

Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences

KCE reports vol. 19B

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Présentation : Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé le 24 décembre 2002 par la loi-programme (articles 262 à 266), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, qui est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'administration

Membres effectifs : Gillet Pierre (Président), Cuypers Dirk (Vice-Président), Avontroodt Yolande, Beeckmans Jan, Bovy Laurence, De Cock Jo (Vice-Président), Demaeseneer Jan, Dercq Jean-Paul, Ferette Daniel, Gailly Jean-Paul, Goyens Floris, Keirse Manu, Kesteloot Katrien, Maes Jef, Mariage Olivier, Mertens Pascal, Mertens Raf, Moens Marc, Ponce Annick, Smiets Pierre, Van Ermen Lieve, Van Massenhove Frank, Vandermeeren Philippe, Verertbruggen Patrick, Vranckx Charles

Membres suppléants : Baland Brigitte, Boonen Carine, Cuypers Rita, De Ridder Henri, Decoster Christiaan, Deman Esther, Désir Daniel, Heyerick Paul, Kips Johan, Legrand Jean, Lemye Roland, Lombaerts Rita, Maes André, Palsterman Paul, Pirlot Viviane, Praet François, Praet Jean-Claude, Remacle Anne, Schoonjans Chris, Servotte Joseph, Van Emelen Jan, Vanderstappen Anne

Commissaire du gouvernement : Roger Yves,

Direction

Directeur général : Dirk Ramaekers

Directeur général adjoint : Jean-Pierre Closon

Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences

KCE reports vol. 19B

CATHERINE GOURBIN
DIDIER DU BOULLAY
HILDE PHILIPS
ROY REMMEN
WALTER BUYLAERT
PETER DE PAEPE
REGINALD MOREELS
CARINE VAN DE VOORDE
LAURENCE KOHN
MARK LEYS

EN COLLABORATION AVEC FRANÇOISE CEREXHE

KCE reports vol. 19B

Titre : Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences

Auteurs : Catherine Gourbin, Didier du Boullay, Hilde Philips, Roy Remmen, Walter Buylaert, Peter De Paepe, Reginald Moreels, Carine Van de Voorde, Laurence Kohn, Mark Leys

Validateurs : De Maeseneer Jan, De Spiegelaere Myriam, Knockaert Daniel

Relecture: Paulus Dominique

Conflict of interest : none declared

Mise en Page : Nadia Bonnouh

Bruxelles, juillet 2005

MeSH : Health Services Accessibility ; Social Justice; Health Services Misuse ; Emergency Service, Hospital ; Cost-sharing
NLM classification : W76

Langage : français, néerlandais, anglais
Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2005/10.273/22

La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée. Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Comment citer ce rapport ?

Gourbin C, du Boullay D, Philips H, Remmen R, Buylaert W, De Paepe P, Moreels R, Van de Voorde C, Kohn L, Leys M. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; juillet 2005. KCE Reports vol. 19B. Ref. D/2005/10.273/22.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Résidence Palace (10de verdieping-10ème étage)
Wetstraat 155 Rue de la Loi
B-1040 Brussel-Bruxelles
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kenniscentrum.fgov.be , info@centredexpertise.fgov.be

Web : <http://www.kenniscentrum.fgov.be> , <http://www.centredexpertise.fgov.be>

Préface

C'est le propre d'un service d'étude axé sur l'aide à la décision politique, d'intervenir sur les questions qui sont à la croisée de l'organisation des soins de santé, du comportement des patients et de l'équité, un domaine encore en grande partie non exploré en Belgique. Le thème de l'impact de la facturation d'un montant forfaitaire de 12,50€ au patient en cas d'usage inapproprié des services d'urgences cadre parfaitement avec le rôle du KCE.

La manière dont la question a été formulée dans le présent rapport est très spécifique. Mais, au travers de cette recherche, la problématique complexe des déterminants de la consommation de soins n'a pas été évincée. En effet, un débat sur l'utilité de percevoir un montant forfaitaire auprès de chaque patient dans le but d'orienter ses décisions de consommation de soins ne peut pas se limiter à un débat sur les stimuli financiers. Ce projet témoigne clairement du fait que la manière dont le comportement des patients peut être influencé est une matière complexe et dans laquelle il faut tenir compte à la fois des patients, de l'organisation de l'offre de soins et des influences des différents protagonistes des soins de santé. C'est que le comportement des patients n'est pas seulement dicté par des considérations purement rationnelles. Supposer qu'un stimulus financier dissuasif permettra bel et bien de freiner les recours superflus des patients au service d'urgence est trop simple. Ce type de choix est aussi guidé par des déterminants culturels et par l'offre. L'image des services d'urgence véhiculée entre autres par les programmes télévisés contribue à des attentes spécifiques de la part du public. Ces aspects demandent plus d'attention dans le futur.

Concilier les besoins de la société et l'utilisation efficace des moyens de l'assurance maladie dans un domaine où il peut être également question de vie ou de mort n'est pas un défi politique simple. Le travail multidisciplinaire auquel se sont livrés les spécialistes en sciences humaines avec les équipes de recherche sur le terrain de la première et de la deuxième ligne a contribué à construire une approche qui a bien mis en évidence les multiples facettes de la problématique.

Le simple fait que les chercheurs doivent à l'heure actuelle consacrer tant d'énergie à la collecte de données primaires illustre aussi un autre problème. L'enregistrement de données qui contiendraient toutes les caractéristiques individuelles permettant de nourrir une réflexion conceptuelle suffisante, fait défaut. La Belgique se doit de réfléchir à la manière dont les caractéristiques sociales et personnelles des individus pourraient être enregistrées afin de pouvoir conduire des analyses relatives à la consommation de soins, à leur accessibilité et à leur impact sur la santé des différents groupes sociaux.

Jean-Pierre CLOSON
Directeur général adjoint

Dirk RAMAEKERS
Directeur général

Résumé de l'étude

Objectifs du rapport

Au niveau international et en Belgique, se pose la question de savoir si l'utilisation des services d'urgences peut être efficiente. Comment mieux organiser le flux des patients (ayant des demandes de soins inappropriées) au travers de diverses mesures? Cette recherche vise à étudier si la perception d'une contribution personnelle forfaitaire auprès des patients a un impact sur le comportement de consultation du service d'urgences. La recherche s'interroge sur la manière dont les alternatives en première ligne peuvent favoriser un choix plus efficient.

Cette étude évalue l'impact de la contribution forfaitaire personnelle de 12,50 € qui peut être imputée au patient en cas de demande de soins inappropriée au service d'urgences. La perception de ce montant est couplée à un certain nombre de conditions. Il ne sera pas réclamé si le patient (a) arrive aux urgences via le SMUR, le service 100 ou la police (b) est hospitalisé ou maintenu en observation pendant au moins 12 heures (c) est référé par un médecin ou (e) consulte le service d'urgence pour une indication qui est prévue dans un protocole de collaboration (article 70 AR 25 avril 2002).

Dans le courant de l'année 2005, la mesure a été revue en une perception obligatoire d'un montant de 9,50€ perçu en cas d'utilisation inappropriée du service des urgences (4,75€ pour les bénéficiaires de l'intervention majorée –ex-vipos) sauf si : (a) La personne est référée par son médecin (b) La personne vient suite à l'intervention du service 100, d'un SMUR, de la police (c) La personne doit être hospitalisée (d) Un plâtre doit être placé (e) Le recours aux urgences à lieu entre 24h et 6h du matin. L'impact de la mesure telle que revue ne fait pas partie du cahier des charges du présent rapport.

La recherche pose les questions suivantes:

- Le paiement d'une contribution personnelle d'un forfait de 12,50€ influence-t-elle le recours inapproprié aux services d'urgence ?
- Quel est l'impact d'une contribution forfaitaire personnelle sur l'utilisation des services d'urgence pour différents groupes cibles ?
- Quels motifs et facteurs déterminent le recours aux urgences versus le recours à d'autres services de première ligne ?
- Quelles alternatives existent en termes organisationnels pour réduire les recours inappropriés aux services d'urgences tout en garantissant la qualité des soins et leur accessibilité ?

Méthodologie

Une revue de la littérature internationale et nationale a été réalisée autour des questions de « 'cost-sharing' et recours aux urgences », « recours inapproprié aux services d'urgence », « déterminants et motivation de recours aux urgences » et « alternatives aux services d'urgences ».

Des résultats ont également été obtenus à partir d'une recherche empirique. Celle-ci comportait deux collectes de données, réalisées selon deux protocoles différents : une quantitative et une qualitative. Les données ont été collectées chez des patients consultant aux urgences et des patients consultant les services de gardes, à Anvers, Gand, Bruxelles et Charleroi. Neufs hôpitaux et 5 services de garde ont finalement participé à l'étude.

Pour les patients des services d'urgences, un questionnaire a été administré aux patients par un enquêteur en face à face. Pour l'enquête auprès de patients recourant à la garde MG, le questionnaire a été administré au patient par téléphone. Les données ont été collectées entre le samedi 12h et le dimanche 12h.

La partie qualitative de l'enquête a été programmée après l'enquête quantitative. Des entretiens semi-dirigés étaient prévus auprès de patients des services d'urgence et des patients des services de garde.

Aux services d'urgences hospitalières, 975 patients ont été interrogés par questionnaire. Pour les services de gardes de MG, 673 patients ont pu être interrogés. D'autre part, 37 entretiens semi-structurés ont été réalisés.

Résultats

Les résultats de la recherche empirique sont indicatifs et n'ont pas mené à la mise en exergue de données probantes ('evidence'). Les résultats doivent être interprétés avec prudence dans la mesure où il s'agit d'une approche transversale au cours de laquelle est survenu un changement de la mesure étudiée (passage de 12.50€ facultatifs à 9,50€ obligatoires). Les études tant quantitatives que qualitatives ont été réalisées dans des grandes villes, durant des périodes spécifiques (les week-ends). De plus, les collectes de données ont eu lieu dans des hôpitaux qui n'appliquent pas les mêmes mesures en terme de facturation. Cependant cette étude comporte des indications importantes qui doivent être considérées lors de la prise de décisions politiques. Enfin, les résultats de cette recherche sont très proches de ce que livre la littérature internationale.

Il est très difficile de formuler clairement la nature appropriée ou inappropriée d'un recours au service des urgences

La notion de recours d'approprié n'est pas clairement définie dans la littérature et varie en fonction de la perspective depuis laquelle on juge la raison de la consultation : du patient, du médecin, ou du système de soins. Soulignons que, si l'on souhaite réduire l'usage inapproprié des services d'urgences, l'évaluation des interventions mises en place ne pourra se faire de manière rigoureuse que si nous disposons d'une mesure valide de ce qu'est un recours approprié.

Sur base des connaissances actuelles, aucune étude ne peut se prononcer de manière ferme quant à l'effet d'un co-paiement forfaitaire sur l'utilisation des services d'urgences. Toutefois on dispose d'indications importantes

Les études publiées sur les effets du cost-sharing proviennent principalement d'équipes nord-américaines. Il est important d'en être conscient car les effets du cost-sharing dépendent du contexte dans lequel il est implémenté, et en particulier des caractéristiques du système de sécurité sociale dans lequel il s'inscrit.

La littérature ne contient pas d'éléments probants relatifs à l'impact d'une contribution financière personnelle. Il y apparaît que des mesures semblables ont un effet marginal quant à la réduction du nombre et quant à la nature des consultations au service des urgences. D'après des études nord-américaine, il semblerait qu'il y ait un effet dissuasif à recourir aux urgences au fur et à mesure que le forfait est instauré. Si effet il y a, le co-paiement pourrait amener les patients (de groupes socio-économiques spécifiques) à différer ou renoncer à une demande d'aide justifiée.

Les résultats de l'étude empirique ne permettent pas de conclure que le paiement d'une contribution personnelle forfaitaire influence le comportement de consommation.

Les déterminants et facteurs de recours aux urgences ne sont pas uniquement d'ordre financier

Le choix de consulter un service d'urgences pour une plainte médicale (au lieu de consulter un service de première ligne alternatif) semble résulter tant de l'influence du paiement d'une contribution personnelle que d'autres motifs et déterminants :

- Le type de plainte (objective ou subjective) peut inciter le patient à se présenter au service d'urgence. Ainsi la littérature relève principalement des visites pour accidents et blessure ou des plaintes perçues par le patient comme nécessitant une intervention rapide car limitant l'autonomie de ce

dernier. Dans notre échantillon, les motifs les plus fréquents se réfèrent à l'appareil ostéo-articulaire pour les patients des urgences hospitalières et au système respiratoire et à l'appareil digestif pour la MG.

- L'accessibilité motivera le patient en demande de soins à se rendre aux urgences ou pas. Cette « accessibilité » peut être définie
 - par opposition à l'inaccessibilité d'autres services (dont le médecin généraliste). Dans notre étude, il a plus spécifiquement été fait mention de l'accessibilité des services en termes d'horaire.
 - par la perception du délai d'attente aux urgences (sous-estimée par les patients)
 - par l'accessibilité financière directe, soit la perception de la gratuité des soins dispensés dans les services d'urgence. Cette justification de recours à l'un ou l'autre service a rarement été évoquée dans la partie quantitative de l'étude empirique. Par contre elle a été développée dans la partie qualitative où les soins aux urgences sont effectivement perçus par certains comme devant être gratuits. De plus, pour résoudre l'impression qu'ont les patients interrogés sur le problème d'accessibilité financière des médecins de garde, la possibilité de différer le paiement du médecin de garde à domicile grâce à l'envoi d'une facture ou la possibilité d'utiliser un moyen de paiement électronique (de type bancontact) a été suggérée.
 - par l'accessibilité géographique et permanente (7j/7, 24h/24) des services d'urgences. Cet argument est également ressorti dans les résultats l'étude empirique.
- La confiance dans le type de service et les compétences qui s'y trouvent (plateau technique et spécialités). Ces résultats sont confirmés par notre étude empirique.
- La méconnaissance de solutions alternatives. Cet aspect se retrouve également dans l'étude qualitative : beaucoup de patients suggèrent d'améliorer l'information quant à l'organisation des soins de première ligne. Par ailleurs, on constate que les patients qui ont expérimenté des postes de garde de médecine générale félicitent ce type d'initiative. Les personnes interrogées évoquent comme autre alternative la possibilité de consulter par téléphone.

Dans l'étude empirique, 63 % des patients sont venus aux urgences de leur propre initiative. Ils ne sont que 18% à s'y être rendu après avoir été référés par un médecin. En MG, dans moins de 20% des cas les répondants avaient envisagé d'aller aux urgences : quand ils l'ont envisagé, il s'agissait plus souvent de personnes non belges et d'accompagnants d'enfants âgés de 0 à 4 ans.

Certaines caractéristiques des patients sont également associées au recours aux services d'urgences. Ainsi dans la littérature il apparaît que les utilisateurs fréquents des services d'urgence présentent des caractéristiques particulières en terme de profil médical (maladie chronique, assuétude, mauvais état de santé en général et maladies psychiatriques). Ils sont par ailleurs grands consommateurs d'autres types de soins. Dans l'étude quantitative, nous avons relevé que la proportion de personnes consultant un service d'urgence hospitalière et ayant déjà eu recours à un tel service au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée que celle de patients consultant en médecine générale. Les caractéristiques significativement associées à ce recours sont l'âge (enfants de 0 à 4 ans) et les niveaux d'instruction les plus bas.

Un autre déterminant du recours aux urgences qui est apparu au cours des analyses quantitatives est le fait d'avoir un médecin traitant. En effet, ces patients ont moins souvent un médecin traitant que les patients consultant un MG (77% versus 91%). Dans les services d'urgence, les caractéristiques suivantes associées au fait de ne pas avoir de médecin traitant sont : les parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans, les non-belges, les personnes vivant seules, les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé.

Les patients connaissent peu l'existence d'un forfait qui peut être réclamé aux services d'urgence

Dans notre étude, si près de trois quarts des patients consultant un service d'urgences savent que le patient consultant un service d'urgence hospitalier doit payer une consultation et les examens complémentaires partiellement remboursés par l'assurance maladie, ils ne sont plus que 32 % à connaître l'existence du forfait. Cette connaissance est moindre chez les personnes âgées de plus de 60 ans, chez les personnes d'un niveau d'instruction maximum secondaire supérieur, chez les inactifs.

Par contre, les trois quarts des patients appelant un MG connaissent l'existence d'un paiement. Ils sont 40% à connaître l'existence d'un forfait parfois non remboursé (différence avec les urgences significative). Les non-belges sont un peu moins informés quant à l'existence de paiement et du forfait. La connaissance du forfait est significativement inférieure chez les patients âgés de 60 ans et plus, dans le groupe ayant au plus un niveau d'instruction du secondaire, pour les personnes sans activité professionnelle, pour les francophones.

Les opinions quant à l'acceptabilité du paiement d'un forfait varient d'un groupe à l'autre

L'acceptabilité d'un forfait est moindre parmi les patients recourant à un service de garde hospitalier comparés à ceux appelant un service de garde MG. Mais les caractéristiques des personnes rejetant l'idée d'un forfait sont sensiblement les mêmes aux urgences hospitalières et en garde de MG. Il s'agit, pour les urgences, des personnes de 60 ans et plus et des parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans et dans l'ensemble, des étrangers, du groupe ayant un niveau d'instruction au maximum égal au secondaire supérieur, des inactifs et des francophones.

Le forfait est perçu comme limitant l'accessibilité aux soins pour certains patients. En effet, d'une part ils estiment qu'il faut avoir suffisamment d'argent liquide chez soi pour faire appel à un service de garde et d'autre part, ils perçoivent les urgences comme un service 'gratuit' ou qui devrait être gratuit. Pour eux, si le recours aux urgences devait également être perçu comme onéreux, l'accès aux soins serait limité.

Les services d'urgence hospitaliers jouent un rôle de première ligne pour les groupes socio-économiquement défavorisés

De la littérature, on peut relever que l'étude des déterminants socio-économiques des patients est peu aisée vu que les études se focalisent bien souvent sur la population d'un seul hôpital et ne permettent pas d'inférence au niveau de la population générale. Les résultats indiquent néanmoins que les patients des urgences sont généralement issus de groupes socioéconomiquement plus faibles et immigrés. Les habitants des zones urbaines sont également plus nombreux à se présenter aux services d'urgences.

Dans l'étude empirique, on constate que les patients recourant à un service d'urgence hospitalier sont, comparés aux patients en MG, plus fréquemment de nationalité non-belge et présentent des caractéristiques socio-économiques qui peuvent entraîner des situations de précarité plus grande.

Les patients recourant un service MG sont, quant à eux, plus fréquemment des femmes, des personnes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 60 ans et de nationalité belge.

Il existe des solutions alternatives pour les demandes non-urgentes sur le plan médical. Des initiatives isolées de dispense de soins en première ligne semblent toutefois avoir peu d'impact pour limiter le recours inapproprié au service des urgences

Différentes solutions ont été identifiées dans la littérature et au cours de notre étude pour limiter le recours aux services d'urgences et parmi celles-ci, le co-paiement, le triage, les consultations par téléphone, la télémedecine, les centres de type 'walk-in' ou différents type de soins 'out-of-hours'. Il manque néanmoins dans la littérature d'études

quant à leur efficacité et certains (dont le triage téléphonique) ne semblent pas toujours répondre aux attentes des patients. Cependant, on retrouve dans la littérature des études qui démontrent que lorsqu'un service de médecine générale est situé à proximité d'un service d'urgences, on observe une diminution de la charge de travail de ce dernier.

Des mesures isolées n'auront pas l'effet souhaité sur le recours aux services d'urgences

La littérature indique que la perception d'un co-paiement pourrait avoir des implications potentiellement nuisibles pour les groupes socio-économiques plus faibles dans la société. Ce type de mesure pourrait toutefois s'avérer utile si elle est appliquée pour des services pour lesquels il existe des alternatives plus efficaces. Il faudrait alors veiller à ce que les patients soient suffisamment informés du bien-fondé d'un recours à ces autres services pour leur demande de soins.

Afin d'en potentialiser les chances de réussite, il s'agit donc de mener des interventions conjointes, multi-stratégies qui incluront tant les patients que les médecins ou l'organisation de dispensation de soins.

Ensuite, l'évaluation finale de l'introduction d'une telle mesure devra tenir compte des jugements de valeurs concernant le poids accordé aux économies de coûts, à la santé et à l'équité.

Messages clés

- Des mesures qui visent à améliorer l'utilisation appropriée des services d'urgences doivent résulter de stratégies politiques combinées. Si des contributions personnelles forfaitaires sont imputées, cette mesure doit s'accompagner explicitement d'autres dispositions. En effet, des mesures individuelles et isolées (soit financière, soit la mise en place d'alternatives, soit l'information) n'auront pas l'effet souhaité sur l'usage des services d'urgence.
- Le recours aux urgences est plus influencé par d'autres déterminants que par le montant personnel qui pourrait être réclamé pour des soins urgents. Si les décideurs politiques veulent responsabiliser les citoyens ou les patients, ils devront combiner cette contribution financière personnelle obligatoire à une offre d'alternatives accessibles et à des mesures qui influencent la connaissance et la création, chez les citoyens, d'une image relative aux lieux dans lesquels ils peuvent se présenter en cas de demande de soins.
- La perception d'une contribution personnelle forfaitaire doit immédiatement soulever des questions quant à l'équité de la mesure. La perception d'un tel montant au service des urgences peut engendrer des effets potentiellement négatifs pour les groupes de patients socioéconomiquement les plus faibles si il n'y a pas d'alternatives offertes appropriées et suffisamment accessibles (aussi bien pour les soins que pour la prise en charge).
- Des mesures bien pensées qui d'un côté partent d'un concept clair de ce qu'est une demande de soins inappropriée et d'autre part, garantissent de manière équivalente (en terme de qualité, d'accessibilité et de prix) l'offre de services

alternatifs pour les demandes non-urgentes sur le plan médical, peuvent influencer la consommation de soins.

- En définissant le recours approprié au service des urgences, il convient de tenir compte de critères qui peuvent être utilisés depuis différentes perspectives (médicale, conforme à la politique et du patient). Ce choix doit être coordonné avec le rôle qu'entrevoient les décideurs politiques pour les différents types de soins dans l'offre de services aux patients, adaptés et efficaces. (Quel rôle réserve-t-on au service des urgences, aux premières lignes, aux autres services de soins de santé, etc ?)
- La mise en place de services de première ligne performants et accessibles qui dispensent des soins de qualité pour des demandes qui peuvent être prises en charge en première ligne, et un système de triage éventuel sont à envisager. En plus de la mise en place d'alternatives, il conviendra de surveiller de manière continue et d'évaluer la qualité fournie par les services.
- En regard des attentes et de l'image auprès du public, il devrait être envisageable de récompenser financièrement les urgences lorsque que ces dernières mènent une politique active pour (ré)orienter les demandes de soins inappropriées vers d'autres services plus adaptés. De cette manière le patient est soutenu dans sa demande auprès les services alternatifs et cela lui permet d'expérimenter ces services. Dans une logique semblable, une recherche plus approfondie pourrait être conduite afin de rendre plus accessibles (financièrement) les services alternatifs (via le système du tiers-payant ou encore par des facilités de paiement).
- Il faudrait s'interroger sur la manière dont les patients à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital sont amenés à consulter le service des urgences, pour mieux comprendre comment les patients y ont été dirigés.
- Le rôle et la répartition des tâches des différents services doivent être clairement communiqués au public. Diverses sortes de campagnes médiatiques peuvent y contribuer. Des stratégies d'information orientées et des campagnes de sensibilisation sont au moins autant importantes que les sanctions financières pour pouvoir changer le comportement des patients. Ce type d'action peut être réalisé via par exemple les mutualités, par le truchement de campagnes médiatiques écrites et audio-visuelles ou via les services d'aide (MG, urgences) eux-mêmes. Une meilleure information seule ne garantit certainement pas un changement de comportement.
- Il est nécessaire de disposer d'un meilleur enregistrement systématique des données de consommation de soins des différentes catégories socio-économiques. Il y a en outre un besoin clair de recherche qualitative et quantitative approfondie relative au contexte complexe des déterminants du comportement, de l'utilisation

des services de soins et des caractéristiques des groupes sociaux. C'est seulement alors qu'il sera possible de pouvoir comprendre l'impact de mesures ou d'interventions politiques sur le comportement de consommation des divers groupes sociaux.

Table des matières

1.	INLEIDING.....	1
1.1.	DE BELGISCHE “URGENTIE”CONTEXT.....	1
1.1.1.	Organisatie van de spoedgevallendiensten in de ziekenhuizen.....	1
1.1.2.	Organisatie van spoedopvang in de eerste lijn.....	2
1.1.3.	Beleidsmaatregelen	3
2.	DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK	4
3.	MEASURES TO CHANGE EMERGENCY DEPARTMENT ATTENDANCE OF HOSPITALS: INSIGHTS FROM THE LITERATURE.	5
3.1.	BACKGROUND: THE ECONOMIC LOGIC OF CO-PAYMENTS IN HEALTH CARE.....	5
3.1.1.	Efficiency argument: fighting moral hazard.....	5
3.1.2.	Health effects	6
3.1.3.	Equity effects	7
3.2.	OBJECTIVE OF THE LITERATURE SEARCH	7
3.3.	METHODOLOGY OF THE LITERATURE SEARCH	7
3.3.1.	Bases de données consultées et mots clés utilisés.....	7
3.3.2.	Inclusion criteria	8
3.4.	RESULTS.....	8
3.4.1.	Studies on effects of cost-sharing measures on the use of emergency departments	8
3.4.2.	“Appropriate” and “inappropriate” use of ED?	11
3.4.3.	Determinants and motivations of use of Emergency Departments	15
3.4.4.	Interventions to change the inappropriate use of ED.	22
4.	METHODOLOGIE	27
4.1.	INTRODUCTION.....	27
4.2.	ETUDE QUANTITATIVE PAR QUESTIONNAIRE.....	27
4.2.1.	Objectifs spécifiques	27
4.2.2.	Outils de collecte	27
4.2.3.	Déroulement prévu de la collecte de données.....	28
4.2.4.	Codage et analyse des données	29
4.3.	ETUDE QUALITATIVE PAR INTERVIEWS.....	29
4.3.1.	Objectifs spécifiques	29
4.3.2.	Outils de collecte	29
4.3.3.	Déroulement prévu de l'enquête.....	30
4.3.4.	Analyses des données.....	30
4.4.	ECHANTILLON ATTENDU	31
4.5.	DEROULEMENT REEL : QUELQUES PROBLEMES.....	32
4.5.1.	Enquête quantitative	32
4.5.2.	Enquête qualitative.....	32
5.	RESULTATS	33
5.1.	RESULTATS DE L'ANALYSE QUANTITATIVE.....	33
5.1.1.	Description de l'échantillon aux services d'urgences hospitalières et en MG	33
5.1.2.	Analyses.....	40
5.2.	RESULTATEN KWALITATIEVE STUDIE.....	47
5.2.1.	Echantillon observé.....	47
5.2.2.	Raisons de la consultation	48
5.2.3.	Kent de patiënt het forfait?	48
5.2.4.	Beïnvloedt een forfait de keuze?.....	49
5.2.5.	Wat beïnvloedt de keuze van zorg?	50

5.2.6.	Welke alternatieven stellen patiënten voor om spoedgevallen bezoek af te remmen?..	52
5.3.	RECAPITULATIF.....	54
5.3.1.	Caractéristiques socio-économiques.....	54
5.3.2.	Médecin traitant.....	54
5.3.3.	Caractéristiques du recours	54
5.3.4.	Motifs de recours.....	54
5.3.5.	Acceptabilité d'une mesure de co-paiement	55
5.3.6.	Connaissance du forfait.....	55
5.3.7.	Recours multiple aux services d'urgences	55
5.3.8.	Alternatives envisagées par les patients	56
5.4.	ETUDES COMPLEMENTAIRES.....	56
5.4.1.	Retrospectieve studie naar de invloed van het forfait op het aantal patiënten uit achtergestelde regio's dat zich aanmeldt op spoedgevallen.....	56
5.4.2.	Alternatieve organisatie van de huisartsenwachtdiensten in België en in het buitenland: enkele voorbeelden	57
5.5.	DISCUSSIE.....	62
5.5.1.	De bevraging van de patiënten op spoedgevallen en huisartsenwachten.....	62
5.5.2.	De additionele studies.....	64
6.	ALGEMENE CONCLUSIES.....	66
7.	AANBEVELINGEN	69
8.	REFERENCES.....	72
9.	ANNEXES	77

I. INLEIDING

Internationaal rijzen, zowel vanuit medisch als beleidsmatig oogpunt, vragen over het gepast gebruik van spoedgevallendiensten. Ook in België wordt de vraag gesteld hoe het gebruik van spoedgevallendiensten kan geoptimaliseerd worden. Spoedgevallendiensten worden geconfronteerd met veel vragen naar interventies die in een aantal gevallen mogelijk kunnen opgevangen worden in de eerste lijn. Er worden dus vragen gesteld of, en hoe, de toestroom (van oneigenlijke gebruik maken) naar de spoedgevallendiensten in de hand kan worden gehouden en opgevangen kan worden door alternatieve diensten. Verschillende types maatregelen zijn voorgesteld en besproken in de literatuur : de maatregelen variëren van financiële drempels en bijdragen te voorzien voor de patiënt, over ondersteunende systemen om zorgvragen te kanaliseren tot het uitbouwen en beter organiseren van de eerste lijn (zie hoofdstuk I).

Het debat over het ingrijpen op de medische beschikbaarheid en toegankelijkheid van diensten is niet altijd makkelijk omdat het stoot op het spanningsveld van medische deontologie, dienstverlening, efficiëntie, billijkheids- en toegankelijkheidsvraagstukken en discussie over besteding van publieke middelen. Onvermijdelijk speelt ook de financiering van de spoedgevallendiensten in ons land die als diensten binnen het ziekenhuis verlieslatend zijn, maar een belangrijk aandeel leveren (c.q. bron van inkomsten) van patiëntenstroom naar het ziekenhuizen. Vanuit maatschappelijk en beleidsoogpunt rijst de vraag welke impact beleidsmaatregelen hebben op gezondheid en gebruik van gezondheidsdiensten van verschillende maatschappelijke groepen. In het bijzonder rijst de vraag of beleidsmaatregelen niet een ongewenst effect hebben zodat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het gedrang komt.

I.1. DE BELGISCHE “URGENTIE”CONTEXT

I.1.1. Organisatie van de spoedgevallendiensten in de ziekenhuizen

In de Belgische ziekenhuiswet is expliciet opgenomen dat een ziekenhuis moet beschikken over een gespecialiseerde functie voor spoedgevallen, of tenminste over een dienst die in staat is eerste opvang te bieden aan spoedeisende zorgvragen.

Dans les 2 cas, le responsable est un médecin FTE spécialiste avec titre professionnel particulier en soins d'urgences (ou assimilé). Dans les 2 cas, il faut une permanence médicale 24H/24 qui doit être assurée par un spécialiste en soins urgents ou ayant un titre de brevet de médecine aigue (BMA), dans la fonction spécialisée de soins urgents, mais pas nécessairement dans le cas de la fonction de 1^{ère} prise en charge.

En 2001^a, 117 hôpitaux sur 120 déclaraient avoir une fonction urgence spécialisée. Parmi ces 117 hôpitaux, en moyenne, l'équipe médicale se compose de 16,5% de spécialistes urgentistes, 41,6% de spécialistes non urgentistes, 16,2% de médecins spécialistes en formation et 25,7% de généralistes.

Activité annuelle médiane par hôpital (2001) : 19.393 patients dont

- 593 (3%) arrivés par le SMUR (MUG) dont 84% hospitalisés
- 1.812 (9%) arrivés par le 100 dont 67% hospitalisés
- 16.250 (84%) arrivés par un autre moyen dont 26% hospitalisés
- 5.253 (27%) sont hospitalisés (hors soins intensifs)
- 439 (2,3%) sont envoyés en soins intensifs
- 104 (0,5%) sont transférés vers un autre hôpital
- 13.597 (70%) retournent à domicile

^a SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement ; DGI Organisation des Etablissements de Soins ; Service Data management

Jusqu'au 1/10/2003, il est impossible d'avoir une idée précise et complète de la fréquentation en ambulatoire des services d'urgences. A partir de cette date, des informations relatives aux services d'urgences ont été collectées via le RCM. Seuls les trois premiers mois d'enregistrements sont actuellement disponibles (octobre - décembre 2003) et ce pour 110 hôpitaux sur 113. Pour cette période, il y a eu 574.255 séjours passés dans les services d'urgences dont 409.162 ambulatoires et 165.093 hospitalisés.

Het is belangrijk dat hulpvragen voor ernstige urgenties in de dringende geneeskundige hulpverlening zo snel en efficiënt mogelijk verlopen. Sommige gespecialiseerde functies 'spoedgevallen' verzorgen 'prehospitaal' dringende geneeskundige hulpverlening en zijn hiertoe opgenomen in het kader van de 100-wetgeving over de dringende geneeskundige hulpverlening. Dit gebeurt door opvang van patiënten die op het systeem 100 beroep deden en voor wie een ziekenwagen gestuurd wordt, in sommige spoedgevallendiensten een MUG (mobiele urgentiegroep) voor potentieel levensbedreigende urgenties.

1.1.2. Organisatie van spoedopvang in de eerste lijn

Globalement, il existe quatre types d'organisations des gardes :

- Un secrétariat central avec numéro d'appel unique, organisé à l'initiative d'un groupe de généralistes, récolte les appels et les dispatche vers les généralistes de garde
- Accords entre médecins d'une zone, qui renseignent leur collègue de garde sur leur répondeur
- Service spécialisé type SOS médecins
- Huisartsenwachtpost type Deurne-Borgerhout

Depuis le 8 juillet 2002, un AR encadre l'organisation de la garde médicale, organisée à partir des cercles de médecins généralistes. Cet AR prévoit:

- Garde au minimum les week-ends et jours fériés
- Zone couverte: une ou plusieurs communes (ou partie de commune à Anvers, Charleroi, Gand et Liège), entièrement couverte(s) sans chevauchements
- Un médecin disponible pour 30.000 habitants
- Accords avec hôpitaux et spécialistes
- Enregistrement de données: épidémiologie, problèmes de sécurité, plaintes de patients, plaintes à propos des services
- Rapport annuel

Quelques projets innovants ont vu le jour visant à une meilleure gestion et utilisation des urgences hospitalières par la population et à la restructuration des services de garde médicale:

- Deurne/ Borgerhout : De huisartsenwachtpost bevindt zich centraal in de regio Deurne-Borgerhout (+/- 100.000 inwoners), onafhankelijk van de ziekenhuizen in die regio. Deze dienstverlening is beschikbaar van vrijdagavond 19u00 tot maandagochtend 7u00. Gedurende het ganse weekend is één bestuurslid telefonisch bereikbaar als achterwacht. Dit proefproject startte in juni 2003 voor een periode van drie jaar.
- Charleroi : les généralistes sont regroupés avec un secrétariat commun (numéro d'appel unique), les médecins de garde ont un dispositif d'alerte rapide en cas d'agression, il y a engagement de médecins dédiés aux gardes pour couvrir les zones difficiles

- Bruxelles :
 - Une organisation privée (SOS médecins) organise un dispensaire aux portes du service d'urgences de St Luc (mais PAS dans le service des urgences)
 - Récemment l'ASBL « Médinuit » a créé en janvier 2005 à Molenbeek un poste de garde de médecine générale de nuit et de WE sécurisé et accessible à tous dans la mesure où cette commune n'a pas de service de garde hospitalier. Ce poste ne couvre que la population de la commune sur le territoire où il est installé et des communes limitrophes.
 - A cela, il faut ajouter un certain nombre de projets de collaboration entre généralistes et hôpitaux centrés sur les urgences, dans le cadre de l'article 70 de l'AR du 25 avril 2002.

1.1.3. Beleidsmaatregelen

In België heeft het beleid in 2003 een eerste maatregel uitgevaardigd die stipuleerde dat voor het mogelijk oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten een forfaitaire bijdrage *kan* gevraagd worden van 12,50€. Het innen van dat bedrag is gekoppeld aan een aantal randvoorwaarden. Er is geen inning van de forfaitaire bijdrage als: (a) de patiënt op urgentie komt met MUG, via dienst 100 of de politie (b) opname in het (dag)hospitaal of in observatie genomen voor minstens 12 uur (c) doorverwezen door een arts of (d) de patiënt spoed consulteert voor een indicatie opgenomen in een samenwerkingsprotocol (artikel 70 KB 25 april 2002). Het Artikel 44 van de wet van 22/8/2002 (die het artikel 107quater in de ziekenhuiswet invoert) is echter verworpen door het Arbitragehof, wat een opheffing van deze maatregel op 1.8.2005. De maatregel werd overigens zeer uiteenlopend toegepast in de ziekenhuizen. In het voorjaar 2005 is dan een nieuwe drempelverhogende maatregel voorgelegd aan Kamer en Senaat die een forfaitair bedrag van 9,5€ zal innen bij oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten (4,75€ voor patiënten onder de voorkeursregeling vallen) behalve indien : (a) de patiënt is doorverwezen door een arts (b) de patiënt naar spoed komt via de dienst 100, een MUG of de politie (c) de patiënt gehospitaliseerd wordt (d) een plaaster moet krijgen (e) de dienst spoed geconsulteerd wordt tussen 24u en 6u 's ochtends. La loi impose donc à tous hôpitaux de facturer le forfait à tous les patients (sauf conditions énumérées ci-dessus) Toutefois, il est à noter qu'en pratique, pour les groupes de patients qui bénéficieraient d'autres systèmes de protection (par le CPAS par exemple) la manière dont le forfait une fois facturé au patient est géré dépend d'autres compétences que de celles du fédéral.

De voorgestelde maatregelen moeten gekoppeld worden met andere beleidsmaatregelen die als doel hebben de eerste lijn, en in het bijzonder de huisartsgeneeskunde, op een meer gepaste manier te laten consulteren. In 2002 (KB van 25 november 2002) werden voor de huisartsen reeds een aantal maatregelen genomen om de huisartsenwachtposten degelijk te organiseren. Op die manier zouden spoedgevallendiensten (de tweede lijn) kunnen gebruikt worden voor haar essentiële doelstelling, met name « dringende » medische hulpverlening. Verder werden ook in de ziekenhuiswetgeving een aantal stimuli gegeven om een efficiëntere doorstroom van patiënten trachten te realiseren (Art. 70.- KB van 25 april 2002). Afin de promouvoir une politique efficace d'admissions et de sorties dans les hôpitaux aigus, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire de 5.104,56 € (valeur au 1er janvier 2002) pour les hôpitaux qui ont conclu un protocole de collaboration avec les médecins généralistes de la zone d'attractivité de l'hôpital portant sur la politique précitée.

2. DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK

Om de beleidsmakers te ondersteunen in dit debat is het KCE gevraagd een onderzoek uit te voeren naar het gebruik van spoedgevallendiensten, de maatschappelijke impact en mogelijke organisatiealternatieven om tegemoet te komen aan medische zorgvragen. Via literatuuronderzoek en kwantitatief en kwalitatief veldonderzoek, wordt onderzocht welke factoren mogelijk een rol spelen in de keuze van de patiënt om de dienst spoedgevallen of de huisartsenwachtdienst te consulteren.

Doelstelling van dit onderzoek is een (begin van) antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is bekend uit de internationale literatuur over impact van het innen van (forfaitaire) bedragen op het gebruik van spoedgevallendiensten voor uiteenlopende maatschappelijke doelgroepen, en wat is relevant voor België? Heeft het innen van een eigen bijdrage van de zorgconsument een impact op de toegankelijkheid en het gebruik van medische dienstverlening in het algemeen?
- Valt de zorgconsument te responsabiliseren met betrekking tot het gebruik van spoedgevallendiensten door het innen van eigen bijdragen? Voor de Belgische situatie stelt de vraag zich naar de impact van het innen van 12,5 € op de oneigenlijke zorgconsumptie van spoedeisende hulp.
- Welke motieven of factoren bepalen bij zorgconsumenten de keuze voor het gebruik van de spoeddiensten versus het al dan niet gebruik van andere eerstelijnsvoorzieningen? Hierbij dient uiteraard eerst nagegaan in hoeverre dit forfait gekend is bij de zorgconsument.
- Welke organisatorische alternatieven bestaan er om de niet doelmatige instroom van patiënten op spoedgevallen (oneigenlijk gebruik), op te vangen via een kwaliteitsvol en drempelverlagend effect (i.h.b. moet de aandacht gaan naar de verhouding spoeddienst-eerste lijn). Heel belangrijk in dit verband is het objectief kunnen aflijnen van oneigenlijk gebruik van een spoedgevallendienst.

3. MEASURES TO CHANGE EMERGENCY DEPARTMENT ATTENDANCE OF HOSPITALS: INSIGHTS FROM THE LITERATURE.

3.1. BACKGROUND: THE ECONOMIC LOGIC OF CO-PAYMENTS IN HEALTH CARE

In most developed countries with public health care systems patient cost-sharing^b arrangements are imposed. *Cost-sharing* or *user charges* refer to a situation where the individual covered is required to pay part of the cost of care received^{3, 2, 1}.

- Cost-sharing can take several forms on a continuum ranging from full third-party payment (zero cost-sharing) to full cost-sharing⁴. In this report we focus on direct forms of cost-sharing^c (see Table 1), as the 12,5 € measure taken in Belgium for ED consultation falls into the category “co-payment.”

Table 1. Direct forms of cost-sharing

Form	Definition
co-payment	the user pays a fixed fee (flat rate) per item or service
co-insurance	the user pays a fixed proportion of the total cost, the insurer pays the remaining proportion
Deductible	the user pays a fixed quantity of the costs (up to a certain threshold), the insurer pays the remainder

Source: based on WHO (HEN),2004¹ and Thomson, 2003³

Cost-sharing has different aspects to be considered and is still open for fundamental scientific and political debate: 1- efficiency aspects, related to fighting moral hazard; 2- the potential health effects and 3- equity effects.

Cost-sharing can lead to a reduction in overall utilisation of services and drugs, but does not necessarily lead to a reduction in the overall costs of health care, because of possible cost-shifting. Moreover, cost-sharing may inequitably affect vulnerable groups (women, children and the poor). In order to improve the « allocative efficiency » it is considered important to have different cost-sharing requirements for different types of health interventions, and (from an equity point of view) to have different cost-sharing requirements for different people⁵.

3.1.1. Efficiency argument: fighting moral hazard

The basic economic argument for cost-sharing arrangements on health care markets is to avoid full health insurance patients to consume more health care than they would if they had to pay for the health services themselves. This type of problem is generally referred to as “moral hazard”. Cost-sharing may stimulate the cost consciousness of patients by restoring the price signal that was negated by insurance. Proponents of cost-sharing arrangements argue that direct payments at the point of use will discourage the use of services and hence reduce expenditures. The policy measure taken on ED attendance fits into this logic.

^b In this report we neglect other types of out-of-pocket payments such as informal and direct payments. Informal payments (envelope or under-the-table payments) are different payments to individual and institutional providers in kind or in cash outside official payment channels or for purchases meant to be covered by the health care system¹. Direct payments are payments for goods and services that are not covered by any form of pre-payment or insurance and that are obtained from the private sector in pure private transactions^{2, 1}.

^c Indirect cost-sharing refers to policies that can result in patient payments even though charges are not directly imposed. Coverage exclusions and certain forms of pharmaceutical regulatory mechanisms are some examples.

The amount of demand reduction is measured by the “price elasticity” of demand. The lower the price elasticity, the weaker the effect on expenditures will be. What determines this price elasticity?

- The most obvious factor is the behavioral reactions of the patients. These will be stronger if treatments are less urgent or if substitutes are readily available. Reactions will be weaker if patients are more ill (or consider themselves more at risk). They may be higher for low income people, because a change in the relative prices will have a relatively larger effect on their purchasing power. All this presumes that patients are sufficiently informed about prices.
- A second element is the so-called supply-induced demand. In the health care sector suppliers can directly influence the quantities consumed. It is not easy to predict the final result of these provider reactions. On the one hand, one may think that providers will counteract possible demand reductions, if these threaten their income position. In that case the supply-induced demand may counteract the immediate behavioral reactions of the patients. There may then be a difference between the short-term and the long-term effect of the introduction of cost-sharing. On the other hand, it may also be the case that supply-inducement becomes less pronounced after the introduction of patient cost-sharing. Patients may be more alert and exert more pressure on providers; ethically motivated providers may worry about the effects of increased expenditures on the economic position of their patients. In general, it is obvious that one should not only focus on the incentives for the patients but also bring the provider incentives into the picture.
- A distinction has to be made between on the one hand first contacts, and on the other hand referrals and prescriptions. While decisions about the former are taken in the first place by the patients themselves, the latter are more strongly influenced by the providers.
- The behavioral effects of cost-sharing will depend on the specific form of cost-sharing considered. Co-payments and co-insurance raise the price of the service (with a fixed amount or in a fixed proportion respectively) for all possible quantities. A deductible only has effects once the threshold has been passed, because from that point onwards the price of the service becomes zero.
- Very important is that the final outcome of these various effects depends on specific contextual factors (and can only be estimated through empirical work).

3.1.2. Health effects

The absence of user charges may lead to moral hazard and excess demand. Most policy measures introducing user charges intend to reduce unnecessary services. However, taking such a policy measure is not always hitting the target of consumption of unnecessary services. To be an effective instrument, the price signal should indeed provide incentives for cost-conscious care and selectively discourage the use of unnecessary services. However, if patients not only stop obtaining unnecessary care but also effective care – defined by clinical criteria – cost-sharing may set up barriers to needed care and health effects may be expected.

Health effects can only be measured through empirical work, although some important factors are already known^{6, 7, 11}:

- Cost-sharing will be most efficient if it can be applied to relatively inefficient services, for which more efficient substitutes (alternatives) are available. Such substitution will indeed compensate the effects on health.
- The previous argument only works if patients are sufficiently informed about the appropriateness of alternative services for their health care needs. They must be aware of the existence of alternative more effective or more cost-efficient treatments. Providers are probably the main source of information in

this respect. Therefore here also it is crucial to consider explicitly provider incentives.

3.1.3. Equity effects

By definition, the redistribution of the financial burden, raises specific equity questions:

- There will be a shifting of the financial burden from the insured in general to the ill/ or consumers of services. If the cost-sharing is linked to necessary health care, this shifting is hard to defend from an equity point of view.
- Cost-sharing will have a more important effect on the living standard of the poor ill than on the living standard of the rich ill. Moreover, the economic position may affect the strength of the demand reactions, and hence the magnitude of the price elasticity. If the quantity effects are different, cost-sharing may have a more detrimental effect on the health status of the poor than on the health status of the rich.

3.2. OBJECTIVE OF THE LITERATURE SEARCH

The basic question for this literature study is to understand whether cost-sharing could have an impact on consultation behaviour of patients in emergency departments. This chapter first reports on the search for available knowledge on co-payment measures to change patient Emergency Department (ED) consultation behaviour. Within this literature search, attention is also paid to existing knowledge on potential undesired effects of specific measures.

The second part of this literature study focuses on issues of appropriate and inappropriate use of ED.

Determinants and motivations for ED use are then identified.

Finally, different types of measures are discussed to change the inappropriate ED attendance.

3.3. METHODOLOGY OF THE LITERATURE SEARCH

3.3.1. Bases de données consultées et mots clés utilisés

Chaque équipe de recherche a été chargée de rédiger l'une ou l'autre partie de la revue de la littérature. Ainsi en fonction des questions de recherches spécifiques, certaines bases de données et certains mots clés ont été utilisés.

Chaque sous thème a été validé une première fois par une autre équipe de recherche.

Bases de données consultées

Medline – 1966-2004 ; EconLit – 1985-2004 ; PsycINFO – 1998-2004 ; Scirus - 1985-2004; Honselect - 1985-2004.; Euroseek - 1985-2004; Elin - 1985-2004 (Health star, current contents, cinahl - 1985-2004); CDSR & ACP Journal Club & DARE & CCTR (toutes les années disponibles)

Une recherche de la littérature grise a été effectuée via les moteurs de recherche Google et le logiciel Copernic pour compléter les résultats.

Les stratégies de recherche employées par les équipes ont été reproduites par le KCE dans les mêmes bases de données principales et complétées par des recherches sur les bases EMBASE et Sociological Abstracts.

