

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MINOST Jérôme André Charles
Né le 19 Mars 1980 à MELUN (77)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Avril 2009

**Quel est l'impact de l'absence de médecin
traitant sur les recours aux urgences ?**

Président : Professeur E.CASALINO
Directeur : Docteur C. LE GALL

DES de Médecine Générale

Remerciements :

Au Professeur E. CASALINO, mon président de thèse,

Au Docteur C.LE GALL pour m'avoir aidé et soutenu dans ce long travail,

Aux membres du jury, Pr J.C.DEYBACH et Professeur P.JUVIN,

Au Professeur EDDI,

A Natacha et Gaëtan qui m'ont soutenu,

A Pauline et Damien avec qui j'ai partagé mes études,

A ma famille qui m'a suivi et soutenu dans mes études.

Résumé :

Contexte : mise en application en 2005 de la réforme du médecin traitant qui favorise une prise en charge coordonnée du patient avec comme élément de référence le médecin traitant sous peine de pénalités financières. Cette réforme peut-elle influencer l'activité des urgences de plus en plus axée sur la prise en charge de patients peu graves ?

Objectifs : typologie des patients sans médecin traitant se présentant aux urgences, comparaison avec le groupe des patients ayant un médecin traitant.

Méthode : étude monocentrique prospective aux urgences d'Argenteuil, questionnaire directifs (items épidémiologiques, socio-économiques, médicaux) aux patients de plus de 16 ans se présentant pour tous motifs. Mesure de l'impact (déclaration d'un médecin traitant dans les 2 mois) d'une information brève sur la réforme faite aux urgences.

Résultats : Le taux des patients recourant aux urgences n'ayant pas déclaré de médecin traitant est de 29.6% (contre 32% d'après la CPAM d'Argenteuil, $p=0.64$). Les deux principales raisons évoquées de non déclaration sont l'absence d'information de la réforme et la négligence.

Les patients sans médecin traitant sont plus jeunes, sans couverture complémentaire, consultant plus souvent aux urgences pour des motifs de recours moins graves que ceux avec médecin traitant. Deux mois après une sensibilisation orale, appuyée du formulaire de choix de médecin traitant fourni par la sécurité sociale, 30% des patients ont déclaré un médecin traitant.

Conclusion : L'absence de médecin traitant favorise l'augmentation des recours aux urgences pour des motifs de médecine générale, sans gravité, chez les patients jeunes et sans mutuelle. L'information « médecin traitant » est une donnée indispensable pour repérer aux urgences les patients hors circuit coordonné et les signaler à l'assistante sociale afin de les sensibiliser à la démarche de déclaration d'un médecin traitant. C'est une garantie de qualité de la prise en charge et un moyen de maîtriser l'augmentation continue des passages aux urgences pour des motifs peu graves.

Mots clés :

Médecine générale

Réforme du médecin traitant

Médecin traitant

Patients récurrents

Activité des urgences

Service des Urgences

Epidémiologie

Précarité

Plan :

