

V. Volet Economique

Le coût de l'urgence : comparaison des urgences hospitalières avec la garde de la médecine générale

I. Roch, V. Lorant, M.-C. Closon

*Unité Socio-économie de la santé, Ecole de santé publique, Université catholique de
Louvain*

En résumé

Objectif.

Le recours au service des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale a un coût important pour la société. Cette étude vise à comparer et analyser le coût de la prise en charge d'une urgence dans le cadre d'une garde de médecine générale avec le coût de la prise en charge dans le cadre d'un service d'urgence en milieu hospitalier.

Méthode.

La présente évaluation compare les coûts d'un contact et d'un point de vue sociétal. Elle ne porte que sur les coûts à l'exclusion de la qualité des soins ou du résultat du passage à l'hôpital. Enfin, la perspective du payeur est celle de la société, ce qui inclut la facturation tant au patient qu'aux pouvoirs publics. La récolte des données est de type « piggyback », soit des données économiques limitées, consistant principalement en des données de facturation pour l'hôpital ou des honoraires demandés par le médecin généraliste.

Résultats. Le coût d'un passage aux urgences hospitalières est supérieur de 101€ à celui d'un passage en médecine générale. Cette différence s'explique en partie par l'utilisation de l'imagerie médicale en milieu hospitalier. Ces différences sont atténuées lorsque l'analyse est restreinte aux urgences perçues comme non-justifiées par les médecins (différence de 65€). Nous observons des variations importantes au sein de chaque structure tant en médecine générale qu'en milieu hospitalier. Enfin, l'écart du coût entre la médecine générale et l'hôpital s'accroît lorsque les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques sont prises en considération (116€).

Conclusion. La maîtrise des coûts devrait s'envisager non seulement par une bonne gestion de la filière de soins (articulation médecine générale et hôpital) mais également par une limitation des dépenses au sein de chaque filière.

Introduction

Le recours au service des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale a un coût important pour la société. De nombreuses études suggèrent qu'une proportion significative des admissions aux services des urgences sont néanmoins inappropriées. Coast (Coast et al., 1996) a montré qu'environ 10% des admissions en urgence pouvaient être prises en charge en médecine générale. Une autre étude, menée aux USA, montre que 32% des admissions en urgence sont non-urgentes (Williams, 1996). Murphy a mis en évidence les économies significatives consécutives à la prise en charge par des médecins généralistes de patients se présentant au service des urgences (Murphy et al., 1996). Le gain économique consécutif à une réorientation de ces admissions vers d'autres services fait cependant l'objet d'une controverse car le coût marginal des admissions non-urgentes aux services des urgences (24 USD) est plus faible que le coût marginal d'une admission moyenne au service des urgences (88 USD) (Williams, 1996).

L'objectif de l'étude est de comparer et d'analyser le coût de la prise en charge d'une urgence dans le cadre d'une garde de médecine générale avec le coût de la prise en charge dans le cadre d'un service d'urgence en milieu hospitalier.

Méthode de l'évaluation économique

La présente évaluation économique est une étude de minimisation du coût d'un contact et d'un point de vue sociétal (Gold, 1996). En effet, l'étude ne porte que sur les coûts et n'évalue pas la qualité des soins ou les résultats du passage à l'hôpital. Implicitement, les résultats du passage dans ces deux types de structure sont donc supposés être similaires. Par ailleurs, l'évaluation de coût ne porte que sur un seul contact avec l'hôpital et le médecin généraliste. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation de l'épisode de soins. Enfin, la perspective du payeur est celle de la société, ce qui inclut la facturation tant au patient qu'aux pouvoirs publics.

La récolte des données est de type « piggyback ». Des données économiques limitées ont été récoltées afin de compléter le protocole épidémiologique avec des données économiques. Il n'y a pas eu de récolte de données de coût au sens strict. La source principale de l'information est la facturation de l'hôpital ou les honoraires demandés par le médecin généraliste.

L'analyse de coût requiert – en théorie – une mesure de l'utilisation des ressources et une collecte d'information sur les prix du marché. Cette double récolte était hors de portée et un compromis entre des données suffisantes pour une analyse économique et un formulaire utilisable sur le terrain a donc été adopté. En médecine générale, la récolte est réalisée uniquement à partir des fiches de collecte disposant des codes de prestations INAMI. Dans le secteur hospitalier, les données de facturation ont été utilisées en plus des fiches de collecte.

