 ; Aday et Andersen, 1984). A ce sujet, Chauvin a souligné le coût « psycho-social » pour rechercher des soins de santé qui implique une capacité à faire face à des conséquences éventuellement fâcheuses, à se projeter dans le futur, à également distribuées entre catégories socio-professionnelles (Chauvin, 2012). Certaines études montrent également l'existence de liens entre l'indicateur des HPE et les caractéristiques des médecins, comme le nombre d'années d'expérience, le suivi des recommandations, les liens avec les services auxiliaires (O'Malley et al, 2007), le nombre de patients (Magan et al, 2011 ; Rizza et al, 2007). Quelques études pointent les effets d'un suivi médical continu, de visites régulières avec le même médecin (Menec et al, 2006 ; Cheng et al, 2010 ; Nyweide et al, 2013). Enfin d'autres études mettent en évidence l'influence de l'environnement, à travers le temps d'accès aux fournisseurs (Finegan et al, 2010). Mais si des différences face aux HPE peuvent refléter des différences face à la morbidité et aux comportements de recherche de soins, la plupart des études montre que l'indicateur des HPE reste un bon indicateur de l'accès aux soins primaires (Ansari et al, 2007). En France, les travaux récents de Mercier et ses collaborateurs montrent que les inégalités observées sur le territoire français ne sont pas

Encadré 1. Les soins de premier recours définis par la loi HPST de 2009

Dans un processus de réorganisation des soins, la loi HPST a défini les soins de premier recours en modifiant l'article L1411-11 du code de Santé publique.

« 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. »

Les soins de premier recours sont définis dans la loi en termes de fonctions et d'activités. Du point de vue des services, la loi affirme une exigence de proximité. Elle se distingue de l'organisation territoriale des soins préconisée par l'OMS en 1978 qui identifiait trois niveaux de recours aux soins : les soins de premier recours correspondant aux soins usuels pour les pathologies légères dont le diagnostic est aisé, dispensés par les généralistes ; les soins de second recours pris en charge par des médecins spécialistes ; un troisième niveau de recours qui se caractérise par la nécessité de recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe. La définition des soins de premier recours par la loi HPST est plus large, moins directive. Elle ne porte ni sur la nature des soins ni sur la gravité des pathologies concernées. Elle n'exclut aucun professionnel de santé.

seulement expliquées par des facteurs épidémiologiques et socio-démographiques mais aussi par l'organisation des soins de premier recours. Les auteurs suggèrent que l'indicateur des HPE doit être considéré comme un indicateur de l'organisation des soins de premier recours (Mercier et al, 2015).

Dans un contexte de crise financière, il est tentant d'envisager la réduction des HPE comme vecteur d'économies pour le système de soins. Une étude américaine sur les HPE des personnes âgées vivant en maisons de retraite médicalisées conclue que l'amélioration de l'accès aux soins primaires permettrait de réduire de 33% les HPE, d'économiser ainsi 1 milliard de dollars par an et d'améliorer la qualité de vie des patients (Byrd, 2009). Mais il faut souligner que les économies relatives aux réductions des HPE nécessiteraient des investissements pour renforcer les soins primaires de l'organisation des parcours de soins (Rodwin et al. 2013). Une publication anglaise remet ainsi en question cette hypothèse de réduction des coûts : les économies générées sur le secteur hospitalier seraient compensées par le surcoût du renforcement du secteur ambulatoire (Duseiko et al, 2011). Ce sont donc plutôt des motifs liés à la qualité de vie du patient qui doivent servir de moteur à la volonté de réduire les HPE (Cartier et al, 2014).

2.3 Contexte francilien

L'Île-de-France est une région favorisée économiquement et socialement mais fortement inégalitaire

L'Île-de-France est une région caractérisée par son dynamisme économique avec un taux de chômage plus faible que le niveau national (8,6% au 4^{ème} trimestre 2014 contre 9,7% en France métropolitaine¹¹) et un niveau socio-professionnel deux fois plus élevé qu'en France métropolitaine (17,1% de cadres et professions intellectuelles supérieures contre 8,8%).¹² L'Île-de-France est toutefois une région marquée par de fortes disparités socio-économiques entre les départements et au sein des départements. Par exemple, le revenu fiscal médian déclaré par unité de consommation en 2011 varie entre 15 234 euros en Seine-Saint-Denis à 25 830 euros à Paris (Insee et DGFIP). Les départements les plus riches sont aussi ceux au sein desquels on observe les inégalités socio-économiques les plus importantes : à Paris, les 10% les plus riches gagnent 11,6 fois plus que les 10% les plus pauvres. Ces inégalités socio-économiques se traduisent en inégalités de santé.

Les inégalités de santé sont également conditionnées par la capacité des territoires à fournir une offre de soins accessible, et plus précisément dans le cadre de notre étude, à permettre un accès au système de soins de premiers recours. Avec 47 713 médecins généralistes et spécialistes (salariés et libéraux) au 1^{er} janvier 2014, la région Île-de-France bénéficie d'une offre de santé dense (39,7 médecins pour 10 000 habitants) (Drees, RPPS). C'est la deuxième région de France la mieux dotée, après la région Provence-Alpes Côte d'Azur. L'offre de santé francilienne s'appuie sur une offre de médecins spécialistes (61,4% des médecins sont spécialistes *versus* 53,7% en France métropolitaine) et sur un exercice salarié important (hôpital ou autre) (57,4% *versus* 50,6% en France métropolitaine)¹³.

C'est surtout sur l'offre en médecins généralistes libéraux que portent les difficultés de la région Île-de-France

Du fait de ces spécificités, c'est surtout sur l'offre en médecins généralistes libéraux que portent les difficultés de la région Île-de-France. La densité de médecins généralistes libéraux est inférieure à la moyenne nationale (8,6 *versus* 9,8 pour 10 000 habitants) mais elle est surtout inégalement répartie sur le territoire et varie de 3,6 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants dans certains territoires de Seine-et-Marne à 36,3 dans le 8^{ème} arrondissement de Paris (Figure 1).

On raisonne ici en termes de densité d'effectifs. La situation devient encore plus défavorable pour l'Île-de-France dès lors que l'on tient compte à la fois du temps effectif travaillé par les médecins généralistes libéraux (à travers les équivalents temps plein (ETP)), des besoins de population (à travers l'âge) et de la possibilité pour le patient de consulter un médecin d'une autre commune. C'est ce que propose de faire l'indicateur de l'Accessibilité potentielle localisée (APL) qui tient compte de l'offre et de la demande sur la commune considérée mais aussi des communes voisines (Barlet et al, 2012). L'APL aux médecins généralistes libéraux est très faible dans l'unité urbaine de Paris¹⁴ et est inférieure à la moyenne des communes rurales isolées (resp. 57 et 63 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants). Cette faible accessibilité des médecins généralistes libéraux peut être nuancée par un recours plus fréquent aux spécialistes en Île-de-France et par une plus forte proportion de médecins généralistes exerçant en groupe pluridisciplinaire ou pluriprofessionnel. La Figure 2 illustre les inégalités en termes d'accessibilité aux médecins généralistes libéraux en Île-de-France calculée au niveau secteur PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information).

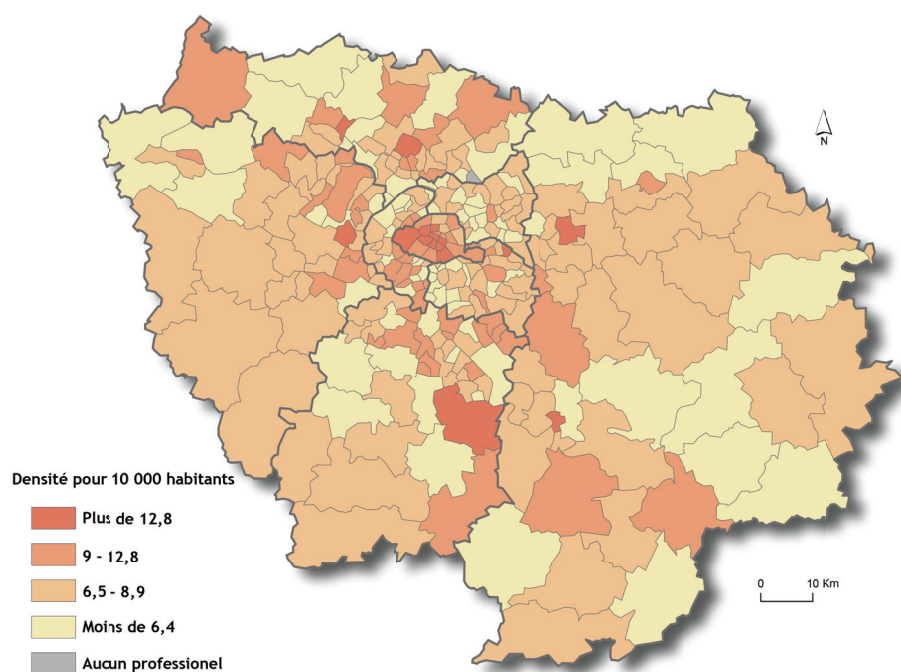
¹¹ Source : Insee, taux de chômage localisés

¹² Source : Insee, RP2011 exploitation complémentaire sur la population totale des 15 ans et plus

¹³ Source Drees, Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) – Score Santé

¹⁴ L'unité urbaine de Paris et l'Île-de-France n'ont pas exactement les mêmes contours géographiques. Selon l'Insee, l'unité urbaine de Paris recouvre intégralement les départements de la petite couronne et une partie de chacun de la grande couronne. Au total 89% des habitants de l'Île-de-France vivent dans l'unité urbaine de Paris (Barlet et al, 2012)

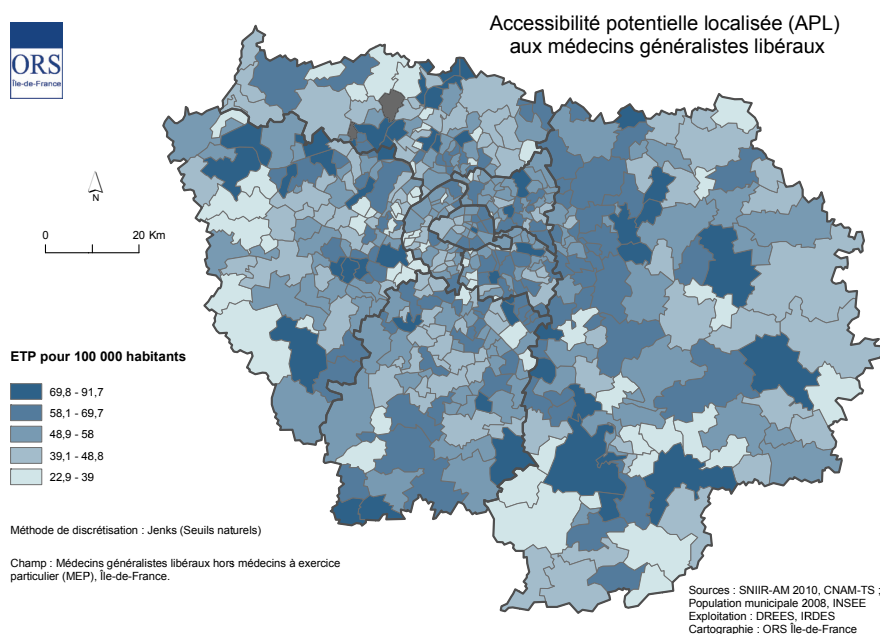
Figure 1. Densité de médecins généralistes libéraux en Île-de-France en 2012 par pseudo-canton (pour 10 000 habitants)



Méthode de discrétisation : Seuils naturels (Jenks)

Sources : RPPS, ADELI, ARS ÎdF, IAU ÎdF - Exploitation ORS ÎdF

Figure 2. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux (en Equivalent temps plein pour 100 000 habitants)



En Île-de-France, 5,1% des hospitalisations sont des hospitalisations potentiellement évitables, ce qui correspond à 71 522 hospitalisations par an

En Île-de-France, nous bénéficions des résultats de Gusmano et ses collègues qui ont calculé les taux de HPE (ajustés sur l'âge) au niveau des 505 secteurs PMSI. Les auteurs ont dénombré en Île-de-France sur la période 2004-2008, 6 943 988 séjours hospitaliers dont 357 612 HPE, ce qui correspond à 5,1% de l'ensemble des hospitalisations (Gusmano et al, 2013a et 2013b). Le nombre moyen annuel de HPE est de 71 522 sur la région Île-de-France. Le Tableau 2 évalue les disparités observées face au taux de HPE entre et au sein des départements franciliens. Le sud-ouest parisien (qui comprend Paris, les Yvelines et les Hauts-de-Seine) présente des taux de HPE plus faibles que la moyenne régionale. Les taux de HPE les plus élevés se concentrent dans l'est parisien (Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne). Les départements présentant les taux de HPE les plus faibles sont également les plus inégalitaires : à Paris et dans les Yvelines, le rapport inter-décile, qui est un indicateur de disparité est de 1,9 et 2,1. La Figure 3 représente les taux de HPE ajustés sur l'âge par secteur PMSI en Île-de-France. Elle illustre les inégalités que l'on peut observer au sein d'une même zone, qu'elle soit favorisée ou non. Sont représentés en jaune et orange foncés les secteurs PMSI ayant des taux de HPE plus élevés que la moyenne régionale ; sont en bleu les secteurs PMSI ayant des taux de HPE plus faibles que la moyenne régionale.

Les travaux internationaux montrent que la précarité et la morbidité sont deux des facteurs de risque des HPE (cf 2.2). La Figure 4 nous permet de visualiser l'association entre morbidité, précarité et HPE en projetant en couleur les taux de l'indicateur de développement humain IDH-2 (indice synthétique de morbidité et précarité)¹⁵ calculés par secteur PMSI et en hachurant les secteurs PMSI dont le taux de HPE se situe parmi les 10% les plus élevés de la région. En observant la Figure 4, nous voyons que si l'association entre HPE et morbidité, précarité existe, elle n'est pas systématique. Tous les secteurs PMSI avec un taux de IDH-2 faible ne présentent pas un taux de HPE élevé ; certains secteurs aux IDH-2 moyen présentent un taux de HPE élevé. Ce qui encourage à étudier les mécanismes de recours aux soins identifiés par les acteurs de santé locaux afin de voir en quoi ils peuvent expliquer les inégalités constatées.

Tableau 2. Variabilité des taux de HPE en Île-de-France (ajustés sur l'âge)

	Décile 1	Médiane	Décile 9	Rapport inter-déciles D9/D1
Île-de-France	7,4	10,0	13,3	1,8
Paris	5,8	8,7	11,2	1,9
Seine-et-Marne	8,5	11,2	13,7	1,6
Yvelines	6,4	9,1	13,1	2,1
Hauts-de-Seine	6,6	8,6	11,0	1,7
Seine-Saint-Denis	8,9	11,4	13,6	1,5
Val-de-Marne	7,8	10,0	12,6	1,6
Val-d'Oise	8,2	10,1	13,5	1,6

Source : PMSI-MCO
Exploitation : ORS-Île-de-France

¹⁵ Voir définition page 19

Figure 3. Taux de HPE pour 1000 habitants, ajustés sur l'âge 2004-2008

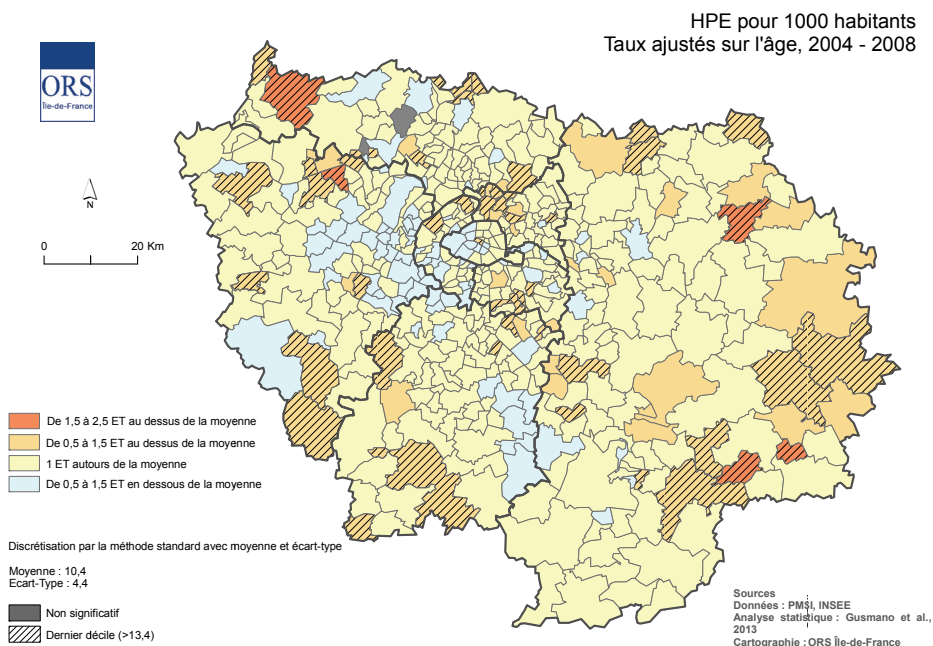
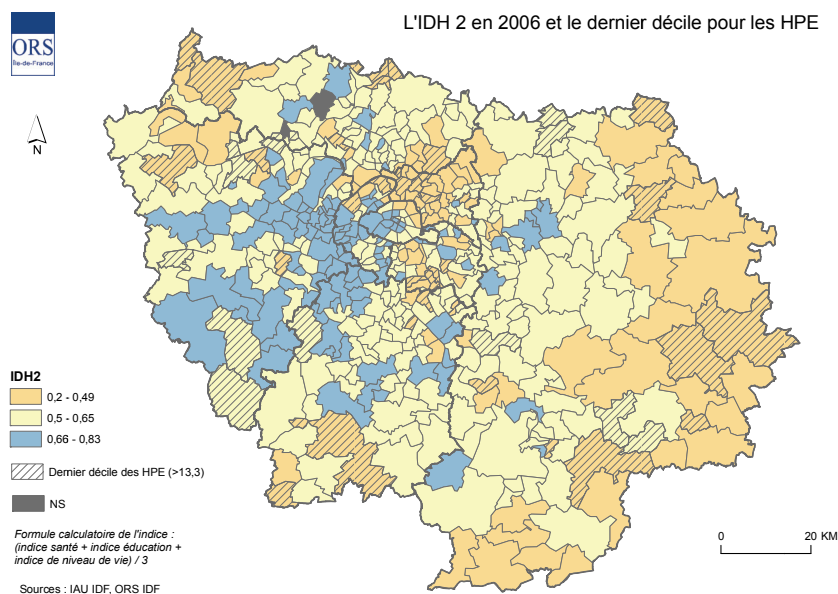


Figure 4. Représentation du dernier décile des HPE et de l'IDH-2 selon les 505 secteurs PMSI de l'Île-de-France.



