

Assistance publique-
Hôpitaux de Paris
Hôpital Raymond
Poincaré

Fondation nationale
entreprise et
performance

Ministère
de la Fonction
publique

**ÉTUDE RÉALISÉE DANS LE CADRE DES
MISSIONS SPÉCIALES FONCTION PUBLIQUE**

Financées par la fondation nationale entreprise et performance

**L'ACCUEIL DES POPULATIONS PRÉCAIRES
DANS LES HOPITAUX TURCS**

**Atomisation de la protection sociale
et fractionnement de l'offre hospitalière**

Mai 2003

Robert HOLCMAN
Directeur des ressources humaines
Hôpital Raymond Poincaré
Assistance publique-Hôpitaux de Paris

REMERCIEMENTS

Pour avoir contribué à l'organisation et/ou au déroulement de ma mission, je remercie les personnes suivantes :

Dr Suphi ACAR, médecin-chef de l'hôpital *Haydarpasa Numune*¹ ;

Dr Osman AYDIN, directeur du centre de santé de *Maltepe* ;

Mlle Sulun AYKURT, étudiante à Sciences po, pour son travail de traduction.

Dr Roxane Lale BERJAOUI-ASIYAN, membre de *Turquie Assistance* ;

Dr Cumhur DEMIR, oncologue à l'hôpital *Okmeydemi* (SSK²) ;

Mme Amiyet DENIZCI, assistante du directeur général de *Turquie Assistance* ;

Dr Hasa EKER, directeur de la santé et du service de soins à domicile de la ville d'Istanbul ;

Mme Zeynep EMUCE, directrice du site de *Kadikoy* de la chaîne d'hôpitaux privés *Acibadem* ;

Dr Salih MERCAN, chargé de mission à la direction de la santé de la métropole d'Istanbul ;

Dr Gülay OCAL, responsable du service d'accueil des urgences de l'hôpital *Haydarpasa Numune* ;

Dr Ayhan OZSAHIN, ancien responsable du service d'urgences de la ville d'Istanbul, membre de *Turquie Assistance* ;

M. Omer SAHAN, directeur administratif de l'hôpital *Kartal* ;

Mme Deniz SELIMEN, infirmière générale et directrice de l'école d'infirmière de l'hôpital universitaire de Marmara ;

Dr Turgut SIBERT, cardiologue à l'hôpital *Siyami Ersek* ;

Pr Korhan TAVILOGLU, chirurgien digestif à l'hôpital universitaire de *Çapa* ;

Dr Bekir TURAN, adjoint du Pr Erman TUNCER, directeur de la santé de la métropole d'Istanbul ;

Mme Sakine YETISEN, infirmière générale et responsable de la carte verte pour le bassin de vie de l'hôpital *Kartal* ;

Dr Muzaffer YILDIZ, médecin-chef de l'hôpital *Kartal* ;

Je remercie tout particulièrement le Professeur Erman TUNCER, directeur de la santé de la métropole d'Istanbul, pour m'avoir reçu et ouvert les portes des différents établissements de soins du grand Istanbul.

Mes remerciements les plus vifs vont au docteur Irfan GÜNEY, directeur général de *Turquie Assistance*, correspondant en Turquie du groupe *Mondial Assistance*. Sa connaissance du monde du soin à Istanbul et en Turquie a grandement contribué à la qualité des contacts obtenus et à la pertinence des informations recueillies.

¹ L'orthographe des noms et des termes turcs utilisés dans ce rapport est imparfaite en raison de l'inadaptation des logiciels d'impression disponibles à l'alphabet turc.

² *Sosyal Sigortalar Kurumu*, sécurité sociale.

« L'accès au service public hospitalier est garanti à tous, et, en particulier, aux personnes les plus démunies, quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale. (...) L'hôpital est un lieu d'accueil privilégié où les personnes les plus démunies doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux. »

Article 1 de la Charte du patient hospitalisé.

« ...Ecouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé... »

Code de déontologie médicale.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	6
2	L'ARCHITECTURE DE LA PROTECTION SOCIALE.....	8
2.1	TROIS PERIODES DANS LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE.....	8
2.1.1	De 1923 à 1960, des campagnes d'éradication	8
2.1.2	De 1960 aux années 1980, le tournant de la loi de nationalisation	8
2.1.3	Un financement contraint depuis les années 1980	9
2.2	UNE COUVERTURE FRAGMENTEE	9
2.3	DES DISPOSITIFS PALLIATIFS POUR LES POPULATIONS NON COUVERTES	11
2.3.1	La carte verte	11
2.3.2	Le fonds d'aide sociale	12
2.3.3	Les systèmes municipaux d'assistance	12
2.4	LES FONDATIONS ET LA DIMENSION RELIGIEUSE DE LA SANTE	13
2.4.1	La dimension religieuse de la santé	13
2.4.2	Les fondations.....	14
3	LE SYSTEME HOSPITALIER.....	16
3.1	LES HOPITAUX PUBLICS	16
3.1.1	Plusieurs réseaux parallèles	16
3.1.2	L'articulation entre dispensaires et hôpitaux du ministère de la Santé	17
3.2	LES HOPITAUX PRIVES	18
4	PROTECTION SOCIALE ET SYSTEME HOSPITALIER.....	20
4.1	L'ACCES AUX HOPITAUX PAR TYPE D'AFFILIATION.....	20
4.1.1	Les fonctionnaires.....	20
4.1.2	Les affiliés à la SSK.....	22
4.1.3	Les adhérents au <i>Bag-Kur</i>	22
4.2	L'HOSPITALISATION EN L'ABSENCE DE COUVERTURE SOCIALE.....	22
4.3	PRISE EN CHARGE ET REPARTITION DES URGENCES : L'EXEMPLE D'ISTANBUL	24
4.3.1	Une « offre » diversifiée	24
4.3.2	Un acheminement suivant le degré d'urgence et l'affiliation sociale	25
4.4	UNE ORGANISATION DEFICIENTE	25
4.4.1	Offre de soins et protection sociale : un système social inéquitable	25
4.4.2	L'échec du système de référent.....	27
4.4.3	L'Etat de santé de la population turque	31
4.5	UNE CONFORMITE PARTIELLE A LA CHARTE SOCIALE EUROPEENNE	30
4.5.1	Assistance sociale et assistance médicale	31
4.5.2	L'article 13 : « Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin ».....	32
4.5.3	L'article 11 : « Elimination des causes d'une santé déficiente »	32

5	L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS PRECAIRES.....	33
5.1	LES POPULATIONS PRECAIRES	33
5.1.1	Une immigration intérieure.....	33
5.1.2	L'expression exacerbée de la maladie et de la souffrance	33
5.2	DES DOTATIONS BUDGETAIRES SPECIFIQUES DANS LES HOPITAUX.....	34
5.3	MAILLAGE DE LA POPULATION ET MOBILITE DES SOINS	35
5.3.1	Le maillage des quartiers d'habitation	35
5.3.2	Une action volontariste en direction des plus nécessiteux	35
5.4	LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES : LE CAS D'ISTANBUL.....	37
5.4.1	« Triage » et orientation des patients	37
5.4.2	La proximité entre accueil des urgences et policlinique	38
6	CONCLUSION : DES ENSEIGNEMENTS A TIRER.....	39
6.1	L'ORGANISATION HOSPITALIERE.....	40
6.1.1	Offre hospitalière et couverture sociale : incertitudes et asymétries d'information.....	40
6.1.2	Les hôpitaux français dirigés par des médecins ?	41
6.1.3	Maillage des quartiers, mobilité et intégration des différents niveaux de soins.....	42
6.1.4	Le « triage » à l'arrivée des urgences	44
6.2	LA PRISE EN COMPTE DES ELEMENTS CULTURELS.....	45
6.2.1	La critique du culturalisme	45
6.2.2	La nécessaire incorporation des éléments culturels	46
6.2.3	Formations et professionnels adaptés aux populations accueillies	47
7	BIBLIOGRAPHIE.....	49
8	ANNEXES.....	50

1 INTRODUCTION

Le projet de cette mission est né d'une étude conduite sur les conséquences de l'application de la Couverture maladie universelle (CMU) à l'hôpital, durant laquelle a été souligné le caractère déterminant des facteurs culturels dans le niveau de recours aux structures hospitalières publiques : la CMU n'a pas conduit à l'hôpital des populations qui n'y avaient pas accès en raison de contraintes financières, mais elle a modifié les modalités de prise en charge des populations qui y venaient déjà. Six millions de personnes devaient être concernées par ce nouveau dispositif de couverture sociale et seuls cinq millions en bénéficient. Sont désormais touchés par le soin ceux auxquels les dispositifs de facilitation à son accès étaient destinés ; en revanche, les populations qui n'ont pas eu jusque là la démarche spontanée de se rendre vers les hôpitaux semblent désormais hermétiques aux dispositifs mis en place (Holcman, Darnaudet, 2001).

Le bénéfice d'une couverture sociale n'est pas un facteur suffisant pour décider une part des patients non pris en charge par l'hôpital de s'y rendre, un « noyau dur » de l'exclusion des soins hospitaliers semble perdurer. La conséquence est que des populations arrivent aux urgences souffrant de pathologies lourdes qui, traitées en amont, n'auraient souvent réclamé qu'une consultation de médecin généraliste – cette réticence semblant levée dans les hôpitaux pédiatriques : la santé de l'enfant est un impératif suffisant pour transgresser les *a priori* culturels.

Quand elles viennent à l'hôpital, l'accueil des personnes précaires – en particulier d'origine étrangère – soulève d'autres difficultés : barrage de la langue, imprégnation culturelle, réticence au soin, rapport à la souffrance et au corps... Les hôpitaux publics français confrontés à ce type de populations sont surtout ceux qui disposent d'un service d'accueil des urgences, et qui sont situés dans des secteurs de banlieue où les populations d'origine étrangère sont particulièrement représentées.

Une double question se posait donc au moment d'entreprendre cette mission d'étude :

- comment toucher les populations qui ne viennent pas spontanément se faire soigner dans les hôpitaux ?
- comment les accueillir dans les services d'urgences quand elles parviennent au soin ?

Le choix de la Turquie comme pays d'étude s'explique par plusieurs facteurs. C'est un pays laïque, de confession majoritairement musulmane, à faible niveau de vie relativement à la France. Ces trois composantes, se rapprochent beaucoup de la situation d'une partie des populations d'origine étrangère qui vivent en France, notamment dans la banlieue des grandes villes : religion musulmane, s'exerçant dans un pays laïque, avec un décalage de niveau de vie.

La ville d'Istanbul a été choisie pour plusieurs raisons :

- une contrainte matérielle : une mission de dix jours accomplie par une seule personne n'aurait pas autorisé une enquête extensive sur le territoire turc ;
- la représentation dans la métropole d'Istanbul – quinze millions d'habitants – des différentes composantes de l'offre hospitalière du pays, ainsi que des différentes composantes de la population sous l'effet d'une immigration intérieure de l'est vers l'ouest.

Cette mission, étalée sur dix jours, a permis de brosser un panorama représentatif de l'offre de soin dans la ville d'Istanbul (étatique, paritariste, municipale, privée), et a conduit à rencontrer des interlocuteurs divers : médecins, infirmières, administrateurs, élus.

Comme souvent, les enseignements tirés de la mission ne viennent pas de là où on les attendaient, ils sont pourtant particulièrement intéressants pour des hôpitaux publics français confrontés au défi d'accueillir et de soigner des populations comparables. Mais avant cela, penchons-nous d'abord sur l'articulation entre l'offre de soins hospitaliers et les différents systèmes de couverture sociale, puis sur les modalités de prise en charge des populations précaires ; c'est de ces deux éléments que des suggestions pourront être au final avancées ³.

³ Les mécanismes de financement ne seront pas abordés dans ce rapport, non qu'ils ne soient importants mais parce qu'ils ne ressortissent pas directement au sujet abordé ici.

2 L'ARCHITECTURE DE LA PROTECTION SOCIALE

L'organisation de la protection est le reflet de la confrontation entre l'orientation idéologique donnée à la santé publique et ses contraintes de financement ; la protection sociale se compose de plusieurs mécanismes fonctionnant en parallèle dont le bénéficiaire ressortit à l'affiliation professionnelle.

La protection sociale en Turquie comme le système hospitalier sont composites, agrégeant des systèmes et des strates diverses suivant l'origine professionnelle de leurs bénéficiaires ; cette atomisation est à l'origine des carences dans la couverture sociale de la population.

2.1 Trois périodes dans la politique de santé publique

2.1.1 De 1923 à 1960, des campagnes d'éradication

De 1923 jusqu'aux années 1960, la santé ne constitue pas une priorité pour les pouvoirs publics ; des programmes de constructions d'établissements hospitaliers sont toutefois lancés, de même que des campagnes de lutte contre la malaria et la tuberculose (Tavakoli et *al.*, 2001).

2.1.2 De 1960 aux années 1980, le tournant de la loi de nationalisation

Les années 1960 sont caractérisées par la promulgation de la loi de nationalisation (« *Socialisation Act* », 1961) qui – volonté des militaires au pouvoir à l'époque – cristallise l'aspiration exprimée par la constitution de 1960, ainsi que le rôle dévolu à l'Etat en matière de soins médicaux et de bien-être physique et psychologique des citoyens.

L'objectif de la loi de 1961 est de promouvoir un système égalitaire de santé, financé principalement par l'impôt, avec une part laissée à la charge des usagers. Elle vise à :

- étendre le bénéfice des soins de base au pays entier ;
- donner la priorité aux politiques de prévention ;
- offrir à chacun la possibilité d'accès aux soins ;
- intégrer les services de prévention et les services de soins ;
- parvenir à une distribution équitable des médecins sur le territoire.

Cette mutation s'accompagne de la mise en œuvre d'un système de soin hiérarchisé, quasiment gratuit, avec référents, qui commence au niveau des dispensaires ⁴ (principalement localisés dans les zones rurales) pour aboutir dans les hôpitaux spécialisés localisés dans les zones urbaines.

Ce système, jamais remis en cause d'un point de vue théorique, n'a pas été achevé et ne fonctionne pas comme tel. Certaines structures installées avant la réforme n'ont pas pu être fermées et continuent de fonctionner encore aujourd'hui : c'est le cas en particulier des foyers mère/enfant, des centres de planning familial et des centres contre la tuberculose.

2.1.3 Un financement contraint depuis les années 1980

Depuis les années 1980, la Turquie applique une politique de dérégulation économique et de privatisation en partenariat avec les grandes organisations économiques internationales – Banque mondiale et Fonds monétaire international (FMI). Les financements accordés sont conditionnés à la mise en œuvre de réformes en matière de politique de santé – en particulier, en limitant le rôle de l'Etat aux politiques de prévention et d'accompagnement, et en accordant au secteur privé un rôle éminent en matière de financement et d'investissement (World Bank, 1986 et 1990).

2.2 Une couverture fragmentée

La protection sociale en Turquie s'articule entre différents mécanismes dont l'ensemble ne couvre pas – loin s'en faut – l'intégralité de la population turque (67,3 millions d'habitants en 2000). Quatre systèmes publics de protection sociale coexistent en Turquie (Tableau 1) : le *Memur Saglik* est destiné aux actifs de la fonction publique et leurs ayants droits directs ; l'*Emekli Sandigi* concerne les retraités de la fonction publique, ainsi que leurs ayants droits directs ; la SSK couvre les employés du secteur privés et les ouvriers du secteur public ; le *Bag-Kur* assure les artisans, les commerçants et les membres des professions libérales.

⁴ Les dispensaires connaissent plusieurs appellations suivant leur localisation, leur fonction, leur autorité de rattachement ; il est choisi ici d'utiliser exclusivement le terme de dispensaires.

Il existe une forme d'assurance personnelle qui permet d'adhérer volontairement à la SSK. Cette adhésion est individuelle ou collective, volontaire ou obligatoire (Tableau 2). Individuellement, toute personne peut volontairement adhérer à la SSK en échange du versement d'une prime d'assurance. Collectivement, l'assurance est soit volontaire, soit collective. Volontaire, elle concerne des groupes exclus du bénéfice automatique de la SSK et qui négocient librement leur affiliation contre versement d'une cotisation ; obligatoire, le dispositif est identique mais les groupes choisissent de contraindre leurs membres à l'affiliation.

Tableau 1. Les différents systèmes de protection sociale en Turquie

SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE	BENEFICIAIRES
<i>Memur Saglik</i>	Actifs de la fonction publique et leurs ayants droits directs
<i>Emekli Sandigi</i>	Retraités de la fonction publique et leurs ayants droits directs
SSK	Employés du secteur privé et ouvriers du secteur public
Assurance personnelle	Adhérents volontaires (individuels ou collectifs) à la SSK
<i>Bag-Kur</i>	Artisans, commerçants, professions libérales
Assurances privées	Adhérents volontaires

Source : Tableau réalisé par l'auteur.

Tableau 2. Les différentes formes d'assurance personnelle à la SSK

	VOLONTAIRE	OBLIGATOIRE
INDIVIDUELLE	Possibilité d'adhérer par simple demande. Versement d'une prime d'assurance.	Non
COLLECTIVE	Groupes exclus du bénéfice automatique de la SSK qui négocient des conventions types avec elle.	Pour certains groupes professionnels comme les notaires ou les avocats.

Source : Tableau réalisé par l'auteur.

Tableau 3. Nature de la couverture par type de mécanisme

		PRISE EN CHARGE		
		HOSPITALISATION	CONSULTATIONS	MEDICAMENTS
SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE	<i>Memur Saglik</i>	Oui	Oui	Partielle
	<i>Emekli Sandigi</i>			
	SSK			
	Assurance personnelle			
	<i>Bag-Kur</i>			
	Assurances privées			
SANS COUVERTURE	Carte verte	Oui	Non	
	Fonds d'aide sociale	Oui	Non	
	Systèmes municipaux	Oui		

Source : Tableau réalisé par l'auteur.

On compte une trentaine de sociétés d'assurances privées regroupant 300 000 personnes ; elles offrent leurs services aux personnes ne disposant pas de couverture sociale et ne pouvant financièrement assumer le coût de l'adhésion. Le nombre de leurs adhérents a augmenté durant les années 1990.

La variété des systèmes de couverture sociale s'accompagne d'une grande diversité entre les systèmes quant à la qualité de cette couverture, son champ, son accessibilité et sa disponibilité (Tableau 3) ; le système le plus efficient est celui des militaires, le moins bon étant celui du *Bag-Kur* (Tavakoli et *al.*, 2001).

Un projet de loi est en cours de discussion au parlement visant à unifier les différents systèmes de sécurité sociale et tendre vers une couverture universelle de la population.

2.3 Des dispositifs palliatifs pour les populations non couvertes

Ces différents mécanismes ne couvrent pas la totalité de la population turque. Sont exclus, en particulier, les agriculteurs et les pauvres urbains, dont le niveau de revenu exclut tout recours à des assurances complémentaires privées. La réforme de la SSK, (qui couvre la moitié de la population turque), imposant une durée de cotisation minimale de 120 jours avant toute prise en charge⁵, a renforcé cet état de fait. Pour pallier les carences de la couverture sociale, plusieurs dispositifs ont été mis en place :

- la carte verte ;
- le fonds d'aide sociale ;
- les systèmes municipaux ;
- les fondations.

2.3.1 La carte verte

Depuis 1992, les citoyens démunis de toute couverture sociale peuvent solliciter l'attribution par l'Etat d'une carte verte qui couvre les frais d'hospitalisation. Les bénéficiaires doivent disposer d'un revenu inférieur à un seuil jugé proche de la pauvreté, leur part dans le revenu familial doit être équivalente à un tiers au moins du salaire minimum.

⁵ Auparavant, quand une journée de travail suffisait pour être couvert, certaines entreprises n'affiliaient leurs employés uniquement qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

La carte verte est attribuée pour cinq ans mais les conditions d'éligibilité à son bénéficiaire sont vérifiées tous les ans. C'est un dispositif en principe très contrôlé, même si le respect des contributions d'attribution est variable suivant les régions. Avant d'attribuer une carte verte, l'autorité compétente sollicite différentes administrations pour vérifier l'état de nécessité du demandeur : direction des impôts (paiement de l'impôt sur le revenu), mairie (impôts locaux), police (détention du carte grise attestant de la possession d'une voiture), sécurité sociale (affiliation éventuelle).