Mots clés par question

- Cost-sharing and ED use : cost-sharing, co-payment, co-payment and health services (Psyclnfo), cost-sharing and emergency, copayment and emergency, forfait en spoedgevallen, emergency and economics,
- Determinants of ED use, socio-economic factors of ED use, motivation for ED use: after-hours care, appointments and schedules, patient acceptance of health care, health knowledge, attitudes, patient satisfaction, practice management, continuity of patient care, practice emergency service, hospital, emergency service/department, , health services misuse, rate setting and review, emergency service and socio-economic characteristics (Psyclnfo), continuity of patient care (Psyclnfo), health care and deprivation (Econlit), hospital services (Econlit), measuring concentration in primary care (Econlit), practice management (Econlit), attitudes towards health care (Econlit)
- Inappropriate use of ED: inappropriate recourse, health-care misuse, ED-attendance, appropriate use and ED, Emergencies, Family Practice, Health Services/ut, Health Services Misuse/sn, Attitude of Health Personnel.
- Alternatives to ED use: after hours care and emergency, delay and emergency, quality research and emergency, social security provisions and Europe, managed care and quality.

3.3.2. Inclusion criteria

Articles in English, French and Dutch with an abstract were included.

Due to the scarce number of articles related to the issue of fixed co-payments ("forfait"), cost-sharing and copayment, all types of studies were included. Comparative studies between primary care and emergency department care in Belgium and the Netherlands, and the most recent national health survey in Belgium were consulted on the equity issue of emergency care^{8,9}.

Parmi les études relatives aux caractéristiques socio-économiques des patients recourant aux services d'urgence, ont été exclues les études quantitatives s'adressant à des sous-populations spécifiques (sans domicile fixe, toxicomanes).

3.4. RESULTS

The search in the literature databases only provided very limited research on the effects of cost-sharing on emergency department use. Moreover, the results show a clear bias towards American studies. For the North-American studies not a single study was found, considering the "lowest" socio-economic category, falling outside the American insurance system.

Limited references are found about research in European countries. Reading through the findings one should therefore continuously take into account the different welfare contexts and health insurance systems.

Furthermore, it is very clear that the studies are not providing high levels of evidence. Most published research gives only indications of effects on consultation behaviour, and discusses specific equity issues.

3.4.1. Studies on effects of cost-sharing measures on the use of emergency departments

USA

Hsu et al.¹⁰ evaluated through a cross-sectional telephone survey what patients know about their individual levels of co-payment and how it influences their decisions to seek care. After adjustment for socioeconomic and demographic factors, the authors found that 20% of subjects who thought their co-payment was \$20 or higher said they had

delayed or avoided emergency care compared with only 6% of subjects who thought their co-payment was less than \$20 (Odd Ratio 3.6, 95 CI 1.6-7.8). No difference was found in the relationship between perceived co-payments and behaviour change by income or by the number of ED visits in the past 12 months, i.e., there were no statistically significant effects. Persons with low levels of self-reported health status were significantly more likely to delay care (16%) than subjects with high self-reported levels of health care (5%). The authors also found that many patients underestimated their actual ED co-payment, and that they were much more knowledgeable of their co-payment for physician office visits and prescription drugs. One of the limitations of this study is that it only addresses the question whether patients altered their decisions to seek ED care because of the financial incentive and did not address perceived need for care or the availability of alternative sources of care. It's therefore also impossible to tell whether the behavioural changes represented reductions in inappropriate use or in appropriate use.

Shapiro et al.¹¹ studied the effect of cost-sharing on seeking care for serious and minor symptoms by analyzing data for 3539 persons aged 17 to 61 from the Rand Health Insurance Experiment. In the latter experiment, participants were randomly assigned to a free-care group or to insurance plans requiring them to pay part of the costs (cost-sharing group). The study does not address specifically patients presenting to the emergency department. The authors found that the cost-sharing group was nearly one third less likely than the free-care group to see a physician when they had minor symptoms (6.3% compared with 9.0%; $p < 0.04$). The free-care and cost-sharing groups did not differ significantly in seeking care for serious symptoms (22.3% compared with 17.9%; $p = 0.095$). This 4.4% difference, although not statistically significant, may be clinically and socially relevant. The effects of cost-sharing on seeking care for serious and minor symptoms were the same for those in high and low socioeconomic groups and for those who began the study in good and poor health. However, for participants with low socioeconomic status who began the study in poor health, the prevalence of serious symptoms was higher in the cost-sharing than the free-care group (29.1% compared with 23.8%; $p < 0.004$). Possible explanations for this finding are the decrease in the use of services for serious symptoms and the possibility that increased access to care in the free-care group reduced the likelihood of these specific symptoms due to prevention, more timely care, or better control of disease. The authors conclude that making patients pay part of the cost of care is an effective policy for reducing medical expenditures, but that there may be health consequences of such a policy that are not shared equally across disadvantaged and non-disadvantaged groups.

O'Grady et al.¹² investigated the effect of insurance coverage on the use of emergency department services using data from a national trial of cost-sharing in health insurance. In this study, a total of 3973 persons below the age of 62 years were randomly assigned to fee-for-service health insurance plans with coinsurance rates of 0, 25, 50, or 95 per cent, subject to an income-related upper limit on out-of-pocket expenses. Persons with no cost-sharing had emergency department expenses that were 42 per cent higher than those for persons on the 95 per cent plan ($p < 0.01$) and about 16 per cent higher than those for persons with smaller amounts of cost-sharing. Without cost-sharing, emergency department visits for less serious diagnoses increased three times as much (90 per cent increase) as did visits for more serious diagnoses (30 per cent increase). After control for insurance, persons in the lower third of the income distribution had emergency department expenses that were 64 per cent higher than those in the upper third ($p < 0.001$) and received a greater proportion of their ambulatory care in the emergency department. The authors did not detect a differential response to cost-sharing by low-income persons. The authors conclude that the absence of cost-sharing results in significantly greater emergency department use than does insurance with cost-sharing. A disproportionate amount of the increased use involves less serious conditions.

Selby et al.¹³ retrospectively investigated the effect of co-payment on the use of the emergency department in more than 30000 members of a health maintenance organization of employees in California. The emergency department use was evaluated one year before and one year after the institution of a co-payment of \$25 to \$35. Two control groups not affected by the co-payment were used to control for secular changes in utilization. Socioeconomic status was approximated by linking people's

residential address to their census-block group. The authors found a 14.6% (95% CI : -23,3 to -5,4) decline in the number of emergency department visits following institution of a co-payment, mostly among patients 'likely not to present an emergency'. There was also a non significant decline in 'always an emergency' visits. The magnitude of the decrease in use did not differ according to sex and was not related to age, except for the steeper decline among children one through five years old. Although not statistically significant ($p=0.13$), there was a greater reduction in emergency department use among residents of poor neighbourhoods (-22.5%) compared to residents of other neighbourhoods (-14.7%). A limitation of the study is the fact that poverty was rare in the co-payment group, and that jobless people were excluded which may underestimate the influence of co-payment on the lower socioeconomic class with regard to emergency department use. No excess adverse events, examined by the number of hospitalizations or deaths, were observed in the co-payment group; however the study had limited ability to detect any adverse effects of the co-payment.

In a retrospective multicenter study, Magid et al.¹⁴ investigated in a single health maintenance system the association between insurance co-payments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. There were 602 patients whose health insurance required a co-payment for emergency department care (range, \$25 to \$100) and 729 patients with no co-payment requirement. The median length of time from the onset of symptoms to arrival at the hospital, as adjusted for age, sex, and race, was 135 minutes for the co-payment group and 137 minutes for the group with no co-payment (95 percent confidence interval for the difference, -19 to +16 minutes). There was no significant association between the presence or absence of a co-payment requirement and the time to arrival at the hospital after adjustment for calendar year, income, educational level, cardiac history, or clinical symptoms. Since some patients may be unaware of their co-payment requirement, the authors performed a subgroup analysis of data on patients who had a previous visit to the emergency department with the same co-payment status - that is, of patients who were likely to know about their co-payment. This analysis also showed no significant association between the requirement for a co-payment and delays in seeking treatment. The authors conclude that for privately insured patients in this health maintenance organization, the requirement of modest, fixed co-payments for emergency services did not lead to delays in seeking treatment for myocardial infarction. A limitation of this study is the fact that the population was not made up of all patients who presented with symptoms of possible myocardial infarction, and that patients with myocardial infarction who stay at home were not included. Furthermore care should be taken in interpreting these results as no comparison was made with other insurance types, and only very few indigent people were included in the study.

Following on this study Ho et al.¹⁵ investigated in a retrospective cohort study the association between Medicare supplemental insurance and delay in seeking emergency care for patients with myocardial infarction. A comparison was made between the time from symptom onset to hospital arrival (the time-delay interval) in Medicare patients with and without supplemental insurance coverage who presented with an acute myocardial infarction. There were 1373 patients with Medicare-only coverage and 2050 patients with Medicare plus supplemental insurance coverage. The age-, sex-, and race-adjusted median time delay was 135 minutes for the Medicare-only group and 130 minutes for the Medicare plus supplemental insurance group ($P=0.34$; 95% confidence interval for median time-delay difference in minutes -5 to 10). There was no significant association between the presence of Medicare supplemental insurance coverage and time delay in Cox regression models, which also adjusted for event year, income, education, past cardiac history, and clinical symptoms. The authors conclude that for this cohort of Medicare patients, the absence of supplemental insurance coverage did not lead to significantly increased delays in seeking care for myocardial infarction. Lack of supplemental insurance for Medicare patients might not have as great an effect on the use of emergency services as it has on other health care services.

Europe

La seule étude trouvée en Europe spécifiquement pour évaluer l'introduction d'un système de co-paiement sur la fréquentation d'un service d'urgence est celle de Murphy

et al.¹⁶. L'étude a concerné toutes les visites aux services d'urgence d'un hôpital de Dublin un an avant et un an après la date de l'augmentation du montant à verser en cas de visites aux urgences : avant ce nouveau règlement, le patient devait verser 6 IR£ qu'il ait ou non été vu par un MG, 12 IR£ après l'instauration du règlement excepté s'il avait été vu avant par un MG. Que ce soit avant ou après le changement, ces mesures ne s'appliquaient qu'aux individus qui justifiaient d'un revenu de plus de 82.50 IR£ par semaine (General Medical Service (GMS)- inéligible). Les résultats montrent une légère augmentation de 2,5% (IC à 95% : 1,8-3,2) des consultations aux urgences des GMS-inéligibles pour motifs semi-urgents et non-urgents mais référés par un médecin traitant. Il n'y a donc pas eu de diminution des activités du service d'urgence. Il est à noter que le statut de GMS-éligibles (donc de non-paiement) reposait parfois sur la seule affirmation de la personne et que le fait d'instaurer ce système a pu conduire certains patients à ne pas déclarer leur statut. Par ailleurs, la mesure étudiée ne concernant pas les personnes ayant le statut socio-économique le plus bas, il est impossible de généraliser les résultats observés (absence d'impact sur le niveau de recours aux urgences) à l'ensemble de la population.

En Espagne, à partir des données collectées par l'Enquête nationale de santé (Encuesta nacional de Salud) menée en 1992, Puig-Junoy et al.¹⁷ ont tenté d'analyser les facteurs influençant la décision de recourir aux soins et ceux de recourir aux services d'urgence ou aux autres services de soins. Du fait des données disponibles une lourde hypothèse était posée : le recours aux urgences venait de la seule initiative de l'individu (ou de sa famille). Le niveau de revenus de la famille était celui associé à chaque statut social comme évalué à partir de l'Enquête Dépenses Famille. Les résultats montrent que les recours aux services d'urgence, aux MGs ou aux spécialistes varient en fonction du revenu et de la durée cumulée du voyage et de l'attente (coûts non-monétaires). La demande pour les services d'urgence est plus élastique que la demande pour un spécialiste ou pour un MG. Elle est aussi beaucoup plus sensible pour les groupes aux revenus les plus bas. Quand les coûts non-monétaires augmentent, la demande en services d'urgence diminue fortement pour les niveaux sociaux les plus bas. Une simulation a tenté d'évaluer les effets de l'introduction d'un système de paiement sur le recours aux services d'urgence par niveau de revenus. Les montants introduits dans la simulation variaient de 6 à 60 €. Les résultats indiquent que les effets sur la réduction de la demande de services d'urgence et sur la perte de bien-être exprimé en pourcentage de revenu individuel horaire sont importants pour le groupe aux revenus les plus bas dès l'introduction d'un montant de 6€. Ces résultats doivent cependant être nuancés en tenant compte de l'hypothèse de départ.

Key messages

- There is no conclusive evidence available demonstrating a change in inappropriate use of emergency department after introducing co-payment measures.
- A limited number of studies indicate that co-payment measures lead to a very small reduction of consultation of emergency departments, although the reduction is not limited to non-urgent use.
- The issue of co-payment measures (in emergency department use) has to be studied against the background of health and welfare service organisation in general since there are important differences between welfare systems having impact on accessibility of health services.

3.4.2. “Appropriate” and “inappropriate” use of ED?

L'utilisation des services d'urgence est bien souvent perçue comme problématique lorsque ceux-ci rassemblent un nombre de cas qui pourraient être traités ailleurs ou

dans un délai plus long. Un certain nombre d'études font allusion ou étudient spécifiquement les cas inappropriés et/ou non-urgents.

De literatuursearch leverde 23 bruikbare referenties op, waarvan 3 overzichtsartikels¹⁸⁻²⁰. Twintig onderzoeksverslagen en enkele editorials, papers en comments. Meestal zijn het retrospectieve studies²¹⁻³⁰, minder vaak prospectief onderzoek³¹⁻³³. Ook hier is een publicatiebias waarbij onderzoek uit de VS domineert.

Omschrijving van appropriate use

In de gevonden artikels bouwen de meeste auteurs verder op een omschrijving uit bestaande literatuur of op een bij consensus ontwikkelde definitie. De criteria om de patiënten in te delen in terechte en onterechte gebruikers zijn in veel gevallen niet helder of niet precies geformuleerd.

In bijna alle studies wordt in de discussie het probleem van de afwezigheid van een gouden standaard van wat gezien kan worden als terecht of niet terecht gebruik van spoedgevallendiensten, aangehaald.

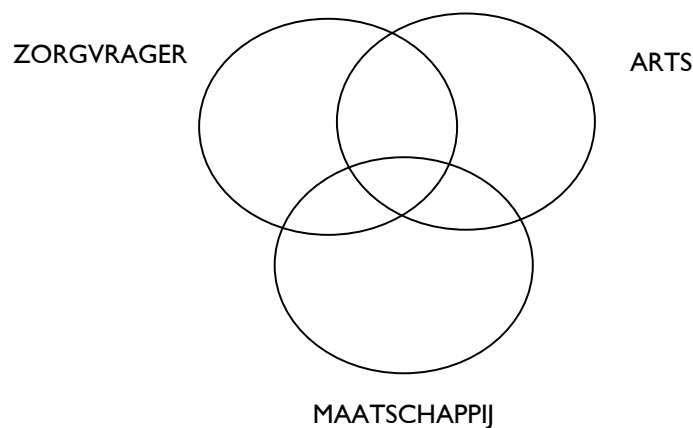
De appreciaties van appropriate use zijn vaak gebaseerd op beoordelingen door zorgverstrekkers nadat de patiënt onderzocht werd en eventueel technische onderzoeken onderging. De beoordeling van de hulpverleners over het al dan niet terecht gebruik van de spoedgevallendienst is gebaseerd op de 'reason for encounter' of op de diagnose. De gebruikte criteria zijn dan: het krijgen van een röntgenfoto, een chirurgische ingreep of het feit dat het consult een gevolg was van een ongeval of een ingreep ervoor^{25,29,34}. Soms wordt ook gevraagd aan een arts op een spoedgevallendienst of volgens zijn/haar mening het probleem had kunnen opgelost worden door een eerstlijnsgezondheidswerker binnen 24 uur, zonder dat er extra schade zou worden aangericht²⁵.

Een gelijklopende vaststelling is te vinden bij Murphy¹⁹. Murphy selecteerde 34 studies waarin patiënten op spoedgevallen beoordeeld werden of hun bezoek al dan niet "appropriate" was. De beoordeling over "appropriateness" gebeurde door de auteur zelf, door de spoedartsen of door de spoedverpleegkundigen. Tien tot 90% van de spoedbezoeken werden als "inappropriate" bestempeld. De auteur vindt het design van de gebruikte studies ontoereikend als instrument om vooraf een oordeel uit te spreken. De beoordeling krijgt in de meeste situaties vorm nadat de patiënt onderzocht en behandeld was. Vanaf het ogenblik dat er duidelijke medische gegevens ter beschikking zijn, wordt het inschatten van een "urgente" of "zorgwekkende" toestand uiteraard door andere (meer objectieerbare) gegevens bepaald, maar geeft slechts weinig aanknopingspunten om vooraf inschattingen te maken.

Oktay³⁰ wijst op het fenomeen dat: "The policy is that emergency care is patient-demanded and a patient visiting the emergency department is seriously ill, until proven otherwise". Vanuit deze visie is elke hulpvraag terecht. Het is pas achteraf beoordeeld of een consultatie al dan niet in-appropriate was. Dit perspectief is met andere woorden niet bruikbaar om het oneigenlijk gebruik van spoedgevallen te bij te sturen.

Vijf auteurs hadden het expliciete doel een definitie te formuleren^{19,25,35,36,37}. Twee ervan gingen op zoek naar een definitie van "inappropriate use of attendance"^{19,25}. Meestal blijft het bij een kwantificeren van het aantal oneigenlijke spoedgevallenbezoeken en het aankaarten van de moeilijkheid om een definitie te formuleren. De andere auteurs trachten een definitie voor "emergency" te formuleren.

Wolcott presenteert een model waarin de appropriateness wordt benaderd vanuit verschillende visies die gedeeltelijk overlappen maar anderzijds ook complementair zijn aan elkaar als de resultante van verschillende perspectieven op de situatie³⁶. Oordelen over het al dan niet terecht raadplegen van de spoedgevallendiensten hangt af van wie er interpreteert en zorgt ervoor dat het zeer moeilijk is een algemene definitie naar voor te schuiven (Figuur 1) "Clinicians, administrators and consumers have heterogeneous definitions of appropriate attendance of ED. Without a valid measure or concept of inappropriate ED attendance, the absolute effectiveness of interventions to reduce these attendances cannot be accurately assessed."³¹.



Figuur 1. Divergente definities van “emergency” volgens Wolcott.³⁶

Een oordeel van wel of niet terecht gebruik van diensten is afhankelijk van het gehanteerde perspectief. Het is om die reden quasi onmogelijk om een universele definitie te maken. Consumenten, overheid en zorgverleners hebben verschillende belangen die in meer of mindere mate overlappen.

In andere studies zijn aanduidingen te vinden van die verschillende perceptie. Kelly³¹ bestudeerde de perceptie van de patiënten, verpleegkundigen en artsen. Tussen artsen en verpleegkundigen bestaat een vrij goede overeenkomst ($\kappa = 0.74$, SE 0.06). Tussen patiënten en verpleegkundigen ($\kappa = 0.5$, SE 0.06) en patiënten en artsen ($\kappa = 0.58$, SE 0.07) is de overeenstemming zwak. Gelijkaardige bevindingen vinden we ook bij Lowe et al²⁶. In één onderzoek worden mensen in shoppingcentra bevraagd, los van een incident (dus als potentiële consument). Alle deelnemers kregen de keuze tussen 4 omschrijvingen van “medical emergency condition”. Vervolgens werd gevraagd, over 30 belangrijke medische klachten, om aan te geven of zij naar een spoedgevallendienst zouden gaan of niet. De resultaten werden vergeleken met de beoordeling van medische professionals. Er was een groot verschil van appreciatie over de officiële definitie. Opvallend is dat de spreiding van antwoorden zowel binnen de groep patiënten als binnen de zorgverleners en tussen beide groepen onderling, groot was³⁵. Het dient ook opgemerkt dat men voorzichtig moet zijn met het extrapoleren van antwoorden op een hypothetische situatie naar wat zich in de werkelijkheid zou voordoen.

De aangehaalde redenen om een tussenkomst van een spoedgevallendienst te vragen zijn complex. Een systematische review inventariseert redenen van **zorgvragers** om naar de spoedafdeling te gaan: snellere en betere hulpverlening in een spoedgevallendienst, toegankelijkheid (en barrières) (bij huisarts moet eerst een afspraak gemaakt worden, HA moet aanwezig zijn,...), onzekerheid/ongerustheid, nood aan specifieke technische maatregelen/aanpak zoals een RX, verband, hechting of injectie²⁰.

Patiënten zijn het overigens niet altijd eens met het feit dat een “medische urgentie” het primaire criterium is om al dan niet terecht naar de dienst spoedgevallen te gaan. De meerderheid (82%) van de patiënten die zich aanbieden op de dienst spoedgevallen, ervaart hun probleem sowieso als urgent zelfs als dit door zorgverleners anders beoordeeld wordt²⁴. De overwegingen van de patiënt zijn vaak ook van socio-economische aard: geen/onvoldoende verzekering, geen transport, geen telefoon, slachtoffer van geweld en geen vaste eerstelijnszorg (geen huisarts)³⁸.

De termen “appropriateness” en “urgent” of “emergency” zijn voor **zorgverleners** onlosmakelijk met elkaar verbonden en gerelateerd aan strikt medische criteria^{23, 26, 28, 29}. In een aantal classificaties worden echter ook wel degelijk aanvullende redenen aangehaald om een opname als appropriate te beschouwen^{22, 30}.

Vanuit **maatschappelijk** oogpunt zijn betalers van zorg op zoek naar de efficiënte allocatie van middelen die leidt tot het grootste voordeel op vlak van volksgezondheid. Om de effectiviteit en de kosten van een niet urgent consult op de spoedgevallendienst en de effectiviteit en de kosten van een consult in de eerstelijnszorg te kunnen beoordelen is ook nood aan een duidelijke omschrijving van “niet urgent”³⁴.

Een aantal organisaties en wetgevingen hanteert richtlijnen voor het identificeren van “*urgente*” of “*niet-urgente*” situaties (dus niet “appropriate”).

- The Emergency Medical Transfer and Labor Act (EMTALA-California-1986)³⁵ definieert een “urgentie” als volgt: “*a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain, psychiatric disturbances, or symptoms of substance abuse) such that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in: A) placing the health of the individual (or, with respect to a pregnant woman, the health of her unborn child) in serious jeopardy; B) serious impairment to bodily functions; or C) serious dysfunction of any bodily organ or part*”.
- De Centers for Disease Control (CDC) formuleren “niet-urgent” als: any patient who did “not require attention immediately or within a few hours”.
- Het US General Accounting Office (GAO) definieert het als: “situaties die niet levens- of lidmaatbedreigend zijn en niet tijdgebonden”³⁸.

Methoden om appropriate use in te schatten

In de literatuur zijn meetinstrumenten beschreven om het aandeel “oneigenlijke” consulten op spoedgevallendiensten te kwantificeren

- De “Sheffield process method criteria” is een flow-chart waarmee nagegaan wordt of een bezoek aan de dienst spoedgevallen al dan niet terecht is, gebaseerd op het oordeel van de arts. De auteurs vermelden een sensitiviteit van 80% en een specificiteit (hoog percentage vals positieven) van 81% maar in het artikel vinden we niet terug hoe ze de validiteit en betrouwbaarheid gemeten hebben.³⁹.
- Het Nuffield Provincial Hospitals Trust (NPHT) deelt patiënten in groepen, afhankelijk van de klinische noden voor de gestelde diagnose⁴⁰, zoals de richtlijnen van de American college of Emergency Physicians (ACEP)²¹. Op basis van de literatuur kunnen we geen uitspraak doen over de validiteit van deze meetinstrumenten.
- Aan de hand van de ernst van het geval (stabiliteit, functieverlies), de behandeling, de diagnostische tests, opname of verlengd verblijf op spoedgevallen en gegevens over eventuele zelfverwijzing, wordt via Hospital Urgencies Appropriateness Protocol (HUAP) de “appropriateness” beoordeeld³³. Indien in de scorelijst aan geen enkel punt voldaan is, wordt het bezoek beschouwd als “inappropriate”. Dit instrument heeft een matige validiteit, maar een “excellent inter- and intrareviewers reliability”. De auteurs besluiten dat hun meetinstrument specifiek is, maar weinig sensitief Sempere Selva, 1999 #129}.

Bepaalde meetmethodes geven dus verschillende resultaten naargelang de gebruikte uitkomstmaat en de setting waarin ze wordt toegepast. Afilalo gebruikt criteria om het aantal onterechte gebruikers te kwantificeren en bekomt een resultaat van 15,2%. Oktay, die hetzelfde instrument gebruikte maar om terechte gebruikers te meten, bekomt een resultaat van 69%. De design van beide studies is niet volledig vergelijkbaar, maar vermoedelijk kunnen criteria om “inappropriate use” te kwantificeren niet gebruikt worden om “appropriate use” te meten en omgekeerd. De ene uitkomst blijkt niet noodzakelijk complementair aan de andere te zijn. We vermoeden dat er voor beide (“appropriate” en “inappropriate” use) verschillende meetinstrumenten nodig zijn.

Key messages

- Een éénduidige definitie van “appropriateness/inappropriateness” ontbreekt. De term verschilt inhoudelijk naargelang wie hem hanteert: de patiënt, de hulpverlener of de betalende/beleidsmakers in de gezondheidszorg. De invalshoek van de patiënt en van de overheid is in de bestaande literatuur niet voldoende uitgewerkt.
- Zonder een getoetst concept en/of valide instrument over “inappropriate use” van spoedgevallendiensten, zal de effectiviteit van interventies niet precies geëvalueerd kunnen worden.

3.4.3. Determinants and motivations of use of Emergency Departments

A specific part of the literature study focuses on the question about characteristics of the users and the motivations for use of ED.

De manière générale les études évoquent des déterminants au recours aux services d'urgence de type 'caractéristiques socio-économiques des patients', 'motivations' ou 'type de plaintes'. Ces trois aspects se retrouvent régulièrement dans les différentes études reprises ci-après.

Socio-economic differences

Le principal biais des études se focalisant sur le profil socio-économique des patients recourant aux urgences est qu'elles se limitent le plus souvent à un hôpital. Les caractéristiques de la population consultant aux urgences dépendent dès lors étroitement de la zone dans laquelle cet hôpital est situé.

Globalement, certaines caractéristiques des utilisateurs des services d'urgences peuvent être pointées à partir de différentes études: il s'agirait principalement de patients de sexe masculin, jeunes, de niveau socio-économique faible⁴¹, ⁴², d'origine 'ethnique' minoritaire⁴³.

Au Danemark^d, une étude réalisée dans l'un des hôpitaux les plus importants de Copenhague a enregistré tous les recours aux urgences survenus au cours de l'année 1997, en ne retenant que les personnes âgées d'au moins 20 ans (18.183 contacts)⁴⁴. L'association entre niveau de revenus et recours aux urgences est importante ($p < 0,001$) avec une probabilité de recours divisée par près de trois (Odds ratio (OR)=0,37) pour les revenus les plus élevés comparés aux revenus les plus faibles. De même une plus grande utilisation des SU est observée chez les immigrants somaliens, turques et d'ex-Yougoslavie de première génération (OR de 1,46, 1,36 et 1,23 respectivement).

A partir des *Swedish Survey of Living Conditions* de 1988/89 et 1996/97 une étude a tenté d'évaluer s'il y avait une augmentation des inégalités sociales dans le recours aux soins de santé en Suède entre ces deux périodes à partir de questions sur la santé subjective et sur les maladies chroniques⁴⁵. Les prévalences de recours aux services d'urgence au cours des trois derniers mois augmentent significativement pour les groupes ayant les revenus les plus faibles, mais après ajustement sur l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le pays de naissance et deux variables de morbidité (nombre de maladies, santé subjective), cette différence n'est plus significative. Cependant le terme d'interaction combinant niveaux de revenus les plus faibles et la période la plus récente qui a été introduit dans l'analyse montre une tendance significative vers un accroissement du recours aux urgences parmi les populations aux plus faibles revenus. En ce qui concerne la méthodologie de cette étude, il est possible que les variables de

^d Au Danemark, tout résident doit avoir un MG qui le dirigera par la suite vers un spécialiste excepté pour les ophtalmologistes et les ORL.

morbidité introduites jouent le rôle de variables intermédiaires (étant elles-mêmes en partie dépendantes du niveau de revenus) et « captent » une partie de l'impact entre revenus et recours aux urgences d'une part, et qu'elles subissent un problème de déclaration différentielle selon le niveau de revenus d'autre part.

En ce qui concerne les centres d'urgence de première ligne, les résultats d'une étude par questionnaire auto-administré auprès de 1.115 patients ayant eu recours, pendant une période d'une semaine, au *Glasgow Emergency Medical Service* (composé de centres de santé primaire d'urgence et de « out-of-hours » co-opératives de médecins généralistes (MG)) ont montré une très forte association entre le lieu de résidence (proxy du niveau socio-économique) et l'utilisation de ce type de service, les individus appartenant aux groupes les plus défavorisés utilisant significativement plus fréquemment ce type de service⁴⁶. Le motif de ce type de recours est le fait d'éprouver des difficultés à accéder à de tels services pendant la journée.

Motivation et autres déterminants du recours aux services d'urgence en général

Motivations

O' Brien et al.⁴⁷ found 5 statistically significant factors to explain the preferential use of ED in a cross-sectional survey of the patients consulting an ED over the time of 1 month.

- the belief of the same cost of an ED- as a GP-visit,
- the low income of the ED attenders (including for the USA the better accessibility of ED services in poorer neighbourhoods),
- the low prevalence of chronic illness in the reason of attendance,
- the past refusal of care in an office of a clinic (mostly private), and
- last but not least they would not use ED if a co-payment from an amount of 25-35 £ were in effect.

The authors concluded that mainly perceived mistreatment by health care providers, a low income and a misperception of the charges for use of the ED contributed to the use of the ED as a regular source of care. Additionally the authors demonstrated that by asking regular users if they would have attended the ED in case of a co-payment 25-50% would not have come. But, this question was not linked to a real illness.

Aux Etats-Unis, Shesser et al.⁴⁸ ont décrit, à partir d'une étude cas-témoins, les motivations de recours aux urgences de 325 patients adultes atteints de 'petits maux' ainsi que leurs caractéristiques socio-démographiques. Les motifs de choix de recours aux urgences étaient la commodité (23.7%), l'absence de contacts précédents avec un dispensateur de soins (22.1%) et l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous rapide avec leur médecin traitant (19.0%). Le groupe étudié estimait qu'il ne devait pas excéder 24 heures entre l'apparition de leur problème et l'obtention de soins médicaux.

Dans une étude transversale israélienne⁴⁹ les raisons évoquées sont principalement liées à l'accessibilité: heures de consultations et possibilité d'obtenir un rendez-vous dans un service de première ligne. Ils ont dressé une typologie croisant motivation et nécessité et urgence de la situation. Les auteurs concluent que le problème ne peut-être résolu par le seul fait d'accroître les services de première ligne ou par des interventions de type éducationnel.

Une revue de la littérature indique que la perception du niveau d'urgence ou l'anticipation par le patient ou son entourage de la nécessité d'avoir recours à un plateau chirurgical et/ou d'imagerie médicale résulte en la consultation d'un service d'urgence⁵⁰.

Lors d'une étude par interviews en Angleterre⁵¹, des chercheurs ont tenté d'identifier les raisons qui déterminent le choix de se présenter aux urgences plutôt que dans des centres de soins primaires de garde. Ils ont ainsi interrogés 102 patients dans les deux

types de structure. Ils ont en outre relevé des caractéristiques des différents groupes (plus de patients sans emplois aux urgences, plus de 'blancs' aux urgences et plus d'asiatiques chez le généraliste). Près de la moitié des patients des urgences n'avaient pas contacté de généraliste avant de se rendre aux urgences. La perception du temps d'attente différenciait les deux groupes de patients, ceux des urgences pensant qu'ils devraient attendre 6,3 heures (médiane) dans un service de garde alors que les autres pensaient de voir attendre seulement 2,9 heures. Dans les faits, le délai d'attente est encore plus bref : 2,6 heures aux urgences et 1,2 heures dans les centres de garde de soins primaires.

Plaintes

Quelques études se sont penchées sur le type de plaintes qui amenaient les patients à consulter les services d'urgences.

L'étude d'Avery et al.⁵² a comparé les motifs de recours à un service de garde de MG ou à un service d'urgence dans la région de Nottingham dont la structure de la population par âge et sexe est similaire à celle de l'Angleterre. Les enregistrements ont été réalisés la nuit et les week-ends de janvier à juin 1996 soit un total de 5057 consultations (premiers contacts: 3181 en MG (y compris contacts téléphoniques) et 1876 en SU). Les hommes avaient significativement moins de risque de recourir aux services d'urgences que les femmes (OR : 0,56 ; Intervalle de confiance (IC) à 95% : 0,50-0,63), mais ce risque était plus de 6 fois supérieur pour les enfants âgés de moins de 5 ans comparés aux personnes âgées de 45-64 ans. Plus de la moitié (53%) des patients se présentant à l'hôpital venaient pour accidents et blessures, les autres motifs les plus fréquents étant douleurs de poitrine (5%) et syncopes ou évanouissements (4%). En MG on observe une grande variété de plaintes, la fièvre (10%), les vomissements et/ou diarrhées (12%), les douleurs abdominales (8%), la toux (4%), les céphalées (4%), représentant plus du tiers des consultations, ces mêmes symptômes étant faiblement signalés au SU (5%). Les auteurs concluent que, sur la base des plaintes exprimées par le patient, le recours aux SU ne semble pas abusif, bien qu'aucun critère objectif n'ait été avancé pour tirer une telle conclusion.

Une étude multicentrique (89 services d'urgence dans 35 états) réalisée aux USA auprès de 12.422 patients constate que 52% des consultations n'étaient pas urgentes, survenaient dans la journée et que les enfants ou les adolescents étaient les principaux bénéficiaires de ces consultations non-urgentistes, pour lesquelles les diagnostics les plus fréquents étaient les infections des voies respiratoires supérieures, les otites moyennes et les douleurs thoraciques⁵³.

Dans une étude menée dans un service d'urgences londonien, 8% des consultations vues aux urgences auraient pu être prises en charge par le pharmacien⁵⁴. Il s'agissait principalement d'affections des voies aériennes supérieures, gastro-intestinales ou de douleurs non précisées.

En France, des plaintes de type musculo-squelettiques ou traumatiques motivent en grande partie le recours aux services d'urgences⁵⁵.

Dans une étude plus ancienne menée à Londres entre juin 1989 et mai 1990, sur les 5.658 patients vus au cours de périodes choisies aléatoirement, 40,9% (IC à 95% : 39,6-42,2) étaient qualifiés de patients relevant du premier niveau de soins⁵⁶. Ces patients étaient plus jeunes que ceux pour lequel un service d'urgence était justifié, le problème dont ils se plaignaient avait, pour près de deux tiers d'entre eux, débuté plus de 24 heures auparavant ($p < 0,001$) et ils avaient plus fréquemment eu un contact antérieur avec un médecin ou un paramédical ($p < 0,001$). Le motif de leur plainte était moins souvent lié à une blessure (43,8% versus 64,3%, $p < 0,001$). En revanche, les motifs dermatologiques (5,6% versus 0,7%, $p < 0,001$) et infectieux (5,1% versus 1,0%, $p < 0,002$) étaient significativement plus importants chez ces patients relevant d'un premier niveau de soins.

Une étude qualitative menée en Suède indique que les plaintes et symptômes sont perçus comme urgents par les patients et comme pouvant atteindre leur autonomie. C'est l'anxiété provoquée par leur état qui les pousse à recourir aux services d'urgences. Ces problèmes peuvent être médicaux mais également psychologiques ou sociaux⁵⁷.

La perception du niveau d'urgence par le patient a également été rapporté ailleurs⁴⁶.

Déterminants et motivations des recours aux services d'urgence qualifiés d'inappropriés ou non-urgents

Au Portugal, dans une étude concernant 5.818 patients, 68,7% des visites ont été considérées comme appropriées⁵⁸. Le recours était jugé approprié s'il y avait transfert ou admission dans un hôpital, examens et traitement mis en œuvre, décès. Les recours inappropriés étaient observés chez les hommes de plus de 60 ans et présentant des durées de plaintes de 24 h ou moins et chez les femmes ne travaillant plus. Ces dernières arrivaient de préférence aux urgences entre minuit et 8 heures du matin.

L'étude de Coleman et al.⁵⁹ dans le service d'urgence d'un hôpital anglais a été réalisée auprès de patients venant consulter aux urgences, mais dont la plainte médicale était considérée comme non-urgente. Ces patients venaient de leur propre initiative et leurs plaintes concernaient des blessures ou des maladies de longue durée pour lesquelles un avis médical aurait pu être recherché ailleurs que dans des services d'urgence. Parmi les 8057 non-urgents (sur un total non précisé), un échantillon de 255 patients sélectionnés aléatoirement a participé à l'enquête. Parmi ceux-ci, la moyenne d'âge était de 34 ans, 68% étaient des hommes et 81% s'étaient présentés sans aucune forme de référence. Une comparaison de variables de statut économique (emploi salarié, occupation manuelle) ne montrait pas de différence significative entre les individus dont le problème de santé justifiait d'un recours aux urgences et les autres. Les motifs pour venir dans un service d'urgences étaient le sentiment qu'une radiographie était nécessaire (48%), la disponibilité (30%), la confiance et la satisfaction après une visite antérieure aux urgences.

Sans que les motivations de recours au service d'urgence n'aient été à proprement étudiées, l'étude américaine de Sempere-Selva et al.³³ apporte un autre élément explicatif. Parmi 2980 adultes patients aux urgences, 29.6% des visites ont été identifiées comme inappropriées. Ce type d'usage est associé avec l'âge des patients, le fait d'utiliser son propre moyen de transport, la référence par l'hôpital, certains mois de l'année, certains diagnostics de moindre sévérité. Par ailleurs, la raison la plus fréquemment associée est le fait que les patients ont plus confiance en l'hôpital que dans les soins de santé primaires.

Plusieurs études mettent en avant les avantages des services d'urgence ou a contrario les désavantages des services de garde de MG pour expliquer les recours inappropriés aux urgences. Une étude réalisée aux USA auprès d'un échantillon représentatif de la population souligne, le manque de confiance dans les gardes de MG, les difficultés à obtenir un rendez-vous ou même à joindre le centre de santé primaire, toutes raisons poussant le patient à se tourner vers le service d'urgence au détriment de sa source de soins habituels²⁹. La non-disponibilité du MG a également été évoquée par les patients dans une étude française pour justifier leur présence aux urgences⁶⁰.

Aux USA encore, une autre étude⁶¹ relève également que les patients vus aux urgences sont plus jeunes que ceux vus en MG (âge moyen de 40 ans versus 46 ans $p < 0.001$) ; 64% de visites étaient motivées par le besoin d'avoir une consultation immédiatement et en corollaire la difficulté à obtenir un rendez-vous, les contraintes horaires de leur travail et la fermeture du centre de santé primaire.

Une étude menée à Hong Kong auprès de 2.410 patients relevait que les visites non-urgentes étaient motivées par la proximité du service, la détérioration des symptômes, la difficulté du MG à poser un diagnostic et le souci de continuité des soins⁶². En Espagne une étude réalisée auprès de 321 patients de plus de 14 ans relevait également que la persistance des symptômes et les avantages des services d'urgence (plateau technique, ouverture) étaient les principaux motifs d'un recours aux urgences⁶³. Une étude menée dans un hôpital d'Izmir en Turquie en 1998 auprès de 1.155 patients relèvent que 31% des visites étaient inappropriées mais motivées par la proximité, la satisfaction vis-à-vis de la prise en charge par le service d'urgence, l'indisponibilité des centres de santé primaires et l'aggravation des symptômes³⁰. Les mêmes motifs sont avancés dans une étude réalisée au Québec auprès de 849 patients ayant recours à un service d'urgence et parmi lesquels pour 15% d'entre eux le recours n'était pas justifié²².

C'est également l'expertise et le plateau technique qui sont parmi les motifs avancés pour expliquer le recours aux urgences dans une étude réalisée auprès de 403 patients dans deux services d'urgence d'Amsterdam⁶⁴. Les perceptions des patients vis-à-vis des services d'urgence et des services de garde de MG expliquent également le recours aux urgences dans une étude réalisée à Glasgow auprès de 245 patients ayant eu recours au service d'urgence d'un hôpital au cours de 5 jours consécutifs. Soixante deux pour cent d'entre eux étaient venus directement aux urgences sans consulter un MG et dans l'ensemble 20% des cas étaient définis comme inappropriés⁶⁵.

Dans une étude réalisée auprès de 2.980 adultes venus au service d'urgence d'un hôpital universitaire espagnol⁶⁶ les motifs associés aux recours inappropriés (définis à l'aide de l'outil *Hospital Urgencies Appropriateness Protocol*) étaient l'accessibilité du service, une plus grande confiance dans le service d'urgence hospitalière que dans les services de garde de MG. Mais 16% des patients étaient aussi référés par le MG de manière inadéquate. De plus les recours inappropriés étaient plus fréquents chez les patients plus jeunes.

Les enfants

Le recours aux urgences est motivé par certains types de souffrances, principalement 'pédiatriques'⁶⁷.

En ce qui concerne les parents des enfants amenés aux urgences pour des problèmes considérés comme non –urgents, l'étude de Phelps et al. aux USA⁶⁸ réalisée auprès de parents de 200 enfants a montré que 65% des visites n'étaient pas urgentes. Les parents amenaient plus facilement leurs enfants aux urgences lorsqu'ils étaient assurés par Medicaid (54% ; $p < 0.05$). C'était principalement les mères qui amenaient leurs enfants aux urgences (82%). Le recours était plus fréquent si le parent était célibataire (70%), jeune et sans emploi (60%). L'urgence de la visite était définie par les avis convergents de deux médecins. Pour les visites non urgentes les motifs de consultation étaient principalement : infections des voies aériennes supérieures, gastrites, infections de la peau ou des accidents traumatiques bénins : contusions ou abrasions.

Une autre étude réalisée aux USA de septembre 1992 à mai 1994 ciblant les visites aux urgences pendant les trois premiers mois de vie a relevé que 60% des visites n'étaient pas urgentes et que les caractéristiques associées à ce recours inapproprié étaient le jeune âge de la mère, la primiparité, être assurée à Medicaid et ne pas être blanche⁶⁹.

Dans une étude réalisée en Israël en 1988 dans un service d'urgence pédiatrique⁷⁰, la plupart des 1.200 cas observés n'avaient pas été référés par un MG (58% pendant la journée mais 84% pendant la nuit), la proximité de l'hôpital étant l'une des principales raisons de recours au service d'urgence. C'est également l'un des motifs avancés par les parents des enfants amenés au service d'urgence d'un hôpital de Nottingham dans une étude réalisée en septembre – octobre 1989 et pour lesquels la visite aux urgences était considérée inappropriée (30%). Les caractéristiques associées à de telles visites étaient, outre la proximité, la jeunesse de l'enfant et l'appartenance à un groupe social plus défavorisé⁷¹.

Frequent users

Un problème soulevé dans le recours aux urgences est celui des « fréquents utilisateurs ». En général, il est difficile de comparer les différentes études relatives à ce type de patients en raison de la variabilité des définitions de 'fréquent' : en effet, cela peut aller de 3 visites par an à plus de 10 dans l'année. Les prévalences dans les différents pays sont dès lors difficiles à évaluer et à comparer et il convient de rester prudent quand aux conclusions des différents auteurs.

Les études convergent pour montrer que les recours aux services d'urgence de ces fréquents usagers ne peuvent pas être dans l'ensemble considérés comme inappropriés, que ces patients sont probablement plus malades que la moyenne générale ou qu'ils perçoivent les symptômes physiques comme plus menaçants, et que leur situation sociale est souvent plus précaire suscitant des besoins nécessitant des réponses spécifiques.

Dans la littérature, la notion d'utilisateur fréquent est liée à la notion d'usage inapproprié des services d'urgence mais met aussi en lumière certains déterminants de l'utilisation de ces services. Différentes caractéristiques de ces usagers fréquents ont été identifiées.

Caractéristiques démographiques, socio-économiques et psychosociales :

Les hommes sont parfois (mais pas systématiquement) sur-représentés, les groupes les plus défavorisés^{72, 73, 74, 75}, les habitants des zones plus urbaines, les plus jeunes^{72, 73, 76}, un âge plus élevé pour le sexe masculin⁷⁴ les personnes qui bénéficient d'une assurance publique (dans un contexte américain)^{72, 77} ou d'aucune assurance⁷³ et les personnes qui payent elles-même leurs soins (self-payer)⁷⁶, l'appartenance à un groupe culturel particulier⁷⁸ ou les non-natifs⁷³.

A partir des données du National Interview Survey on Child Health de 1988 aux USA⁷⁹, on a constaté que les enfants qui utilisaient les services d'urgences comme source de soins réguliers différençaient en termes d'appartenance ethnique (afro-américains), de type de famille (monoparentale), du niveau d'instruction plus faible de la mère, du niveau de pauvreté et du lieu urbain de vie.

Il s'agit aussi de personnes chez qui on retrouve une détresse ou fragilité psychologique^{57, 75, 80} et/ou un manque de support social^{73, 75}

Caractéristiques 'médicales'⁸¹ :

Ce sont des patients atteints de maladie chronique^{82, 80}, des personnes en plus 'mauvaise' santé⁷⁷, des alcooliques⁸², des toxicomanes et des malades psychiatriques⁸³

Caractéristiques comportementales :

On trouve davantage de patients qui ont périodiquement⁸⁴ ou ont souvent recours au médecin généraliste⁷⁷, aux services de première ligne, aux services spécialisés⁷⁵, qui recherchent la gratuité des soins⁸⁰ et des patients qui perçoivent leur cas comme grave et/ou urgent⁸⁵

D'autres études^{86, 75} montraient que les personnes allant souvent aux urgences étaient également de grands « consommateurs » d'autres types de soins, tels que visites chez le MG, centres de santé, services de désintoxication ou consultations psychiatriques.

Par ailleurs, il semblerait que la fréquence d'utilisation des urgences par patient évolue au cours du temps⁸³. En effet, l'étude d'une cohorte de patients suivie pendant 4 ans indique que seulement 7% des patients sont restés utilisateurs fréquents (au moins 10 visites par an) pendant toute la période d'observation.

The use of emergency services in Belgium

Francart et al.⁹; pour la Belgique et Renier⁸⁷ en Flandres, ont réalisé une étude comprenant une revue de la littérature et une enquête auprès des médecins. Les résultats de la revue de la littérature, également nationale, vont dans le sens de ce qui est rapporté au niveau international en terme de profil des patients. De plus, Renier conclut en indiquant que l'offre de services d'urgences doit correspondre aux souhaits des patients comme des médecins.

L'enquête de Santé par interview de 2001⁸ réalisée auprès de plus de 12.111 individus a montré que 12% de la population enquêtée avait eu recours à un service d'urgence au cours de l'année écoulée, les jeunes hommes adultes et les femmes âgées étant les plus nombreux à se rendre dans un service d'urgence. Aucune différence n'était observée selon le niveau d'instruction.

Septante trois pour-cent des contacts se sont fait sans indication d'un médecin, excepté pour les personnes âgées pour lesquelles c'est le plus souvent le médecin qui réfère, et 56% des recours s'effectuent en semaine pendant la journée, les urgences étant utilisée comme service de première ligne pour des soins médicaux. Les raisons les plus souvent citées pour justifier le recours aux urgences plutôt que de se rendre chez un médecin généraliste ou un spécialiste sont l'accessibilité permanente du service et la présence

d'un large plateau technique. On observe alors un recours fréquent aux urgences pour les sous-populations urbaines, volontiers plus jeunes (rarement malades, d'où peu de contacts avec le médecin traitant), plus souvent masculines, qui consultent pour la plupart pour un traumatisme ou une blessure (p.ex. un accident de travail ou de sport).

Francart et al ont comparé les activités de six services d'urgence (SU) et de six rôles de garde de médecine générale (MG) (3 en Flandre, 3 en Wallonie et Bruxelles-Capitale)⁹. La collecte de données a été réalisée les samedis et dimanches de 9h et 21h. Au total, les informations ont été collectées pour 1082 consultations au SU et 977 en MG. Il n'y avait pas de différence significative hommes / femmes dans le recours aux SU, mais en MG les femmes consultaient significativement plus que les hommes. Les consultations étaient également plus fréquentes en MG pour les enfants de moins de 5 ans et les patients de plus de 75 ans. Une forte proportion de consultants avaient un niveau d'instruction supérieur ou universitaire tant en médecine générale (40,7%) qu'en SU (44,5%), et les pourcentages d'inactifs étaient également semblables : 32,8% en MG (dont 20,7% de (pré)pensionnés) et 31,4% en SU (dont 18,8 de (pré)pensionnés), différences non significatives.