3 | METHODES ET DONNEES

LES POINTS ESSENTIELS

- > Création d'une base de données contextuelle à une échelle territoriale très fine sur la région Île-de-France ;
- > Sélection de 3 zones d'étude en Île-de-France sur des critères de revenu, densité de population, densité médicale et taux de HPE ;
- > Conduite d'entretiens auprès d'acteurs de santé occupant des positions différentes dans le système de santé : médecins généralistes libéraux, personnels hospitaliers, délégués territoriaux.

3.1 Sélection des zones géographiques

3.1.1 Base de données contextuelle

Nous avons constitué une base de données contextuelle pour établir un diagnostic territorial à un niveau géographique fin, sur la région Île-de-France. L'objectif est de disposer d'informations territoriales pour sélectionner des zones géographiques pertinentes pour notre étude et nous guider dans la conduite de nos entretiens. La base de données contextuelle comprend le taux de HPE, des indicateurs démographiques, socio-économiques et d'offres de soins. Les données sont collectées à l'échelle du secteur PSML, échelle géographique qui est le plus petit dénominateur commun à l'ensemble des indicateurs. Le secteur PMSI est une unité géographique définie par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) pour la base de données administrative issue du Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI-MCO).

Indicateur des hospitalisations potentiellement évitables (HPE)

Le PMSI-MCO renseigne pour chaque séjour hospitalier des informations administratives et médicales. L'indicateur des HPE a été calculé sur une période de cinq ans (2004-2008) pour travailler sur des effectifs robustes. Ont été sélectionnés les séjours hospitaliers ayant duré plus de 24 heures et concernant des personnes âgées de 20 ans et plus. Les hospitalisations potentiellement évitables sont celles dont le diagnostic principal est l'une des douze pathologies sensibles aux soins de premier recours (Tableau 1). En Île-de-France, on dénombre sur la période 2004-2008, 6 943 988 séjours hospitaliers dont 357 612 HPE, ce qui correspond à 5,1% de l'ensemble des hospitalisations. Les taux moyens annuels de HPE sont calculés pour chacun des 505 secteurs PMSI qui composent l'Île-de-France et sont ajustés sur l'âge¹⁶. Les taux de HPE sont domiciliés, autrement dit, ils sont rattachés au lieu de résidence

¹⁶ Population de référence : population de la France métropolitaine au recensement de 2006 (Insee)

du patient et indépendants de son lieu d'hospitalisation, qui peut avoir lieu dans un autre secteur PMSI, autre département ou autre région.

Indicateurs démographiques, socio-économiques et d'offres de soins de proximité

Les indicateurs intégrés dans la base de données contextuelle sont répertoriés dans le Tableau 3. Ces données, disponibles au niveau des communes, ont été agrégées selon la définition des codes géographiques PMSI définis par l'Atih. Pour chacun des secteurs PMSI regroupant au moins deux communes, la taille de la population par commune a été utilisée comme variable de pondération. Les années de référence de ces indicateurs sont 2006 et 2008. Ce qui nous permet d'assurer une cohérence avec la période de calcul du taux des HPE (2004-2008).

3.1.2 Choix des zones géographiques

Pour obtenir la compréhension la plus large possible des caractéristiques et facteurs contribuant aux HPE, il est nécessaire de s'assurer qu'une diversité d'expériences et de réalités seront recueillies. Pour cela, nous avons choisi trois zones géographiques présentant des différences face aux taux de HPE, au niveau de revenu, à la densité de population et à la densité médicale. Ces indicateurs sont identifiés comme facteurs de risque des HPE dans la littérature (cf 2.2). Nous nous sommes appuyés dans cet exercice sur la base de données contextuelle.

Tableau 3. Liste des indicateurs faisant partie de la base de données contextuelle

Nature	Indicateur	Source
Indicateur démographique	Densité de population en nombre d'habitants au km ²	IAU Île-de-France, 2006
Indicateurs socio-économiques	Revenu médian par unité de consommation	Insee-DGI, Revenus fiscaux localisés des ménages, 2006
	Taux de bénéficiaire de la CMU complémentaire (Nombre de bénéficiaires de la CMU-C divisé par la population en Île-de-France)	Bénéficiaires de la CMU-C : IAU Île-de-France, 2008 Population : Insee RP, 2006
	Taux de chômage	Insee – Taux de chômage localisés au T1 2006
Indice de développement humain	IDH-2 ¹⁷	IAU Île-de-France, 2006
Indicateurs d'offre de soins de proximité	Densité de généralistes libéraux pour 10 000 habitants	Cnamts, Insee, 2008
	Densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants	Cnamts, Insee, 2008
	Densité de cardiologues libéraux pour 10 000 habitants	Cnamts, Insee, 2008

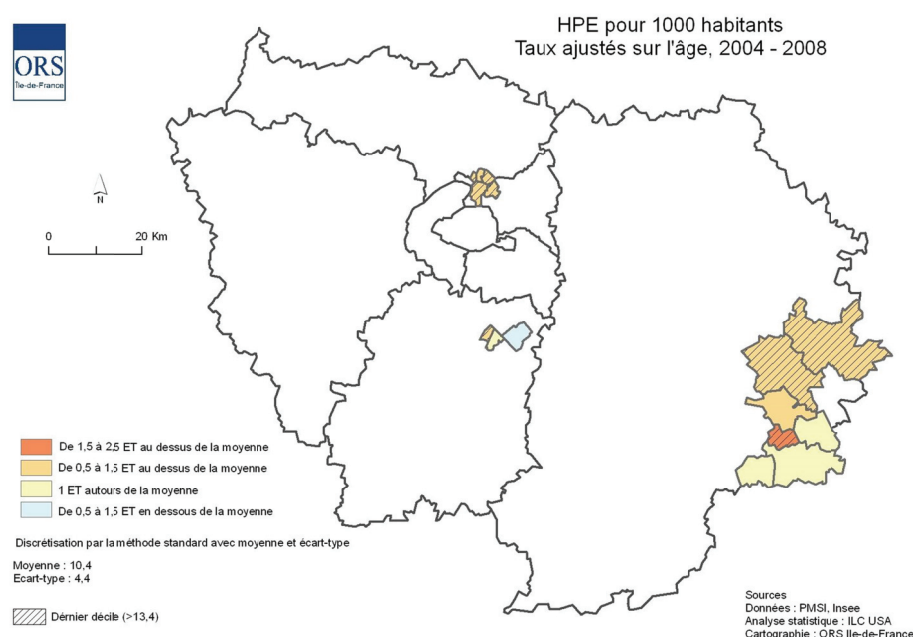
¹⁷ L'indice de développement humain a été développé par l'Organisation des Nations Unies au début des années 1990. C'est un indice statistique qui évalue le développement humain d'un pays. Il prend en compte l'espérance de vie, le niveau d'éducation et le niveau de vie. L'IDH-2 est une déclinaison locale de l'IDH mieux adapté à la situation française et disponible à l'échelle communale. Il a été développé par la MIPES (Conseil régional de l'Île-de-France), l'IAU Île-de-France et l'ORS Île-de-France.

Les trois zones d'études sélectionnées sont représentées en Figure 5. Les Annexes 1 et 2 proposent une description des zones géographiques retenues :

- Seine et Marne (77) : sept secteurs PMSI aux taux de HPE moyens, élevés voire très élevés. C'est une zone rurale aux conditions socio-économiques plutôt défavorables. Cette zone comprend une commune concernée par la géographie prioritaire de la politique de la ville en 2014.
- Essonne (91) : trois secteurs PMSI avec des taux de HPE hétérogènes et très différents socialement, économiquement ainsi que sur la densité de la population. Ce territoire comprend un secteur urbain au niveau socio-économique très faible et au taux de HPE très élevé ; un secteur urbain au niveau socio-économique moyen et au taux de HPE moyen ; un secteur rural au niveau socio-économique élevé et au taux de HPE faible. Cette zone comprend deux communes concernées par la géographie prioritaire de la politique de la ville en 2014.
- Seine-Saint-Denis (93) : cinq secteurs PMSI qui présentent des indicateurs sociaux et économiques particulièrement défavorables et des taux de HPE élevés. Les cinq secteurs sont des zones urbaines et correspondent à des communes concernées par la géographie prioritaire de la politique de la ville en 2014.

Des entretiens semi-directifs
conduits auprès de 3
médecins généralistes
libéraux, 9 personnels
hospitalier (médecins ou
autres), 2 délégués
territoriaux exerçant sur
trois zones géographiques
en Île-de-France

Figure 5. Identification des zones géographiques sélectionnées



3.2 Modes de recrutement des participants

Toujours dans un objectif de varier les expériences et les réalités, nous souhaitons également approcher une diversité de participants et de contextes professionnels. Pour cela, nous avons choisi d'interroger des acteurs de santé occupant des positions institutionnelles différentes dans le système de soins : des médecins généralistes, positionnés en entrée du système de soins et ayant un rôle de pivot dans le parcours de soins ; des membres de centre hospitalier intervenant à différents moments dans le parcours de soins, lorsque la prise en charge par la médecine de ville n'est pas ou plus

possible ; des délégués territoriaux, missionnés pour assurer une cohérence sur leur territoire de santé de l'ensemble des parcours des patients. Tous les participants sélectionnés exercent sur l'une des trois zones géographiques définies en 3.1. Pour le recrutement des médecins généralistes, nous avons mobilisé notre réseau et sollicité les personnes par téléphone ou courrier électronique. Pour le recrutement du personnel hospitalier, nous avons sélectionné l'hôpital vers lequel ce sont majoritairement dirigés les habitants de la zone pour une HPE. Pour celui des délégués territoriaux, nous les avons sélectionnés car exerçant sur les zones retenues avec l'aide de l'ARS Île-de-France.

3.3 Caractéristiques des participants interrogés

Trois médecins généralistes libéraux, neuf personnels hospitaliers et deux délégués territoriaux ont participé à notre étude par le biais d'entretiens semi-directifs (Tableau 4). Les médecins généralistes recrutés ont une trentaine d'années d'expérience qui leur permettent une réflexion sur les évolutions du système de soins et nous assure des entretiens productifs. Ces trois médecins ont été sélectionnés aussi pour leurs modes d'exercice différents (2 en groupe mono disciplinaire et 1 en groupe pluridisciplinaire¹⁸), et leurs lieux d'exercice différents (1 exerce en commune rurale et 2 en communes concernées par la géographie prioritaire de la politique de la ville). Les membres de centre hospitalier interrogés sont le directeur hospitalier, des membres des services des urgences, de la médecine interne, du département d'information médicale, des services sociaux. La participation de médecins des départements de cardiologie était prévue mais ils n'ont pas pu se joindre à nous au dernier moment. Nous avons sélectionné des territoires hétérogènes face au taux de HPE (3.1), mais les acteurs de santé qui ont accepté de participer exercent finalement tous dans des secteurs à taux de HPE élevés voire très élevés. Toutefois l'hétérogénéité des territoires sur les critères de revenu, de densité de population et de densité médicale a été respectée et nous permet une variété dans les expériences. Dans la partie Résultats, lors de la citation des verbatim, nous faisons figurer la fonction (médecins généralistes, centre hospitalier, délégué territorial) mais dans un souci de préservation de l'anonymat des participants, nous ne mentionnons pas leur zone géographique d'exercice. Pour autant, nous avons évidemment tenu compte de cette variable dans l'analyse des entretiens.

3.4 Objet des entretiens

L'objet de nos entretiens est de mieux comprendre ce qui se passe en amont des HPE et d'identifier les facteurs susceptibles d'améliorer les parcours de soins. Nous avons demandé aux participants de concentrer dans un premier temps leur propos sur les personnes âgées de 20 ans ou plus résidant dans la zone géographique sélectionnée puis de cerner leur discours sur les patients atteints des principales affections sensibles aux soins de premiers recours (insuffisance cardiaque, diabète...). Au cours des entretiens, nous avons abordé les thèmes suivants : accès aux soins primaires et spécialisés, comportements de recours aux soins, organisation de la prise en charge (au quotidien, permanence des soins, en cas d'urgence), organisation du suivi avec le patient et avec les acteurs du soin (ville, hôpital, clinique), stratégies de réduction des hospitalisations potentiellement évitables. Le guide d'entretien que nous avons utilisé pour conduire ces entretiens figure en Annexe 3.

¹⁸ Cabinet de groupe mono disciplinaire : Lieu d'exercice principal de plusieurs professionnels de santé libéraux de même disciplines (cabinet de médecins, cabinet de dentistes, etc.)
 Cabinet de groupe pluridisciplinaire : Lieu d'exercice principal de plusieurs professionnels de santé libéraux de différentes disciplines (cabinet de médecins et de dentistes, etc.)
 Cabinet de groupe pluriprofessionnel : Lieu d'exercice principal de plusieurs professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux

3.5 Méthode de conduite des entretiens

Nous avons conduit des entretiens semi-directifs, méthode de conduite d'entretiens qui s'appuie sur un guide d'entretien (Annexe 3) tout en laissant une liberté dans l'interrogation. Le guide d'entretien est construit en amont puis s'alimente au fur et à mesure des entretiens car la collecte et l'analyse des données sont en interrelation (Strauss et Cobin, 1997). Cette méthode d'entretiens permet de recueillir des informations sur ce que les gens déclarent faire et sur ce qu'ils croient qu'il faut faire. Les médecins généralistes et les délégués territoriaux ont été interrogés en entretien individuel. Le personnel hospitalier a été interrogé en groupes focaux, rassemblant les membres d'un même hôpital, au cours desquels nous avons laissé les participants interagir entre eux. Les entretiens ont été menés par une équipe pluridisciplinaire : un professeur de gestion et politique de santé, une socio-démographe et un médecin de santé publique.

3.6 Collecte et analyse des données

Les entretiens ont été conduits sur la période fin 2013 - début 2014. Ils ont tous été enregistrés avec le consentement des interviewés. Ils ont été retranscrits en anonymisant les entretiens. Nous avons utilisé NVivo7 (logiciel d'analyse qualitative) pour analyser les données.

Tableau 4. Caractéristiques générales des participants

Activités principales		Environnement
Médecin généraliste		
2	MG exerçant en cabinet libéral de groupe mono disciplinaire	1 en zone urbaine + 1 en zone rurale
1	MG exerçant en maison de santé pluridisciplinaire	1 en zone urbaine
Personnel hospitalier		
2	Directeur général de l'hôpital	1 en zone urbaine + 1 en zone rurale
4	Praticiens hospitaliers	3 en zone urbaine + 1 en zone rurale
3	Membres du service social	1 en zone urbaine + 2 en zone rurale
Délégué territorial		
2	Délégués territoriaux	Non précisé pour raison d'anonymat

4 | RESULTATS

LES POINTS ESSENTIELS

- > Dans les zones au taux de HPE élevé où nous avons conduit nos entretiens, les participants identifient des problèmes de parcours de soins ;
- > Les acteurs de santé ont des difficultés à s'approprier le concept de « potentiellement évitables » ;
- > Ils évoquent plus largement le recours inapproprié aux urgences et les hospitalisations comme résultat de dysfonctionnements dans les parcours de soins.