En réalité, les avis ainsi communiqués ne sont pas toujours fondés sur des recherches adéquates par manque de moyens informatiques, de temps ou de personnel. C'est la raison pour laquelle, il n'y a pas d'hésitation à solliciter une carte verte, même indûment. Selon le ministère de la Santé lui-même, la comptabilisation des demandeurs et des titulaires de la carte verte laisse à désirer. Grossièrement, il est estimé que 14 millions de Turcs l'ont demandée et que seuls 11 à 12 millions d'entre eux l'ont obtenue ; 9 millions de titulaires sont considérés comme répondant aux critères d'attribution.

La carte verte est adossée en principe à un système de médecins référents qui décide de l'éventuelle hospitalisation du patient ; en cas de décision d'hospitalisation, le titulaire de la carte verte dispose de deux jours pour se présenter à un hôpital. Bien évidemment, ce système de médecin référent ne vaut pas en cas d'urgence.

2.3.2 Le Fonds d'aide sociale

En l'absence de couverture sociale – même d'une carte verte – les citoyens turcs peuvent faire appel au Fonds d'aide sociale du ministère de la Santé. C'est souvent ce qui se produit dans la période d'instruction du dossier de carte verte, le règlement des frais d'hospitalisation et de médicaments est ainsi pris en charge dans l'attente de son attribution.

2.3.3 Les systèmes municipaux d'assistance

Le rôle des municipalités en termes de santé publique et d'environnement est consacré depuis longtemps en Turquie (Varol, 1998 ⁶). Depuis une loi de 1963, les municipalités ont la possibilité de mettre en œuvre une politique plus volontariste

⁶ La traduction en Français de cette référence est annexée à ce rapport (annexe 4, page 56).

d'accès aux soins en créant et en gérant des centres de soins d'urgence, des hôpitaux, des dispensaires, des centres de santé du nourrisson ou des centres d'hébergement pour personnes âgées.

Même si la fourniture de soins est un des rôles dévolus à l'Etat, les municipalités qui en ont les moyens ont développé des services de santé de premier et de second niveau. Ces actions ne sont pas nécessairement éloignées de considérations politiques. Ainsi, la municipalité d'Istanbul (islamistes modérés) a fait son cheval de bataille de la prise en charge des populations exclues des soins ; son action se distingue par l'ampleur et l'ambition du projet qui s'articule autour de deux pôles :

- la réponse aux demandes spontanées ;
- une action plus volontariste en direction des populations cibles par le maillage des quartiers (voir *infra*).

2.4 Les fondations et la dimension religieuse de la santé

2.4.1 La dimension religieuse de la santé

Suivant les entretiens menés, la maladie n'aurait pas un caractère infamant pour les musulmans⁷, alors qu'elle est présentée comme une forme d'expiation des péchés ou des mauvaises actions dans d'autres croyances. Même les affirmations de groupes radicaux relient davantage la santé des croyants à une bonne hygiène de vie qu'à une récompense divine. Ainsi : « *Il est prouvé que la foi a une bonne influence sur notre santé et notre longévité. Les personnes qui pratiquent en privé ou dans une communauté sont aussi moins souvent déprimés, anxieux ou perdent moins facilement la mémoire. Les personnes religieuses vivent plus longtemps que les autres. Ceci est lié au fait qu'elles restent éloignés de la cigarette, de l'alcool et des pratiques sexuelles subversives. Quelle religion est-elle meilleure pour la santé ? Ce doit être une religion qui interdit les produits nocifs et la sexualité subversive, et qui inclut de la prière et des rites. Elle doit être pratiquée en communauté.* »⁸

⁷ Cette remarque, fondée sur les entretiens menés durant la mission, vaut pour la Turquie dont la pratique religieuse ne se confond pas avec celle d'autres pays musulmans et/ou arabes.

⁸ Voir sur : http://www.zaferdergisi.com/print_makale.asp?makale=697.

La laïcité est une valeur en Turquie, un élément fondateur et rassembleur de la nation et du pays. A ce titre, les impératifs religieux ne sont pas ou peu pris en compte dans les hôpitaux publics.

2.4.2 Les fondations

Le rôle des fondations dans la prise en charge des frais de santé (entre autres domaines) remonte à l'empire ottoman, et renvoie au principe de redistribution de la richesse consubstantiel de l'Islam : aider les pauvres en redonnant une part de son bien est l'un des cinq devoirs de tout bon musulman, les mères et/ou les femmes des Sultans parrainaient déjà la distribution de vivres aux plus nécessiteux.

Aujourd'hui, de nombreuses fondations prennent en charge les frais de santé des plus nécessiteux ; certaines – à l'instar de la fondation Ayhan Sahenk (Encadré 1) – financent des véhicules de santé ambulants pour aller au-devant des indigents. Elles articulent souvent leur action avec des associations locales.

Encadré 1. L'exemple de la fondation Ayhan Sahenk

Mme Filiz Sahenk s'est chargée de la présidence de la fondation Ayhan Sahenk après le décès de son père. Créée en 1992 et élue meilleure fondation de l'année en 2000 par la direction générale des Fondations, la Fondation Ayhan Sahenk a engagé une série d'actions appelée « *Tout pour les enfants* » de façon à prévenir la mauvaise influence des médias sur les enfants, en particulier en temps de guerre.

Filiz Sahenk a déclaré au journal : « *Notre budget 2003 sera dédié à l'éducation, la culture, l'art, la santé, le sport, et à l'environnement, ainsi qu'à l'aide sociale. Jusqu'à aujourd'hui, en matière de santé, nous avons fourni des services gratuits à plus de 180 000 citoyens, en particulier aux enfants en âge d'aller à l'école primaire, grâce à nos véhicules de santé ambulants. Notre objectif pour cette année est de toucher 210 000 personnes. Nous allons par ailleurs fournir des aides aux institutions de santé publique.* »

Filiz Sahenk a aussi affirmé que les aides traditionnelles aux familles et aux étudiants continueront et que, dans ce cadre, 1 500 familles recevront de la nourriture non-périssable et 1 000 étudiants recevront des vêtements. « *En 2003, nous allons continuer à soutenir les étudiants auxquels nous avons attribué des bourses, et à combler les besoins des écoles que nous avons fait construire puis mises sous la gestion du ministère de l'Education. Nous poursuivons nos efforts pour la réhabilitation des zones arides et des forêts détruites à cause de l'érosion.* »

Source : *Ekonomist*, 6 avril 2003.

De même, des groupes religieux possèdent des cliniques implantées dans des quartiers défavorisés, proposant des tarifs très bas en échange de services de bonne qualité – dans des locaux eux-mêmes plus que convenables. Leur action, toutefois, est limitée par l'interdiction légale de pratiquer des tarifs inférieurs à un niveau plancher défini par la loi.

Le système des fondations est à ce point développé qu'un ministère des Fondations existe, et que les autorités publiques en possèdent elles-mêmes : le ministère de la Santé finance ainsi le Fonds d'aide sociale, géré au niveau des préfectures. L'existence du ministère des Fondations atteste de la volonté des pouvoirs publics d'encadrer leur action : à la création de la Turquie moderne, Atatürk ⁹ avait lutté contre l'influence politique des fondations, et l'Etat se méfie encore d'un prosélytisme qui se camouflerait derrière l'action sociale.

⁹ Mustapha Kémal, dit Atatürk, dirigeant emblématique du passage de l'empire ottoman à la Turquie moderne.

3 LE SYSTEME HOSPITALIER

A l'instar des systèmes de protection sociale, l'offre hospitalière est également atomisée, même si l'impression qui se dégage aux yeux du visiteur est celle d'un système performant. Deux grandes catégories se distinguent : les hôpitaux privés et les hôpitaux publics, et – au sein de ces derniers – les hôpitaux d'Etat et ceux de la SSK. Les hôpitaux de l'Etat se répartissent à leur tour entre hôpitaux du ministère de la Santé, hôpitaux dépendant de tel ou tel ministère (défense, police, intérieur...), et hôpitaux universitaires (Tableau 4).

Tableau 4. Les types d'hôpitaux en Turquie

ETAT			SSK (SECURITE SOCIALE)		MUNICIPALITES, ASSOCIATIONS		PRIVE	
Types	Hôpitaux	Lits	Hôpitaux	Lits	Ets (1)	Lits	Hôpitaux	Lits
Ministère de la santé	744	86 117	140	34 504	32	6 740	230	11 500
Ministères <i>Dont défense</i>	57 42	19 060 15 900						
Universitaires	43	24 200						
Total	844	145 277	140	34 504	32	6 740	230	11 500

(1) Les municipalités disposent de dispensaires et de centres de santé.

Source : Tableau réalisé par l'auteur.

3.1 Les hôpitaux publics

3.1.1 Plusieurs réseaux parallèles

Au total, la Turquie compte 1 256 établissements hospitaliers regroupant 176 121 lits, auxquels il faut ajouter le réseau des dispensaires. Ces derniers sont au nombre de 5 700 environ, ils couvrent une population de 7 500 personnes et contrôlent plusieurs sous-unités (3 à 4 en moyenne¹⁰).

Les établissements publics de santé se répartissent entre :

- les établissements du ministère de la Santé (communément appelés « hôpitaux d'Etat ») ;

¹⁰ Voir Figure 1, page 18.

- les hôpitaux particuliers des ministères (défense, police...), qui en possèdent plusieurs. Ce sont aussi des hôpitaux d'Etat ¹¹ dont l'accès est réservé en principe aux agents des ministères en question ;
- les hôpitaux universitaires : hôpitaux d'Etat qui, à l'instar de leurs homologues français, ont une vocation d'enseignement et de recherche ;
- les hôpitaux de la SSK, la sécurité sociale turque. Ce sont des hôpitaux publics, mais qui ne dépendent pas de l'Etat.

Tous les hôpitaux publics ne disposent pas d'une pharmacie centrale ; en l'absence, les patients ou leur famille doivent – y compris en cas d'hospitalisation – sortir de l'établissement pour acheter les prescriptions des médecins et les matériels nécessaires au traitement. Les hôpitaux du ministère de la Santé et les hôpitaux universitaires ne fournissent pas de médicaments : ils sont aisément reconnaissables parce que foisonnent à leur proximité des dizaines d'officines pharmaceutiques.

L'étanchéité initiale entre les hôpitaux publics – particulièrement entre hôpitaux d'Etat et de la SSK – cède peu à peu la place à une forme d'intégration, encore très parcellaire et incomplète (Tableau 5).

A elle seule, la métropole d'Istanbul dispose de 39 hôpitaux du ministère de la santé, 3 hôpitaux universitaires, 16 hôpitaux de la SSK ; elle regroupe 234 dispensaires, dont 220 reliés au ministère de la santé.

Si l'on compare ces chiffres à ceux de la France, on peut noter que pour un nombre sensiblement équivalent d'habitants, la Turquie possède presque trois fois moins de lits d'hôpitaux que la France (un peu plus de 170 000 contre 480 000¹²).

3.1.2 L'articulation entre dispensaires et hôpitaux du ministère de la Santé

L'une des spécificités des hôpitaux ministère de la Santé est d'être associés à des dispensaires – jusqu'à une dizaine ou une quinzaine, suivant les zones d'habitation (Figure 1). Les dispensaires centraux constituent l'interface entre les dispensaires locaux et le ou les hôpitaux dont ils relèvent. Ils sont surtout chargés des politiques de prévention et de l'accompagnement des campagnes de santé publique de vaccination,

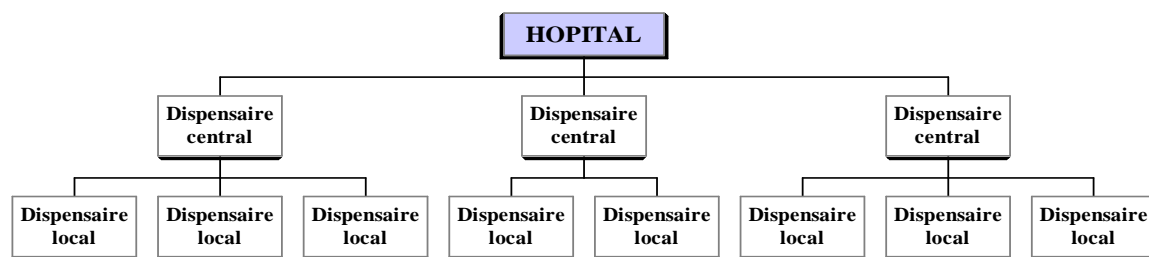
¹¹ A ne pas confondre avec les hôpitaux du ministère de la Santé ; ce sont des hôpitaux d'Etat au sens propre du terme, au même titre que les hôpitaux universitaires.

¹² Voir en annexe 2, page 54, le tableau comparatif des principaux chiffres de la santé en Turquie et en France.

de dépistage, de planning familial... Ils offrent l'accès à une polyclinique qui donne les soins de base. Leur clientèle est constituée de personnes disposant de peu de moyens financiers ; les autres privilégient l'accès direct aux hôpitaux – publics et privés – en contournant le système de référent. Ce schéma d'organisation vaut surtout pour les zones urbaines : certaines zones rurales ne sont dotées que de dispensaires en l'absence de tout hôpital.

Pour tout patient d'un hôpital du ministère de la Santé – consultant externe ou hospitalisé –, le dispensaire central dont il relève est contacté de façon à s'enquérir de ses antécédents, des examens déjà pratiqués. Pour ce faire, le dispensaire central sollicite le dispensaire local ; au besoin, il dépêche une équipe pour prendre contact avec la famille, les proches du patient, en recourant au maillage de la population accompli par les autorités de quartier (voir *infra*).

Figure 1. Articulation entre hôpitaux et dispensaires



Source : Figure réalisée par l'auteur.

Symétriquement, les malades des dispensaires sont éventuellement adressés à l'hôpital dont relève les dispensaires, pour un diagnostic, des examens complémentaires, ou pour une intervention chirurgicale. En cas de nécessité, l'hôpital du ministère de la Santé adressera le patient vers un autre établissement public (universitaire, de ministères) avec un document de transfert, un *Svek* (Tableau 5).

3.2 Les hôpitaux privés

On compte environ 230 hôpitaux privés qui regroupent 11 500 lits (Tableau 4). Ce secteur de la santé est en plein développement, en particulier à l'incitation des grands organismes financiers internationaux qui exigent des autorités turques une libéralisation de l'offre de soins.

Comme exemples d'institutions privées, on peut citer la chaîne d'hôpitaux *Acibadem*, l'*Universal Vatan* (52 établissements). A Istanbul, les hôpitaux « nationaux » sont très présents : français, américain, allemand, italien, bulgare, arménien, grec...

Les hôpitaux privés sont souvent particulièrement bien dotés en personnel et très bien équipés : le premier TEP Scan ¹³ installé dans le monde par la société *Siemens* l'a été dans un hôpital d'*Acibadem*. Ils disposent de l'ensemble des outils de diagnostic et de traitement : laboratoires, centre de transfusion sanguine, services d'urgence...

¹³ Tomographes à émission de positons, catégorie de scanners extrêmement performants qui – notamment – permettent de diagnostiquer très tôt certaines formes de cancer.

4 PROTECTION SOCIALE ET SYSTEME HOSPITALIER

Ce qui complique l'accès aux soins hospitaliers en Turquie est la non-concordance entre systèmes de protection sociale et types d'hôpitaux (Tableau 5) – exception faite de la SSK qui, cas unique, est à la fois assureur et fournisseur de soins. L'offre hospitalière se décompose entre privé et public ; au sein du public, elle se répartit entre Etat et SSK.

La situation des structures privées est la plus simple. Les hôpitaux privés sont accessibles à tous sous réserve de paiement direct, sauf si un accord institutionnel a été passé avec tel ou tel système d'assurance sociale et que le patient est adressé par un hôpital public relevant de ce système ; dans ce cas, un document de transfert (*Svek*) entre la structure publique et l'hôpital privé est exigé. Compte tenu du coût de l'affiliation, les compagnies d'assurances privées, quant à elle, contractent avec des structures hospitalières privées (quand elles n'en possèdent pas elles-mêmes) répondant aux standards de service qu'elles se proposent d'offrir.

S'agissant du public, l'analyse de l'accès aux soins hospitaliers suivant le type de couverture sociale est plus compliquée. Il faut distinguer deux groupes : les personnes couvertes socialement et celles qui ne bénéficient d'aucune protection sociale. Le premier groupe se subdivise en quatre sous-groupes (hors affiliation privée) : fonctionnaires actifs, retraités, membres de la SSK, du *Bag-Kur* ;

4.1 L'accès aux hôpitaux par type d'affiliation

4.1.1 Les fonctionnaires

Les fonctionnaires actifs sont couverts par le *Memur Saglik*, les fonctionnaires retraités par l'*Emekli Sandigi* ; les ayants droits directs des fonctionnaires bénéficient de la même protection qu'eux. Les fonctionnaires – actifs et retraités – ont un accès direct aux hôpitaux du ministère de la Santé et aux hôpitaux universitaires. Les médicaments qui leurs sont prescrits sont totalement pris en charge pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, et partiellement pour les autres (20 % à acquitter pour les actifs, 10 % pour les retraités) ; les hôpitaux du ministère de la santé

Tableau 5. Accès aux hôpitaux turcs par type de couverture sociale

		TYPES D'HOPITAUX				
		ETAT			SSK	PRIVES
		Ministère de la Santé	Ministères	Universitaires		
SYSTEMES DE COUVERTURE SOCIALE	Memur Saglik (fonctionnaires et leurs ayants droits directs)	Accès direct. Pas d'avance de paiement. Médicaments pris en charge : - 20 % à régler pour les personnes en activité ;	Accès réservé aux membres du ministère. Accès exceptionnel en cas de place disponible.	Accès direct	Accès possible mais non choisi (hôpitaux surchargés et réputés de moindre qualité).	Accès contre paiement sauf si un accord institutionnel est passé ; dans ce cas, un document de transfert (<i>Svek</i>) est exigé.
	Emekli Sandigi (fonctionnaires retraités et leurs ayants droits directs)	- 10 % pour les retraités ; - rien à payer en cas de maladie chronique	Accès exceptionnel en cas de place disponible.	En théorie, un document de transfert (<i>Svek</i>) est exigé. En pratique, accès direct.		Accès contre paiement.
	SSK (employés du secteur privé et ouvriers du secteur public)	Accès possible sous condition : - absence de structure de soins SSK ; - actes ou consultations chirurgicaux spécialisés.	Accord institutionnel nécessaire. Un document de transfert (<i>Svek</i>) est exigé. Actes ou consultations chirurgicaux spécialisés.		Accès direct. Pas d'avance de paiement. Médicaments pris en charge : - 20 % à régler pour les personnes en activité ; - 10 % pour les retraités ; - rien à payer en cas de maladie chronique	Des accords existent avec certains hôpitaux pour des actes de chirurgie ou des examens complémentaires sophistiqués ; dans ce cas, un document de transfert (<i>Svek</i>) est exigé.
	Bag-Kur (commerçants, artisans, professions libérales)	Accès direct			Accès possible à condition d'avancer les frais de prise en charge.	Accès contre paiement sauf si un accord institutionnel est passé ; dans ce cas, un document de transfert (<i>Svek</i>) est exigé.
	Assurances privées (certaines banques et compagnies d'assurance)	Compte tenu du coût de l'affiliation, les compagnies d'assurance privées passent des accords avec des hôpitaux privés (quand elles n'en possèdent pas elles-mêmes) répondant aux standards du service qu'elles se proposent d'offrir.				
PERSONNES COUVERTES	Carte verte	Oui	Non	Possibilité théorique d'accès avec un document de transfert (<i>Svek</i>).	Non	Non
	Fonds d'aide sociale					
	Municipalités (notamment Istanbul)					

Source : Tableau réalisé par l'auteur sur la base des entretiens conduits.

ne disposant pas de pharmacie centrale, ils doivent toutefois aller les acheter dans les nombreuses officines bordant ces établissements.

Les hôpitaux des ministères sont réservés à leurs personnels, un accès est possible aux fonctionnaires sous réserve de place disponible. Les hôpitaux de la SSK leur sont également accessibles mais peu d'entre eux choisissent de s'y rendre : ces hôpitaux sont surchargés et réputés de moindre qualité que les hôpitaux d'Etat.

4.1.2 Les affiliés à la SSK

Les affiliés à la SSK sont les employés du secteur privé ainsi que les ouvriers du secteur public. Ils ont un accès direct aux hôpitaux de la SSK, aucune avance de paiement n'est exigée. Comme pour les fonctionnaires, les médicaments sont totalement pris en charge pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, et partiellement pour les autres (20 % à acquitter pour les actifs, 10 % pour les retraités).