Une étude réalisée à l'AZ Middelheim (Antwerpen) a comparé, de janvier 2001 à juin 2002 le recours aux urgences entre les assurés de mutualités et les non assurés (incluant les personnes n'ayant pas de résidence légale, même temporaire, en Belgique et les indépendants assurés seulement pour les gros risques)⁸⁸. Selon les estimations émanant du gouvernement belge environ 5% de la population résidant en Belgique serait dans cette situation. Au total 31.290 enregistrements ont été retenus dans l'analyse dont un pourcentage non négligeable (17,4%) n'ayant pas de mutuelle. Les consultations pour patients dépourvus de mutuelles étaient plus fréquentes le week-end ou la nuit (51,7% versus 46,9% pour les assurés, $p < 0,001$). Les patients non assurés étaient significativement plus jeunes que les assurés ($p < 0,001$) avec un âge moyen de 38,6 (écart-type indiqué (ET) : 23,7) versus 42,7 (ET : 24,7). Après contrôle de l'âge, il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes dans le pourcentage de patients hospitalisés, l'hospitalisation étant utilisée comme proxy de la gravité de la plainte. Les auteurs concluent qu'une explication à la plus grande fréquence de consultations dans les services d'urgence par les non assurés est la possibilité de différer le paiement. Il est à noter qu'à l'inverse, dans l'étude de Francart et al.⁹ les proportions de personnes non complètement assurées (non couvertes et indépendants gros risques) étaient de loin inférieures avec seulement 2% en SU et de 1,1% en MG (différence non significative).

Pour ce qui relève des motifs de consultation des services d'urgences, en Belgique, dans l'étude de Francart et al.⁹, les pathologies relevaient principalement de l'ostéo-articulaire en SU (32,8%), du domaine respiratoire en MG (31%). Quant au recours il était plus souvent considéré comme justifié en MG qu'en SU (87,2% versus 78,8%).

Key messages

- Les motivations de recours aux urgences peuvent être déterminées par différents facteurs :

Médicaux

- *objectifs*: nature de la plainte, du symptôme, de la maladie, de la blessure
- *subjectifs*: les plaintes et symptômes sont perçus comme urgents par les patients et comme pouvant atteindre leur autonomie.

Accessibilité

- perception de l'inaccessibilité des autres services en dehors des heures de consultation ou à des moments opportuns pour le patient
- perception du délai d'attente

- accessibilité financière directe : l'accès 'gratuit'
- accessibilité géographique

Confiance / compétences

- plus grande confiance en un service hospitalier qu'en service de 1^{ère} ligne
- accès à un plateau technique
- accès à plus de spécialités

Autres

- Méconnaissance des solutions alternatives

- Les patients bénéficiant de revenus faibles sont plus nombreux à recourir aux urgences
- Une grande partie des recours considérés par les auteurs comme « inappropriés » est due à une perception favorable des services d'urgence et particulièrement celle de son accessibilité (en termes de proximité, de plateau technique, de disponibilité) et à l'incapacité des services de garde de médecine générale de répondre à la demande.
- Les recours inappropriés seraient plus fréquents pour les jeunes et pour les enfants surtout lorsque la mère est jeune et appartenant à un milieu social plus précaire.

3.4.4. Interventions to change the inappropriate use of ED.

Most strategies addressing non-urgent or inappropriate ED-use target a change in patient behaviour by implementing access, gate-keeping, education and cost-sharing strategies.

Improving the interface of emergency care (urgent and non-urgent) between primary care services and emergency departments is an important policy issue while dealing with non-urgent ED-use. Other strategies are staff-centered (e.g. triage training) or system-centred (e.g. medical advice telephone lines) The impact of triage, out of hours care and telemedicine on ED-use will be discussed here.

Triage

Triage is the process used to assess individuals and identify their clinical need for care⁸⁹. Each triage system aims to define the emergency status of the patient in order to reduce the cumbersome amount of patients to categories depending on the level of urgency. Most of these triage systems only apply to patients presenting to the ED focussing on the urgency of treatment in the ED, evaluated by a doctor. Triage systems performed by different health care workers like physicians, nurses and non-medical assistants have been described⁹⁰.

Triage by nurses

Recent changes in policy, mainly in USA, UK, Scandinavian countries, Australia and South-Africa, enhance the role of well trained nurse practitioners in triage and providing patient information in both primary and secondary emergency care⁹¹.

In secondary emergency care two randomized controlled trials dealing with treatment of patients with minor injuries presenting to the emergency department^{92, 93} suggest that emergency nurse practitioners perform equally accurate and reliable as doctors, and are more informative to patients in advising self care. Further research investigating the performance of nurse practitioner for other types of diseases is needed.

Washington et al.⁹⁴ sought to develop and validate standardized clinical criteria to identify patients presenting to the emergency department whose care may be safely deferred to a later date in a nonemergency setting. In a prospective cohort design, emergency nurses at a tertiary care Veterans Administration Medical Centre screened 1,187 consecutive ambulatory adult patients presenting with abdominal pain, musculoskeletal symptoms, or respiratory infection symptoms. Patients meeting deferred-care criteria were offered the option of an appointment within 1 week in the ambulatory care clinic at the study site; all other patients were offered same-day care. Two hundred twenty-six (19%) patients met screening criteria for deferred care. Patients meeting deferred-care criteria experienced zero (95% confidence interval, 0% to 1.2%) related nonelective hospitalisations within 7 days of evaluation, and none died within 30 days. By contrast, 68 (7%) of 961 (95% confidence interval, 5.5% to 8.9%) patients who did not meet deferred-care criteria were hospitalised nonelectively for related conditions, and 5 (0.5%) died. The authors concluded that using hospitalisation and 30-day mortality as safety gauges, standardised clinical criteria can identify, at presentation, ED users who may be safely cared for at a later date in a nonemergency setting.

Telephone triage or consultation and telemedicine.

Telephone consultation is the process where calls are received, assessed and managed by giving advice or by referral to a more appropriate service. There has been a growth in telephone consultation, in part, as a response to increased demand for General Practitioner (GP) and Accident and Emergency (A&E) department care. The telephone consultation is established in the UK, USA, Canada, Scandinavia, Australia, The Netherlands and in Israël⁸⁹. Telephone consultation services work separately from emergency call centres receiving emergency calls via the emergency phone number.

Telemedicine is delivery of health services via remote telecommunications⁸⁹ and includes interactive consultative and diagnostic services. Telemedicine is proposed to have a real potential to reduce immediate medical workload⁹⁵, and to reduce costs by saving consultations and visits⁹⁶. Telemedicine has only been investigated so far as a tool for direct and interactive telecommunication between physicians⁹⁷⁻⁹⁹ or between prehospital services and ED¹⁰⁰. The role of telemedicine as a triage tool for patients in the prehospital phase has not yet been studied.

Seven studies quoted in a systematic review on the effects of telephone consultation out of the emergency department^{101, 102, 95} looked at accident and emergency department visits; six showed no difference between the groups and one, of nurse telephone consultation, found an increase in visits. Two studies reported deaths and found no difference between nurse telephone triage and normal care. It was concluded that telephone consultation appears to reduce the number of GP surgery contacts and out-of-hours visits by general practitioners. However, questions remain about its affect on emergency department service use and further rigorous evaluation is needed with emphasis on service use, safety, cost and patient satisfaction.

Computerized algorithms have been developed to assess the patient's condition and the subsequent decision-making. In a recent RCT¹⁰³, the use of computerized algorithms by a trained nurse integrated within a GP-cooperative was compared with standard care. Dale et al. assessed the safety of nurses and paramedics offering telephone assessment, triage, and advice as an alternative to immediate ambulance dispatch for emergency ambulance service callers. It was found that telephone advice may be a safe method of managing many callers to ambulance services with "non-serious" problems. However, a clinical trial of the full implementation of this intervention is needed, large enough to exclude the possibility of rare adverse events.

An observational before and after study assessed the impact of "NHS Direct", the national, nurse led telephone helpline, on the use of accident and emergency, ambulance, and general practitioner cooperative services¹⁰⁴. Changes in use of accident and emergency departments and ambulance services after introduction of NHS Direct were small and non-significant. In its first year NHS Direct did not reduce the pressure on NHS immediate care services, although it may have restrained increasing demand on one important part-general practitioners' out of hours services.

General practitioners working in the emergency departments

Gibney et al. investigated if care provided by general practitioners (GPs) to non-emergency patients, in a suburban ED using an informal triage system, differs significantly from care provided by usual ED staff¹⁰⁵. One thousand eight hundred and seventy-eight patients participated. By comparison with usual ED staff, GPs prescribed significantly more often (percentage relative difference [% RD] = 12 [95% confidence interval = 1-23]) and referred more patients to hospital (% RD = 21 [95% CI = 9-33]). This is the first study to report that sessional GPs working in an ED utilize similar or more resources than usual ED staff. It emphasizes the need for the continued audit of initiatives that have been introduced into new settings.

Walk-in centres

Different forms of walk-in centres do exist in different countries. In the UK walk-in centres are walk in access organisations (no appointment needed) led by nurses supported by software assessment, aiming at reducing the workload in GP and accident and emergency departments^{106, 107}. The review of the literature, showed important distinctions in the concept of a walk-in centre in different countries. In some countries walk-in centres are lead by doctors rather than nurses, in some countries walk-in centres stand in competition to the family doctor, some walk-in centres (Northern America and Australia) exclusively serve as an out-of-hours service. Users of walk-in centres in other countries tend to be a relatively affluent population of working age, and a different population from those using conventional general practice services. Walk-in centres are used particularly when other health services are closed. The problems presented are mainly minor illnesses and minor injuries. People choose this form of care mainly for reasons of convenience, and satisfaction with the service is generally high. The very limited evidence available suggests that walk-in centres provide care of reasonable quality, but there is insufficient evidence to draw firm conclusions about the impact of walk-in centres on other healthcare services or the costs of such care. A potential danger of walk-in centres is that patients with serious illness present themselves to a walk-in centre instead of going to an emergency department.

Chalder et al.¹⁰⁸ investigated the impact of NHS walk-in centres on the workload of local accident and emergency departments, general practices, and out of hours services using time series analysis. A reduction in consultations at emergency departments (-175 (95% confidence interval -387 to 36) consultations per department per month) and general practices (-19.8 (-53.3 to 13.8) consultations per 1000 patients per month) close to walk-in centres became apparent, but these reductions were not statistically significant. Walk-in centres did not have any impact on consultations on out-of-hours services. The authors concluded that it will be necessary to assess the impact of walk-in centres in a larger number of sites and over a prolonged period, to determine whether they reduce the demand on other local NHS providers.

Out-of hours care

Leibowitz et al.¹⁰⁹ carried out a systematic review of the international literature to determine what evidence exists about the effect of different models of out-of-hours primary medical care services of general practitioner on outcome. Six main models of after-hours primary care services (not mutually exclusive) were identified: practice-based services, deputizing services, emergency departments, co-operatives, primary care centres, and telephone triage and advice services.

- **Deputizing service** is a commercial organisation which arranges for or facilitates the provision of medical services to patients of general practitioners (practice principals) by other medical practitioners (deputizing doctors) during the absence of, and at the request of, the practice principals.
- **General practice cooperatives:** GPs from different practices forming a non-profit making organization to provide care for their own patients after hours
- **GP surgery consultation** is a face-to-face consultation between GP and a patient on practice list in the practice building resulting in patient note entry.

- **Practice-based services** : GPs within a practice looking after their own patients after hours
- **Practice rotas** are small group of GPs (six to eight GPs) providing out of hours care to their own patients
- **Primary care centres** : patients attending a centre rather than being seen in their own home or in the emergency department after hours
- **Telephone triage and advice services** are the use of telephone consultations for primary care patients seeking medical help after hours

Outcomes were divided into the following categories: clinical outcomes, medical workload, and patient and GP satisfaction. The results indicate that the introduction of a telephone triage and advice service for after-hours primary medical care may reduce the immediate medical workload. Deputizing services increase immediate medical workload because of the low use of telephone advice and the high home visiting rate. Co-operatives, which use telephone triage and primary care centres have a low home visiting rate and reduce immediate medical workload. There is little evidence on the effect of different service models on subsequent medical workload apart from the finding that GPs working in emergency departments may reduce the subsequent medical workload. There was very little evidence about the advantages of one service model compared with another in relation to clinical outcome like e.g. death within 7 days. There is some evidence that deputizing doctors prescribe less appropriately than doctors from practice-based or co-operative services, and that GPs prescribe more appropriately than junior emergency medical staff. Studies consistently showed patient dissatisfaction with telephone consultations. It was concluded that the rapid growth in telephone triage and advice services appears to have the advantage of reducing immediate medical workload through the substitution of telephone consultations for in-person consultations, and this has the potential to reduce costs. However, this has to be balanced with the finding of reduced patient satisfaction when in-person consultations are replaced by telephone consultations. These findings should be borne in mind by policy makers deciding on the shape of future services.

In a recent observational before and after study in the Netherlands, van Uden et al.¹¹⁰ investigated whether the reorganisation of out of hours primary care, from practice rotas to GP cooperatives, changed utilisation of primary and hospital emergency care. A 10% increase was found in patient contacts with out of hours primary care, and a 9% decrease in patient contacts with out of hours emergency care. The number of self referrals at the ED was reduced by about 4%. It was concluded that the reorganisation of out of hours primary care has led to a shift in patient contacts from emergency care to primary care.

The same authors investigated whether differences in numbers and characteristics of patients using primary or emergency care may be explained by differences in organisation of out of hours care¹¹¹. Two different organisations of out of hours care in two Dutch cities (Heerlen and Maastricht) were investigated. Important differences between the two organisations are the accessibility and the location of primary care facility of GP's. The results of this study show that the organisation of out of hours care in Maastricht, where the service is just before the entrance of the emergency department has optimised the GP's gatekeeper function and thereby led to fewer self referrals at the ED, compared with Heerlen, where the service is located in the city, hence apart from the emergency department.

Key messages

- **Different alternative organisation models to reduce workload of emergency centres are proposed and put in practice. Six main models of after-hours primary care services (not mutually exclusive) can be identified. The impact on reducing workload of emergency departments is not conclusively shown**

- Alternatives are including a more optimal use of general practitioner services and different models of triage systems. A telephone triage and advice service for after-hours primary medical care may reduce the immediate medical workload. Telephone triage however hampers the public satisfaction
- When GP services are offered close to an ED there is some evidence this may reduce the number of self-referrals at emergency departments. However, the effect seems to be small.
- Further rigorous evaluation of these alternatives is needed focusing on service use, safety, cost and patient satisfaction.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. INTRODUCTION

In dit hoofdstuk schetsen we de methodologie die gebruikt is voor een veldonderzoek naar het gebruik van spoedgevallendiensten in België.

In het onderzoek is gekozen voor een gecombineerde werkwijze waarbij kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksgegevens worden verzameld over de factoren en determinanten die een rol kunnen spelen in de keuze van de patiënt om de dienst spoedgevallen of de huisartsenwachtdienst te consulteren. Verder werd er gepeild naar de kennis van het aanrekenen van een forfaitair bedrag en de opinie van de patiënten hierrond. In onderstaande paragrafen wordt het detail uitgelegd van de werkwijze.

Ci-après sont décrits les protocoles d'enquêtes tels qu'ils étaient initialement prévus. Les adaptations qui ont dû être réalisées pour diverses raisons sont décrites dans la partie 4.5.

Le protocole des enquêtes a été approuvé par les Comités d'éthique des trois universités collaborant à ce projet (Université d'Anvers, Université de Gand, Université catholique de Louvain).

4.2. ETUDE QUANTITATIVE PAR QUESTIONNAIRE

4.2.1. Objectifs spécifiques

La collecte de données quantitative visait

- à mesurer la connaissance de la facturation potentielle du forfait de 12,50€ ;
- à étudier la connaissance du forfait des patients recourant aux urgences hospitalières et aux services de garde en MG selon leurs caractéristiques socio-économiques;
- à évaluer l'acceptabilité par le patient d'une mesure de co-paiement selon les caractéristiques socio-économiques des patients.

4.2.2. Outils de collecte

Nous avons prévu d'appliquer deux protocoles de collecte de données distincts : un pour les patients faisant appel pour les services d'urgences d'une part et un pour les patients faisant appel au service de garde de médecine générale d'autre part. Deux questionnaires ont été construits et utilisés :

- un questionnaire pour les patients consultant aux urgences
- un questionnaire pour les gardes en MG

Ils étaient identiques excepté deux questions de la section I. De plus, étant donné que le(a) répondant(e) au service d'urgence pouvait être le(a) patient(e) ou son accompagnant(e), il a été décidé d'établir deux « modèles type » de questionnaires pour chaque structure de recours (urgences hospitalières ou garde en MG) permettant ainsi d'adapter la formulation des questions et d'avoir des informations socio-économiques relatives à l'accompagnant lorsque le patient était un enfant.

Des questions fermées ont été privilégiées permettant une plus grande rapidité des réponses ainsi que leur caractère standard. Une catégorie « autres » a également été prévue dès que pertinente.

La première page du questionnaire visait à collecter un descriptif du contact enquêteur-patient permettant d'identifier le lieu, la date, l'heure de la consultation, le motif de consultation, l'adresse, l'âge et le sexe du patient, le devenir du patient (diagnostic et éventuelle hospitalisation) si celui-ci ne souhaitait pas répondre au questionnaire. Pour les patients en MG un relevé du suivi téléphonique était également prévu pour faciliter

la tâche de l'enquêteur et documenter les non-réponses. L'identité de l'enquêté n'était pas relevée garantissant ainsi la confidentialité des réponses fournies.

Le corps du questionnaire comprenait une série de questions regroupées par sous-thèmes dans les sections suivantes:

- section 1 : caractéristiques de la consultation faisant l'objet du recours aux soins. La classification internationale des soins de santé primaire a été utilisée pour coder les motifs de consultation ainsi que les diagnostics.
- section 2 : connaissance et opinion sur le forfait ; modalités de recours à un service d'urgence au cours des 12 derniers mois
- section 3 : caractéristiques démographiques et socio-économiques du patient. Les questions sur les caractéristiques socio-économiques (activité, statut professionnel, niveau de revenus, niveau d'instruction du patient et de son partenaire) ont été construites sur le modèle de celles de l'Enquête de santé par interview 2001.

Pour répondre aux objectifs, les questions des sections 1 et 2 seront analysées en relation avec les questions de la section 3.

4.2.3. Déroulement prévu de la collecte de données

- Pour les patients des services d'urgences, un questionnaire a été administré aux patients par l'enquêteur en face à face. Les enquêteurs étaient présents dans le service du samedi 12h au dimanche 12h. L'entretien avait lieu lorsque le patient attendait aux urgences. Il s'agissait d'étudiants en médecine et de médecins encadrés par un médecin superviseur. Tous les patients arrivant aux urgences, y compris les patients venant en ambulance, étaient à inclure dans l'échantillon. Une « fiche de contact » a permis d'enregistrer tous les consultants même ceux qui ne pouvaient pas répondre aux questions (non-compréhension de la langue, problèmes psychiatriques, éthyisme, polytraumatisé). Dans ce dernier cas, si le patient était accompagné et que cela s'avérait possible, l'enquêteur interrogeait l'accompagnant.
- Pour l'enquête auprès de patients recourant à la garde MG, le questionnaire a été administré au patient par téléphone. Les patients éligibles étaient ceux appelant le service de garde de MG entre le samedi 12h et le dimanche 12h. Les patients étaient avertis de l'appel téléphonique ultérieur par une lettre laissée au patient par le médecin de garde venu pour la consultation. Les appels téléphoniques au domicile du patient ont eu lieu entre 13h et 20h le samedi et 10h et 15h le dimanche. Trois rappels étaient prévus puis une visite à domicile en cas d'absence de répondant. Les entretiens ont été réalisés par des étudiants en médecine et des médecins. Tous les appels, excepté ceux provenant de patients en maison de repos (MR) ou en maison de repos et de soins (MRS) étaient à inclure dans l'échantillon. En effet dans ce cas, il aurait été souvent impossible d'avoir une information sur les caractéristiques socio-économiques de la personne par téléphone, les résidents n'ayant pas toujours le téléphone dans leur chambre et le personnel infirmier ne connaissant pas certaines caractéristiques socio-économiques du patient, tels que les niveaux d'instruction ou de revenus. Par ailleurs, si un(e) résident(e) d'une MR ou MRS va au service d'urgence d'un hôpital il/elle sera soit envoyé par un MG soit amené par ambulance (donc non passible d'un forfait).
- L'étude a été programmée au cours de deux week-ends successifs du samedi 12h (midi) au dimanche 12h (midi). Les dates retenues étaient les 22 et 29 janvier 2005. Le choix des week-ends comme période d'enquête est justifié par le fait que les services de gardes de MG ne fonctionnent pas toutes en dehors de cette période. Afin de garder des échantillons les plus comparables possibles, l'enquête s'est donc concentrée sur les week-ends.

Un pré-test a été réalisé auprès de 16 personnes (8 aux urgences et 8 en garde de MG) le week-end du 11-12 décembre dans la Région Bruxelloise pour le questionnaire francophone et 10 personnes à Gand (5 au service d'urgence et 5 au service de garde) pour le questionnaire néerlandophone. La durée de l'entretien (par téléphone ou face-à-face) était d'une dizaine de minutes. Aucune difficulté pour répondre n'a été relevée (excepté celle de la langue), même pour les questions portant sur les revenus.

4.2.4. Codage et analyse des données

Pour Anvers et Gand, les données ont été encodées deux fois par deux personnes différentes. Pour Bruxelles et Charleroi, un échantillon de 10% des questionnaires a été recodé. La qualité de l'encodage s'est révélée bonne.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 11.5.

Eerst werd een beschrijvende analyse gedaan. Vervolgens werden statistische verschillen tussen groepen opgespoord via chi-kwadraat toetsen en significantietest (p). Gemiddelden werden vergeleken met independent sample t-test.

Dans le but de dégager les effets nets de chaque variable, nous avons réalisé en plus des analyses multivariées, des analyses logistiques relatives à la connaissance du forfait d'une part, et au type de recours (services d'urgences hospitaliers), d'autre part. Nous avons forcé l'entrée dans le modèle de toutes les variables qui nous semblaient pertinentes par une méthode 'enter'. Nous avons choisi de ne pas tester les interactions. Nous présenterons dans les tableaux les rapports de cote (ou Odd ratio OR) et leur intervalle de confiance à 95% (IC 95%).

4.3. ETUDE QUALITATIVE PAR INTERVIEWS

4.3.1. Objectifs spécifiques

Des entretiens semi-ouverts avaient prévu de :

- compléter les résultats obtenus lors de l'analyse quantitative,
- nagaan in hoeverre patiënten zelf denken dat het betalingssysteem hun beslissingsproces beïnvloedt,
- identificeren welke factoren patiënten aanhalen om voor de ene of voor de andere soort hulpverlening te kiezen,
- identificeren welke alternatieven patiënten aanvaardbaar zouden vinden om het oneigenlijk gebruik van de dienst spoedgevallen te beperken.

4.3.2. Outils de collecte

Un guide d'entretien a été construit. Pour répondre aux objectifs de l'étude qualitative, ce guide reprenait les différentes thématiques du questionnaire quantitatif:

- caractéristiques socio-économiques du patient,
- motifs de recours / plaintes,
- connaissance de la garde en MG / du service d'urgence hospitalier,
- motifs de choix en médecine générale / du service d'urgence hospitalier,
- connaissances antérieures d'un service de garde en médecine générale et d'un service d'urgence hospitalière,
- connaissance et acceptabilité du forfait,
- alternatives qui pourraient être envisagées pour limiter l'accès aux urgences.

4.3.3. Déroulement prévu de l'enquête

Des entretiens semi-dirigés en face-à-face étaient prévus, d'une durée de 30 à 45 minutes.

Pour l'ensemble des entretiens, il était prévu, si cela s'avérait possible, de sélectionner les répondants en un nombre à peu près égal :

- de patients service d'urgence hospitalière / garde en MG,
- hommes / femmes,
- adultes/parents, personnes âgées,
- niveaux socio-économiques différents,
- sévérité de la plainte.

Pour les services d'urgence, il était prévu de sélectionner :

- les patients pouvant retourner chez eux après la visite aux urgences,
- les autochtones et allochtones parlant le français ou le néerlandais,
- les patients dont le recours aux urgences était jugé « inapproprié » d'après l'Arrêté Royal, mais en incluant ceux arrivés par ambulance.

Le médecin superviseur de l'enquête qualitative était sur place dans les services d'urgence hospitalière et devait sélectionner les patients en fonction des critères énoncés ci-dessus.

La partie qualitative de l'enquête a été programmée après l'enquête quantitative et devait se dérouler les week-ends du 12 et du 19 février. Les patients interviewés ont été recrutés parmi les patients ayant recours, entre le samedi 12h et le dimanche 12h, aux services d'urgence hospitaliers et aux gardes en MG ayant participé à l'enquête quantitative. Il s'agissait de nouveaux patients, n'ayant donc pas participé à la phase quantitative de l'étude.

Pour les gardes en médecine générale, sur base des données collectées lors de l'appel, un patient était sélectionné selon les critères énumérés ci-dessous puis contacté par téléphone pour demander s'il acceptait qu'un médecin vienne à son domicile pour un entretien dont le thème lui était présenté. La sélection était faite par un étudiant en médecine et à Anvers, par l'interviewer lui-même. A Gand, la sélection des patients a été faite par les chercheurs eux-même, en concertation avec le médecin responsable de la garde. L'entretien au domicile du patient était réalisé par le médecin superviseur de l'enquête quantitative. Les entretiens pouvaient avoir lieu en dehors de la période du samedi 12h au dimanche 12h. Comme pour les urgences, la partie qualitative de l'enquête a été programmée les week-ends du 12 et du 19 février.

Un pré-test comprenant deux entretiens (un MG/un hôpital) à Anvers et deux entretiens à Bruxelles (un MG/un hôpital) a été réalisé le week-end du 5-6 février.

Ces entretiens se sont déroulés sans problèmes et, en regard des informations obtenues, ont permis de légèrement réorienter le guide d'entretien en insistant sur les limites à l'acceptabilité d'un forfait et les solutions alternatives à envisager pour rendre plus « attractives » les gardes en MG.

4.3.4. Analyses des données

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Alle transcripties werden vervolgens door de twee onderzoekers doorgenomen en gecodeerd. Pas daarna werden thema's aan de codes toegekend en werden opvallende uitspraken van respondenten aangetekend.

L'analyse de contenu a été réalisée sans l'aide d'un logiciel. Il s'agit d'une analyse descriptive et pas d'une analyse de discours. L'analyse des entretiens réalisés durant le

pré-test a permis de construire une première ébauche d'arbres de nœuds de sens (en annexe II).

Les textes des autres entretiens ont été ordonnés et intégrés dans les différentes catégories identifiées et ont permis d'enrichir ces dernières.

4.4. ECHANTILLON ATTENDU

L'échantillon était constitué d'une part de patients consultant dans les services d'urgence d'hôpitaux des trois Régions belges et d'autre part de patients appelant un service de garde de médecine générale (MG) avec numéro d'appel unique. Ces derniers desservent sensiblement les mêmes zones géographiques que celles où étaient localisés les hôpitaux participants.

En tout, 10 hôpitaux et 5 services de garde ont été contactés afin de participer à l'étude. Leur répartition géographique est présentée dans le tableau 2.

L'échantillon a été construit de manière à recruter, dans chaque région, des patients issus d'un hôpital appliquant le forfait et d'un hôpital n'appliquant pas le forfait dans une ville ayant aussi un numéro d'appel unique de MG (et pour Bruxelles, SOS médecin a été sollicité car ils ont une plus grosse activité).

Pour Bruxelles et la Wallonie, des hôpitaux de quartier défavorisés ont été privilégiés. En Wallonie, le choix s'est porté également sur une ville socio-économiquement 'défavorisée'. Un seul hôpital a été contacté car aucun hôpital de la ville retenue n'applique le forfait.

Tous les hôpitaux et services de garde de Gand ont été interrogés permettant ainsi d'établir une bonne image des demandes d'aide en urgence au sein d'une même population. Il est cependant vrai que les services d'urgences recrutent leurs patients dans une région plus étendue que les services de garde de médecine générale.

Tableau 2: Répartition des hôpitaux et centrales de gardes sélectionnées pour l'étude par région

	Région wallonne		Région de Bruxelles-Capitale		Région flamande	
Hôpitaux	Forfait demandé	Pas de forfait demandé	Forfait	Pas de forfait demandé	Forfait	Pas de forfait demandé
	-	- Hôpital civil de Charleroi	- Hôpital Saint Jean	- Hôpital Saint Pierre	- A.Z. Sint-Lucas Gent - A.Z. Maria Middelaes Gent - Universitair Ziekenhuis Gent - Fusieziekenhuis Monica, OLV Middelaes, Deurne	- A.Z Jan Palfijn Gent) - A.Z. Sint Erasmus, Antwerpen - A.Z. Stuivenberg, Antwerpen
Services de garde	Allo Santé		- SOS médecins		- centrale de garde de MG de la région de Gand - centrale de garde de MG de la région d'Anvers centre - poste de garde MG de Deurne-Borgerhout	

Ont été sollicités pour participer à l'étude qualitative les mêmes institutions que celles qui ont participé au volet quantitatif de la présente étude.

4.5. DÉROULEMENT RÉEL : QUELQUES PROBLÈMES

Au cours du déroulement de l'étude divers problèmes se sont posés perturbant quelque peu le protocole qui avait été établi.

4.5.1. Enquête quantitative

Services d'urgence hospitalière : A Anvers, l'hôpital appliquant le forfait (Fusieziekenhuis Monica, OLV Middelares), a préféré ne pas participer en raison de la charge de travail du service d'urgence due à une restructuration du service. En raison de quelques difficultés pour obtenir les accords, l'enquête a été reculée d'une semaine pour l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles. Quant à la Région Wallonne, du fait de négociations assez longues avec les associations des médecins généralistes de Charleroi, l'enquête n'a pu être réalisée qu'au cours des deux premiers week-ends du mois d'avril.

Les questions sur les revenus n'ont pas été posées à l'A.Z. Jan Palfijn à Gand, l'administration de l'hôpital s'y étant opposée.

Il n'a pas toujours été possible d'obtenir le diagnostic en fin de consultation (Saint-Pierre).

Signalons également un important taux de refus de participation à Saint-Jean.

Lorsqu'il s'agissait d'un enfant, il y eu le premier week-end à Saint-Pierre une confusion entre l'accompagnant(e) et l'enfant pour deux questions de la fiche contact : l'âge et le sexe. S'il était possible de retrouver l'information âge avec la question date de naissance du patient, il n'a pas toujours été certain que la réponse à la question sur le sexe concernait le / la patient(e) ou l'accompagnant lorsque l'enfant avait moins de 5 ans. En effet la réponse sur l'âge que nous avions relevées concernant l'âge du patient, la question s'est posée de savoir si l'information sur le sexe qui avait été relevée concernait le patient ou l'accompagnant.

4.5.2. Enquête qualitative

A Charleroi, la collecte a eu lieu le premier week-end de l'enquête quantitative en raison du retard pris dans le démarrage de l'enquête pour les raisons que nous avons déjà exposées ci-avant.

Le recrutement a été difficile et les critères de choix n'ont pas pu être respectés du fait du très petit nombre de personnes acceptant l'entretien. La période de recrutement a été étendue jusqu'au 31 mars et le recrutement pouvait se faire pendant toute l'étendue du week-end (du vendredi soir au lundi matin). Devant le faible nombre de personnes interviewées, le recrutement de patients dans les services d'urgence a eu lieu également en semaine et au cours de la dernière semaine de mars.

Le refus de participer était motivé le plus souvent par le fait que le patient ou sa famille ne souhaitait pas recevoir un enquêteur (même médecin) chez eux. Lorsque l'entretien était proposé dans le service d'urgence même, les motifs de refus étaient l'énervement de l'attente, la survenue d'un examen ou de la consultation par le médecin et ensuite le départ rapide du patient ou la difficulté à trouver des personnes parlant suffisamment le français à Saint Pierre.

5. RESULTATS

Cette section vise à décrire les caractéristiques des patients consultant les services d'urgence hospitalières d'une part, et les caractéristiques des patients consultant les services de garde en MG d'autre part, ainsi que leur connaissance du forfait et leur opinion quant à son intérêt.

5.1. RESULTATS DE L'ANALYSE QUANTITATIVE

5.1.1. Description de l'échantillon aux services d'urgences hospitalières et en MG

Le tableau 3 présente la répartition de l'échantillon selon les différents sites de l'enquête.

Tableau 3. Nombre de contacts et d'enquêtés dans les différents sites de l'étude

	Site	Participe		Ne participe pas		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Urgences hospitalières	Bruxelles						
	- Hôpital Saint Pierre	305	(30,7)	68	(30,2)	373	(30,6)
	- Hôpital Saint Jean	84	(8,5)	51	(22,7)	135	(11,1)
	Wallonie						
	- Charleroi : hôpital civil	131	(13,2)	18	(8,0)	149	(12,2)
	Flandre						
	Gand						
	- A.Z. Sint-Lucas	116	(11,7)	39	(17,3)	155	(12,7)
	- A.Z. Maria Middelaes	67	(6,8)	12	(5,3)	79	(6,5)
	- Universitair Ziekenhuis	113	(11,4)	15	(6,7)	128	(10,5)
	- A.Z Jan Palfjin	65	(6,6)	10	(4,4)	75	(6,2)
	Anvers						
	-A.Z. Sint Erasmus,	34	(3,4)	11	(4,9)	45	(3,7)
	- A.Z. Stuivenberg	77	(7,8)	1	(0,4)	78	(6,4)
	Total	992	(100,0)	225	(100,0)	1217	(100,0)
Gardes de médecine générale	Bruxelles						
	- SOS médecins	165	(26,4)	6	(4,8)	171	(22,7)
	Wallonie						
	- Allo santé (Charleroi)	138	(22,0)	18	(13,5)	156	(20,7)
	Flandre						
	Gand						
	- centrale de garde de MG de la région de Gand	210	(33,5)	77	(61,1)	287	(38,1)
	Anvers						
	- centrale de garde de MG de la région d'Anvers Centre	20	(3,2)	8	(6,3)	28	(3,7)
	- poste de garde MG de Deurne-Borgerhout	93	(14,9)	18	(14,3)	111	(14,7)
	Total	626	(100,0)	126	(100,0)	753	(100,0)

Au cours de la période de l'enquête, 1217 patients ont été vus aux services d'urgence hospitaliers et 992 ont participé à l'enquête, soit 18% de non-participation.

Trois raisons à cette non-participation :

- patient n'était pas en état de répondre,
- refus de participer,
- patient tout de suite vu en consultation.

En ce qui concerne les gardes de médecine générale 753 patients ont fait appel à une garde de ce type et 626 ont participé à l'enquête (soit 17% de refus de participer à l'enquête). Du fait des motifs de non participation, il n'a pas été possible de documenter les refus.

Le fichier sur lequel nous avons travaillé comptait finalement 1618 patients dont 39% ont fait appel au service de garde de MG. Les autres (61%) ont consulté un service d'urgences.

Age et sexe

L'âge des patients interrogés dans les services de garde et les services d'urgences a été regroupé en classes pour les analyses : 0-4 ans, 5-14 ans, 15-39 ans, 40-59 ans et 60 ans et plus. Cette subdivision a été adoptée afin d'identifier les consultations relatives à la période infanto-juvénile et celles pour lesquelles un(e) accompagnant(e) s'avère nécessaire, puis des groupes d'âge pour lesquels les motifs de recours aux urgences peuvent relever pour la plupart de groupes de pathologies différentes.

On observe (tableau 4) un recours aux urgences hospitalières légèrement supérieur pour les hommes (53%) et pour le groupe d'âge 15-39 ans alors que les femmes font plus souvent appel au service de garde en MG (54%) ainsi que les patients âgés de moins de 15 ans et les patients âgés de 60 ans. L'âge moyen des patients aux urgences est de 32,9 ans et de 36,3 ans aux services de garde de MG. Pour les deux types de recours, plus de la moitié des patients ont entre 15 et 60 ans.

Nationalité

En ce qui concerne les nationalités, le regroupement a été réalisé en relation avec les communautés immigrées les plus représentées en Belgique : Afrique du Nord, Turquie, Afrique Subsaharienne.

A peine plus de la moitié (57%) des patients consultant aux urgences ont la nationalité belge^e et 66% parlent le français ou le néerlandais (tableau 4). Si la caractéristique nationalité est dichotomisée en belge/non belge, la différence entre services d'urgence et garde de médecine générale est significative ($p < 0,001$), la grande majorité des personnes appelant une garde de MG étant belges (78%), et 87% parlent le français ou le néerlandais à la maison.

Situation familiale

La grande majorité des patients (ou leurs parents) recourant aux services d'urgence hospitaliers sont mariés ou vivent en couple avec ou sans enfant (65%) et 18% vivent seuls (tableau 4). On observe la même proportion de mariés ou vivant en couple en MG mais les personnes vivant seules sont légèrement moins fréquentes (15%) ($p < 0,007$). Il n'y a pas de différences significatives dans les situations familiales entre les patients qui consultent les urgences et ceux qui consultent la garde de MG dans notre échantillon. Il y a plus de personnes vivant seules qui consultent les urgences. Le nombre moyen de personnes par ménage est sensiblement le même (3 pour les urgences et 2,8 en MG).

^e La rubrique « autres » regroupe une grande variété de nationalités.

Tableau 4 : Distribution des patients aux urgences hospitalières et en garde de MG selon les caractéristiques sociodémographiques relevées dans l'enquête : nombre (et %)

Caractéristiques	Urgences hospitalières		Médecine générale	
Nombre total de contacts	1217		753	
	n	(%)	n	(%)
Sexe				
Masculin	635	(52,7)	323	(46,0)
Féminin	569	(47,3)	380	(54,0)
Total	1204	(100,0)	703	(100,0)
Groupes d'âges				
0-4ans	167	(14,6)	113	(17,1)
5-14ans	76	(6,6)	63	(9,5)
15-39 ans	525	(45,9)	220	(33,2)
40-59 ans	209	(18,3)	132	(19,9)
60 ans ou +	167	(14,6)	134	(20,3)
Total	1144	(100,0)	662	(100,0)
Nationalité				
Belge	645	(56,5)	527	(78,3)
Afrique Subsaharienne	42	(3,7)	5	(0,7)
Afrique du Nord	88	(7,7)	15	(2,2)
Turc	31	(2,7)	7	(1,0)
Autres	336	(29,4)	119	(17,7)
Total	1142	(100,0)	673	(100,0)
Langue parlée à la maison				
Néerlandais	376	(32,7)	268	(39,9)
Français	374	(32,9)	313	(46,6)
Autres Europe	122	(10,7)	34	(5,1)
Autres Afrique	58	(5,1)	10	(1,5)
Autres ailleurs	212	(18,6)	47	(7,0)
Total	1142	(100,0)	672	(100,0)
Situation familiale				
Marié (e)	481	(49,8)	287	(45,4)
Vit avec conjoint(e) (avec ou sans enfant)	144	(14,9)	130	(20,6)
Vit seul(e)	178	(18,4)	95	(14,9)
Vit seul(e) avec enfant(s)	72	(7,5)	64	(10,1)
Vit avec personnes dépendantes (autres qu'enfants)	8	(0,8)	8	(1,3)
MR/MRS	6	(0,6)	2	(0,3)
Autres	77	(8,0)	46	(7,4)
Total	966	(100,0)	632	(100,0)

Caractéristiques	Urgences hospitalières		Médecine générale	
	n	(%)	n	(%)
Instruction patient				
Pas de diplôme /primaire	170	(17,7)	79	(12,5)
Secondaire inférieur	153	(15,9)	81	(12,9)
Secondaire supérieur	367	(38,2)	226	(35,9)
Haute école 3 ans	115	(12,0)	100	(15,9)
Haute école > 3 ans	43	(4,5)	39	(6,2)
Diplôme universitaire	101	(10,5)	82	(13,0)
Ne sait pas	12	(1,2)	23	(3,7)
Total	961	(100,0)	630	(100,0)
Activité professionnelle				
Actif	488	(51,0)	355	(56,3)
Inactif	468	(49,0)	268	(42,5)
Ne sait pas	0	(0,0)	8	(1,3)
Total	956	(100,0)	631	(100,0)
Niveau de revenus mensuels (en euros)				
0 -750	105	(16,4)	19	(4,1)
750 – 1500	187	(29,2)	131	(28,0)
1500 –2000	109	(17,0)	58	(12,4)
2000 – 3000	104	(16,2)	99	(21,2)
3000 - 4000	41	(6,4)	54	(11,5)
> 4000	37	(5,8)	27	(5,8)
2000	17	(2,7)	29	(6,2)
> 2000	9	(1,4)	28	(6,0)
Ne sait pas	32	(5,0)	23	(4,9)
Total	641	(100,0)	468	(100,0)
Fin de mois				
Très difficiles	138	(14,4)	44	(6,9)
Difficiles	145	(15,1)	103	(16,2)
Assez difficiles	190	(19,8)	92	(14,5)
Assez faciles	226	(23,6)	159	(25,1)
Faciles	197	(20,6)	166	(26,2)
Très faciles	54	(5,6)	56	(8,8)
Ne sait pas	8	(0,8)	14	(2,2)
Total	958	(100,0)	634	(100,0)
Assurance				
VIPO	120	(13,0)	42	(6,7)
Ordinaire	704	(76,5)	522	(83,7)
Gros risques	45	(5,0)	55	(8,8)
Sans mutuelle	51	(5,5)	5	(0,8)
Total	920	(100,0)	624	(100,0)

Instruction

En ce qui concerne le niveau d'instruction, 18% des patients recourant aux urgences n'ont pas de diplôme ou seulement un diplôme de niveau primaire, proportion supérieure à celle observée en MG (12,5%) ($p < 0,05$). Que ce soit dans les services d'urgence hospitaliers ou en MG, le niveau d'instruction le plus fréquent est le secondaire supérieur. La distribution des niveaux d'instruction du partenaire se révèle également semblable excepté pour le niveau d'instruction primaire moins fréquent pour le partenaire (mais on relève un taux de « ne sait pas » plus important).

Activité et revenus

Parmi les patients recourant aux services hospitaliers, une légère majorité de patients exercent une activité professionnelle (51%), le partenaire ne travaillant que dans 28% des cas (tableau 4). En MG ces proportions sont respectivement de 56% et 36% (différence non significative). Patiënten met een beroepsactiviteit doen eerder beroep op de huisartsenwachtdienst ($p < 0,025$)^f.

Que ce soit aux urgences hospitalières ou en MG, plus du tiers des patients ayant participé à l'étude a refusé de répondre à une question sur leurs revenus (38% aux urgences ou la question était posée et 39% en MG). Aux urgences hospitalières, 63% des ménages ont un revenu inférieur à 2000 €/mois et 16% déclarent un revenu inférieur à 750€. En ce qui concerne l'information sur les fins de mois, seuls 4% des patients ayant participé à l'enquête aux urgences ont refusé de répondre à cette question. 14% des patients déclarent que les fins de mois sont très difficiles. Elles sont au moins assez difficiles pour 49% des répondants, dont pour 29% difficiles ou très difficiles ($p < 0,01$).

La situation économique des patients appelant une garde de MG s'avère plus favorable, puisque seuls 4% de ces patients ont un revenu inférieur à 750 € ($p < 0,01$) (51% ont un revenu inférieur à 2000 €). Concernant l'information sur les fins de mois, 8% des patients ayant participé à l'enquête en MG ont refusé de répondre. Parmi ceux ayant répondu, sept pour cent déclarent que les fins de mois sont très difficiles. 38% trouvent que les fins de mois sont au minimum assez difficiles dont pour 23% difficiles ou très difficiles ($P < 0,01$).

Assurance

Aux urgences hospitalières, 13% des patients bénéficient d'une assurance VIPO, 76% ont une assurance ordinaire (tableau 4). Trente et un pour cent des patients ont une assurance complète hospitalisation et 9% une assurance complémentaire. En revanche, 5,5% ($n=51$) sont sans mutuelles. Les trois quarts de ces patients sans mutuelle sont inactifs et sont âgés de 15 à 39 ans ou parent d'enfants de moins de 15 ans. Trente et un pour cent sont sans diplôme ou ont un niveau d'instruction primaire et 12% ont un diplôme supérieur à celui du secondaire. Enfin 16% de ces patients sans mutuelle sont belges.

En médecine générale, seuls 0,8% des patients se déclarent sans mutuelle ($p < 0,01$) et la grande majorité des patients (84%) sont soumis à une assurance ordinaire. Une assurance complète hospitalisation est prise par 54% des patients et 12% ont contracté une assurance privée complémentaire.

Médecin traitant

Septante huit pour cent des patients consultant aux urgences d'un hôpital déclarent avoir un médecin traitant. Ce sont particulièrement les parents d'enfants âgés de 0-4 ans qui ont le moins souvent un médecin traitant (65% versus 80% pour l'ensemble des autres groupes d'âge ; $p < 0,01$), les non-belges (62% vs 85% pour les belges ; $p < 0,01$), les personnes vivant seules comparées aux personnes mariées ou en couple (71% vs 79% ; $p < 0,05$), les personnes ayant un niveau d'instruction universitaire ou un diplôme d'une

^f De vraag werd in Jan Palfijn Gent niet gesteld

haute école > 3 ans comparées à l'ensemble des autres patients consultant aux urgences (63% vs 80% ; $p < 0,01$)

La très grande majorité des patients ayant contacté une garde de médecine générale ont un médecin traitant : 91% pour ceux ayant recours au MG, les non-belges ayant un peu moins souvent un MG traitant (83% vs 93% ; $p < 0,01$).

Motivation d'accès à la garde

Urgences hospitalières

Soixante trois pour cent des patients sont venus de leur propre initiative. Ils ne sont que 18% à être venus aux urgences référés par un médecin (médecin traitant, médecin de garde ou spécialiste). Ce sont les personnes de plus de 60 ans qui répondent le mieux aux critères de non-paiement d'un forfait (36% sont envoyées et 22% arrivent en ambulance). Parmi ceux venus de leur propre initiative, seuls 7% avaient envisagé de contacter d'abord un MG. Les principales raisons énoncées pour recourir aux urgences sont présentées dans le tableau 5. Les pourcentages présentés sont calculés à partir du nombre de personnes ayant répondu à la question relative aux motifs de recours aux urgences, soit 670 répondants.

Tableau 5 : Raisons pour lesquelles il y a recours à un service d'urgence hospitalière (plusieurs raisons possibles) (n=670)

Raison	n (%)
Proximité	107 (16,0)
Ouverture 24h sur 24h	88 (13,1)
Compétence du personnel	110 (16,4)
Accessibilité aux examens complémentaires	140 (20,9)
Pas de rendez-vous	39 (5,8)
Pas de paiement immédiat	10 (1,5)
Impossibilité de contacter le médecin traitant ou le spécialiste	51 (7,6)
Ne veut pas déranger le médecin de garde	26 (3,9)
Ne connaît pas le médecin de garde	71 (10,6)
Autre	302 (45,1)

Le plateau technique et l'accessibilité (en termes d'horaires et de déplacement) sont les motifs les plus facilement évoqués. L'argument financier au contraire, apparaît rarement. Parmi les motifs « autres », il a été très souvent évoqué, lorsque le patient est un jeune enfant, que la mère avait accouché dans cet hôpital ou que le pédiatre qui suivait l'enfant travaillait dans cet hôpital. Le fait d'être étranger (qui pourrait être considéré comme équivalent à ne pas connaître de médecin de garde) est également une des raisons avancées.

Médecine générale

Près d'un tiers des répondants ont contacté le numéro d'appel unique par le biais de leur MG ou du répondant de celui-ci, cette proportion atteignant 42% pour les patients âgés de plus de 60 ans. Dans l'ensemble, 18% connaissait ce numéro pour y avoir déjà fait appel. Très généralement (93% des cas) c'est le patient ou un membre de sa famille qui a pris la décision de contacter la garde en MG. Dans moins de 20% des cas, le répondant avait envisagé d'aller aux urgences : des différences significatives sont observées entre belges et non-belges, respectivement 15% et 25% ($p < 0,05$) et lorsque le patient est âgé de 0-4 ans comparé aux autres groupes d'âge (25% versus 14% ; $p < 0,01$). Parmi les 16% qui l'avait envisagé, les motifs de non appel sont antagonistes, certains

considérant qu'ils ne se sentaient pas assez malades pour aller aux urgences alors que d'autres au contraire se sentaient trop malades pour pouvoir se déplacer jusqu'à un service d'urgence. Notons cependant que les patients ayant d'abord pensé aller directement aux urgences seront significativement plus souvent référés aux urgences par le médecin généraliste de garde que les autres (15% versus 3% ; $p < 0,01$) et font l'objet plus fréquemment d'une demande d'hospitalisation (7% vs 1% ; $p < 0,01$).