4.1 Contenu des entretiens

Le premier point est que les participants identifient des problèmes de parcours de soins dans les zones au taux de HPE élevé où nous avons conduit nos entretiens. Le deuxième point est que les participants ont des difficultés à s'approprier le concept des HPE au cours des entretiens. Il y a tout d'abord une difficulté à saisir le concept de « potentiellement évitables » que les acteurs de santé associent à « non-pertinentes » ou « inadéquates ». Il y a ensuite une difficulté pour les acteurs à cibler leur discours uniquement sur certaines pathologies, à savoir les pathologies sensibles aux soins de premier recours, comme le voulait la consigne (3.4). Leur discours est plus large et évoque plus globalement les hospitalisations et les recours aux urgences comme résultats de dysfonctionnements dans les parcours de soins. Même si les discours ne font pas uniquement référence aux HPE, nous avons fait le choix de considérer la richesse de notre matériel en exploitant la totalité des discours. Ainsi, un large corpus est dédié à la description des dysfonctionnements dans les parcours de soins, aux conditions d'une prise en charge du patient au bon moment, au bon endroit, à la problématique des nombreux passages aux urgences au détriment des consultations en ville et à la question de la coordination des services de ville entre eux et avec ceux des hôpitaux.

En dernier point, nous soulignons que la conduite des entretiens ne permet pas de proposer une analyse fine et comparative des problèmes secteur PMSI par secteur PMSI. Tout d'abord les frontières administratives du secteur PMSI pensées par l'Atih ne correspondent pas nécessairement à l'unité de travail et donc de réflexion des acteurs locaux. Le médecin généraliste raisonne à partir de sa patientèle, quel que soit le secteur de résidence des patients. Néanmoins la plupart des médecins généralistes ont une vision élargie au territoire de par leur participation à des groupes de pairs ou dans le cadre de leur collaboration avec des spécialistes, des acteurs sociaux... Le délégué territorial a une très bonne connaissance des caractéristiques de son territoire de santé et sait identifier les zones où il y a plus de problèmes d'accès aux soins qu'ailleurs. Ensuite s'il existe certains points sur lesquels tous les participants d'une même zone sont d'accord, la majorité des problèmes mentionnés sont très liés à la position

institutionnelle de l'acteur dans le système de soins (comme le montre les résultats en 4.2). C'est pour toutes ces raisons que ce type d'étude ne permet pas de procéder à une analyse comparative secteur PMSI par secteur PMSI.

4.2 Facteurs influant sur les parcours de soins

LES POINTS ESSENTIELS

- > Les mécanismes de recours observés par les participants sur leur territoire correspondent aux facteurs de risque identifiés dans la littérature ;
- > Les perceptions des causes et des responsables des problèmes dans les parcours de soins diffèrent selon la position institutionnelle de l'acteur et selon sa zone d'exercice ;
- > Il existe de nombreuses initiatives mises en place par les acteurs pour pallier ces difficultés. Mais elles reposent davantage sur des démarches personnelles que sur une démarche construite.

Dans les discours des participants, on retrouve un large corpus décrivant les facteurs influant sur les parcours de soins. Ces facteurs conditionnent pour les participants la prise en charge du patient au bon moment, au bon endroit. Ils peuvent être regroupés en trois grandes catégories : l'accessibilité des soins de ville (4.2.1), le recours tardif aux soins (4.2.2) et la discontinuité des soins (4.2.3). L'ensemble des participants observent des dysfonctionnements dans chacune de ces trois catégories, le niveau d'importance du problème et la récurrence de citation variant selon les caractéristiques de la zone et du participant. En revanche, l'origine du dysfonctionnement et donc l'identification des responsables varie selon les participants. C'est surtout la position du participant dans le système de soins et donc sa position dans le parcours de soins qui conditionne sa perception.

4.2.1 Problème d'accessibilité aux soins et services de ville

Les participants font unanimement référence au problème d'accessibilité aux soins comme un facteur défavorable aux parcours de soins. Ils mentionnent le rôle des facteurs sociaux, économiques, physiques et environnementaux qui entravent l'accès aux soins et créent des inégalités. Sont aussi abordés les problèmes de disponibilité de l'offre de soins.

Avance des frais et dépassements d'honoraires dans les soins de ville

Les problèmes financiers sont l'obstacle qui revient le plus fréquemment dans les discours. Cet obstacle est commun à tous les participants quelle que soit leur zone d'exercice ou leur position dans le système de soins. Ils observent les difficultés qu'ont certains groupes de populations à avancer les frais lors des consultations pour des soins primaires en ville. L'apparente gratuité de l'hôpital conduit les populations les plus précaires à se tourner vers les urgences en cas de problèmes de santé ne nécessitant pourtant aucune urgence vitale. Avancer les frais suffit à rendre l'accès aux soins de ville problématique pour une partie de la population. Il y a donc une partie de la population qui n'est pas « vue » par la médecine de ville pour des raisons financières.

Avancer les frais suffit à rendre l'accès aux soins de ville problématique pour une partie de la population

« En cas d'impossibilité d'avance de frais, certaines personnes ne peuvent pas recourir à un médecin généraliste [...] et vont donc à l'hôpital. C'est un critère déterminant, surtout à certaines périodes de l'année. »

Personnel hospitalier

« Tous ces gens, on ne les voit pas parce qu'il y a aussi des gens qui ne viennent pas chez nous et qui vont à l'hôpital. L'hôpital c'est gratuit. »

Médecin généraliste

Pour une partie de la population, il existe également des difficultés à procéder à des examens complémentaires pour des raisons financières. Cette difficulté est davantage relevée par les médecins généralistes, de par leur rôle de pivot et d'orientation des patients vers les soins de spécialité. Face à cette difficulté, les médecins généralistes ont différentes stratégies. Certains adressent leurs patients à des spécialistes qui ne pratiquent pas les dépassements d'honoraires.

« L'accès est difficile à cause des dépassements d'honoraires [...] On travaille ensemble selon leur disponibilité, leur type d'accueil du patient. Ils leur parlent, ils les respectent, ils sont gentils avec et ils font pas de dépassements d'honoraires ou très peu. Bon ceux-là je travaille avec eux. »

Médecin généraliste

D'autres contournent ces problématiques sociales en procédant à l'hospitalisation de leurs patients expliquant que c'est le seul moyen de leur assurer un accès aux examens complémentaires.

« Sur la diabéto, j'utilise l'hôpital quand c'est trop compliqué à faire l'ensemble du bilan en ville. Parce que c'est des situations complexes, là c'est plutôt une hospitalisation d'origine sociale, pour les diabétiques. »

Médecin généraliste

Complexité du système de soins

Il existe une barrière sociale à l'accès aux soins. Quelle que soit leur position dans le système de soins, l'ensemble des participants intervenant dans des communes concernées par la géographie prioritaire de la politique de la ville observent cette difficulté. Ils soulignent la méconnaissance, l'inexpérience du système de soins des populations les plus précaires. La complexité du système de soins conduit certains groupes de populations à abandonner les démarches que ce soit pour disposer de couverture sociale, d'une mutuelle ou pour remplir les demandes de remboursement de soins. Médecins généralistes et personnel hospitalier confient apporter leur aide de façon ponctuelle ou continue, formelle ou informelle.

Dans le cas d'absence de couverture sociale et dans l'incapacité d'avancer les frais, cette aide peut prendre la forme de soins gratuits de la part de médecins généralistes ou d'un travail important d'ouverture de droits, comme le réalise le centre hospitalier de Seine-Saint-Denis. Ce centre hospitalier attire en effet un nombre important de groupes de population sans domicile fixe, sans couverture sociale.

« Cela a nécessité une organisation spécifique : la réception est sans rendez-vous, les photos sont prises sur place, la domiciliation est faite à la mairie, ils n'ont plus qu'à aller récupérer l'AME. Cela représente également du temps humain, car ce sont des patients qui ont besoin d'être accompagnés. »

Personnel hospitalier

Face à la complexité du système de soins, il ressort des entretiens l'importance de créer un maillon entre la population en difficulté et les institutions

Mais la problématique de méconnaissance du système de soins est plus large que la question d'ouverture de droits. Pour cela, médecins généralistes et personnel hospitalier font appel à des entités informelles (habitants ayant une connaissance du système de soins, patients experts) ou formelles (associations) pour accompagner la population dans la reconquête des droits sociaux. Il ressort de ces entretiens l'importance de créer un maillon entre la population en difficulté et les institutions.

« Pour certaines populations très spécifiques qui ont certaines difficultés de santé ou sociales, pour elles aller à la CPAM et aller chercher l'acte de naissance à la mairie, c'est déjà un parcours insurmontable. Donc il y a besoin d'intermédiation, d'association, de médiateurs-relais pour faire ça. »

Délégué territorial

Problèmes de compréhension et d'expression en langue française

La barrière de la langue est également largement reconnue comme obstacle à l'accès aux soins par les participants intervenant dans des communes concernées par la géographie prioritaire de la politique de la ville. La capacité à accéder aux soins est freinée par des problèmes de compréhension et d'expression en langue française. Pour pallier cette difficulté, les patients font souvent appel à un membre de leur famille pour traduire.

« On pense notamment [...], à une forte communauté chinoise très repliée sur elle qui n'accède pas aux soins pour des problèmes de langue. [...] Contrairement aux précédentes décennies, ce sont plutôt des populations asiatiques, d'Asie du sud-est ou d'Amérique du sud...car les populations africaines ou nord-africaines globalement n'ont pas forcément cet obstacle-là. Maintenant on a toujours la grand-mère qui ne maîtrise pas forcément très bien la langue. Mais il y a toujours le petit-fils ou la nièce qui accompagne. »

Délégué territorial

Mais solliciter un membre de la famille comme traducteur pose des questions de secret médical. Personnel hospitalier et médecins généralistes s'organisent eux-mêmes en mobilisant des traducteurs professionnels (par exemple ISM interprétariat) ou de façon informelle, son personnel salarié (par exemple, le podologue du centre de santé qui est Malien, la secrétaire Sri-Lankaise...). Dans le cadre de la prise en charge multiculturelle du cancer, l'hôpital de Saint-Denis propose une formation à l'interprétariat pour les soignants. Car « *au-delà de la traduction, l'interprétariat peut se traduire par une position complexe, qui peut mettre en difficulté.* »

Personnel hospitalier

Difficultés physiques à se déplacer vers les soins et services de ville

L'argument physique selon lequel les difficultés à se déplacer constituent une entrave à l'accès aux soins est mentionné par le personnel hospitalier. Ils pointent ici l'arrêt des visites à domicile des médecins généralistes en expliquant que, de leur point de vue, cette réforme a créé une barrière physique pour les personnes à mobilité réduite. De par leur position institutionnelle, la plupart des médecins généralistes louent cette réforme en disant qu'elle n'est en aucun cas responsable du transfert de charges de la ville vers l'hôpital, qu'elle ne comporte aucun inconvénient pour la population.

« On peut dire effectivement qu'il y a certaines personnes âgées qui n'ont pas cette facilité de mobilité qui se laissent peut-être un petit peu aller jusqu'à temps où elles appellent le médecin qui dira ' Allez aux urgences ! Parce que là vous avez une altération de l'état général '. »

Personnel hospitalier

Le personnel hospitalier, intervenant lorsqu'une prise en charge à domicile n'est plus possible, suggère qu'un effort soit fait de la part des médecins généralistes auprès des populations qui sont dans l'incapacité de se déplacer, en instituant un suivi régulier.

« Il faudrait que ces personnes [les médecins généralistes] s'impliquent un peu plus dans la gestion de la médecine de ville, dans le suivi de leur personne car on n'a quand même pas mal de maisons de retraite qui sont là, des personnes âgées, et ces personnes-là on sait que c'est le minimum de visite régulière, on n'attend pas qu'il y ait un problème pour voir. Si eux ils arrivent à développer ça, ce suivi correct et machin, ça peut peut-être diminuer le nombre d'hospitalisations potentiellement évitables comme vous dites. »

Personnel hospitalier

Aménagement du territoire

Les médecins généralistes, personnel hospitalier et délégué territorial intervenant dans des zones rurales sont unanimes sur le fait que leur zone cumule insuffisance de densité médicale, manque de transports publics et difficultés liées à l'aménagement du territoire (éloignement des grands axes routiers, territoires vallonnés qui rendent difficile l'accès à pied). Ces difficultés conduisent à des situations d'enclavement, à mettre une distance géographique entre la population et les soins de ville.

« En fait les difficultés qu'on a ici [...] c'est aussi le fait qu'on est enclavé. C'est-à-dire que pour aller vers les zones qui ont un tissu sanitaire un peu plus développé, c'est compliqué. C'est-à-dire vous avez vu en venant, on est loin des deux autoroutes, l'A4, l'A6 même des grandes nationales. »

Personnel hospitalier

« Mais c'est trop loin du centre-ville, y a une côte comme ça. [...] A pied on ne peut pas. Les personnes âgées du centre-ville ne peuvent pas venir consulter. »

Personnel hospitalier

Pour certains participants, augmenter le nombre de médecins sans remettre en cause l'organisation du système n'est pas la solution

Mais à l'inverse, une forte densité de population et la pression urbaine associée peuvent également être des facteurs délétères en retardant le recours aux soins. Dans ce cas, ce serait l'anticipation de la promiscuité, du stress ambiant et d'éventuels comportements agressifs qui conduiraient à limiter ses déplacements à l'essentiel et donc à retarder le moment où l'on se décide à consulter.

« C'est une problématique de densité, de forte pression urbaine [...]. Pour parler simplement, le tram est surchargé à toutes les heures de la journée, le bus également et puis tout ça génère de l'agressivité de part et d'autre. [...] Et quand on se met à la place d'une famille qui a rendez-vous chez les médecins...oui ça peut décaler. »

Délégué territorial

Insuffisance de la densité médicale

La grande majorité des participants observent que l'insuffisance de l'offre de soins de ville est un des obstacles majeurs à l'accès aux soins, indépendamment de leur position institutionnelle ou de leur zone d'exercice. Un déficit d'offre médicale serait à l'origine d'un transfert de la ville vers l'hôpital et expliquerait en grande partie la problématique d'un recours inapproprié, trop important et coûteux aux urgences de l'hôpital.

« Quand on regarde les statistiques de l'Île-de-France, on a quand même une densité de généralistes qui est moindre avec un âge des généralistes qui fait que [...] beaucoup partent à la retraite et que pour nous ça a une répercussion

directe sur les urgences, c'est-à-dire sur des patients qui aujourd'hui ont du mal à avoir des rendez-vous de médecin généraliste, donc ils viennent aux urgences. »

Personnel hospitalier

Face à ce diagnostic, nous relevons trois types de positions. Il ne nous semble pas qu'un type de position soit préférentiellement repris par un type de participant. La première position consiste à valider le problème de déficit médical et proposer comme solution l'augmentation du nombre de généralistes et de spécialistes sur la zone. La deuxième est de penser que le déficit de médecins est dû à une mauvaise organisation des médecins généralistes qui ont réduit leur temps de travail et qui programment leur activité. Cet argument est repris par le personnel hospitalier et les médecins généralistes.

« Moi personnellement, je pense que les médecins ne sont pas forcément en sous-nombre. Personnellement je pense que les médecins ont changé leurs activités, ils ont regroupé leurs activités sur 3-4 jours et qu'ils ont un sentiment d'être débordés et puis les deux jours suivants effectivement il n'y a personne. Ou alors ils ont décidé de ne faire que sur rendez-vous. Donc c'est facile sur rendez-vous mes maladies chroniques, je me les reporte et puis après si j'ai décidé de travailler tant par jour... Après c'est des choix. »

Médecin généraliste

La troisième position serait de dire qu'il ne faut pas forcément faire « plus et à l'identique ». Pour eux, augmenter le nombre de médecins sans remettre en cause l'organisation du système de soins actuel n'est pas la solution. Ils ne nient pas le problème d'offre médicale mais pensent que le contexte actuel pousse à adopter un nouveau type d'organisation, à réfléchir à un mode de collaboration entre médecins de ville.

« Parce que les maires, ils n'ont rien compris, ils voudraient encore avoir un médecin dans leur village, dans une maison, qui fasse ses gardes. Ils n'ont même pas perçu que ce n'était pas d'utilité en fait. Y a pas une vision à long terme des maires. »

Médecin généraliste

Face au problème de déficit médical, le développement de la télémédecine apparaît aussi comme une solution. Des projets de télésurveillance médicale sont testés en Île-de-France actuellement. Ils permettent l'interprétation à distance des paramètres médicaux d'un patient et la téléassistance médicale d'un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte. L'utilisation de la télémédecine dans certaines zones rurales permet l'accès à des soins spécialisés.

« On a une unité télé-AVC. [...] En fait, on est peu sensible du fait que Provins c'est un coin perdu qui est rattaché à l'Île-de-France mais que maintenant c'est l'Île-de-France sans l'être. Donc il y a quelques années, il y avait Bichat qui nous avait proposé une étude, de participer à une étude de possibilité de thrombolyse déportée alors on était partant pour le faire avec lui. [...] Ça marche, il y a le contact H24 avec le neurologue de Bichat, le moindre doute qu'on a, on les appelle, on juge ensemble, oui ou non on thrombolyse. [...] Après le médecin est responsable de ce qu'il fait mais la structure de l'hôpital [Provins] a la possibilité de traiter les AVC avec une vraie structure comme Bichat. »

Personnel hospitalier

Des initiatives pour améliorer l'accessibilité aux soins et aux services

Tout au long de ces discours, les acteurs mentionnent les initiatives qu'ils ont mises en place pour, à leur niveau, favoriser l'accès aux soins. On note que ces initiatives reposent davantage sur des démarches personnelles que sur une démarche construite. On relève quelques initiatives qui pourraient être appliquées à d'autres territoires : ouvrir des droits des hôpitaux pour les populations les plus précaires ; créer un maillon entre la population en difficulté et les institutions pour accompagner la population dans la reconquête des droits sociaux ; proposer une formation à l'interprétariat pour les soignants ; développer la télémédecine...