Les affiliés à la SSK peuvent accéder aux hôpitaux d'Etat sous condition. Pour les hôpitaux du ministère de la Santé, il faut qu'il n'y ait pas de structure de la SSK et/ou que des consultations ou des actes chirurgicaux soient prescrits ; pour les hôpitaux universitaires ou des ministères, des consultations ou des actes chirurgicaux requis sont suffisants. Dans tous les cas, un accord institutionnel est nécessaire, un *Svek* est exigé pour les hôpitaux universitaires et les hôpitaux des ministères.

4.1.3 Les adhérents au *Bag-Kur*

Ils bénéficient d'un accès direct aux hôpitaux du ministère de la Santé et des ministères, aux mêmes conditions que les fonctionnaires. L'accès aux hôpitaux universitaires est possible à condition d'avancer les frais de prise en charge, mais pas en premier niveau de soins. Comme pour les fonctionnaires, l'accès aux hôpitaux de la SSK est possible mais rarement choisi pour les mêmes raisons.

4.2 L'hospitalisation en l'absence de couverture sociale

Les personnes dépourvues de couverture sociale n'ont accès qu'aux hôpitaux du ministère de la Santé en niveau primaire de soin – sauf en cas d'urgence (voir *infra*) ; ils peuvent être adressés ultérieurement aux hôpitaux universitaires qui n'acceptent

pas les patients titulaires de la carte verte en premier niveau de soin. La carte verte ne couvre que les frais liés à l'hospitalisation : les dépenses de médicaments ne sont pas prises en charge, ni les consultations externes.

Les hôpitaux se font rembourser avec retard, et partiellement, les avances de frais ainsi engagées. Parfois, ils ne sont pas défrayés du tout : soit les patients fuient avant la fin de leur hospitalisation¹⁴, soit – le principe du chèque étant peu usité en Turquie – c'est la reconnaissance de dette (*Senet*) qui fait office de mode de règlement. Or les sanctions pour non acquittement d'une reconnaissance de dette sont très faibles et peu dissuasives. Il est donc tentant de faire défaut, à tel point que la non-couverture sociale relève parfois de la volonté de ne pas payer de cotisations, les personnes faisant ce choix préférant délivrer des *Senet* qu'elles savent ne pas honorer au bout du compte. Ces patients arrivent très souvent à l'hôpital par les services d'urgence ; ils sont tentés de demander le bénéfice de la carte verte (voir *infra*) sans répondre aux conditions d'obtention. Rappelons que seuls 9 millions sur les 12 millions de titulaires de la carte verte sont considérés comme répondant aux critères d'attribution.

Dans l'attente de l'obtention de la carte verte et/ou pour prendre en charge les frais de médicaments ou de consultations externes, les patients non solvables et les indigents, ont la possibilité de solliciter le Fonds d'aide sociale ou bien des fondations (privées, confessionnelles..). La difficulté vient de ce que ce fonds ne prend pas en charge la totalité du prix de tous les actes médicaux, certains ne sont couverts qu'à 50 %. De plus, on ne peut y recourir qu'une seule fois.

Les personnes les plus nécessiteuses intégrées dans les systèmes municipaux de santé publique suivent le même cheminement que les titulaires de la carte verte ; la différence avec ces derniers est que l'ensemble des frais de santé – consultations, hospitalisation, médicaments – sont pris en charge par la municipalité qui les aide.

¹⁴ Dans les hôpitaux privés, le service d'hospitalisation est tenu financièrement responsable de l'éventuel défaut de paiement d'un patient, par le biais d'une imputation négative sur son budget.

4.3 Prise en charge et répartition des urgences : l'exemple d'Istanbul

4.3.1 Une « offre » diversifiée

A ce fractionnement des structures hospitalières et des modes de couverture sociale, se superpose la multiplicité de l'offre des services d'urgence. Le 112 – l'équivalent du SAMU – est le plus important et le plus connu. Rattaché au ministère de la Santé, il est toutefois complété par les services d'urgence des hôpitaux privés, des sociétés d'ambulance privées, et ceux de certaines municipalités – notamment celle d'Istanbul.

A Istanbul, les trois systèmes d'urgence mobile disposent des moyens suivants :

- le 112 gère 26 ambulances stationnées dans 23 sites ;
- le service d'urgence de la municipalité du grand Istanbul dispose de 16 ambulances le jour et 8 la nuit ;
- plusieurs entreprises et cliniques privées proposent des services indépendants d'ambulance (annexe 4)

Les assurances privées communiquent à leurs adhérents le numéro de téléphone de centres d'appel qui peuvent, en cas de besoin, leur envoyer une équipe mobile d'urgence qui les conduira vers l'hôpital ou la chaîne d'hôpital dont ils dépendent. De même, des sociétés privées d'ambulance proposent de conduire les patients qui les appellent vers le type d'hôpital qu'ils souhaitent rejoindre ; la population n'étant pas toujours au courant que le service public d'appel en urgence est gratuit, il lui apparaît parfois comme équivalent de recourir au système public ou aux sociétés privées.

Le système public d'appel en urgence est le 112. C'est l'équivalent du SAMU français : un médecin trieur réceptionne les appels et décide de l'opportunité de l'envoi d'une équipe mobile d'intervention qui, sur place, établit un diagnostic et décide à son tour de l'hôpital où acheminer le patient suivant le degré d'urgence et/ou l'affiliation sociale du patient¹⁵.

¹⁵ Pour une information plus complète sur les services d'urgence en Turquie, voir Ozsahin (1998), traduit en Français en annexe 5, page 64.

4.3.2 Un acheminement suivant le degré d'urgence et l'affiliation sociale

Il faut distinguer les urgences vitales de celles qui ne le sont pas. En cas d'urgence vitale, c'est l'exigence du soin immédiat qui doit faire foi : le médecin qui accompagne le patient dirige l'unité mobile vers le centre hospitalier le plus proche – quelle que soit l'affiliation du patient.

Les cas d'urgences moins absolues sont plus complexes. A l'instar de ce qui se pratique ailleurs, l'équipe mobile d'intervention décide de l'hôpital d'accueil en fonction de la pathologie du patient, tous les hôpitaux ne disposant pas de spécialités identiques ni du même plateau technique. De plus, en Turquie, les équipes du 112 ont tendance à ne pas prévenir trop tôt de leur arrivée pour ne pas se voir opposer un refus d'accueil au motif d'une saturation de l'hôpital. Les scandales liés aux refus de malades, relayés par les médias, dissuadent désormais les hôpitaux d'afficher une réticence ouverte à la prise en charge de malades en urgence. Les hôpitaux privés eux-mêmes se sont engagés à prendre en charge 5 % de l'acheminement des services publics d'urgences.

Surtout, le patient doit être interrogé quant à son affiliation sociale. S'il n'est pas couvert socialement, ce sont les hôpitaux du ministère de la Santé, disposant d'un service d'accueil des urgences, qui sont sollicités pour le prendre en charge. S'il dispose d'une couverture sociale, l'équipe mobile d'urgence le dirigera vers un hôpital compatible avec son affiliation : un militaire est acheminé prioritairement en direction d'un hôpital du ministère de la défense ; un employé vers un hôpital SSK, un commerçant ou un fonctionnaire vers un hôpital du ministère de la Santé, etc.

4.4 Une organisation déficiente

4.4.1 Offre de soins et protection sociale : un système social inéquitable

Il existe non seulement une inégalité de situation entre les personnes couvertes socialement (70 % de la population) et celles qui ne le sont pas, mais aussi entre les populations qui disposent d'une protection sociale. Les mécanismes de couverture sociale ne sont pas équivalents – tant en ce qui concerne le champ des prestations couvertes que les modalités de prise en charge et/ou de remboursement. Les agents publics – actifs ou retraités – forment le groupe le plus favorisé en terme de gratuité

et d'accès aux soins ; à l'inverse, les artisans, les commerçants et les membres de professions libérales (couverts par le *Bag-Kur*) doivent avancer leurs frais médicaux, qui ne leurs sont remboursés que partiellement et après un délai d'attente important. 33 % des assurés sociaux sont couverts par la SSK ; 17 % par le *Bag-Kur* et 18 % par l'*Emekli Sandigi*.

Environ 17 % de la population n'ont pas de couverture sociale et 23 % sont sans couverture médicale. Les statistiques disponibles sont peu précises : rappelons que, selon le ministère de la Santé, on compterait 14 millions de demandeurs de la carte verte et seulement 11 à 12 millions d'utilisateurs. Les personnes les plus pauvres ont un accès des plus limités à l'offre de santé de base et, quand c'est le cas, bénéficient de soins de moindre qualité.

Les différences qui existent dans la qualité, l'équipement, l'expertise des différents réseaux d'hôpitaux fait écho à l'étendue de la couverture sociale offerte par les différents systèmes ; une part importante de la population ne bénéficie pas d'une couverture sociale. Les hôpitaux ne sont pas tous de la même qualité, pas tant s'agissant du niveau de qualification des personnels que des dotations d'exploitation, d'équipements et, surtout, du niveau de fréquentation. Les établissements de la SSK sont réputés les moins bons, ils sont moins bien dotés et leur offre est sous-dimensionnée par rapport au nombre d'affiliés – et donc d'usagers potentiels. Les hôpitaux des ministères (défense, police...) et les hôpitaux universitaires sont les plus réputés au sein du service public.

La distribution géographique de l'offre de soin est déséquilibrée. Les hôpitaux sont concentrés dans les zones urbaines, alors que les zones rurales sont surtout dotées de dispensaires, dont le niveau de soins ne peut se comparer à celui des centres hospitaliers. Au sein des zones urbaines elles-mêmes, l'implantation territoriale des structures de soins ne répond pas à une planification de l'offre. A Istanbul, par exemple, les établissements cardiologiques sont rassemblés sur la rive asiatique, les hôpitaux de la SSK se regroupent dans la zone européenne. Il en est également ainsi de la distribution des médecins sur le territoire : l'un des objectifs – non atteint – de la loi de nationalisation de 1960/1961 était d'arriver à l'uniformiser. L'explication vient du nombre insuffisant de praticiens et du manque d'attractivité, en termes de rémunération et de niveau de vie, des régions insuffisamment dotées.

4.4.2 L'échec du système de référent

L'hôpital se situe, en principe, au niveau secondaire de l'accès au soin. Le premier niveau est constitué par les dispensaires, notamment ceux du ministère de la santé (Tableau 6). La règle voudrait que les patients soient adressés aux second et troisième niveaux de soins par les acteurs du niveau primaire.

Tableau 6. Les trois niveaux de soins en Turquie

Niveau primaire de soins et prévention		Niveau secondaire de soin	Niveau tertiaire
Dispensaires	Médecins de famille	Hôpitaux publics et privés dédiés	Hôpitaux mis en concurrence
Politiques de santé, protection sanitaire		Soins curatifs	Réadaptation

Source : Tableau réalisé par l'auteur.

Pourtant, en dépit du système de médecin référent ainsi instauré, les Turcs demeurent réticents à suivre la filière de soin et utilisent les consultations externes des hôpitaux comme niveau primaire de soin. Selon une étude du ministère de la Santé datée de 1995, 48,7 % des usagers préféraient utiliser l'hôpital comme premier niveau d'accès aux soins ; dans les zones urbaines ce taux monte à 57,6 %. Dans les zones rurales, 41,5 % des personnes vont en premier dans un dispensaire, contre 14,1 % dans les villes.

Ces chiffres doivent être interprétés à la lumière de la distribution des structures hospitalières sur le territoire de la Turquie : la majeure partie des centres hospitaliers est localisée dans les zones urbaines, alors que les dispensaires sont principalement implantés dans les zones rurales. La notion de « choix » est ici à relativiser. Le nombre de médecin par habitant diminue en allant vers l'Est et lorsque l'on s'éloigne des grandes villes. L'utilisation des services de santé par la population est plus importante en zone urbaine ; les personnes diplômées d'université ou ayant un revenu élevé vont plus souvent chez le médecin que les autres.

Au travail, ainsi que dans les situations d'urgence à la maison, le premier choix est l'hôpital public (38,8%) ; il en est également ainsi dans les « situations générales » (22%). Le choix dépend aussi de la gravité de la situation : dans les situations de moyenne gravité, les centres de santé sont privilégiés, alors que dans le médecin spécialiste est consulté dans les cas graves. Pour les maladies chroniques, les patients privilégient l'accès primaire aux hôpitaux de la SSK et à ceux du ministère de la santé.

Il y a deux raisons principales à la transgression du système mis en place :

- les consommateurs de soins ne sont pas intéressés par un système de bonus/malus selon le respect ou le non-respect des règles en vigueur ;
- la prévention à l'égard de la médiocre qualité supposée du premier niveau de soin : les soins fournis et les équipements des hôpitaux des grandes villes sont d'un niveau plus élevé que ceux dispensés par les dispensaires des régions rurales ou éloignées du pays.

Le ministère a également détaillé les déterminants du choix de la structure pour l'entrée dans le système de soin (Tableau 7) ; on s'aperçoit que parmi les trois premiers déterminants dans le choix de la structure de niveau primaire de soin figurent :

- la confiance ;
- le prix moins élevé ;
- l'ajustement au système de couverture sociale ;
- la facilité de l'accès ;
- la connaissance du personnel et/ou les bonnes relations entretenues avec les soignants ;
- l'absence d'autre alternative.

Tableau 7. Les trois premiers déterminants dans le choix de la structure de niveau primaire de soin

	DISPENSAIRES	FOYERS MERE/ENFANT	MEDECIN LIBERAL DE VILLE	HOPITAUX			
				MINISTERE DE LA SANTE	SSK	UNIVERSITAIRES	AUTRES
1	Bas prix (28,3 %)	Bas prix (23,3 %)	Confiance (36,3 %)	Sécu. sociale (22,8 %)	Sécu. sociale (59,4 %)	Confiance (36,9 %)	Sécu. sociale (26,8 %)
2	Accès facile (23,9 %)	Accès facile (20,0 %)	Connaissance du personnel (12,6 %)	Pas d'autre alternative (17,6 %)	Bas prix (8,3 %)	Sécu. sociale (13,8 %)	Confiance (21,4 %)
3	Pas d'autre alternative (15,2 %)	Confiance (16,7 %)	Bonnes relations (11,4 %)	Bas prix (16,3 %)	Confiance (8,0 %)	Bonnes relations (10,8 %)	Accès facile (12,5 %)

Lecture : 28,3 % des personnes qui ont choisi de se faire soigner dans un dispensaire l'ont fait parce que le coût des soins y était moins élevé qu'ailleurs.

Source : Ministère turc de la Santé, enquête réalisée en 1992 auprès de 27 408 personnes (6 600 foyers), disponible sur www.saglik.gov.tr.

En choix n° 1, viennent le niveau des prix (dispensaires et foyers mère/enfants), la confiance (médecin de ville et hôpitaux universitaire) et l'ajustement entre couverture sociale et système hospitalier (hôpitaux du ministère de la Santé et hôpitaux SSK).

Les Turcs déterminent leur choix de structure de soin primaire sur la base d'une contrainte financière : les dispensaires et les foyers mère/enfant – peu réputés et peu équipés – sont plébiscités sur ce thème ; c'est le même motif qui conduit aux hôpitaux du ministère de la Santé et de la SSK : l'ajustement entre couverture sociale et système hospitalier évite l'avance de frais (hospitalisation et/ou médicaments).

S'agissant des types de structures (Tableau 8), on peut noter que le choix est plutôt contraint pour cinq structures sur sept. Mis à part la confiance accordée en 3^e choix aux foyers mère/enfant et aux hôpitaux SSK, ainsi qu'en 2^e choix aux autres hôpitaux, le reste des déterminants d'accès primaire au soin ne sont pas volontariste : « bas prix », « accès facile », « pas d'autre alternative », « ajustement entre couverture sociale et système hospitalier ». A l'inverse, pour les médecins libéraux et les hôpitaux universitaires, les déterminants sont plus volontaristes – « confiance », « connaissance du personnel/bonnes relations » – à l'exception de l'ajustement entre couverture sociale et système hospitalier qui vient en 2^e choix pour les hôpitaux universitaires.

Tableau 8. Type de choix par structure hospitalière

CHOIX	STRUCTURE	DETERMINANT
PLUTOT CONTRAIT	Dispensaires	1. bas prix 2. accès facile 3. pas d'autre alternative
	Foyers mère/enfant	1. bas prix 2. accès facile 3. <i>confiance</i>
	Hôpitaux du ministère de la Santé	1. ajustement entre couverture sociale et 2. système hospitalier 3. pas d'autre alternative
	Hôpitaux SSK	1. ajustement entre couverture sociale et système hospitalier 2. bas prix 3. <i>confiance</i>
	Autres hôpitaux	1. ajustement entre couverture sociale et système hospitalier 2. <i>confiance</i> 3. accès facile
PLUTOT VOLONTARISTE	Médecin libéral de ville	1. confiance 2. connaissance du personnel/bonnes relations
	Hôpitaux universitaires	1. confiance 2. ajustement entre couverture sociale et système hospitalier 3. bonnes relations

Source : Tableau réalisé par l'auteur à partir de www.saglik.gov.tr.

4.4.3 Assistance sociale et assistance médicale

Il convient de distinguer deux formes d'aide aux plus nécessiteux – l'assistance sociale et l'assistance médicale – quand bien même les deux contribuent à pallier les carences des mécanismes de couverture sociale. L'assistance sociale est dispensée par plusieurs organismes, elle couvre un large champ de prestations (tableau 4).

Tableau 9. L'assistance sociale en Turquie

STRUCTURE DISPENSATRICE	PRESTATIONS
Direction des services sociaux et de la protection de l'enfance	Prestations relatives à l'intitulé de la direction
Direction générale des Fondations	Repas gratuits, soins médicaux gratuits, hébergement de personnes dans le besoin
Loi 2022/76 sur les personnes de plus de 65 ans dans le besoin	Rente mensuelle de 30 €
Fonds d'assistance sociale et de solidarité	Prise en charge relais des frais d'hospitalisation en attendant l'attribution de la carte

Source : Tableau réalisé par l'auteur à partir de www.esc.coe.int.

A droit à l'assistance sociale toute personne se trouvant dans la ou les situations suivantes :

- absence de couverture par l'un des régimes de sécurité sociale existants ;
- non-prise en charge par les services sociaux ;
- absence de revenus ;
- absence de pension alimentaire ;
- absence de patrimoine ou de revenus de patrimoine ;
- incapacité à subvenir à ses besoins pour cause de handicap, de cécité ou de chômage ;
- statut d'orphelin indigent et statut d'orphelin de père et de mère.

Quant à l'assistance médicale, elle est constituée principalement de la carte verte, éventuellement complétée par une assistance médicale pour ceux qui ne la possèdent pas – les dépenses afférentes à cette dernière forme de couverture se montant à 337 000 € (2,2 millions de francs).

4.5 Une conformité partielle à la Charte sociale européenne

4.5.1 L'Etat de santé de la population turque

Pour l'OCDE (1999), les résultats de la Turquie en termes de santé sont inférieurs à ceux de pays au niveau de revenu comparable. Les autorités turques le reconnaissent elles-mêmes : devant le Comité gouvernemental de la Charte sociale européenne le délégué turc a indiqué que son gouvernement, conscient de la nécessité d'améliorer l'état de santé de la population turque, a arrêté plusieurs objectifs dans son 8^e plan de développement quinquennal (2001-2005). Selon le rapport du Comité ¹⁶ : *« Il entend ainsi réduire le taux de mortalité infantile à 15 décès pour 1 000 naissances vivantes et combler les disparités régionales en la matière, diminuer de moitié le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans qui est actuellement de 52,1 pour 1 000, prendre des mesures pour faire disparaître des maladies comme la malaria, la tuberculose et l'hépatite, et combattre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, en particulier chez les jeunes. »*

Outre la poursuite de la privatisation du secteur hospitalier, il a ainsi été décidé dans le 8^e plan de développement quinquennal de :

- « - réorganiser le ministère de la Santé et de redéfinir ses fonctions ;*
- prévoir les aménagements nécessaires pour intégrer l'institution du médecin généraliste dans les soins de santé primaires (services de protection sanitaire ;*
- doter tous les hôpitaux publics d'un statut autonome afin de leur permettre de concurrencer les services de santé privés ;*
- étudier, d'ici la fin de la période visée par le Plan, la possibilité d'instaurer une couverture maladie universelle ;*
- donner également aux services de santé secondaires et tertiaires (soins curatifs et réadaptation) une structure autonome ;*
- réunir en une seule instance tous les organismes de sécurité sociale et unifier les diverses prestations servies dans le cadre de l'assurance maladie. »*

De l'aveu même des autorités turques, les causes de la santé déficiente de la population – notamment en comparaison de pays à niveau de revenu comparable –

¹⁶ Disponible sur www.esc.coe.int.

se trouvent en grande partie dans l'organisation de la protection sociale et de l'offre hospitalière.