Motifs de recours et diagnostics

Les motifs de recours et les diagnostics selon les grands chapitres de la CISP-2 (Classification Internationale des Soins Primaires, 2e version) sont présentés dans les tableaux 6 et 7. Les motifs étaient absents dans 2% des cas en médecine générale, 1% des cas en hôpital.

Que ce soit pour les patients vus aux urgences hospitalières ou à la garde en MG, en ce qui concerne le motif principal ce sont les mêmes cinq chapitres du code C.I.S.P. qui étaient les plus fréquents: général, ostéo-articulaire, respiratoire, digestif et cutané. Si l'on excepte le chapitre problèmes généraux, les motifs les plus fréquents se réfèrent à l'appareil ostéo-articulaire pour les urgences hospitalières, au système respiratoire pour les gardes de MG.

Tableau 6 : Motifs de recours (en %) aux urgences hospitalières et au service de garde en MG codifiés selon la nomenclature CISP-2

Nature de la plainte	Urgences hospitalières n (%)	Services de garde MG n (%)
Générale	268 (22,3)	217 (30,8)
Sang Système hématopoïétique	5 (0,4)	1 (0,1)
Digestif	195 (16,2)	123 (16,9)
Œil	44 (3,7)	5 (0,7)
Oreille	15 (1,4)	25 (3,6)
Cardio-vasculaire	38 (3,2)	22 (2,8)
Ostéo-articulaire	242 (20,1)	65 (8,9)
Neurologique	54 (4,5)	41 (5,7)
Psychologique	74 (6,2)	15 (2,0)
Respiratoire	99 (8,2)	156 (22,0)
Peau	92 (7,7)	32 (4,2)
Métabolique, Nutritionnel, Endocrinien	2 (0,2)	1 (0,1)
Urinaire	21 (1,7)	5 (0,8)
Grossesse, accouchement	16 (1,3)	/
Génital féminin et sein	17 (1,4)	1 (0,1)
Génital masculin	9 (0,7)	5 (0,8)
Social	8 (0,7)	3 (0,4)
Total	1199 (100,0)	717 (100,0)

Les diagnostics ont été relevés pour 94% des patients en services d'urgences mais seulement pour 56% des patients ayant appelé un service de garde de MG. L'importante proportion de motifs généraux diminue après que le diagnostic ait été posé, car reclassés dans un autre chapitre.

Aux urgences, les diagnostics les plus fréquents relèvent du chapitre ostéo-articulaire (20%) suivis de ceux relatifs au système digestif (15%). En médecine générale, les maladies de l'appareil respiratoires sont de loin les plus fréquentes (43%) suivies de celles de l'appareil digestif (14%). Le fait que l'enquête ait eu lieu au cours des mois d'hiver (excepté en Wallonie) peut expliquer en partie cette proportion élevée de problèmes relevant du système respiratoire en MG.

Tableau 7 : Distributions (en %) des diagnostics relevés aux urgences hospitalières et aux services de garde en MG codifiés selon la nomenclature CISP-2

Nature du diagnostic	Urgences hospitalières n (%)	Services de garde MG n (%)
Générale	149 (13,0)	46 (10,9)
Sang Système hématopoïétique	9 (0,8)	/
Digestif	178 (15,5)	58 (13,7)
Œil	37 (3,2)	1 (0,2)
Oreille	19 (1,7)	20 (4,7)
Cardio-vasculaire	61 (5,3)	24 (5,7)
Ostéo-articulaire	232 (20,2)	34 (8,0)
Neurologique	34 (3,0)	12 (2,8)
Psychologique	94 (8,2)	16 (3,8)
Respiratoire	133 (11,6)	183 (43,3)
Peau	112 (9,8)	9 (2,1)
Métabolique, Nutritionnel, Endocrinien	8 (0,7)	2 (0,5)
Urinaire	30 (2,6)	12 (2,8)
Grossesse, accouchement	24 (2,1)	2 (0,5)
Génital féminin et sein	13 (1,1)	1 (0,2)
Génital masculin	9 (0,8)	3 (0,7)
Social	4 (0,3)	/
Total	1146 (100,0)	423 (100,0)

Suivi de l'appel

Parmi les patients ayant eu recours au service d'urgence hospitalière 8% seront hospitalisés. Cette proportion est divisée par 3 pour les patients ayant appelé le numéro unique en MG et répondu à l'enquête puisque 2% d'entre eux ont reçu une demande d'hospitalisation. Enfin, 5% ayant consulté un MG ont été envoyés aux urgences pour avis et examens spécialisés. Les diagnostics ne sont connus que pour un peu plus de 2/3 d'entre eux, soit 22 sur 34 cas. Parmi ces 22 cas, 5 relèvent de l'appareil cardio-vasculaire et 4 de l'appareil urinaire.

5.1.2. Analyses

Acceptabilité d'une mesure de co-paiement

L'acceptabilité d'un forfait est moindre parmi les patients recourant à un service de garde hospitalier comparés à ceux appelant un service de garde MG ($p < 0,01$).

Dans leur majorité, les répondants acceptant l'idée d'un forfait considèrent qu'il serait utile pour limiter le recours abusif aux urgences. A l'inverse, les adversaires d'une telle mesure craignent que cela ne soit une barrière au recours aux soins pour les patients défavorisés ou jugent que les divers prélèvements financiers (cotisations sociales, % non remboursés des soins de santé) sont suffisamment élevés et ne voient pas la nécessité d'un paiement supplémentaire⁹.

Table 8 : Opinions (en %) sur l'acceptabilité d'un forfait pour les patients recourant à un service d'urgence ou une garde de MG

	Patients aux urgences n(%)	Patients en MG n(%)
Forfait acceptable	483 (50,1)	388 (60,7)
Forfait inacceptable	296 (30,7)	167 (26,1)
Ne sait pas	185 (19,2)	84 (13,1)
Total	964 (100,0)	639 (100,0)

Services d'urgences hospitalières

- Ce sont les personnes de 60 ans et plus et les parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui acceptent le moins l'idée d'un forfait (41%) versus 54% pour les autres groupes d'âge ($p < 0,01$),
- les non-belges (40% vs 55% pour les belges ; $p < 0,01$),
- le groupe ayant un niveau d'instruction au maximum égal au secondaire supérieur (47% versus 61% pour le groupe ayant un niveau d'instruction haute école ou universitaire ; $p < 0,01$),
- les inactifs (44% versus 56% chez les actifs ; $p < 0,01$),
- les francophones (48% versus 62% pour les néerlandophones ; $p < 0,01$).

(Tableaux en annexe III)

Services de garde de MG

- Les femmes acceptent autant que les hommes l'idée d'un forfait
- les belges acceptent l'idée d'un forfait plus que les non-belges (64% versus 42%; $p < 0,01$)
- le groupe ayant un niveau d'instruction haute école ou universitaire et le groupe ayant un niveau d'instruction au maximum égal au secondaire supérieur (68% versus 57% ; $p < 0,01$)
- les individus ayant une activité professionnelle acceptent plus (66%) que les groupes sans activité professionnelle (53%), ($p < 0,01$)
- les néerlandophones acceptent plus que les francophones (68% versus 58%; $p < 0,02$).

(Tableaux en annexe III)

Connaissance du forfait

Urgences hospitalières

Si la connaissance d'un paiement parmi les patients consultant dans les services d'urgence hospitalière est semblable à celle des patients consultant en MG, il n'en est

⁹ Réponses à l'item « autres ».

pas de même quant à la connaissance du forfait, significativement plus faible dans le groupe de services d'urgence (72% versus 32% ; $p < 0,01$).

Comparé aux autres groupes d'âge la connaissance du forfait est moindre chez les personnes âgées de plus de 60 ans (18% comparé à 34% pour le groupe patients ou accompagnants âgé de moins de 60 ans ; $p < 0,01$), chez les personnes d'un niveau d'instruction maximum secondaire supérieur comparé aux niveaux 'haute école' ou 'universitaire' (26% versus 45% ; $p < 0,01$), chez les inactifs comparé aux actifs (25% versus 37% ; $p < 0,01$).

Parmi les patients connaissant le forfait 33% pensent qu'il n'est pas toujours facturé (41% chez les actifs, 25% chez les inactifs ; $p < 0,01$), les deux raisons les plus souvent évoquées étant la référence par un médecin (22% (avec $n=30$)) et l'arrivée en ambulance (15% (avec $n=19$)) ; 50% ne connaissent pas le montant de ce forfait, les personnes d'un niveau d'instruction maximum secondaire supérieur le connaissant (33%) significativement moins que les personnes de niveau haute école ou universitaire (58%) ($p < 0,01$).

Il n'y a pas de différence au niveau de la connaissance du forfait entre les patients qui consultent un service d'urgence appliquant le forfait et ceux qui consultent un service d'urgence qui ne l'applique pas (tableau 9).

Tableau 9 : Nombre (et %) de patients consultant à l'hôpital pensant qu'un forfait peut être réclamé aux urgences, selon le fait que l'hôpital consulté demande ou pas le forfait

	Hôpital ne demande pas le forfait n (%)	Hôpital demande le forfait n (%)	Total
Ne connaît pas le forfait	385 (62,4)	232 (37,6)	617 (100,0)
Connaît le forfait	165 (57,1)	124 (42,9)	289 (100,0)

La connaissance du forfait potentiellement perçu aux services d'urgences, par les patients consultant aux services d'urgence hospitaliers d'une part, et par les patients en MG d'autre part, selon certaines de leurs caractéristiques démographiques et socio-économiques est présentée en annexe III.

Garde de médecine générale

Septante six pourcents des répondants appelant un MG savent que le patient, consultant un service d'urgence hospitalier, doit payer une consultation et une partie des examens complémentaires. Seulement 40% ($n=240$) connaissent l'existence d'un forfait (pas de différence significative selon le sexe).

Parmi l'ensemble des patients connaissant le forfait, 30% ($n=81$) seulement savent que le forfait n'est pas toujours facturé.

La connaissance du forfait est significativement inférieure :

- chez les patients âgés de 60 ans et plus comparés au groupe de patients ou accompagnants âgés de moins de 60 ans (24% versus 42% ; $p < 0,01$),
- dans le groupe ayant un niveau d'instruction du secondaire supérieur maximum comparé au groupe ayant un niveau d'instruction haute école ou universitaire (36% versus 48% ; $p < 0,01$),
- pour les personnes sans activité professionnelle comparées aux personnes avec une activité professionnelle (33% versus 45% ; $p < 0,01$).

Les non-belges connaissent un peu moins (71%) que les belges (77%) le système de paiement (différence non significative). On trouve des résultats semblables pour la connaissance du forfait (non-belges 32%, les belges 41% (mais cette différence est non significative).

Les motifs majoritairement (n=13) exprimés pour expliquer le non paiement du forfait sont:

- la référence par un médecin avec un mot d'accompagnement
- le fait que le forfait n'est pas réclamé dans tous les hôpitaux^h.
- Parmi les patients ayant connaissance du forfait, 29% situent le montant de celui-ci entre 10 et 19€, 19% lui attribuent un montant supérieur et 45% ne se prononcent pas (pas de différence significative selon le sexe ou la nationalité).

Tous les répondants

Parmi tous les patients interrogés, 35% connaissent l'existence d'un forfait. Il existe une différence de connaissance entre les nationalités ($p = 0.004$) (tableau en annexe III). Le forfait est moins connu par les patients nord-africains que par les autres groupes.

Op basis van de univariate analyse verschilt de kennis significant in functie van de taal die thuis het meest gesproken wordt. Bij de Nederlandstalige patiënten is het forfait meer gekend dan bij de anderssprekenden ($p < 0.001$) (tabel in bijlage III).

Patiënten met hogere inkomens zijn meer op de hoogte van het forfait dan de lagere inkomenscategorieën ($p = 0,017$). Naarmate patiënten meer het gevoel hebben dat het einde van de maand moeilijker verloopt is de kennis van het forfait ook minder ($p = 0,001$).

De groep die de huisartsenwachtdienst gebruikt kent het forfait beter dan de groep die de spoedgevallendienst bezoekt (40% versus 31%) ($p = 0,005$).

De kennis over het betalingssysteem op de spoedgevallendienst verschilt niet tussen deze beide groepen.

Les résultats de l'analyse multivariée relative à la connaissance du forfaitⁱ (tableau 10) confirment partiellement ces résultats. Les personnes ayant recours à la garde en médecine générale connaissent significativement plus le forfait que les patients allant consulter en services d'urgences hospitalières (OR : 1,35). Il n'existe pas de différence significative au seuil de 5% dans la connaissance du forfait selon le sexe, la nationalité, l'activité ou la langue.

Les caractéristiques suivantes sont associées à une connaissance **significativement plus grande** du forfait : les personnes (patients ou accompagnants) âgées de moins de 60 ans comparées aux personnes de plus de 60 ans (OR respectivement de 2,47 et de 2,39 pour les groupes d'âge 0-14 ans et 15-59 ans), les personnes vivant en union comparées aux autres formes de ménages (OR : 1,6).

En revanche une connaissance **significativement moindre** du forfait est observée chez les personnes ayant des fins de mois (très) difficiles ou même simplement assez difficiles ou assez faciles comparées au groupe économiquement le plus aisé (fin de mois facile ou très facile) avec respectivement des OR de 0,70 et 0,68. Il en est de même pour les personnes d'un niveau d'instruction secondaire (OR : 0,61) comparés aux personnes ayant un niveau d'instruction supérieure.

Excepté pour le statut d'activité, ces résultats rejoignent ceux observés au cours de l'analyse univariée. La méconnaissance du forfait est associée à des caractéristiques de vulnérabilité plus grande : un âge élevé, une perception de fins de mois autres que (très) faciles et un niveau d'instruction plus faible.

^h Seuls 6 répondants savaient que le forfait n'est pas facturé si le patient arrive en ambulance.

ⁱ En 2 catégories: « connaît le forfait » versus « ne connaît pas » et « ne sait pas »

Tableau 10 : Caractéristiques liées à la connaissance du forfait. Résultats d'un modèle de régression logistique (n=1375)

Caractéristiques	Modalités	OR	IC 95%
Lieu de consultation	Médecine de garde Urgence	1,35* 1,00	(1,06 ; 1,72)
Sexe du patient	Masculin Féminin	0,81 1,00	(0,64 ; 1,03)
Groupe d'âge du patient	0-14 ans 15- 59 ans 60 ans et plus	2,47*** 2,39*** 1,00	(1,55 ; 3,93) (1,56 ; 3,66)
Nationalité du patient/ ou de l'accompagnant	Belge Non-belge	1,01 1,00	(0,70 ; 1,43)
Langue du patient / ou de l'accompagnant	Français Néerlandais Autres	0,92 1,45 1,00	(0,60 ; 1,39) (0,92 ; 2,30)
Situation familiale	En union Vit seul(e) Autres formes de ménage	1,6 ** 1,29 1,00	(1,14 ; 2,24) (0,84 ; 1,99)
Instruction du patient/ou de l'accompagnant	Sans/primaire Secondaire Supérieure / universitaire	0,73 0,61*** 1,00	(0,49 ; 1,09) (0,47 ; 0,80)
Activité du patient/ou de l'accompagnant	Non Oui	0,88 1,00	(0,66 ; 1,17)
Fin de mois	Très difficile/difficile Assez difficile/assez facile Facile/très facile	0,70 * 0,68 ** 1,00	(0,50 ; 1,00) (0,51 ; 0,94)

Seuil de signification : *** p < 0,001 ; **p<0,01 ; *p< 0,05

Recours au service d'urgence

Les caractéristiques des patients ont également été étudiées en relation avec le recours au service d'urgence en analyse multivariée (tableau 11). En sus des variables démographiques et socio-économiques considérées dans l'analyse de la connaissance du forfait, les variables « avoir un MG » et « nombre de recours aux urgences durant les 12 derniers mois » ont également été ajoutées au modèle.

Tableau 11 : Caractéristiques liées au recours au service d'urgences. Résultats d'un modèle de régression logistique (n=1268)

Caractéristiques	Modalités	OR	IC 95%
Connaissance du forfait	Non	1,22	(0,95 ; 1,58)
	Oui	1,00	
Sexe du patient	Masculin	1,23	(0,97 ; 1,57)
	Féminin	1,00	
Groupe d'âge du patient	0-14 ans	1,54	(0,99 ; 2,41)
	15-59 ans	1,83**	(1,22 ; 2,72)
	60 ans et plus	1,00	
Nationalité du patient/ ou de l'accompagnant	Belge	0,63*	(0,44 ; 0,92)
	Non-belge	1,00	
Langue du patient / ou de l'accompagnant	Français	0,51**	(0,31 ; 0,82)
	Néerlandais	0,68	(0,40 ; 1,15)
	Autres	1,00	
Situation familiale	En union	1,40*	(1,01 ; 1,95)
	Vit seul(e)	1,84**	(1,18 ; 2,86)
	Autres formes de ménage	1,00	
Instruction du patient/ou accompagnant	Sans/primaire	1,60*	(1,04 ; 2,46)
	Secondaire	1,28	(0,97 ; 1,70)
	Supérieure / universitaire	1,00	
Activité du patient/ou de l'accompagnant	Non	1,16	(0,86 ; 1,56)
	Oui	1,00	
Fin de mois	Très difficile/difficile	1,00	(0,70 ; 1,44)
	Assez difficile/assez facile	1,14	(0,85 ; 1,55)
	Facile/très facile	1,00	
Avoir un MG	Oui	0,33***	(0,21 ; 0,51)
	Non	1,00	
Nombre de recours aux urgences	Moins de 2 fois	0,76*	(0,59 ; 0,98)
	2 fois et plus	1,00	

Seuil de signification : *** p < 0,001 ; **p<0,01 ; *p< 0,05

Le type de recours n'est pas associé à la connaissance du forfait. Comme dans l'analyse relative à cette connaissance, il n'est pas non plus associé au statut d'activité ou au sexe du patient.

Un recours **significativement moindre** aux urgences est observé chez les belges comparés aux non belges (OR=0,63) et chez les francophones comparés aux autres langues (non inclus le néerlandais) (OR=0,51).

Enfin un recours aux urgences, de préférence au service de garde en MG, **significativement supérieur** est observé parmi le groupe d'âge 15-59 ans comparé au patients de 60 ans et plus (OR=1,83) chez les personnes de très faible niveau d'instruction comparé au niveau d'instruction supérieur ou universitaire (OR=1,60). Par rapport aux autres formes de ménage, les personnes célibataires et dans une moindre mesure les personnes en union (OR = 1,84 et OR=1,40 respectivement) sont plus nombreuses à recourir aux urgences.

Il n'est pas surprenant d'observer que les caractéristiques en relation avec des comportements de soins telles qu'avoir un médecin généraliste ou ne pas avoir eu fréquemment recours aux urgences au cours des 12 derniers mois sont significativement associées à un plus faible recours aux urgences (respectivement OR=0,33 et OR=0,76) pour la visite ayant fait l'objet de l'enquête.

Ces variables peuvent en partie dépendre d'autres caractéristiques socio-économiques et il est par exemple intéressant de souligner que la variable de type économique « fin de mois » perd toute signification. Certains de ces résultats tendraient à montrer que des déterminants plus culturels jouent quant au type de recours : ainsi une plus grande compréhension du système national de soins (avoir un médecin traitant, être belge, avoir un niveau d'instruction plus élevé) sont associés à un recours à la garde en MG plutôt qu'à un service d'urgence hospitalier. Soulignons de plus que ces notions de différences culturelles ont été en partie « gommées » par la collecte de données réalisée puisque les personnes ne pouvant pas répondre au questionnaire du fait de problème de compréhension linguistique (donc de nationalité différente) ont été écartées de l'étude.

Recours multiples aux services

Urgences hospitalières

La proportion de personnes consultant un service d'urgence hospitalière et ayant déjà eu recours à un tel service au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée (39% ; $p < 0,01$) que celle de patients consultant en médecine générale (4% déclarent plus de deux recours).

Plus de la moitié (54%) des enfants de 0-4 sont allés aux urgences au cours des 12 derniers mois. Comparé à l'ensemble des autres groupes d'âge (36%), cette différence est significative ($p < 0,01$).

Le recours a été aussi plus fréquent chez les personnes sans instruction comparé aux personnes ayant un diplôme universitaire (49% versus 27% ; $p < 0,01$)

En revanche, il n'y a pas de différence significative entre:

- le groupe de patients connaissant l'existence du forfait (39%) et celui ne la connaissant pas (45%). Neuf pour cent des personnes savent qu'elles ont payé un forfait et 45% déclarent qu'elles n'ont pas payé de forfait. Parmi celles-ci 40 étaient venus de leur propre initiative.
- les belges et les non-belges (37% versus 42%)
- les actifs et les inactifs (36% versus 42%).

Dix huit répondants (2%) déclarent avoir post-posé une visite dans un service d'urgence à cause du coût et 5 d'entre eux sont allés consulter un autre médecin (un seul sera référé aux urgences).

Garde de médecine générale

Vingt neuf pour cent ($n=185$) des personnes interrogées ont eu recours à un service d'urgence (pas de différence selon le sexe) au cours des 12 derniers mois et 8% déclarent plus de deux recours.

Le groupe ayant un niveau d'instruction au maximum égal au secondaire supérieur a recouru significativement plus fréquemment ($p < 0,01$) aux urgences que le groupe ayant un niveau d'instruction haute école ou universitaire. De même il existe une différence significative dans le recours aux urgences au cours des 12 derniers mois entre le groupe de patients connaissant l'existence du forfait (29%) et celui ne la connaissant pas (40%) ($p < 0,05$).

Parmi l'ensemble des patients ayant eu recours aux urgences, seuls 9% des patients savent qu'ils ont payé un forfait et 32% disent qu'ils n'ont pas payé de forfait. Soulignons cependant que parmi ceux-ci, 28% déclarent être allés aux urgences de leur propre initiative.

Si 3% ($n=20$) des patients reconnaissent avoir post-posé une visite aux urgences à cause du coût que cela susciterait (pas de différence selon le sexe), ils sont encore moins nombreux (1,6% ; $n=10$) à déclarer avoir post-posé ou supprimé une visite aux urgences à cause de ce forfait. Parmi les 6 patients ayant alors consulté un autre MG, 3 seront finalement envoyés aux urgences.

Etant donné le nombre peu élevé de patients qui ont eu recours aux urgences plus de deux fois au cours des derniers 12 mois, nous n'avons pas réalisé d'analyse multivariée sur cette question.

5.2. RESULTATEN KWALITATIEVE STUDIE

Het kwalitatieve deel van het onderzoek heeft tot doel aanvullende, eventueel verdiepende inzichten op de enquête te verwerven. Het betreft hier een kleinschalig onderzoek, waarvan de resultaten niet mogen beschouwd worden als representatief.

5.2.1. Echantillon observé

In de dataset van de spoedgevallen bevonden zich geen respondenten die zich 's nachts hebben aangeboden.

In totaal werden 37 semi-gestructureerde interviews gehouden bij 26 vrouwen en 11 mannen. Voor de regio's Gent en Antwerpen werden 21 interviews bij patiënten afgenomen. Negen interviews werden afgenomen bij huisartsen, 12 op spoedgevallendiensten. In Brussel en Charleroi zijn 11 personen geïnterviewd op spoedgevallendiensten en 5 bij huisartsen.

In het onderzoek te Gent en Antwerpen deden 13 vrouwen en 8 mannen mee. Gemiddelde leeftijd is 32,3 jaar. De mediaan bedraagt 35 jaar. Eén respondent was ouder dan 70 jaar. Elf patiënten zijn werkzaam in loondienst (5 bij HA, 6 op spoed), 3 huismoeders zonder werk (allen gehuwd) (3 bij HA), drie zelfstandigen (waarvan 2 op pensioen) (1 bij HA, 2 op spoed), twee werklozen (beiden op spoedgevallen) en een student (op spoedgevallendienst). Alle patiënten hadden de Belgische nationaliteit, twee respondenten spreken thuis Marokkaans (zie tabel in bijlage III).

Dertien respondenten geven aan een hospitalisatieverzekering te hebben (5 op 9 bij huisartsen, 8 op 12 bij spoedbezoeken, 7 van de 11 in Gent, 6 van de 10 in Antwerpen).

Aux urgences à Charleroi et Bruxelles, l'âge moyen est 36,3 ans et l'âge médian de 32 ans. Le groupe de enquêtés est constitué de 3 hommes et 8 femmes, le plus âgé ayant 84 ans et le plus jeune 6 ans. Deux n'ont pas de MG. Seulement 2 personnes sur neuf ont téléphoné à leur MG car c'était le week-end. Ces deux-là ont été renvoyées par leur MG au service hospitalier.

Dans les 5 situations étudiées en garde de MG, les patients ont un âge moyen de 14,8 ans et un âge médian de 18 ans. Toutes les personnes enquêtées sont de sexe féminin, ayant chacun un médecin de famille. Si 4 patients sur 5 n'ont pas appelé leur MG car c'était le week-end, les 5 par contre ou leur référent connaissent la liste de garde et/ ou le moyen de faire appel à la garde de médecine générale à domicile.

Huit répondants ont une assurance hospitalisation : 3 sur les 5 recourant aux services de médecin généraliste et 5 sur les 11 allant aux urgences, 8 pour les 12 patients vus à Bruxelles, aucun à Charleroi.

5.2.2. Raisons de la consultation

Spoeddiensten

Op de spoeddiensten in Vlaanderen waren er:

- 7 traumatische gevallen (gestoten, schoolongeval en dergelijke),
- 2 geval van hoest en/of koorts,
- 1 nierkoliek,
- 1 patiënt met maagklachten,
- 1 geval van chronische psychiatrie.

De meest aangehaalde reden om op eigen initiatief de spoedgevallendienst te raadplegen was meestal de beschikbaarheid van medische beeldvorming.

Eén van de patiënten op spoedgevallen in Gent had de huisarts vooraf niet gecontacteerd. In Antwerpen had één patiënt huisarts wel gecontacteerd. Sur 11 personnes interviewées aux urgences en Wallonie, 2 seulement sont envoyées par le médecin généraliste.

Les raisons d'arrivée aux urgences pour les 9 patients n'ayant pas fait appel à leur MG sont diverses.

- Quatre patients estiment que leur problème se règle uniquement par le recours aux urgences (vomissement et sang, risque d'un pneumothorax, peur d'infection après cystectomie car seule et angoissée, température enfant) ;
- Deux patients estiment devoir avoir une radio (douleur de dos après une chute, pied écrasé par une voiture) ;
- Un répondant n'a pas de généraliste car cela coûte trop cher et émerge du CPAS ;
- Un patient consultant pour vertiges et nausées fait partie du personnel de l'hôpital. Il estime donc que les soins sont gratuits pour lui ;
- Une mère se dit obligée par le CPAS d'aller aux urgences quand il y a un problème santé. Elle estime de plus que lorsqu'il s'agit de l'un de ses enfants le recours au pédiatre de garde est plus adéquat aux urgences que via le MG.

Les motifs de consultation des services d'urgences ne sont donc pas uniquement d'ordre médical ou nécessitant une radiographie. Des raisons de type coût des soins de santé, compétence des praticiens et itinéraire thérapeutique prescrit sont également évoqués.

Huisartsen

Bij de huisartsen in Vlaanderen bestond de pathologie uit 4 kleine trauma's en 5 gevallen van koorts met en zonder hoest. En Wallonie et à Bruxelles les 5 cas relèvent l'élément de pathologie ou de santé grave voire s'aggravant et ce, chez 4 enfants –adolescents et une femme enceinte (34 semaines). Les 5 plaintes chez les MG étaient: la température, toujours mal après un antidouleur, infection gastro-intestinale, un bébé qui tousse, et une infection urinaire.

5.2.3. Kent de patiënt het forfait?

Een eerste vaststelling is dat de patiënten het bestaan van een forfait op de spoeddiensten nauwelijks kennen.

De geïnterviewde spoedgevallenpatiënten in Antwerpen (n=5) kennen het forfait niet. Wel geven ze aan dat ze in een ziekenhuis een waarborg van 25 Euro moeten betalen.

Deze waarborg wordt geïnd in het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen naar aanleiding van historische financiële problemen onder andere in die ziekenhuizen.

In Gent daarentegen is bij de patiënten die de spoedgevallen raadplegen (n=7) het forfait wel bekend op één na. Les patients des urgences à Gand sont, à une exception près, référés par un médecin généraliste. Le contenu des interviews tend à démontrer que ce serait parce que tous les hôpitaux de la région demandent le forfait et que la population est bien au courant de son existence et des conditions d'application. De spoeddiensten in het Antwerpse heffen over het algemeen het forfaitaire bedrag niet. Op basis van de kwantitatieve analyses kunnen we echter niet stellen dat de verschillen liggen bij het al of niet innen van het forfait.

Respondenten schatten het forfait echter altijd te hoog in, en weten evenmin wanneer het forfait wordt aangerekend.

Patiënt UZ Gent: "Ja dat wisten we, we hebben het gehoord op de televisie". Vragen ze het forfait niet aan iedereen? Ik denk het wel. Ik heb nog nooit een forfait moeten betalen. 12,5 Euro vind ik een normale prijs, je betaalt dan nog minder dan voor een gewone consultatie".

In Wallonië en Brussel is de kennis over het forfait beperkt. Huit personnes sur 11, n'ont jamais entendu parler du 'forfait' aux urgences et ce quel que soit leur statut socio-économique : six personnes ont avancé une réflexion relative au coût des soins en urgences. Ce qui apparaît dans leurs discours, c'est que l'aspect 'gratuité de soins' est fort prégnant : ils estiment qu'ils ne doivent rien déboursier comme argent aux urgences.

Bij de patiënten die huisartsen consulteerden, kennen slechts drie patiënten (allen in Gent) het forfait. Trois personnes aux gardes des MG en Wallonie et à Bruxelles connaissent l'existence du forfait dont deux en donnent le montant exact. Ces trois personnes ont déjà eu recours aux urgences à l'hôpital. Pour ces répondants, le forfait est un frein à l'accueil aux urgences en fonction de revenus peu élevés surtout. Il est pour eux obligatoire d'avoir de l'argent 'en conséquence' chez soi pour pouvoir faire appel au MG à domicile et le payer.

Deux personnes n'ont aucune connaissance relative au forfait. Il s'agit de jeunes femmes encore à charge de leurs parents. Pour elles, les parents paient et ce sont les mêmes frais à domicile ou non. Cependant, elles reconnaissent que pour les pauvres ce forfait est ennuyeux ou qu'il n'est pas normal de demander des suppléments car les 'gens doivent avoir un médecin sans payer plus'.

5.2.4. Beïnvloedt een forfait de keuze?

Geen van de respondenten heeft rekening gehouden met het forfait voor de keuze van zorgvoorziening. Het al dan niet betalen van een forfait was van geen belang. Als zij werden geconfronteerd met de hoogte van het bedrag werd gelaten gereageerd. De hoogte van het bedrag is niet zo belangrijk. De subjectieve ernst van de klachten is veel meer bepalend. Patiënten zullen dus niet naar de huisartsenwacht stappen omdat ze op spoedgevallen een forfait moeten betalen.

Toch stellen sommigen dat het betalen van een forfait in bepaalde situaties voor bepaalde personen een probleem zou kunnen zijn. Pour certaines personnes qui le connaissent, le forfait est perçu comme un frein à l'accueil aux urgences des personnes bénéficiant de revenus peu élevés. Cette perception du forfait comme étant un obstacle à l'accès au soins est renforcée par le sentiment qu'ont certains patients qu'il est obligatoire d'avoir de l'argent 'en conséquence' chez soi quand on choisit la garde à domicile. Le problème financier présent dans leur esprit quand on opte pour la garde à domicile s'étendrait aux urgences à cause du forfait et les plus démunis n'auraient plus de solution pour bénéficier de soins en urgence.

- Patiënt UZ Gent; "Goh, dat weet ik niet hoor, wat is 12,5 Euro, voor sommige mensen is dat niets, voor anderen met een laag inkomen schrikt dat misschien al af."

ⁱ Overigens speelt mogelijk hier een 'stimulus-geïnduceerd' responseffect, omdat de respondenten enkel "theoretisch" reageren.

- Interviewer; "Zou volgens u de keuze hetgeen je moet betalen een rol kunnen spelen?
Patiënt: "dat kan, maar ik denk dat, wanneer je je niet goed voelt, je in eerste instantie snel geholpen wil worden".
- Patiënt huisarts Gent; "Nee dat heeft geen invloed. Mijn zus had wel eens rugklachten. Ze had de huisarts laten komen en die had haar een inspuiting gegeven maar het bleef veel pijn doen. Ze overwoog naar spoed te gaan maar ik heb haar gewaarschuwd voor die boete die je daar eventueel zult moeten betalen. Ze is dan niet geweest."

Als we doorvragen of een forfait een rol speelt om de consumptie door anderen af te remmen denken 3 patiënten dat dit wel zou werken.

- Patiënt Stuivenberg; "Ze komen naar hier omdat ze niet moeten betalen. Bij ons weet je dat."

Gelijkaardige resultaten vinden we in het Franstalige landsgedeelte. Cinq répondants sur 8 qui ne connaissent pas le 'forfait urgences', estiment que cela ne peut leur être demandé puisque, d'après eux, la raison de leur visite (leur critère de problème de santé) est valable: deux estiment que leur consultation aux urgences est un 'droit acquis' donc pas d' 'amende' à payer. Une dame qui vient pour une radio l'estime non valable dans la mesure où elle paie ses soins

- "Je ne sais pas comment on paie les soins aux urgences...moi j'ai mal de tête, c'est un accident je viens ici"
- "Mais non cela ne m'influencerait pas, si on estime que c'est grave, pas une température à 38 mais grave, il faut aller aux urgences,"(CPAS)
- "Non cela ne changerait rien pour moi mais je ne paie pas car je suis de... (Personnels hospitaliers), pour les autres gens, qui doivent gérer leur budget, c'est autre chose..."

En médecine générale 3 répondants connaissent l'existence du forfait dont 2 en donnent le montant exact mais le forfait selon l'un d'entre eux devrait être modulé en fonction des revenus. Deux personnes ne connaissent pas le forfait mais trouvent que pour les pauvres le forfait serait un problème et qu'il n'est pas normal de payer un supplément car « les gens doivent voir un médecin sans payer plus ».

5.2.5. Wat beïnvloedt de keuze van zorg?

Tijdens de interviews worden uiteenlopende redenen aangehaald die de keuze voor een zorgvoorziening beïnvloeden

Bij de respondenten op spoedafdelingen in Gent en Antwerpen worden verschillende redenen aangehaald om naar een spoedafdeling te gaan.

- Verwezen door huisarts (4 maal),
- Huisarts geen spreekuur of niet te bereiken (4 maal),
- Gekende specialist meteen bij de hand, bijvoorbeeld pediater (4 maal),
- Radiologie nodig volgens patiënt (4 maal),
- Pijn wordt ondraaglijk (2 maal),
- Goede reputatie kliniek (2 maal),
- Slechte ervaring met huisartsen wachtdienst (1 maal),
- Huisarts kan een eenvoudige klacht zoals bronchitis niet behandelen (1 maal),
- Schooldirectie heeft mij gestuurd (1 maal),
- We dachten dat het iets aan de hersenen was (1 maal).

De wachttijden op de spoedgevallendiensten wordt vier maal uitdrukkelijk als negatief aspect benoemd. In Stuivenberg ziekenhuis was er een respondent die meldde dat de wachttijden op bepaalde ochtenden dan weer erg meevallen.

- Patiënt Stuivenberg; "Ik ben hier eens geweest op een woensdag of vrijdag ochtend, toen was ik hier heel snel buiten. Het hangt ervan af wanneer je komt".

In het Franstalig landsgedeelte vonden we gelijkaardige redenen om te kiezen voor de dienst spoedgevallen.

- 3 'indications' de radio presenties,
- il apparaît que ces personnes semblent paniquées soit devant l'état de leur enfant, soit parce que leur état s'aggrave ou leur paraît d'emblée nécessiter un service d'urgences,
- « pas d'hésitation ; on embarque...même si c'est un bobo après...c'est pas à d'autres de décider pour moi, pour ma fille... »,
- Distance: La distance qui les sépare de l'hôpital n'a jamais posé problème, à pieds (2), appel à une auto du voisinage, d'enfants, de l'ex-mari, de cousin... ,
- Qualité, compétence des médecins, qualité des soins, rapidité des soins (7), efficacité et qualité des soins (5), disponibilité de matériel ou de personnel (3), inefficacité de prise en charge (2), inefficacité des médecins généralistes (3),
- « les médecins généralistes sont inefficaces 'à soigner les enfants, à suturer et à 'ne donner que des antibiotiques, ce qui pousse à l'automédication",
- La méconnaissance de la garde et/ ou comment appeler la garde à domicile est importante : seulement 3/11 la connaissent mais n'y ont pas eu recours car dixit leur état s 'aggravait.

Bij de Nederlandstalige geïnterviewden worden 9 verschillende redenen aangehaald die die keuze voor een huisartsdienst beïnvloed hebben. Drie specifieke redenen hebben de keuze voor de centrale huisartsenwachtpost mee bepaald.

- Gemakkelijke telefonische bereikbaarheid (via antwoordapparaat huisarts, centraal oproepnummer of centraal nummer wachtdienst) (9 maal),
- Een huisbezoek mogelijk (bejaard koppel, moeilijk vervoer, kind met hoge koorts) (5 maal),
- Met een klein probleem ga je niet naar de spoed (3 maal),
- Ik ga altijd via de huisarts, die kan verwijzen wanneer nodig (4 maal),
- Goede ervaringen met huisartsen wachtdienst (2 maal),
- Vertrouwen in de huisarts (2 maal),
- Een vertrouwde klacht (oorpijn, rugpijn) (2 maal),
- Onmiddellijk medicatie voorgeschreven krijgen (1 maal),
- Aan een huisarts kun je iets meer vertellen, bredere benadering (2 maal).

Bijkomende argumenten om te kiezen voor de centrale wachtpost van Deurne-Borgerhout waren;

- Het is op een herkenbare plaats (3 maal),
- Er is altijd iemand (1 maal),
- Er wordt een verslag gestuurd naar de eigen huisarts (1 maal).

A côté du recours ou non à leur MG, à leur expérience antérieure avec les urgences hospitalières, à la rapidité connue d'interventions de la garde de médecine générale il y a d'autres raisons expliquant ce choix.

- La mère du bébé (qui a l'expérience des urgences) relève que c'est moins cher pour des petites gens d'appeler la garde.

Les 5 répondants mettent ici en avant les compétences des médecins généralistes à traiter leurs appels :

- “Les enfants meurent aux urgences par incompétence des assistants qui ne sont pas des vrais médecins et qui ne connaissent pas le maniement du matériel.”
- “Pour un jeune de 18 ans, (gastro ??) les gardes de médecine sont toujours plus rapides et ‘on ne va jamais aux urgences, c’est une habitude comme cela, d’abord le généraliste”

Deux personnes relèvent qu’elles ont appelé la garde de médecine générale en pensant que son intervention serait plus rapide que le recours aux urgences. Pour deux autres patients, c’est toujours de cette façon qu’ils agissent.

Dans ce groupe, la connaissance du service de garde, l'accès à son numéro d'appel, sa rapidité de réaction déjà évaluée et la compétence (parfois comparée à celle du service d'urgences hospitalier) ont été déterminants dans le choix de la garde de médecine générale. Mais certains appels, tels que les plaies avec coupures, les infarctus, la nécessité de radios si présomption de fractures ou d'un spécialiste tel un dermatologue nécessiteront le recours aux urgences hospitalières.

5.2.6. Welke alternatieven stellen patiënten voor om spoedgevallen bezoek af te remmen?

Patiënten erkennen (n=10) dat het bezoek van spoedgevallendiensten in veel gevallen overmatig en ongepast is.

- Interviewer: “Vind je het zelf eigenlijk nodig om het spoedbezoek te beperken?”
- Patiënt UZ Gent; “Wel natuurlijk, spoed is voor spoedgevallen, het woord zegt het zelf; Je moet daar niet gaan zitten met een snotneus of een schaafwonde”.
- “ Non, je peux comprendre dans le but que s'il y a des gens qui ont vraiment la nécessité d'être soignés, et qu'on s'occupe de personnes qui n'ont pas nécessairement besoin d'être soignés, quelque part c'est retenir des médecins pour des personnes qui en ont réellement besoin, quoi. Donc euh...”

Maar geïnterviewden in Antwerpen vinden dat een spoedafdeling ook een eerste lijnsfunctie heeft. Het gaat hier in vier van de vijf gevallen over werklozen en /of allochtonen die zeer dicht bij de spoedgevallendienst wonen en er regelmatig gebruik van maken.

- Patiënt Stuivenberg; “Als er in het weekeinde iets gebeurt ga ik naar spoed. Door de week ga ik naar de eigen huisarts. Huisarts van wacht, dat doe ik nooit meer”.

Om het (oneigenlijk) gebruik van spoedgevallendiensten te laten afnemen, wordt door de respondenten vooral gesuggereerd meer en betere informatie te verschaffen. Het betreft informatie over:

- verduidelijken wanneer wel of geen forfait wordt aangerekend.
 - Patiënt UZ Gent; “..Ik vind wel, je komt hier binnen en je weet nooit hoeveel je zult moeten betalen achteraf. Dat is allemaal heel onduidelijk.”
- de taakverdeling van de huisartsen en spoedafdelingen te verduidelijken naar de bevolking toe.
- TV en krant een goed medium. Ook wordt een spotje van algemeen nut gesuggereerd.

- Patiënt UZ Gent; “Wel , misschien door het te melden aan de inkom, aan de poort of zo, of via de VRT met een boodschap van algemeen nut. Misschien kan de huisarts er ook een rol in spelen bij het verspreiden van informatie.”
- Er worden ook suggesties gedaan over de vorm:
 - folders die verspreid worden via het ziekenfonds, de spoedgevallendienst en de huisartsen.
 - op de spoedgevallen diensten uit te hangen wat de kosten zijn.

Une seule personne sur 5 patients chez les MG propose spontanément la création d'un centre de gardes de médecine générale, ouvert 24h/24, en insistant sur son accessibilité pour tous (mobilité réduite et distances) et ce, aux mêmes prix 'qu'habituellement.

Une seule personne aux urgences a avancé une alternative du style polyclinique qui trierait avant l'envoi aux urgences si nécessaire.

“Ça... Ben... au moins le généraliste ferait le bilan et puis m'enverrait chez un spécialiste, aux urgences, C'est un peu l'idée d'un tri, ...”

Patiënten die gebruik hadden gemaakt van de huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout, ervaren vooral de herkenbaarheid en toegankelijkheid van de dienst als positief .

Patiënt huisartsenwachtdienst: “..er is altijd iemand ter beschikking.”

Patiënt huisartsenwachtdienst: “..je moet niet meer op zoek naar de huisarts van wacht, je weet dat je daar steeds terecht kan.”

Huit personnes n'ayant aucune idée d'alternatives aux urgences, ont ici donné leur avis quant à la proposition de centre de médecins de gardes faite par l'intervieweur mais:

- le pharmacien aurait pu nettoyer aussi ma plaie,
- oui un centre s'il y a des spécialistes aussi,
- oui si juste à côté de chez moi car j'étouffe avec mon asthme,
- oui mais comme une maison médicale car elles ne sont pas assez puissantes et on a laissé partir un monsieur en auto qui après a eu 5 pontages,
- si ce centre médical est plus près que l'hôpital,
- oui j'irai si il y a plus de médecins qu'ici,
- oui s'il travaille aux mêmes prix qu'à l'hôpital (jeune ne connaissant pas le financement des soins).

Deux autres sur propositions de l'interviewer, acquiescent à l'idée du centre médical tout en insistant sur la présence obligatoire d'un pédiatre ou en étant dubitatif car la confiance revient d'abord à son médecin de famille, ce qui veut dire qu'elle ne s'y rendrait pas avec son enfant de 8 mois ; elle referait la même démarche qu'aujourd'hui c'est-à-dire appeler 'SOS médecins'.

La possibilité de consulter par téléphone a également été évoquée ou la présence d'un MG dans les pharmacies de garde.

Quant au financement : Trois répondants ont ici parlé du problème de détenir suffisamment d'argent liquide pour payer le MG. Mais face à ce constat:

- Un propose 'un fond de solidarité (?) ou de demander d'envoyer la facture plus tard comme 'les autres corps de métier', ou de faire le paiement par virement.'
- ‘..de virement également ou de mettre un MG dans la pharmacie de garde ou d'installer une consultation médicale 'téléphonique 'tout en reconnaissant la difficulté de poser un diagnostic par téléphone...'

- 'D'accord pour un paiement différé et pour un 'bancontact mais prudence que les médecins ne demandent pas de supplément comme dans les magasins !'

5.3. RECAPITULATIF

5.3.1. Caractéristiques socio-économiques

- Les patients recourant à un service d'urgence hospitalier sont, comparés aux patients en MG, plus fréquemment de nationalité non-belge et présentent des caractéristiques socio-économiques qui peuvent entraîner des situations de précarité plus grande : 17% sont sans diplôme, 16% des ménages ont un revenu mensuel inférieur à 750€, les fins de mois sont difficiles ou très difficiles pour 29% d'entre eux, 5,5% des patients sont sans mutuelle et 13% ont une assurance VIPO.
- Les patients recourant un service MG sont plus fréquemment des femmes, des personnes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 60 ans, belges. Onze pour cent des patients ont un niveau d'instruction primaire (ou pas de diplôme). La moitié des ménages ont un revenu inférieur à 2000€, dont 4% un revenu mensuel inférieur à 750€ et les fins de mois sont qualifiées de difficiles ou très difficiles par 23% des ménages. La quasi-totalité des patients ont une mutuelle, et 10% d'entre eux ont une assurance VIPO.
- Après ajustement pour différentes variables, il s'avère que les caractéristiques socio-démographiques qui sont associées à une consultation au service des urgences sont la nationalité autre que belge, le fait d'être âgé de moins de 60 ans, de vivre en couple ou seul et d'avoir accompli au maximum des études primaires.

5.3.2. Médecin traitant

- Les patients recourant aux gardes en MG ont plus souvent un médecin traitant que les patients allant aux urgences (91% versus 77%). Ceci est confirmé en analyse multivariée. Dans les services d'urgence, les caractéristiques suivantes associées au fait de ne pas avoir de médecin traitant sont : les parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans, les non-belges, les personnes vivant seules, les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé.

5.3.3. Caractéristiques du recours

- Que ce soit aux urgences hospitalières ou en MG, la moitié des recours ont lieu le samedi entre 12h et 20h
- Aux urgences hospitalières, 63% des patients sont venus de leur propre initiative. Ils ne sont que 18% à être venus aux urgences référés par un médecin. Ce sont les personnes de plus de 60 ans qui répondent le mieux aux critères de non-paiement d'un forfait.
- En MG, dans moins de 20% des cas le répondant avait envisagé d'aller aux urgences : ce sont plus souvent les non-belges et lorsque le patient est âgé de 0 à 4 ans.

5.3.4. Motifs de recours

- Le plateau technique et l'accessibilité (en termes d'horaires et de déplacement) sont les motifs les plus facilement évoqués pour recourir aux urgences hospitalières. L'argument financier est rarement évoqué.
- Les motifs les plus fréquents se réfèrent à l'appareil ostéo-articulaire pour les urgences hospitalières au système respiratoire pour la MG. Les diagnostics ont été relevés pour 95% des patients en services d'urgences et 56% des patients en médecine générale. Aux urgences, le diagnostic le plus fréquent

relève du chapitre ostéo-articulaire. En médecine générale, les maladies de l'appareil respiratoires sont de loin les plus fréquentes suivies de celles de l'appareil digestif.