1. INTRODUCTION-----	7
1.1. Ce que l'on sait : La réforme du parcours de soins et du médecin traitant. -----	7
1.2. Ce que l'on ne sait pas : Comment le patient va intégrer ce parcours de soins et quel va en être l'impact sur les recours aux services des urgences ? -----	8
1.3. Ce qui a amené à se poser la question : Pourquoi une telle augmentation de fréquentation des services d'urgences ? -----	9
1.4. Hypothèses -----	10
1.5. Objectifs de l'étude-----	11
2. MATERIEL ET METHODE : -----	12
2.1. Descriptif -----	12
2.2. Critères d'inclusion-----	13
2.3. Critères d'exclusion -----	13
2.4. Le questionnaire -----	13
2.5. Objectif primaire-----	14
Nous avons comparé le taux de patients des urgences ayant déclaré un médecin traitant par rapport au taux de déclaration de la population générale de notre bassin de vie à partir des données de la caisse primaire d'assurance maladie. -----	14
2.6. Objectifs secondaires : -----	14
2.7. Analyse statistique-----	15
2.8. Recherche documentaire-----	15
3. RESULTATS-----	16
3.1. Déclaration d'un médecin traitant dans la population des urgences -----	16
3.2. Analyse médico-socio-économique de notre population -----	17
3.2.1. Age, sex ratio -----	17
3.2.2. Catégories socioprofessionnelles -----	19
3.2.3. Origines géographiques des patients-----	20
3.2.4. Couvertures sociales-----	20
3.2.5. Modalités de recours-----	21
3.2.6. Répartition CCMU des patients et taux d'hospitalisation-----	25
3.2.7. Connaissances des ressources médicales-----	27
3.2.8. Proposition d'un entretien social-----	27
3.3. Causes de non déclaration d'un médecin traitant-----	28
3.4. Impact de la sensibilisation à la déclaration du médecin traitant par rappel téléphonique à 2 mois du passage aux urgences-----	29
3.5. Autres résultats-----	30
3.6. Quelques chiffres pour se replacer dans le contexte [3,4]-----	30
4. DISCUSSION-----	32
4.1. Médecin traitant, médecin correspondant, médecin adhérent à l'option de coordination : définition et missions 32	
4.1.1. Le médecin traitant -----	32
<i>Les missions du médecin traitant :</i> -----	33
4.1.2. Le médecin correspondant -----	34
<i>Les missions du médecin correspondant :</i> -----	35
4.1.3. L'option de coordination -----	36
4.2. Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés -----	37
4.3. Comment renseigner le parcours pour l'assurance maladie ?-----	38

4.4.	Les outils de la coordination -----	40
4.4.1.	Le dossier médical personnel-----	40
4.4.2.	La protocolisation des soins de longue durée-----	41
4.4.3.	La pénalisation financière des patients hors parcours -----	41
	Si le patient ne s'inscrit pas dans ce parcours de soins, il sera sanctionné par un moindre remboursement de l'Assurance maladie. Cette "majoration de participation" du ticket modérateur est rentrée en action depuis 2009. -----	41
4.4.4.	Les exceptions de la pénalisation financière-----	43
4.5.	Typologie du patient sans médecin traitant aux urgences : qui est-il ? qu'est ce qui le caractérise ?	44
4.6.	Les passages récurrents -----	46
4.7.	Ainsi donc si la population sans médecin traitant aux urgences est constituée d'une population jeune, sans mutuelle, consultant pour des motifs non urgents et des consultations récurrentes aux urgences, la réforme du médecin traitant a-t-elle une possibilité de modifier le recours au service des urgences et dans quel sens ?	48
4.7.1.	L'exemple du Royaume Uni [17,18,19,20]-----	49
4.7.2.	L'exemple du Canada [21,22]-----	50
4.7.3.	L'exemple de l'Allemagne [23,24,25] -----	51
4.8.	Réforme du médecin traitant sur l'activité des urgences -----	52
4.9.	Aspect négatif de la réforme -----	55
4.10.	Pénalisation financière -----	56
4.11.	Comment prendre en considération cette réforme dans le fonctionnement des urgences ? -----	57
4.11.1.	Mission de la PASS-----	57
4.11.2.	Marqueur de précarité médicale-----	59
5.	CONCLUSION -----	61

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTION

1.1. Ce que l'on sait : La réforme du parcours de soins et du médecin traitant.

Une loi mettant en place le médecin traitant et réformant l'assurance maladie a été promulguée le 13 août 2004 [1]. Appliquée depuis le 1^{er} juillet 2005, toutes les personnes de plus de 16 ans doivent avoir déclaré un médecin traitant. Dans le cas contraire, il surviendrait une diminution des taux de remboursement de leur consultation aussi bien pour le généraliste que pour le spécialiste. En effet, les consultations effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés entraînent un surcoût, car un moindre remboursement. Le taux de remboursement de la sécurité sociale s'élève à 70% en cas de consultation du médecin traitant ou d'un spécialiste, qu'il soit en secteur un ou deux, à condition que cette consultation soit intégrée à un parcours de soins coordonnés. Si la consultation se fait en dehors de ce parcours, le taux de remboursement chute à 50% (annexes 1 et 1 bis : Tableaux de remboursement de la caisse primaire d'assurance maladie dans et hors parcours de soins). Chaque patient est donc financièrement incité à suivre un parcours de soins coordonnés avec un médecin traitant qui est au centre de celui-ci.