4.5.2 L'article 13 : « Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin »

Le Comité européen des droits sociaux considère que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'alinéa 1 (« Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin ») de l'article 13 (« Droit à l'assistance sociale et médicale ») de la Charte sociale européenne ¹⁷ pour les raisons suivantes :

« - il n'existe pas de droit individuel à l'assistance sociale pour toutes les personnes qui en ont besoin ;

- il n'existe pas de droit individuel à l'assistance médicale étant donné que :

☞ la nationalité constitue, dans certains cas, une condition requise pour bénéficier de l'assistance médicale, alors que la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, entrée en vigueur en 1977, prévoit de fournir une assistance médicale aux ressortissants des autres Etats parties à cette convention ;

☞ les personnes en état de besoin qui auraient droit à une carte verte mais ne la possèdent pas en pratique, ne pouvant pas ainsi bénéficier de l'assistance médicale. » ¹⁸

4.5.3 L'article 11 : « Elimination des causes d'une santé déficiente »

De même, en 2001, le Comité européen des droits sociaux a adopté une conclusion négative en ce qui concerne l'article 11 de la Charte (« Elimination des causes d'une santé déficiente ») en raison de : « L'insuffisance manifeste du budget consacré à la santé ainsi que l'insuffisance des équipements et personnels de santé, ne permettent pas d'assurer à la population – en particulier les enfants – l'accès à la santé dans tout le pays. »

¹⁷ Le Comité européen des Droits sociaux a pour mission de déterminer si les législations et pratiques nationales sont conformes à la Charte sociale européenne, ses décisions sont appelées « conclusions ». Adoptée en 1961, et révisée en 1996, la Charte sociale européenne est un traité du Conseil de l'Europe qui garantit les droits sociaux et économiques de l'homme ; elle est le complément naturel de la Convention européenne des droits de l'homme qui garantit les droits civils et politiques.

¹⁸ Conclusions XVI-1, 2002, du Comité européen des droits sociaux. Disponible sur http://www.coe.int/T/F/Droits_de_l'Homme/Cse/.

5 L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS

PRECAIRES

La Turquie est un pays avec une vocation sociale affirmée, mais dans une orientation différente à celle que peut connaître la France – pays empreint du rôle prépondérant de l'Etat. En Turquie, le devoir de charité – consubstantiel de l'Islam – influence le rôle dévolu à l'Etat en matière de protection sociale. L'ambiguïté vient toutefois de la contradiction régnant entre le rôle minimal dévolu à l'Etat et – pilier du kémalisme ¹⁹ – la lutte contre l'influence des fondations religieuses.

5.1 Les populations précaires

5.1.1 Une immigration intérieure

La Turquie connaît un phénomène d'immigration intérieure – en particulier des zones rurales vers les grandes zones urbaines, et de l'Est vers l'Ouest – avec Istanbul comme destination privilégiée. Une partie de ces « émigrés intérieurs » ne parlent qu'imparfaitement le Turc – quand ils le parlent ; issus de l'Anatolie (où l'on parle le Kurde) et du sud de la mer noire, ils ont une différence importante de niveau de vie comparativement à la partie européenne du pays, et ont des spécificités culturelles très marquées. C'est cette population qui forme les gros bataillons de l'immigration turque à destination des pays européens ; les problèmes rencontrés en Turquie pour leur accueil sont identiques à ceux constatés dans le reste de l'Europe.

5.1.2 L'expression exacerbée de la maladie et de la souffrance

L'ignorance et la crainte de l'indifférence à leur égard les incitent très fréquemment à exacerber les manifestations de la douleur comme les symptômes ressentis, de façon à attirer l'attention des médecins et des personnels médicaux qui, autrement – croient-ils – ne s'intéresseraient pas à leur cas. L'expression de la douleur et de la maladie sont donc accompagnés de cris, de pleurs, de hurlements – renforcés par la présence importante des familles et des proches : il n'est pas rare qu'un patient soit accompagné d'une dizaine, voire d'une quinzaine de personnes.

¹⁹ Tiré du nom de Mustapha Kémal Atatürk.

Les gens ont fréquemment peur de l'hôpital ; plus ils sont d'origine modeste, plus ils sont effrayés. La crainte vient tout à la fois de ce que les médecins et les infirmières peuvent faire, que de l'indifférence qu'ils pourraient manifester. La surréaction et l'exagération des symptômes sont destinées à attirer l'attention et à prévenir l'occurrence de la douleur liée aux soins.

5.2 Des dotations budgétaires spécifiques dans les hôpitaux

Les entretiens conduits montrent que les modalités de prise en charge des populations précaires sont décrites dans des termes qui renvoient aux éléments de charité propre à la dimension religieuse de la santé (voir *supra*).

Dans les hôpitaux privés, un budget spécifique est consacré à l'accueil et à la prise en charge des plus nécessiteux – même en l'absence de toute couverture sociale. Les responsables rencontrés ont semblé réticents à évoquer cette question, laissant comprendre que c'était là le prix à payer pour favoriser l'acceptation par le grand public de la concurrence du privé ; une hospitalisation privatisée et discriminante risquant de se délégitimer et de nuire à ses propres objectifs. La règle générale veut que les hôpitaux privés supportent de 3 % à 5 % de la prise en charge des populations précaires – en soins urgents ou non urgents.

Plus surprenant, la situation est identique dans les hôpitaux publics. Les créances irrécouvrables dues à l'absence de couverture sociale d'une partie des patients ne donnent pas lieu à une réflexion, elles sont considérées comme un invariant, un élément de dépenses des budgets des établissements hospitaliers. Le poids financier de cette prise en charge est estimé entre 10 % et 15 % du budget annuel des établissements. A l'hôpital *Haydarpasa Numune* – qui dispose du plus important service d'accueil des urgences de Turquie –, le coût estimé est de 10 % du budget annuel de 35 millions d'euros (230 millions de francs), soit 3,5 millions d'euros (23 millions de francs).

5.3 Maillage de la population et mobilité des soins

5.3.1 Le maillage des quartiers d'habitation

Une des grandes difficultés est de soigner les personnes dépourvues de couverture sociale et qui ne sollicitent pas spontanément les services d'aide aux plus nécessiteux – en particulier ceux des municipalités. La fierté, la crainte de la stigmatisation les retiennent. Une expression turque désigne ces personnes : *Onurlu Fakirler*, les « Pauvres avec honneur ».

Le voisinage a une grande importance, toujours dans la perspective de devoir du croyant d'aider autour de soi – élément fondateur du maillage. Les quartiers sont dirigés par un *Muhtar* (équivalent de « maire » ou de responsable de quartier) niveau déconcentré de plusieurs administrations turques, en charge de l'animation et de la vie de son aire de responsabilité. Une de ses missions est de tenir à jour des « fiches de santé » qui – maison par maison, immeuble par immeuble – récapitulent les éléments les plus pertinents relatifs à la santé des résidents (grossesse, handicap, maladies chroniques...).

Ce document – qui n'est pas sans soulever des interrogations en termes de respect des libertés publiques – doit être tenu à jour par le *Muhtar* et adressé aux représentants des autorités compétentes en la matière : les dispensaires centraux ou locaux. Une autre forme d'articulation s'organise donc entre le *Muhtar* et les dispensaires de la zone.

5.3.2 Une action volontariste en direction des plus nécessiteux

L'observation à la base de cette mission – un « noyau dur » de l'exclusion des soins hospitaliers semble perdurer en dépit de l'instauration de la CMU – est partagée en Turquie par un certain nombre de municipalités (comme d'associations²⁰), au premier rang desquelles la municipalité d'Istanbul. En plus des demandes spontanées qui lui sont adressées, le « Service médical de la municipalité de la grande métropole d'Istanbul » organise un quadrillage systématique de l'ensemble des quartiers de l'agglomération sur la base des documents remplis par le *Muhtar*.

²⁰ Voir Encadré 1, page 14.

La présence dans un bâtiment d'habitation d'une personne malade, enceinte ou handicapée déclenche l'envoi d'une équipe mobile chargée de proposer des solutions de soin et/ou de prise en charge. La décision d'envoi d'une équipe mobile se fonde sur plusieurs éléments : le niveau de revenu, le nombre de personnes composant le foyer, l'état sanitaire de l'immeuble d'habitation, l'attestation de pauvreté (*Fakir Balgeri*) document délivré par le *Muhtar*. En 2002, huit sous-préfectures ²¹ ont fait l'objet d'une telle action ; il est prévu d'atteindre le chiffre de dix-neuf en 2003.

Ce système, mis en place en 1999 par la majorité islamiste modérée qui dirige la ville, s'appuie sur un réseau de dix centres de soins primaires qui reçoivent les demandes d'assistance ou les signalements de personnes dans le besoin – dont un centre offrant l'accès à l'ensemble des spécialités médicales. L'accès aux personnes les plus démunies se fait aussi par d'autres voies : les associations, les préfectures ou les sous-préfectures...

L'action du service médical de la municipalité ne se cantonne pas aux soins, elle concerne aussi :

- l'aide et l'éducation alimentaire, l'hygiène ;
- l'information et la prévention ;
- la formation des proches à l'assistance aux personnes malades ou handicapées ;
- le transfert éventuel des personnes âgées ou handicapées vers des centres spécialisés.

L'objectif n'est pas que de ramener les exclus du soin vers une structure de santé, c'est aussi de prendre en charge l'ensemble des frais afférents, de suivre l'accomplissement du traitement, de soulager les familles, tant que la ou les personnes en ont besoin. Pour parfaire son dispositif, la municipalité d'Istanbul a passé, en 2002, un accord avec hôpital privé qui – contre rémunération – accueillait les patients les plus lourdement atteints ; en 2003, un accord a été passé avec les hôpitaux du ministère de la Santé. Les patients couverts par la municipalité peuvent donc se rendre dans ces hôpitaux sans faire l'avance de soins ou de médicaments. Depuis quelques mois, le système d'appel en urgence de la municipalité s'est fondu dans le 112.

²¹ La métropole d'Istanbul est constituée de plusieurs sous-préfectures.

Seule Istanbul dispose d'un système de cette envergure ; la ville d'Izmir propose un dispositif comparable (hôpitaux de la municipalité, accueil des précaires...) mais moins important. Les centres de santé de la municipalité d'Istanbul entrent en concurrence direct avec les dispensaires d'Etat – *a fortiori* puisqu'ils offrent un service comparable avec des moyens très inférieurs (Tableau 10).

Tableau 10. Les principaux chiffres du service médical d'Istanbul
(24 juillet-24 décembre 2002)

TYPE D'ACTION	NOMBRE
Domiciles visités	461 405
Nombre de malades pris en charge	74 794
Prises en charge à domicile	2 629
Visites avec soins à domicile	19 528
Malades hospitalisés	778
Malades opérés	41
Bénéficiaires de médicaments	1 425
Handicapés	10 533

Source : Tableau réalisé par l'auteur à partir des entretiens réalisés.

5.4 Les services d'accueil des urgences : le cas d'Istanbul

5.4.1 « Triage » et orientation des patients

Dans les halls d'accueil des urgences, un poste de réception – le plus souvent sous forme d'une table – est installé, comprenant une infirmière d'orientation formée spécifiquement, ainsi que trois médecins représentant les grands types de spécialités. Cette organisation, qui s'est renforcée en prévision d'un éventuel nouveau tremblement de terre, est destinée à :

- procéder à un premier tri entre véritables urgences et sollicitations d'une consultation extérieure à traiter en polyclinique ;
- éviter les attentes en dirigeant les patients selon le type de pathologie à prendre en charge, les urgences turques sont en effet scindées en plusieurs disciplines : petite chirurgie, médecine interne, cardiologie, sphère ORL...

Sur la base d'un premier interrogatoire du patient réalisé à son arrivée, le poste de réception remplit un imprimé dit formulaire de « triage » pour présenter très rapidement les indications initiales de diagnostic. Ce formulaire, destiné à être complété au fil de la visite aux urgences, est complété par un schéma représentant le corps humain de face et de dos ; il permet de faire éventuellement indiquer à tout

patient la localisation des douleurs et/ou des gênes ressenties et de l'aiguiller vers le secteur adéquat du service d'accueil des urgences (SAU), même en l'absence de toute communication possible avec ce patient.

5.4.2 La proximité entre accueil des urgences et policlinique

Très fréquemment, le SAU est située à proximité de la policlinique, structure qui offre l'accès à des consultations de médecine générale et/ou spécialisée. Il est donc aisé pour les personnels chargés du « triage » à l'entrée des urgences de rediriger les patients ne relevant pas de leur secteur vers des consultations externes. Ce principe est similaire à celui des consultations sans rendez-vous parfois localisées dans les services d'urgence des hôpitaux français.

Quel que soit le pays, les services d'urgence accueillent souvent des populations dont l'état ne relève pas de l'urgence médicale mais de l'urgence sociale. Ces personnes choisissent de se rendre aux urgences parce qu'elles craignent de ne pas être admise autrement qu'à l'hôpital, ou parce que leurs moyens financiers ne leur permettent de s'acquitter du prix d'une consultation.

6 CONCLUSION : DES ENSEIGNEMENTS A TIRER

L'observation d'un autre pays démontre une nouvelle fois qu'il faut souvent se garder de tout *a priori* : avant de s'y rendre, l'image – souvent dégradée – de la Turquie faisait anticiper un système hospitalier sensiblement différent de celui qui l'on peut trouver en France. Or l'offre hospitalière est de bonne qualité, ce qui ne veut pas dire que ce soit le cas de l'offre de soins dans son ensemble : les hôpitaux sont localisés dans les grandes agglomérations – particulièrement la métropole d'Istanbul ; dans les zones rurales, ce sont les dispensaires qui prennent en charge les populations, avec un niveau de soin et d'équipement sans commune mesure avec celui des centres hospitaliers.

Ce n'est donc pas tant la qualité de l'offre hospitalière qui fait question en Turquie, mais plutôt l'articulation entre les différents réseaux hospitaliers (ministère de la Santé, ministères, universitaires, SSK, privés) et les multiples mécanismes de couverture sociale (fonctionnaires actifs, fonctionnaire retraités, Bag-Kur, assurances privées). De plus, comme dans les autres pays au niveau de développement comparable, l'état général de santé de la population turque ressortit davantage aux standards d'hygiène de vie qu'à l'offre de soin. En la matière, les comportements nutritionnels et les pratiques mortifères – tout particulièrement la consommation tabagique élevée – semblent s'imposer comme les objectifs prioritaires de toute action de santé publique.

A la double question posée en exergue de ce rapport – comment atteindre les populations qui ne viennent pas spontanément se faire soigner dans les hôpitaux ; et comment les accueillir aux urgences quand elles viennent ? –, cette mission a permis de recueillir des éléments de réponses et des pistes de questionnement.

L'observation de l'offre hospitalière et des modalités de couverture sociale en Turquie permet de formuler un certain nombre de remarques corrélées aux débats qui existent en France à l'heure actuelle quant à ces sujets. Les enseignements à tirer s'articulent autour de deux axes : l'évolution de l'organisation hospitalière, et la prise en compte des éléments culturels dans l'accueil et le traitement des précaires étrangers.

6.1 L'organisation hospitalière

Trois caractéristiques observées lors de cette mission ont attiré l'attention, en particulier eu égard à l'actualité de leur débat en France : le fractionnement de l'offre hospitalière et des modes de couverture sociale, la composition des directions des hôpitaux publics français, ainsi que le maillage des quartiers et la mobilité du soin.

6.1.1 Offre hospitalière et couverture sociale : incertitudes et asymétries d'information

L'existence d'une pluralité de système de couverture sociale et de réseaux hospitaliers fait de l'information un élément essentiel dans l'accès au soin. Comme fréquemment démontré, les personnes les mieux à même d'obtenir une information exhaustive sur les arcanes d'un système complexe – les membres les mieux intégrés du corps social – sont celles qui parviennent le mieux à en bénéficier. A l'inverse, les personnes les moins diplômées, les moins rémunérées, celles qui disposent d'un réseau relationnel peu étoffé, n'ont ni les moyens financiers ni la capacité à s'orienter au sein d'une mécanique jugée impénétrable.

Durant les entretiens, un phénomène bien connu en France a été décrit : l'existence de personnes précaires sans couverture sociale par ignorance de leurs droits. La crainte de se rendre à l'hôpital ou de ne pas avoir les moyens financiers d'assumer le coût des soins peut s'analyser par le biais du faible taux d'occupation des hôpitaux turcs. En 1999, il était de 57,8 % dans les hôpitaux de soins aigus et de 59,4 dans l'ensemble des hôpitaux, contre respectivement 77,4 % et 83,4 % dans les hôpitaux français la même année²².

La fragmentation de l'offre hospitalière conduit à une segmentation de la demande : la SSK, système de sécurité sociale et pourvoyeur de soin, traite ainsi les deux-tiers des maladies chroniques recensées en Turquie – affection parmi les plus coûteuses à soigner. Les moyens manquant, 50 % des actes chirurgicaux pratiqués sur des patients couverts par la SSK le sont dans des hôpitaux d'Etat ou des hôpitaux privés qui, pour beaucoup d'entre eux, vivent uniquement de cette activité. L'accueil des populations précaires ou disposant de la carte verte entraîne une perte pour les hôpitaux, ou bien est générateur de difficultés de trésorerie sous l'effet des délais de remboursement. Les hôpitaux universitaires sont ainsi conduits à ne pas accepter –

²² Voir annexe 2, page 54.

sauf urgences – ce type de populations, tout du moins en premier niveau de soin. Les populations les plus démunies fréquentent donc prioritairement les hôpitaux de la SSK, et les hôpitaux de ministère de la Santé pour les titulaires de la carte verte.

La France parvient pour l'heure à maintenir une cohérence dans un système hospitalier pourtant composite par le biais d'une protection sociale unifiée. Dès lors que la couverture sociale ressortirait à plusieurs systèmes concurrents – notamment publics et privés –, nul doute que des liaisons s'établiraient entre systèmes hospitaliers et mécanismes de protection sociale, avec une hiérarchisation dans les risques couverts, les pathologies traitées et les populations accueillies. Dès aujourd'hui, le service public hospitalier prend en charge les populations les moins solvables – sans même évoquer « l'exclusivité » pour certains actes parmi les plus coûteux, les transplantations d'organes ou la prise en charge des polytraumatisés, par exemple.

6.1.2 Les hôpitaux français dirigés par des médecins ?

Les hôpitaux turcs sont dirigés par un médecin dont le pouvoir d'évocation concerne l'ensemble des dimensions du management – administratives et cliniques. Le rôle du directeur administratif de l'hôpital se limite à faire se conformer l'établissement à la législation en vigueur. Cet état de fait renvoie à la question désormais posée en France du rôle des médecins dans la direction des hôpitaux.

L'Académie de médecine vient de rendre publique une enquête suggérant d'instaurer une collégialité à la tête des hôpitaux publics en créant une « *direction médicale* », l'argument étant que des médecins sont mieux à même de juger de l'utilité des évolutions techniques et d'arbitrer au sein des demandes des chefs de services. Force est de constater que si le corps médical est associé à la gestion des hôpitaux – en particulier *via* la commission médicale d'établissement (CME) – seuls les médecins ne sont pas représentés dans les équipes de direction des hôpitaux, tous les autres corps de métiers en faisant partie : personnels soignants, personnels techniques, personnels administratifs.

Pourtant, l'introduction des médecins dans les équipes de direction ne résoudrait pas bon nombre de problèmes que connaît l'hôpital :

- l'imperméabilité des organisations du travail, notamment entre le monde administratif et le monde du soin ;
- la non-concordance entre l'organisation du travail des médecins et celle des non-médecins (infirmières, aides-soignantes, personnels médico-techniques...);
- l'entremêlement des lignes hiérarchiques : les médecins, qui ne relèvent en rien de l'autorité de la direction de l'hôpital, exercent une autorité hiérarchique sur des personnes paramédicales dépendant organiquement de la direction de l'établissement.