5.3.5. Acceptabilité d'une mesure de co-paiement

- L'acceptabilité d'un forfait est moindre parmi les patients recourant à un service de garde hospitalier comparés à ceux appelant un service de garde MG. Les caractéristiques des personnes rejetant l'idée d'un forfait sont sensiblement les mêmes aux urgences hospitalières et en garde de MG.
- Parmi les patients recourant au service d'urgence hospitalière les personnes acceptant le moins l'idée d'un forfait sont les personnes de 60 ans et plus et les parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans, les non-belges, le groupe ayant un niveau d'instruction au maximum égal au secondaire supérieur, les inactifs, les francophones.
- Parmi les patients recourant au service de garde MG les personnes acceptant le moins l'idée d'un forfait sont les non-belges, les personnes ayant un niveau d'instruction au plus égal au secondaire supérieur, les inactifs et les francophones.
- Le forfait est perçu comme limitant l'accessibilité aux soins par certains patients. En effet, d'une part ils estiment qu'il faut avoir suffisamment d'argent liquide chez soi pour faire appel à un service de garde et d'autre part, ils perçoivent les urgences comme un service 'gratuit' ou qui devrait être gratuit. Pour eux, si le recours aux urgences devait également être perçu comme onéreux, l'accès aux soins serait limité.

5.3.6. Connaissance du forfait

- Si près de trois quarts des patients consultant un service d'urgences savent que le patient consultant un service d'urgence hospitalier doit payer une consultation et les examens complémentaires partiellement remboursés par l'assurance maladie ils ne sont plus que 32% à connaître l'existence du forfait. Cette connaissance est moindre chez les personnes âgées de plus de 60 ans, chez les personnes d'un niveau d'instruction maximum secondaire supérieur, chez les inactifs.
- Les trois quarts des patients appelant un MG connaissent l'existence d'un paiement, ils sont 40% à connaître l'existence d'un forfait parfois non remboursé (différence avec les urgences significative). Les non-belges sont un peu moins informés quant à l'existence de paiement et du forfait. La connaissance du forfait est significativement inférieure chez les patients âgés de 60 ans et plus, dans le groupe ayant au plus un niveau d'instruction du secondaire, pour les personnes sans activité professionnelle, pour les francophones.
- Pour l'ensemble des patients, la connaissance du forfait après ajustement pour d'autres variables en analyse multivariée, est associée à l'âge (moindre chez les plus de 60 ans), au niveau d'instruction (moindre chez les personnes qui ont été jusqu'en secondaire), au fait de consulter un MG de garde, de vivre en couple, et de percevoir ses fins de mois comme très difficile à assez faciles.

5.3.7. Recours multiple aux services d'urgences

- La proportion de personnes consultant un service d'urgence hospitalière et ayant déjà eu recours à un tel service au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée que celle de patients consultant en médecine générale. Les caractéristiques significativement associées à ce recours sont l'âge (enfants de 0 à 4 ans) et les niveaux d'instruction les plus bas.

- En MG, 29% des personnes interrogées ont eu recours à un service d'urgence (pas de différence selon le sexe) au cours des 12 derniers mois et 8% déclarent plus de deux recours. Le groupe ayant un niveau d'instruction au maximum égal au secondaire supérieur a recouru significativement plus fréquemment aux urgences, ainsi que les patients ne connaissant pas l'existence du forfait.

5.3.8. Alternatives envisagées par les patients

- Beaucoup de patients suggèrent d'améliorer l'information quant à l'organisation des soins de première ligne
- Les patients qui ont expérimenté des postes de garde de médecine générale félicitent ce type d'initiative.
- La possibilité de consulter par téléphone a été évoquée.
- La possibilité de différer le paiement du médecin de garde à domicile grâce à l'envoi d'une facture ou la possibilité d'utiliser un moyen de paiement électronique (de type bancontact) a été suggérée.

5.4. ETUDES COMPLÉMENTAIRES

Les résultats que nous avons obtenus peuvent être complétés par les résultats de petites enquêtes connexes : une étude rétrospective sur l'influence du forfait dans le nombre de patients consultants les urgences et une brève étude sur les initiatives alternatives aux services d'urgence existantes en Belgique et dans quelques pays proches. Les résultats principaux de ces études sont présentés ci-après.

5.4.1. Retrospectieve studie naar de invloed van het forfait op het aantal patiënten uit achtergestelde regio's dat zich aanmeldt op spoedgevallen

Doelstelling en methode

De vraag of het invoeren van het forfait een afremmend effect heeft op het gebruik van de spoedgevallendiensten door zwakke sociaal-economische groepen werd getest in een lokale retrospectieve studie waarbij het aantal patiënten op spoedgevallen afkomstig uit achtergestelde stadsbuurten één jaar vóór en één jaar na de invoer van het forfait werd vergeleken.

In deze studie werden geografische gegevens van de patiënt gekoppeld aan gegevens van een ziekenhuis (ziekenhuis 1) dat het forfait systematisch aanrekent en een ziekenhuis (ziekenhuis 2) dat het forfait niet aanrekent waar de wet het toelaat.

Voor alle patiëntencontacten die plaatsvonden op de diensten spoedgevallen gedurende één jaar vóór en één jaar na datum van invoer (1-3-2003) van het forfait werd nagegaan of de patiënt al of niet afkomstig was uit een achtergestelde buurt. Hiervoor werden de adresgegevens van alle patiëntencontacten via een adressenbestand gekoppeld aan een sociaal-geografisch bestand over de achtergestelde buurten voor een groot aantal¹¹².

Op basis van de geregistreeerde gegevens over verwijspatroon en al of niet opname in het ziekenhuis werd nagegaan welke patiënten in aanmerking kwamen voor aanrekening van het forfait; dit zowel voor de eerste als de tweede periode.

Resultaten

Ziekenhuis 1 (rekent forfait aan)

In het totaal vonden 51384 patiëntencontacten plaats waarvan 25512 in de eerste periode (één jaar voor de invoer van het forfait) en 25872 in de tweede periode (één jaar vanaf de invoer van het forfait). Op basis van postcodes bleek dat 33786 van de 51384 patiëntencontacten (65.8%) gebeurden bij patiënten die identificeerbaar waren in

de sociaal-geografische atlas voor Gent¹¹². Voor 4283 van de 33786 (12.7%) patiëntencontacten kon geen koppeling gemaakt worden.

29503 patiëntencontacten werden geanalyseerd waarvan 14690 in de eerste en 14813 in de tweede periode. Gedurende de eerste en tweede periode correspondeerden respectievelijk 1556 (10.6%) en 1558 (10.5%) patiëntencontacten met achtergestelde buurten. Gedurende de eerste periode resulteerden 465 van de 1556 patiëntencontacten (29.9%) uit achtergestelde regio's in een hospitalisatie en 4264 van de 13134 patiëntencontacten (32.5%) uit niet-achtergestelde regio's. Voor de tweede periode werden 471 van de 1558 patiëntencontacten (30.2%) uit achtergestelde regio's gevolgd door hospitalisatie en 4414 van de 13255 patiëntencontacten (33.3%) uit niet-achtergestelde regio's.

De impact van het forfait op het zelfverwijzende gebruik van spoedgevallen kon echter niet op betrouwbare wijze worden bestudeerd omwille van het significant hogere aantal missing data i.v.m. het al of niet verwezen zijn door een arts tijdens periode 1 in vergelijking met periode 2.

Ziekenhuis 2 (rekent geen forfait aan)

In het totaal vonden 19474 patiëntencontacten plaats. 17234 van de 19474 patiëntencontacten (88.5%) konden geïdentificeerd worden in de sociaal-geografische atlas. Voor 2120 van de 17234 (12.3%) patiëntencontacten kon geen koppeling gemaakt worden.

15114 patiëntencontacten geanalyseerd waarvan 7476 in de eerste en 7638 in de tweede periode. Gedurende de eerste en tweede periode correspondeerden respectievelijk 2340 (32.1%) en 2475 (32.4%) patiëntencontacten met achtergestelde buurten.

Voor de beide ziekenhuizen wijzigde het aantal patiëntencontacten tijdens de periode voor en na invoer van het forfait niet en dat het relatieve aandeel van patiënten uit achtergestelde buurten veranderde evenmin.

5.4.2. Alternatieve organisatie van de huisartsenwachtdiensten in België en in het buitenland: enkele voorbeelden

Een tweede deelstudie inventariseert enkele voorbeelden over de wijze waarop huisartsenwachtdiensten in België en het buitenland georganiseerd worden.

Huisartsenverenigingen en artsen die reeds één of ander initiatief genomen hebben werden geselecteerd door navraag te doen bij sleutelfiguren in de huisartsenwereld. Cet inventaire a été réalisé à partir des données collectées au moyen d'un questionnaire envoyé par e-mail aux différentes institutions identifiées. Il ne s'agit donc pas d'une liste exhaustive.

Voor Nederland zochten we contact met de Landelijke Huisarts Vereniging die een goed inzicht heeft in de gang van zaken met wachtposten. Verder gebruikten we informele contacten in het Nederlands huisartsennetwerk.

Initiatieven in België

Vlaanderen

De eerste proefprojecten in Vlaanderen startten in 2003. Ondertussen werden in Vlaanderen verschillende regionale maatregelen genomen al dan niet gesubsidieerd door de overheid. Meestal zijn deze initiatieven het gevolg van een specifieke nood of problematiek, zoals deze aangevoeld wordt door de artsen binnen een bepaalde regio.

De vragenlijst werd door drie van de vijf geselecteerde initiatieven in Vlaanderen geretourneerd (Deurne-Borgerhout, Herentals en Antwerpen Centrum)

Deurne-Borgerhout is een wachtpost opgericht door het bestuur van de lokale huisartsenkring 'Huisartsenkring Deurne-Borgerhout' in juni 2003. Het proefproject loopt drie jaar. Het startte in 2000 om in te spelen op lokale noden van huisartsen:

dalende prestaties door huisartsen ondanks maximale beschikbaarheid tijdens wachtdiensten, onveiligheidsgevoel, streven naar een efficiëntere inzet van de beschikbare artsen en naar kwaliteitsbevordering van medische zorg.

De beoogde regio telt 105.000 inwoners en ligt in stedelijk gebied. Er werken 90 huisartsen mee. De vereisten om mee te doen aan dit wachtsysteem zijn: een eigen huisartsenpraktijk in de regio hebben, erkend huisarts zijn of huisarts in beroepsopleiding met een stagemeester die zijn/haar praktijk heeft in deze regio.

Het initiatief werd via folders en affiches kenbaar gemaakt bij het publiek. Ook via de regionale media werd informatie verspreid.

De huisartsenwachtpost bevindt zich centraal in de regio, en staat onafhankelijk van een ziekenhuis. Het dichtstbijzijnde hospitaal bevindt zich op 2 km afstand.

De werkingskosten bedragen jaarlijks ongeveer 250.000 euro en worden gefinancierd door het project fonds van het RIZIV.

Patiënten kunnen er terecht vanaf vrijdagavond 19u00 tot maandagochtend 7u00. De toegang is vrij, er is geen voorafgaandelijke telefonische afspraak nodig. Tevens bestaat de mogelijkheid om een huisbezoek aan te vragen. De wachtpost is bereikbaar via het centrale wachtnummer van Antwerpen of rechtstreeks via het eigen telefoonnummer.

Per 24 uur zijn er overdag 3 artsen beschikbaar. 's Avonds (vanaf 19u00) en 's nachts zijn er twee. De artsen worden rechtstreeks door de patiënt per prestatie betaald.

De omkadering van deze wachtpost bestaat uit: een secretariaat, telefoonhulp zonder medische achtergrond en een chauffeur met dienstauto. Voor klinische biologie zijn er afspraken gemaakt met een laboratorium zodat stalen gedurende het weekend afgehaald en geanalyseerd kunnen worden. Voor radiologie werden afspraken gemaakt met de dichtstbijzijnde ziekenhuizen. Per uur en per arts worden er gemiddeld 2 à 3 patiënten gezien.

Hulpvragen kunnen telefonisch afgewerkt worden, hiervoor is geen vergoeding voorzien.

In twee kleinere provinciesteden met een tamelijk uitgestrekt hinterland (Herentals en en Turnhout) wordt een soortgelijk initiatief voorbereid. Om de minimale kritische massa van ongeveer 50 huisartsen te hebben is het noodzakelijk dat meer perifere wachtdiensten meedoen aan het project.

In Antwerpen Centrum is het bestuur van de lokale wachtkring gestart met de voorbereidingen van de reorganisatie van de wachtdiensten in november 2004. De bedoeling is hier voornamelijk de wachtdienst van de huisartsen beter in de kijker te plaatsen. Het betreft hier een regio van 140.000 inwoners. Honderd huisartsen met een eigen praktijk in de regio zouden deelnemen aan dit initiatief. Er zal geopteerd worden voor een centrum op ongeveer 2 km van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, dat toegankelijk is van vrijdagavond 19u00 tot maandagochtend 7u00.

Bruxelles

Medinuit : il s'agit d'un projet pilote initié depuis mai 2002 par les médecins généralistes de la région de Molenbeek au vu du recours « abusif » des patients aux services d'urgences hospitalières. Il vise une population d'environ 100.000 habitants.

L'hôpital le plus proche est à 3 km. Il y a actuellement 40 prestataires. Après 3 mois d'activité, ils consultent 10 patients/12h en journée et la moitié la nuit. Ce projet a été soutenu par les autorités communales relayées par le Ministre de la Santé. Le centre est ouvert depuis le 31 janvier 2005, en semaine de 20h à 8h et le week-end 24h/24h. Il y a sur place en permanence 1 médecin et un assistant administratif. Les patients paient à l'acte et le médecin est honoré à 30 euros/h + 20% des honoraires. Un subside fédéral de 220.000 euros /an pendant 3 ans a été accordé à titre expérimental. Pas de pérennité du financement prévu.

Le projet CMGU (Consultation de médecine générale d'urgence) a démarré en 2001 suite à la demande des Cliniques St-Luc, du CUMG de l'UCL et des réflexions internes des associations locales de généralistes.

La consultation s'est ouverte en mai 2003 à 200 mètres de l'hôpital uniquement en semaine de 10h à 18h. Cette situation est provisoire, en attendant un rapprochement géographique mais distinct du SU des Cliniques. L'ouverture est programmée de 09h à 22h 7j/7. Un tiers des patients proviennent de l'hôpital. La consultation ne bénéficie d'aucun subside et les patients paient à l'acte. Il n'y a pas de suivi médical des patients qui sont renvoyés ultérieurement vers les généralistes.

Wallonie

A Verviers, un centre est ouvert depuis septembre 2004 le samedi et dimanche pendant 2 heures avec un subside annuel d'environ 10.000 euros.

A Namur, ouverture prévue en juillet 2005 dans les locaux de la province d'un cabinet accessible le samedi de 14h à 18h et le dimanche de 10h à 14h.

Initiatieven in het buitenland?

Nederland

In Nederland bestaan zowat in elke regio huisartsenwachtposten. Er zijn er nu ongeveer 60 gekend met 50 tot 150 en zelfs meer huisartsen onder de naam 'grootschalige huisartsen dienststructuren' (HDS).

Omwille van onrust onder de huisartsen (te weinig betaald, hoge werkdruk, daling van het aantal instromers in het beroep, vervrouwelijking) is vanaf 2001 in de meeste regio's van het land een HDS opgericht. De oprichting van HDS-en is landelijk ondersteund door de zorgverzekeraars en het ministerie. Er zijn beleidsregels ontwikkeld waarin benoemd staat waar een HDS aan moet voldoen (www.ctg-zaio.nl).

Een HDS is een zorginstelling die tijdens de avond-, nacht- en weekenduren de huisartsenzorg verzorgt.

Een HDS kan één of meerdere huisartsenposten binnen haar organisatie hebben. Dat betekent drainage gebieden van 100.000 tot soms meer dan 200.000 inwoners per huisartsenpost.

De meeste structuren kennen een centrale locatie in een stad en voor de huisbezoeken is er een aparte herkenbare wagen met chauffeur beschikbaar.

Er is een uitgebreide triage functie door zogenaamde doktersassistenten (een erkend beroep in Nederland, zij mogen eenvoudige hulpvragen telefonisch afwerken, de huisarts blijft verantwoordelijk).

De kosten van elk contact, inclusief een loutere telefonische hulpvraag worden in rekening gebracht. De tarieven zijn op dit moment nog niet overal hetzelfde maar worden wel in een Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg bepaald. De tarieven die worden aangerekend zijn zodanig dat de structuren zelfbedruipend zijn. Er bestaan per HDS drie verschillende tarieven; een voor een telefonisch consult, een voor een consult en een voor een visite. Voor de huisartsen is een vast uurtarief vastgesteld: 49,50 euro.

De bezetting verschilt per huisartsenpost en per dienst. Afhankelijk van de grootte van de post en de drukte van een dienst wordt meer of minder personeel ingezet.

Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken (SHOKO) is een kleinschaliger vorm van huisartsen in de regio Zuid Oost Brabant die spoedeisende huisartsenhulp verzorgt zo dicht mogelijk bij patiënt. SHOKO is opgericht met als doel buiten kantooruren "zorg op maat" te leveren voor de patiënt. De huisartsen verzorgen alle spoedeisende huisartsenhulp in de avonden, nachten, in de weekenden en op feestdagen.

De plaatselijke huisartsen (groepen van 6 tot 20 huisartsen) doen zelf alle waarnemingen binnen hun eigen gebied. Door deze kleinschaligheid is het nooit ver rijden en is de kans groter dat de patiënt zijn eigen huisarts treft of een collega die in bijvoorbeeld ernstige situaties al op de hoogte is.

Telefonisch contact wordt gekanaliseerd via een doktersassistente die is opgeleid om af te wegen welke hulp (telefonisch consult, spreekuur consult, visite of doorverwijzing) het best geboden kan worden. Zij onder de verantwoordelijkheid van de huisarts zelfstandig een advies geven.

De voorziening is financieel zelfbedruipend.

Suisse

A Genève, dans les années 60, un médecin a imaginé créer une quarantaine de permanences de soins ouvertes 24h/24h 7j/7j dans la ville de Genève (400.000 habitants). Il reste aujourd'hui une dizaine de centres qui fonctionnent sans subside et à l'acte.

Leur activité est en régression. Ce mouvement n'a pu exister que par la vision de ce médecin.

Il n'y a pas de projets équivalents dans les autres villes suisses.

Grand-Duché de Luxembourg

Actuellement, il y a une pénurie de médecins au Grand-Duché de Luxembourg. Le pays est divisé en 3 sous-régions et depuis quelques années, il existe trois projets pilotes avec un médecin + chauffeur basés dans 3 centres hospitaliers pendant la nuit (de 22h à 07h).

Les projets sont subsidiés par l'état luxembourgeois, mais il y a peu de chance que cette action soit prolongée au vu des « coûts par patient vu ».

Une réflexion nationale est en cours : on constate une chute importante des visites au profit des consultations, ce qui pousse les autorités à envisager l'ouverture de permanences médicales en consultation plutôt que de continuer à envoyer les médecins de garde à domicile. Autre particularité, ils souhaitent implanter ces centres à proximité des hôpitaux.

France

En France de nombreux départements choisissent actuellement une réorganisation des secteurs d'astreintes avec des points de consultation (Maisons Médicales de Garde (MMG) ou autres) de 20 heures à 23 heures et un nombre de secteurs très réduits pour une astreinte de 23 heures à 08 heures.

Bien que la première MMG date de 1984, ce n'est qu'à partir des années 2001-2002 que leur nombre s'est multiplié et, on en compte plus de 150 en 2003.

Idéalement, MG Urgence estime qu'une Maison Médicale de Garde est viable sur un territoire regroupant au moins une trentaine de médecins et au moins 30 à 60 000 habitants. Mais dans les zones à forte attraction touristique (montagne, mer ...), la maison médicale de garde peut fonctionner temporairement pour répondre à un besoin saisonnier.

Les dépenses d'investissement et de fonctionnement de la MMG sont couvertes par des sources de financement plurielles. Parmi les co-financeurs possibles, la MMG peut notamment obtenir un soutien de l'Assurance Maladie (aides attribuées dans le cadre du Fonds d'aide à la Qualité des Soins de Ville – FAQSV), de l'Etat, des collectivités territoriales (aides en nature ou subventions des municipalités, ...).

La maison médicale de garde est ouverte à la population sans discrimination par rapport à un lieu de résidence, à l'âge ou à des critères sociaux. Des soins médicaux sont dispensés sur place sous forme de consultations et sans prise de rendez vous. La permanence des soins est assurée dans la maison médicale de garde aux heures de fermeture des cabinets libéraux, de façon à rendre possible la continuité des soins. Un accueil téléphonique est assuré aux heures d'ouverture de la structure.

La maison médicale de garde a également pour mission d'organiser et de diffuser une information envers les professionnels de santé et les usagers autour de l'organisation et du bon usage de la permanence des soins (médecin d'astreinte, fonctionnement du

centre 15, gardes d'officine et ambulance, astreinte des autres professionnels de santé...).

Les professionnels de santé de la maison médicale de garde interviennent volontairement dans la structure. Au moins un médecin, dit médecin de garde, doit être présent dans la structure pour assurer les consultations. Un médecin d'astreinte peut, en renfort du médecin de garde, intervenir volontairement dans la maison médicale de garde mais il doit se rendre disponible à tout moment pour intervenir auprès d'un patient ne pouvant se déplacer, sur un lieu extérieur à la maison médicale de garde.

L'instauration d'un financement mixte basé sur l'activité (pour prendre en compte la pénibilité en cas de forte activité) et sur un forfait (garantie de ressource en cas de faible activité) est recommandée.

Les effectifs de la maison médicale de garde peuvent varier sur l'année en fonction des besoins (variation démographique de la population du bassin de santé, épidémies...) ou adaptés en fonction des variations horaires d'activité. Un planning organisant la présence médicale dans la structure est organisé mensuellement. De plus la MMG doit disposer d'un plateau technique minimal prédéfini. La maison médicale de garde doit permettre de faire effectuer en ville un examen biologique ou radiologique. Dès lors, elle peut passer des conventions avec des centres de radiologie et des laboratoires de biologie permettant un recours à ces plateaux techniques pendant la garde.

Les locaux de la maison médicale de garde sont clairement identifiés. Ils peuvent être implantés dans l'enceinte d'un établissement public ou privé de santé, ou d'un établissement médical ; dans ce cas, ils sont localisés de façon à éviter toute confusion avec les missions des services d'urgence hospitalière

Entre 2002 et 2004, le Fonds d'aide à la qualité des soins en ville (FAQSV) a financé 5 projets de maisons médicales de garde :

- Vénissieux, zone Péri-urbaine création en 2002
- Plaine de l'Ain, zone rurale, création en 2003
- Saint-Etienne, jouxtant un centre hospitalier, création en 2003
- Villefranche sur Saône, zone semi- rurale, création en 2003
- Lyon, zone urbaine, répartition sur 4 antennes, création en 2003

Par ailleurs d'autres initiatives ont été mises en place :

- Nîmes: région de 200.000 habitants. On se trouve en zone urbaine et les 10 prestataires de SOS Médecins ont ouvert en autofinancement depuis juillet 2004 une permanence en milieu urbain à 2 km de l'hôpital. Ce centre compte des cabinets de consultation et fonctionne en accès libre avec paiement à l'acte immédiat. Il est ouvert en semaine de 18h à 22h et le week-end de 09h à 22h. Les soirs en semaine ils voient 2 patients/heure et le week-end 4 patients/heure. Ils ont créé ce centre vu la difficulté à trouver suffisamment de prestataires pour les visites à domicile trop nombreuses et prenant trop de temps.
- Pau: région de 200.000 habitants. Ouverture depuis décembre 2002 suite à la réception de 140 appels à domicile en 3h en période d'épidémie : il a été proposé aux patients mobilisables de se rendre dans un centre ouvert en urgence et depuis lors ils reçoivent les patients si possible sur rendez-vous, en semaine de 19h à 24h, le samedi de 14h à 24h et le dimanche de 10h à 24h. Ils voient de 2 à 5 patients/heure. Paiement à l'acte et pas de subvention. 4 à 5.000 conseils téléphoniques/an non rémunérés. Ils ont de très bonnes relations avec le SAMU (15) et les hôpitaux locaux. Projet d'ouverture d'un centre entièrement subsidié à l'instigation des syndicats médicaux locaux.
- Avignon: région de 150.000 habitants. Centre créé par les 8 médecins de SOS Médecins il y a 6 ans suite aux épidémies et à la pénurie de médecins. Ouverture du centre avec accès libre en semaine de 18h à 22h et le week-end de 09h à 22h. Possibilité de consultations nocturnes sur rendez-vous.

Exceptionnellement (épidémie et congé scolaire) le centre est ouvert en semaine de 09h à 12 h et de 14h à 22h. L'hôpital le plus proche est à 5 km, les médecins sont honorés à l'acte et le système fonctionne en autofinancement.

- Caen: projet d'ouverture en septembre 2005 en association entre les syndicats médicaux (300 médecins) et SOS Médecins (13 médecins) sur une région de 300.000 habitants en zone mixte. Un budget annuel de 200.000 euros est prévu, financé par les primes d'astreinte de la CNAM. Ce centre sera ouvert en semaine de 20h à 08h et le week-end 24h/24h. Paiement à l'acte immédiat par les patients.

5.5. DISCUSSIE

5.5.1. De bevraging van de patiënten op spoedgevallen en huisartsenwachten

Het onderzoek naar de impact van een forfaitair bedrag op het gebruik van spoedgevallendiensten is beperkt van opzet, en heeft niet de status van een representatief onderzoek. Binnen het tijdsbestek is ervoor geopteerd om in een selecte steekproef van spoedgevallendiensten en huisartsenpraktijken, bij patiënten te onderzoeken wat zij weten over het forfait en om welke reden zij gebruik maken van de twee types diensten.

Er is grote voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de resultaten. Het onderzoek levert namelijk indicatieve, geen representatieve resultaten. Bovendien kan door de aard van het onderzoek geen definitieve "evidence" worden geleverd voor het antwoord op de vraag "werkt het innen van een forfait een meer gepast gebruik van spoedgevallen in de hand?". Dit om een aantal redenen:

- Ten eerste is dit onderzoek methodologisch niet opgevat als gecontroleerde studie, noch als strakke voor- en nastudie, omdat daarvoor de randvoorwaarden van de maatregel te variabel waren (uitspraken arbitragehof, geen consequente inning in de ziekenhuizen, verandering van de maatregel van 12,5€ naar 9,5€...) We kunnen met dit onderzoek dus geen definitieve uitspraken doen of het innen van een forfait meer aangepast gebruik van spoedgevallendiensten in de hand werkt.
- Ten tweede werd het onderzoek uitgevoerd in grootstedelijke milieus in Wallonië, Brussel, en Vlaanderen. Op basis van de sociaal-geografische identiteit van steden kan verwacht worden dat er op dit vlak een vertekening optreedt in de populatie die de spoedgevallendiensten of huisartsenposten raadplegen ten opzichte van een representatieve steekproef. De data worden verzameld in spoeddiensten die in steden liggen met een groot aandeel mensen uit lagere sociaal-economische posities, allochtonen en anderstaligen. Ook het type huisartsen voorzieningen dat is geselecteerd varieert naar organisatiekenmerken en doelstellingen. Niet alle huisartsenvoorzieningen hebben een expliciet profiel om "urgentiesituaties" op te vangen, terwijl andere onder andere precies die doelstelling hebben.
- Ten derde werd, om vergelijkbaarheid mogelijk te maken tussen huisartsendiensten en spoedgevallendiensten, op specifieke dagen gemeten. Door de beperking in meetmomenten en de benadering van de patiënten op de diensten, kan het zijn dat zowel op het vlak van pathologieën als op het vlak van sociaal-psychologisch profiel groepen hebben gemist. Het gevolg is dat de resultaten uit deze steekproef, niet geïnterpreteerd mogen worden als representatief, noch dat we een staalkaart hebben van de types patiënten die zich bij de spoeddiensten of huisartsenposten aanmelden.
- Ten vierde is er een uiteenlopend facturatiegedrag in de geselecteerde ziekenhuizen. In de Antwerpse en Waalse ziekenhuizen, en in een ziekenhuis in Gent en een in Brussel wordt het forfait voor en in de periode van het onderzoek niet geïnd. Dat kan natuurlijk een invloed hebben op de kennis die de patiënten hebben of de beleidsmaatregel, c.q op hun gedrag.

- Ten vijfde kan het onderzoek naar multivariate verklaringsmodellen nog verder verfijnd worden. In die zin moet de nodige voorzichtigheid aan de dag gelegd worden bij de uitspraken over de verschillende groepen patiënten. Het introduceren van de aard van de klacht (objectief en subjectief) in de modellen, is mogelijk een van de belangrijke determinanten voor het gebruik van de zorgvoorziening. Onze empirische gegevens laten op dit vlak echter geen preciese analyse toe.
- Ten zesde moet er op gewezen worden dat deze studie zich niet specifiek heeft toegespitst op de zwakke sociaal-economische categorieën (ook diegenen die de taal niet machtig zijn). De analyse van determinanten voor spoedgevalengebruik van uiteenlopende zwakke sociaal-economische groepen vraagt diepergravend onderzoekswerk, dan wat mogelijk was binnen de randvoorwaarden van deze studie.

Inhoudelijk levert het veldonderzoek echter een aantal zeer belangrijke indicaties, die nauw aansluiten bij de kennis uit internationaal onderzoek. De studie meet bovendien feitelijk gebruikersgedrag omdat gemeten wordt bij patiënten die op consultatie kwamen op spoedgevallendiensten of huisartsendiensten, wat ertoe leidt dat men niet over fictieve situaties praat.

Het gebruik van de spoedgevallendiensten wordt blijkbaar bepaald door een aantal factoren:

De gepercipieerde urgentie, de aard van de klacht, de (jonge of oude) leeftijd, de toegankelijkheid van de voorziening, de kennis die mensen hebben over de huisartsen en de beeldvorming die leeft bij de mensen over spoedgevallen spelen een cruciale rol in het gebruik.

Financiële drempels inbouwen, lijkt het consumptiegedrag van de betrokkenen in de periode van dit onderzoek bijzonder weinig te beïnvloeden. Ongeveer twee derde van onze respondenten heeft geen bezwaar tegen het betalen van een eigen bijdrage bij acute zorg. De bivariate analyses tonen echter aan dat ouderen, ouders van jonge kinderen, lagere sociaal-economische groepen (lagere scholingsgraad, allochtonen, lagere inkomens), het innen van een forfait minder aanvaardbaar vinden. Door de respondenten wordt overigens bekommerd gereageerd om de effecten van forfaits voor zwakkere sociaal-economische groepen. Deze laatsten lijken de spoedgevallen ook meer te gebruiken dan de huisartsenwachten, waardoor een financiële maatregel een selectief negatief effect kan hebben voor de zwakke socio-economische groepen.

De kennis over het innen van forfaits op spoedgevallendiensten is overigens slecht: als men soms al weet dat een forfait geïnd wordt, kennen de respondenten het bedrag niet. Het lijkt er dus op dat de populatie niet op de hoogte is van de maatregel, en er zich ook niet laat door leiden in haar gedrag. Bovendien wordt dergelijk bedrag ondergeschikt gemaakt aan de gepercipieerde urgentie van een klacht. In dit onderzoek is niet nagegaan vanaf welke hoogte van het forfait het gedrag wel beïnvloed zou worden. Dergelijke vraag moet dan weer gekoppeld worden aan het debat over uitstel van noodzakelijke zorg.

De beeldvormingen verwachtingen van de patiënt rond de dienstverlening op de spoedgevallendiensten, bepaalt in sterke mate het gebruik van spoedgevallendiensten. Een groep van de patiënten die een spoedgevallendienst bezoekt, gaat er impliciet ook van uit dat zij een eerstelijnscentrum bezoeken. Een grote meerderheid van de patiënten die een spoedafdeling bezochten was overigens niet verwezen door een huisarts. Bovendien geeft die groep aan meer gebruik te hebben gemaakt van de spoedafdeling de voorbije 12 maanden dan de huisartspatiënten. In dit verband is er voor de toekomst behoefte aan diepergravend onderzoek naar determinanten van het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Het gebruik van gezondheidsvoorzieningen speelt zich immers af binnen structurele randvoorwaarden (beschikbaarheid, kost, kwaliteit, toegankelijkheid,...) maar niet in het minst ook binnen culturele en psychologische randvoorwaarden (beeldvorming en verwachtingen) en het feit dat zorggebruikers ook aangestuurd worden door de zorgverstrekkers of sociale diensten. Vooral een beter begrijpen en documenteren van de verwachtingen van uiteenlopende

maatschappelijke groepen tot gezondheidsvoorzieningen, is essentieel om het debat over gepast en ongepast gebruik te voeren.

De vragen van de patiënten naar betere informatie over zowel facturatie als over alternatieve dienstverlening zijn in overweging te nemen, wanneer het beleid het oneigenlijke gebruik van spoedgevallendiensten wil beïnvloeden. Louter financiële maatregelen volstaan niet, als ze niet geïntegreerd worden met de uitbouw van beschikbare alternatieven die subjectief vertrouwen wekken, en informatieverspreiding over deze alternatieven.

5.5.2. De additionele studies

De resultaten van de studie in Gent, dienen met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd te worden omdat een weinig gevoelige onderzoeksmethode werd gebruikt voor inschatting van sociale achterstelling (waarvan de betrouwbaarheid overigens nog dient gevalideerd te worden). Het betreft een retrospectieve analyse waarbij confounders niet kunnen uitgesloten worden. Bovendien werd het effect van het forfait slechts gedurende één jaar na invoer ervan onderzocht. Er kan, op basis van de resultaten uit de bevraging, overigens verwacht worden dat het forfait niet door idereen gekend was (en dus geen stimulus is geweest om hun keuzegedrag bij te sturen). Bovendien is het onderzoek beperkt tot patiënten die zich aanbieden op spoedgevallen, zonder inzicht te verwerven in het beslissingsproces, en mogelijke verschuivingen bij meer verfijnd afgebakende groepen.

De gekozen werkwijze stimuleert om verder te reflecteren over betere en verdere exploitatie van indicatoren en registratiegegevens voor onderzoeks- en beleidsdoeleinden. Vooral het meer verfijnd registreren van sociaal-economische indicatoren en het koppelen aan consumptiegedrag is een belangrijke uitdaging. Bovendien moet dergelijk gezondheidszorgconsumptieonderzoek meer oog hebben voor de contextspecifieke randvoorwaarden waarin patiënten keuzes maken voor gezondheidsdiensten: de sociologische karakteristieken van verschillende gebruikers, de karakteristieken van de beschikbare voorzieningen (en alternatieven) en het gevoerde beleid in steden of regio's vormen een essentieel onderdeel van het begrijpen van gezondheidszorggedrag.

De tweede deelstudie rond de alternatieve organisatie van eerstelijnsdiensten is absoluut niet exhaustief. Er is een eerste verkenning gemaakt om voorbeelden van alternatieve organisatievormen te schetsen voor de opvang van (spoedeisende) vragen in de eerste lijn. De geschetste voorbeelden illustreren dat verschillende werkpraktijken mogelijk zijn, maar dat de werkpraktijken ook gekaderd moeten worden in de lokale context. Bovendien zijn niet alle initiatieven alleen maar opgericht om het oneigenlijke gebruik van spoedgevallendiensten te reduceren. Op dit ogenblik ontbreekt het overigens aan evaluatieonderzoek om de impact van dergelijke initiatieven op het (oneigenlijke) gebruik van spoedgevallendiensten in te schatten, waardoor ook geen sluitende conclusies kunnen geformuleerd worden.

Kern boodschap

- **La recherche sur l'impact d'un montant forfaitaire sur le recours aux services d'urgences n'est pas représentative. La prudence dans l'interprétation des résultats est donc de rigueur. Cependant notre recherche livre des indications qui correspondent à ce qui ressort de la littérature internationale.**
- **Jusqu' à aujourd'hui, le forfait ne semble pas avoir un impact sur le recours aux urgences.**
- **La connaissance du forfait est fort limitée. Seulement un tiers des patients consultant un service d'urgences connaît l'existence du forfait. Quarante pour cent des patients appelant un MG connaissent l'existence d'un forfait .**

- Les patients recourant à un service d'urgence hospitalier sont, comparés aux patients en MG, plus fréquemment de nationalité non-belge et présentent des caractéristiques socio-économiques qui peuvent entraîner des situations de précarité plus grande.
- Les patients recourant aux gardes en MG ont plus souvent un médecin traitant que les patients allant aux urgences. Dans les services d'urgence, les caractéristiques suivantes associées au fait de ne pas avoir de médecin traitant sont : les parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans, les non-belges, les personnes vivant seules, les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé.
- Aux urgences hospitalières, environ deux tiers des patients sont venus de leur propre initiative. Ils ne sont que 18% à être venu aux urgences référés par un médecin.
- Le plateau technique et l'accessibilité (en termes d'horaires et de déplacement) sont les motifs les plus facilement évoqués pour recourir aux urgences hospitalières. L'argument financier est rarement évoqué.
- Le type de plainte (objective ou subjective) peut inciter le patient à se présenter au service d'urgence. Aux urgences les patients se présentent principalement pour des plaintes se référant à l'appareil ostéo-articulaire alors que les patients des services de garde en MG se plaignent plutôt de maux respiratoires et digestifs.
- La proportion de personnes consultant un service d'urgence hospitalière et ayant déjà eu recours à un tel service au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée que celle de patients consultant en médecine générale. Les caractéristiques significativement associées à ce recours sont le très jeune âge (enfants de 0 à 4 ans) et les niveaux d'instruction les plus bas.
- L'acceptabilité d'un forfait est moindre parmi les patients recourant à un service de garde hospitalier comparés à ceux appelant un service de garde MG. Parmi les patients recourant au service d'urgence les personnes acceptant le moins l'idée d'un forfait sont les personnes de 60 ans et plus et les parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans), les non-belges, le groupe ayant un niveau d'instruction au maximum égal au secondaire supérieur, les inactifs, les francophones.
- Le forfait est perçu comme limitant l'accessibilité aux soins par certains patients.
- Plusieurs patients suggèrent d'améliorer l'information quant à l'organisation des soins de première ligne. Des facilités de paiement pourraient encourager le recours au MG.

6. ALGEMENE CONCLUSIES

Dit onderzoek is gevoerd naar aanleiding van de vraag of het innen van een forfaitair bedrag (12,5€, recent hervormd tot 9,5€) een middel kan zijn om het oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten te beïnvloeden. Het beleid en de actoren in de gezondheidszorg uiten immers hun bezorgdheid dat teveel oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst de zorg voor de echte urgenties op spoedgevallendiensten in de weg zou kunnen staan. Bovendien is het gebruik van spoedgevallendiensten als eerstelijnsvoorziening voor niet medisch urgente problemen een voorbeeld van niet efficiënte besteding van publieke middelen. Recent onderzoek in België¹¹³ toont een belangrijk verschil in kostprijs van de spoedgevallendiensten ten opzichte van verzorging bij de huisarts.

De basisvraag van het onderzoek is gekoppeld aan de vraag of er alternatieve dienstverlening in de eerste lijn kan aangeboden worden én aan de vraag of het innen van forfaits mogelijk onbillijkheid in de zorgverlening in de hand werkt. Er is een bezorgdheid dat maatregelen die de eigen financiële bijdrage van zorggebruikers (patiënten) opvoeren, zou leiden tot het afremmen van sociaal-economisch zwakkere mensen tot het zoeken van hulp op een spoedgevallendienst bij echte urgenties. Tezelfdertijd moet een debat kunnen gevoerd worden over technieken om patiënten te responsabiliseren bij de keuze van zorgvoorzieningen omdat vanuit beleidsoogpunt zich mogelijk een “moral hazard” probleem voordoet in het gebruik van spoedgevallendiensten, wat een doelmatige inzet van middelen weer belemmert.

Op basis van de verzamelde kennis kunnen voorzichtig een aantal conclusies geformuleerd worden.

Eigenlijk en oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten is zeer moeilijk eenduidig te formuleren.

Een eenduidige omschrijving van wat eigenlijk (‘appropriate’) of oneigenlijk (‘in – appropriate’) gebruik van spoedgevallendiensten is, wordt in de literatuur niet gevonden. De definitie is afhankelijk van het perspectief op de problematiek: een medisch, een beleidsmatig, of het perspectief van de zorgvrager. De zorgvrager wil vooral een snel en adequaat antwoord voor een als urgent ervaren probleem. Een medisch referentiekader legt de nadruk op het inspelen op alle mogelijke risico’s. De overheid is in de eerste plaats bekommerd om de efficiënte besteding van publieke middelen voor aangepaste zorgverlening. De verschillende perspectieven zorgen ervoor dat niet eenvormig wordt nagedacht over het concept “eigenlijk of oneigenlijk gebruik”. Hoewel de vraagstelling in dit onderzoek gesteld is vanuit een beleidsperspectief, moet met andere perspectieven rekening gehouden worden om beslissingen te kunnen nemen die het doelmatig en gepast gebruik van de verschillende voorzieningen in de hand werken.

Op basis van de beschikbare kennis kunnen geen sluitende uitspraken gedaan worden over het effect van het innen van persoonlijke bijdragen op het gebruik van spoedgevallendiensten. Er zijn wel belangrijke indicaties.

Het innen van persoonlijke bijdragen van een patiënt kan een invloed hebben op het consumptiegedrag van spoedgevallendiensten. Uit de beschikbare literatuur blijkt echter slechts een marginaal reducerend effect uit te gaan van dergelijke maatregelen op het aantal en aard van consultaties op de spoedgevallendiensten. Uit Noord-Amerikaans onderzoek blijkt een afradend effect uit te gaan op het gebruik van de spoeddiensten naarmate het forfait wordt opgetrokken. Als er een effect is, kan het (voor specifieke sociaal-economische groepen) leiden tot het afremmen of uitstellen van terechte hulpvragen.

Belangrijke randopmerking: er bestaat een overaandeel van Noord-Amerikaanse literatuur over het effect van eigen bijdragen op spoedgevallengebruik. De conclusies hebben betrekking op een stelsel van sociale zekerheid dat niet vergelijkbaar is met de West-Europese of Belgische verzorgingsstaten. Bovendien is de eerstelijnsgezondheidszorg in de VS, anders georganiseerd dan in West-Europa.

De schaarse Europese studies geven indicaties dat er weinig effect is van eigen (forfaitaire) bijdragen op meer gepast gebruik van spoedgevallendiensten. Een zeer

kleinschalige, methodologisch kwetsbare en voorzichtig te interpreteren, voor en na studie in het Gentse, geeft geen indicatie dat de 12,5 € maatregel enige verandering heeft teweeg gebracht in het gebruik van de spoedgevallendiensten. Ook uit de bevraging van patiënten, blijkt de maatregel het keuzegedrag van de zorgvragers voorlopig nauwelijks te beïnvloeden, vermoedelijk omdat hij weinig gekend is, niet alle ziekenhuizen de maatregel hebben toegepast en de periode waarin de maatregel geldt, relatief kort is.

Bij de keuze van mensen om spoedgevallendiensten te raadplegen, spelen andere dan financiële determinanten een bepalende rol.

De keuze om bij een ervaren medisch probleem een spoedgevallendienst te raadplegen (i.p.v. een eerstelijns-alternatief) blijkt niet zozeer beïnvloed door de betaling van een eigen bijdrage, maar eerder met gepercipieerde urgentie van de vraag, toegankelijkheid (afstand, gemakkelijk te bereiken, de daar aanwezige technische mogelijkheden, 24/7 aanwezigheid van artsen) en verwachte kwaliteit. Patiënten ervaren het eerstelijnsaanbod (zeker buiten reguliere uren) als minder toegankelijk en verwachten minder kwaliteit van huisartsen om gepast in te spelen op hun zorgvraag. Met betrekking tot die laatste vraag zijn er wel verschillen waar te nemen tussen hoger opgeleide groepen en minder hoog opgeleiden. Overigens mag het effect van “gewoonte”gedrag gebrek aan kennis en beeldvorming over alternatieven niet onderschat worden.

Paradoxaal genoeg, blijkt uit het onderzoek dat respondenten een overbelasting van spoedgevallendiensten wel degelijk willen voorkomen door niet-dringende vragen te weren, zij het dat hun subjectief gepercipieerde urgentie en de toegankelijkheid van de spoedgevallen een zeer belangrijke determinant blijkt te zijn in hun persoonlijke beslissingsgedrag.

Opvallend is ook dat de zorggebruikers een gebrek aan informatie ervaren over mogelijke alternatieven en financiële regelingen. Patiënten vragen doorgaans zelf om verduidelijking van de kosten en vinden dat mediacampagnes en communicatiemiddelen (o.a. ziekenfondsen en hulpverleners) beter benut moeten worden om mensen hiervan op de hoogte te houden. Informatie over een duidelijke taakverdeling tussen huisartsenwacht dienst en spoedgevallendienst is gewenst, wil men met een zorgvraag bij de gepaste zorgverstrekker terecht komen.

De kennis over het innen van een forfaitair persoonlijke bijdrage op spoedgevallendiensten is slecht.

Ondanks het feit dat het onderzoek plaatsgreep in een selectie van grootstedelijke ziekenhuizen, beweert slechts 1/3 van de respondenten uit het onderzoek het forfait te kennen. Weet men al dat er een financieel plaatje aanhangt, dan is de kennis over wanneer men dient te betalen en hoeveel dit is, quasi nihil. Er zijn wel verschillen in kennis tussen hoger en lager opgeleiden, wat meteen het risico op ongewenste selectiviteit van deze maatregel doet toenemen. Het wekt dan ook geen verwondering dat op dit ogenblik de financiële maatregel, rekening houdend met bovenstaande vaststellingen, weinig effect heeft op het beslissinggedrag van de consumenten.

De meningen over de aanvaardbaarheid van de maatregel zijn verdeeld.

Ongeveer twee derde van de respondenten heeft geen bezwaar tegen het betalen van een eigen bijdrage bij acute zorg. Dit onderzoek is echter niet ingegaan op de vraag of deze mening verandert als de hoogte van het forfait zou stijgen. Bovendien is de vraag naar aanvaardbaarheid gesteld op het ogenblik dat patiënten zich aanmelden met een zorgvraag, wat mogelijk andere opinies oplevert dan in andere omstandigheden.

Op basis van bivariate analyses vinden ouderen, ouders van zeer jonge kinderen en zwakkere sociaal-economische groepen de maatregel minder aanvaardbaar dan andere groepen. De proportie nederlandstaligen die de maatregel aanvaardbaar vindt, is hoger dan de proportie franstaligen.

Spoedgevallendiensten spelen voor zwakkere sociaal-economische categorieën een eerstelijnsrol.

Mensen die een lagere opleiding gehad hebben, de landstaal niet machtig zijn, alleenstaand zijn, minder verdienen en geen enkele vorm van ziekteverzekering hebben, consulteren in dit onderzoek meer de spoedgevallendiensten dan de huisartsenposten/-wachtdiensten. Drijfveren om urgentiediensten te raadplegen kunnen financiële overwegingen zijn, maar ook de makkelijke toegankelijkheid en beschikbaarheid én het gebrek aan kennis over en de verwachtingen van alternatieven beïnvloedt het keuzegedrag.

Spoedgevallendiensten lijken ook in onze Belgische verzorgingsstaat voor lagere sociaal-economische categorieën (zeker in steden) een eerstelijnsrol te vervullen. Een maatregel die persoonlijke bijdragen van de patiënt introduceert als techniek om de patiënten te responsabiliseren in hun zorgvraag, moet oog blijven hebben voor het billijkheidsvraagstuk. Er is voldoende wetenschappelijke kennis beschikbaar over het feit dat een (te) hoog aandeel persoonlijke bijdragen minder begoede groepen het zwaarst treffen, zelfs in het geval van gepaste zorgvragen. Zorggebruik op spoedopname wordt overigens mede beïnvloed door zorggebruik in het algemeen (het hebben van een huisarts, het uitstellen van zorg, cultureel gebonden verwachtingen ten opzichte van gezondheidsdiensten...). In die zin is er meer en diepergravender onderzoek nodig naar het complexe geheel van determinanten van gezondheidszorgconsumptie in het algemeen, en keuzegedrag tussen alternatieven bij gelijkaardige zorgvraag, in het bijzonder.

Losstaande initiatieven van alternatieve dienstverlening in eerste lijn, lijken weinig impact te hebben om het oneigenlijke gebruik van spoedgevallendiensten terug te dringen. Toch zijn er interessante indicaties.

In de literatuur worden verschillende modellen beschreven om oneigenlijk gebruik op de spoedgevallendienst te verminderen. In een artikel worden zes verschillende modellen voor de organisatie van out-of-hours care in de eerste lijn beschreven. In andere artikels worden vormen beschreven die hier nauw bij aansluiten.