L'objectif de cette loi est de permettre une meilleure organisation et coordination des soins, un meilleur suivi (personnalisé), une meilleure qualité des soins, une plus grande efficacité médico-économique et, *in fine*, un meilleur accès aux soins.

Mais ce système a aussi des contraintes que le patient peut vivre comme un désavantage :

1. Restriction de l'accès aux spécialistes
2. Pénalisation de l'errance médicale qui était parfois un mode de consommation de la médecine adapté à certain profil psychologique de patients

3. Majoration des tarifs avec un système qui risque de devenir inégalitaire (les personnes aux ressources faibles y seront contraintes, pas les autres)
4. Retard à la prise en charge en consultation de spécialiste du fait du passage obligé par le médecin traitant

1.2. Ce que l'on ne sait pas : Comment le patient va intégrer ce parcours de soins et quel va en être l'impact sur les recours aux services des urgences ?

Dans ce projet de loi, il y a donc une volonté d'encadrement des soins et des filières de soins avec un référentiel unique, ce qui entraîne une perte relative de liberté du patient au profit d'une rationalisation des soins. Quel impact ce parcours de soins peut-il avoir sur les services d'urgences ? Quel nouveau comportement de consommation de soins peut induire cette nouvelle loi ?

On peut imaginer que ce parcours de soins, assez contraignant et complexe, amène le patient vers un recours accru aux urgences, « prétextant le caractère urgent » pour accéder directement et plus rapidement aux soins notamment spécialisés. La relation médecin / patient peut ainsi en être modifiée, avec une instrumentalisation du caractère urgent qu'il reviendra à l'urgentiste de juger, et là aussi une pénalité financière pour les recours considérés comme non urgents. Il n'y a actuellement aucune étude publiée concernant la réforme du médecin traitant ni sur l'impact éventuel de cette réforme sur l'activité des urgences tant quantitativement que qualitativement.

1.3.Ce qui a amené à se poser la question : Pourquoi une telle augmentation de fréquentation des services d'urgences ?

De nombreuses personnes consultant dans les services d'urgences, sortent du cadre de ce qui est considéré comme urgent. Il n'y a aucune raison médicale pouvant expliquer l'explosion des recours aux urgences, car rien n'explique une augmentation des urgences vitales d'une telle ampleur dans les deux dernières décennies. Il faut donc bien considérer que les passages aux urgences sont pour une grande part des demandes qui étaient antérieurement gérées dans les cabinets de médecine générale. Cette catégorie de patient peu grave et non réellement urgent explique l'augmentation linéaire considérable des passages aux urgences ces dernières années. Les patients consultant pour des motifs « simples » (sous entendu où aucun examen complémentaires n'est nécessaire) viendraient donc le plus souvent directement aux urgences sans avoir vu de médecin généraliste dans un premier temps. Ceci a plusieurs explications : sociologique, économique, culturelle. Malgré une large information sur la réforme du parcours de soins, il ne semble pas que la tendance se soit à ce jour inversée. L'attitude de recours primaire aux urgences sans passer par un médecin généraliste peut être expliquée par l'ignorance de l'existence de ce dernier, par la mauvaise adhésion à la réforme du médecin traitant ou bien par l'incapacité intrinsèque des personnes à temporiser ou à planifier des soins dans un monde où tout pousse à un consumérisme débridé et impulsif.

Si ce type de patient avait consulté dans un premier temps un médecin généraliste, peut-être aurait-il perdu moins de temps et bénéficié d'une meilleure orientation dans un parcours de soins coordonnés. Il n'en reste pas moins que le refus du principe du médecin traitant semble rester assez marginal.