4.2.2 Recours tardif aux soins

Les participants mentionnent unanimement le rôle des patients dans les parcours de soins à travers le recours tardif aux soins. Le recours tardif aux soins consiste à attendre le dernier moment pour consulter. L'évolution de la pathologie est alors si avancée qu'elle conduit le médecin généraliste à adresser le patient à l'hôpital ; alors qu'une consultation en ville plus précoce aurait pu permettre au médecin généraliste de prendre en charge le patient. Pour de rares participants, des facteurs d'ordre sociaux ou liés à l'insuffisance des moyens alloués à la prévention peuvent expliquer le recours tardif aux soins.

Le « Dur au mal »

L'ensemble des participants identifie un premier facteur au recours tardif aux soins : le « dur au mal ». Le « dur au mal » peut se définir comme la capacité à supporter la souffrance, la fatigue, l'inconfort. Derrière cette capacité se cache l'idée que le motif de consultation ne peut être bénin et nécessite des symptômes manifestes et importants, comme ceux présents dans le cas de maladies aiguës. Le « dur au mal » est particulièrement observé parmi les hommes, les personnes âgées, et immigrés.

La santé n'est pas seulement une question d'offres de soins. De mauvaises conditions sociales, économiques, environnementales peuvent également être délétères

« Et je me demande aussi si il n'y a pas un critère culturel, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, les anciens, ça se voit, c'est des durs à la douleur, on va pas consulter pour un petit truc. »

Personnel hospitalier

« Surtout chez les hommes. Et la capacité d'encaisser les anomalies sans réagir. [...] Le dur au mal. [...] C'est à la fois un non-respect du corps. Et puis on a une population qui vient de pays où...moi je vois des patients qui me racontent leur odyssée pour venir en France, c'est pas grand-chose ce qui leur arrive là par rapport à ce qu'ils ont enduré. »

Médecin généraliste

Cette conception de recours aux soins ciblé sur des symptômes aigus et importants met en difficulté la prise en charge dans la durée que nécessitent les maladies chroniques. Toute la difficulté est effectivement de consulter un médecin ou de prendre un traitement alors qu'on ne se sent pas malade (au sens aigu du terme).

« Le rapport au médicament c'est quand ça va bien je ne prends pas le médicament. Le médicament c'est vraiment quelque chose qu'on prend quand on n'est pas bien ...c'est très difficile de faire comprendre qu'il faut prendre des médicaments alors qu'on se sent bien. Et donc y a pas de continuité dans la prise des médicaments. »

Médecin généraliste

Problématiques plus urgentes que la santé

Rares sont les participants qui observent que les causes d'un recours tardif aux soins peuvent être sociales. Ce sont surtout les participants exerçant dans des communes concernées par la géographie prioritaire de la politique de la ville qui ont observé que pour certains groupes de population, il y a des problématiques plus urgentes que la santé (emploi, le logement, l'éducation...).

« T'as toute la contingence de 'Je ne peux pas m'arrêter. J'ai enfin un CDI'. La personne qui a enfin un CDI va se traîner au boulot pendant des mois parce qu'elle a qu'une trouille c'est de le perdre. Le langage des employeurs : 'Si vous vous arrêtez trop souvent, vous perdez votre emploi'. Tout est une pression pour que le statut de malade soit une honte dans le monde de l'entreprise aujourd'hui. »

Médecin généraliste

Pour ces participants, la santé n'est pas seulement une question d'offre de soins. Ils pensent que de mauvaises conditions sociales, économiques, environnementales peuvent également être délétères. Pour eux, il faut agir sur les déterminants sociaux en conduisant des politiques publiques (autres que celles de santé) qui améliorent les conditions de vie pour permettre à ces groupes de population d'intégrer de nouvelles priorités comme celle de la santé.

« Tout d'abord, je pense qu'il faut agir sur les déterminants sociaux dans ce territoire. C'est-à-dire permettre à ces populations d'avoir le temps et la sérénité pour s'occuper de leur santé. Donc traiter d'abord les questions qui leur paraissent prioritaires, le logement, l'emploi. »

Délégué territorial

Moyens financiers insuffisants pour faire de la prévention

En complément de la position précédente vient celle selon laquelle il est nécessaire d'informer la population, de la sensibiliser aux questions de santé, à l'importance de la prévention et aux des dépistages. De par leur position institutionnelle, ce sont les médecins généralistes et les délégués territoriaux qui reprennent le plus souvent ce type de discours. Les médecins généralistes, de par leur mission de prévention, se sentent les principaux concernés.

« On y réfléchit mais bien évidemment qu'il faut qu'on s'y prenne en amont. Et qu'on a péché probablement. [...] Et puis il faut aussi que les gens soient suffisamment vigilants pour venir beaucoup plus vite. [Il faut] aussi que nous on change, qu'on modifie notre éducation vis-à-vis de chaque patient [...] Donc on a vraiment un chemin à faire avec eux et moitié-moitié. »

Médecin généraliste

Mais les médecins généralistes paraissent démunis face à cette mission de prévention et la question de la rémunération est systématiquement abordée. Pour eux, leur temps de consultation est déjà trop court et ils se sentent dans l'incapacité d'intégrer un temps supplémentaire de prévention sans ressource financière supplémentaire. Par exemple, à la question : « Serait-il possible que les généralistes organisent des séances de prévention pour des groupes de patients ? », l'un d'eux nous a répondu :

« C'est à dire avec mes patients en groupe? A la campagne? Gratuitement? Gratuitement, comme ça le soir comme j'ai rien à faire...Je vais les mettre dans la salle d'attente et leur dire, tiens je vais leur faire une petite réunion... Mais si on avait des rémunérations, des temps ad-hoc, ça pourrait se faire...mais bien entendu. »

Médecin généraliste

Pour pallier la contrainte du temps des médecins (mais pas forcément celle de l'argent), un participant rapportait l'expérience d'un centre de santé qui a converti sa salle d'attente en un lieu de prévention et donc le temps d'attente en un temps de prévention. Cette initiative permet non seulement de sensibiliser la personne qui consulte mais aussi les accompagnants sans prendre de temps supplémentaire ni aux patients, ni aux médecins généralistes.

« Donc la salle d'attente est un café qui est animé en permanence par une médiatrice. Y a des expositions, y a de l'éducation pendant l'attente. »

Médecin généraliste

Il est possible de s'appuyer également sur des associations qui sensibilisent la population à des questions de santé au cours de moments de convivialité. Cet exercice permet d'intégrer petit à petit la prévention, les questions du dépistage à la vie de tous les jours.

« Il faut mettre les énergies, toutes les actions pour sensibiliser toutes ces populations à l'importance de la prévention, à l'importance du dépistage. [...] On a déjà une bonne expérience dans ce département financée par l'ARS sur les crédits prévention. C'est une association de médiatrices-relais, c'est une association de médiatrices qui vont dans un certain nombre de quartiers...alors pas sur ce territoire-là mais c'est transposable...pour faire des réunions le soir, 18h-19h, auprès des femmes du quartier pour les sensibiliser à l'importance du dépistage du cancer du sein. [...] Mais effectivement l'approche est beaucoup plus éthique, beaucoup plus conviviale, parmi un atelier de cuisine, parmi une activité sportive, parmi le chant, etc. Ensuite là-dedans on insère un certain nombre de messages et on aborde les questions du cancer du sein. »

Délégué territorial

Des initiatives pour améliorer le recours tardif aux soins

Tout au long de ces discours, les acteurs mentionnent les initiatives qui pourraient, selon eux, diminuer le recours tardif aux soins. On note l'importance d'agir sur les déterminants sociaux en conduisant des politiques publiques (autres que celles de la santé) pour améliorer les conditions de vie, de donner les possibilités financières aux médecins généralistes d'assurer leur mission de prévention. L'initiative du centre de santé qui a transformé sa salle d'attente en lieu de prévention est à retenir et est transposable sur d'autres territoires.

4.2.3 Discontinuité des soins

Le troisième dysfonctionnement majeur identifié dans les parcours de soins est la discontinuité des soins. La continuité des soins consiste à assurer un suivi continu d'un patient, en évitant les ruptures lors des transitions de prise en charge. Elle est le résultat d'un « bon transfert d'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une bonne coordination des soins » pour assurer un parcours fluide (Encadré 2). Dans leurs discours, les participants mentionnent des facteurs qui mettent en péril la continuité des soins sur leur territoire : la non-observance des parcours coordonnés, le manque de communication et de collaboration entre les différents intervenants puis la difficulté à échanger des données informatisées entre la ville et l'hôpital. C'est autour de la question de la continuité des soins qui nécessite la plus grande collaboration que se cristallisent toute la rivalité et les enjeux différents des participants. Les médecins généralistes pointent la responsabilité du patient et surtout du personnel hospitalier ; le personnel hospitalier pointe la responsabilité des médecins généralistes ; le délégué territorial cherche plutôt des solutions d'ordre systémiques.

Non-observance du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant a une mission de coordination des soins, redéfinie dans la loi HPST de 2009. Le médecin traitant est décrit comme un acteur pivot des soins de premiers recours. Il doit fixer les modalités de l'accompagnement du patient dans son parcours de soins pour lui garantir la meilleure qualité des soins possible. En pratique, les patients ne consultent pas systématiquement leur médecin traitant mais se retournent vers les urgences pour des motifs qui auraient dû être traités par le médecin traitant. C'est ce qu'observent les médecins généralistes et le personnel hospitalier. Pour eux, ce type de comportement est un vrai problème qui met en péril la continuité des soins.

Encadré 2. La continuité des soins

En France, il ne figure pas à ce jour de définition synthétique de la continuité des soins. Le rapport « Primary care : America's Health in a new era » datant de 1996 définit la continuité des soins comme une caractéristique qui réfère 1/ à un soin prodigué dans le temps par un professionnel ou un groupe de professionnels (« continuité clinique ») ; et 2/ à une communication efficace et en temps opportun des informations de santé (événements marquants, risques particuliers, conseils et préférences des patients) (« continuité de l'information »).

Un rapport canadien plus récent, « Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins (2002) » évoque une troisième dimension de la continuité des soins, celle de la continuité d'approche, qui veille à la cohérence des soins prodigués par les différents intervenants. Ce rapport propose également une définition synthétique que nous avons reprise : « La continuité des soins, c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins »¹⁹.

Selon leur position institutionnelle, les participants justifient différemment ce type de comportement. Le premier largement repris par les médecins généralistes mais observé également par quelques personnels hospitaliers, est que les patients sont pressés, angoissés. Impatients, ils se dirigeraient vers les urgences pour se faire soigner au plus vite. On notera l'opposition de cette perception avec celle du « dur au mal », qui conduit dans ce dernier cas à attendre trop longtemps. Il y a une injonction des médecins sur la temporalité d'une consultation qui doit s'effectuer au bon endroit et au bon moment.

« Il y a le patient 'pizza'. « J'ai mal à la gorge, il faut que je sois pris dans les deux minutes ». Même nous qui sommes ouverts toute la journée, on a des insatisfaits. « Je peux venir tout de suite ? – Tout de suite, tout de suite non...les rdv sont déjà pris, venez à 16h ». C'est les consultations libres donc ils ont toujours le temps de venir mais non...ils vont aux urgences même s'ils vont attendre 3 heures aux urgences. »

Médecin généraliste

Dans ces cas, les médecins généralistes rappellent qu'il est essentiel de dialoguer avec le patient, d'identifier la source d'angoisse qui a conduit le patient à consulter l'hôpital. Une solution, pour s'assurer que le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié, est de travailler la relation entre le patient et le médecin généraliste, de cultiver une relation de confiance entre le médecin et le patient.

¹⁹ Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Mars 2002.

« Je suis dans cette espèce de volonté [...] d'être un vrai médecin de famille, c'est-à-dire être reconnu par la famille comme une personne ressource en fonction des problématiques de santé. »

Médecin généraliste

Le deuxième facteur, repris par le personnel hospitalier, est la faible disponibilité des médecins généralistes le soir, les week-ends et les jours fériés. Ce manque de disponibilité des médecins généralistes conduirait les patients à consulter à l'hôpital qui lui est ouvert 24h sur 24.

« Le médecin traitant avant, il avait un coup de fil pour dire 'J'ai de la fièvre ce soir docteur qu'est-ce que je fais ?' Ben il lui dit 'Prends un doliprane ce soir et demain, tu viens me voir à mon cabinet, je te vois à nouveau le matin.' Ça faisait temporiser. Tandis que là maintenant les gens appellent le 15. Le 15 la première chose qu'on leur dit : 'Allez aux urgences si vous voulez voir un médecin parce qu'on n'a pas de médecin en place.' »

Personnel hospitalier

Devant les besoins de la population, un département a mis en place un système de permanence de soins particulier.

« On a le centre 15 qui est en capacité d'envoyer des médecins en visite à domicile 24 heures sur 24 et pas seulement aux heures de soins, c'est-à-dire la nuit, le week-end, les jours fériés. [...] Ça n'existe que dans ce département. D'ailleurs ça a été obtenu grâce à la mobilisation des médecins auprès de l'agence et même auprès de l'ARH avant l'ARS qui a démontré que parce que justement il y a très peu de médecins généralistes et comme la densité médecins est très faible et que la densité populationnelle est très importante, une des solutions était de renforcer la régulation médicale de jour pour augmenter le nombre de conseils médicaux et aussi parfois pour provoquer les visites à domicile quand c'est nécessaire. »

Délégué territorial

Manque d'organisation au sein de la médecine de ville pour assurer la permanence des soins

Un argument récurrent du personnel hospitalier est le manque d'organisation des médecins généralistes libéraux et des centres de santé pour assurer la permanence des soins. La permanence des soins est une mission de service public assurée par les médecins libéraux pour permettre un accès aux soins à la population la nuit, les week-ends, les jours fériés etc. (Encadré 3). Or de l'avis des personnels hospitaliers, il y a un manque de concertation et d'organisation au sein de la médecine de ville que ce soit la nuit, le week-end, durant les ponts, en période de vacances. Dans ce cas, l'hôpital se perçoit comme jouant le rôle de tampon, ce qui entraîne une multiplicité des intervenants, une dispersion de l'information et donc une discontinuité des soins.

« Dans le contexte actuel, il n'y a qu'une structure qui s'en occupe : c'est l'hôpital. Les généralistes, enfin moi ce que je vois, ils ne s'organisent pas entre eux pour se dire on va organiser une permanence de généralistes. [...] Moi c'est ce que je vois, ils ont tous envie de prendre leurs vacances au moment de Noël, ils prennent tous leurs vacances au moment de Noël [...] Oui c'est ça, donc en fait c'est l'hôpital qui porte la totalité, qui assure en tout cas. »

Personnel hospitalier

Encadré 3. La permanence des soins

La permanence des soins est une mission de service public qui permet de répondre aux demandes de soins de la population la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant certains ponts. Elle est assurée par des médecins exerçant en cabinet, par des associations de praticiens constituées spécialement à cet effet, mais également, dans certaines conditions, par les établissements de santé.

La permanence des soins ambulatoires a longtemps été assurée par un tour de garde des médecins libéraux et constituait pour eux une obligation déontologique. Un mouvement de grève des gardes initié en 2001 a abouti au remplacement d'une obligation de garde par un système collectif fondé sur le volontariat avec une rémunération sous forme de forfaits d'astreinte (Cour des comptes, 2013b). L'article 77 du code de la santé publique en vigueur aujourd'hui stipule qu'« il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». Ce sont désormais les ARS qui encadrent l'organisation locale des tours de garde volontaires entre médecins. Si les tableaux de garde ne sont pas remplis, ce sont les ARS qui demandent aux préfets de procéder à la réquisition du praticien.

Le personnel hospitalier se perçoit comme étant en aval du parcours de soins mais devant assurer une mission de soins de premier recours pour des raisons sociales, financières ou organisationnelles. Ils expliquent que pour eux il y a d'un côté la médecine de ville généralement programmée et accessible à ceux ayant des moyens financiers et sociaux ; de l'autre côté, il y a la médecine de l'hôpital généralement non-programmée, qui a également la faveur des populations les plus précaires n'ayant pas les moyens d'avancer les frais de consultation.