Au fil des entretiens, de nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre de gestion des hôpitaux turcs confiée aux médecins-chefs : la non-prise en compte des contraintes financières dans les choix stratégiques, le clientélisme dans l'attribution des moyens, la non-planification de la localisation des équipements.

6.1.3 Maillage des quartiers, mobilité et intégration des différents niveaux de soins

Pour être : « *Ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services* », comme l'édicte le Code de la Santé publique, les hôpitaux publics français doivent peut-être emprunter des pistes novatrices pour garantir l'égal accès de tous aux soins.

Mis à part les situations de prise en charge par les services mobiles d'urgence, la norme veut que ce soit le patient qui fasse la démarche d'aller vers les lieux et les acteurs de soins. Or, pour atteindre les populations qui n'ont pas spontanément cette démarche, il est peut-être temps que le soin se déplace vers ces patients-là. En s'inspirant des structures mobiles de certaines fondations turques ou du réseau de santé de la municipalité d'Istanbul, il conviendrait alors de mener à son terme la démarche qui a conduit à la création du « Samu social » en mettant en œuvre des structures hospitalières mobiles.

Cette approche est déjà expérimentée : les camions de prévention du cancer du sein qui amènent vers le patient les éléments techniques d'accomplissement des examens ; le Bus sanitaire, « l'Homnibus » expérimenté à l'hôpital Jean Verdier²³. L'expérience de la municipalité d'Istanbul, ainsi que des véhicules de santé ambulants de la

²³ Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Bondy.

fondation Ayhan Sahenk doivent conduire à s'interroger sur la généralisation des modalités d'accès aux populations les plus défavorisées. Il pourrait être envisagé que les hôpitaux publics articulent leur action avec celle d'associations pour mettre au point des unités mobiles de soins à destination des populations du bassin de vie – particulièrement les plus rétives à la prise en charge médicale.

Ce type d'action permettrait de répondre à un double objectif :

- un objectif éthique : améliorer l'état de santé de population précaires et défavorisées qui ont peu ou pas recours aux soins ;
- un objectif organisationnel : traiter des pathologies en amont de l'arrivée aux urgences, éviter l'embolisation de ces dernières et, partant, diminuer le coût de la prise en charge.

Cela revient à s'interroger de nouveau sur la mission dévolue à l'hôpital : mission sanitaire ou mission sociale ? Ce débat, dont les termes évoluent dans le temps, n'est pas tranché, et rien n'interdit d'imaginer que, par-delà son immense compétence clinique, l'hôpital revienne aussi à son rôle fondateur de secours aux plus nécessiteux.

L'articulation entre hôpital et dispensaires, telle qu'elle est pratiquée par les hôpitaux turcs du ministère de la Santé²⁴, pourrait participer d'une meilleure anticipation de la venue des patients vers les services d'urgences de l'hôpital. Sans prétendre parvenir au maillage de la population accompli en Turquie, qui – cela été souligné – n'est pas sans soulever de nombreuses interrogations en termes de respect des libertés publiques, il pourrait être envisagé de solliciter l'expertise d'associations locales. Ces dernières se verraient ainsi mettre à disposition matériels et personnels qualifiés pour prendre en charge des populations qu'elles ne parviennent pas à convaincre de venir se faire soigner en établissement ; l'hôpital parviendrait ainsi à contrôler le flux d'accès dans son service d'urgence et à limiter les frais afférents grâce au suivi préalable des populations concernées.

Les modalités d'action de ces équipes mobiles de soins restent à définir ; nul doute qu'elles devraient être constituées de membres d'association, de soignants, de médecins et de personnels sociaux.

²⁴ Figure 1, p. 18.

6.1.4 Le « triage » à l'arrivée des urgences

Une autre des leçons à retenir de l'observation des hôpitaux turcs porte sur l'opportunité de renforcer l'accueil aux urgences et d'y intégrer systématiquement une unité de consultations sans rendez-vous.

Actuellement, une infirmière d'orientation interroge le patient quand il se présente au guichet d'urgence ; suivant les réponses, elle juge du degré d'urgence et pré-remplit un dossier destiné au médecin qui va prendre en charge ce patient. Parfois, un accueil administratif et/ou une caisse sont également installés. Dans certains cas, des consultations sans rendez-vous sont proposées au sein des services d'accueil des urgences, elles permettent soit d'y envoyer les patients qui se présentent aux urgences pour des soins courants, soit de proposer cette alternative à une consultation de médecin généraliste en cabinet de ville.

Pourtant, bien souvent, c'est davantage d'urgence sociale qu'il s'agit, et pas d'urgence médicale. Les populations précaires qui se présentent aux urgences déplorent une affection physique qui, dans bien des cas, n'est qu'une forme d'expression d'une détresse sociale. Dans ces conditions, pas plus un médecin généraliste qu'un médecin urgentiste ne sont compétents pour prendre en charge ces situations.

Offrir la possibilité d'accès à des consultations externes aux personnes qui se présentent à l'accueil des services d'urgences permettrait sans nul doute de prendre en charge les pathologies au niveau d'expertise requis, et éviterait de solliciter inutilement le plateau technique de l'hôpital. Ces consultations pourraient prendre la forme d'une unité de consultations sans rendez-vous intégrée dans les services d'urgences, ou bien se traduire par l'association géographique d'un dispensaire aux urgences. Ce dispensaire serait soit géré en interne par l'hôpital suivant une structure traditionnelle de polyclinique, soit géré sous forme d'extension d'un dispensaire extérieur. Cette dernière formule présenterait l'avantage d'articuler l'action locale d'un dispensaire avec celle plus spécialisée d'un hôpital. Les patients accéderaient à l'hôpital adressé par le dispensaire et, symétriquement, l'hôpital renverrait vers le dispensaire les patients qui en relève.

Cette organisation ne dispenserait pas de renforcer l'accueil des urgences avec des personnels formés à la prise en charge sociale – activité prépondérante des SAU et

peu prise en compte. L'accueil aux urgences devrait se compléter d'une présence ou d'une possibilité recours aux travailleurs sociaux – assistantes sociales ou représentants d'associations actives dans ce domaine (voir *infra*).

6.2 La prise en compte des éléments culturels

6.2.1 La critique du culturalisme

En matière de soins, les éléments qui ont attiré l'attention des chercheurs relèvent surtout de l'attitude des personnels à l'égard des populations étrangères. Kessar (2000) cite l'alinéa 3 de l'article 7 de la Charte du patient hospitalisé (Encadré 2), et l'interrogation des soignants quant au respect des pratiques et des coutumes. La dénonciation du culturalisme est un autre élément d'interrogation.

Fassin (2000), note que : « *Si la tuberculose pulmonaire ou l'ulcère gastrique sont, en première analyse, les mêmes chez l'autochtone et chez l'immigré, leurs manifestations cliniques et leur incidence statistique peuvent différer assez notablement.* » Mais il ajoute : « *Cette diversité de la pathologie dépasse cependant la seule dimension liée à l'origine géographique ou ethnique puisqu'elle est également documentée depuis longtemps, parmi les Français, entre les citadins et les ruraux, entre les ouvriers et les cadres, entre les femmes et les hommes. La différence, aussi bien dans l'occurrence des pathologies que dans leur traduction en symptômes, ne se pose donc pas seulement par rapport à l'étranger.* » Il critique le culturalisme en tant qu'il obère les éléments factuels de limitation de l'accès aux soins – problèmes financiers, régularité du séjour, discriminations au quotidien, etc. – qui pourtant, selon lui, rendent souvent compte des comportements en matière de santé et de soins.

Quand les spécificités culturelles sont prises en compte, c'est dans le cadre de consultations psychiatriques liées à des troubles mentaux ou à des déviances sociales : Crenn (2000) adosse son travail à l'observation d'une « *...association de médecine transculturelle destinée à des malades dits " migrants ", intervenant dans un hôpital public bordelais.* »

6.2.2 La nécessaire incorporation des éléments culturels

Si l'accès aux soins des étrangers sans papiers ou des étrangers en situation irrégulière ne remplissant pas encore les conditions de résidence pour bénéficier de la CMU ressortit à des éléments matériels, il n'en est pas de même s'agissant des titulaires de droits qui ne renâclent à se faire soigner.

A l'observation, le rapport à la santé, au corps, à la maladie et à la douleur ressortissent à des éléments culturels : il a été constaté dans certains hôpitaux de la région nord parisienne qu'étaient admis en urgence des personnes qui n'avaient pas eu recours à la médecine hospitalière à des stades antérieurs de leur pathologie, et qui intégraient l'hôpital *via* les services d'urgences mobiles (SAMU, SMUR). Seule, la santé de leurs enfants conduit les parents d'origine étrangère réticents aux soins à transgresser interdits, tabous et/ou craintes : maîtrisant peu ou pas le français, ils amènent pourtant leurs enfants à l'hôpital, alors qu'ils refusent d'y venir pour eux-mêmes. L'inconvénient de cette situation se pose en termes de santé publique, de coûts majorés de prise en charge (mobilisation du plateau technique des urgences en lieu et place d'une consultation de généraliste), d'embolisation des services d'urgence.

Encadré 2. Charte du patient hospitalisé : les éléments relatifs aux différences culturelles

Préambule : « ...les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non-discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie. »

Article 1, alinéa 1 : « Les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier accueillent toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. Ils les accueillent de jour comme de nuit, éventuellement en urgence. A défaut, ils doivent tout mettre en œuvre pour assurer leur admission dans un autre établissement. »

Article 1, alinéa 3 : « A l'égard des difficultés de nature linguistique, le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des populations immigrées sera recherché. »

Article 7, alinéa 3 : « L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel. »

Source : Charte du patient hospitalisé, disponible sur www.ap-hop-paris.fr/droits/charte.pdf.

Ce qui est étonnant est la place accordée à la nationalité, renvoyant aux problèmes de l'interdiction à l'accès aux soins. Or étranger ou Français, la question est celle du non

accès quand les conditions de l'accès sont pourtant réunies. Il y a tout d'abord contradiction entre la dénonciation du culturalisme et la nécessité proclamée d'adaptation des soignants aux populations étrangères. De même, faut-il s'interroger sur le fait de savoir si c'est au soignant de prendre en charge les difficultés liées aux différences culturelles, si cette activité ne relève pas d'une compétence particulière qui fait défaut actuellement à l'hôpital français. Il est important que les soignants s'adaptent au patient non seulement pour éviter toute maladresse par méconnaissance des autres cultures, mais surtout pour favoriser le diagnostic et le traitement de ces patients.

L'un des aspects à prendre en compte peut être aussi celui des *Idioms of distress*, traduit « formulation idiomatique culturellement déterminée par la souffrance » (Rechtman, 2000). Les *Idioms of distress* sont des : « ... Formulations métaphoriques souvent somatiques, pas pas exclusivement, qui véhiculent une condition pathologique plus ou moins précise mais éloignée du sens littéral de l'idiome. » Pour Rechtman : « C'est par exemple, dans le cas de certaines communautés turques d'Iran, la " détresse cardiaque ", qui traduit, par le biais de l'expression littérale d'une plainte cardiaque, un ensemble de frustrations plus générales, notamment des conflits conjugaux et familiaux, et qui ne peuvent s'exprimer que sous cette métaphore. (...) La " fatigue ", le " mal de dos " et le " mal de cœur ", en France, sont à ce titre des *Idioms of distress*. » Ainsi, quand un patient d'origine cambodgienne évoque un mal de tête, il est possible qu'il ne fasse pas référence uniquement à une céphalée. L'expression *Chu kbaal* (largement utilisée en Asie du Sud-Est), qui signifie « mal de tête », associe à l'expression de la souffrance, celle de la tristesse, de la fatigue, de la nostalgie du pays natal, et même de la rencontre avec des esprits. A l'inverse, ce patient peut ne décrire qu'un simple mal de tête.

6.2.3 Formations et professionnels adaptés aux populations accueillies

C'est la raison pour laquelle la prise en compte de la dimension culturelle dans l'accueil des populations précaires étrangères dans les services d'urgences nécessiterait l'introduction à l'hôpital de compétences qui n'y sont pas présentes. Les personnels de soins ou les agents administratifs n'ont pas la formation nécessaire pour adapter leur pratique professionnelle à des situations pourtant fréquentes.

Pour Crenn (2000), l'un des facteurs de soin est : « *D'assurer au malade la croyance des thérapeutes en sa maladie* » : en Turquie, on l'a vu, les « immigrés de l'intérieur » sur-interprétait les manifestations de la maladie et de la souffrance pour convaincre les soignants – pensent-ils – de la réalité de leur pathologie. La prise en charge « culturelle » de ces populations dans les services d'urgence des hôpitaux français devrait être confiée à des agents formés à cette tâche – personnels de soins ou, plus efficacement, professionnels de disciplines de sciences humaines familiarisés avec le soin : psychologues, sociologues... Les arguments de l'ethnomédecine ou de l'anthropologie médicale devraient être étudiés.

7 BIBLIOGRAPHIE

CRENN (C.), « Une consultation pour les migrants à l'hôpital », *Hommes et migrations*, n° 1225, mai-juin 2000.

FASSIN (D.), « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et migrations*, n° 1225, mai-juin 2000.

GISTI (Groupe d'information et de soutien des immigrés), « L'accès aux soins des étrangers : débats et évolution du droit », *Hommes et migrations*, n° 1225, mai-juin 2000.

GÜLESEN (O.), BILGEL (N.), « Geographic and Specialit Distribution of Medical Manpower in Turkey », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 3-4, juillet-décembre.

HOLCMAN (R.), DARNAUDET (P.), « La couverture maladie universelle à l'hôpital, un progrès pour les patients ? », *Gestions hospitalières*, octobre 2001.

Hommes et migrations, numéro spécial : « Immigrés de Turquie », n° 1212, mars-avril 1998.

KESSAR (Z.), « La formation en anthropologie à l'hôpital », *Hommes et migrations*, n° 1225, mai-juin 2000.

OCDE, *Eco-Santé*, Paris, 1999.

OCDE, *Eco-Santé*, Paris, 2002.

OCDE, *Panorama de la santé*, Paris, 2001.

ÖZSAHIN (A.), « Les services d'urgence », in Hayran (O.), Sur (H.) (Eds), *Sagkik Hizmetleri. El Kitabı*, Yüce Yayim, Istanbul, 1998.

RECHTMAN (R.), « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries », *Hommes et migrations*, n° 1225, mai-juin 2000.

TAPAR (M.), ERIGÜÇ (G.), « Turkish Healthcare Reforms and Reasons for Failure », in Tavakoli (M.), Davies (H.), Malek (M.) (Eds), *Health Policy and Economics, Strategic Issues in Health Management*, Ashgate, Burlington, 2001.

VAROL (N.), « Le rôle des municipalités dans les services de santé », in Hayran (O.), Sur (H.) (Eds), *Sagkik Hizmetleri. El Kitabı*, Yüce Yayim, Istanbul, 1998.

WORLD BANK, *Issues and Options in Health Financing In Turkey*, Washington, 1990.

WORLD BANK, *Turkey. Health Sector Review*, Washington, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Health Care Systems in Transition – Turkey*, Copenhagen, 1996.

8 ANNEXES

Annexe 1. Le projet de la mission	51
Annexe 2. Les principaux chiffres de la santé en Turquie et en France.....	54
Annexe 3. Tableaux, encadrés, figure	55
Annexe 4. « Le rôle des municipalités dans les services de santé »	56
Annexe 5. « Les services d’urgences en Turquie »	64
Annexe 6. Propositions tirées du voyage d’étude en Turquie de Robert Holcman.....	79

Annexe 1. Le projet de la mission

Missions spéciales fonction publique proposées par la Fondation nationale Entreprise et Performance (FNEP)

Projet de Robert HOLCMAN

Directeur d'hôpital

Directeur des ressources humaines

Hôpital Raymond Poincaré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

LA PRISE EN CHARGE DE LA PRECARITE DANS LES HOPITAUX PUBLICS TURCS

Quels enseignements en tirer pour les hôpitaux français confrontés à la prise en charge de populations précaires d'origine étrangère ?

L'accueil des personnes précaires soulève de nombreuses difficultés dans les hôpitaux publics français confrontés à ce type de populations. C'est le cas des structures hospitalières disposant d'un service d'accueil des urgences, situées dans des secteurs de banlieue où les populations d'origine étrangère sont particulièrement représentées

L'étude que j'ai conduite sur les conséquences de l'application de la Couverture maladie universelle (CMU) à l'hôpital ²⁵ a montré que les facteurs culturels sont déterminants dans le niveau de recours aux structures hospitalières publiques. La CMU n'a pas conduit à l'hôpital des populations qui n'y avaient pas accès en raison de contraintes financières, elle a modifié les modalités de prise en charge des populations qui y venaient déjà : six millions de personnes devaient être concernées par ce nouveau dispositif et, à ce jour, seuls cinq millions en bénéficient. Sont désormais touchés par le soin ceux auxquels les dispositifs de facilitation à son accès étaient destinés ; en revanche, les populations qui n'ont pas eu jusque-là la démarche spontanée de se rendre vers les hôpitaux semblent désormais hermétiques aux dispositifs mis en place.

L'instauration de la CMU se fondait sur le postulat que l'accès au soin ressortissait à des motifs financiers : dès lors que la barrière de la prise en charge serait levée, les

²⁵ « La couverture maladie universelle à l'hôpital, un progrès pour les patients ? », *Gestions hospitalières*, octobre 2001.

populations jusqu'à-là exclues se dirigeraient vers les structures dispensatrices. Sous certaines réserves, ce constat s'est vérifié en médecine de ville : la CMU donne accès à des soins dont le bénéfice est subordonné à une couverture complémentaire (en particulier l'optique et l'odontologie). En revanche, l'enquête menée auprès des hôpitaux publics montre que le bénéfice d'une couverture sociale n'est pas un facteur suffisant pour décider une part des patients non pris en charge par l'hôpital de s'y rendre.

« *La montée de la pauvreté et de la précarité se traduit par l'arrivée aux portes des hôpitaux – en général des urgences – d'un nombre croissant de malades qui parfois connaissent des difficultés d'accès aux soins ambulatoires* », ce qui nécessite « *d'adapter les structures, de changer les mentalités et les pratiques professionnelles* ». Les objectifs de la circulaire du 17 décembre 1993, recommandant la mise en place de cellules d'accueil spécialisées dans les hôpitaux, semblent être atteints : les résultats de l'étude sur la CMU montrent que les strates successives de dispositifs destinés à étendre la couverture maladie ont atteint leur but en grande partie.

Cependant, un « noyau dur » de l'exclusion des soins hospitaliers semble perdurer. Désormais, l'accès à l'hôpital public doit certainement emprunter des pistes novatrices ; être « *ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services* », comme l'édicte le Code de la Santé publique, ne suffit peut-être plus désormais aux hôpitaux publics pour garantir l'égal accès de tous aux soins.

Mis à part les situations de prise en charge par les services mobiles d'urgence, la norme veut que ce soit le patient qui fasse la démarche d'aller vers les lieux et les acteurs de soins. Or, pour atteindre les populations qui n'ont pas spontanément cette démarche, il est peut-être temps que le soin se déplace vers ces patients-là. Il conviendrait alors de mener à son terme la démarche qui a conduit à la création du « Samu social », qui va au-devant des plus démunis pour les amener vers les structures de soins et/ou de prise en charge sociale, et mettre en œuvre des structures hospitalières mobiles.

Cette approche, qui est celle du Bus sanitaire, « l'Homnibus » expérimenté à l'hôpital Jean Verdier²⁶, revient à s'interroger de nouveau sur la mission dévolue à l'hôpital : mission sanitaire ou mission sociale ? Ce débat, dont les termes évoluent dans le temps, n'est pas tranché, et rien n'interdit d'imaginer que, par-delà son immense compétence clinique, l'hôpital revienne aussi à son rôle initial de secours aux plus nécessiteux, de façon que la réalité de l'accès aux soins rejoigne son principe édicté par le code de déontologie : « *...écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé...* »

²⁶ Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Bondy.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la mission spéciale fonction publique que je me propose de mener en Turquie, qui poursuivrait trois objectifs :

- recueillir les informations les plus larges concernant le système hospitalier turc ;
- brosser un panorama général de la précarité en Turquie, et plus particulièrement dans les hôpitaux publics ;
- vérifier, sur un ou plusieurs sites hospitaliers, comment s'organise la prise charge des populations les plus précaires.