Pour illustrer la croissance d'activité enregistrée dans les services d'urgences, dans notre établissement (centre hospitalier général de la région Parisienne), depuis 2004, le taux d'augmentation est plus élevé que les années précédentes (annexe 2 : Evolution de l'activité

aux urgences d'Argenteuil). Le nombre total de passages en 2004 était 51 078 de contre 57 515 en 2005 et 66 766 en 2006. Le taux de fréquentation des urgences a donc augmenté de 13% entre 2004 et 2005, de 16% entre 2005 et 2006 et 5 % entre 2006 et 2007. En 10 ans il y a un peu plus de 30% d'augmentation des passages aux urgences. Il va de soit que ce type de recours a plutôt tendance à surcharger les services d'urgences qui sont par conséquent moins disponibles pour les patients nécessitant réellement des soins urgents, ce qui tend à dégrader la qualité des soins pour les patients les plus graves. Cette situation risque d'être amplifiée par le parcours de soins imposé du patient qui pour accéder plus rapidement aux soins, se présentera à l'accueil des urgences afin d'éviter le parcours complexe du médecin traitant. Une motivation financière à consulter aux urgences plutôt qu'en médecine générale peut aussi être retrouvée (le paiement est différé). Les tutelles ont donc décidé de définir une situation comme urgente si elle répondait aux caractéristiques suivantes : situation non prévue pour une affection ou suspicion d'affection mettant en jeu le pronostic vital ou l'intégrité de la personne. Elles ont également décidé de déléguer aux médecins le rôle d'arbitre pour qualifier d'urgent ou pas la consultation aux urgences.

1.4.Hypothèses

Les hypothèses que nous avons voulu tester sont, que l'absence de médecin traitant augmenterait le recours aux urgences pour des motifs de type consultation de médecine générale, dans un parcours de soins non coordonnés, et qu'ainsi le nombre de patient n'ayant pas de médecin traitant dans la population des urgences serait plus élevé que la moyenne nationale. Cette situation se révélerait d'avantage chez des patients en situation précaire. Par ailleurs, ces patients sans médecin traitant appartiendraient au groupe des malades de faible niveau de gravité et d'urgence selon la Classification Clinique des Malades des Urgences

(CCMU) (annexe 3 : Classification des CCMU), à savoir essentiellement des passages de type CCMU 1 ou 2 (pas ou peu de plateau technique, pas d'instabilité, pas d'hospitalisation). Enfin l'absence de médecin traitant (médecin traitant qui doit être systématiquement renseigné dans le dossier, comme l'indique les items qualités des dossiers médicaux définit pas l'HAS) pourrait être un indicateur simple de précarité, utilisable aux urgences, pour repérer les patients qui relèvent d'un entretien social dans le cadre de la PASS (permanence d'accès aux soins de santé).

1.5.Objectifs de l'étude

Objectif primaire : analyser la population se présentant aux urgences pour déterminer dans cette population le taux de patient ayant déclaré un médecin traitant versus ceux qui n'en ont pas déclaré.

Objectifs secondaires :

- Analyse descriptive et comparaison des deux populations
- Impact de la sensibilisation aux urgences des patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant pour qu'ils aillent vers une démarche de déclaration auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

2. MATERIEL ET METHODE :

2.1.Descriptif

Nous avons réalisé une étude prospective mono centrique, entre le 20 Novembre 2006 et le 27 Novembre 2006 à l'accueil du service des urgences de l'hôpital Victor DUPOUY d'Argenteuil dans le Val d'Oise (95), période où avait été mis en place le dispositif du médecin traitant dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.

Les patients ont été interrogés à leur arrivée aux urgences, après leur inscription administrative quel que soit le motif de recours aux urgences. Un questionnaire leur était proposé (auquel ils pouvaient ne pas répondre) dont le remplissage était assisté par un interne spécialement dégagé pour cette tâche.

Ce questionnaire a été mis au point par l'équipe médicale et les assistantes sociales des urgences et comprend des questions sensées refléter la perception du médecin traitant par les patients des urgences, sa place lors de passage en urgences, le statut socio-économique des patients, les motifs de non déclaration du médecin traitant et les raisons médicales de leur passage ainsi que leur gravité.

Pour ceux qui n'ont pas déclaré de médecin traitant, une sensibilisation a été faite par l'interne pour leur expliquer l'importance du médecin traitant dans le dispositif de soins et son intérêt dans une prise en charge globale de qualité. Une aide leur a été proposée afin de les assister dans la démarche de déclaration du médecin traitant (aide que les patients pouvaient refuser).