« J'ai vu une évolution qui s'installe petit à petit mais régulière depuis quelques années qui amène maintenant à une situation où il y a effectivement deux médecines séparées, la médecine programmée, quasi-programmée qui est la médecine de ville, et une médecine non-programmée qui est l'accueil dans des zones peu denses. SOS médecins ne s'installe pas car c'est pas rentable. »

Personnel hospitalier

Manque de collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital

« Je crois qu'on est sur des territoires où on a relativement peu de contacts et d'organisation des soins entre l'offre libérale et l'offre hospitalière. »

Délégué territorial

Un problème important, qui est systématiquement évoqué par les participants quels que soient leur position institutionnelle ou zone d'exercice, est le manque de travail collaboratif entre la ville et l'hôpital. La majorité des participants perçoivent la ville et l'hôpital comme deux entités distinctes, cloisonnées, cohabitant l'une à côté de l'autre, avec peu d'espace de travail, de dialogue commun. Il transparaît dans les discours une rivalité bien ancrée entre les deux parties qui prend la forme de représentations négatives très fortes sur l'autre partie et de remises en question sur sa capacité à prendre en charge un patient.

« Parce qu'ils sont nuls. Parce que je tiens à ce que mes patients soient bien. »

Médecin généraliste

« Ce sont aussi des maladies [diabète] auxquelles un généraliste peut difficilement faire face, car trop lourdes, éducation thérapeutique, etc. En ville on fait surtout des renouvellements de traitement. »

Personnel hospitalier

« On a de très mauvaises relations avec eux [les hospitaliers]. On envoie un patient pour un problème grave, ils nous le renvoient. Et puis à l'inverse parfois, on retrouve un patient hospitalisé [...] "Mais attends, ce petit papi, tu ne vas quand même pas me faire croire qu'il est là depuis 4 semaines. [...] Tu peux pas téléphoner au médecin? Tu sais qu'on n'est pas complètement des débiles en ville? [...] Les escarres vous savez que ça peut se prendre en ville. On peut travailler de façon coordonnée. On peut vous les renvoyer une fois ou deux par semaine. »

Médecin généraliste

A cette rivalité, s'ajoutent des modes de fonctionnement, des niveaux de priorité différents. Les médecins généralistes souhaitent des résultats rapides ce qui nécessite une certaine réactivité que n'offre pas assez l'hôpital à leur goût. Pour cela, la majeure partie des médecins généralistes déclarent adresser leurs patients en préférence à des spécialistes en ville.

« Alors moi j'aime beaucoup travailler avec le libéral parce que d'abord il les reçoit pas en petits bouts, quand il les voit c'est une consultation unique, prise en charge et puis on travaille très bien ensemble maintenant. »

Médecin généraliste

« Moi un dermato si [...] il me donne pas dans les 24 heures un créneau pour voir mon patient, j'aurais tendance à ne pas le rappeler. [...] Si je téléphone à l'hôpital, j'aurais du mal à avoir directement le dermatologue, si j'ai pas son numéro de téléphone. Et y a des dermatologues qui prennent rendez-vous et c'est dans trois mois. »

Médecin généraliste

Et ce qui ressort de manière évidente dans les discours des médecins généralistes et du personnel hospitalier est le manque de communication entre la médecine de ville et l'hôpital. Les médecins généralistes ont tendance à penser que c'est une évolution assez récente due à la spécialisation des disciplines.

« Je pense que c'est un changement, je sais pas si c'est culturel mais les médecins ne se présentent plus, les médecins ne se connaissent plus, les médecins ne se téléphonent plus. Quand on va voir un patient, d'ailleurs on ne va plus voir de patients à l'hôpital. C'est pas possible. Les cardiologues sont enfermés, les gastro font des fibro...on a décuplé le nombre de médecins mais on ne les voit plus. [...] Les relations humaines finalement sont assez délétères au patient quand elles n'existent plus. »

Médecin généraliste

Face à ce constat, certains médecins généralistes libéraux font le choix d'éviter de travailler avec l'hôpital. D'autres essaient de rétablir la communication dans l'optique de collaborer au mieux dans l'intérêt du patient. Un premier moyen évoqué est simplement de « reprendre son téléphone ».

« En tout cas, moi j'ai fait la démarche de reprendre le chemin de l'hôpital, de reparler aux médecins parce que finalement...avant on se connaissait, on se téléphonait, on gérait le patient très vite. [...] Il faut reprendre son téléphone et

La question de la collaboration entre la ville et l'hôpital occupe un large corpus dans les entretiens

refaire ce maillage qui est informel mais qui finalement au bout d'un moment est tellement naturel. »

Médecin généraliste

Un deuxième moyen est de ritualiser des moments d'échange entre la médecine de ville et l'hôpital *via* la constitution de groupes de discussion de cas médicaux ou *via* la création d'ateliers d'information sur des thématiques, telles que l'accès aux soins, la précarité, organisés par l'hôpital avec les médecins libéraux. La mise en place de ce moyen est évidemment dépendante de la volonté des acteurs.

« Alors les jeunes [généralistes] ont été voir les jeunes chefs de clinique [...] et ils ont dit comment on fait pour travailler ensemble ? [...] Comment je fais si je veux t'adresser quelqu'un sans passer par les urgences ? [...] Comment je fais quand je suis en doute, [...] mais que ce n'est pas parce que je ne sais pas faire que le malade doit aller à l'hôpital ? Est-ce qu'on peut se parler ? [...] Et du coup, ça va déboucher sur un staff, sur une rencontre [...] à l'hôpital, petit déjeuner, on travaille de 8h à 9h pour ceux qui veulent. Si tu veux présenter un cas que tu as en ville, t'appelles ton correspondant à l'hôpital, vous présentez aux autres votre cas et ce que vous avez fait. [...] Ils ont identifié dans l'hôpital, à chaque endroit, dans chaque service, des gens qui sont plutôt leurs référents. Et ils s'appellent et construisent des dispositifs...des liens, seulement se parler. »

Médecin généraliste

« Généralement les médecins de centres de santé de [nom de ville] et les médecins libéraux connaissent parfaitement les équipes hospitalières car historiquement la direction de l'hôpital de [nom de ville] les a intégrés dans le projet de l'hôpital [...] et ça continue, avec des journées portes ouvertes, des ateliers d'information sur l'accès aux soins, sur la précarité. Le dernier auquel j'ai assisté c'était il y a quelques mois, c'était sur la santé-précarité à [nom de ville] organisé par l'hôpital avec des acteurs de la ville, y compris les médecins libéraux. Il y a beaucoup de liens. »

Délégué territorial

Les Contrats locaux de santé (CLS), mesure de la loi Hôpital, patients, santé, territoires de 2009 (HPST), sont un troisième exemple de moyens permettant de renforcer la qualité du partenariat autour de la politique de santé mise en œuvre au niveau local. L'idée est de proposer un espace de dialogue, d'expression qui permet de réunir à la fois la médecine de ville et l'hôpital autour d'une démarche santé sur un territoire ciblé.

Les Contrats locaux de santé réunissant à la signature la ville et l'hôpital créent un espace de dialogue commun

« Et puis dernière chose en date, les contrats locaux de santé qui sont signés avec l'ARS et la ville, l'hôpital à chaque fois est présent. L'hôpital au sens large, l'hôpital et clinique. Ce sont des acteurs ambulatoires donc ils sont tous intégrés dans le CLS avec des thématiques qui renvoient vers des articulations vers des façons de traiter le sujet en commun, de favoriser dans les deux sens le lien ville-hôpital, pour éviter au patient des parcours complexes. »

Délégué territorial

Un quatrième moyen innovant consiste à créer un espace de travail commun entre médecins libéraux et praticiens hospitaliers à travers par exemple, la création d'un centre de santé à gestion hospitalière ou d'une maison médicale de garde adossée à l'hôpital.

« On a réfléchi à l'idée d'adosser un centre de santé à un hôpital. Avec un double intérêt avec d'une part la stabilisation économique [des centres de santé qui connaissent actuellement des problèmes économiques], ce sera dans le budget de l'hôpital, et puis un intérêt médical puisque les consultations, les vacations seraient assurées par le praticien hospitalier de l'hôpital qui viendrait faire des consultations de médecine générale selon sa spécialité au sein du centre de santé. [Les praticiens hospitaliers] constitueraient le socle de départ. Et puis il y aurait d'autres médecins généralistes volontaires qui viendraient consulter. »

Délégué territorial

« Le projet que j'avais est d'utiliser en partie l'internat qui est en face des urgences [...] pour accueillir des cabinets de médecins de ville. Essayer de mutualiser un peu les forces en leur proposant de les associer, eux, aux urgences, qu'ils assurent des gardes aux urgences en étant formés par le service des urgences. C'est-à-dire qu'ils auraient leur exercice de médecins de ville proche de l'hôpital en étant adossé à l'hôpital. »

Personnel hospitalier

A ce jour, ces projets collaboratifs entre la médecine de ville et l'hôpital sont en cours de réflexion et tentent de trouver le modèle adapté aux contraintes du territoire. La collaboration ville-hôpital occupe un large corpus dans les entretiens et constitue un sujet sur lequel les participants souhaitent avancer.

Améliorer le transfert de données informatisées entre la ville et l'hôpital

Une des caractéristiques de la continuité des soins est la continuité de l'information qui s'appuie sur une communication efficace et en temps opportun des informations de santé (événements marquants, risques particuliers, conseils et préférences des patients) (Encadré 2). En pratique, cette continuité de l'information devrait être assurée par le dossier médical personnel (DMP) qui, au terme de la loi de 2004, devait accompagner la création du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés et faciliter une organisation chaînée des soins, au-delà de la médecine de la ville. A ce jour, le DMP est géré par l'assurance maladie, il n'est pas obligatoire et est ouvert sur demande du patient.

Sur la question de continuité de l'information, les participants n'évoquent pas le DMP en tant que tel et concentrent leurs discours sur les difficultés à transmettre et à obtenir les courriers de fin d'hospitalisation au cours du délai réglementaire de 8 jours (article R 1112-1 du CSP). Ces courriers de fin d'hospitalisation sont signés par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert. Le courrier de fin d'hospitalisation « résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert »²⁰. C'est un élément clé de la continuité des soins.

« Alors ça dépend des services, je dirai que ça aurait peut-être tendance à s'améliorer, je dirai que ça dépend aussi des médecins mais c'est aussi une raison pour laquelle on pourrait choisir un correspondant. Donc finalement les correspondants qui nous écrivent rapidement, on travaille plus avec eux et ceux-là...bon en ville ça va très vite, c'est le jour même. La clinique c'est souvent le jour même. L'hôpital ceux avec qui on travaille font des efforts pour

²⁰ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/ipagss_ssr_fd_dec.pdf, vu le 17 mars 2015

que ce soit dans les huit jours. Ce qui est encore trop long mais c'est déjà pas mal...bon et puis il y a d'autres services où ça ne se fait jamais. »

Médecin généraliste

« Alors ça c'est un souci qu'on a ...C'était la question à ne pas poser. Je crois que c'est 8 jours les délais réglementaires de la santé publique. Là je suis en train de réorganiser les choses, on est très très au-delà. Actuellement on est en durée moyenne, on est à 3 semaines. En durée moyenne, donc ça veut dire qu'il y en a qui sont vraiment au-delà de 3 semaines. »

Personnel hospitalier

Des initiatives pour améliorer la continuité des soins

Les initiatives des acteurs que nous avons relevées visent principalement à rétablir le manque de communication et de collaboration entre les médecins de ville, entre eux, et entre ceux de la ville et de l'hôpital. On note que la majorité de ces initiatives s'ancrent dans le territoire mais qu'elles dépendent évidemment davantage de démarches personnelles, de la bonne volonté des acteurs que de démarche construite : renforcer la régulation médicale de jour ; reprendre son téléphone pour se présenter et construire un maillage territorial ; constituer des groupes de discussion de cas médicaux entre la ville et l'hôpital ; créer des ateliers d'information sur des thématiques précises (accès aux soins, précarité) entre la ville et l'hôpital ; les contrats locaux de santé réunissant à la signature l'hôpital et la ville ...

4.3 Vers une meilleure coordination des soins et des acteurs

LES POINTS ESSENTIELS

- > Nombreux sont les participants qui évoquent l'importance d'adapter les soins et les services aux besoins de la population ;
- > Il ressort des entretiens l'importance d'inscrire la santé dans la durée, dans la globalité (formes pluriprofessionnelles de l'exercice, sollicitation d'acteurs sociaux) et dans un territoire (acteurs de proximité, implication des habitants).

Vers une adaptation des soins et services aux besoins de la population

Lors des entretiens, nous avons clairement perçu deux tendances dans la conceptualisation de la médecine. Il y a d'un côté les participants, certes rares, qui perçoivent la médecine comme une série de prestations de services cliniques indépendants et ne considèrent pas les patients dans leur globalité. Ils n'ont pas perçu l'intérêt à fournir de l'information à leurs patients, à les aider à se constituer un capital santé.

« Je ne sais pas ce que c'est la prévention. La prévention c'est les vaccinations, les mammographies, les frottis. S'ils veulent pas, ils veulent pas. Pour tout ce qui est sérologie, c'est fait ! Ce sont eux qui y pensent. Je parle des patients qui

ont entre 18 et 35 ans. De la prévention sur l'alimentation : Grands Dieux, les gens sont libres ! De toute façon, l'obésité c'est de la précarité. »

Médecin généraliste

« Une bonne partie suit les traitements. Ils touchent la CMU, sont en ALD 30²¹. On leur fait peur en actionnant le levier financier 'Si pas de suivi, plus de 100%.' »

Médecin généraliste

Les autres, plus nombreux, remettent en question leur pratique, réfléchissent à d'autres façons de faire. Ce sont surtout les médecins généralistes libéraux et les délégués territoriaux qui constatent qu'une évolution de l'organisation des soins de premier recours est nécessaire. Mais certains personnels hospitaliers ont également engagé des réflexions et proposent des pistes vers une meilleure coordination des soins. Nous avons organisé ces réflexions sous trois approches de la santé : temporelle, globale et territoriale. Ces trois approches sont présentées séparément pour faciliter la lecture mais elles sont à considérer conjointement, en complément l'une de l'autre. Nous avons choisi de présenter ces trois approches par niveau de récurrence dans les discours, de l'approche la plus reprise à la moins exprimée.

4.3.1 Vers une approche temporelle de la santé

Dans les discours des médecins généralistes, on trouve de nombreuses références au temps, à la durée. Une maladie chronique nécessite un suivi tout au long de la maladie, voire tout au long de la vie. Les maladies chroniques et la question de leur prise en charge ont modifié l'appréciation de la santé. Elles inscrivent désormais la santé dans la durée que ce soit du point de vue du patient ou du médecin.

« On a toute une vie, on apprend toujours des choses nouvelles. Ils progressent avec nous les patients, à leur rythme, à leur niveau. [...] On travaille avec eux pour savoir ce qu'ils en connaissent, ça prend du temps. »

Médecin généraliste

L'inscription de la santé dans la durée a fait évoluer la relation entre le patient et le médecin généraliste. Il transparaît de certains discours un vrai travail en symbiose entre le patient et le médecin généraliste. Certains médecins généralistes reconnaissent leur patient comme un acteur de sa santé détenant une certaine expertise de sa maladie qui n'aurait pas moins de valeur que leur savoir scientifique.

« L'idée c'est que vraiment c'est le patient qui contribue énormément à la prise en charge de son problème de santé. Moi je ne suis plus là pour prendre en charge les patients c'est des choses que je ne dis plus. Je suis là pour les accompagner. »

Médecin généraliste

L'inscription de la santé dans la durée a fait évoluer la relation entre le patient et le médecin

²¹ Les ALD30 sont les 30 affections de longues durées qui donnent lieu à exonération du ticket modérateur. La liste des 30 affections « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base aux calculs des prestations en nature de l'assurance maladie » sont précisées dans l'article D-322-1 du code de la sécurité sociale.

« J'ai toujours cru que le patient avait une expertise de sa vie. Quand il est malade, il avait une expertise de sa maladie. Et que j'avais tout intérêt à utiliser cette expertise plutôt que de la combattre comme n'étant pas une connaissance scientifique. »

Médecin généraliste

La notion de prévention est également présente dans les discours de la plupart des médecins généralistes. La majorité d'entre eux est convaincue de l'importance d'informer les patients, de faire de la prévention, de donner aux patients la notion d'un capital santé qui s'entretient dans la durée.

« Les jeunes médecins veulent faire de la médecine lente, veulent faire des trucs très sympa et tout. [...] c'est-à-dire qu'une consultation toutes les 20 minutes, toutes les 30 minutes. On va faire de la prévention, on va faire plein de choses. »

Médecin généraliste

4.3.2 Vers une approche globale de la santé

Pour permettre une prise en charge de leur patient au plus près de leurs besoins, certains participants proposent de dépasser l'approche purement médicale et soutiennent plutôt une vision pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de l'exercice médical. Le principe de fond est que la vision traditionnelle de la santé basée sur des problèmes du système de soins doit être complétée par une approche plus globale qui tiendrait compte des problèmes liés aux conditions sociales et économiques du patient. Dans les discours, cette vision est soit inexistante soit très présente et semble structurer la pratique même du participant. Ce sont principalement les médecins généralistes qui ont ce type de vision. Les personnels hospitaliers réfléchissent à des modes d'organisation qui servent ce type d'approche mais sans qu'elle ne soit vraiment formalisée.