Le choix de la Turquie s'explique par plusieurs facteurs. C'est un pays laïc, de confession majoritairement musulmane, à faible niveau de vie relativement à la France. Ces trois composantes se rapprochent beaucoup de la situation d'une partie des populations d'origine étrangère qui vivent en France, notamment dans la banlieue des grandes villes : religion musulmane, s'exerçant dans un pays laïque, avec un décalage de niveau de vie. A l'observation, le rapport à la santé, au corps, à la maladie et à la douleur ressortissent à des éléments culturels : il a été constaté dans certains hôpitaux de la région nord parisienne qu'étaient admis en urgence des personnes qui n'avaient pas eu recours à la médecine hospitalière à des stades antérieurs de leur pathologie, et qui intégraient l'hôpital *via* les services d'urgences mobiles (SAMU, SMUR). Seule, la santé de leurs enfants les conduit à transgresser interdits, tabous et/ou craintes : les entretiens conduits à l'hôpital d'enfants Robert Debré, situé porte des Lilas à Paris, démontrent que les parents d'origine étrangère, maîtrisant peu la langue, amènent leurs enfants à l'hôpital, alors qu'ils refusent d'y venir pour eux-mêmes. L'inconvénient de cette situation se pose en termes de santé publique, de coûts majorés de prise en charge (mobilisation du plateau technique des urgences en lieu et place d'une consultation de généraliste), d'embolisation des services d'urgence. C'est ce constat qui a déterminé la création de « l'omnibus » à Bondy, qui va au-devant des patients réticents à recourir à l'hôpital.

L'intérêt de mener cette étude en Turquie est d'observer la façon dont les hôpitaux d'une grande ville, telle Istanbul, ont réagi face à ces mêmes types de problèmes, et d'évaluer les modalités de prise en charge de populations aux caractéristiques comparables. Ces observations pourraient d'être une grande utilité pour les hôpitaux parisiens – et au-delà –, confrontés aux difficultés d'accompagnement sanitaire de populations culturellement marginalisées et qui ont échappé jusqu'à maintenant aux dispositifs d'accès aux soins.

J'ajoute que l'intérêt que je porte à la protection sociale et à la prise en charge des soins s'est incarné dans un certain nombre de publications dont je joins la liste, et que j'ai déjà accompli une mission spéciale fonction publique aux Pays-Bas, en 1997, pour étudier le système d'invalidité au travail (WAO). Le rapport qui en a été tiré a été commenté par la presse, notamment dans *L'Express* (copie jointe de l'article), et a été repris sous forme d'article publié dans la *Revue française des Affaires sociales*²⁷.

²⁷ « Le régime d'incapacité au travail aux Pays-Bas (WAO). Quels enseignements en tirer ? », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, 07/09, 1998.

Annexe 2. Les principaux chiffres de la santé en Turquie et en France

	TURQUIE	FRANCE
Nombre d'habitants		
• population totale (millions, 2000)	66,835	58,892
• population féminine (millions, 2000)	33,091	30,289
• population féminine (% population, 2000)	49,51	51,43
• âgée de 65 ans et plus (% de la population, 1999)	5,3	15,9
Espérance de vie à la naissance (années, 1999)		
• hommes	66,1	75
• femmes	70,7	82,5
• total	68,4	78,75
Taux de natalité (pour mille, 2000)	21,8	13,3
Mortalité (2000)		
• décès	431 000	538 000
• taux de mortalité population totale (pour mille)	6,7	
• taux de mortalité infantile (pour mille)	39,7	4,5
Produit intérieur brut (PIB)		
• milliards €	72	215
• milliards F	469	1 409
Dépenses totale de santé (1998)		
• milliards €	1,441	18,586
• par habitant (dollars PPA)	303	2 109
• % du PIB	4,8 %	9,5 %
Dépenses publiques de santé (1998)		
• millions €	1,036	14,131
• % du PIB	3,5 %	7,1 %
• % dépenses totales de santé	71,9 %	76 %
Dépenses totales en soins hospitaliers (1998)		
• millions €	422,956	8 304,36
• % dépenses totales de santé	29,3 %	44,6 %
Médecins en activité		
• total (2000)	88 456	194 000
• total (pour 1 000 habitants, 1998)	1,3	3,3
• spécialistes (2000)	41 510	99 254
• spécialistes (% total, 2000)	46,9	51,1
Consultations de médecins (par habitant, 1990)	1,0	5,8
Emploi total dans les hôpitaux (ETP, 2000)	209 045	993 000
Lits d'hôpitaux		
• tous établissements (2000)	172 769	485 769
• hôpitaux de soins aigus (2000)	145 675	244 707
• hôpitaux de soins aigus (pour 1 000 personnes, 1998)	2,2	4,3
• hôpitaux de soins aigus (% tous établissements, 2000)	84,3	50,3
• parc hospitalier privé (2000)	11 667	170 382
• parc hospitalier privé (% tous établissements, 2000)	6,7	35,0
• rotation lits aigus (cas traités par lit disponible, 1999)	36,4	48,9
Journées d'hospitalisation (par habitant, 1999)		
• tous hôpitaux	0,4	2,4
• hôpitaux soins aigus	0,4	1,1
Durée moyenne de séjour (jours, 1998)		
• hospitalisation et soins aigus	5,4	5,6
• soins aigus	5,4	5,5
• tous hôpitaux	6,0	10,7
Admissions (millions, 1999)		
• hôpitaux de soins aigus	4,67	11,95
• tous hôpitaux	4,86	13,51
Taux d'occupation (% lits disponibles, 1999)		
• hôpitaux soins aigus	57,8	77,4
• tous hôpitaux	59,4	83,4

Note : PPA : Parité de pouvoir d'achat ; ETP : équivalent temps plein.

Source : tableau réalisé par l'auteur à partir de OCDE (2002).

Annexe 3. Tableaux, encadrés, figure

TABLEAUX

Tableau 1. Les différents systèmes de protection sociale en Turquie.....	10
Tableau 2. Les différentes formes d'assurance personnelle à la SSK.....	10
Tableau 3. Nature de la couverture par type de mécanisme	10
Tableau 4. Les types d'hôpitaux en Turquie	16
Tableau 5. Accès aux hôpitaux turcs par type de couverture sociale	21
Tableau 6. Les trois niveaux de soins en Turquie	27
Tableau 7. Les trois premiers déterminants dans le choix de la structure de niveau primaire de soin	28
Tableau 8. Type de choix par structure hospitalière	29
Tableau 9. L'assistance sociale en Turquie	30
Tableau 10. Les principaux chiffres du service médical d'Istanbul.....	37

ENCADRÉS

Encadré 1. L'exemple de la fondation Ayhan Sahenk.....	14
Encadré 2. Charte du patient hospitalisé : les éléments relatifs aux différences culturelles.....	46

FIGURE

Figure 1. Articulation entre hôpitaux et dispensaires.....	18
--	----

Annexe 4. « Le rôle des municipalités dans les services de santé »

Nezih VAROL

in Hayran (O.), Sur (H.) (Eds), *Sagkik Hizmetleri. El Kitabı*, Yüce Yayim, Istanbul, 1998.
(Traduction Sulun AYKURT)

En Turquie, le début des services municipaux date de l'époque ottomane. L'administration ottomane était centralisée et absolutiste. Dans cette structure, au lieu d'une organisation qui gérerait les services locaux, c'était les associations de commerçants – les *kadis* – ainsi que les fondations qui s'en chargeaient. Il y avait un Conseil, semblable au Conseil Municipal actuel, et constitué du chef des gardiens, du surintendant de la police, du chef du marché, de l'architecte en chef, et du gardien des commerces. Le *Muhtesip* jouait le rôle joué aujourd'hui par la police municipale (*Zabita*). Il était nommé selon la méthode de la préférence (*Itizam*) pour un an par le Padichah sur recommandation du *kadi* ou du *Sadrizam*. Le *Muhtesip* avait de grandes responsabilités, et travaillait en collaboration avec des sous-sections, constituées de personnes expertes dans leur domaines, comme les collecteurs de taxes, le chef des unités de balance, ou le chef de département (ou surintendant, *Emin*). Ces fonctions étaient héréditaires.

La première organisation municipale fut créée en 1855. A cette date, l'Office de quartier, précédemment chargé des services de la ville, fut remplacé par le département urbain d'Istanbul. Le préfet (*Sehremini*) était nommé par le *Padichah* et travaillait en collaboration avec l'assemblée départementale, constituée de 12 personnes également nommées par le *Padichah*. Les *kavas* étaient des fonctionnaires d'inspections, plus tard appelés commissaires. La deuxième phase dans l'organisation municipale fut la création de la municipalité de Pera, qui comprenait les quartiers de Beyoglu et de Galata, où vivaient beaucoup d'étrangers. Avec le règlement municipal publié en 1869, treize municipalités de quartier, semblables à celle de Pera, furent créées. En 1877, elles furent augmentées au nombre de 20. Ainsi furent établies 21 organisations municipales, semblables aux municipalités de quartiers d'aujourd'hui.

La municipalité d'Ankara, la première de la République, fut créée en 1924, selon la loi 417. Cette loi proclamait qu'une assemblée municipale générale de 24 membres devait être créée sous l'égide d'un *Sehremini* nommé par le ministère de l'Intérieur à Ankara, et que cette assemblée devait nommer des fonctionnaires pour établir un budget et gérer les affaires intérieures. Cette pratique dura six ans et fut restructurée par la loi 1580 du 3 avril 1930.

LA LOI MUNICIPALE N° 1 580

Inspirée du droit français, la nouvelle loi réorganisa les principes et les conditions pour la création de nouvelles municipalités. Elle prévoyait un mécanisme décisionnel à trois, partagé entre le maire, l'assemblée élue par le quartier et le conseil du quartier (*Encumen*), constitué de certains fonctionnaires nommés par la municipalité. Tous les habitants du quartier ayant plus de 18 ans pouvaient voter pour l'élection de l'assemblée, et le maire était élu par l'assemblée elle-même.

LA LOI 307 DU 19 JUILLET 1963

Elle décida que le maire serait directement élu par le peuple. Plus tard, la Constitution de 1982 initia la création, en 1984, de huit municipalités de métropole avec en tête Istanbul, Ankara et Izmir. Les agences de municipalités présentes dans ces villes furent transformées, avec la nouvelle organisation, en municipalités de quartier. De l'instauration de la République jusqu'en 1945, l'évolution des municipalités fut très lente, puis accéléra. Alors que jusqu'en 1945, 7 municipalités étaient créées en moyenne par an, ce nombre passa à 27 entre 1946 et 1960, puis à 46 entre 1961 et 1980, et à 59 par an depuis 1981. En dehors des régimes militaires, tous les gouvernements depuis 1951 promurent ce mouvement. L'ensemble de ces mesures avait pour but principal de limiter l'exode rural en améliorant les conditions de vie dans certaines zones rurales grâce aux avantages pourvus par le passage à un statut de municipalité.

En tant qu'acteurs locaux, les municipalités fournissaient avant tout des services publics. Dans ce cadre, elles avaient un rôle important dans les services de santé. Un tiers des devoirs de la municipalité énoncés dans la loi 1580 se rapportent à la santé :

- veiller à la propreté des lieux publics ;
- contrôler les lieux et le matériel qui concernent la nourriture, la boisson et la santé ;
- donner des permis pour l'ouverture de lieux consacrés à la restauration et au logement et contrôler ces lieux ;
- éviter l'apparition et la propagation d'épidémies humaines et animales ;
- ausculter les défunts et établir un certificat de décès ;
- établir des abattoirs ;
- assurer le contrôle médical des personnes qui travaillent en rapport avec la nourriture et qui ont un contact avec le public ;
- recueillir et prendre soin des animaux abandonnés ;
- protéger les enfants abandonnés, les fous, les enragés et les personnes qui s'évanouissent dans la rue, ainsi que les victimes d'accidents et de catastrophes ;
- fermer les commerces qui travaillent sans permis ;
- collecter les ordures ;
- fournir de l'eau potable ;
- faire construire des toilettes publiques si besoin ;

- faire des tests chimiques et bactériologiques au moment des inspections de nourriture ou en cas de réclamation, et établir des rapports ;
- construire des égouts ;
- fournir des bibliothèques, des salles de lecture, des parcs, et des espaces de jeux et de sport ;
- donner de l'argent, fournir de la nourriture, des vêtements et un logement aux enfants pauvres et à ceux qui en ont besoin ;
- protéger les sources d'eau ;
- empêcher que des établissements malsains ne nuisent à l'environnement ;
- ouvrir des orphelinats, des centres d'accouchement, des asiles de fous et des stations de santé conventionnées par le Ministère de la Santé. ;
- créer et gérer des centres pour les soins d'urgence ;
- créer et gérer des hôpitaux municipaux et des hôpitaux pour animaux ;
- ouvrir, licencier et contrôler des bains publics ;
- ouvrir des pharmacies là où il n'y en a pas, fournir des médicaments et des sages-femmes ;
- ouvrir des marchés ;
- fournir des dépôts d'air froid ;
- ouvrir des fours municipaux (pour le pain) ;
- ouvrir des laveries ;
- faire l'inspection des usines et des bureaux.

Selon cette loi, les principaux organes des municipalités sont :

- l'assemblée municipale : elle se réunit trois fois par an, en février, juin et octobre. Les réunions normales durent 15 jours, celles dédiées aux questions budgétaires trente jours ;
- le conseil de quartier (*Encumen*) : il est constitué des directeurs de chambres (Le directeur des comptes, des affaires sanitaires, des affaires vétérinaires, des sciences, et des affaires juridique) et des membres du conseil ;
- l'organisation de police (*Zabita*) : selon l'article 104 de la loi municipale, le *Zabita* était chargé de maintenir la sécurité, la santé et l'ordre, d'enquêter sur les crimes et de faire exécuter la loi à l'intérieur de la municipalité.

LA MODIFICATION DE LA LOI SUR LES MUNICIPALITES DES GRANDES VILLES

Les villes comprenant plusieurs municipalités de quartiers passent au statut de métropole. Avec cette loi, la modification du statut juridique permet une organisation planifiée, programmée et efficace des services municipaux. A ce titre, les fonctions de la municipalité de la métropole sont définies comme suit :

- faire les plans immobiliers et les plans d'investissement de la métropole ;
- construire les avenues, boulevards et places au sein de la métropole ;
- construire des gares routières et des parkings ;
- assurer la protection et la santé environnementales, licencier la construction et l'ouverture les établissements malsains de catégories 1, 2 et 3 ;
- construire des parcs et assurer les services socio-culturels ;
- gérer l'eau, les égouts, le gaz et les transports publics ;
- construire et gérer des laboratoires pour assurer le contrôle de la nourriture et des boissons ;
- définir des zones pour les cimetières ;
- ramasser les ordures et les déchets industriels, définir le lieu de leur destruction ;
- nommer les avenues ;
- établir des marchés de grossistes et des abattoirs ;
- assurer les services de pompiers, etc.

LES SERVICES DE SANTE DES MUNICIPALITES

Dans les municipalités l'organisation de la santé dépend de la direction des affaires sanitaires. Les fonctions en son sein sont ainsi réparties :

Le directeur municipal des affaires sanitaires : Il est le conseiller sanitaire du maire et est responsable vis-à-vis de la loi 1580 et du directeur sanitaire de la ville de toutes les activités médico-sociales conformément à la législation. Ses fonctions sont les suivantes :

- il prend les précautions nécessaires pour la protection de la santé de la population en conformité avec les lois ;
- il participe aux *Encumen* ;
- il collabore avec d'autres institutions pour la prévention des épidémies ;
- vérifie la conformité des bureaux de santé ;
- inspecte la conformité aux normes des urgences et des transferts de patients ;
- prélève des échantillons de l'eau de la ville et de la nourriture ;
- assure le suivi des budgets alloués aux enfants dans le besoin selon la loi 6972
- assure le bon usage des fonds alloués aux pauvres et aux personnes âgées ;
- vérifie que les parcs pour enfants sont conformes aux normes sanitaires et assurer la construction de parcs là où il n'y en a pas ;
- assure les fonctions qui lui sont attribuées par la commission de lutte contre la prostitution et assure que la municipalité réserve un budget suffisant pour ce domaine ;
- assure le bon déroulement des affaires de décès.

Le sous-directeur des affaires sanitaires : il assure le fonctionnement efficace de l'organisation des affaires sanitaires. Il est responsable devant le directeur de l'exécution des services médico-sociaux.

Le médecin en chef municipal:

- contrôle la conformité aux normes sanitaires des lieux publics et des bureaux ;
- fait faire le contrôle bactériologique et chimique de l'eau potable ;
- fait le contrôle de la viande et des abattoirs ;
- vérifie les conditions de travail des sages-femmes et des professionnels de santé ;
- fournit les vaccins et l'équipement nécessaire ;
- assure la lutte contre les épidémies.

Le médecin municipal :

- fournit les services de santé énoncés dans les lois et règlements en vigueur ;
- fournit des kits d'urgence ;
- ausculte les citoyens les inscrit dans le registre de la polyclinique ;
- se rend chez les personnes pauvres ou dans le besoin qui ne peuvent pas venir recevoir des soins, assure que leurs médicaments soient pris en charge par la municipalité ;
- établit les certificats de décès ;
- assure la conformité des bureaux et locaux des établissements sanitaires ;
- lutte contre les épidémies, les insectes, les rongeurs et les mouches ;
- contrôle les abattoirs et la viande.

LES FONCTIONS DES MUNICIPALITES SELON LA LOI 1 593

Selon l'article 20 de la loi, les fonctions des municipalités pour assurer la santé générale et l'aide sociale sont les suivantes :

- fournir à la ville la quantité nécessaire d'eau potable ;
- construire des égouts ;
- construire des abattoirs ;
- construire des cimetières, assurer le déplacement et l'enterrement des défunts ;
- ramasser toutes les ordures et les détruire ;
- assurer la conformité des abris ;
- construire des *hammams* froids et chauds ;
- inspecter la nourriture et les boissons et créer des laboratoires dans les centres-villes et là où c'est nécessaire ;
- éliminer les facteurs nuisibles à la santé dans les lieux publics ;
- aider à la lutte contre les épidémies ;
- créer un centre de soins d'urgence ;

- créer et gérer des hôpitaux, dispensaires, centres de santé du nourrisson, asiles pour personnes âgées ;
- embaucher des sages-femmes pour assurer des accouchements gratuits.

Dans l'accomplissement de leurs tâches en matière d'inspection sanitaire, les municipalités sont aidées par le *Zabita*. Dans ce cadre, chaque *Zabita* doit promulguer un règlement qui énonce ses principes et décrit son fonctionnement. Un bon exemple est le règlement du *Zabita* de la municipalité de la métropole d'Istanbul qui date du 27/02/1987 :

1^e partie :

Cette partie comprend les règles et les interdictions en vigueur dans les lieux publics, les transports publics et tous les immeubles :

- les interdictions concernant la tranquillité et le calme
- les interdictions concernant la propreté
- les ordres et interdictions concernant l'ordre public
- les ordres et interdictions concernant la santé et la sûreté
- les ordres et interdictions concernant les cimetières

2^e partie :

Elle comprend les ordres et interdictions concernant les bureaux et les personnes qui y travaillent :

- les ordres et interdictions concernant les magasins de vente en détail
- les ordres et interdictions concernant les magasins qui vendent de la nourriture ; de l'épicerie et de la nourriture pour animaux
- les ordres concernant les établissements assurant le logement de la population
- les ordres concernant les établissements assurant
- les ordres et interdictions concernant les lieux de divertissement
- les ordres concernant les marchés permanents et passagers

La 3^e partie :

Elle comprend les régulations concernant l'ordre économique.

La 4^e partie :

Elle comprend les ordres et interdictions pour les établissements qui travaillent dans le tourisme.

La 5^e partie :

Elle comprend les ordres et interdictions auxquels sont soumis les établissements désignés par le règlement des établissements malsains de la loi 508.

La 6^e partie :

Elle comprend les règles auxquelles sont soumis les différents entrepôts.

LES SERVICES SANITAIRES MUNICIPAUX DANS LA TURQUIE D'AUJOURD'HUI

A travers la Turquie, les municipalités ont pour principale activité les soins médicaux fournis dans les petites polycliniques qu'elles ouvrent, en plus des inspections sur la nourriture. Pourtant, elles sont en mesure de fournir la plupart des autres services précédemment cités, notamment ceux concernant l'environnement et une partie de ceux liés aux individus. Mais comme les municipalités sont des acteurs politiques, elles doivent se limiter, en raison de soucis électoraux, à fournir des soins médicaux et négliger les soins préventifs car ces derniers sont difficilement acceptables par la population.