En médecine générale, certains prestataires n'ont pas toujours facturé les actes médicaux comme les sutures ou les électrocardiogrammes; par ailleurs, dans certains cas ils ont facturé ces prestations, mais pas les suppléments d'urgence qui théoriquement les accompagneraient. Dans une perspective économique de coût

d'opportunité, toutes les fiches ont été passées en revue afin d'identifier ces cas et d'y imputer le prix correspondant. Pour les examens complémentaires, comme des radiologies ou des prises de sang, des médecins de l'équipe de recherche ont fait des prescriptions sur base de l'ensemble des informations provenant des fiches. Les prestations correspondant à ces prescriptions ont fait l'objet d'une facture fictive. Cette information additionnelle a permis une approximation pour le coût lié à ces examens complémentaires. Lorsque le médecin n'avait pas indiqué le montant perçu, mais bien le code INAMI, le montant de la convention était pris en considération. Lorsque le montant perçu et le code INAMI étaient tous les deux manquants, aucune imputation n'a été faite.

L'évaluation du coût des médicaments à partir de la prescription a représenté un travail considérable. Tous les médicaments ont été identifiés manuellement, codés et encodés. Un prix leur a ensuite été associé.

En ce qui concerne les services des urgences, les hospitalisations et les passages durant la nuit ont été exclus de l'analyse. Du côté de la médecine générale, ont été exclus les conseils téléphoniques, les consultations de nuit et les patients envoyés à l'hôpital.

Une analyse descriptive des coûts est réalisée par institution et par garde de médecine générale. Les moyennes et les écarts-types sont calculés sur l'ensemble des patients qui n'ont pas de données manquantes. Une valeur de 0 est attribuée aux catégories de coût qui ne sont pas utilisées.

La différence de coût entre la médecine générale et l'hôpital pourrait être imputable aux différences de patientèles ou de problèmes de santé. Afin d'étudier la variation des coûts en fonction de ces caractéristiques du patient, une analyse de variance multivariée fut réalisée. La différence de coût entre la médecine générale et l'hôpital est ensuite estimée dans trois modèles :

- Un modèle univarié qui ne prend aucune caractéristique en compte (c'est la différence brute de coûts entre les deux structures) ;
- Un modèle multivarié qui tient compte du chapitre ICPC, de la justification du recours, de la durée des symptômes, du sexe et de l'âge ;
- Un modèle multivarié contrôlant pour le chapitre ICPC, la justification du recours, la durée des symptômes, le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau d'études et la situation professionnelle.

Résultats

L'échantillon est composé de 1473 utilisations d'un service d'urgence en hôpital (614) ou d'une garde en médecine générale (859) (tableau 1). Le coût moyen d'une urgence en médecine générale est de €47 (tableau 2): il est principalement composé d'honoraires (€30) et de médicaments prescrits (€16). Le coût varie d'une zone à l'autre. Les différences sont plus marquées pour le coût des médicaments que pour les honoraires.

Le coût moyen d'un passage aux urgences hospitalières est de €145 et nettement hétérogène (std=€136) (tableau 3). Les principaux postes sont, par ordre décroissant,

l'imagerie (€37), les avis (€30), la biologie clinique (€30), la petite chirurgie (€14) et le prix de journée (€13). Il est intéressant de noter que le coût moyen des avis (€30) est identique à celui de la médecine générale. Notons également des variations importantes d'un hôpital à l'autre (de €19 à €66). Cette variation est largement due au poste imagerie médicale.

Afin de comparer les coûts dans l'une ou l'autre structure, les passages sont ventilés selon leur caractère justifié ou non (perspective subjective du clinicien). Parmi les urgences justifiées, le coût est de €60 en milieu hospitalier et de €49 en médecine générale (tableau 4). En ce qui concerne les urgences non-justifiées, ces montants sont respectivement de €105 et €40.

Les caractéristiques qui influencent significativement le coût de la prise en charge sont, par ordre décroissant d'importance : la structure de prise en charge, la justification du recours, la durée des symptômes, le groupe d'âge, la situation familiale, le chapitre ICPC de l'affection, le sexe, le niveau d'études, l'entourage et le statut professionnel du patient (tableau 5). L'utilisation du code ICPC à la place de la lettre a peu d'influence sur le test de F.

La différence brute de coût entre la médecine générale et le service hospitalier est de 100.8 € dans le modèle univarié. Lorsque le chapitre ICPC, la justification du recours, l'âge et le sexe des patients sont pris en compte, la différence s'accroît jusqu'à 108.5. Lorsque les caractéristiques socio-démographiques des patients sont considérées, la différence se creuse à nouveau pour atteindre 115.8 €. En d'autres termes la différence brute de coût tend à sous-estimer la différence réelle du coût entre la médecine générale et l'hôpital, à patientèle égale.

Discussion

Le coût d'un passage aux urgences hospitalières est trois fois plus élevé qu'un passage en médecine générale. Cette différence s'explique en partie par l'utilisation de l'imagerie médicale en milieu hospitalier. La différence entre la médecine générale et l'hôpital est plus prononcée lorsque l'on considère les urgences perçues comme justifiées. Nous observons des variations importantes au sein de chaque structure tant en médecine générale qu'en milieu hospitalier. Enfin, la différence de coût entre les deux types de structures s'accroît lorsque les caractéristiques socio-démographiques des patients sont prises en considération.