Dans une approche globale de la santé, sont prises en compte les dimensions du champ sanitaire ainsi que des champs sociaux et économiques

La réponse ne doit pas être purement médicale

Dans une approche holistique de la santé, on prend en compte et intègre outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social et économique. La prise en charge doit dépasser l'approche purement technique, médicale du patient. Il importe d'identifier en amont les besoins de la personne, d'appréhender outre l'état de santé de la personne, son contexte et ses conditions de vie personnelles et professionnelles.

« Je sais pas moi quand on prend en charge un patient, déjà il faut comprendre quelles sont ses représentations, ses attentes, ses besoins, ses ressources. Et parfois même ça, il nous faut du temps pour arriver à l'exprimer, travailler avec eux. »

Médecin généraliste

« Je suis intimement convaincu que pour bien faire du soin, il faut d'abord bien faire de la santé. Et donc de la santé, c'est-à-dire considérer la personne dans sa globalité et m'intéresser à des domaines de compétence qui ne sont pas les miens mais qui s'expriment à la consultation. Moi j'ai été formé sur du soin et les patients quand ils viennent ils me parlent de choses qui les ont conduit à passer la porte, de la souffrance, du ressenti et y a pas que des problèmes qui sont de ma compétence et face à ce constat, y a deux possibilités : ce que font la majorité des médecins, à savoir ne pas entendre ça et il y a tout un arsenal très compétent pour ne pas voir et moi je me suis dit « ça me concerne ». Alors je vais faire en sorte que ma pratique soit une pratique qui favorise l'expression de la globalité. Donc j'ai une médecine, par exemple vous voyez ce

bureau ce n'est pas un hasard, le patient est là, il n'est pas derrière. Il voit exactement ce que je marque sur l'ordinateur. »

Médecin généraliste

Vers des formes pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles de l'exercice

Les formes d'exercice pluridisciplinaire (médecins de disciplines différentes) et pluriprofessionnel (professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux) peuvent favoriser une approche globale de la santé.

« Si tu veux faire du soin, t'es obligé de poser les questions en termes de vision globale et donc de parcours. Et les maisons de santé et les pôles de santé sont l'outil qui vous sort de l'exercice solitaire, qui vous sort d'une vision réduite du truc. »

Médecin généraliste

Ces nouvelles formes d'exercice séduisent principalement les jeunes médecins qui les préfèrent à une activité isolée pour des raisons de conception de la médecine peut-être mais aussi pour des questions de mutualisation de moyens humains et techniques, de partage de locaux, d'organisation pour assurer une permanence de soins. En revanche, les médecins plus expérimentés sont perçus comme ayant moins d'intérêts personnels immédiats à sortir de leur activité isolée pour une pratique collective.

« En fait, je pense que ça ne peut marcher qu'avec des jeunes qui voudraient s'installer [...] Il me semble que pour un jeune c'est assez anxiogène d'arriver sur le fonctionnement classique ancien, c'est-à-dire le petit cabinet en ville où ils étaient tout seuls, etc. Par contre, arriver être à côté de l'hôpital, avoir quand même la possibilité d'avoir derrière vous un plateau technique, même en termes de sécurité personnelle, c'est quand même un environnement plus intéressant. [...] Par contre pour les anciens médecins généralistes, ils ont leur clientèle, ils ont leur habitude, ils ont leur cabinet, dans quelques années ils partent à la retraite, ils ont aucune envie d'imaginer de changer aujourd'hui leur fonctionnement. »

Personnel hospitalier

Le principe même de ces structures est de pouvoir réunir en un même lieu des acteurs de santé voire d'autres types d'acteurs comme des acteurs sociaux. Un participant a relaté l'expérience d'un centre de santé qui a embauché des médiatrices pour accompagner les patients dans leurs questions sociales. Ce centre de santé utilise un logiciel social et médical qui permet d'un côté aux soignants de connaître les problématiques sociales du patient et de les prendre en considération dans le soin du patient ; de l'autre côté, il permet aux assistantes sociales ou ici aux médiatrices de prendre en compte une maladie qui va interférer dans le parcours social, tout en garantissant le secret médical.

« On a un logiciel qui, et ça c'est original, ça n'existe nulle part en France, qui est à la fois social et médical. Les médiatrices utilisent le même outil que les médecins, séparé bien sûr à cause du secret médical. Mais le médecin peut savoir à sa consultation, si il y a des problématiques sociales qui peuvent interférer ou pas sur la maladie. Et à l'inverse, la médiatrice peut savoir qu'il va y avoir une maladie qui va interférer sur le parcours social. Et ça crée du lien. »

Médecin généraliste

Mais une approche globale de la santé n'est pas forcément conditionnée par le regroupement physique des professionnels. Certains participants exercent en cabinet

mono-disciplinaire et se sollicitent les professionnels compétents selon leurs besoins (des acteurs sociaux, sportifs, diététiciens...).

« Du coup, on a fait un atelier cuisine. On a transformé un appartement en cuisine collective. Et on fait un atelier cuisine avec une diététicienne. On fait un atelier-marche avec un coach sportif. [...] Si je dis aujourd'hui deux priorités : c'est la malbouffe et la sédentarité. C'est ce qui a l'impact le plus négatif sur la santé des gens or ce n'est pas forcément du domaine médical. Il ne faut pas que la réponse soit médicale. Elle est là la rencontre qu'il faut avoir. »

Médecin généraliste

4.3.3 Vers une approche territoriale de la santé

« N'invente pas, va chercher ce qui est sur le territoire »

Pour répondre aux besoins de la population, certains participants proposent une approche territoriale de la santé. Le principe est de conduire les acteurs à mettre en place une organisation sur leur territoire de proximité, avec la volonté de mixer (comme dans l'approche globale) les disciplines voire les professions. Cette approche est rarement exprimée dans les discours. Les participants qui l'évoquent trouvent que c'est une prise de conscience récente, rare, balbutiante. Ils pensent néanmoins que cette vision doit être prise en considération urgemment.

« Il y a une volonté du tout nouveau chef d'établissement du CH d'ouvrir son établissement aux partenaires libéraux. On a un territoire qui a enfin compris que son isolement les contraint à partager un certain nombre de sujets. On a là un terreau pour faire évoluer les choses mais c'est balbutiant, ça ne se traduit pas en termes de programmes ou de choses déjà construites ou en voie d'achèvement. On est sur un début de frémissement de on peut faire des choses ensemble, on peut s'organiser de façon plus efficiente à l'échelle de ce territoire. »

Délégué territorial

« C'est la fin de la médecine libérale en France si elle n'est pas capable de [...] s'ouvrir. Et il faut les aider à comprendre ça. [...] Mais justement la chance qu'ils ont c'est le parcours de santé. Parce que d'un seul coup il faut qu'ils s'ouvrent au territoire, il faut qu'ils comprennent ce qui se passe. »

Médecin généraliste

Le principe de l'approche territoriale est bien de favoriser le travail collaboratif au sein d'un territoire, de travailler en relation avec d'autres acteurs de proximité, qu'ils soient médicaux paramédicaux mais aussi sociaux. Pour cela, l'objectif est de mobiliser les ressources du territoire et de favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de construction.

« N'invente pas, va chercher ce qui est sur le territoire. »

Médecin généraliste

Dans leur vision territoriale de la santé, les participants prônent également une implication des habitants avant la mise en place des projets de santé. L'idée est de s'appuyer à la fois sur une expertise scientifique mais aussi sur une expertise d'usage sur la manière dont les habitants peuvent utiliser les services et s'ils peuvent les utiliser ou pas. Les acteurs pouvant être concernés par les projets de santé peuvent donc être les professionnels mais aussi les habitants, les élus. C'est une vision qui cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources de chaque acteur individuel et collectif en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

« Dans le projet de l'hôpital, il y a pour la première fois identifié un travail en direction de la ville...[...] y a une rencontre entre l'hôpital et les habitants sur la présentation du projet hospitalier [...]...et là c'était le premier temps, c'est « recueil des demandes et besoins des habitants en direction de l'hôpital » et les habitants ont formulé des demandes précises qu'ils souhaitent voir dans le projet hospitalier. C'est des demandes simples, par exemple : « On attend beaucoup à l'hôpital, pourquoi on ne ferait pas comme à X, que pendant le temps d'attente on soit informé, que les lieux d'attente soient aussi des lieux d'éducation. Que l'hôpital soit un lieu où on ait des brochures, où on ait des gens parce qu'on attend longtemps » Ils [les habitants] ont fait plein de propositions comme ça. [...] On sent que à partir de ça, y a qualitativement un autre type d'approche plus, ce qu'on appelle, la santé communautaire. »

Médecin généraliste

5 | CONCLUSION

5.1 Synthèse

Notre étude apporte des éclairages d'un côté sur l'apport potentiel de l'indicateur des HPE dans un diagnostic territorial et dans l'évaluation des parcours de soins ; de l'autre, sur les perceptions des acteurs locaux de santé sur l'organisation des soins de premier recours et du fonctionnement des parcours de soins.

Au niveau de l'indicateur des HPE :

- Il nous a permis d'identifier des zones géographiques au taux de HPE élevé. Dans les zones où nous avons conduit nos entretiens, les acteurs de santé observent des problèmes d'accessibilité de soins, de recours tardif et de continuité de soins ;
- Les acteurs de santé ont eu des difficultés à s'approprier le concept des HPE, et notamment le caractère « potentiellement évitables » qu'ils associent à « non-pertinentes » ou « inadéquates ». C'est pourquoi nous lui préférons le terme de « hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (HSPR) » ;
- Les acteurs de santé ne ciblent par leurs discours sur les HPE et évoquent plus globalement les hospitalisations et les recours aux urgences comme résultats de dysfonctionnements des parcours de soins. Ils appréhendent les problèmes dans les parcours de soins de façon globale et peu par pathologie.
- La conduite d'entretiens ne permet pas d'expliquer les inégalités territoriales face aux HPE : les frontières administratives du secteur PMSI ne correspondent pas nécessairement à l'unité de travail et donc de réflexion des acteurs locaux ; la nature des problèmes perçus sont très liés à la position institutionnelle de l'acteur dans le système de soins.

Au niveau des parcours de soins :

- Les participants identifient **trois difficultés principales** : **1/ le problème d'accessibilité aux soins** (que ce soit pour des raisons d'offre de soins, financières ou de complexité du système de soins) ; **2/ le recours tardif aux soins** (pour des raisons sociales, de manque d'information ou d'une capacité à supporter la souffrance ou l'inconfort) ; **3/ la discontinuité des soins** (la non-observance du parcours coordonné, le manque de communication et d'échange des données informatisées entre les médecins de ville et ceux qui travaillent à l'hôpital). Ces perceptions correspondent aux résultats de la littérature.
- L'étude fait ressortir des différences dans les perceptions des acteurs selon leur zone d'exercice et leur position institutionnelle dans le système de soins. Les participants exerçant dans des communes concernées par la géographie prioritaire de la politique de la ville sont plus sensibles aux problématiques sociales des patients. Les médecins généralistes ont tendance à justifier les dysfonctionnements par des comportements de recours aux soins inapproprié des patients, un manque de communication et de collaboration avec les services de l'hôpital, et pour certains d'entre eux, par une évolution dans l'organisation des consultations de la médecine de ville. Le personnel hospitalier, intervenant surtout auprès de cas dont la prise en charge ne peut plus être assurée par la médecine de ville, a tendance à souligner le manque de suivi et d'organisation dans la médecine de ville. Les délégués territoriaux,

en dehors du système de soins, ont une vision des dysfonctionnements plus systémique et distanciée ;

- L'étude évoque également les initiatives nombreuses mises en place par les acteurs pour pallier ces problèmes, initiatives qui reposent davantage sur des démarches personnelles, liées à la volonté des acteurs, que sur une démarche construite ;
- Lors des entretiens, nous avons clairement perçu deux visions de la médecine chez nos interlocuteurs. Il y a ceux, rares, qui la considèrent comme une série de prestations de services cliniques indépendants. Il y a ceux, plus nombreux, qui constatent qu'une évolution de l'organisation des soins de premier recours est nécessaire. Nous avons dégagé trois types d'approches complémentaires et non exclusives : **1/ l'approche temporelle de la santé**, plutôt reprise par les médecins généralistes, ou l'idée que la santé et la prise en charge des maladies chroniques s'inscrit dans la durée ; **2/ l'approche globale de la santé**, plutôt reprise par les médecins généralistes et les délégués territoriaux, ou l'idée que la vision traditionnelle, purement médicale de la santé, doit être dépassée et complétée par la prise en compte des problèmes sociaux et économiques du patient ; **3/ l'approche territoriale de la santé**, plus rarement exprimée, dont le principe est de conduire les acteurs à mettre en place une organisation de proximité avec la volonté de mixer les disciplines de santé voire les professions (autre que santé). Cette approche prône également l'implication des habitants dans les projets de santé pour s'appuyer sur leur connaissance approfondie de leur environnement et de leurs expériences de patients.

5.2 Discussion

5.2.1 Apports et limites de l'étude en termes de méthode

Nos résultats reposent sur un échantillon varié de territoires (urbains, ruraux, favorisés, défavorisés), de participants (délégué territorial, personnel hospitalier, médecin généraliste en cabinet mono ou pluridisciplinaire) et de périmètre d'intervention (à l'échelle de la patientèle ou du territoire de santé). Notre étude interroge ainsi des professionnels qui ont une bonne connaissance de la complexité sociale et médicale à laquelle sont confrontés, plus généralement, les habitants de la zone. Toutefois les habitants n'ont pas été inclus dans notre étude. Pour reprendre l'idée de nos interlocuteurs d'inclure les habitants dans les projets de santé, il nous apparaît essentiel que de prochaines études prennent en compte leurs représentations, attentes et besoins. Par ailleurs, nous avons interrogé de manière séparée les acteurs de la ville et de l'hôpital, il serait intéressant de confronter leurs perceptions en procédant à des groupes focaux qui auraient pour base de discussion des cas précis.

Les résultats de notre étude reposent sur la conduite de six entretiens semi-directifs et deux groupes focaux, soit l'interrogation de quinze personnes exerçant sur trois zones territoriales distinctes. La durée moyenne de nos entretiens (1 heure et 30 minutes) témoigne de l'intérêt des participants. Le nombre d'entretiens est suffisant pour identifier les principaux obstacles aux parcours de soins, les thèmes principaux étant récurrents. En revanche, les initiatives pour dépasser les difficultés observées (mises en place sur la zone ou sur une zone voisine et potentiellement transposables) et les réflexions sur les stratégies d'organisation sont foisonnantes et notre étude est loin d'en recenser la totalité. Nous proposons la réalisation d'études qualitatives portant sur un échantillon d'entretiens plus importants pour soutenir nos résultats. Nous recommandons également de procéder à des études qui cibleraient davantage des zones ayant des taux de HPE

faible pour recueillir les perceptions des acteurs sur un territoire où *a priori* il y aurait moins de problèmes qu'ailleurs.

5.2.2 Apports et limites de l'étude sur les parcours de soins

Nos résultats correspondent aux facteurs de risque mis en évidence dans la littérature. Nos participants identifient plusieurs niveaux d'analyse sur les parcours de soins : les caractéristiques du patient (facteurs sociaux, économiques, recours tardif, observance du parcours coordonné), du médecin (qualité de la relation patient-médecin, suivi régulier, organisation de la permanence de soins, dépassements d'honoraires), de l'environnement (aménagement urbain, densité de transports), du système de soins (insuffisance de l'offre de soins premier recours, complexité du système, avance des frais). Mais notre étude souligne également le manque de communication entre les services de ville puis avec ceux de l'hôpital ainsi que l'importance de travailler sur un territoire avec des services sociaux ou paramédicaux. Notre étude souligne également que les problèmes mis en avant dépendent fortement de la position institutionnelle de l'acteur interrogé.

Notre étude met également en doute l'idée que le médecin généraliste est nécessairement « la » porte d'entrée des soins de premier recours. La réalité est plus complexe. Certes, beaucoup de patients se dirigent vers le médecin généraliste mais aussi vers le spécialiste et les urgences. Il y a bien évidemment un manque d'accès aux soins primaires (Cour des comptes, 2013b), un manque de relais en dehors des heures d'ouverture des médecins généralistes (Freund et al, 2013), des raisons financières et sociales (Reid et al, 1999) qui conduisent à consulter les urgences de l'hôpital public pour des soins de premier recours mais pas seulement. Les médecins généralistes et le personnel hospitalier rapportent également l'impatience voire l'anxiété des patients qui ne peuvent attendre qu'un rendez-vous en ville se libère. On note que cette perception s'oppose avec celle du recours tardif aux soins. Il y a une injonction des professionnels de santé pour que les patients consultent au bon endroit, au bon moment. Le personnel hospitalier se perçoit comme un acteur de premier recours malgré lui, du fait de dysfonctionnements dans l'organisation du premier recours dont ils imputent majoritairement la responsabilité à l'indisponibilité des médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé.