- Verschillende triagesystemen worden beschreven (telefoontriage en triage door verpleegkundigen op de spoedgevallendienst en huisartsenwachtdiensten).
- “Poortwachtersystemen” op spoedgevallendiensten, waarbij een huisarts de patiënten die zich aanbieden op de spoedgevallendienst eerst onderzoekt en dan beslist of een spoedbezoek al dan niet nodig is.
- Walk-in centers die wat betreft toegankelijkheid en organisatie verschillen van land tot land. Ze kunnen ofwel door verpleegkundigen of door huisartsen gerund worden.

Een aantal initiatieven hebben een zeker potentieel om de zorgvraag van patiënten te kanaliseren. De alternatieve modellen blijken te voldoen aan de verwachtingen van de patiënten, hoewel advies op afstand (telemedicine, teleconsultatie) voor een hulpvraag minder gunstig wordt beoordeeld dan persoonlijk contact.

Overigens is lang niet alles bekend over de “kritische succesfactoren” voor deze alternatieven (bijv. wanneer wordt een alternatieve voorziening gezien als een “echt” evenwaardig alternatief voor de spoedgevallendiensten van het ziekenhuis).

In de Belgische context lijkt door de huidige wettelijke randvoorwaarden het inschakelen van paramedische beroepen als autonome beslisser in de klinische besluitvorming geen optie.

Belangrijkste vaststelling is dat op zich staande, niet geïntegreerde maatregelen hun doel missen om het aantal onnodige spoedgevallenbezoekers te beperken.

7. AANBEVELINGEN

- Een beleidsstrategie die een gepast gebruik van spoedgevallendiensten wil realiseren moeten verschillende maatregelen combineren. Als forfaitaire persoonlijke bijdragen worden geïnd, moet die maatregel expliciet gecombineerd worden met andere maatregelen. Individuele, losstaande maatregelen (enkel financiële, enkel het uitbouwen van alternatieven, enkel informeren) zullen niet het gewenste effect hebben op het gebruik van de spoedgevallendiensten.
- Willen beleidsmakers de burgers of patiënten responsabiliseren, moeten negatieve financiële sancties gecombineerd worden met maatregelen die ook de kennis en beeldvorming van burgers beïnvloeden waar ze met hun zorgvraag terecht kunnen. De beschikbaarheid, de toegankelijkheid en de gepercipieerde kwaliteit van dienstverlening voor het door de patiënt ingeschatte medische probleem zijn veel belangrijker, dan financiële drempels. Het gebruik van spoedgevallendiensten lijkt bijvoorbeeld in belangrijke mate bepaald te zijn door maatschappelijke beeldvorming over deze diensten.
- Goed doordachte maatregelen, die enerzijds uitgaan van een helder concept van een oneigenlijke zorgvraag, en anderzijds evenwaardige (kwaliteitsvolle, toegankelijke en ook voor de patiënt goedkopere) alternatieve dienstverlening garandeert voor niet urgente medische vragen, kunnen de zorgconsumptie beïnvloeden. Mogelijk kan in die context het innen van persoonlijke financiële bijdragen bij oneigenlijk gebruik van spoeddiensten het consumptiegedrag beïnvloeden. Bij dergelijk beleid moet overigens uitdrukkelijk geanticipeerd worden op eventuele ongewilde of ongewenste effecten op medisch, op sociaal en op economisch vlak.
- Een forfaitaire persoonlijke bijdrage moet onmiddellijk vragen doen rijzen over de billijkheid van de maatregel. Het innen van forfaitaire persoonlijke bijdragen op spoeddiensten heeft potentieel negatieve gevolgen voor de zwakste sociaal-economische categorieën, als geen degelijke en toegankelijke alternatieven (zowel voor zorg als behandeling) worden aangeboden.
- Bij het definiëren van eigenlijk gebruik (« appropriate use ») van spoedgevallen, moet expliciet rekening gehouden worden met criteria die vanuit verschillende perspectieven (medisch, beleidsmatig, patient) kunnen gebruikt worden. Het moet helder worden welke rollen de beleidsmakers zien voor verschillende types zorgvoorzieningen in het behandelen van zorgvragen.
- De beleidsmaatregel centraal in dit onderzoek legt in haar huidige vorm het accent op de patiënten. Willen beleidsmakers een gedragsverandering in de hand werken, dienen kwalitatieve en zeer toegankelijke alternatieven beschikbaar te zijn voor de eerstelijnsproblematiek die nu op de spoedgevallendiensten toekomt. Het uitbouwen van performante, toegankelijke eerstelijnsdiensten die goede en snelle zorg leveren in alle omstandigheden, en eventueel van triagesystemen valt zeker te overwegen. Bij het uitbouwen van alternatieven moet een continue bewaking en evaluatie gebeuren van de geleverde kwaliteit van deze diensten. Kwaliteitscontrole en onderzoek naar de mogelijke verkeerde oriëntering van “echte” urgenties is een vereiste. Daaraan gekoppeld is behoefte aan genuanceerde en diepgaande kosten-batenvergelijkingen die oog hebben voor het effect van de alternatieven op de gezondheid van diverse sociale groepen. Uit beleidsoogpunt moet het gezondheidsperspectief even belangrijk blijven als het kostenperspectief.
- Er moet onderzocht worden hoe patiënten binnen en buiten het ziekenhuis door zorgverantwoordelijken worden aangespoord om spoedgevallendiensten te raadplegen, om beter te begrijpen hoe het gedrag van zorggebruikers wordt aangestuurd.

- De rol en taakverdeling van de verschillende voorzieningen dient duidelijk gecommuniceerd te worden naar het publiek. Diverse soorten publiekscampagnes zijn een belangrijk ondersteunend element van financiële maatregelen, om een gedragsverandering in de hand te werken. Dit kan via bv de ziekenfondsen, publiekscampagnes in geschreven en audio-visuele media of via de hulpdiensten (huisarts, spoedgevallendienst) zelf. Patiënten willen helder geïnformeerd worden over beleidsmaatregelen die invloed hebben op de persoonlijke uitgaven. Alléén beter informeren wat leidt tot meer kennis, garandeert echter geen gedragsaanpassingen.
- De huidige beleidsmaatregel tracht patiënten via een negatieve sanctie te responsabiliseren bij oneigenlijk gebruik. Gezien de bestaande verwachtingen en beeldvorming bij het publiek, kan overwogen worden om spoedgevallendiensten financieel te belonen wanneer ze een actief beleid voeren om oneigenlijke zorgvragen, naar andere meer aangepaste voorzieningen te (bege)leiden. Het kan een element zijn in het debat dat gevoerd moet worden over financiering van spoedgevallendiensten. Via dergelijke maatregel wordt de patiënt ondersteund om op zoek te gaan en vertrouwd te raken met alternatieve voorzieningen. In een gelijkaardige logica kan ook verder onderzocht hoe alternatieve eerstelijnsvoorzieningen (financieel) toegankelijker kunnen gemaakt worden (zowel via derde betaler terugbetaling, als makkelijke faciliteiten om te betalen).
- Dit onderzoek bevestigt de behoefte aan toegankelijke, adequate, valide en betrouwbare gegevens. Er is behoefte aan een betere en systematische registratie van zorgconsumptiegegevens van verschillende sociaal-economische categorieën zowel in spoedgevallendiensten als bij huisartsen. Er is bovendien een duidelijke behoefte aan meer diepergravend kwalitatief en kwantitief onderzoek naar de complexe samenhang van gedragsdeterminanten, het gebruik van zorgvoorzieningen en de karakteristieken van sociale groepen. Enkel dan zal de impact van beleidsmaatregelen/interventies op het consumptiegedrag van uiteenlopende sociale groepen beter begrepen kunnen worden.

Key messages

- Op basis van de beschikbare kennis kunnen geen sluitende uitspraken gedaan worden over het effect van het innen van persoonlijke bijdragen op het gepaste gebruik van spoedgevallendiensten.
- De notie “gepast” of “ongepast” is geen absoluut begrip. Beleidsmakers moeten de verschillende perspectieven op het gebruik van spoedgevallendiensten mee in overweging nemen
- Er zijn belangrijke indicaties dat persoonlijke bijdragen in de huidige organisatie van de gezondheidszorg, niet de belangrijkste rem zijn op het gebruik van spoedgevallendiensten. Bij de keuze van mensen om spoedgevallendiensten te raadplegen, spelen andere dan financiële determinanten een bepalende rol.
- De kennis over het innen van een forfaitair persoonlijke bijdrage op spoedgevallendiensten bij het publiek is slecht. Er kan dus nauwelijks verwacht worden dat de maatregel het keuzegedrag beïnvloedt.
- De meningen over de aanvaardbaarheid van het innen van een forfaitair eigen bijdrage, zijn verdeeld onder patiëntengroepen

- Beleidsmaatregelen die het gebruik van spoedgevallendiensten willen beïnvloeden, zouden in het bijzonder moeten rekening houden met de gevolgen voor zwakkere sociaal-economische groepen.
- Willen beleidsmakers een gedragsverandering in de hand werken, dienen kwalitatieve en zeer toegankelijke alternatieven voor de eerstelijnsopathie die nu op de spoedgevallendiensten toekomt. Het uitbouwen van zeer makkelijk toegankelijke eerstelijnsdiensten en eventueel triage-systemen op de spoeddiensten die een persoonlijk contact garanderen, valt zeker te overwegen. Bij de uitbouw van alternatieven is vergelijkend evaluatieonderzoek nodig naar doelmatigheid (kosten en bijdrage aan de gezondheidstoestand van uiteenlopende maatschappelijke groepen).
- Individuele, losstaande maatregelen zullen niet het gewenste effect hebben op het gebruik van spoedgevallendiensten. Alleen beter informeren, of alleen eigen bijdragen innen, of alleen alternatieven uitbouwen, garandeert geen gedragsaanpassingen. Een gecombineerde multi-aspectuele interventiestrategie, is nodig.
- Informatiestrategieën en bewustwordingscampagnes en het uitbouwen van toegankelijke en kwaliteitsvolle alternatieven zijn minstens even belangrijk als financiële drempels om een gedragsverandering te realiseren. Ook het invoeren van positieve (financiële) incentives voor spoedgevallendiensten bij het heroriënteren van oneigenlijke zorgvragen valt te overwegen.
- Het optimaliseren van gegevensregistratie, waarin persoonskenmerken zoals sociaal-economische variabelen op een betrouwbare en valide manier zijn opgenomen, en het makkelijk toegankelijk maken van die gegevens voor onderzoek verdient meer aandacht. Ook het beter begrijpen van de complexe samenhang van determinanten voor zorgconsumptie bij uiteenlopende groepen, moet verder ontwikkeld.

8. REFERENCES

1. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in Western Europe. 2004 July 2004.
2. Jemai N, Thomson S, Mossialos E. An overview of cost sharing for health services in the European Union. *Euro Observer*. 2004;6(3).
3. Thomson S, Mossialos E, Jemai N. Cost sharing for health services in the European Union: report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission. London: London School of Economics and Political Science; 2003.
4. Robinson R. User charges for health care. In: Mossialos E, editor. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press; 2002.
5. Liù X. Policy tools for allocative efficiency of health services. Geneva: WHO; 2003.
6. Cutler D, Zeckhauser R. The anatomy of health insurance. In: Culyer A, Newhouse J, editors. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 563-643.
7. Zweifel P, Manning W, Cutler D. Moral hazard and consumer incentives in health care. In: Culyer A, Newhouse J, editors. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 409-59.
8. Institut Scientifique de la santé publique. Enquête santé par interview, Belgique 2001 - Livre 5 - contacts avec le service des urgences. Brussels: Institut Scientifique de la santé publique; 2002. IPH/EPI reports (22) Available from: www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his01fr/hisfr.pdf
9. Francart J, Cauderlier S, Pestiaux D, Paulus D, Gourbin C, De Waele A, et al. Problématique du tri des urgences: comparaison entre les urgences en médecine générale et en milieu hospitalier. UCL-KUL; 2003. Available from: CUMG, UCL
10. Hsu J, Reed M, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV. Cost-sharing: patient knowledge and effects on seeking emergency department care. *Medical care*. 2004;42(3):290-6.
11. Shapiro MF, Ware JE, Jr., Sherbourne CD. Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms. Results of a randomized controlled trial. *Ann Intern Med*. 1986;104(2):246-51.
12. O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. The impact of cost sharing on emergency department use. *N Engl J Med*. 1985;313(8):484-90.
13. Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med*. 1996;334(10):635-41.
14. Magid DJ, Koepsell TD, Every NR, Martin JS, Siscovick DS, Wagner EH, et al. Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1997;336(24):1722-9.
15. Ho PM, Rumsfeld JS, Lyons E, Every NR, Magid DJ. Lack of an association between medicare supplemental insurance and delay in seeking emergency care for patients with myocardial infarction. *Ann Emerg Med*. 2002;40(4):381-7.
16. Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, Bury G, Lynam F, Smith M, et al. Effect of the introduction of a financial incentive for fee-paying A&E attenders to consult their general practitioner before attending the A&E department. *Fam Pract*. 1997;14(5):407-10.
17. Puig-Junoy J, Saez M, Martinez-Garcia E. Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts. *Health Care Manag Sci*. 1998;1(1):39-52.
18. Liggins K. Inappropriate attendance at accident and emergency departments: a literature review. *J Adv Nurs*. 1993;18(7):1141-5.
19. Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract*. 1998;15(1):23-32.
20. Sanders J. A review of health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales. *J Adv Nurs*. 2000;31(5):1097-105.
21. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dils W, Runge C, Lund J, et al. Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med*. 1985;14(7):672-6.
22. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, et al. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med*. 1995;13(2):259-64.

23. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems: a national perspective. *Med Care Res Rev.* 1995;52(4):453-74.
24. James M. Gill AWR. Nonurgent use of hospital emergency departments: Urgency from the patient's perspective. *J Fam Pract.* 1996;42:491-6.
25. O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. "Inappropriate" emergency department use: a comparison of three methodologies for identification. *Acad Emerg Med.* 1996;3(3):252-7.
26. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med.* 1997;15(2):133-6.
27. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Measuring the inappropriate utilization of accident and emergency services? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1999;12(6-7):287-92.
28. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):580-6.
29. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Academic Emergency Medicine.* 2002;9(9):916-23.
30. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J.* 2003;44(5):585-91.
31. Kelly LJ, Birtwhistle R. Is this problem urgent? Attitudes in a community hospital emergency room. *Can Fam Physician.* 1993;39:1345-52.
32. Dunne MO, Martin AJ. The appropriateness of A&E attendances: a prospective study. *Ir Med J.* 1997;90(7):268-9.
33. Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I, Schoen C, et al. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):568-79.
34. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? *Ann Emerg Med.* 1994;24(5):953-7.
35. Derlet RW, Ledesma A. How do prudent laypeople define an emergency medical condition? *Journal of Emergency Medicine.* 1999;17(3):413-8.
36. Wolcott BW. What is an emergency? Depends on whom you ask. *Jacep.* 1979;8(6):241-3.
37. Askenasi R, Rasquin C, Van Reeth O, Ninane V, Todorov P. What is emergency? Analysis of a population presenting to an emergency room. *Acta Anaesthesiol Belg.* 1984;35(1):53-65.
38. Mitchell T. Nonurgent Emergency Department visits: Whose definition? *Ann Emerg Med.* 1994;24:961-3.
39. Martin A, Martin C, Martin PB, Martin PAB, Green G, Eldridge S. 'Inappropriate' attendance at an accident and emergency department by adults registered in local general practices: How is it related to their use of primary care? *J Health Serv Res Policy.* 2002;7(3):160-5.
40. Lowy A, Kohler B, Nicholl J. Attendance at accident and emergency departments: unnecessary or inappropriate? *J Public Health Med.* 1994;16(2):134-40.
41. Beland F, Lemay A, Boucher M. Patterns of visits to hospital-based emergency rooms. *Soc Sci Med.* 1998;47(2):165-79.
42. Gordon JA, Chudnofsky CR, Hayward RA. Where health and welfare meet: social deprivation among patients in the emergency department. *J Urban Health.* 2001;78(1):104-11.
43. Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ. The emergency department as usual source of medical care: Estimates from the 1998 National Health Interview Survey. *Academic Emergency Medicine.* 2002;9(11):1140-5.
44. Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian journal of public health.* 2004;32(1):53-9.
45. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy.* 2002;62(2):117-29.
46. Drummond N, McConnachie A, O'Donnell CA, Moffat KJ, Wilson P, Ross S. Social variation in reasons for contacting general practice out-of-hours: implications for daytime service provision? *Br J Gen Pract.* 2000;50(455):460-4.
47. O'Brien GM, Stein MD, Zierler S, Shapiro M, O'Sullivan P, Woolard R. Use of the ED as a regular source of care: associated factors beyond lack of health insurance. *Ann Emerg Med.* 1997;30(3):286-91.

48. Shesser R, Kirsch T, Smith J, Hirsch R. An analysis of emergency department use by patients with minor illness. *Ann Emerg Med.* 1991;20(7):743-8.
49. Guttman N, Zimmerman DR, Nelson MS. The many faces of access: reasons for medically nonurgent emergency department visits. *J Health Polit Policy Law.* 2003;28(6):1089-120.
50. NZHTA. Emergency Department Attendance. New Zealand Health Technology Assessment; 1998. NZHTA report (8) Available from: <http://nzhta.chmeds.ac.nz/nzhtainfo/nzhta8.pdf>
51. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med.* 2000;17(1):18-21.
52. Avery AJ, Groom L, Boot D, Earwicker S, Carlisle R. What problems do patients present with outside normal general practice surgery hours? A prospective study of the use of general practice and accident and emergency services. *J Public Health Med.* 1999;21(1):88-94.
53. MacLean SL, Bayley EW, Cole FL, Bernardo L, Lenaghan P, Manton A. The LUNAR project: A description of the population of individuals who seek health care at emergency departments. *J Emerg Nurs.* 1999;25(4):269-82.
54. Bednall R, McRobbie D, Duncan J, Williams D. Identification of patients attending accident and emergency who may be suitable for treatment by a pharmacist. *Fam Pract.* 2003;20(1):54-7.
55. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 janvier 2003. Etudes et résultats (212)
56. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *Bmj.* 1995;311(7002):423-6.
57. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emergency medicine journal : EMJ.* 2001;18(6):430-4.
58. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):580-6.
59. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J.* 2001;18(6):482-7.
60. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 janvier 2003. Etudes et résultats (215)
61. Plauth AE, Pearson SD. Discontinuity of care: urgent care utilization within a health maintenance organization. *Am J Manag Care.* 1998;4(11):1531-7.
62. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1075-85.
63. Descarrega R, Gutierrez C, Cruz L, Lopez I. Analysis of the inappropriate utilization of the emergency service of a third-level hospital. *Aten Primaria.* 1994;13(9):480-3.
64. Rieffe C, Oosterveld P, Wijkel D, Wiefferink C. Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 1999;7(4):217-25.
65. Thomson H, Kohli HS, Brookes M. Non-emergency attenders at a district general hospital accident and emergency department. *J Accid Emerg Med.* 1995;12(4):279-81.
66. Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):568-79.
67. Shipman C, Longhurst S, Hollenbach F, Dale J. Using out-of-hours services: general practice or A&E? *Family practice.* 1997;14(6):503-9.
68. Phelps K, Taylor C, Kimmel S, Nagel R, Klein W, Puczynski S. Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *Arch Fam Med.* 2000;9(10):1086-92.
69. Pomerantz WJ, Schubert CJ, Atherton HD, Kotagal UR. Characteristics of nonurgent emergency department use in the first 3 months of life. *Pediatr Emerg Care.* 2002;18(6):403-8.
70. Rothschild M, Gilboa S, Sagi H, Berger I, Wolach B. Referral, admission, and discharge patterns in a pediatric emergency department in Israel. *Pediatr Emerg Care.* 1993;9(2):72-6.
71. Prince M, Worth C. A study of 'inappropriate' attendances to a paediatric Accident and Emergency Department. *J Public Health Med.* 1992;14(2):177-82.

72. Zimmerman DR, McCarten-Gibbs KA, DeNoble DH, Borger C, Fleming J, Hsieh M, et al. Repeat pediatric visits to a general emergency department. *Ann Emerg Med.* 1996;28(5):467-73.
73. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol.* 1997;13(2):223-8.
74. Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, Brazier H, Conroy R, Lynam F, et al. Characteristics of attenders and their attendances at an urban accident and emergency department over a one year period. *J Accid Emerg Med.* 1999;16(6):425-7.
75. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med.* 2003;41(3):309-18.
76. Cook LJ, Knight S, Junkins EP, Jr., Mann NC, Dean JM, Olson LM. Repeat patients to the emergency department in a statewide database. *Acad Emerg Med.* 2004;11(3):256-63.
77. Zuckerman S, Shen YC. Characteristics of occasional and frequent emergency department users: do insurance coverage and access to care matter? *Medical care.* 2004;42(2):176-82.
78. Yamamoto LG, Zimmerman KR, Butts RJ, Anaya C, Lee P, Miller NC, et al. Characteristics of frequent pediatric emergency department users. *Pediatr Emerg Care.* 1995;11(6):340-6.
79. Halfon N, Newacheck PW, Wood DL, St Peter RF. Routine emergency department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics.* 1996;98(1):28-34.
80. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med.* 2003;10(4):320-8.
81. Brown EM, Goel V. Factors related to emergency department use: results from the Ontario Health Survey 1990. *Ann Emerg Med.* 1994;24(6):1083-91.
82. Huang JA, Tsai WC, Chen YC, Hu WH, Yang DY. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc.* 2003;102(4):222-8.
83. Kennedy D, Ardagh M. Frequent attenders at Christchurch Hospital's Emergency Department: a 4-year study of attendance patterns. *N Z Med J.* 2004;117(1193):U871.
84. Chan BT, Ovens HJ. Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician.* 2002;48:1654-60.
85. Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med.* 1998;32(5):563-8.
86. Hansagi H, Olsson M, Sjoberg S, Tomson Y, Goransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):561-7.
87. Renier W. Gebruik en misbruik van de spoeddiensten? literatuurstudie en enquête. 2003.
88. Pisarek W, Auwera JC, Smet M, Damme PV, Stroobants J. Insured versus uninsured patients in the emergency room: is there a difference? *Eur J Emerg Med.* 2003;10(4):314-7.
89. Crouch R, Dale J. Telephone triage--identifying the demand (Part 1). *Nurs Stand.* 1998;12(34):33-8.
90. Jelinek GA. Towards an international triage scale. *Eur J Emerg Med.* 2001;8(1):1-2.
91. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj.* 2002;324(7341):819-23.
92. Sakr M, Angus J, Perrin J, Nixon C, Nicholl J, Wardrope J. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet.* 1999;354(9187):1321-6.
93. Cooper M. An evaluation of the safety and effectiveness of the emergency nurse practitioner in the treatment of patients with minor injuries: a pilot study. In. Glasgow; 2001.
94. Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG, Baker DW, Fink A, Brook RH. Safely directing patients to appropriate levels of care: guideline-driven triage in the emergency service. *Ann Emerg Med.* 2000;36(1):15-22.
95. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004(4):CD004180.
96. Cabrera MF, Arredondo MT, Quiroga J. Integration of telemedicine into emergency medical services. *J Telemed Telecare.* 2002;8 Suppl 2:12-4.
97. Tachakra S, Stinson A. The future of A&E with telemedicine. *Emerg Nurse.* 2000;8(6):30-3.
98. Tachakra S, Uko Uche C, Stinson A. Four years' experience of telemedicine support of a minor accident and treatment service. *J Telemed Telecare.* 2002;8 Suppl 2:87-9.
99. Bengert JR, Noble SM, Coast J, Kendall JM. The safety and effectiveness of minor injuries telemedicine. *Emerg Med J.* 2004;21(4):438-45.

100. Meade B, Barnett P. Emergency care in a remote area using interactive video technology: a study in prehospital telemedicine. *J Telemed Telecare*. 2002;8(2):115-7.
101. McKinstry B, Walker J, Campbell C, Heaney D, Wyke S. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. *Br J Gen Pract*. 2002;52(477):306-10.
102. Richards DA, Meakins J, Tawfik J, Godfrey L, Dutton E, Richardson G, et al. Nurse telephone triage for same day appointments in general practice: multiple interrupted time series trial of effect on workload and costs. *Bmj*. 2002;325(7374):1214.
103. Dale J, Williams S, Foster T, Higgins J, Snooks H, Crouch R, et al. Safety of telephone consultation for "non-serious" emergency ambulance service patients. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(5):363-73.
104. Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowles E. Impact of NHS direct on demand for immediate care: observational study. *Bmj*. 2000;321(7254):150-3.
105. Gibney D, Murphy AW, Barton D, Byrne C, Smith M, Bury G, et al. Randomized controlled trial of general practitioner versus usual medical care in a suburban accident and emergency department using an informal triage system. *Br J Gen Pract*. 1999;49(438):43-4.
106. Salisbury C. Out-of-hours care: ensuring accessible high quality care for all groups of patients. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2000;50(455):443-4.
107. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract*. 2002;53(486):53-9.
108. Chalder M, Sharp D, Moore L, Salisbury C. Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: time series analysis. *BMJ*. 2003;326(7388):532.
109. Leibowitz R, Day S, Dunt D. 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. *Fam Pract*. 2003;20(3):311-7.
110. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emergency medicine journal : EMJ*. 2004;21(6):722-3.
111. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2003;20(2):184-7.
112. Kesteloot C, Vandenbroecke H. De achtergestelde buurten in Vlaanderen en Brussel. Onderzoeksresultaten. Brussels: Vlaams Ministerie van Huisvesting, Binnenlandse aangelegenheden en stedelijk beleid; 1996.
113. Roch I, Lorient V, Closon M-C. Le coût de l'urgence: comparaison des urgences hospitalières avec la garde de médecine générale. In: Francart J CS, Pestiau D, Paulus D, Gourbin C, De Waele A, et al, editor. *Problématique du tri des urgences: comparaison entre les urgences en médecine générale et en milieu hospitalier*: UCL-KUL; 2003.

9. ANNEXES

ANNEXE I : TABLEAUX RÉCAPITULATIFS DE LA LITTÉRATURE

	YEAR	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
AVERY ET AL., 1999	1996 : 6 mois	Nottingham	Six pratiques de médecine générale : appels la nuit et les WE et SU au cours de ces mêmes périodes	III	MG : 3181 premiers contacts SU : 1876 premiers contacts	- recours significativement moindre des hommes aux services d'urgences que les femmes -risque plus de 6 fois supérieur pour les enfants âgés de moins de 5 ans comparés aux personnes âgées de 45-64 ans. -53% des patients se présentant à l'hôpital venaient pour accidents et blessures.	-Etude réalisée dans une ville - sous estimation probable du nombre de consultations MG
BURSTRÖM, 2002	1988/1989 – 1996-1997	Suède	Comparaison de deux enquêtes transversales sur les conditions de vie des ménages	III	1988/89 : n=10.648 1996/7 n=9.830	- En analyse multivariée tendance significative vers un accroissement du recours aux urgences parmi les populations aux plus faibles revenus	- 16.9% de non réponse en 1989 ; 20% de non-réponse en 1996-7 - les variables de morbidité peuvent « capter » une partie de l'impact entre revenus - qualité de la déclaration sur la santé subjective ?
BYRNE ET AL., 2003	1999	Dublin	Enquête cas-témoins appariés sur le sexe, l'âge et les catégories de triage	III	200	- utilisateurs fréquents : perception d'un manque de support social, état de santé psychique et physique plus fragile et un niveau social plus défavorable	- définitions d'utilisateurs fréquents (4 fois ou plus au cours des 12 mois précédents) - ces utilisateurs fréquents sont aussi grands consommateurs d'autres types de soins
COLEMAN ET AL., 2001	Ocobre-décembre 1997	Shieffing - UK	Enquête auprès d'un échantillon de patients dont la consultation était considérée comme non –urgente	IV	8057 consultations aux SU pour motifs non-urgents 267 dans l'échantillon	- patients plus jeunes que pour les cas considérés comme urgents - motifs de contact le plus fréquent : la perception qu'une RX était nécessaire	- validation de l'échelle de triage ? -étude réalisée dans un hôpital -96% de réponses -pas de différence significative de statut socio-économique entre les individus dont le problème de santé justifiait d'un recours aux urgences et les autres

	YEAR	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
DALE ET AL., 1995	06/1989 – 05/1990	Londres	Etude prospective : patients venant consulter pendant 204 périodes de trois heures (entre 10 et 21h) réparties aléatoirement sur l'année.	III	5658 au total dont 2314 de première ligne. Echantillon : tous les patients première ligne et 334 patients SU	-patients de première ligne significativement plus jeune que SU -le problème dont ils se plaignaient avait, pour près de deux tiers d'entre eux, débuté plus de 24 heures auparavant -le motif de leur plainte était moins souvent lié à une blessure	-Etude réalisée dans un hôpital -Validation du système de triage ?
DRUMMOND ET McCONNACHIE, 2000	1996	Glasgow	Enquête pas questionnaire postal auprès de 50% des patients ayant consulté le service d'urgence de première ligne au cours d'une semaine en octobre		1597 questionnaires 1115 réponses	-utilisation significativement plus fréquente de ce type de service par les individus appartenant aux groupes les plus défavorisés du fait des difficultés à accéder à de tels services pendant la journée.	-30% de non réponses -niveau socio-économique déduit du lieu de résidence -représentativité de la période
FRANCART ET AL., 2003	2003	Belgique	Etude transversale auprès de la population consultant auprès de 6 services d'urgence et 4 gardes de MG au cours des week-end (mois de mai ou juin)	III	1082 consultations aux urgences 977 en service de garde MG	- Patients âgés de 0-5 ans ($p<0,0001$) et patients de plus de 75 ans ($p=0,05$) mieux représentés en MG - 95 des patients avaient un médecin traitant - Niveau d'instruction plus élevés pour patients consultant aux urgences ($p=0,006$) - Plaintes les plus fréquentes : respiratoire en MG, musculo-squelettiques en SU	- Services d'urgence et garde de MG choisis sur base de leur disponibilité et de leur volontariat
HANSAGI ET AL., 2001		Suède (Stockholm)	Toutes les consultations en SU en 1996	III	70.700 visites, 47.349 individus	- utilisateurs fréquents : 4% de l'ensemble des patients représentant 18% des consultations - utilisateurs fréquents la probabilité d'avoir consulté au moins 5 fois en première ligne était de près de 3,5 fois supérieure à celle des non fréquents et celle d'être hospitalisé au moins 5 fois, 30 fois supérieure	- définitions d'utilisateurs fréquents (4 fois ou plus au cours des 12 mois précédents)

	YEAR	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE (2001)	2001	Belgique	Etude transversale auprès des ménages Population générale	III	12.111	12% ont eu un contact avec les service d'urgences au cours de l'année écoulée. Motifs de consultations : 57% suite à un accident, 41 % plainte ou maladie Raison : disponibilité 24h/24, plateau technique. Avant 74 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes recours se fait surtout selon propre initiative Les plus nombreux : Jeunes hommes adultes et femmes âgées.	Recours plus fréquent à Bruxelles en raison de son caractère urbain A Bruxelles 25% des contacts sont justifiés par des problèmes d'ordre financier (car il ne faut pas payer immédiatement) Jeunes hommes adultes : à rapprocher du fait que le motif le plus fréquent est un accident
LANG ET AL, 1997		Paris et Besançon	Enquête au cours de 40 périodes de 12 heures réparties aléatoirement sur l'année	IV		- recours aux urgences fréquent associé à un âge jeunes, une nationalité étrangère, une situation financière précaire et sans sécurité sociale et support social	-deux services hospitaliers -patients de 15 ans et plus
MURPHY ET AL., 1997	1993-1995	Dublin	Toutes les consultations au SU un an avant et un an après l'instauration d'une mesure financière de dissuasion pour patients ne bénéficiant de la gratuité des soins	II	Avant la mesure 43.202 Après la mesure 45.302	-légère augmentation de 2,5% des consultations aux urgences des GMS-ineligible pour motifs semi-urgents et non-urgents mais référés par MG	-Pas de vérification du statut d'assurance -Mesure ne concernant pas les niveaux économiques les plus bas
MURPHY ET AL., 1999 (CHARACTERISTICS OF ATTENDERS ...)	1995 : une année	Dublin	Etude rétrospective : toutes les consultations au cours 'une année	III	46.735 consultations et 34 908 patients	- 2,7% de patients avaient consulté au moins trois fois au cours de cette période, représentant 11,8% de l'ensemble des consultations. - une plus grande fréquence de recours était significativement associée à un âge plus élevé, au sexe masculin, à Dublin comme lieu de résidence, et à un milieu défavorisé. - recours fréquents considérés comme non-urgents et étaient le plus souvent auto-référés (p<0,0001).	-étude sur un hôpital - définitions d'utilisateurs fréquents (3 fois ou plus au cours des 12 mois précédents) - pas de suivi pour savoir si ces consultants fréquents ont une plus grande mortalité

	YEAR	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
NORREDAM ET AL. 2004	1997	Copenhague - DK	Etude rétrospective à partir des dossiers informatisés de tous les contacts en SU au cours de l'année	IV	18.183	- relation significative entre niveau de revenus et recours au SU, les plus hauts revenus recourrant près de trois fois moins. - les personnes nées en Somalie, Turquie et ex-Yougoslavie utilisaient plus les SU	- Etude réalisée pour un hôpital - N'ont retenu que les patients âgés de 20 ans et plus - Différences migrants non-migrants motivées par barrière du langage ? méconnaissance du système de santé danois ?
OLSSON ET HANSAGI, 2001	1999	Suède (Stockholm)	Enquête qualitative par entretiens	IV	10 patients	-fragilité psychologique -absence / faible support social -situation sociale précaire.	- définitions d'utilisateurs fréquents (6 fois ou plus au cours des 12 mois précédents) - patients de plus de 18 ans
PISAREK ET AL., 2003	01/2001 – 06/2002	Belgique - Anvers	Etude rétrospective à partir des dossiers informatisés	IV	31.290	- 17,4% des consultations pour des non-assurés - patients non assurés significativement plus jeunes (âge moyens 38,6 versus 42,7) - Patients non assurés arrivant plus fréquemment le WE et la nuit que les patients assurés	Etude réalisée pour un hôpital Non-assurés : personnes n'ayant pas de résidence légale en Belgique et les indépendants gros risques Il n'est pas possible que les non-assurés utilisent plus les SU que les assurés
PUIG-JUNOY ET AL., 1998	1992	Espagne	Individus ayant répondu à l'enquête nationale de santé âgés de plus de 16 ans. Exclut : les personnes ayant eu un accident au cours de la période analysée, ou souffrant de maladies chroniques, ou ayant reçu plus d'un type de services au cours de la période	III	1959 individus	Les recours aux services d'urgence, aux MGs ou aux spécialistes varient en fonction du revenu et de la durée cumulée du voyage et de l'attente (coûts non-monétaires). La demande pour les services d'urgence est plus élastique que la demande pour un spécialiste ou pour un MG. Elle est aussi beaucoup plus sensible pour les groupes aux revenus les plus bas. Quand les coûts non-monétaires augmentent, la demande en services d'urgence diminue fortement pour les niveaux sociaux les plus bas.	Hypothèse : : le recours aux urgences venait de la seule initiative de l'individu (ou de sa famille). Le niveau de revenus de la famille est celui associé à chaque statut social comme évalué à partir de l'Enquête Dépenses Famille

	YEAR	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
RAJPAR ET AL., 2000			Entretiens semi-dirigés auprès de patients recourant au SU ou à une garde de MG	IV	102 patients : 48 patients en MG et 54 en SU	- plus grande fréquence de personnes sans emploi dans les SU (70% versus 30%) -méconnaissance du rôle du MG par patients consultant aux urgences -méconnaissance des centres de MG de garde ou perception erronée les concernant (délai d'attente)	-pas de différence significative du fait de la taille de l'échantillon - hôpital et centre situés tous deux dans une zone défavorisée
SEMPERE-SELVA ET AL. 1999	Mai 1996- Avril 1997	Hospital general universitario de Elche	Echantillon aléatoire de dossiers parmi toutes les consultations aux urgences pendant la période considérée (exclus : patients vus en pédiatrie, en maternité et en traumatologie)	Test d'un outil pour évaluer le recours approprié	100 dossiers	Outil : bonne fiabilité intra et inter-observateurs mais basse validité de la limite entre faible risque et risque modéré	
WASS ET ZOLTIE, 1996	1991, 1993 et 1994	Leeds, UK	Etude prospective (ensemble des consultations pour chacune des années considérées)	III		- augmentation du nombre de consultations aux urgences entre 1991 et 1994 - augmentation de 32% des personnes arrivées en ambulance - augmentation importante du nombre de personnes âgées	Etude réalisée pour un hôpital monitoring de l'activité annuelle d'un service d'urgences

	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
AFILALO ET AL., 1995	Québec	Etude transversale : Patients ayant recours au service d'urgence d'un hôpital universitaire pendant une période de deux semaines. Echantillon représentant une période d'une semaine. Visites classées selon l'urgence (I soins immédiats, II soins dans les 6 heures, III soins pouvant attendre plus de 6 heures) . Patients classés en II appariés avec patients de MG	IV	849	- 15% de recours non justifiés - 16% difficile à classer - motifs de recours pour ce type de visites : gravité des symptômes, non disponibilité des centres de santé primaires, proximité, confiance	Suivi des patients ? Un hôpital universitaire (donc large plateau technique) Période représentative ? Validation de l'échelle de triage ?
BENALL ET AL., 2003	UK, London	Etude transversale rétrospective. Patients de plus de 16 ans consultant au service d'urgence au cours d'une période de deux semaines en Mars 1999	IV	2636	8 % (IC : 6,8 –8,9 des consultations auraient pu être prises en charge par un pharmacien Ces patients étaient significativement plus jeunes ($p<0,004$) et non résidents UK ($p<0,003$). Motifs de consultation : AVRS, douleurs gastro-intestinales, douleurs non précisées	706 cas non retrouvés : hypothèse cas devant être suivis pour examens ou spécialiste donc recours justifié
DESCARREGA ET AL., 1994	Espagne	Etude transversale. Echantillon de patients de plus de 14 ans consultant à l'hôpital pour des motifs jugés non urgents	IV	321 patients	- 83% des patients étaient auto-référés - Motifs : plateau technique, expertise, persistance des symptômes - 51% des patients ne connaissaient pas l'existence de services alternatifs	Un hôpital . Critères de décision de non-urgents ?
LEE ET AL., 2000	Hong Kong	Patients sélectionnés aléatoirement et événement ayant conduit le recours aux urgences examiné indépendamment par deux urgentistes. Patients considérés comme relevant de la MG appariés sur la morbidité à des patients consultant une out-of hour clinic	IV	2410	Motifs de non recours à un MG ou un centre de soins primaire : détérioration des symptômes, fermeture de la clinique, incapacité du MG, pas d'amélioration après une visite, continuité des soins, problème de proximité	Les auteurs insistent pour l'importance de centres de soins de santé primaires accessibles. Problème : rationalisation a posteriori

	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
MACLEAN ET AL., 1999	USA	Etude multicentrique dans 89 services d'urgence dans 35 états. Etude transversale rétrospective : échantillon aléatoire de 140 enregistrements de consultations dans chaque site.	III	12.422	- 52 % des consultations non urgentes, survenaient dans la journée - Enfants ou adolescents : principaux bénéficiaires de ces consultations non-urgentes - Diagnostics les plus fréquents : IVRS, otites moyennes, douleurs thoraciques	Représentatif de différents sites Les auteurs soulignent le besoin de centres accessibles avec plateau technique.
OKTAY ET AL., 2003	Turquie, Izmir	Etude transversale : Patients ayant recours au service d'urgence d'un hôpital universitaire pendant une période de deux semaines. Visites classées selon l'urgence (soins immédiats, soins dans les 6 heures, soins pouvant attendre plus de 6 heures) et déclarées inappropriées en fonction de l'accessibilité des centres de santé primaires au moment du recours	IV	1.155 patients	- 31% de visites inappropriées - motifs de recours pour ce type de visites : aggravation des symptômes, non disponibilité des centres de santé primaires, proximité, satisfaction	Suivi des patients ? Un hôpital universitaire (donc large plateau technique) Période représentative ? Validation de l'échelle de triage
PEREIRA ET AL., 2002	Portugal	Etude transversale prospective dans un hôpital universitaire. Recours jugé approprié si transfert hospitalier, décès aux urgences, hospitalisation examens et traitements mis en œuvre. Patients ayant consulté dans les 24 h auparavant et venant aux urgences pour les mêmes motifs	IV	5.818	- 68,7% de visites appropriées - déterminants d'une visite appropriée : - un âge de plus de 60 ans pour les hommes, - plainte de 24h ou moins et arrivée entre minuit et 8 heures du matin.	Population ayant déjà eu un contact avec un centre médical
PHELPS ET AL., 2000	USA	Echantillon de personnes amenant un enfant dans un des deux services d'urgence inclus dans l'étude. Questionnaires administrés aux accompagnateurs (caractéristiques sociodémographiques, motifs de recours, comportements de soins). Adéquation de la visite jugée par 1 MG et 1 pédiatre	IV	200	- recours plus fréquent pour les célibataires ($p < 0.05$) - parents amenant plus leurs enfants aux urgences si eux-mêmes y avaient été conduits enfants ($< 0,002$) ou assurés par Medicaid ($p < 0,001$).	Exclusion des enfants nécessitant des soins immédiats Données des deux hôpitaux poolées car caractéristiques des accompagnants et des enfants similaires

	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
PLAUGH ET PEARSON, 1998	USA	Etude transversale auprès de patients de 18 ans et plus ayant recours à un département d'urgence	IV	421	- patients significativement plus jeunes qu'en MG ($p < 0,0001$) - motifs de recours - visite immédiate, 64% - centre première ligne fermé, 47% - pas de RDV possible avec le MG, 25 %	Contrôle de la sévérité du diagnostic
POMERANTZ ET AL., 2002	USA	Cohortes d'enfants nés dans une maternité au cours de la période 09-1992 ;05 1994 cette période et visites dans un service d'urgence au cours des trois premiers mois de vie	III	2.137 enfants	965 visites aux urgences : 60% des visites considérées comme non urgences 20% des enfants ont été amenés pour des motifs non urgents. Recours non urgents associés au jeune âge de la mère, primipare, non blanche, Medicaid	Visite non urgence déterminée à partir du diagnostic final
PRINCE ET WORTH, 1992	Nottingham, UK	Echantillon représentatif de d'enfants consultant dans un service d'urgence au cours de la période septembre-octobre 89. Echelle pour déterminer l'adéquation du recours et questionnaire administré à l'accompagnant	IV	162	- 30 % de recours inapproprié - Recours inapproprié plus fréquent chez les parents appartenant aux groupes sociaux les plus défavorisés, d'enfants très jeunes. Chez les familles vivant près d'un hôpital.	Suivi des patients ? Un seul hôpital Validation de l'échelle de triage ?
RIEFFE ET AL., 1999	Amsterdam	Tous les patients « auto-référés » ayant recours au service d'urgence au cours d'une période d'une semaine. Lieu de l'étude : deux hôpitaux. Questionnaires donnant une série de 21 motifs mesurés par une échelle de Likert	IV	403	Motifs non liés au MG Deux types de motifs - motifs financiers - motifs d'expertise et de plateau technique	Questionnaire auto-administré. Deux hôpitaux de profil différents
ROTSCHILD ET AL. 1993	Israël	Etude rétrospective . Echantillon de dossiers de patients venus aux urgences pédiatriques au cours de l'année 1988	III	1.200 dossiers	- 58% auto-référées pendant la journée, 84% la nuit 81% des patients renvoyés à leur MG 11% d'hospitalisations	Relation inversement proportionnelle entre proximité de la résidence et fréquence de recours

	COUNTRY	STUDY DESIGN	LEVEL OF EVIDENCE	SAMPLE	RESULTS	REMARKS
SARVER ET AL., 2002	USA	Enquête nationale représentative (1996 Medical Expenditure Panel Survey) Etude transversale	III	9146 adultes	Les patients non satisfaits par les soins de première ligne ont plus de risques de consulter un service d'urgence ($p < 0,05$). Motifs de non satisfaction : Manque de confiance, accessibilité difficile, durée de l'attente	Association persistant après ajustement sur l'âge, le sexe, la race, l'instruction, le lieu de résidence, le revenu, le type d'assurance, l'état de santé, l'activité
SEMPERE-SELVA ET AL., 2001	Espagne, Hôpital universitaire d'Elche	Etude transversale dans un service d'urgence. Echantillon aléatoire de patients adulte. Adéquation du recours mesurée à l'aide du Hospital Urgences appropriatness Protocol	IV	2.980	29,6% des visites considérées comme inappropriées facteurs associés : jeune âge diagnostics moins sévères, utilisation de son propre moyens de transport Motifs de recours : confiance mais aussi référence inappropriée par le MG	Etude réalisée pour un hôpital
THOMSON ET AL., 1995	Ecosse	Patients consultant dans un service d'urgence pendant une période de cinq jours consécutifs Questionnaires auto-administrés	IV	245	- 20% de recours inappropriés - 62% de patients auto-référés	Le recours aux urgences patients auto-référés n'est pas plus inapproprié que celui e ceux qui sont référés.

FIRST AUTHOR-YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
AFILALO J.- 2004- CANADA.	Analysis of cross-sectional st.	Non urgent and semi urgent features and barriers to primary care, instead of ED's.	Triage based sampling of cross-sectional data in 5 tertiary hosp. Structured in a behavioural model for care.	25 % of NU and USU pats were seeking care from a GP!! Reasons : accessibility, self perception of need, trust in ED.	Reasons of self referral are diverse in NU and USU pats. Diversion strategies to consult first a GP have to be multifaceted.
AVERY J.A.- 1999-UK.	Observational Prospective study.	Address patterns of use of GP and ED outside normal hours.	Datacollection – prepared sheets in 6 GP and ED areas..	63 % of first contacts GP. 30 % dealt by tel. Minor Avery symptoms.	Referrals to ED mainly for dyspnoea and chest pain. Minor symptoms to GP. Scope for more tel. dealt advices by GP.
BEALES J.- 1997-UK.	Observational before and after study.	Experience with a nurse practitioner-run minor injuries care unit.	Table of provisions and protocols of tel. advice and care and cure in a MIU, runned by nurses.	Marked decrease in waiting times for MI care attenders and reduction in complaints.	The MIU decreases the need for ED-attendance for MI and are well cared in the scope of trained nurses.
BENGER JR- 2004-UK.	Randomised controlled trial (RCT).	Determine the safety and clinical effectiveness of MI-telemedicine compared with on site (district hospital) specialist care.	Double blind random design of pats to 3 treatment plans(12 months):emergency doctor(ED) on site, an ED using telemedicine, a on site GP.	40 % of pats allocated to telemedicine,35 % to on site ED, 25 % to GP. Telemedicine took the longest consult(6 min).No significant differences in clinical outcome.	Safety of minor injuries telemedicine= conventional practice. No differences in type of errors. Presently no evidence of effectiveness of TELEM. In urgent cases.
BROGAN C.- 1998-UK.	Prospective cross sectional survey.	Determine the use and costs of out of hours services.	Study the out of hours activities of 6 GP and local ED's. (6 months).	Wide variations in electoral wards in GP and Ed's.—Out of hours activity highest,both in GP and ED's, in deprived inner city areas.	New multidisciplinary primary care centers with tel.-advice and triage are required to assure high quality and cost effective care.
BUNN F.- 2004-UK.	Cochrane based systematic review.	Assess the effects of tel-consult by different health care profs. on safety, service usage, pat. satisfaction.	9 studies included,5 RCT's, 1 CCT, 3 ITSs (interrupted time series).	50 % of calls handled by tel. advice only.—Unclear if triage is delaying or reducing ED-visits,2 studies showing an increase in return consultations.	Tel-consultation can reduce the surgery contacts and the out-of-hours visits by GP's and appears to be safe.There may be an increase in repeat visits. Further research needed.