Le coût plus élevé du passage aux urgences hospitalières par rapport à une prise en charge en médecine générale est consistant avec les travaux antérieurs (Murphy et al., 1996). Trois explications sont théoriquement possibles : l'accès au plateau technique, les différences de pratiques cliniques et les différences de case-mix. La décomposition des coûts présentée dans ce travail suggère que l'accès au plateau technique constitue un des éléments explicatifs de ces différences puisqu'il y a peu de différences de coût au sein des honoraires et des prescriptions. Notre travail ne permet néanmoins pas de répondre à la deuxième explication, soit des différences entre pratiques cliniques. Cela aurait requis d'étudier le coût de médecins généralistes travaillant en milieu hospitalier. A cet égard, d'autres études ont étudié l'utilisation de ressources par des médecins généralistes localisés dans une unité d'urgence. Les résultats ne sont pas toujours consistants : une étude réalisée en Irlande suggère que le

médecin généraliste est plus économe que le personnel (Murphy et al., 1996) mais fut contredite par une étude ultérieure (Gibney et al., 1999). Une revue de 34 études de substitution de services de soins primaires à des services d'urgence hospitalière conclut que l'emploi de personnel de santé de soins primaires dans le service des urgences hospitalières permet de réduire nettement l'utilisation des ressources. Cette revue montre que les médecins généralistes travaillant dans un environnement d'urgence hospitalière font entre 20% et 58% d'examen en moins en comparaison du personnel courant des urgences (Roberts and Mays, 1998). La deuxième explication semble donc plutôt supportée par la littérature.

La troisième explication (celle du case-mix) est supportée par des travaux antérieurs (Williams, 1996). Nos travaux indiquent, néanmoins, que les caractéristiques socio-démographiques de la patientèle ne réduisent pas l'écart de coût entre la médecine générale et les urgences hospitalières. Étonnamment, l'hôpital apparaît comme plus coûteux lorsque certaines caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques sont prises en considération (116€). Certes, nous ne disposons pas d'une bonne évaluation du fonctionnement général des patients et les codes ICPC ont une contribution faible aux différences de coût de sorte que la comparaison des patientèles est délicate.

Cette étude comporte un certain nombre de limites. Une première limite provient de l'absence, d'une part, de perspective de filière de soins et, d'autre part, d'épisode de soins. En effet, nous n'avons comparé que le coût du contact dans deux types de structures. Les comparaisons ne peuvent donc être valables que si la part d'un contact dans le coût de l'ensemble de l'épisode de soins est similaire d'une structure à l'autre et si les deux structures sont des alternatives et non des compléments. En outre ces différences ne peuvent pas être considérées comme des différences d'efficacité : en effet, nous n'avons pas évalué les différences de résultats de santé qui pourraient diverger entre l'hôpital et la MG. Enfin, l'urgence hospitalière est contrainte par des protocoles cliniques débouchant sur des analyses complémentaires coûteuses. L'urgence hospitalière doit nommer la pathologie tandis que la MG doit exclure toute maladie grave. Cette différence de fonction peut avoir un impact important sur les coûts de la prise en charge.

La maîtrise des coûts devrait s'envisager non seulement par une bonne gestion de la filière de soins (articulation médecine générale et hôpital) mais également par une limitation des dépenses au sein de chaque filière. Il est en effet frappant qu'une urgence hospitalière injustifiée coûte à la collectivité plus de cent euro. Il pourrait être intéressant de s'interroger, par exemple, sur l'ampleur du recours au plateau technique dans le cadre de l'urgence hospitalière. Ce problème pourrait, en effet, également se présenter par un mode d'organisation des soins d'urgence qui faciliterait l'accès de la médecine générale au plateau technique (Leibowitz et al., 2003).

Références

Coast, J., Peters, T. J., & Inglis, A. (1996). Factors associated with inappropriate emergency hospital admission in the UK. *Int.J.Qual.Health Care* 8 (1), 31-39.

Gibney, D., Murphy, A. W., Barton, D., Byrne, C., Smith, M., Bury, G. et al. (1999). Randomized controlled trial of general practitioner versus usual medical care in a suburban accident and emergency department using an informal triage system. *British Journal of General Practice* 49 (438), 43-44.

Gold, M. R. 1996, *Cost-effectiveness in health and medicine* Oxford University Press, New York.

Leibowitz, R., Day, S., & Dunt, D. (2003). A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice* 20 (3), 311-317.

Murphy, A.W., Bury, G., Plunkett, P. K., Gibney, D., Smith, M., Mullan, E. et al. (1996). Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ* 312 (7039), 1135-1142.

Roberts, E. & Mays, N. (1998). Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy* 44 (3), 191-214.

Williams, R.M. (1996). The Costs of Visits to Emergency Departments. *The New England Journal of Medicine* 334 (10), 642-646.