La municipalité, avec un nombre insuffisant de médecins et d'aides-soignants, ne peut pas toujours atteindre certaines zones à l'intérieur de la limite de la municipalité. Le *Zabita* est utilisé de manière insuffisante dans le système de santé, et l'accord du ministère de la Santé est trop rarement sollicité pour les inspections. Pourtant, selon la loi, chaque municipalité doit promulguer son propre règlement de police de la santé, et créer son unité de *Zabita*. La coordination entre la municipalité et le *Zabita* doit donc être améliorée.

A la suite du séminaire sur les services de santé et les municipalités organisé par l'Ordre des médecins de Turquie le 22 décembre 1990, les recommandations suivantes ont été exprimées compte tenu de la réalité de notre pays :

- les municipalités peuvent fournir tous les soins préventifs, curatifs et de réhabilitation. Cependant, leur fonction primaire est de fournir et conserver un environnement sain ;
- fournir des soins à tous les niveaux est l'un des devoirs fondamentaux de l'Etat. Ce service doit être fourni par le ministère de la Santé ;
- dans les endroits où cette fonction n'est pas pleinement assumée par le ministère, et en particulier dans les grandes villes qui souffrent d'urbanisation rapide due à l'exode rural et de « bidonvilisation », les municipalités qui en ont les moyens peuvent fournir des services de santé de premier et second niveaux. Ces initiatives ne peuvent être justifiées que par l'obligation ;
- les municipalités qui doivent fournir des soins de premier niveau (les services de santé primaires) doivent suivre le modèle des foyers de santé pour les unités qu'elles créent. Ces unités doivent se focaliser sur les services préventifs dans l'environnement et dans les bureaux et fournir des soins primaires. Des transferts de patients de ces unités vers tous les hôpitaux publics doivent être possibles. Dans ces applications, une standardisation à l'échelle nationale est nécessaire ;
- les principes et les standards des services de santé offerts par les municipalités doivent être définis par un corps constitué du ministère de la Santé, de l'association

des municipalités de Turquie, de l'Ordre des médecins, et d'autres institutions concernées ;

- la base juridique pour permettre la conformité des services des municipalités avec les services fournis par le ministère de la Santé doit être constituée ;
- étant donné le coût élevé et les difficultés de gestion, les municipalités ne devraient pas ouvrir d'hôpitaux ;
- les contradictions fonctionnelles concernant la présentation des soins de santé et les droits personnels des professionnels de santé doivent être résolues ;
- la création d'un *Zabita* sanitaire doit être adoptée comme principe dans les municipalités ;
- les problèmes concernant les services de la municipalité pour la santé environnementale sont complexes. Un groupe de travail sur cette question doit être formé pour rechercher des solutions.

Annexe 5. « Les services d’urgences en Turquie »

Ayhan Özsahin

in Hayran (O.), Sur (H.) (Eds), *Sagkik Hizmetleri. El Kitabı*, Yüce Yayim, Istanbul, 1998.

(Traduction Sulun AYKURT)

INTRODUCTION

Les urgences sont le service qui coûte le plus cher parmi tous les services de santé. En plus de la nécessité d’équipement et de techniques coûteux, les normes éthiques et juridiques font que ces services doivent être planifiés avec soin. Pour un malade ou un blessé qui nécessite des soins d’urgence, il y a trois facteurs importants :

- la gravité de la maladie ou de la blessure ;
- le délai de l’intervention médicale ou chirurgicale appropriée ;
- la qualité du service offert.

L’idée que les urgences sont un secteur indépendant de l’hôpital est aujourd’hui abandonné. De nos jours, l’unité des urgences est considérée comme appartenant à un réseau d’urgences régional. Pour la réalisation d’un tel réseau, il faut assurer un financement approprié. En Turquie, les infrastructures nécessaires à la création d’un tel réseau ne sont pas encore en place.

Il faut déterminer la définition et l’ampleur des urgences, qu’elles soient organisées en conformité avec cette définition, que les conditions d’utilisation des ambulances (qui sont une obligation légale) soient mieux définies, et enfin que les urgences soient standardisées du point de vue de l’équipement médical, du personnel et des méthodes d’utilisation. Dans ces définitions, il faut tenir compte de critères tels que la structure de la région où se trouve l’hôpital, ainsi que les autres services de santé – qu’ils soient publics ou privés.

DEFINITION ET CATEGORISATION

L’insuffisance des réponses curatives ou préventives à des facteurs qui détériorent l’unité et la fonctionnalité de l’organisme peut entraîner le développement de certaines maladies ou blessures, et l’absence totale de soins peut d’emblée menacer la vie des patients. L’organisme ne peut supporter longtemps certains

dysfonctionnements d'organes ou de systèmes. On appelle ces cas des « situations d'urgence ». Les fonctions vitales qui doivent être examinés en premier lieu dans une situation d'urgence sont la conscience, la respiration et la circulation. L'intervention nécessitée en cas de dysfonctionnement d'une de ces fonctions est appelée soutien vital. Si le soutien vital de base qui se fait avec des techniques simples ne suffit pas, le soutien vital avancé, opéré avec l'aide d'appareils complexes et de médicaments, est nécessaire.

Les situations d'urgence peuvent être classifiées selon la durée de l'intervention et la méthode d'intervention :

1 ^e degré	Blessure ou maladie légères	Pansement simple à la maison ou aux urgences, ou soin médical debout
2 ^e degré	Blessure ou maladie grave	Soins dans une ambulance équipée sur le lieu de l'incident, soins de soutien vital avancé dans une unité d'urgences équipée
3 ^e degré	Etat critique	Soins dans un centre médical spécialisé (les grands brûlés, par exemple)

LES SOINS D'URGENCES

Dans la création d'un réseau d'urgences, c'est la catégorisation ci-dessus qui est prise en compte.

Dans des situations d'urgence du 1^{er} degré, il faut s'organiser avec les services sanitaires à disposition en vue d'un soin à domicile ou d'une hospitalisation. Les besoins sont généralement satisfaits durant les heures de travail dans la journée, avec des services généralistes, ou durant les périodes de fêtes avec ce même système en fonctionnement à capacité réduite (système de garde). Dans certains pays, il y a une organisation destinée à envoyer les médecins chez les patients en taxi ou en voiture.

Dans les situations d'urgence de 2^e degré, deux facteurs peuvent entraîner une mort rapide :

- l'insuffisance respiratoire ;
- l'insuffisance circulatoire.

En cas de maladie ou de blessure urgente, l'intervention rapide permet une réduction de 20% des décès liés à ces deux facteurs ; 70% des morts subites sont dues à un choc.

Dans la définition de l'intervention rapide, on utilise le terme de « l'heure d'or ». Les recherches prouvent que l'intervention doit idéalement se faire dans les 4 à 6 minutes. Il est évident que ce temps n'est pas suffisant pour amener le malade à l'hôpital. C'est pourquoi il est nécessaire de s'organiser pour une intervention des services hospitaliers sur place.

Les différents pays partagent le travail des urgences entre trois piliers ; les pompiers, la police et les ambulances. Dans les situations d'urgence :

- la police doit assurer la sécurité des lieux et les formalités légales et rassembler des preuves ;
- les pompiers sont chargés de combattre les incendies (immeubles, voitures...) ;
- les ambulanciers assurent le soutien vital et transfèrent le blessé dans vers hôpital approprié.

Le transfert du blessé dans une voiture ordinaire est très dangereux en raison de l'absence de matériel médical. Les ambulances sont équipées pour prévenir les chocs et les traumatismes et pour empêcher les handicaps qui peuvent apparaître suite à des transferts.

Le principe fondateur des urgences est l'intervention rapide. Pour pouvoir atteindre le lieu de l'incident le plus vite possible, des unités sont prêtes à tout moment dans différentes stations de la ville. Il existe donc une chaîne des soins d'urgences qui remonte du premier témoin jusqu'aux services d'urgences d'un hôpital. Cette chaîne est constituée de cinq maillons :

- 1) l'intervention d'urgence/secourisme : c'est ce que doit faire le premier témoin de l'incident (couper le courant en cas d'électrocution, éloigner un blessé d'un incendie...);
- 2) appeler du secours : l'article 476 du Code pénal turc punit toute personne qui n'informe pas les autorités concernées de la situation d'une personne en danger. Pour une alerte rapide, on peut utiliser les alarmes d'incendies dans les immeubles, les téléphones sur les autoroutes, et les téléphones publics peuvent être utilisés sans frais. Le point essentiel est de ne jamais laisser le malade seul ;
- 3) attendre les secours : même dans les meilleures conditions, il faut attendre au moins cinq minutes pour l'arrivée des secours. Pendant ce délai, il faut veiller à ne pas laisser le patient seul, à ne pas le bouger sauf nécessité absolue, à le mettre dans une position appropriée et à faire quelques soins de base (couverture...), et surtout, à assurer un soutien psychologique ;
- 4) l'équipe d'ambulanciers : elle est responsable de la stabilisation et du transport du malade. Elle doit prendre la décision de l'intervention sur place et du choix de l'hôpital selon l'état du malade et la situation régionale. Dans certains pays comme l'Allemagne, il est strictement interdit de transporter des malades dans une voiture ordinaire ;
- 5) l'hôpital : il est responsable de l'enregistrement, des soins et de l'éventuel transfert de tous les malades entrant.

Les hôpitaux ne sont pas équivalents en termes de qualité des soins d'urgence. Ils ne sont pas non plus censés l'être. Dans un réseau de soins d'urgences, les hôpitaux s'organisent de façon à fournir des soins selon différents niveaux. Ainsi, il existe :

- pour les situations du 2^e degré, des unités qui utilisent des techniques médicales avancées ;
- pour les situations du 1^e degré, et pour éviter l'engorgement dans les unités spécialisées, des centres avec un équipement plus simple. Ces derniers sont constitués des urgences des petits hôpitaux, des hôpitaux des facultés de médecine, et

des hôpitaux de recherche et d'enseignement, mais peuvent aussi être des centres de soins spécialement conçus à cet effet. De plus, dans certaines branches on peut avoir un troisième échelon, comme pour les grands brûlés, la transplantation, la cardiologie, la dialyse, etc. ;

- les soins des patients destinés à être soignés au 3^e échelon commencent au 2^e échelon. Selon les diagnostics, les malades sont ensuite transférés.

LES PROBLEMES ORGANISATIONNELS DANS LES SERVICES D'URGENCE

Il faut étudier les problèmes selon la chaîne que nous venons d'examiner, car une chaîne n'est forte que par son maillon le plus faible. Des normes mondiales sur les services d'urgences n'existent pas encore.

Le rôle du citoyen

Les premiers témoins d'un incident ne sont généralement pas le personnel de santé. C'est pourquoi il est indispensable que la population participe au système des urgences. L'expérience montre que cette participation a pu avoir des conséquences très graves (amputations, complications dues au transport) ou encore qu'elle est complètement absente de peur de nuire au malade. Pour permettre une participation favorable, il est clair que la sensibilisation et l'information de la population sont essentielles. Ce sont les cours d'auto-école qui jouent souvent ce rôle. Mais une enquête menée auprès des personnes ayant leur permis depuis un an montre que 70% des personnes ne se souviennent pas de leurs cours de secourisme.

Il apparaît que souvent, les personnes qui ont une formation pour la respiration artificielle ou le massage cardiaque mais qui ne sont pas professionnelles sont réticentes à appliquer ces méthodes. De plus, la question de savoir si des non-professionnels doivent les appliquer ou non ne fait pas l'unanimité parmi les autorités médicales. La participation du citoyen est souhaitable pour cinq fonctions :

- la sécurité des lieux d'incident ;
- l'éloignement du blessé d'un lieu dangereux ;
- l'appel au secours ;
- l'intervention auprès du malade ;
- le soutien psychologique.

L'appel au secours est le niveau sur lequel on insiste le plus dans la création de normes internationales d'urgences. Comme la plupart des situations d'urgence concernent plusieurs institutions à la fois (accident de la route : police/pompiers/ambulance ; incendie : pompiers/police/ambulance ; tentative de suicide : ambulance/pompiers/police), les Etats-Unis ont opté pour la méthode du centre et du numéro uniques (911).

En Europe, on préfère l'idée que chaque institution appartient à un centre différent. Mais comme les ambulances sont fournies par différents acteurs, on peut utiliser plusieurs numéros de téléphone. Dans l'Union européenne, le numéro commun pour tous les services d'urgence est 112.

Le standard établi pour tous les appels de la part des citoyens est ainsi défini :

- où a eu lieu l'incident ?
- que s'est-il passé ?
- combien de blessés ?
- quel type de blessure ?
- restez en ligne pour d'autres questions.

Les services d'ambulances

L'idée qu'il doit exister un centre régional pour gérer les appels au secours et transférer les ambulances est largement acceptée. Le débat reste ouvert sur si ce centre doit être rattaché à la police et aux pompiers. Mais le modèle américain d'un centre fusionné (911) n'est pas très populaire en Europe. Il n'y a pas non plus de standards absolus à suivre pour l'organisation du service. Il y a des applications qui tiennent compte de la population ou de la performance (atteindre 90% des cas dans un délai de 10 minutes).

Il y a également diverses approches quant à la structure et à l'équipement technique et médical de l'ambulance. L'idée prédominante répartit les services ambulanciers entre deux groupes :

- à but de simple transfert : des ambulances qui ont un équipement médical réduit, qui travaillent sur rendez-vous et qui servent à transférer des patients dont l'état est stable ;
- à but d'aide médicale d'urgence : des ambulances hautement équipées toujours prêtes pour une intervention rapide, selon le principe d'apporter les soins hospitaliers sur le lieu de l'incident.

Mais les ambulances de ces deux groupes peuvent être très différentes selon les pays, voire même selon les régions. Il y a un large éventail allant de véhicules très simples à des ambulances où l'on peut entamer une opération chirurgicale.

Il existe également des hélicoptères qui visent à atteindre les cas dans les zones rurales ou sur les autoroutes, des avions pour transférer des malades en état critique sur des distances longues, et des bateaux pour les villes balnéaires ou les plages. Dans certains pays, on utilise des véhicules (motos, voitures...) spécialisés pour envoyer un médecin sur un lieu d'incident très rapidement, ou des ambulances pouvant transporter plusieurs patients à la fois.

Il y a également des modes d'organisation très différents quant au personnel d'ambulance :

- alors qu'aux Etats-Unis, il n'y a pas de médecin à bord d'une ambulance, en Europe du Sud des médecins opèrent dans les ambulances. Dans certains pays d'Europe continentale, le médecin est envoyé sur les lieux d'incidents dans une voiture prioritaire à part ;
- aux Etats-Unis encore, l'équipement perfectionné qui se trouve dans le véhicule permet d'économiser des dépenses en médecins ambulanciers et autre personnel supplémentaire ;
- en Europe, en plus du médecin et du conducteur, plusieurs personnes auxiliaires spécialisées en secourisme sont présentes.

L'hôpital

L'hôpital est une structure qui opère sept jours sur sept, 24 heures sur 24. Son fonctionnement réclame un personnel qualifié, une technologie poussée et des dépenses élevées en matériel, réparations, entretien et en gestion. De plus, les évolutions rapides du secteur obligent à un renouvellement continu de ces facteurs.

Dans le monde entier, les difficultés de financement du secteur de la santé se font sentir. Pour réduire leurs dépenses, les hôpitaux essaient de prolonger la durée de séjour des patients pour garder au maximum le niveau d'occupation des lits, et fonctionnent en dessous de leurs capacités. Cette situation peut détériorer le statut des unités d'urgences car il n'y a pas de lits disponibles. Ce problème est dû au fait que la santé est un secteur fortement soumis aux pressions sociales et politiques.

LES URGENCES A ISTANBUL

A Istanbul, tous les besoins de santé d'une métropole de quinze millions d'habitants sont satisfaits. En plus de cela, Istanbul offre ses services aux personnes venant des autres régions de la Turquie ou d'autres pays moins bien dotés de la région. Les législations complexes et la diversité des services offerts ont créé une structure compliquée au sein des services de santé. Bien que l'on trouve souvent des solutions adaptées à ces problèmes, ce sont souvent les urgences qui sont les plus touchés.

En plus des problèmes cités plus haut, il y a des difficultés spécifiques dues à la structure de la ville. A Istanbul, le secteur public et le secteur privé sont tous les deux bien organisés. Le ministère de la Santé, la SSK et les facultés de médecine disposent d'hôpitaux d'enseignement et de recherche, qui fournissent des soins de qualité. Le secteur privé offre la même qualité, en plus d'un confort accru. Cependant, les différences dans les systèmes de financement des services de santé rendent très difficile la création d'un système de transferts efficace.

En raison de ces problèmes, et d'autres facteurs, l'organisation des urgences dans la ville se répartit entre trois groupes :

- les services d'urgences et de secourisme rattachés au ministère de la Santé qui utilisent la ligne d'urgence proposée par l'UE (le 112) sont stationnés dans 23 points et disposent de 26 ambulances ;

- les services d'urgences et de secourisme rattachés à la municipalité du grand Istanbul utilisent les appels venant des lignes normales et disposent de 16 ambulances en journée et de 8 la nuit ;
- dans le secteur privé, diverses entreprises et cliniques privées offrent des services d'ambulances indépendants.

Le règlement qui définit les standards pour les ambulances privées ne fait pas de distinction entre les ambulances à but de soins d'urgences et ceux à but de transfert. Il n'y a aucune coordination entre les différents prestataires de services. Cette absence d'articulation limite la coordination entre les services de police, les pompiers et les ambulanciers.

Actuellement, le ministère de la Santé offre des services proches des normes internationales en termes d'équipement des ambulances, de personnel qualifié (médecins, infirmiers, conducteurs), et d'un système centralisé.

La variété des services hospitaliers défavorise également les urgences. La législation est insuffisante pour les standards des urgences. Les différences en termes de standards et de financements rendent impossible la création d'une chaîne de transferts. Les hôpitaux sont mal organisés pour faire face à des situations inattendues. Les centres qui devraient intervenir pour des soins de 3^e niveau (transplantations...) sont insuffisants, voire absents.

Au total, à une insuffisance quantitative dans les services d'urgences, s'ajoute l'absence de coordination centrale. De très nombreux hôpitaux et dispensaires offrent des services indépendants. Il n'y a pas d'assurance financière qui permettrait le transfert rapide et efficace des cas urgents. La main d'œuvre qualifiée est rare dans le domaine.

L'ORGANISATION GENERALE DES SERVICES D'URGENCES

En cas de maladie ou de blessure, le but des services d'urgences est de faire commencer l'intervention médicale le plus vite possible, de transférer le cas vers le centre approprié si possible, et ainsi de réduire au minimum les cas de décès et de handicaps dus aux situations d'urgence. Les urgences peuvent aussi agir à domicile dans le cas des patients qui ne peuvent se déplacer pour aller à l'hôpital. Le malade qui demande des secours par téléphone peut être redirigé selon ses besoins vers un Médecin d'urgence, une ambulance d'intervention rapide, une ambulance de transfert, un conseil téléphonique, une pharmacie de garde ou un hôpital.

Le médecin d'urgences :

Il est utile :

- dans les cas où il suffit d'envoyer un médecin sur place ;
- dans l'éventualité d'un retard de l'ambulance, pour commencer l'intervention médicale plus rapidement ;

- dans le cas où l'ambulance qui se trouve sur le lieu de l'incident demande un support médical ou technique.

Pour des malades chroniques pour qui il est déconseillé de se rendre trop souvent à l'hôpital, le médecin d'urgence peut intervenir. Cette intervention se fait sous le contrôle du centre de coordination.

Le véhicule de transport des malades

Il est utilisé dans le simple transport des malades qui ne nécessitent pas de soins d'urgence. Les rendez-vous sont organisés par le centre de coordination. En cas de besoin (épidémie, grand accident...), il peut aussi être utilisé comme véhicule de réanimation avec des médicaments, de l'équipement et du personnel supplémentaire.

Le véhicule de secourisme

Il est utilisé pour faire commencer les services hospitaliers sur le lieu de l'incident. Il peut fournir des soins de soutien vital avancé dans tous les cas de maladie ou de blessure graves. L'utilisation se fait sous le contrôle du centre de coordination. La responsabilité de décider de l'intervention médicale au cours du transfert appartient au médecin à bord.

L'ambulance des mers

Elle agit sous le contrôle du centre de coordination et conformément à la législation dans les villes et habitations situées près des lacs et bords de mer.