Un rappel téléphonique des patients qui ont accepté l'information a été fait deux mois après leur passage afin de déterminer l'impact de cette action sur la déclaration de médecin traitant.

2.2. Critères d'inclusion

Critères d'inclusion : un patient sur 3 de plus de 16 ans se présentant aux urgences quel que soit son motif de recours s'est vu proposer le questionnaire sur sept journées au mois de novembre 2006. Le taux de refus a été relevé.

2.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont : patient âgé de moins de 16 ans, troubles de la conscience, troubles cognitifs, patients sous tutelle ou curatelle, refus du patient.

2.4. Le questionnaire

Le questionnaire proposé aux patients comporte 26 items concernant différents champs parmi lesquels (annexe 4 : Questionnaire proposé aux patients) :

- Données administratives
- Données socio-économiques
- Déclaration d'un médecin traitant
- Couverture sociale
- Motif de recours aux urgences et modalité de passage aux urgences
- Eléments médicaux du passage (gravité)
- Connaissance du dispositif du médecin traitant
- Proposition d'une information plus précise et d'une aide à la désignation d'un médecin traitant

2.5.Objectif primaire

Nous avons comparé le taux de patients des urgences ayant déclaré un médecin traitant par rapport au taux de déclaration de la population générale de notre bassin de vie à partir des données de la caisse primaire d'assurance maladie.

2.6.Objectifs secondaires :

Nous avons ensuite comparé chez les patients interrogés aux urgences, la sous population de patient ayant un médecin traitant versus celle qui n'a pas de médecin traitant afin de déterminer ce qui les caractérise et les distingue.

Dans le même temps, il a été proposé aux patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant une sensibilisation puis, s'ils acceptaient, une information sur cette réforme et une aide pour la désignation d'un médecin traitant. Cette intervention (qui pouvait être refusée) consistait en une information orale expliquant brièvement la réforme du médecin traitant et son intérêt pour les patients (à la fois médical et économique). Le formulaire de déclaration de médecin traitant de la sécurité sociale était présenté et remis aux patients concernés à l'issue de l'intervention, afin qu'ils puissent le remplir lors d'une prochaine consultation (chez un généraliste) et le renvoyer à leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) (annexe 5 : Formulaire de la sécurité sociale).

L'impact de cette action de sensibilisation a été évalué par un rappel téléphonique de tous les patients qui avait accepté cette information pour savoir si des déclarations de médecins traitants avait été faite suite au passage aux urgences.

2.7. Analyse statistique

Analyse descriptive des données globales de la population interrogée dans un premier temps.

Comparaison des données entre la population avec médecin traitant et sans médecin traitant.

Utilisation du logiciel « biostatgv » disponible en ligne, <http://www.u707.jussieu.fr/biostatgv/> (annexe 6 : fenêtre web du logiciel biostatgv) pour la réalisation de tests statistiques (tests de chi 2) afin de déterminer si les différences constatées sont significatives ou pas.

2.8. Recherche documentaire

Compte tenu de l'actualité du sujet la recherche bibliographique a été pauvre. Nous avons recueillis des données auprès de la Caisse d'Assurance Maladie de la ville d'Argenteuil, de celle du Val d'Oise (95), du Conseil de l'Ordre des Médecins, de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé), et du ministère de la santé (pour ce qui concerne les aspects législatifs de la réforme du médecin traitant : site www.sante.gouv.fr)

La recherche d'article s'est également faite sur des bases de données (Medline, INIST) en utilisant les mots clés de MeSH et en constituant des équations de recherche en utilisant les règles Booléennes (AND ; OR ; NOT). Les limites suivantes ont été imposées : dix dernières années, langue française et anglaise, méta-analyse, review, étude, abstract.

3. RESULTATS

3.1. Déclaration d'un médecin traitant dans la population des urgences

Lors de cette étude, le questionnaire a été proposé à 201 patients âgés de plus de 16 ans (critère d'exclusion). Sur les 201 propositions, 199 patients ont bien voulu répondre au questionnaire et tous ont acceptés d'être recontactés dans les 2 mois suivants. Aucun des 199 patients ne présentait de critères d'exclusion. Le recueil des données de cette étude s'est déroulé sur 7 jours (du 20 au 27 novembre 2006). Des patients ont été recrutés sur l'intégralité du nycthémère.