Nos entretiens nous ont montré combien les problèmes de communication, d'organisation et de collaboration entre médecins généralistes eux-mêmes et entre la ville et l'hôpital sont importants. Ils éclairent aussi le fait qu'aujourd'hui la qualité du suivi des patients dans les transitions du parcours de soins repose davantage sur des relations interpersonnelles que sur une démarche construite (Peigne, 2012). Les médecins de ville, aussi bien que leurs confrères à l'hôpital s'accusent mutuellement d'être responsables des difficultés observées dans le parcours de soins. Nous avons relevé dans les discours une forte rivalité entre les deux parties et des notions de priorités différentes de par leur position dans le système de soins. Ces constats nous laissent croire que l'amélioration des parcours de soins ne pourra pas se faire sans communication entre les différents professionnels de santé, ni sans l'établissement d'un travail collaboratif entre eux.

Nos entretiens font ressortir l'importance de réfléchir à la santé dans la durée, dans sa globalité et dans un contexte territorial. L'importance d'une approche globale de la santé est assez partagée par les participants. La thèse sous-jacente est que le système de soins ne peut à lui seul résoudre tous les problèmes de santé et qu'une bonne santé nécessite la collaboration des pouvoirs publics à une échelle intersectorielle pour agir

sur les conditions économiques, sociales, environnementales. Cette approche fait écho à la nouvelle politique-cadre européenne, Santé 2020.²² Enfin quelques participants adoptent une approche territorialisée de la santé. Ils organisent leur activité sur le territoire de proximité et pensent qu'il est nécessaire de mixer les disciplines voire les professions (comme dans l'approche globale) à l'échelle du territoire. Cette approche prône également l'implication des habitants dans les projets de santé pour s'appuyer sur leur expertise d'usage des services disponibles. Cette dernière approche fait écho à l'ambition affichée des « communautés professionnelles territoriales de santé » du nouveau projet de loi relatif à la santé qui a pour objectif de conduire « les professionnels à travailler non plus individuellement mais en coopération, [...] sur leur territoire de proximité » (Devictor, 2014).

5.2.3 Apports et limites de l'étude sur l'utilisation de l'indicateur des HPE

Ni les études quantitatives ni l'étude de cartes sur les HPE ne permettent d'expliquer les causes de variabilité de HPE entre deux territoires voisins. Le recueil de perceptions d'acteurs locaux ne nous le permet pas non plus. Même si les acteurs de soins sont bien ancrés dans leur territoire, ce territoire ne correspond pas aux frontières du PMSI établies par l'Atih. Par ailleurs, nos résultats montrent que les difficultés identifiées dépendent aussi des caractéristiques de l'interlocuteur. Ces discours ne nous permettent donc pas de proposer une analyse fine des problèmes secteur PMSI par secteur PMSI.

Certains pays de l'OCDE utilisent l'indicateur des HPE comme un « outil de dépistage » pour identifier les zones géographiques qui auraient des problèmes potentiels en termes de parcours de soins. Notre étude nous permet seulement de dire que dans les zones au taux de HPE élevé où nous avons conduit des entretiens, les différents acteurs de soins observent des problèmes souvent liés aux parcours de soins. Pour aller plus loin, il serait utile de mener des études au sein de zones avec des taux de HPE faibles et élevés pour comparer les perceptions des acteurs. La littérature internationale basée sur des travaux quantitatifs montre que les facteurs de risque de l'indicateur des HPE sont multiples. Notre étude souligne également que les causes sont multiples mais aussi qu'elles diffèrent selon les caractéristiques du territoire et de l'interlocuteur. Néanmoins que les causes soient un recours tardif aux soins, des problèmes d'accès aux soins imputables au financement ou à l'organisation du système de santé, l'indicateur des HPE peut être utilisé pour identifier des zones géographiques qui méritent un diagnostic territorial avec l'ensemble de la chaîne des acteurs. Peu coûteux car calculé à partir de données administratives hospitalières, l'indicateur des HPE est facile à utiliser. Cet indicateur ouvre enfin l'opportunité de ne plus raisonner uniquement de façon hospitalo-centré mais en données hospitalières domiciliées, c'est à dire en fonction du lieu de résidence des patients.

Nos résultats questionnent le concept d'évitabilité des hospitalisations. Tout d'abord, il ressort des entretiens la difficulté des acteurs de santé à s'approprier le concept des HPE, et notamment le caractère « potentiellement évitables ». Il est souvent associé par les acteurs de santé aux termes « non-pertinent » ou « inadéquat ». De ce fait, nous avons préféré parler à terme dans nos entretiens de « hospitalisations sensibles aux soins de premier recours » qui ne remet pas en cause la nécessité de l'hospitalisation. Par ailleurs, il ressort que les participants n'ont évidemment pas tous le même intérêt à ce qu'une hospitalisation soit évitée. L'hospitalisation doit être évitée par les médecins généralistes ; elle constitue, par contre la principale ressource du personnel hospitalier.

²² <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>, vu le 20 février 2015

Enfin, les acteurs de santé n'ont pas la même perception de ce qui peut être fait en amont pour les éviter. Comment avancer ensemble si les principaux acteurs n'ont pas tous la même vision du sujet ? La concertation des acteurs de santé à l'échelle locale paraît alors essentielle. L'indicateur des HPE se révèle utile dans ce contexte pour identifier les territoires sur lesquels les dysfonctionnements affectent plus qu'ailleurs les parcours de soins et sur lesquels il est particulièrement nécessaire d'engager une concertation avec les acteurs locaux. Mis en perspective avec d'autres indicateurs de précarité, morbidité, offres de soins, il permettra de dégager des hypothèses mais ce sont les acteurs locaux qui seront les plus à même de pointer les difficultés et de trouver les solutions.

5.3 Recommandations

Sur la base de ces résultats, nous recommandons :

1. **L'utilisation de l'indicateur des « hospitalisations potentiellement évitables » dans le cadre d'un diagnostic territorial partagé.** Peu coûteux car calculé à partir de données administratives hospitalières, l'indicateur des HPE est facile à utiliser. Sa fonction de repérage permet d'identifier des zones géographiques qui méritent un diagnostic territorial avec l'ensemble des acteurs concernés.
2. **Aide à l'action publique :** La concertation des acteurs de santé à l'échelle locale paraît utile pour qu'ils trouvent des solutions aux problèmes qu'ils identifient sur leur territoire, que ce soit à travers des réseaux de santé ou d'autres dispositifs. Pour que cette concertation soit productive, il nous semble essentiel que l'initiative remonte des acteurs, comme le prévoit finalement le nouveau projet de loi à travers la création de « communautés professionnelles territoriales de santé ».
3. **Etudes futures :** Il nous semble important de procéder à de plus amples investigations sur les HPE. Ces nouvelles études pourraient recueillir les perceptions des usagers sur les parcours de soins et prendre en compte leurs attentes et besoins. Il serait également particulièrement intéressant de se rapprocher des réseaux de santé pour partager leurs expériences. Nous recommandons également de procéder à des études qui cibleraient davantage des zones ayant des taux de HPE faible pour recueillir les perceptions des acteurs sur un territoire où *a priori* il y aurait moins de problèmes qu'ailleurs. Enfin, il serait intéressant de procéder à des groupes focaux qui regrouperaient à la fois des acteurs de la ville et de l'hôpital et qui auraient pour base de discussion des cas précis.

6 | ANNEXES

Annexe 1 : Localisation des zones géographiques retenues

Tableau 5. Détail des secteurs PMSI retenus pour l'analyse qualitative, regroupés par zones d'étude

Numéro de zone	Localisation de la zone	Nombre de secteurs PMSI	Libellés des secteurs PMSI	Communes principales
Zone 1	77 – Seine et Marne	7	77C05 / 77160 / 77650 / 77114 / 77C06 / 77118 / 77480	Provins (77160) et Villiers-Saint-Georges (77C05)
Zone 2	91 - Essonne	3	91350 / 91130 / 91450 /	Grigny (91350), Ris-Orangis (91130) et Soisy-sur-Seine (91450)
Zone 3	93 – Seine-Saint-Denis	5	93380 / 93240 / 93120 / 93200 / 93430	La Courneuve (93120), Saint-Denis (93200), Villetaneuse (93430), Pierrefitte-sur-Seine (93380) et Stains (93240)

Annexe 2 : Description des zones géographiques retenues

Zone 1

La zone 1 est localisée dans le département de Seine-et-Marne (77). Les villes principales de la zone 1 sont Provins et Villiers-Saint-Georges (Tableau 5). La zone 1 est rurale avec une faible densité de population qui varie entre 28 et 111 habitants au km² (Tableau 6). Les conditions socio-économiques sont plutôt défavorables avec un revenu médian par unité de consommation faible voire très faible (15 373 - 18 081 euros), un taux de chômage élevé (8%-15%), un taux de bénéficiaires de CMU-C très faible à moyen (1%-7%). L'IDH-2 calculé sur cette zone est inférieur à la moyenne régionale (0,4-0,5) ; il est homogène sur la zone étudiée. Au niveau de l'offre de soins à domicile, la région semble assez bien fournie en soins infirmiers (68-118 pour 10 000 habitants), hormis un secteur qui en est totalement dépourvu. La densité de généralistes libéraux est hétérogène sur le territoire (0-124 pour 10 000 habitants). Les cardiologues ne sont pas présents.

On relève une hétérogénéité face au taux des HPE sur la zone 1 : les secteurs PMSI du nord présentant des taux élevés (avec un maximum atteignant 18,1) ; les secteurs PMSI du sud présentant des taux inférieurs mais qui restent plus élevés que ceux constatés au niveau régional. Sur la zone 1, la majorité des HPE ont été enregistrées au centre hospitalier Léon Binet (73.4%) situé à Provins ; les autres ont eu lieu au centre hospitalier de Montereau (6,2%) et à la clinique des Fontaines (5,9%).

Tableau 6. Taux de HPE, caractéristiques socio-économiques et de l'offre de soins de proximité de la zone 1

	Codes PMSI							Île-de-France
	77114	77118	77160	77480	77650	77C05	77C06	
Hospitalisations potentiellement évitables (HPE)								
Effectif brut	21,8	11,4	184,2	60,4	66,2	43,0	25,0	--
Taux ajusté sur l'âge	12,5	12,2	14,6	12,6	13,1	16,0	18,1	10,4
Indicateurs démographiques								
Population 2006	2 678	1 249	16 404	5 466	7 015	3 670	1 465	--
Densité de population au km²	50,3	28,4	111,5	50,8	110,6	18,1	67,4	971,9
Indicateurs socio-économiques								
Revenu médian par uc 2006	16 930	18 081	15 373	15 695	17 417	15 446	17 192	18455
Part CMUC 2006	4,6	0,6	7,0	3,2	1,9	1,1	1,3	5,9
Taux de chômage 2006	10,8	10,6	15,1	11,8	9,7	10,7	8,3	8,3
Indice de développement humain								
IDH 2 2006	0,43	0,40	0,36	0,41	0,44	0,46	0,41	0,57
Offre de soins de premier recours								
Densité de généralistes pour 100000 habitants	38,4	-	124,1	67,2	27,5	90,3	71,3	72,1
Densité d'infirmiers pour 100000 habitants	116,9	80,9	68,3	100,8	86,0	117,9	-	39,2
Densité de cardiologues pour 100000 habitants	-	-	0,6	-	-	-	-	8,5

Zone 2

La zone 2 se situe dans le département de l'Essonne (91). Les villes principales de la zone 2 sont Grigny et Ris-Orangis. La zone 2 est hétérogène en termes de densité de population et de défaveur sociale :

- Un premier secteur rural présentant un haut revenu médian par unité de consommation (29 672 euros), un taux de chômage faible (5,4%), un taux de bénéficiaires de la CMU-C équivalent à 1%. Ce secteur favorisé socialement et économiquement s'accompagne d'un IDH-2 très élevé (0.77)
- Un deuxième secteur urbain présentant un faible revenu médian par unité de consommation (9 359 euros), un taux de chômage très important (19.7%) et un taux de bénéficiaires de la CMU-C également très élevé (18.0%). Ce secteur défavorisé socialement et économiquement s'accompagne d'un IDH-2 très faible (0.22)
- Un troisième secteur urbain qui se situe entre ces deux extrêmes et davantage dans la moyenne régionale avec un revenu médian par unité de consommation moyen (17 846 euros), un taux de chômage plus élevé que la moyenne (11,5%) et un taux de bénéficiaires de la CMU-C moyen (6%) et un IDH-2 moyen (0.52)

Au niveau de l'offre de soins, il semble que les deux secteurs les plus favorisés économiquement aient une offre plus proche de la moyenne régionale. Il semble que le secteur défavorisé économiquement accueille une offre plus dense en généralistes et en soins infirmiers. Toutefois ce résultat est à nuancer par la présence de SOS Médecins, qui peut artificiellement augmenter la densité de généralistes, sur le secteur de Grigny.

On relève une hétérogénéité face au taux de HPE sur la zone 2. Le secteur PMSI, caractérisé par un revenu élevé et un IDH-2 élevé, présente un taux de HPE très faible (6,7). A l'inverse le secteur PMSI, caractérisé par un revenu faible et un IDH-2 faible, présente un taux de HPE plus élevé que la moyenne régionale (14,2). Sur la zone 2, la majorité des HPE ont été enregistrées au centre hospitalier Sud-Francilien (47,3%); les autres ont eu lieu centre médico-obstétrical d'Evry (6,4%), à l'institut Jacques Cartier (6,4%) et au Syndicat inter-hospitalier (SIH) de Juvisy-sur-Orge (6,0%).

Zone 3

La zone 3 se situe dans le département de la Seine-Saint-Denis (93). Les villes principales de la zone 3 sont La Courneuve, Saint-Denis, Villetaneuse, Pierrefitte-sur-Seine et Stains. La zone 3 est très urbanisée : les densités par codes PMSI varient de 4 954 à 7 939 habitants au km². Les indicateurs socio-économiques sont défavorables sur cette zone : le niveau de revenu est très faible (entre 9 692 et 10 961 euros), le taux de chômage très important (17,8% à 23,8%) ainsi que le taux de bénéficiaires de la CMU-C (12,6% à 16,9%). L'IDH-2 est également très faible (0,20 à 0,26). Au niveau de l'offre de soins, deux secteurs présentent des densités de médecins généralistes supérieures à la moyenne régionale ; les autres secteurs ont des densités de médecins généralistes inférieures à la moyenne régionale. La densité de cardiologues est hétérogène : elle varie de 0.0 à 3.0 pour 10 000 habitants.

Les taux de HPE calculés sur cette zone sont élevés à très élevés et varient de 12,7 à 15,3. Sur la zone 3, la majorité des HPE ont été enregistrées au centre hospitalier de Saint-Denis (34,8%); les autres ont eu lieu à la clinique de l'Estrée (13,8%), au centre cardiologique du Nord (13,7%) et à l'hôpital Avicenne (8,7%).

Tableau 7. Taux de HPE, caractéristiques socio-économiques et de l'offre de soins de proximité de la Zone 2

	Codes PMSI			Île-de-France
	91 130	91 350	91 450	
Hospitalisations potentiellement évitables (HPE)				
Effectif brut	139,2	168,6	44,4	--
Taux ajusté sur l'âge	8,1	14,2	6,7	10,4
Indicateurs démographiques				
Population 2006	26 620	25 981	10 173	--
Densité de population au km²	3 162,2	4 994,2	495,6	971,9
Indicateurs socio-économiques				
Revenu médian par uc 2006	17 846	9 359	29 672	18 455
Part CMUC 2006	6	18	1	5,9
Taux de chômage 2006	11,5	19,7	5,4	8,3
Indice de développement humain				
IDH-2 2006	0,52	0,22	0,77	0,57
Offre de soins de premier recours				
Densité de généralistes pour 10000 habitants	73,7	151,0	71,5	72,1
Densité d'infirmiers pour 10000 habitants	45,0	65,3	31,5	39,2
Densité de cardiologues pour 10000 habitants	0,8	-	1,0	8,5

Tableau 8 : Taux de HPE, caractéristiques socio-économiques et de l'offre de soins de proximité de la Zone 3

	Codes PMSI					Île-de-France
	93120	93240	93200	93380	93430	
Hospitalisations potentiellement évitables (HPE)						
Effectif brut	267,4	264,2	698,4	201,6	76,6	--
Taux ajusté sur l'âge	15,3	13,3	14,3	12,7	13,5	10,4
Indicateurs démographiques						
Population 2006	37 034	34 670	97 875	27532	11887	--
Densité de population au km²	4 954,3	6261,4	7938,9	7780,0	5374,9	971,9
Indicateurs socio-économiques						
Revenu médian par uc 2006	9692	10644	10961	10490	10883	18455
Part CMUC 2006	16,9	15,4	14,3	12,6	13,4	5,9
Taux de chômage 2006	23,8	18,5	21,9	17,8	21,0	8,3
Indice de développement humain						
IDH-2 2006	0,20	0,22	0,22	0,25	0,26	0,57
Offre de soins de premier recours						
Densité de généralistes pour 100000 habitants	59,5	82,3	82,6	54,3	44,0	72,1
Densité d'infirmiers pour 100000 habitants	42,5	48,7	19,8	15,5	17,6	39,2
Densité de cardiologues pour 100000 habitants	0,3	0,6	3,0	-	-	8,5

Annexe 3 : Guide d'entretien

En introduction, nous présentons le concept des hospitalisations potentiellement évitables (HPE), précisons les pathologies sensibles aux soins de premier recours et délimitons notre population d'intérêt, à savoir les 20 ans et plus. Nous abordons ensuite les cinq thèmes d'intérêt à l'aide du guide d'entretien ci-dessous. Pour chacun des cinq thèmes, le guide d'entretien précise les questions d'ordre général et fournit des éléments de relance si besoin. Avant d'aborder le thème n°5, nous montrons aux participants les cartes présentant les taux de HPE au niveau du secteur PMSI.