L'ambulance de l'air

Elle peut prendre la forme d'un avion ou d'un hélicoptère. Sous le contrôle du centre de coordination, elle agit conformément aux normes de l'aviation civile. Elle est utilisée pour emmener rapidement un médecin sur place, dans les situations d'urgence dans les zones rurales et les autoroutes, ainsi que pour les transferts de malades en état critique sur de longues distances.

L'ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE DANS LES HÔPITAUX

L'hôpital a des spécificités en termes d'équipement électrique, électronique, d'ingénierie de la construction. Durant la conception d'une unité d'urgences, les premières préoccupations doivent être : la localisation (dans l'immeuble central, indépendant...), la capacité d'accueil, les capacités d'extension physique et le budget d'équipement.

Malgré son apparente indépendance en raison de sa propre entrée et de sa location au rez-de-chaussée, l'unité d'urgence est en fait en coopération continue avec les autres unités de l'hôpital et les unités régionales. Les unités d'urgences sont un lieu de

passage plutôt qu'une destination finale, car elles reçoivent tous les patients sans faire de distinction entre les spécialités pour ensuite les rediriger vers les services concernés. C'est pourquoi dans sa conception l'unité doit être indépendante à l'extérieur mais en contact étroit et rapide avec les autres unités à l'intérieur de l'immeuble. La proximité des unités de radiologie conventionnelles avec les urgences est importante pour l'accès rapide aux radios par les médecins des urgences.

Cette approche est valable pour les unités de soins intensifs et les blocs opératoires. Les longs transferts entre différentes unités et surtout entre différents immeubles peuvent être nuisibles aux patients et doivent absolument être évités. En concevant les trajectoires que suivront les malades à l'intérieur de l'unité, il faut veiller à distinguer les zones pour les cas légers des zones réservées aux cas urgents. Une organisation circulaire est conseillée. L'hôpital doit avoir des entrées différentes pour les cas urgents, les malades ordinaires et le personnel. A l'entrée des urgences, il doit y avoir un équipement de réanimation primaire et des possibilités de communication rapide avec les autres unités de l'hôpital. A l'intérieur du service d'urgences, le centre de travail des infirmiers doit se trouver dans une position centrale, et doit pouvoir atteindre tous les malades le plus facilement possible. Le cabinet du médecin doit également se trouver dans une zone centrale mais doit pouvoir permettre la confidentialité.

Le chiffre conseillé pour le nombre de lits pourvus pour l'observation est de 1 lit pour 2 000 personnes qui viennent aux urgences. Idéalement, ces lits doivent se trouver dans des chambres personnelles. Cependant, les contraintes financières font que des solutions plus souples sont adoptées. Des équipements mobiles montés sur des roulettes peuvent être très efficaces. Cependant, pour les patients mourants ou très agités, il est souhaitable d'avoir une chambre personnelle insonorisée. Toutes les arrivées aux urgences ainsi que les diagnostics et résultats issus des soins fournis doivent être informatisés.

Les urgences

1^e classe

Elles peuvent être organisées sous la forme d'unités dépendantes ou indépendantes de l'hôpital. Il faut y établir un système où l'intervention peut se faire en 1 minute pour les cas de choc ou de pré-choc, 5 minutes pour les autres cas et 20 minutes pour les examens approfondis.

☞ Structure physique : l'entrée des urgences doit être séparée, toujours ouverte et clairement indiquée. Les urgences doivent avoir un parking d'au moins trois places. Tout le service doit être adapté à une circulation en chaise roulante et autre matériel à roulettes.

L'accueil, le bureau des relations publiques et la sécurité doivent se trouver à l'entrée des urgences, près de l'entrée et de la salle d'attente. La salle d'attente doit inclure une cantine, des places assises suffisantes, des toilettes et un téléphone. Près de

l'entrée doivent se trouver des chaises roulantes et des civières qui doivent pouvoir être utilisés immédiatement mais ne doivent pas bloquer l'entrée. Les salles de consultation doivent être aménagées individuellement ou pour plusieurs personnes. Les petites interventions médicales ou chirurgicales doivent pouvoir commencer dans une salle séparée.

En plus de cela, il doit se trouver dans les urgences :

- des laboratoires de radiologie, biochimie, microbiologie, parasitologie et d'hématologie ;
- une banque de sang ;
- des salles de travail et de repos pour les médecins et les infirmières ;
- des salles de bains pour les patients ;
- des salles d'observation et de soins intensifs, un bloc opératoire d'urgence, une salle d'accouchement ;
- les archives, le dépôt, le dépôt réfrigérateur ;
- la pharmacie ;
- une cantine, des locaux séparés pour l'administration et la direction ;
- des locaux pour la centrale téléphonique ;
- un centre informatique, un service technique et une salle de chauffage.

L'accès des visiteurs doit être organisé de façon à ne pas gêner le service.

☞ Main d'œuvre : il faut profiter prioritairement du personnel qualifié (médecins, auxiliaires dans l'ambulance et les urgences...). De plus il faut employer des médecins spécialistes (chirurgien, anesthésiste...) et du personnel pour d'autres fonctions (nettoyage, nourriture, communication, transport, sécurité, relations publiques, technique, électrique, électronique, mécanique).

2^e classe :

Elle est créée au sein des hôpitaux et des polycliniques pour empêcher l'affluence inutile vers les urgences.

☞ Structure physique : tout le service doit être propice à la circulation des fauteuils roulants. Elle doit inclure :

- un accueil, une salle d'attente (avec suffisamment de places assises, des toilettes, un téléphone) ;
- un laboratoire d'urgences, une unité de radiologie (pour imagerie simple) ;
- des salles de travail et de repos pour les médecins et les infirmiers ;
- des salles de consultation, des salles d'intervention ;
- une salle d'observation.

Facultativement, elle peut inclure :

- un laboratoire d'urgences pouvant faire des tests simples de biochimie, microbiologie et d'hématologie ;
- des appareils d'imagerie simple ;
- des outils de consultation et de soins (semblables à ceux présents dans une ambulance) ;
- des outils de chirurgie légère ;
- un lit d'observation ;
- une section de soins dentaires.

☞ Main d'œuvre

Il est souhaitable qu'il s'y trouve des médecins spécialisés dans les soins d'urgence ou un médecin de famille ayant une formation en secourisme, un dentiste, des aides-soignants, un technicien des services d'urgence et du personnel pour le nettoyage, le transport, etc.

Les phases possibles traversées par un patient dans les urgences sont les suivantes :

- entrée à l'hôpital ;
- appréciation de l'état du patient (réanimation, cas urgent) ;
- intervention d'urgence ⇨ hospitalisation dans le service ⇨ sortie de l'hôpital ;
- cas non urgent ⇨ consultation externe ;
- décès.

La planification

Le partage des responsabilités en termes de l'envoi d'une ambulance, le transfert d'un patient, etc. doit être organisé selon certaines règles. Pour que le système puisse suivre les progrès de la médecine, il faut organiser chaque année une commission de représentants des universités, de la bureaucratie et du secteur privé pour revoir les standards. Il faut définir, au sujet du financement, les méthodes de paiement (Etat, assurance, individu) et de l'encaissement (assurance, hôpital, ambulance).

La communication aux urgences

Il est inévitable que de nos jours, les urgences, dans une course continue contre le temps, se servent des possibilités de communication modernes. Dans ce but, il faut mettre en service un numéro court pour les appels au secours, des alarmes d'incendie dans les immeubles, des téléphones d'urgence sur les autoroutes, etc. La communication par téléphone portable entre les ambulanciers et le centre de coordination a une importance vitale pour le patient. Si un protocole de transferts entre hôpitaux est constitué, la communication du personnel qualifié sera facilitée et les transferts seront facilités.

En cas d'accidents graves qui auraient lieu dans ou près de l'hôpital, l'aide serait rapide et efficace. L'utilisation d'Internet a également permis de faciliter le partage de

l'information. Les firmes de médicaments, les institutions publiques, les ordres des médecins, les universités, etc. font des efforts pour développer un système peu cher et efficace. Ainsi le soutien dirigé de l'hôpital vers l'ambulance d'institutionnalisera de façon plus complète.

Le personnel

Actuellement, les urgences sont contrôlées par les spécialités d'anesthésie, de chirurgie traumatologique et de réanimation. Toutefois une spécialisation plus spécifique se développe. Des sections spécifiques sont en train d'être créées dans les facultés de médecine, des formations et des congrès sur le sujet sont de plus en plus nombreux. A l'avenir, dans les ambulances et les urgences de 1^e degré, ce sont des médecins spécialisés dans le domaine qui exerceront. On observe depuis longtemps dans ce domaine la spécialisation des aides-soignants. Dans certains pays, ce groupe remplace le médecin, et il est souhaitable que les conducteurs d'ambulance sachent se servir d'une partie du matériel médical qui s'y trouve.

Les responsabilités légales

Le droit de la personne à vivre en bonne santé a un encadrement légal. Pour cela, il faut respecter les conditions suivantes dans les interventions médicales :

- la personne qui va faire l'intervention doit avoir une autorisation légale pour exercer ;
- le patient doit être consentant ;
- les lois doivent être respectées, les règles et données médicales appliquées sans erreur ni omission.

Pour que le patient soit légalement consentant, les conditions suivantes doivent être respectées :

- le patient doit être parfaitement au courant de son état de santé et de l'intervention qu'il va subir ;
- il doit consentir à l'intervention sans être sous pression, de son plein gré ;
- il est souhaitable que le consentement soit attesté à l'écrit.

Si le patient n'est pas conscient, une autorisation écrite doit être demandée à une personne de sa famille. Si cela n'est pas possible dans une situation d'urgence, il faut établir un certificat.

En cas de danger vital, il y a obligation légale à envoyer une ambulance, de transporter le patient à l'hôpital, d'admettre le patient à l'hôpital et de l'inscrire dans le registre du protocole. Il faut enregistrer l'identité, le sexe, l'âge, l'état de santé général et l'identité de la personne qui l'a amené à l'hôpital. Si le patient, ou le cas échéant sa famille, ne consentent pas à donner ces informations, un rapport doit le préciser. Il est obligatoire de préciser sur tout document concernant l'état de santé du patient s'il y a ou non un danger vital.

Un patient en danger vital doit absolument être hospitalisé ; sa non-prise en charge pour des raisons de places ou autre entraîne la mise en cause de la responsabilité légale de l'hôpital. L'état du patient admis doit être examiné avec des tests cliniques et laboratoires, et s'il n'y a pas assez de place et si des examens plus approfondis sont nécessaires, la stabilisation doit être assurée, le contact doit être pris avec l'établissement auquel il va être transféré, mais tous les soins doivent être fournis jusqu'à la fin du transfert. Les hôpitaux privés ne peuvent pas refuser des soins d'urgence à un malade sous prétexte qu'il n'a pas d'argent, mais ils peuvent le transférer en prenant les précautions nécessaires.

Conformément à l'article 530 du Code Pénal turc, un médecin ou infirmier qui décèle un signe d'acte criminel commis sur un patient doit le rapporter aux autorités concernées. Par exemple, des incidents comme une blessure au poignard, au revolver, un viol ou un empoisonnement doivent être transmis au procureur de la République.

S'il est établi qu'un patient est décédé, si l'examen physique ne permet pas de déterminer la raison du décès, et s'il y a un doute sur l'implication d'un facteur ou d'une personne extérieure, le décès doit être considéré comme suspect et rapporté aux autorités. Si un tel cas a été confié à un hôpital et que l'hôpital n'a pas procédé à un transfert, l'équipe d'ambulanciers doit faire une déposition à la police qui opère pour le procureur de la République ou aux gendarmes.

Si le patient est décédé lorsque les secours arrivent sur place le corps doit être transporté à la morgue. Si les proches du patient ne sont pas consentants et s'il n'y a pas de circonstances suspectes, ce transfert n'est pas obligatoire.

Si les procédures légales concernant la personne qu'il faut notifier vont nuire à sa santé ou mettre sa vie en danger, la notification peut être repoussée ou annulée. Cela n'est cependant pas possible pour les maladies dont la notification est obligatoire.

Les cas particuliers à enregistrer

Les cas suivants doivent être enregistrés :

- les cas juridiques ;
- les maladies dont la dénonciation est obligatoire ;
- le refus par le malade ou ses proches d'un soin ou d'un transfert ;
- les cas qui ne nécessitent pas un transfert à l'hôpital ;
- les décès ;
- les catastrophes naturelles ;
- les autres cas hors du commun.

Doivent être également enregistrés les cas dont la notification juridique est obligatoire :

- les blessures accidentelles ;
- les blessures et maladies provoquées par un acte délibéré ;

- toutes les intoxications ;
- les tentatives de suicide ;
- les patients inconscients et dont l'identité est indéterminée.

Les cas hors du commun

☞ A l'intérieur de l'hôpital : il faut préparer des plans d'action contre les incendies, inondations, sabotages, etc. L'intervention dans les situations extraordinaires est rendue difficile par les dangers de contacts biologiques, chimiques, électriques et radioactifs qui émanent des appareils utilisés.

☞ Dans les environs de l'hôpital : il faut prévoir un plan d'action pour affronter les cas comme les accidents d'avion, les épidémies et les intoxications collectives. Dans ces situations, les précautions doivent se focaliser sur la sécurité de l'immeuble et les plans d'alarme.

☞ Les incendies : l'incendie est une branche de spécialisation dans les universités techniques. Il est cependant intéressant de jeter un coup d'œil aux circonstances concrètes. Si une allumette tombe sur un canapé en mousse, si les portes et fenêtres sont fermées, la température dans la chambre s'élève à 300 degrés en 2 minutes. Si les portes et fenêtres sont ouvertes, l'incendie se propage aux autres pièces en moins d'une minute, à une vitesse de 70 km/h. Durant un incendie, les cages d'escaliers ou d'ascenseurs jouent le rôle d'une cheminée. Il devient donc impossible de respirer dans ces zones. Il est de toute façon très dangereux d'utiliser l'ascenseur car on peut à tout moment s'attendre à une coupure d'électricité. C'est pourquoi si l'on remarque l'incendie plus de 2 minutes après son début, il faut fermer les portes et fenêtres de la pièce et aller près d'une fenêtre pour attendre de l'aide. Les extincteurs au CO₂ ou à la poussière sèche provoquent des problèmes respiratoires, et ceux à la mousse et à l'eau causent des dysfonctionnements dans les appareils médicaux.

☞ Les cas extraordinaires autour de l'hôpital : Dans tous les accidents qui impliquent moins de cinquante blessés, la situation se déroule de la même façon ; ceux qui mettent en cause plus de cinquante blessés sont des situations extraordinaires. Si un tel cas (accident d'avion, explosion d'une bombe, intoxication...) se produit près d'un hôpital, beaucoup de patients arriveront d'un coup. Une équipe de réanimation doit être prête à intervenir en une heure sur 12 blessés graves ou 24 blessés légers ; l'hôpital doit être préparé à cela. La façon dont la première équipe de secours qui arrive sur place rapporte la situation est très importante. Elle doit prendre en compte quatre facteurs :

- le type et l'ampleur de l'incident ;
- le nombre de victimes ;
- le lieu et l'heure ;
- les ressources disponibles.

Les équipes sur place sont chargées des registres nécessaires. Il faut inscrire les noms, adresses, dates de naissance et sexe des victimes, et si cela est impossible, le lieu où

ils ont été trouvés. Puis il faut inscrire les interventions faites, les médicaments utilisés et l'équipe qui a ramené le patient.

Des propositions pour les services hospitaliers lors des catastrophes

Il est fortement conseillé que chaque hôpital ait un plan d'action en cas de catastrophe. Ce plan doit inclure les points suivants :

- la sûreté des canaux d'information doit être assurée ;
- les noms, adresses et numéros de téléphone de tout le personnel médical, auxiliaire, administratif et technique doivent être à disposition ;
- les zones qui seront utilisées en cas de catastrophe doivent être déterminées ;
- le centre administratif, les salles d'intervention, les salles d'attente doivent être clairement indiqués ;
- les lieux de repos des personnes qui doivent intervenir en cas de catastrophe doivent être déterminés.

Les précautions suivantes peuvent être nécessaires selon les priorités :

- donner l'alarme selon les ordres du chef de clinique, du médecin en chef ou de ses auxiliaires
- les interventions routinières doivent être interrompues, les polycliniques doivent être vidées
- les visiteurs doivent immédiatement être éloignés ; les malades couchés doivent rester dans leur chambre.
- les entrées et sorties pour les véhicules doivent être évacuées et indiquées par des signalements clairs.

S'agissant de l'arrivée des blessés :

- les blessés graves qui nécessitent une intervention d'urgence doivent être conduits au bloc opératoire ;
- tous les autres blessés doivent passer par l'accueil pour le tri ;
- les lits doivent être préparés. Le service d'observation doit être vidé autant que possible, les patients dont l'état le permet doivent être évacués ;
- les salles supplémentaires comme les salles de sport, les cantines peuvent être utilisées pour y mettre des lits ;
- les stocks doivent être vérifiés et complétés ;
- la zone de tri et l'accueil des malades doivent être organisés à l'entrée. Il faut y apporter des tables d'auscultation des polycliniques ainsi que des civières ;
- les salles d'attente doivent être positionnées près de l'aire de tri et doit être indiquée avec des panneaux, et contenir des places assises ;
- les lieux d'enregistrement et de documentation doit être déterminés ;
- des cartes de patients avec des numéros de protocole doivent être prêtes ;
- les chaises roulantes doivent rester au rez-de-chaussée ;
- la cuisine doit servir des boissons chaudes ;

- des salles de repos pour le personnel qualifié doivent être préparées. Elles peuvent se situer près de la zone de tri pour le chirurgien ; dans la chambre de choc pour l'anesthésiste ; aux urgences ou dans la polyclinique pour les assistants chirurgiens ; dans les salles administratives pour le personnel de la direction ;
- les patients admis doivent être répartis selon leurs cas suite au tri ;
- les patients en état léger mais qui doivent rester sous observation peuvent être transférés aux salles de sport ou à la cantine ;
- les patients qui nécessitent des interventions légères iront en polyclinique ;
- les patients en état critique doivent rester dans les salles les plus calmes ;
- les cas qui nécessitent des soins urgents doivent aller aux urgences ou aux soins intensifs.

Ce modèle peut varier selon les spécificités structurelles de chaque hôpital.

Annexe 6. Propositions tirées du voyage d'étude en Turquie de Robert Holcman

THEMES		SITUATION ACTUELLE	PROPOSITIONS
ORGANISATION HOSPITALIERE	Cohérence de l'offre hospitalière	Diversité de l'offre hospitalière compensée par l'unification de la protection sociale.	Le maintien d'une couverture sociale unifiée est le garant d'un niveau minimal d'accès aux soins les plus divers.
	Cohérence de la couverture sociale		
	Direction des hôpitaux	Proposition de création d'une direction médicale dans les hôpitaux publics et/ou direction des hôpitaux confiée à un médecin.	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien d'un administratif à la tête des hôpitaux. • Introduction d'un représentant du corps médical dans les équipes de direction.
	Maillage des quartiers	Non	Action volontariste initiée par les hôpitaux, en coordination avec les structures locales de soins et des associations, pour aller au-devant des populations à risque de « non-soins ».
	Mobilité des soins hospitaliers	Marginale en France.	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'unités de mobiles de soins hospitaliers. • Coordination de leur action avec le tissu associatif local.
	Intégration des niveaux de soins	Parcelaire et ciblée (hépatite C, par exemple).	Coordination de la prise en charge hospitalière avec les autres niveaux de soins du bassin de vie.
	« Triage » aux urgences	Pour l'instant confié à l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO).	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'IAO par un agent administratif pour l'ouverture des droits sociaux et un personnel d'action sociale chargé de mobiliser les moyens de l'hôpital (assistantes sociale, traducteurs...) et, par le biais d'une formation spécifique reçue, nouer le dialogue avec patients et/ou familles, et ce en accompagnement du travail médical.
ELEMENTS CULTURELS	Explication des symptômes et expression de la souffrance	Brouillage des symptômes et/ou exagération des manifestations de l'affection.	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuellement, recrutement de personnels spécialisés : éthomédecins, sociologues formés aux métiers de la santé, anthropologues de la santé... • Mutualisation entre plusieurs hôpitaux des personnels spécialisés ainsi recrutés.
	Formation des personnels	Pas de formation systématique des personnels à l'appréhension d'autres cultures.	
	Incorporation de nouveaux métiers	Expérimentale dans certaines structures de soins.	

Source : Tableau réalisé par l'auteur.