FIRST AUTHOR- YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
BYRNE M.- 2003-IRL.	Case cohort study.	Compare with a control grp., frequent ED-attenders in terms of health service use and their clinical, psychological and social profiles.	100 frequent users (> 4 visits/yr) and 100 nonfrequent users interviewed in ED about health service use, mental health(questionnaire), social support, alcohol and drug use.	More visits to GP's, social and nursing services, addiction centers, psychiatric clinics by frequent users. (men age 55 yrs; more men than female).	Frequent ED-users are also frequent PC-users. Frequent users are a socially and mentally more vulnerable grp.
CABRERA MF- 2002-SPAIN.	Case control study.	Compare experimental systems of telemedicine in prehospital care of 2 grps of pats: conventional EMS and telemed. EMS.	Tool model based on management of emergency resources, records, multimedia medical data (ECG and images from ambulance to ED), route guidance and telepresence.	The cost with 100 pats using telemed. Was much lower than conventional E-care. Assessment of telemed. was recorded from the healthcare staff and evaluated.	Telemedicine can save lives and reduce morbidity through high-speed links in urgent cases. Avoiding unnecessary hospitalisation and overmedicalisation are benefits.
CHALDER M.- 2005-UK.	Control case study with time series analysis.	Impact of walk-in centres on the workload of local ED, GP, out of hours services.	Comparison with different models of variables between walk-in centre sites and matched control towns.	Non statistically reduction in consultations in ED and GP close to walk-in centers. No impact on out-of hours consults in this services.	A larger scales impact assessment among walk-in centers compared with other NHS providers will be necessary.
COLEMAN P.	Questionnaire survey and notes review. (7 weeks).	Potential of GP, MIU, NHS direct, walk-in c., to reduce non-urgent demands on ED's, matched with socio-economic reasons for attendance.	Triage of pats using defined criteria studying the suitability of their health problem to be treated by primary care services all included.	55 % of health problems are suitable for Primary Care. 24% of this pats, the ED was not the first contact. But only 12 % don't include a strong reason for presenting to ED! Hence only 7 % of non-urgent pats are expected to attend PC in the future for their "serious perceived" problem..	The increasing availability of alternative services is likely to have little impact on the demand on pats with non-urgent problems. (no proposals of alternatives were added in this study.)
CROUCH R.- 1998-UK.	Systematic literature review.	Exploring the role of telephone triage and the level of demands for tel.-advice in ED's	Review of UK studies summarising the key characteristics of the studies, with the total amount of calls/time period, dealt by doctor/nurse and the findings and notes.	3 to 5 % of pat.-contacts with ED's occur over phone. The GP availability and the long expected delay for assessment by GP are important factors in pat. choice for tel. or direct contact with ED.	Tel.-triage and contact is not replacing the face to face consult. But the potential of tel. advice and triage is seriously argued and need to be deepened.

FIRST AUTHOR-YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
CROUCH R.-1998-UK.	Systematic second part review of tel-triage.	Exploring the accuracy and reliability of tel. assessment and advice.	Review of UK studies summarising the characteristics using simulation models to explore tel. assessment skills.(lack of methodological rigour).	No measurable shift in pat. attendance. The skills of the tel. advice either doctors or nurses is important not only for referral need and diagnosis but also for pat.management.Assessment of callers however is incomplete and inadequate.	The need for an evidence based and well managed of this increasing trend in nursing practice.Lacking data in the patient outcome and the subsequent use of other health care.
DALE J.-1995-UK.	One year prospective study. (randomly sampled)	Comparing pat. characteristics and consult activities of ED-attenders assessed by triage nurses as non-urgent cases.(in a busy inner city ED.)	Collection of variable characteristics of pats with non urgent problems in random samples of 3 h. sessions. Double blind interviews and identification of pats. in urgent(10% of sample) and non urgent(all included).	Primary care presentations are less severe and of longer duration and less related to injury. They PC symptoms are more of infectious nature and skin diseases. Twice more and haematology pathology tests and RX in pats with emergency problems .	Categorical criteria in the nurse triage and further training is necessary but mainly base on the perception of need by the pat. than on the duration of symptoms.
DALE J.-1995-UK.	Prospective controlled intervention study.	Comparing the process and outcome of PC consults between GP's and senior E-doctors.(in a busy inner city ED).	Collection of variable investigation approaches of GP's and ED's during random samples of 3 h. sessions. Stratified criteria of nurse triage used, subsequent to the previous study.	PC consults made by E-doctors results in more investigations and specialist resources than those made by GP's in the ED.	Employing GP's in ED's to manage less and non urgent cases can reduce the rates of investigations, prescriptions and referrals.
DALE J.-2004-UK.	Randomised controlled trial.	Assessing the safety of tel. triage and advice by nurses as an alternative to immediate ambulance despatch for the pat. calling for "non serious" problems.(C-calls).	Study of all emergency ambulance calls during random sampled 4 h sessions prioritised as C calls. The management was different in the control and the intervention grp .(ambulance despatch or not).Review of data by a specialist panel.	In 96,7 % the triage decision concurs with the panel decision. No life risk in no case even not in the 3,3 %.	Tel. advice could be a safe method of managing ct. C patients to emergency ambulance services. A clinical trial of the full implementation of this intervention is needed large enough to exclude the possibility of adverse events.
DE GROOT R.-2001-NL..	Observational before and after study.	Evaluating the effects of a call-back tel. appointment system on doctors workload and pat. access to doctors.	Selection of tel. consulting data (reasons for call, engaged lines, duration of call) before and after the introduction of the call-back system.	Reduction of 59 % of calls requiring immediate doctor's response and 39 % reduction of time spent on tel. by the GP's.	Call-back appointment system is superior to the previously used open access tel. hour.
FLETCHER J.-2000-UK.	Survey study by a semi quantitative questionnaire.	Collecting data from GP's health and well being during a period of increased use of GP-cooperatives.	Questionnaire analysis of data scored for each dimension and matched for demographic and social data.	Response rate of 59 %.Expected improvement of health status og GP's by use of cooperatives, although an observational study cannot draw conclusions.	Further need to assess the real emotional and physical health of GPs because they are reluctant to answer this type of questions.

FIRST AUTHOR-YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
GIESEN P.- 2002-NL.	Case control study with semi-quantitative questionnaire.	Studying the impact of a central GP-coop. for the GP's.	Questionnaire analysis, comparing GP's yes or no participating in a GPCO. For the participants a comparison was also made before and after the start of the GPCO.	Workload decreases for participants (to 80%).- Less deputising to other services.-Quality of family life improves.-Harassment by aggressive pats. decreases.	A GPCO has a real benefit for PC, and this cooperative spurs the further integration of GP's with the ED. This is a second desirable step, but first the GPCO has to be well organised.
GILL J.M.- 2000-USA.	Cross-sectional study in a 100% sample of Medicaid patients.	Examining whether continuity of care with 1 healthcare provider is associated with the number of ED-visits.	Multivariate analysis of the "usual provider continuity" index Related to the no. of multiple ED visits in Medicaid pats from 0 to 64 yrs.	Continuity is significantly associated with a lower likelihood of making a single ED visit and even more strongly with a lower likelihood of making multiple ED visits.	High provider continuity is associated with lower ED use for the Medicaid people.— Financial incentives like lower co-payments for pats with 1 regular provider would encourage this instead of not warranted ED visits.
HALLAM L.- 1994-UK.	Telephone survey to health authorities in UK.	Determining the use and organisation of out of hours services in primary care.	Tel. recording of the rate of use of out of hours care, provision methods, role of authorities.	12-25 % of authorities were unable to answer key questions because of lacking info. Mean of night visits/pats/yr was 35 %.	Without good info systems family health authorities will not be able to monitor the effect on quality and cost/effectiveness of care.
HALLAM L.- 1994-UK.	Systematic review of published data.	Study of the PC outside working hours	Research and review of published data according to GP-arrangements, need and demand for out-of-hrs care, inappropriate ED-use.	Few suggestions of innovative schemes of PC dealing with ED calls.-Models proposed: nursing triage, GP-coop., commercial deputising services, walk-in centres are not yet experienced, although an increasing demand by GPs.	Further research is worthwhile and needs to be evaluated before being adopted in public health.
HORROCKS S.- 2002-UK.	Systematic review of RCT and prosp. observational studies.	DETERMINING WHETHER NURSE PRACT. CAN PROVIDE EQUIVALENT CARE AS DOCTORS IN A PC SETTING.	Cochrane controlled trials register. Inclusion of RCT and obs. studies related to pat. satisfaction, health status, costs, process of care.	Included st.: 11 trials and 23 obs. studies. More pat satisf. With nurses, no differences in health status, more investigations done by nurse pract., no differences in prescriptions, return consults, referrals.	Increasing availability of nurse pract. in PC settings can lead to high levels of pat. satisfaction and high quality of care.

FIRST AUTHOR-YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
HWANG U.-2004-USA.	Systematic literature review.	Examining how ED overcrowding has been defined in the medical literature.	Inclusion of reviews, original articles, editorials, dividing and subdividing those who defined explicitly or implicitly overcrowding of ED, and those as primarily or secondly referring to overcrowding in their methods and objectives.	58 % of articles were primarily referring. Of these 43 % had explicit definitions of crowding and over crowd. The definitions varied in content and focus(ED staff and waiting time, hospital beds, external hosp. factors)	A more consistent approach to define ED overcrowding would help to clarify the distinctions between causes, features and outcome of overcrowding.
JERANT AF.-2003-USA.	Randomized controlled trial.	Telenursing as a model to reduce hospitalization for congestive heart failure: pat-outcome (readmission rate within 180 days) and nursing indicators.	Comparing 3 post-hospitalization nursing care models: a) video-based telecare,b) tel. calls,c) usual care.	CHF failure readmission rates were lower in the telenursing grps and these grps had significant fewer CHF-related ED visits.—In person visits 3 times longer than televisits. Selfcare adherence, med., health status, satisfaction similar.	Telenursing can reduce significantly CHF hospitalizations and allow increased frequency of communication with patients.
LATTIMER V.-1998-UK.	Block randomised controlled trial over 1 yr.	Determining the safety and effectiveness of nurse tel. consult in out of hours PC.	1 yr,1 Gp-coop.(GPCO),all pats contacting out of hours recorded according to deaths within 7 d.of a contact; ED admission in the 24 hrs; ED attendance in the 3 d.after contact.	50 % of calls were managed without referral to GPs.69 % of erduction of tel. GP advice; 38 % reduction of pat. attendance at PC center;23 % reduction in home visits.	Nurse tel. consults reduce significantly(50 %l workload of GPs,not associated with an increase in the number of adverse events.Hence this model is safe and effective.
O'DONNELL C.-1999-SCOTLAND.	Critical systematic review of current knowledge.	Examining the radical changes of the out-of hours care in the new GPCO's from the PC-centers.	Review of all new models of out of hours care(equity of access,tel. advices,home visit-centre attendance,quality of care): practice rota,GP employed in ED, nurse triage, GPCO, PC emergency centers.	Influence of age on use of out of hours care.More home visits for elderly,centre visits more common for children.-Satisfaction unclearly matched with health outcome. Too little attentio, and comparaisn with single handed GP's.	Little is known about the relative merits of the different types of out of hours carecurrently provided and the differences between the rural and urban areas.A national comparaisn of the quality and safety for health,satisfaction, socioeconomic differences, is planned in Scotland.

FIRST AUTHOR-YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
RAYPAR S.-1999-UK.	Case control study with a semi structured questionnaire.	Determining the reasons for choosing between PC out of hours centers and ED's for patients with PC problems.	Interviews with 2 grps of pats: one grp attending the ED with(triaged) PC problems and another grp.PC pats attending the GPCO.,both located in a socially deprived area.	Considerable misunderstanding concerning the role of the GP When used high satisfaction. Perception that waiting time would be longer at GPCO than in ED??Selfperception of severity of illness is a stressing factor for ED visit.	Still lack of knowledge among PC attenders to ED's regarding the role of the GP in out of hours care.Hence a better education and info about GPCO's has to be implemented and a larger scaled research has to be planned from the different socioeconomic backgrounds.
RICHARDSON S.-1999-NEW-ZEALAND.	Systematic review of national health system(NZEAL) and the litterature.	Examining the key role of PC in the ED.Asking whether this is an appropriate use of ED ressources and which are the implications for the role of the ED?	Litterature and data review about the inappropriate ED attendance,crowding of ED., profile of PC pat. in ED., refusal and redirection of NU pats, Pcin the ED., minor injury units.	Most encouraging novative models are nurse practitioners,use of GP run clinics, classical reasons for self referrals (ED access,perception of urgency,more ED technical facilities etc...).	Research highly recommended to define safe ways of triaging and diverting pats with minor complaints,and to formalise a well organised,quality based PC in ED.(minor injury unit).
C. RIEFFFE-1999-NL..	Case control study.	Reasons for bypassing GP ED.	Multiple choice questionnaire based on a multidimensional measurement instrument.(21 motives for bypassing GP.)	2 groups of pats.identified: 1) Pats with high socioeconomic status living in residential suburbs. 2) Pats living in inner cities.	*Suburbs residential rich pats choosed the ED for financial reasons. *Citizens poorer people choosed the expertise and facilities of ED.
ROBERTS E.-1998-UK.	Systematic studies review in UK,according to the Cochrane centre for reviews.	Quantifying the impact of PC based services on the patterns of ED demand across the primary-secondary interface.	34 studies included,grouped in 3 cat. based on intervention type: *Primary care role,access and facilities.(out of hours). *Integration PC and SC. *E-care(GPs in EDs) interventions.(MIUtel-triage,user charges)	*With exception of GP in ED,no evidence of the relative cost-effectiveness of alternative models of care. *despite the variable methodological quality (only 4 RCT) there is evidence that primary and community forms of Edcare can substitute ED care.	Shifting the balance from Sec. to Pcare is possible,but this review highlights the still false perceptions of the appropriate sources for minor illness and injury.

FIRST AUTHOR- YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
RUGER J.- 2004-USA.	Retrospective cross-sectional study.	Determining the rates of ED-use by 5 grps with number of annual visits; examine the visit characteristics by frequency of ED-use;comparing levels of resource utilization among frequent users.	Study of the clinical and financial records,regarding triage acuity, health status and complaints,diagnosis related grp., hospital stay,payment method, demographics, costs.	Pats with 3-20 visits,mostly Medicaid insured, were more admitted to hospital than pats visiting ED once or twice.-- Pats > 20 ED visits more likely to present non urgent conditions and virtually no Medicare or Medicaid managed care or a health maintenance organisation.	Frequent ED users are heterogenous. Pats thought to overutilize ED for socioeconomic or minor medical problems are as sick as less frequent users!! Only the more than 20 visits grp. are less ill or injured but also incurred lower average costs per ED-visit.
RUTSHMANN O.-2003-SUISSE.	Descriptive study of 2 strategies focused on (emergency and chronic) disease management.	Arguing 2 novative models of home care services, based on a integrated GP and home care agencies service.	*On litterature and field based exploration of hospital at home care. *Systematic review of 11 studies about 2000 CHeartF pats, taking benefit of a skilled home re-education and tel. or home visit follow-up.	Rehospitalisation risk is significantly reduced and these home programs are cost-efficient. Even in 2 studies a reduced mortality could be demonstrated.	Hospital at home care could fullfill complex patterns of care, supply the hospitalisation length of stay, and reduce the hospitalization rate.
SALISBURY C.- 2002-UK.	Descriptive study based on monitoring returns and anonymised patient level data for further analysis.	Analysing the impact and role of recent opened walk-in centres by the NHS in UK.	Monitoring returns including the number of visits/ month, waiting times, referrals. Interviews with walk-in centre managers about facilities, staffing, service provision, use of E-technology.	The walk-in centre is at a first impression attracting a different population(young adults>>ageing people) from these attending GP. Less waiting times and longer consults in walk-in centres. Use of nurses supported by clinical assessment soft ware. Level of nurse and doctor's training remain unclear and the comparison with face to face visits not yet established.	Future components of a national evaluation has to provide evidence about the impact of different types of walk-in centres on pats,their cost-efficiency,quality of care provided.
SANDERS J.- 2000-UK.	Systematic review.	Reviewing and analysing in depth the health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' ED attendances. The subsequent implications for minor injury provisions.	Review of all British studies concerning 'inappropriate' ED-use.	Lack of definition of 'inappropriate'. Little difference between all ED-attenders and 'inappropriate' at tenders. Main reasons are to obtain quicker and better medical care and rarely for reasons of convenience.	The need for a clear definition of the role of GP's and ED staff to minor illness and injury care,against all subjective blaming attitudes towards the pat.This resaearch should be conducted among MIU(nurse practitioners) and ED staff.

FIRST AUTHOR-YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
SHEPPERD S.-2001-UK.	Cochrane based systematic review.	Assessing the hospital at home versus in-patient hospital care.	Systematic selection of the randomized trials, using the Cochrane effective practice and organisation of care grp. and extraction of data- assessing study quality by 2 reviewers.	16 trials retained. No different patient outcomes for elderly pats with a mix of medical conditions and pats recovering from elective surgery. More conflicting are these recovering from stroke. more independence at home but less psychosocial communication, pats prefer home hospital and carers the opposite, more length of treatment in the hospital at home grp.	This review don't support the hospital at home services as cheaper than in-patient care. Future research will have to focus on admission avoidance schemes, and the effect of early discharge hospital at home schemes for pats recovering from a stroke.
TACHAKRA S.-2000-UK.	Wide ranging view study.	Describing and arguing the different models of telemedicine, the possible dispositions of services.	Reasons, technological advances, disposition of the useful potential users, subjected to double peer review.	Additional peripherals (fe. Electronic gloves, multidimensional oftalmoscopes..), automatic call redirection and instruction for further investigation, pattern recognition for diagnostics (ECG), automatic teaching, faster links are recently applicable technological advances in telemedicine.	The telemedicine can be used by GPCO's, chemists, NHS direct, paramedic management, walk-in centres, minor injury units, emergency rooms and ambulances, senior consultants in residence in secondary hospitals.
TACHAKRA S.-2002-UK.	Case control study.	Accuracy and reliability of teleconsultations (radiographs) in a minor injury unit one year (casual use) and over a 4 yr period afterwards.	Over the 4 yrs 3,6 % of consultations (mainly fractures, infections, less chest pain) were performed with telemedicine. Half of the cases were done by reason of teleradiology for fractures. Image clarity was judged satisfactory in 88 %; sound clarity in 77%.	Telemedicine needs additional training especially for nurses specialising in this new field.—Telemedicine can save a referral to ED in 90 % of bone injuries and infections.—Telemedicine reduces significantly the workload of GP's and ED's..	Telemedicine is an excellent educational tool and the spectrum of cases that E-nurses see has been enlarged and their practical skill extended.
VAN HOECK K.-2002-BEL.	Report about a pilot project in a defined area.	Studying a common organisation of duty primary and secondary emergency services.	Stepwise approach of a task sharing between GPCO and GP rotasystems and ED's in the region of Leuven-BE.	10 key messages are addressed to fulfill an optimal task description of the different levels of emergency care dealing with PC centres, infochannels, public awareness, modern technology, unsafety, inclusion of other paramedicals, financial subsidies.	This practical guidelines are a interesting and novative initiative to enhance the better compliance between emergency PC and SC to be replicable across the borders.

FIRST AUTHOR- YR-CTRY.	TYPE STUDY	OBJECTIVE(S)	METHOD(S)	RESULTS	DISCUSSION
VAN UDEN C.- 2003-NL.	Comparative case study.	Investigating pats numbers and characteristics using PC and Ecare because of different out of hours care models.	2 organisational models of GPCO's are compared in annual contact rate, self referral. One cooperative is city centred, far from ED's (Heerlen), with scheduled appointments (Maastricht). The second is inside the local ED, free access.	* Annual contact rate/1000 inhabitants at the GPCO-Heerlen is significantly lower than in Maastricht. * Contact rate at ED's in both is not statistically significant. * The self referral rate in ED's is significantly higher in Heerlen than in Maastricht.	The free access gatekeeper function and the proxy of the ED in Maastricht has decreased significantly the self referral rate at the ED, compared with Heerlen.
VAN UDEN C.- 2004-NL.	Observational before and after in out of hours service.	Investigating whether the reorganisation of out of hours (creation of 3 new GPCO's) PC changes utilisation of primary and hospital emergency care.	Analysis of all pt. contacts with GP's and ED's during a 4-week period before and after the reorganisation of out of hours care. (extraction of computerised data).	The total number of pats. during out of hours care increased with 4,6 %, but an increase of 9,8 % in GPCO's. Self-referrals diminished significantly. (3,3 %). Significant shift of pats from ED to GPCO's. (3,6 %).	The reorganisation of out of hours PC into GPCooperatives has reduced ED-use and increased PC-use.
VAN UDEN C.- 2005-NL.	Comparative case study with peer reviewed structured questionnaires.	Determining pat. satisfaction with current out-of hours care in GPcooperatives.	Cooperatives located nearby a ED. Questionnaires based on reviewed and published data and analyzed on 3 processes of consult in GPCO: tel. advice, in site consult, home visit. This questionnaire encompasses contact-specific and general items. Likert response scale.	Pats receiving only tel. advice are less satisfied than those who attend the GPCO, and those who receive a home visit.—Various factors give insight in the pat. opinion and satisfaction: first tel. contact, or attitude of the doctor be it in site or at home.	The study shows that patients are generally satisfied with out-of-hours care, but that those with a only tel. advice are less satisfied than those attending the cooperatives.
WASHINGTON D.- 2000-USA.	Prospective cohort design in a tertiary care hospital.	Validating standardized clinical criteria to identify pats whose care can be safely deferred to a later date in a nonemergency setting.	Defined criteria developed by a multidisciplinary physician panel. Screening of > 1000 ambulatory pats. responding or not to the criteria they were referred to same day care or deferred to an appointment (max. 1 week) in the ambulatory clinic.	19 % met criteria to be deferred. 0% related nonelective hospitalisations within 7 days after deferral. But 7 % of non deferred pats were hospitalised and 0,5 % died.	This criteria can safely screen ambulatory care for pats who attend ED. They deserve testing in other ED's.
WEBER E.- 2005-USA.	National population-based study.	Determining whether having a usual source of care or health insurance is associated with the likelihood of an ED-visit.	Multivariate analysis of a nationally representative Community tracking study household survey assessing the association of health status, insurance, income with 1 or more ED-visits in the previous yr	Adults without usual source of care were less likely to have had an ED visit.—Uninsured pats were not more likely to have an ED visit than insured pats.—Poor physical and mental health > 5 outpat. visits/yr, changes in insurance coverage were associated with ED visit.	The success of efforts to decrease ED-use may depend on improving delivery of outpatient care.

EERSTE AUTEUR	LAND	JAAR	AARD STUDIE	CRITERIA IN- APPROPRIATE	AANTAL PATIËNTEN	PUNTSCHATTING AANDEEL IN- APPROPRIATE
AFILALO M	Canada	1995	Retrospectief onderzoek		849	15.2% misusers
ASKENASI R	België	1984	Retrospectief Dossiers	Patients who could have been seen 12 hours or later in a consultation	19.070	Obv symptomen: 18% obv diagnose: 35%
BUESCHING MA	VS	1985	Retrospectief onderzoek obv patiëntendossiers	ACEP (American college of Emergency Physicians) guidelines	3.117	10.8% "inappropriate use"
CUNNINGHAM PJ	VS	1995	Secundaire data analyse van NMES	Cunningham criteria voor "urgentie"	35.000	6.3% van de VS-populatie deed een niet urgent spoedbezoek
DERLET RW	VS	1998	Public survey van consumenten)	EMTALA (4 versies)	1018 consumenten 126 hulpverleners	
DUNNE MO	Ierland	1997	Prospectief onderzoek	Criteria voor "inappropriate" use: 1. pt kon behandeld worden door huisarts 2. voorzieningen op spoed zijn niet nodig 3. pt werd door huisarts naar specialist verwezen	1.326	91.3% "appropriate"
GILL JM	VS	1996	Cross-sectioneel onderzoek Patiënteninterviews	Nonurgent: patients who can safely wait several hours or more for evaluation	268	18% niet urgent
GILL JM	VS	1994	Literatuurstudie	Drie verschillende standpunten: maatschappij, hulpverlener, hulpvrager	Niet van toepassing	Niet van toepassing
KELLY	Canada	1993	Prospectief onderzoek Bevraging van patiënten, verpleegkundigen en artsen	"do you think that this problem could have been deferred for 12 to 24 hours to be seen by your own doctor?"	300	Patiënten: 73% urgent Verpleegkundigen: 51% Artsen: 51%

EERSTE AUTEUR	LAND	JAAR	AARD STUDIE	CRITERIA IN- APPROPRIATE	AANTAL PATIËNTEN	PUNTSCHATTING AANDEEL IN- APPROPRIATE
LEE A	Hong Kong	1999	Cross-sectioneel onderzoek Bevraging van patiënten Dossier retrospectief	Handbook on Vocational Training in Family Medicine	2.410	57% inappropriate (hadden ook door huisarts geholpen kunnen worden)
LIGGINS K	Groot Brittanië	1993	Literatuurstudie	Those patients who attend A&E but whose injury or ailment does not require hospital treatment	Niet van toepassing	Niet van toepassing
LOWE RA	VS	1997	Cross-sectioneel onderzoek: vergelijking van 3 methoden om "appropriate" te definiëren		596	63 tot 80% blijkt "appropriate"
LOWY A	Groot-Brittanië	1994	Onderzoek om een classificatiesysteem te valideren obv ICD 9	Nuffield Provincial Hospitals Trust (NPHT)	8.877	23.9% misusers
MARTIN A	Groot-Brittanië	2002	Case-control studie	The Sheffield process method criteria (zie bijlage 4)	452	16.8% "inappropriate"
MITCHELL T	VS	1994	Comment	GAO CDC	Niet van toepassing	Niet van toepassing
MURPHY AW	Ierland	1998	Review	Verschillende definities	Niet van toepassing	6-80% inappropriate
O'BRIEN	VS	1996	Retrospectief Vergelijking van 3 methodes	1. Triage 2. EXPLICIT 3. PHYS	892	1. 58% 2. 66% 3. 59% afh van volgorde
OKTAY C	Turkije	2003	Retrospectief Beoordeeld door artsen		1.155	69% "appropriate"
PEREIRA S	Portugal	2001	Cross-sectioneel, prospectief		5.818	68.7% "appropriate"
SANDERS J	Groot Brittanië	1999	Systematische review	Verschillend perspectief tussen patient en zorgverlener	Niet van toepassing	Niet van toepassing

EERSTE AUTEUR	LAND	JAAR	AARD STUDIE	CRITERIA IN- APPROPRIATE	AANTAL PATIËNTEN	PUNTSCHATTING AANDEEL IN- APPROPRIATE
SARVER	VS	2002	Secundaire data analyse	Cunningham criteria voor “urgentie” *	9.146	40% niet urgent
SEMPERE-SELVA T	Spanje	2001	Prospectief, cross- over design	Hospital Urgencies Appropriateness Protocol HUAP criteria	2.980	29.6% “inappropriate”
SHIPMAN C	Groot-Brittanië	1999	Bevraging van huisartsen	Perceived physical, psychological/emotional or socially urgent need for help	1.818	66.6% “appropriate”
SMITH H	Groot-Brittanië	2001	Kwalitatief onderzoek: Bevraging van huisartsen	Geen	Niet van toepassing	Niet van toepassing

AUTHOR, YEAR	STUDY DESIGN	SAMPLE	RESULT / CONCLUSION
COUNTRY		SETTING	
ABDALLAT AM ET AL, 2000 JORDAN	Cross-sectional	1 month 2841 patients	4 classes of urgency: life-threatening, urgent, non-urgent, trivial children – 91% non-urgent cases
BECK CM, 1998 USA	Retrospective chart review	18 month period 192 charts	Nearly all patients who elect to be seen in this paediatric ED after being denied by their Medicaid managed care providers do not pay their bills.
BELAND F ET AL, 1998 CANADA			patient health status is not uniformly related to the use of emergency rooms for non-urgent reasons in all units. This association is particularly weak in socio-economically deprived units and more significant at higher socio-economic levels.
BERGERON S. ET AL, 2002 CANADA	Cross-sectional	Mailed questionnaire Paediatric emergency physicians and registered nurses	Triage scale: resuscitation/emergent – urgent – less urgent – non-urgent The level of agreement and accuracy of triage assignment was only moderate for both RNs and PEPs. Triage requires improved measurement
BIANCO A ET AL, 2003 ITALY	Cross-sectional	541 Ed patients 15 year-old and more	Younger and female are more likely to use ED for non-urgent reason Patients without medical referral, problems with long duration Felling that the problem is an emergency
BROWNE GJ ET AL, 2001 AUSTRALIA	Prospective study	1037 walk-out patients (Children's hospital ED)	Paediatric patients who walk-out of the ED without seeing a medical officer have simple illnesses that resolve without medical intervention or adverse events
BURY G ET AL, 2000 IRELAND	Cross-sectional	All 43 Irish A&E departments	Most hospital want GPs to work in their A&E departments

AUTHOR, YEAR	STUDY DESIGN	SAMPLE	RESULT / CONCLUSION
COUNTRY		SETTING	
CAMPBELL JL, 1999 UK	Cross-sectional	4999 patients	Whilst socio-economic deprivation was a significant determinant of perceptions of medical urgency, the effect was small and can probably be discounted as an important variable determining such perceptions. An association was observed between patients' perceptions of doctor availability following a non-urgent consultation request and a heightened sense of medical urgency.
COLEMAN P ET AL, 2001 UK	Cross-sectional	Questionnaire and note review – 7 weeks 267 adults A&E triaged to the 2 lowest priority treatment streams	Taking into account the objective suitability of the health problem to be treated elsewhere, and the reasons for attending A&E given by the patients, it is estimated that, with similar health problems, as few as 7% (95% CI 3%,10%) of the non-urgent A&E population may be expected to present to providers other than A&E in the future
COOKE MW ET AL, 1999 UK	Cross-sectional		Manchester triage system (category 1 or 2 to be seen within 10 minutes) is a sensitive tool for detecting those who need critical care – not possible to calculate specificity
DARKAOUI ET AL, 1999 MOROCCO	Cross-sectionanl	1 week 1544 children	18% of children used emergency in a appropriate way no association with gender.
DE\$ALVO A ET AL, 2000 USA	Survey intervention	+	It is difficult to change patient behaviour to fit the demands of the health care system. Possibly, it would be better to change the system to fit the behaviour patterns of the patients.

AUTHOR, YEAR	STUDY DESIGN	SAMPLE	RESULT / CONCLUSION
COUNTRY		SETTING	
DRUMMOND ET AL, 2000 UK	Cross-sectional Program evaluation	1 week period random 1:2 sample postal questionnaire sociodemographic data extracted from the service contact sheet Glasgow EMS	Two factors characterised as 'perceived problems with daytime services' and 'perceived urgency' were identified. scores were higher in adults, in males, among the non-affluent (particularly those resident in deprived areas), and in those presenting with a musculoskeletal problem. Scores on the latter dimension were significantly associated with age and presenting problem. Compared to those from affluent areas, patients from non-affluent areas appear to perceive difficulties accessing their general practitioner during surgery hours and may contact out-of-hours services as an alternative
FRANCO SM ET AL, 1997 USA	Prospective study Program evaluation	Review of medical records Urban indigent pediatric population	Parental experience, i.e. age and number of children, play a significant role in ED use KenPAC: 24-hour access to primary care physician + ED gatekeeping Ed visits declined (10% to 7.6%) Inappropriate visits dropped (41% to 8%) Thus gatekeeping activity contribute to reduce overall and inappropriate use of th ED
GORDON JA, 2001 USA	Cross-sectional	over 24 hours consecutive patients (incl. ambulance) fall of 1997 3EDs (urban public teaching hospital, a suburban university hospital, and a semirural community hospital)	Index of socioeconomic deprivation described by the US Census Bureau (based on food, housing, and utilities) Many ED patients suffer from fundamental social deprivations that threaten basic health. The most disadvantaged of these patients frequently lack contact with other medical care sites or public assistance networks.

AUTHOR, YEAR	STUDY DESIGN	SAMPLE	RESULT / CONCLUSION
COUNTRY		SETTING	
HANSAGI H, 2001 SWEDEN	Cross-sectional	Database covering all ambulatory visits and hospital admissions at all care facilities in Stockholm	Frequent ED patients were defined as those making 4 or more visits in a 12-month period High ED use patients are also high users of other health care services, presumably because they are sicker than average. A further indication of serious ill health is their higher than expected mortality.
HANSEN BL, 1998 DENMARK	Cohort	1 county 1991, 1992, 1995 national health service registry database	Change of the out-of-hours service – reduction of the number of GPs on call Number of contact patients decreased Twice as many telephone consultations – a third as many home visit Decrease in patient satisfaction
KERNICK DP, 2000 UK	opinion		Patient costs are an important, but often overlooked, part of an economic exercise and include transport costs, loss of employment, and loss of leisure time. These costs are not inconsiderable when compared with the cost of a general practitioner consultation.
KOSSOVSKY,MP ET AL, 2002 SWITZERLAND	Evaluation study	498 patients random sample	Evaluation of appropriate hospital use Using Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) reduced inappropriate hospital use due to the process of non-urgent admissions

AUTHOR, YEAR	STUDY DESIGN	SAMPLE	RESULT / CONCLUSION
COUNTRY		SETTING	
LAFRANCE M ET AL, 2002 CANADA	Cross-sectional	850 interviewed patients	Info-Santé telephone Service Awareness of the service was found to be dependent on age, sex, income, the use of walk-in CLSC medical services, the availability of a regular source of health care and the perception of one's health status
LANG T ET AL, 1996 FRANCE	Cross-sectionnal	2 hospital patients (15y +) from 40 randomly selected period of 12 hours	Non-urgent use of the emergency department was observed in about one third of the visits. Groups using the department for primary care and/or non-urgent care were mostly young and socially fragile, with no regular source of health care.
LEDUC N ET AL, 2004 CANADA		20 recently immigrated family	Utilization of primary healthcare services progressively changes over time, evolving from the ad hoc use of walk-in services to the adoption of regular sources of care.
LEE A. ET AL, 2000 HONG KONG	Multicenter study	2410 patients randomly selected 4 A&E telephone interview	Reasons for not attending a private GP included closure of clinic, deterioration of symptoms, GPs' inability to diagnose properly, and patients' wish to continue medical treatment in the same hospital. Reasons why non-urgent patients did not choose to attend the nearby public GOPC included affordability, closure of the GOPC, patients' wish to continue treatment at the same hospital, GOPC too far away, no improvement shown after visits to GOPC doctors, and GOPC doctors' inability to make proper diagnoses.

AUTHOR, YEAR	STUDY DESIGN	SAMPLE	RESULT / CONCLUSION
COUNTRY		SETTING	
LEE A. ET AL, 2003	Cross-sectional Validation	1 year randomly selected patients of A&E	The most accurate unweighted nurses' triage classification had an average sensitivity of 87.8%, specificity of 83.9%, and a PPV of 70.1%. When weighted, the average sensitivity reduced to 75%, specificity to 65.7%, and PPV to 54%. The most accurate unweighted patients' self-triage classification yielded a sensitivity of 62.5%, specificity of 69.2%, and a PPV of 58.1%, and correspondingly reduced to 43.3, 49.2 and 38.6% if weights were applied. If a mechanism was put in place for additional screening on visitors with a borderline semi-urgent or non-urgent status, the nurses could safely reassign non-urgent patients to GP care.
HONG KONG			
LEIBOWITZ R ET AL. 2003	review	Original studies and systematic review since 1976	The rapid growth in telephone triage and advice services appears to have the advantage of reducing immediate medical workload through the substitution of telephone consultations for in-person consultations, and this has the potential to reduce costs. However, this has to be balanced with the finding of reduced patient satisfaction when in-person consultations are replaced by telephone consultations.
AUSTRALIA			
LEUNG GM ET AL, 2001	Cross-sectional Conjoint analysis	390 semi-urgent or non-urgent patients 3 Eds	The relative importance attached to illness severity, waiting time, and consultation fee were 47.8%, 33.6%, and 18.7%, respectively. Hong Kong patients are receptive to the concept of parallel clinics. Conjoint analysis is a rigorous survey technique for eliciting the views of patients on health care services in the ED setting.
HONG KONG			
MARTIN BC, 2000	Cross-sectional	Data from clinical records, financial comparative analyses (3 non-emergent diagnosis)	Total cost higher in the ED due primarily to differences in ancillary tests and prescription
USA			

[illegible]

AUTHOR, YEAR	STUDY DESIGN	SAMPLE	RESULT / CONCLUSION
COUNTRY		SETTING	
SHIPMAN C. ET AL, 1997 UK	Cross-sectional	Audit 2 A&E and 21 practices	more families with children aged under 10 contacted a GP, and whilst more digestive, respiratory and viral/non-specific complaints were presented to GPs, musculoskeletal problems at the A&E departments. However, some usage relating to perceived and actual availability of services appeared to be interchangeable in terms of site-of-help seeking
SIDDIQUI S. ET AL, 2002 SAUDI ARABIA	Cross-sectional	3 months 3928 patients	Description of the complaints. The majority of the patients come with minor self-limiting complaints. Maximum rush was seen at night time.
SNOOKS, HA. ET AL, 2004 UK	Review		focusing on the: (1) profile and outcomes of patients attended but not conveyed by emergency crews; (2) triage ability of crews; (3) effectiveness and safety of protocols that allow crews to convey patients to alternative receiving units or to self care. Robust research evidence concerning alternatives to current emergency care models is needed
SRAMEK M ET AL, 1994 THE NETHERLANDS	Prospective study	1386 calls about chest problems or unconsciousness (not caused by injury)	triage by dispatchers is not sufficiently accurate
STEIN AT ET AL, 2002 BRAZIL	Cross-sectional	553 patients randomly selected	One strategy to reduce the number of non-urgent consultations at emergency rooms is to establish a close out-patient relationship between patients and physician

AUTHOR, YEAR	STUDY DESIGN	SAMPLE	RESULT / CONCLUSION
COUNTRY		SETTING	
SUCOV, A., 1999 USA	retrospective	1995-1996 urban university trauma centre	11 discharge diagnoses (DXII) identified as being 'inappropriate by a third party payer (i.e. chronic nasopharyngitis; chronic sinusitis; chronic pharyngitis; rhinitis; constipation; head cold; haemorrhoids; toothache; flu; headache; and tension headache), corresponding to 82 different chief complaints. Patients' presenting complaints are incapable of predicting diagnosis or disposition. Retrospective denial of payment by discharge diagnosis is inappropriate
WALLS CA, 2002 USA	Cross--sectional	1998 National Health Interview Survey	Poverty, lack of insurance, younger age, male gender, and minority race or ethnicity predicted identifying the ED as the usual source of care.
WEST TD ET AL, 1997 USA		Review on archival data 3671 ED patients university hospital	Difference among emergent, urgent and routine care assessments by triage staff, nurses and physicians exist. (less predictive of nursing acuity than physicians resource-based relative value scale codes) reducing process variation in patient acuity assessments, improves quality of care while managing cost
WOOLFENDEN S ET AL, 2000 AUSTRALIA	Qualitative	25 in-depth interviews of parents of children with non-urgent illness	The parental choice to attend a PED is a dynamic, complex and unique process and the parental views that underpin this process often diverge from those of health professionals about the most 'appropriate' use of a PED
YOUNG TL ET AL, 2001 USA	Evaluation study		Implementation of an elementary SBHC (School-based health centers) resulted in a significant decrease in non-urgent emergency department visits.

Publication Data	MESH-terms	Objective	Planning	Conclusion	Material/Methods	Results / Comments	Comments/Discussion
Selby et al NEJM-1996- USA.	Co-payment and emergency- use.(copa).	Effect of a co- payment on the use of ED in a HMO.	Randomised and controlled prospective trial.	<i>A co-payment for the use of a Ed was associated with a decline of about 15% in the use of ED, mostly among inappropriate users.</i> <i>After adjustment for social parameters this study confirms that the selective use of small co-payments can safely reduce ED use among people through employers health-insuredred.</i>	Comparisons of ED use one yr before and after the institution of a co-payment. Target is the copa-group(25-35 usd) of a HMO of 20 computer companies.(who already paid 5-10 usd for outpatient use.) 2 control grps: ❖ Random sampling in general population grp, stratified according to age, sex, area, use of ED. ❖ Random sampling in a cont-grp of similar computer companies that didn't institute copa. Same stratification as ctrl 1 group. 4 categories of care(urgent, ED, paediatric and adult offices) Use of ED was linked to the severity of the presenting symptoms (very urgent, urgent, less urgent, not urgent). Poison regression model. Logistic regression model.	The matching of different variables shows that: The socioeconomic status was the same between copagr.p and controlgrp. 2 group, but both higher than ctrl.1 grp. Lesser use of ED in copa-grp than in controlgrp 1 and 2, but smaller in 2. Residents of poor neighbourhoods of all grps had 22 % more visits to ED. Decline in visits in 1993 was 15 % greater in the copa-grp than in either ctrlgrp.(p< 0,001) after adjustment. The use of urgent care and office visits were higher in ctrlgrp 1, especially for paediatric visits. For visits involving less severe diagnoses the declines were greater in the copagr.p. Than in the ctrlgrp. The "always a emergency visits" remains stable in the 3 grps. The amount of co-payment had no effect on the change of use. Hospital admissions	- A co-payment of 25-35 usd for use of ED led to a 15% reduction with no increase in use of outpa.services. - Copa reduces ED use more for "often not an emergency". Like in O'Grady study the reduction reduced especially the lesser appropriate visits. - The day(triage) and night(no triage) differential for the reduction of visits dealing with "often not an emergency" was larger at night. This shows indirectly that a triage has an effect. - Other studies(Lohr et al..1986) shows that large co-payments reduce appropriate preventive services and screening mammography. This study could not show an adverse effect. - A greater impact on lower-income socialgrps has been demonstrated in the use of ED at a base line.

						increased slightly in the 3 grps, especially for possible avoidable hospitalisations. The adjusted mortality rate was lower in the copa-grp than in either ctrl-grp!(p=0,001).	
O'Grady K.F. et al. NEJM-Aug. 22-1985 vol.313-nr.8. USA-California. Impact of cost-sharing on ED-use.	Cost-sharing(cosha) and ED-use.	Effect of insurance coverage on the use of ED.	Data from a national trial of cosha in health-insurance. Randomised.(<6 2 yrs). Retrospective. Geographically limited to 6 areas.	<i>The absence of cosha results in a significantly greater use of ED than does insurance with cosha</i> <i>It increases also the use for less serious conditions.</i> <i>Higher coinsurance rates do reduce the ED-use for more serious conditions.</i>	This study ,part of the HIE-experiment (3 years), ❖ Selected 6 mixed urban and rural areas with different ambulatory care systems. ❖ Selected families within 1 site, who accepted to be enrolled in a insurance plan, with no statistical differences according to health-status, family income, education and age. ❖ Complies with the insurance plan: a) Coinsurance rate of 0,25,50,95 % to be paid by the patients. b) Maximal dollar-expenditure, 5,10,15 % of family income to a max. Of 1000 usd. c) It covers a broad range of services, also drugs. Exception: 95 % coins. rate paid all expenses exceeding 150 usd/person or 450	There was a 55% increase in ED-visits in the last 3 decades. There is a significant response of ED-use to Cosha. Free-care pat. use 40% more ED than the 95 % coshas; 20 % more than the other levels of cosha. This health-insurance covers equally ED and ambulatory care. At the contrary of other insurance plans which cover more ED-services. Hence the differential for still more ED-use in this coinsur. would even be greater. Half less visits on ED between the coinsured and the free care pat. for less urgent cases. One third less visits for the more urgent cases.(p<0,001). A 25% coinsurance is almost a sufficient deterrent to lessen the ED-use for minor cases. With the "franchise" rule, higher coinsurance	- This study and the HIE doesn't support the argument that deterrence from ED-use for more urgent cases increases the costs for ambulatory care and hospital admissions.(outweighed by the increased use of services associated with the free plan). - Low-income persons use ED more even at equal insurance level, but with lower max. Expenditure .This is caused by a better accessibility of ED's in poor neighbourhoods and less private offices. - In the USA, as a result of the liberal theory, supports more the coverage of the services less affected by the insurances. 5eD vs. Ambulatory care). - But this study don't show any difference in use of ED and ambulatory

					usd/family and covers only outpatient services. ED-visits were free of charge. d) The rates are related to income in the sense that the maximum expenditure is lower in the low income group. <u>Definitions of ED-use.</u> All charges associated with ambulance transport, tests, procedures, brief follow-up. Excluded :inpatient-services, direct referral for lab-analysis. 4 diagnoses recorded as maximum. <u>Method of analysis</u> Two-equation model-between the different coins-rates and the max-exp. within one coins-rate.	rates do not affect more ED-use than already but do reduce use for more serious illnesses.	services under cosha-plans. Hence this isn't the reason for more generous coverage. - An important reason can be that a differential insurance of ED is important for the poor, and for the relative costs and effectiveness of ED-care, -
--	--	--	--	--	--	---	---

Publication Data	MESH-terms	Objective	Planning	Conclusion	Material/Methods	Results / Comments	Comments/Discussion
Magid J.D. et al.-NEJM-vol. 336-nr.24.-june 1997. USA-Colorado	Co-payment(copa) and delays in ED.	Study of the impact of copas in reducing inappropriate visits to ED. Quid fot emergencies like AMI??	Retrospective.(multicenter study – myocardial infarction triage and intervention: MITI) Not randomized, but selected.(I HMO- Seattle) Not controlled, but comparative.	<i>Modest, fixed copas for DE-use did not lead to delays in seeking treatment for AMI.</i>	❖ 500.000 enrolees in a group health cooperative, insured with employers or gvt. agencies. ❖ AMI =initial diagnosis. ❖ Subscription for ED-copa is not a matter of choice for >90 % of the enrolees. ❖ Key-topic: <i>analysis of time between the onset of symptoms and the arrival in hospital, among copa- and non-copagrps.</i> ❖ Variables:-demographic(age, sex, race) -clinical(chest pain, dyspnoe...) -cardiac history. -socioeconomic status, linking each personal address to his census block(89 % available). ❖ Indicators: education, family income. ○ X2 test, fisher exact, student test. ○ Degree of awareness is also	No significant differences in analysed data between copa and non copagrps under and above 65 yrs. Overall studied mean time was 136 min. The variables, former angioplasty, chest pain, nausea, diaphoresis, are statistically significant for a earlier call and arrival in hosp. Age-adjusted median time was 136 min.for non copa,135 min. For copas=25 Usd,138 min for copa> 50 Usd. Adjustment for age, sex, race, cardiac history, amount of copa, median income, education level=same results. In subgrp of 305 pat. with previous visit to ED and awareness of copa: 141 min. in the copagrp, 164 min in the noncopagrp.(p= 0,28). No significant association between copa satus and occurrence of cardiac arrest. No significant difference in	- This study shows no significant differences in the time to arrive in the hospital between copa and non copagrps. Even after adjustment for all indicators. - Regression analysis adjusted for demographic factors, shows with a confidence rate of 95 % that the time to arrive in the hospital for AMI isn't longer than 16 min foe the copa than the non-copagrp.(???) - Limitations to the study: - no effect on co-payment on AMI-pat. who stayed at home fot their treatment.(but this are not the most urgent cases, for whom a delay would have been harmful). - no assessment of this managed care on the quality of care. -

					included in the analysis of 305 pat. who were previously admitted to ED with the same cop.	the in-hospital case fatality rate.	
Publication Data	MESH-terms	Objective	Planning	Conclusion	Material/Methods	Results / Comments	Comments/Discussion
Murphy AW et al. Effect of the introduction of a financial incentive for fee-paying A&E-attenders to consult their general practitioner before attending the A&E department. Family Practice 1997; 14 (5)	Financial incentive GP consult before A&E dept. consult	To compare the number of GMS-ineligible patients referred by a GP during the year before and the year after the implementation of the regulations. Explanatory notes: GMS-ineligible patients who are liable for their own health costs GMS-eligible patients who benefit from free care GMS global medical services	Retrospective audit (before and after 01.03.94) Epidemiological Non randomized Stratified by eligibility of patients, complaint severity, time of attendance Starting hypothesis: the patients who would be most responsive to the new incentive would be those GMS-ineligible patients attending with a minor complaint between 08.00	The introduction of the regulations was associated with a small but statistically significant reduction in the number of GMS-ineligible patients with non-emergency conditions. The proportion of GMS-ineligible attenders who were referred by a GP increased by 44% (95% CI). Workload of ED unaffected.	❖ Data extracted from St. Jans' Hospital in Dublin (490 acute beds, catchments population of > 200.000) ❖ For a calendar year before and after the introduction of new regulations ❖ Classification by : - eligibility status - severity of symptoms (triage $\pm$ 5 categories) - referral source (GP, letter or phone) ❖ No control hospital ❖ 80.000 patients	44% increase of total GP-referred GMS-ineligible patients Proportion of daytime GMS-ineligible patients in triage categories semi-urgent, non-urgent, referred by a GP rose by 3%	- Hypothesis is true. - Weaknesses of the study: - determination of GMS-eligibility entirely dependent on the patient without any verification - extrapolation of the results of both studies outside the USA is problematical (limited access to primary care) - further evaluation of this incentive on the health status of patients has to be done (with EBM-parameters)