Tableau 1 : Répartition des patients sur le nycthémère

Tranche horaire	8h-12h	12h-18h	18h-22h	22h-8h
Nombre de patients	39	103	42	17
%	19.5	51	21	8.5

Dans la population étudiée, 29.6% des patients interrogés n'ont pas déclaré de médecin traitant auprès de la CPAM

Si on se base sur les chiffres de la CPAM d'Argenteuil, les plus de 16 ans seraient 78 % à avoir déclaré un médecin traitant au 31 décembre 2006 (donc 22% n'ont pas déclaré de médecin traitant). La CPAM couvre 67 672 personnes de plus de 16 ans sur 88 611 personnes couvertes au total. Ces patients ont accès à 61 médecins généralistes sur la commune. Il n'y a au premier abord de différence significative en ce qui concerne la

déclaration de médecin traitant dans la population des patients des urgences versus la population globale ($p=0,64$).

3.2. Analyse médico-socio-économique de notre population

3.2.1. Age, sex ratio

Sur les 199 patients sondés, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 36-50 ans ; ils représentent 29% des patients. L'âge moyen est de 43,5 ans [16-92].

Tableau 2 : Répartition des patients interrogés par tranche d'âge

Répartition par âge	16-25 ans	26-35 ans	36-50 ans	51-60 ans	61-70 ans	>70 ans
Nombre de patients	42	40	55	11	21	30
%	21.1	20.1	29	5.5	10.5	15.1

Il y a une légère prédominance masculine : 55% des patients interrogés sont des hommes contre 45% de femmes, soit un sex ratio de 1.2 homme pour 1 femme.

L'âge moyen des patients sans médecin traitant est de 38 ans contre 45 ans chez les patients avec médecin traitant.

Les 26-35 ans sont les plus nombreux à ne pas avoir déclaré de médecin traitant, à savoir 42.8%.

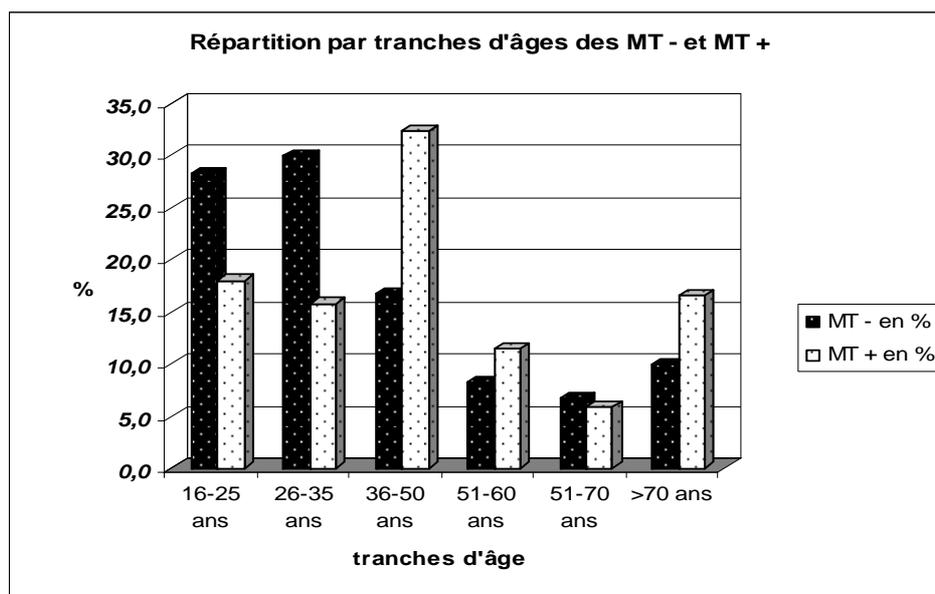


Figure 1 : Répartition par âge des patients en fonction de l'item médecin traitant oui/non

Il n'y a pas de différence significative de sex ratio dans le groupe sans et avec médecin traitant ($p=0,12$).