Questions générales	Relances, précisions
Thème 1 : Caractéristiques de l'organisation et de l'accès aux soins	
1.1. Organisation des soins primaires et spécialistes	
Comment est organisée l'offre de soins primaires sur cette zone? Et l'offre de soins spécialistes?	* Densité de l'offre libérale (généralistes et spécialistes), forme de pratique collective * Attrait à venir s'installer sur la zone, jeunes médecins qui viennent s'installer * Relations entre soins primaires et spécialistes (formelles, informelles) * Relations avec les autres professions de santé
1.2. Accès aux soins des généralistes et des spécialistes	
Comment jugez-vous l'accès aux soins primaires sur cette zone? Comment jugez-vous l'accès aux soins des spécialistes sur cette zone?	* Problèmes de transports, aménagement du territoire * Heures ouverture des cabinets, difficultés à obtenir des rendez-vous, localisation du cabinet * Zone identifiée comme prioritaire selon la définition de l'ARS IDF?
Quels sont les facteurs qui expliquent qu'il y ait un bon/mauvais accès aux soins dans cette zone?	
1.3. Contexte de pratique du médecin généraliste	
Quel est le contexte de pratique des médecins généralistes? Quelles sont les relations entre médecins généralistes sur cette zone?	* Exercice isolé ou exercice de groupe? * Concurrence ou travail collaboratif ? * Relations entre offre libérale et pratique collective (relations formelles ou informelles) * Relations avec les hôpitaux, correspondants (relations formelles ou informelles) * Implications des médecins dans des groupes de pairs
1.4. Initiatives mises en place sur la zone et réflexions relatives à l'organisation et accès aux soins	
Avez-vous connaissance d'initiatives sur cette zone qui auraient pour but de favoriser l'accès aux soins ?	* Initiatives observées sur la zone et sur d'autres territoires éventuellement transposables
Avez-vous une idée de ce qui pourrait être fait?	* Réflexions au niveau territorial, régional ou national

Questions générales	Relances, précisions
Thème 2 : Caractéristiques des patients et comportements de recours aux soins	

2.1. Caractéristiques des habitants

Quelles sont les caractéristiques des habitants de cette zone ?

- * Caractéristiques sociales, économiques, démographiques
- * Part de patients atteints de pathologies particulières comme l'insuffisance cardiaque, les pneumopathies bactériennes, le diabète

2.2. Comportements de recours aux soins

Pourriez-vous caractériser les comportements de recours aux soins sur cette zone ?

Y-a-t-il des patients qui consultent les urgences pour des motifs de soins primaires?

Ont-ils des caractéristiques différentes de ceux qui consultent la médecine de ville?

Quel type de comportement de recours aux soins observez-vous pour les patients atteints de pathologies sensibles aux soins de premier recours?

- * Zone de recours aux soins
- * Déclaration de médecin traitant
- * Nomadisme médical
- * Observance du parcours de soins : médecin traitant comme porte d'entrée dans le parcours, sollicitation des urgences pour des soins primaires
- * Recours tardif

2.3. Initiatives et réflexions relatives aux comportements de soins

Vers où dirigez-vous ou se dirigent les patients qui ne peuvent consulter la médecine de ville ?

Avez-vous connaissance d'initiatives sur cette zone qui auraient pour but de favoriser le recours au médecin généraliste pour des motifs de soins primaires? de limiter les recours tardifs?

Avez-vous une idée de ce qui pourrait être fait ?

- * Initiatives observées sur la zone et sur d'autres territoires éventuellement transposables
- * Réflexions au niveau territorial, régional ou national

Questions générales	Relances, précisions
Thème 3 : Caractéristiques de la prise en charge du patient en ville et à l'hôpital	
3.1. Organisation dans la prise en charge par la médecine de ville	
Comment s'organise la médecine de ville au quotidien (organisation des cabinets et des consultations) et durant les week-ends, les jours fériés pour assurer la permanence de soins? Y-a-t'il des périodes d'absence de couverture (aucun médecin n'est disponible)? Dans ce cas où vont consulter les patients? Trouvez-vous que cela fonctionne bien ?	Organisation des cabinets au quotidien : * Horaires d'ouverture, * Déplacement à domicile, * Consultations sur rendez-vous / consultations non-programmées, * Délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous, * Refus de patients? Où vont-ils? Où sont-ils dirigés? Organisation entre cabinets pour assurer la permanence des soins : * Organisation entre les médecins généralistes (week-ends, jours fériés, congés) * En cas de la fermeture de l'ensemble des cabinets sur le territoire, où se dirigent les patients? * Maison médicale de garde, SOS médecins * Déplacement du médecin à domicile * Les urgences: une solution de repli?
3.2. Initiatives mises en place sur la zone et réflexions relatives l'organisation de la prise en charge	
Vers où dirigez-vous les patients qui ne peuvent consulter la médecine de ville pour des raisons d'organisation? Avez-vous connaissance d'initiatives sur cette zone qui améliorent l'organisation de la médecine de ville dans le cadre de la permanence de soins? Que faudrait-il faire pour que cela fonctionne mieux ?	* Initiatives observées sur la zone et sur d'autres territoires éventuellement transposables * Réflexions au niveau territorial, régional ou national
3.3. En cas d'urgence, modalités de la prise en charge	
<i>Aux médecins généralistes:</i> Comment procédez-vous en cas d'urgence (prise en charge à domicile, hôpital, spécialiste)? <i>Aux hôpitaux:</i> Y-a-t'il des relations entre les groupes hospitaliers? Avez-vous des projets relatifs à la télémedecine?	Modalités de prise en charge à domicile Relations entre groupes hospitaliers * Protocoles * Conventions * Filières préférentielles d'adressage * Relations informelles, réputations, niveau d'attractivité * Apports et limites des projets de télémedecine

Questions générales	Relances, précisions
Thème 4 : Caractéristiques du suivi avec les patients et avec les acteurs de soins	
4.1. Organisation du suivi avec le patient dans le cas de pathologies sensibles aux soins de premier recours ?	
Comment s'organise le suivi de vos patients qui sont diabétiques ou qui ont une insuffisance cardiaque? Est-ce que les patients qui sont atteints d'une des pathologies identifiées dans l'indicateur des HPE vont systématiquement consulter, dans le cadre de leur suivi, le médecin généraliste ou certains vont-ils aux urgences? Y-a-t'il des difficultés dans l'instauration d'une continuité avec les patients dans la prise du traitement? dans l'organisation des consultations?	* Relation médecin/patient * Consultation de synthèse * Observance des traitements
4.2. Initiatives mises en place et réflexions relatives à l'amélioration du suivi avec le patient	
Que faudrait-il faire pour que cela fonctionne mieux?	* Méthodes pour inciter à prendre leur traitement * Actions, moments de prévention; temps, moyens consacrés à la prévention * Initiatives observées sur la zone et sur d'autres territoires éventuellement transposables * Réflexions au niveau territorial, régional ou national
4.3. Organisation du suivi entre les acteurs de soin	
Comment s'organise le suivi de vos patients qui sont diabétiques (ophtalmo, cardiologue...) sur votre territoire? Ceux qui ont une insuffisance cardiaque? Et cela fonctionne bien selon vous? <i>Aux médecins généralistes:</i> Quand le diagnostic d'un patient nécessite le suivi d'un spécialiste l'adressez-vous en ville ou à l'hôpital? Entretenez-vous des relations particulières avec la médecine de ville/l'hôpital? Etes-vous satisfait de cette prise en charge ?	* Examens complémentaires: adressage en ville, à l'hôpital? * Organisation du suivi entre les différents acteurs du soin * Qualité de la coordination des soins, des différents intervenants et structures * Compte-rendu d'hospitalisation remis au médecin traitant * Existence de relations formelles et informelles entre les acteurs de la ville puis entre la ville et l'hôpital * Travaillez-vous en lien avec les réseaux santé? Connaissance du programme SOPHIA?
4.4. Initiatives mises en place et réflexions relatives à l'amélioration du suivi entre les acteurs du soin	
Comment procédez-vous au quotidien pour améliorer ce suivi? Pensez-vous à des formes d'organisation entre la médecine de ville puis entre la ville et l'hôpital qui faciliteraient le suivi ?	* Projets en cours au sein de la médecine de ville * Projets en cours entre la ville et l'hôpital

Questions générales	Relances, précisions
Thème 5 : Hospitalisations potentiellement évitables (HPE)	

5.1. Constat

Présentation des cartes : Comment expliquez-vous les taux (élevés ou bas) constatés dans votre zone?

5.2. Réflexions sur la réduction des HPE

Avez-vous une idée d'interventions publiques ou de programmes qui feraient en sorte que moins de patients se présentent aux urgences avec une insuffisance cardiaque (par exemple) qui nécessite une hospitalisation?

- * Agir sur l'offre de soins (densité, organisation)
- * Inégalités sociales
- * Dépistage, prévention

7 | BIBLIOGRAPHIE

Aday LA et Andersen RM. (1984). The national profile of access to medical care : where do we stand? *American Journal of Public Health*, 74:1331-1339

Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J (2013). L'impact du regroupement professionnel sur l'offre de soins : Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Irdes, *Questions d'économie de la santé* n°189

Ansari Z, Haider SI, Ansari H, de Gooyer T, Sindall C (2012). Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia, *BMC Health Serv Res*, 12:475

Ansari Z, Dunt D, Dharmage SC (2007). Variations in hospitalizations for chronic obstructive pulmonary disease in rural and urban Victoria, Australia. *Respirology*, 12(6):874-80

Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB (2006). Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev*, 63(6):719-41

Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, Auckland MJ, Cicuttini F (2003). The Victorian ambulatory care sensitive conditions study : rural and urban perspectives, *Soz Praventivmed*, 48(1) :33-43

Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P (2007). L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Drees, *Etudes et Résultats*, n°610

Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V (2012). L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°174

Barnett R, Malcolm L (2010). Practice and ethnic variations in avoidable hospital admission rates in Christchurch, New Zealand. *Health Place* 2010; 16; 199-208

Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J (2010). La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé*, Irdes n°157

Billings J, Anderson G M, Newman L S. (1996). Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs*, 15(3), 239-249

Billings J and Teicholz N. (1990). Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health affairs*, 9, no.4 (1990):158-165

Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey T S, Blank A E, Newman L (1993). DataWatch : Impact of socioeconomic status on hospital resource use in New York city. *Health Affairs*, 12(1), 162-173

Bindman AB, Grumbach K, Osmond D et al (1995). Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*. 1995; 274(4):305-311

Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J (2009a). Trois modèles d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Irdes, *Questions d'économies de la Santé*, n°141

Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A (2009b). Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Irdes, *Question d'économie de la santé*, n°174

Brown A, Goldacre M, Hicks N, Rourke J, McMurtry R, Brown J, Anderson G (2001). Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Canadian Journal of Public Health*. 2001; 92(2):155-9

Byrd L (2009). Reducing avoidable hospitalizations in nursing could save \$ 1 billion annually – so why delay? *Geriatr Nurs*. 2009; 30 (5) : 365-9

Cartier T, Naiditch M, Lombrail P. (2014). Hospitalisations potentiellement évitables : une responsabilité des seuls soins de premier recours ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 62 (2014) 225-236

Casanova D, Starfield B, (1995). Hospitalizations of children and access to primary care : A cross-national comparison. *International Journal of Health Services* 1995 ; 25(2)

Chau P.H, Woo J, Gusmano M, Weisz D, Rodwin V, Chan K.C (2013). Access to primary care in Hong Kong, Greater London and New York City, *Health Economics, Policy and Law*. 2013; 8:95-109

Chauvin P (2012). Au-devant, auprès et avec : la nécessité de développer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers conjuguant *outreach*, proximité et accompagnement dans le système de soins. In : Bréchat, PH and Lebas, J.eds. In : *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'ENESP

Cheng S-H, Chen C-C, Hou Y-F. (2010). A longitudinal examination of continuity care and avoidable hospitalization, evidence from a universal coverage health care system. *Archives of internal medicine*, 170(18)

Cour des comptes (2013a). Chapitre 3. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés: une réforme inaboutie. Rapport public annuel 2013

Cour des comptes (2013b). Chapitre 7. La permanence des soins. Sécurité sociale 2013 – Septembre 2013

Devictor B (2014). Le service public territorial de santé (SPTS), Le service public hospitalier (SPH) : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé. Rapport remis à la Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine en mars 2014

Hourgnon P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C (2007). Les assurés et le médecin traitant: premier bilan après la réforme. *Questions d'économie de la santé*. N°124

Dushenko M, Gravelle H, Martin S, Rice N, Smith PC (2011). Does better disease management in primary care reduce hospital costs? Evidence from English primary care. *J Health Econ* 2011; 30:919-32

Finegan MS, Gao J, Pasquale D, Campbell J. (2010). Trends and geographic variation of potentially avoidable hospitalizations in the veterans health-care system. *Health Services Management Research* 23(2):66-75

Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, Szecsenyi J. (2013). Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *The Annals of Family Medicine* 11(4):363-70

Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D (2013a). Hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (HSPR) en Île-de-France : une perspective d'outre-atlantique, *Revue française des affaires sociales*, 2013/3 n°3, p108-125

Gusmano MK, Weisz D, Rodwin VG, Lang J, Quian M, Bocquier A, Moysan V, Verger P (2013b). Disparities in access to health care in three French regions. *Health policy*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.011>

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (Eds) (2015). Building primary care in a changing Europe, *Observatory Studies Series ; 38*. Copenhagen : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe, 2015/03

Macinko J et al (2011). The influence of primary care and hospital supply on ambulatory-care sensitive hospitalizations among adults in Bresil, 1999-2007. *AJPH*. 2011;101(10):1963-1970

Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM (2011). Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socio-economic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain). *Medical Care* 2011;49(1):17-23

Menec VH, Sirski M, Attawar D, Katz A. (2006) Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J Health Serv Res Policy*, 11(4) : 196-201

Mercier G, Georgescu V, Bousquet J (2015). Geographic variation in potentially avoidable hospitalizations in France. *Health Affairs* 34, No 5 :836-843

Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, Fisher ES. (2013). Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *Jama intern Med*, 173(20) : 1879-85

Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, Bonnet C, Hérault T, Sebbah R, Obadia Y (2011). La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Revue française des affaires sociales*, 2011/2 – n°2-3 (p29-47)

Parchman ML, Culler SD (1999). Preventable hospitalizations in primary care shortage areas. An analysis of vulnerable Medicare beneficiaries, *Arch Fam Med*, 8(6):487-91

Peigne S. (2012). Déploiement des parcours de la population française dans une stratégie nationale de santé. Thèse professionnelle spécialisation conception et gestion de politiques de santé et spécialisation sécurité sanitaire. Lieu du stage : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Directeurs du stage : Jean de Kervasdoue, William Dab, Elisabeth Fery-Lemonnier

O'Malley AS, Pham HH, Schrag D, Wu B, Bach PB. (2007) Potentially avoidable hospitalizations for COPD and pneumonia : the role of physician and practice characteristics. *Med Care* 45(6) : 562-70

Reid FD, Cook DG, Majeed A (1999). Explaining variation in hospital admission rates between general practices : cross sectional study. *British Medical Journal*, 319(7202): 98-103

Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo I F. (2007) Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. BMC Health Services Research, 7:134

Robert Wood Johnson Foundation (1987). Special report: access to health care in the United States: Results of a 1986 survey. Princeton, NJ; 1987:2

Rodwin, VG. Sommer, A. Weisz D. (2013) Les hospitalisations potentiellement évitables: Comment estimer les dépenses engendrées? *Gestion Hospitalière*.

Rosano A, Abo Loha C, Flavo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guatricchi G, Giulio de Belvis A (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care : a systematic review, European Journal of public Health, vol 23, No. 3, 356-360

Sanderson C, Dixon J (2000). Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. Journal of Health Services Research Policy 2000 (5)4:222-230

Saxena S, George J, Barber J et al (2006). Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross-sectional analysis. J R Soc Med. 2006; 99:81-89

Starfield B, Shi L, Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health, Milbank Q, 83(3):457-502

Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1997). *Grounded theory in practice*. Thousand Oaks, California: Sage Publications

Tian Y, Dixon A, Gao H (2012). Emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions. London: The King's Fund, data brief, 2012

Tonnellier F, Freund R et Philippon J-F (2012). Les hospitalisations « potentiellement évitables » en Île-de-France : un marqueur du retard à l'accès aux soins. Cahiers de la santé publique et de protection sociale (Les). Les Actes du séminaire pp125-134

Weissman J S, Gatsonis C and Epstein A M (1992). Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA. 1992; 268:2388-2394