		Health regulations Before 1994: 6 Irish Pound for a visit to GP and ED (added to the 10 Irish Pound for a GP consult) - 18 Irish Pound for a GP consult if an emergency - 6 Irish Pound for an ED consult After 1994: Each first visit to an ED is charged with 12 Irish Pound. (= forfait) for GMS-ineligible patients	and 18.00hr				
--	--	--	-------------	--	--	--	--

Publication Data	MESH-terms	Objective	Planning	Conclusion	Material/Methods	Results / Comments	Comments/Discussion
Hsu et al(SelbyJV)- Med.Care 2004(42;39 0-396) USA- California.	Cost sharing (cosha-copa) and knowledge.(k nledge)	Evaluation of the knledge of pat. about their levels of cosha and how it influences decisions to seek care	Cross- sectional. Randomly stratified.	<i>Patients have less knledge of their ED cosha levels than for other services.</i>	❖ Cross-sect. Tel.survey with a 69 % response rate(695 adults, pop.of 2,7 million, 1/3 > 65 yrs). ❖ Random selection for 3 member strata: overall membership, memb. > 65 yrs, memb. With annual household income of less < 35000 Usd. In an integrated health delivery system.(KNPC) ❖ On 1-1-2000 KNPC increased ED-copa for half of its members :20Usd/visit or more., negotiated with employers. ❖ Exclusion of < 18 and Medicaidpat. ❖ Premailing for participation. ❖ 20 min/ interview. ○ <i>Question ex.(for our study)</i> a) how often have you delayed going to the ED because you have were enrolled about paying this amount of cosha.(5-p. Likert scale).??	Demographic characteristics: Majority of incomes< 35000 Usd. 20 % report having an Ed-visit in the past 12 months. 97% of these have a same cosha-level. Cosha knledge: 33 % reported correctly their cosha. 57 % underestimated their actual amounts. No significant differences in the knledge of amounts among the 3 strata pat. More current report of office visits and drugs. 3/4 of the pat. with 2 or more visits of ED in the past 123 months had correct perceptions of coshas.(> 20 or not) No statistical differences in the relationship between perceived copas and behavioural changes by income or ED visits in the past 12 months.	<i>This is the first study to assess directly the pat. knledge of cosha structures and compare perceived amounts with change in behaviopr, also specifically for ED-use.</i> Pat. don't know very much about a copa in ED or mental health, more about office visits and drugs.(cfr. RAND and Marquis et al-nr 12 ref). Perceived amount of copa was strongly associated with self-reported delay or avoidance in ED-care.(> 20% cosha: 20%; < 20 %cosha 6 %). Other studies(Selby, Marquis, Nelson) complied with these findings and the RAND HEI showed a significant difference between free-care users(42 % more expenses) and copas. Limitation of this study is the lack of studied information about the perceived need for care and the alternative sources of care. Hence the factor appropriate-non appropriate cannot be included. A new study is now

					b) Have you ever not gone to ED because you were concerned about paying this amount??(Yes/no). c) Report yourself the cosha for ED-visits, officevisits, drugs.. ❖ These data were linked to a database of health profile of the pat.!!! ❖ Assessment of changes in a bivariate and multivariate analysis based on demographic, social indicators and medical antecedents.		runniong to evaluate the impact of ED copas on clinical outcome, and to study the behavioural changes towards higher levels of copas.
--	--	--	--	--	---	--	--

Publication Data	MESH-terms	Objective	Planning	Conclusion	Material/Methods	Results / Comments	Comments/Discussion
Shapiro M.F. et al-Annals of internal med.-1986-104:246-251.USA-California.	Cosha and seeking care for minor(min.) and major(maj.) symptoms.	Better understanding how cosha achieves reductions in medical expenditures in the fee-for-service system . This is analysed through an estimation of cosha on adults seeking care with 2 different clusters of symptoms.(min. and maj.)	Random-sampling among free-care and copa-pat. Matched among two clusters of symptoms. Prospective(?)	<i>Cosha is an effective policy for reducing medical expenditures.</i> <i>However there may be some selectivity in how these reductions are selectively perceived and achieved by pat. in seeking care for minor or major symptoms.</i> <i>However the study results suggest there may be health consequences not equally shared by different levels of income and livelihood.(!!!)</i>	❖ Analysis(regression model) of 3539 pers. Of 6 areas in California. Exclusion of elderly and Medicaid affiliated and candidates- ❖ Families assigned to 1 of 13 insurance plans from free care to cosha-levels. Max. of pocket expenses of 1000 usd:year. ❖ Inventory of 27 symptoms, linked to time within the month before and a subsequent or not to a physician. ❖ 2 clusters of min. and maj. sy. Identified by a) recordings from a grp. of 9 independent MD, and from pat. in 2 cat.(16-44,45-64 yrs) of the seriousness of the symptoms(MD) and the consult of a MD(pat). - This records were scaled. b) Impact of each sy by pat. themselves. was estimated on IHE data on the general health rating index(GHRI). ○ Results= 2 clusters. ○ The first are minor	No basic differences between the free and cosha-pat. in rates of seeking care for both min. and maj. sy. And even not in the prevalence of these sy. *Serious sy. were reported more frequently during the study period by cosha pat. than by free-care pat.(p<0,05). *In the lowest 40% grp of both social and health status the prevalence of serious sy. was higher among the cosha than the free care pat.(p<0,004). This tendency remains during the whole study period. This was not the case in the higher social and health statusgrp. *Cosha-pat. were less likely to consult a MD for minor sy. than free-care pat.(p<0,03). No difference for serious sy. *Statistical tests didn't support that the seeking for care differed in social, health and site categories.	This study was mainly focused on the impact of cost-sharing on the reduction of medical expenditures(in a fee-for-service syst.) coping with two different clusters of symptoms. This clusters, serious and minor symptoms were rated by a grp of independent physicians and related to the pat. perceptions of their health.(Global health-rating system: this index gives a good overall review of the health-status of a given population). The difference of the plans in the prevalence of sy. was only significant in the grp. In the lowest 40 % of both socioeconomic and health-status at the start of the experiment.(more prevalence in the coshas than in the free-carepat.). The study records a 30% reduction in phys. Visits for the cosha-grp. Relative to the free-caregrp., in relation to minor symptoms. In contrast the studiers didn't see any significant difference for phys. visits in relation to serious

					symptoms(4 sy. low scaled). ○ The second are serious sy.(5 sy,high scaled) ○ There is a discongruence in the ratings of MD's and the patients to estimate the seriousness degree .(for minor more than for major sy).??? ○ The % of pat. receiving treatment for serious and minor sy. was calculated 2 ways. a) Nr.of times treatment was received by the nr. Of months surveyed. b) % of persons who visit a MD among those who reported at least 1 symptom. This gives an estimate about the prevalence of the sy. and the frequency of seeking care, linked to a cat. Of the insurance plan(? Not mentioned). Also adjusted to demo-,social and personal attitudes .	sympt. Although this data give an added value to argue in favour of cosha for minor sy., the effects for this 2 cat. Sy. are not stat. different at the conventional level.(p=0,73). Important also to note is the difference of 4,4 % less visits for serious cases is too large to ignore!! In terms of symptoms prevalence there was no benefit of free care or deleterious effect of cosha on the higher social cat. In contrast the benefit of free care was substantial in the lower social cat., because the decrease in prevalence of serious sy. was about 24 % in the free caregrp. The reasons for this could have been , at a baseline overall easier access for lower grps. To ED, a better prevention strategy, a better supervision by the physician, better control of the diseases with accessible and affordable drugs. Hence one has to be careful in the health consequences of a cosha-policy, especially for the most disadvantaged grps.
--	--	--	--	--	--	---

ANNEXE II : « ARBRE DE NŒUDS »

L'arbre des nœuds représente le cadre d'analyse des données qualitatives.

SERVICES URGENCES HOSPITALIERS

I. DEMARCHES AVANT ARRIVEE AU SERVICE URGENCES

1. NOMBRE
2. QUAND / DELAI AVANT ARRIVEE SERVICE URGENCES
3. RECOURS SERVICES URGENCES HOSPITALIERS JUGE NECESSAIRE (par ?)
4. STATUT MG FAMILLE
 - 4.1 APPEL
 - 4.2 NON APPEL
 - 4.2 1) EN VACANCES
 - 4.2 2) ABSENCE CONNUE /HORS HORAIRES CONSULTATION- NON APPEL
 - 4.3 REPONDEUR
5. APPEL A 1/3
6. AUTRES

II. RAISONS SI APPEL GARDES DOMICILE AVANT URGENCES

1. DELAI /GARDES DOMICILE
 - 1.1 AVANT D ENTENDRE RECEPTIONNISTE
 - 1.2 DELAI ATTENTE PREVU APRES APPEL
2. PSYCHOLOGIQUES/RELATIONNELLES
 - 2.1 ANGOISSE / PANIQUE
 - 2.2 INFLUENCES D'1/3
 - 2.3 ATTENTE PREVUE SOLITAIRE
 - 2.4 CONSEILS MG FAMILLE OU AVIS SUR REPONDEUR
3. AGE
4. PATHOLOGIE
 - 4.1. PATHOLOGIE / PROBLEME(S) SANTE NECESSITANT L'APPEL
 - 4.2 . PATHOLOGIE ASSOCIEE AGGRAVANTE
 - 4.3 . PROBLEME SANTE ET / OU SA RESOLUTION CONNUS PAR PATIENT (réclamant soins connus)
5. MECONNAISSANCE SYSTEMES DE GARDES
 - 5.1. CAUSES SOCIALES
 - 5.2. VECU A L ETRANGER
6. AUTRES

III. RAISONS DU CHOIX DU SERVICE D URGENCES

- 1 . SOCIALES
 - 1.1 TRANSPORT EN COMMUN ADAPTE
 - 1.2 PROXIMITE DOMICILE
 - 1.3 AMBULANCE OBLIGATOIRE OU PAS
 - 1.4 INFLUENCE DE PROCHES
 - 1.5 SERVICE CONNU
- 2 . DISPONIBILITE
 - 2.1 DISPONIBILITE /ACCUEIL FAVORABLE
 - 2.2 DOSSIER CONNU PAR SERVICE
 - 2.3 AUTRES SERVICES DE GARDES INCONNUS/MECONNUS
 - 2.4 MATERIEL/ INSTRUMENTATION DISPONIBLES
 - 2.5 EXAMENS POSSIBLES
 - 2.6 EFFICACITE/COMPETENCE/ SPECIALISTES PRESENTS
 - 2.7 COMPARAISON RAPIDITE ENTRE SERVICES (selon critères divers)
 - 2.8 PAR RAPPORT COMPETENCE MG
- 3 . FINANCEMENT
 - 3.1 DES SOINS DIFFERES QUAND HOPITAL
 - 3.2 SOINS JUGES GRATUITS

- 3.3 1/3 IPAYANT GARDES SEMBLABLE EN HOSPITALIER OU NON
- 3.4 PRISE EN CHARGE PAR CPAS
- 3.5 OBLIGATION POSSEDER LIQUIDITE
- 3.6 AUTRE
- 4. CONNAISSANCE DU FORFAIT
 - 4.1 CONNU (PAR....= sait forfait existe)
 - 4.2 INCONNU 421 = sait pas forfait existe
 - 422 = sait pas en quoi il consiste
 - 4.3 PAS D INFLUENCE CHOIX GARDES si connu
 - 4.4 INFLUENCE CHOIX GARDES si connu
 - 4.5 AUTRES : somme connue (12 euros)
- 5. PATHOLOGIE(S)
- 6. AUTRES

IV. ALTERNATIVES AU RECOURS SERVICE D URGENCES

- 1. IMAGINEES
- 2. PROPOSEES PAR
- 3. REALISEES POSTERIEUREMENT SI
- 4. TYPES
 - 4.1. MEILLEURE INFORMATION
 - 4.1.1. PAR MG
 - 4.1.1.1. relative à la pathologie chronique si problème
 - 4.1.1.2. relative aux limites accès gardes domicile et urgences hôpital
 - 4.1.2. PAR LA PRESSE
 - 4.1.2.1. relative aux coûts
 - 4.1.2.2 relative aux limites accès gardes domicile et urgences hôpital
 - 4.2.MEILLEURE ACCESSIBILITE
 - 4.2.1 DE L ALTERNATIVE PROPOSEE
 - 4.2.2. DE L ALTERNATIVE PROPOSEE ET SANS DELAI
- 5. RELATIVES AU FINANCEMENT
 - 5.1.PAIEMENTS BANQUAIRES DIRECTS
 - 5.2. CHEQUES (vaultert !)
 - 5.3. SYSTEME AUTOMATIQUE & PORTABLE DE PAIEMENT
 - 5.4 REPORT PAIEMENT
 - 5.5. AUTRES
- 6. AUTRES

V. SATISFACTION DU CHOIX SERVICE D URGENCES

- 1. MOYEN D APPEL =
- 2. QUI A REPONDU A APPEL : secrétaire,....
- 3. TEMPS/ ATTENTE avant visite Médecin
- 4. RAPIDITE SOINS
- 5. ACCUEIL
- 6. AUTRES

SERVICES SOS MEDECINS/GARDES DOMICILE

I. RAISONS APPEL SERVICE GARDE DOMICILE

3. DELAI
 - I.1 AVANT D'ENTENDRE RECEPTIONNISTE
 - I.3 DELAI ATTENTE PREVU APRES APPEL
 - I.4 RAPIDITE REACTION SERVICE GARDES DOMICILE /URGENCES HOSPITALIER
4. PSYCHOLOGIQUES/RELATIONNELLES
 21. ANGOISSE / PANIQUE
 22. INFLUENCES D'I/3
 23. CONSEILS MG FAMILLE OU AVIS SUR REPONDEUR
5. AGE
6. SOUHAITS PARTICULIERS
 41. UN AVIS MEDICAL SOUHAITE
 42. MEDICAMENTS SOUHAITES
 43. AUTRES
7. PATHOLOGIE
 51. PATHOLOGIE / PROBLEME(S) SANTE NECESSITANT L'APPEL
 52. PATHOLOGIE ASSOCIEE AGGRAVANTE
 53. PROBLEME SANTE ET / OU SA RESOLUTION CONNUS PAR PATIENT (réclamant soins connus)
8. MECONNAISSANCE SYSTEMES DE GARDES
 61. CAUSES SOCIALES
 62. VECU A L'ETRANGER
9. AUTRES

II. DEMARCHES AVANT APPEL

- 5 NOMBRE
- 6 QUAND AVANT APPEL GARDES
- 7 RECOURS SERVICES URGENCES HOSPITALIERS JUGES NON NECESSAIRE (par ?)
- 8 STATUT MG FAMILLE
 - 4.1 APPELE
 - 4.2 NON APPELE
 - 4.2.1 EN VACANCES
 - 4.2.2 ABSENCE CONNUE / HORS HORAIRES CONSULTATION
 - 4.2.3 REPONDEUR
- 9 APPEL A I/3
- 10 AUTRES

III. RAISONS DU CHOIX DU TYPE DE SERVICES DE GARDES

- I . SOCIALES
 - I.1. TRANSPORT EN COMMUN NON ADAPTE
 - I.2. COUT
 - I.3. INFLUENCE DE PROCHES
 - I.4. SERVICE GARDES CONNU
- 2 . DISPONIBILITE
 - 2.1. DISPONIBILITE /ACCUEIL FAVORABLE
 - 2.2. DOSSIER CONNU PAR SERVICE
 - 2.3. AUTRES SERVICES DE GARDES INCONNUS/MECONNUS
 - 2.4. MEDICAMENTS/ MATERIEL DISPONIBLES
 - 2.5. COMPARAISON RAPIDITE ENTRE SERVICES (selon critères divers)
 - 2.6. MG COMPETENT
3. FINANCEMENT
 - 3.1.. SOINS 'JUGES' GRATUITS
 - 3.2. I/3 PAYANT GARDES SEMBLABLE EN HOSPITALIER OU NON
 - 3.3. PRISE EN CHARGE PAR CPAS

- 3.4. OBLIGATION POSSEDER LIQUIDITE
- 3.5. AUTRE
- 4. IDENTIQUE A LA RAISON D APPEL
- à préciser = ...

5. CONNAISSANCE DU FORFAIT HOSPITALIER

- 5.1. CONNU (PAR ...= sait forfait existe)
- 5.2. INCONNU 521 = sait pas forfait existe
522 = sait pas en quoi il consiste
- 5.3. PAS D INFLUENCE CHOIX SERVICES DE GARDES si connu
- 5.4. INFLUENCE CHOIX GARDES si connu
- 5.5. AUTRES

IV. ALTERNATIVES AU RECOURS GARDE DOMICILE

- 11 IMAGINEES
- 12 PROPOSEES PAR
- 13 REALISEES POSTERIEUREMENT SI
- 14 TYPES

4.1. MEILLEURE INFORMATION

4.1.1. PAR MG

- 4.1.1.1. relative à la pathologie chronique si problème
- 4.1.1.2. relative aux limites accès gardes domicile et urgences hôpital

4.1.2. PAR LA PRESSE

- 4.1.2.1. relative aux coûts
- 4.1.2.2. relative aux limites accès gardes domicile et urgences hôpital

4.2. MEILLEURE ACCESSIBILITE

- 4.2.1. DE L ALTERNATIVE PROPOSEE
- 4.2.2. DE L ALTERNATIVE PROPOSEE ET SANS DELAI

5. RELATIVES AU FINANCEMENT

- 5.1. CHEQUES (vautert !)
- 5.2. SYSTEME AUTOMATIQUE & PORTABLE DE PAIEMENT
- 5.3. REPORT PAIEMENT
- 5.4. AUTRES

6. AUTRES

V. SATISFACTION CHOIX SERVICE DE GARDES MG

- 7. COMMENT = moyen d'appel
- 8. QUI A REPONDU ; secrétaire, ...
- 9. TEMPS/ ATTENTE
- 10. RAPIDITE SOINS
- 11. ACCUEIL
- 4. AUTRES

ANNEXE III : RÉSULTATS

RÉSULTATS QUANTITATIFS

Echantillon

Tableau III-a. Nombre de contacts et d'enquêtés dans les différents sites de l'étude ; Pourcentage de participation pour chaque site.

Site	Suivi de l'enquête		Total
	Participe	Ne participe pas	
	n (%)	n (%)	n (%)
Urgences hospitalières			
Bruxelles			
Hôpital Saint Pierre	305 (81,8)	68 (18,2)	373 (100,0)
Hôpital Saint Jean	84 (62,2)	51 (37,8)	135 (100,0)
Flandre			
- A.Z. Sint-Lucas Gent	116 (74,8)	39 (25,2)	155 (100,0)
- A.Z. Maria Middelaes Gent	67 (84,8)	12 (15,2)	79 (100,0)
- Universitair Ziekenhuis Gent	113 (88,3)	15 (11,7)	128 (100,0)
- Fusieziekenhuis Monica, OLV Middelaes, Deurne	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
- A.Z Jan Palfjin	65 (86,7)	10 (13,3)	75 (100,0)
-A.Z. Sint Erasmus,	34 (75,6)	11 (24,4)	45 (100,0)
- A.Z. Stuivenberg	77 (98,7)	1 (1,3)	78 (100,0)
Wallonie			
Charleroi : hôpital civil	131 (87,9)	18 (12,1)	149 (100,0)
Total	992 (81,5)	225 (18,5)	1217 (100,0)
Gardes de médecine générale			
Bruxelles			
SOS médecins	165 (96,5)	6 (3,5)	171 (100,0)
Flandre			
- centrale de garde de MG de la région de Gand	210 (73,2)	77 (26,8)	287 (100,0)
- centrale de garde de MG de la région d'Anvers Centre	20 (71,4)	8 (28,6)	28 (100,0)
- poste de garde MG de Deurne-Borgerhout	93 (83,8)	18 (14,9)	111 (100,0)
Wallonie			
Allo santé (Charleroi)	138 (88,5)	18 (16,7)	156 (100,0)
Total	626 (83,1)	126 (16,7)	753 (100,0)

Acceptabilité du forfait

Tableau III-b : Nombre de patients consultant à l'hôpital ou en garde de MG jugeant de l'acceptabilité ou non d'un co-paiement lors d'un recours aux urgences d'un hôpital selon le lieu de consultation et certaines caractéristiques socio-économiques

Caractéristiques	Urgences hôpital n (%)			Garde MG n (%)		
	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Sexe						
Masculin	241 (49,9)	156 (52,7)	93 (50,3)	169 (43,6)	87 (52,1)	32 (38,1)
Féminin	240 (49,7)	140 (47,3)	91 (49,2)	218 (56,2)	79 (47,3)	52 (61,9)
Non défini	2 (0,4)		1 (0,5)	1 (0,3)	1 (0,6)	
Total	483 (100,0)	296 (100,0)	185 (100,0)	388 (100,0)	167 (100,0)	84 (100,0)
Groupes d'âges						
0-4ans	62 (13,1)	54 (18,8)	36 (19,8)	65 (17,2)	34 (20,6)	9 (11,1)
5-14ans	38 (8,1)	21 (7,3)	10 (5,5)	35 (9,2)	19 (11,5)	6 (7,4)
15-39 ans	210 (44,5)	131 (45,5)	68 (37,4)	133 (35,1)	59 (35,8)	21 (25,9)
40-59 ans	108 (22,9)	48 (16,7)	24 (13,2)	79 (20,8)	29 (17,6)	18 (22,2)
60 ans ou +	54 (11,4)	34 (11,8)	44 (24,2)	67 (17,7)	24 (14,5)	26 (32,1)
Total	472 (100,0)	288 (100,0)	182 (100,0)	379 (100,0)	165 (100,0)	81 (100,0)
Nationalité						
Belge	353 (73,1)	165 (55,7)	121 (65,4)	341 (87,9)	127 (76,0)	59 (70,2)
Non-belges	130 (26,9)	131 (44,3)	64 (34,6)	47 (12,1)	40 (24,0)	25 (29,8)
Total	483 (100,0)	296 (100,0)	185 (100,0)	388 (100,0)	167 (100,0)	84 (100,0)
Instruction patient						
Pas de diplôme /primaire	65 (13,5)	60 (20,4)	43 (23,4)	38 (9,9)	23 (14,0)	18 (21,4)
Secondaire inférieur	64 (13,3)	58 (19,7)	31 (16,8)	47 (12,3)	19 (11,6)	15 (17,9)
Secondaire supérieur	192 (40,0)	101 (34,4)	74 (40,2)	135 (35,3)	61 (37,2)	30 (35,7)
Haute école 3 ans	75 (15,6)	28 (9,5)	12 (6,5)	65 (17,0)	27 (16,5)	8 (9,5)
Haute école > 3 ans	22 (4,6)	15 (5,1)	5 (2,7)	28 (7,3)	9 (5,5)	2 (2,4)
Diplôme universitaire	59 (12,3)	28 (9,5)	14 (7,6)	57 (14,9)	20 (12,2)	5 (6,0)
Ne sait pas	3 (0,6)	4 (1,4)	5 (2,7)	12 (3,1)	5 (3,0)	6 (7,1)
Total	480 (100,0)	294 (100,0)	184 (100,0)	382 (100,0)	164 (100,0)	84 (100,0)
Activité professionnelle						
Actif	270 (56,6)	155 (52,7)	61 (33,7)	236 (62,4)	84 (51,5)	35 (42,7)
Inactif	207 (43,4)	139 (47,3)	120 (66,3)	142 (37,6)	79 (48,5)	47 (57,3)
Total	477 (100,0)	294 (100,0)	181 (100,0)	378 (100,0)	163 (100,0)	82 (100,0)

Niveau de revenus mensuels (en euros)						
0 -750	43 (13,1)	41 (20,1)	21 (19,3)	11 (3,7)	5 (4,1)	3 (5,6)
750 – 1500	87 (26,6)	67 (32,8)	33 (30,3)	76 (25,8)	34 (28,1)	21 (38,9)
1500 –2000	59 (18,0)	31 (15,2)	19 (17,4)	42 (14,2)	10 (8,3)	6 (11,1)
2000 – 3000	66 (20,2)	28 (13,7)	10 (9,2)	67 (22,7)	21 (17,4)	11 (20,4)
3000 - 4000	30 (9,2)	9 (4,4)	2 (1,8)	43 (14,6)	11 (9,1)	0 (0,0)
4000	19 (5,8)	10 (4,9)	8 (7,3)	17 (5,8)	8 (6,6)	2 (3,7)
2000	9 (2,8)	5 (2,5)	3 (2,8)	17 (5,8)	9 (7,4)	3 (5,6)
2000	6 (1,8)	1 (0,5)	1 (0,9)	14 (4,7)	11 (9,1)	3 (5,6)
Ne sait pas	8 (2,4)	12 (5,9)	12 (11,0)	8 (2,7)	12 (9,9)	5 (9,3)
Total	327 (100,0)	204 (100,0)	109 (100,0)	295 (100,0)	119 (100,0)	54 (100,0)
Fin de mois						
Très difficiles	51 (10,6)	56 (19,1)	31 (16,9)	17 (4,4)	16 (9,7)	11 (13,1)
Difficiles	68 (14,2)	51 (17,4)	26 (14,2)	55 (14,3)	34 (20,6)	14 (16,7)
Assez difficiles	86 (18,0)	66 (22,5)	37 (20,2)	57 (14,8)	28 (17,0)	7 (8,3)
Assez faciles	111 (23,2)	65 (22,2)	49 (26,8)	102 (26,5)	38 (23,0)	19 (22,6)
Faciles	128 (26,7)	37 (12,6)	31 (16,9)	108 (28,1)	34 (20,6)	24 (28,6)
Très faciles	32 (6,7)	15 (5,1)	7 (3,8)	40 (10,4)	11 (6,7)	5 (6,0)
Ne sait pas	3 (0,6)	3 (1,0)	2 (1,1)	6 (1,6)	4 (2,4)	4 (4,8)
Total	479 (100,0)	293 (100,0)	183 (100,0)	385 (100,0)	165 (100,0)	84 (100,0)

Connaissance du forfait

La connaissance du forfait^k a été étudiée selon les diverses caractéristiques démographiques et socio-économiques relevées dans l'enquête. Pour tester le niveau de signification de ces variables dans chacun des types de service de garde (urgences ou MG), le test Chi-2 de Pearson a été utilisé (SPSS 11.5). Rappelons que le Chi-2 s'applique aux effectifs et non aux pourcentages et que ce test est sensible à la dimension de l'échantillon et aux effectifs présents dans les différentes catégories.

Connaissance du forfait et sexe

Tableau III-c: Services d'urgence : Connaissance du forfait et sexe. Nombre (%) et signification de la variable

Sexe	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Masculin	130 (28,0)	118 (25,4)	216 (46,6)	< 0,05
Féminin	158 (35,9)	92 (20,9)	190 (43,2)	

^k En ce qui concerne la connaissance du forfait les catégories, les trois modalités de la réponse à la question Oui, Non, Ne sait pas ont été présentées. Cependant dans l'analyse multivariée cette information a été simplement dichotomisée (Oui/non) les « ne sait pas » étant alors considéré comme une réponse négative

Tableau III-d : Médecine générale : Connaissance du forfait et sexe. Nombre (%) et signification de la variable

Sexe	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Masculin	115 (42,9)	52 (19,4)	101 (37,7)	NS
Féminin	124 (37,7)	75 (22,8)	130 (39,5)	

Le niveau de connaissance diffère significativement à moins de 5%¹ selon le sexe parmi les patients ayant recours aux services d'urgence, les femmes ayant une connaissance légèrement supérieure aux hommes. Aucune différence n'est observée parmi les patients ayant appelé un service de garde de MG.

Connaissance du forfait et âge

Tableau III-e : Services d'urgence : Connaissance du forfait et âge. Nombre (%) et signification de la variable

Groupes d'âge	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
0-4 ans	43 (30,7)	28 (20,0)	69 (49,3)	< 0,02
5-14 ans	27 (42,9)	15 (23,8)	21 (33,3)	
15-39 ans	126 (32,5)	98 (25,3)	164 (42,3)	
40-59 ans	61 (36,1)	33 (19,5)	75 (44,4)	
60+ ans	23 (18,5)	31 (25,0)	70 (56,5)	

Tableau III-f : Médecine générale : Connaissance du forfait et âge. Nombre (%) et signification de la variable

Groupes d'âge	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
0-4 ans	54 (51,4)	23 (21,9)	28 (26,7)	< 0,01
5-14 ans	20 (35,1)	13 (22,8)	24 (42,1)	
15-39 ans	79 (40,3)	34 (17,3)	83 (42,3)	
40-59 ans	51 (44,0)	25 (21,6)	40 (34,5)	
60+ ans	27 (24,5)	31 (28,2)	52 (47,3)	

La distribution des groupes d'âges est associée significativement au recours aux urgences (< 2 %). La même constatation peut être faite pour les patients ayant recours à la garde de MG avec un niveau de signification <1%. Dans les deux cas il apparaît que c'est dans le groupe d'âge 60 et plus que la connaissance du forfait est la moins forte (aux urgences 18 % des 60 ans et plus connaissent le forfait, 24% en MG).

¹ C'est-à-dire que l'on a moins de 5 chances sur 100 d'obtenir un écart égal ou supérieur à celui qui a été observé.

Connaissance du forfait et nationalité

Tableau III-g : Services d'urgence : Connaissance du forfait et nationalité. Nombre (%) et signification de la variable

Nationalité	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Belge	207 (33,8)	131 (21,4)	274 (44,8)	NS
Non belge	82 (27,9)	79 (26,9)	133 (45,2)	

Tableau III-h: Médecine générale : Connaissance du forfait et nationalité. Nombre (%) et signification de la variable

Nationalité	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Belge	211 (41,5)	104 (20,5)	193 (38,0)	NS
Non belge	29 (31,9)	23 (25,3)	39 (42,9)	

La variable nationalité dichotomisée en belge ou non belge n'est pas associée significativement au recours aux urgences. Il en est de même pour les patients ayant fait appel à la garde en MG.

Table III-i: Verdeling van de kennis over het forfait volgens de verschillende nationaliteiten – Totale populatie en % (p= 0.004)

		Nationalité				
		Belge	Afrique Subsaharienne	Afrique du Nord	Turc	Autre
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Connaissance forfait	Oui	418 (64,0)	16 (64,0)	25 (42,4)	13 (68,4)	57 (51,8)
	Non	235 (36,0)	9 (36,0)	34 (57,6)	6 (31,6)	53 (48,2)
Total		653 (100,0)	25 (100,0)	59 (100,0)	19 (100,0)	110 (100,0)

Connaissance du forfait et langue

Tableau III-j : Service d'urgence : Connaissance du forfait et langue. Nombre (%) et signification de la variable

Langue	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Français	116 (34,6)	94 (28,1)	125 (37,3)	< 0,001
Néerlandais	120 (32,4)	61 (16,5)	189 (51,1)	
Autres	53 (26,4)	55 (27,4)	93 (46,3)	

Tableau III-k: Médecine générale : Connaissance du forfait et langue. Nombre (%) et signification de la variable

Langue	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Français	62 (26,1)	62 (26,1)	114 (47,9)	0,001
Néerlandais	159 (51,0)	52 (16,7)	101 (32,4)	
Autres	19 (39,6)	12 (25,0)	17 (35,4)	

La langue parlée par le patient et sa famille est très fortement associée à la connaissance du forfait que ce soit en service d'urgence ou à la garde de MG, dans les deux cas $p < 1\%$. Aux urgences ce sont les personnes de langue française ou néerlandaise qui connaissent le mieux le forfait. En garde de MG, plus de la moitié des néerlandophones connaissent l'existence d'un forfait comparée à 26,1 % chez les francophones et 39,6 % chez les personnes parlant d'autres langues.

Table III-l: Verdeling van de kennis over het forfait volgens de verschillende talen- Totale populatie en % ($p < 0.001$) .

		Langue parlée à la maison				
		Français	Néerlandais	Autres Europe	Autres Afrique	Autres ailleurs
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Connaissance forfait	Oui	178 (53,3)	279 (71,2)	38 (50,7)	19 (50,0)	15 (57,7)
	Non	156 (46,7)	113 (28,8)	37 (49,3)	19 (50,0)	11 (42,3)
Total		334 (100,0)	392 (100,0)	75 (100,0)	38 (100,0)	26 (100,0)

Connaissance du forfait et situation familiale

Tableau III-m : Service d'urgence : Connaissance du forfait et situation familiale. Nombre (%) et signification de la variable

Situation familiale	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
En union	208 (35,4)	133 (22,6)	247 (42,0)	< 0,05
Vit seul(e)	41 (24,7)	44 (26,5)	81 (48,8)	
Autres	38 (26,4)	32 (22,2)	74 (51,4)	

Tableau III-n : Médecine générale : Connaissance du forfait et situation familiale. Nombre (%) et signification de la variable

Situation familiale	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
En union	167 (42,8)	82 (21,0)	141 (36,2)	NS
Vit seul(e)	33 (39,3)	18 (21,4)	33 (39,3)	
Autres	39 (33,6)	24 (20,7)	53 (45,7)	

En ce qui concerne le recours aux urgences la situation familiale est associée significativement à la connaissance du forfait (< 5 %), les personnes en union connaissant le mieux le forfait. Cette variable n'est pas significative parmi les patients ayant fait appel à la garde de MG.

Connaissance du forfait et niveau d'instruction

Tableau III-o : Service d'urgence : Connaissance du forfait et niveau d'instruction. Nombre (%) et signification de la variable

Instruction	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Sans/Primaire	44 (28,4)	32 (20,6)	79 (51,0)	< 0,001
Secondaire inférieure	28 (19,7)	36 (25,4)	78 (54,9)	
Secondaire supérieure	97 (28,1)	95 (27,5)	153 (44,3)	
Haute école < 3 ans	51 (45,1)	14 (12,4)	48 (42,5)	
Haute école > 3 ans	19 (47,5)	11 (27,5)	10 (25,0)	
Universitaire	40 (42,6)	19 (20,2)	35 (37,2)	

Tableau III-p : Médecine générale : Connaissance du forfait et niveau d'instruction. Nombre (%) et signification de la variable

Instruction	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Sans/Primaire	22 (29,7)	14 (18,9)	38 (51,4)	NS
Secondaire inférieure	27 (33,8)	19 (23,8)	34 (42,5)	
Secondaire supérieure	82 (39,4)	52 (25,0)	74 (35,6)	
Haute école < 3 ans	48 (49,5)	19 (19,6)	30 (30,9)	
Haute école > 3 ans	19 (52,8)	5 (13,9)	12 (33,3)	
Universitaire	32 (43,8)	13 (17,8)	28 (38,4)	

Pour les personnes ayant eu recours au service d'urgence hospitalier le niveau d'instruction du patient (ou de son accompagnant) est très fortement associé (< 1%) à la connaissance du forfait, les patients les plus instruits étant mieux informés à ce sujet. Cette variable n'est en revanche pas significative parmi les patients ayant fait appel à la garde en MG.

Connaissance du forfait et activité

Tableau III-q : Services d'urgence : Connaissance du forfait et activité. Nombre (%) et signification de la variable

Activité	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Actif	174 (37,3)	113 (24,2)	179 (38,4)	< 0,001
Inactif	108 (25,2)	97 (22,7)	223 (52,1)	

Tableau III-r : Médecine générale : Connaissance du forfait et activité. Nombre (%) et signification de la variable

Activité	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Actif	149 (45,0)	66 (19,9)	116 (35,0)	< 0,05
Inactif	87 (33,6)	60 (23,2)	112 (43,2)	

Le statut d'activité des patients (ou de leurs accompagnants), est très fortement associé à un recours aux urgences (< 1%). Cette association est également présente en garde de MG mais avec une moins grande intensité (< 5 %). Que ce soit aux urgences ou en MG, les patients actifs ont une connaissance plus grande du forfait.

Connaissance du forfait et revenus

Tableau III-s : Service d'urgence : Connaissance du forfait et revenus. Nombre (%) et signification de la variable

Revenus (euros)	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
0-750	25 (25,5)	25 (25,5)	48 (49,0)	NS
751-1500	54 (32,0)	40 (23,7)	75 (44,4)	
1501-2000	40 (37,7)	27 (25,5)	39 (36,8)	
2001-3000	40 (40,0)	23 (23,0)	37 (37,0)	
3001-4000	21 (55,3)	6 (15,8)	11 (28,9)	
> 4000	16 (44,4)	6 (16,7)	14 (38,9)	

Tableau III-t : Médecine générale : Connaissance du forfait et revenus. Nombre (%) et signification de la variable

Revenus (euros)	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
0-750	4 (22,2)	6 (33,3)	8 (44,4)	NS
751-1500	45 (35,7)	31 (24,6)	50 (39,7)	
1501-2000	20 (37,7)	15 (28,3)	18 (34,0)	
2001-3000	43 (44,8)	18 (18,8)	35 (36,5)	
3001-4000	31 (59,6)	10 (19,2)	11 (21,2)	
> 4000	6 (27,3)	5 (22,7)	11 (50,0)	

Le niveau de revenus n'est pas associé à la connaissance du forfait ni parmi les personnes ayant recours au service d'urgence ni parmi les patients ayant recours à la garde en MG.

Connaissance du forfait et fin de mois

Tableau III-u : Service d'urgence : Connaissance du forfait et fins de mois. Nombre (%) et signification de la variable

Fins de mois	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Très difficiles	35 (28,9)	34 (28,1)	52 (43,0)	< 0,05
Difficiles	37 (27,2)	41 (30,1)	58 (42,6)	
Assez difficiles	44 (24,6)	43 (24,0)	92 (51,4)	
Assez faciles	68 (32,4)	49 (23,3)	93 (44,3)	
Faciles	80 (41,5)	31 (16,1)	82 (42,5)	
Très faciles	22 (43,1)	10 (19,6)	19 (37,3)	

Tableau III-v : Médecine générale : Connaissance du forfait et revenus. Nombre (%) et signification de la variable

Fins de mois	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
Très difficiles	9 (20,9)	16 (37,2)	18 (41,9)	< 0,05
Difficiles	36 (36,7)	21 (21,4)	41 (41,8)	
Assez difficiles	30 (37,0)	19 (23,5)	32 (39,5)	
Assez faciles	50 (34,5)	29 (20,0)	66 (45,5)	
Faciles	81 (50,0)	33 (20,4)	49 (29,6)	
Très faciles	26 (49,1)	8 (15,1)	19 (35,8)	

La perception de la facilité ou de la difficulté des fins de mois est associée significativement (< 5 %) à la connaissance du forfait que ce soit en service d'urgence ou en garde de MG. Les personnes pour qui les fins mois s'avèrent facile ou très faciles sont celles qui connaissant le plus l'existence d'un forfait.

Connaissance du forfait et assurance

En ce qui concerne l'assurance, chacune des modalités a été considérée comme une variable : un individu est assujéti ou non à un type d'assurance. Le Chi-2 a donc été calculé POUR CHAQUE TYPE du type d'assurance considéré.

Tableau III-w : Service d'urgence : Connaissance du forfait et assurance. Nombre (%) et signification de la variable

Assurance	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
VIPO	23 (20,9)	26 (23,6)	61 (55,5)	<0,05
Non VIPO	264 (33,3)	184 (23,2)	344 (43,4)	
Ordinaire	229 (34,6)	157 (23,8)	275 (41,6)	<0,05
Non ordinaire	55 (23,1)	53 (22,3)	130 (54,6)	
Gros risques	15 (33,3)	7 (15,6)	23 (51,1)	NS
Non Gros risques	272 (31,7)	203 (23,7)	382 (44,6)	
Sans mutuelle	10 (21,7)	11 (23,9)	25 (54,3)	NS
Non sans mutuelle	277 (32,4)	199 (23,2)	380 (44,4)	

Tableau III-x: Médecine générale : Connaissance du forfait et assurance. Nombre (%) et signification de la variable

Assurance	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)	Pearson Chi-Square p-value
VIPO	8 (21,1%)	10 (26,3)	20 (52,6)	<0,05
Non VIPO	230 (41,4)	115 (20,7)	210 (37,8)	
Ordinaire	212 (42,6)	104 (20,9)	182 (36,5)	<0,05
Non ordinaire	26 (27,4)	21 (22,1)	48 (50,5)	
Gros risques	16 (33,3)	13 (27,1)	19 (39,6)	NS
Non gros risques	222 (40,7)	112 (20,6)	211 (38,7)	
Sans mutuellem				
Non sans mutuelle				

Il n'existe pas de différence significative dans le niveau de connaissance du forfait des patients assujéti à une assurance gros risques que ce soit aux urgences ou en médecine générale. Pas d'association significative également pour les patients sans mutuelle se rendant aux urgences.

En revanche il existe une différence significative pour les VIPO et les assurés ordinaires. Que ce soit aux urgences ou en médecine générale, les assurés VIPO ont une connaissance moindre de l'existence d'un forfait (< 5%) que ceux qui ne sont pas VIPO et les assurés ordinaires ont en revanche une meilleure connaissance que les autres types d'assurés (< 5%).

^m Trop faible effectifs de sans mutuelle en médecine générale : pour les trois cases effectifs inférieurs à 5.

RÉSULTATS QUALITATIFS : DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Table III-y: Overzicht van de patiëntkarakteristieken van het kwalitatieve onderzoek.

Regio	Spoed/ HA	Leeftijd patiënt	Leeftijd d geïnter viewde	Geslac ht patiënt	Beroep	Diploma	Nation aliteit	Taal	Burgerlijke stand	Thuis wonen de Kinder en	Ziekteverzekering	Cons/ HB	Woning
Deurne	HA	65	65	V	huismoeder		B	NI	gehuwd	0	mutualiteit hosp +	cons	rijhuis
Borgerhout	HA	54	54	V	lerares	regentaat	B	NI	samenwonen d	0	mutualiteit hosp +	cons	rijhuis
Deurne	HA	11	42	V	verzorgingsassiste nte		B	NI	gehuwd	2	mutualiteit hosp +	cons	rijhuis
Borgerhout	HA	22	22	V	administratief bediende		B	NI	samenwonen d	0	DKV mutualiteit +	cons	loft
Antwerpen	HA	39	39	V	bediende		B	NI	samenwonen d	0	mutualiteit hosp +	HB	appartement
Antwerpen	Spoed	19	19	V	student		B	NI	thuiswonend		mutualiteit hosp +	spoed	
Antwerpen	Spoed	11		V	werkloos		B	Arab	gehuwd	8	ziekenfonds	spoed	
Antwerpen	Spoed	38	38	M	zelfstandige		B	Fr/NI	gescheiden	1	grote + kleine risico's	spoed	
Antwerpen	Spoed	35	35	M	arbeider		B	NI	gehuwd	1	mutualiteit hosp +	spoed	
Antwerpen	Spoed	37	37	M	werkzoekend		B	NI	gescheiden	4	ziekenfonds	spoed	
Gent	HA	4	33	M	bediende	secreta ren A2	B	NI		1	ziekenfonds	HB	rijhuis
Gent	HA	6		M	huismoeder	secretariaa t A1	B	NI	gehuwd	3	mutualiteit hosp +	HB	appartement
Gent	HA	71	71	V	gepensioneerd zelfstandige		B	NI	gehuwd	0	ziekenfonds	HB	rijhuis
Gent	HA	46	46	V	huismoeder	geen	B	NI	gehuwd		ziekenfonds	HB	rijhuis

Regio	Spoed/ HA	Leeftijd patiënt	Leeftijd geïnter- viewde	Geslac ht patiënt	Beroep	Diploma	Nation aliteit	Taal	Burgerlijke stand	Thuis wonen de Kinder en	Ziekteverzekering	Cons/ HB	Woning
Gent	Spoed	38	46	V	geen	hoger secundair	B	NI	gehuwd	2	mutualiteit hosp +	spoed	rijhuis
Gent	Spoed	63	62	V	gepensioneerd zelfstandige	lager secundair	B	NI	gehuwd	0	grote + kleine risico's + hosp	spoed	alleenstaa nde woning
Gent	Spoed	51	51	M	ambtenaar	hoger secundair	B	NI	alleenstaand	0	mutualiteit hosp +	spoed	halfopen bebouwin g
Gent	Spoed	1	31	M	loontrekkend	hogeschoo l	B	NI	gehuwd	1	mutualiteit hosp +	spoed	rijhuis
Gent	Spoed	27	27	M	contract van 6 mnd	lagere school	B	Fr/NI	gescheiden	1	ziekenfonds	spoed	studio
Gent	Spoed	30	30	V	loontrekkend	hoger secundair	B	NI	samenwonen d	1	mutualiteit hosp +	spoed	halfopen bebouwin g
Gent	Spoed	10	35	M	loontrekkend	hoger secundair	B	NI	samenwonen d	2	mutualiteit hosp +	spoed	
Bruxelles	urgence s	34	34	H	employé		B	Fr	isolé	0	mutuelle	urg	
Bruxelles	urgence s			H	ouvrier		B	Fr	marié		mutuelle + hosp	urg	
Bruxelles	urgence s	32	32	H	chômage		B	Fr	avec ami	1	CPAS + hosp	urg	
Bruxelles	urgence s	16		F	étudiante (mère sans emploi)		B	Fr	avec parents	5	CPAS + hosp	urg	
Bruxelles	urgence s	6		F	écolier (père employé)		B	Fr	avec parents	3	mutuelle + hosp	urg	
Bruxelles	urgence s	32	32	F	chômage		B	Fr	marié	4	mutuelle	urg	
Bruxelles	urgence s	31	31	F	institutrice		B	Fr	divorcé	1	mutuelle + iris	urg	
Bruxelles	urgence s	72	72	F	pensionnée		B	Fr	isolé	0	mutuelle	urg	

Regio	Spoed/ HA	Leeftijd patiënt	Leeftij d geïnter viewde	Geslac ht patiënt	Beroep	Diploma	Nation aliteit	Taal	Burgerlijke stand	Thuis wonen de Kinder en	Ziekteverzekering	Cons/ HB	Woning
Bruxelles	urgences	24	24	F	serveuse enfant (mère employée)		B	Fr	isole	0	mutuelle	urg	
Bruxelles	MG	4		F			B	Fr	avec parents	5	mutuelle + hosp	maison	
Bruxelles	MG	23		F	étudiant		B	Fr			mutuelle + hosp	maison	
Bruxelles	MG	18		F	étudiant (père employé)		B	Fr	avec parents	5	mutuelle + hosp	maison	
Charleroi	MG	8 mois		F	enfant (mère au chômage)		B	Fr	avec parents	4	mutuelle	maison	
Charleroi	MG	29		F	chômage		B	Fr	avec ami	2	mutuelle	maison	
Charleroi	urgences	84	55	F	pensionnée		B	Fr			Vipo	urg	MR
Charleroi	urgences	32		F	comptable		B	Fr	isolé	1	mutuelle	urg	

KCE reports

1. Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. D/2004/10.273/2.
2. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale (Phase I). D/2004/10.273/4.
3. Utilisation des antibiotiques en milieu hospitalier dans le cas de la pyélonéphrite aiguë. D/2004/10.273/6.
4. Leucoréduction. Une mesure envisageable dans le cadre de la politique nationale de sécurité des transfusions sanguines. D/2004/10.273/8.
5. Evaluation des risques préopératoires. D/2004/10.273/10.
6. Validation du rapport de la Commission d'examen du sous financement des hôpitaux. D/2004/10.273/12.
7. Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. D/2004/10.273/14.
8. Systèmes de financement des médicaments hospitaliers: étude descriptive de certains pays européens et du Canada. D/2004/10.273/16.
9. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation – Rapport de recherche: partie I. D/2005/10.273/02.
10. Le coût des prothèses dentaires. D/2005/10.273/04.
11. Dépistage du cancer du sein. D/2005/10.273/06.
12. Etude d'une méthode de financement alternative pour le sang et les dérivés sanguins labiles dans les hôpitaux. D/2005/10.273/08.
13. Traitement endovasculaire de la sténose carotidienne. D/2005/10.273/10.
14. Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique. D/2005/10.273/12
15. Evolution des dépenses de santé. D/2005/10.273/14.
16. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale. Phase II : développement d'un modèle actuariel et premières estimations. D/2005/10.273/16.
17. Evaluation des montants de référence. D/2005/10.273/18.
18. Utilisation des itinéraires cliniques et guides de bonne pratique afin de déterminer de manière prospective les honoraires des médecins hospitaliers: plus facile à dire qu'à faire.. D/2005/10.273/20
19. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. D/2005/10.273/22.

Renseignements

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
Résidence Palace (10^{de} verdieping-10^{ème} étage)

Wetstraat 155 Rue de la Loi

B-1040 Brussel-Bruxelles

Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kenniscentrum.fgov.be , info@centredexpertise.fgov.be

Web : <http://www.kenniscentrum.fgov.be> , <http://www.centredexpertise.fgov.be>