A l'opposé, les plus de 70 ans sont 18.7% à ne pas avoir déclaré de médecin traitant, et si on compte à partir de 61 ans et plus, le taux tombe à 16.3%. Cette différence peut en partie s'expliquer par le fait que cette population consomme d'avantage de ressources médicales et paramédicales, ait un suivi pour des pathologies chroniques et soit, par conséquent, plus sensibilisée à la réforme.

Au total, les patients sans médecin traitant sont plus jeunes que ceux avec médecin traitant et ce, de façon significative ($p=0,004$). Etre âgé de 16 à 35 ans est un facteur de risque de ne pas avoir de médecin traitant.

3.2.2. Catégories socioprofessionnelles

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était les employés avec 34.6%, puis les retraités avec 19.8%, viennent ensuite les ouvriers avec 16.2%, les cadres avec 6.6%. Les patients en cours d'études (étudiants et scolaires) représentent 7.1%, les personnes sans professions sont 14.7% et 1% des patients sont au chômage. Nous n'avons recensé aucun agriculteur et aucun commerçant. Les patients bénéficiaires du RMI représentaient 6% de l'échantillon interrogé, parmi eux, un patient sur deux avait déclaré un médecin traitant.

La répartition des catégories socioprofessionnelles est un peu différente chez les patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant. Les retraités sont 13.6% à ne pas avoir de médecin traitant contre 39% des employés. Les cadres sont, quant à eux, 80% à avoir déclaré un médecin traitant.

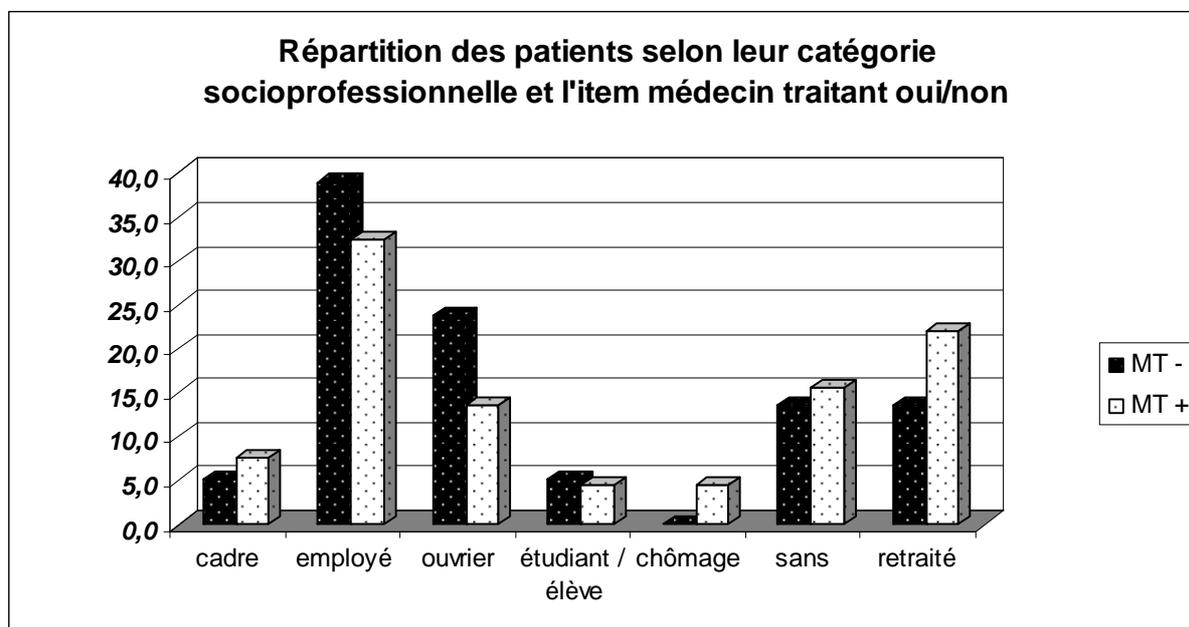


Figure 2 : Répartition par catégorie socioprofessionnelle des patients avec et sans médecin traitant

3.2.3. Origines géographiques des patients

Bien que cette donnée ne soit pas autorisée en France, il nous a semblé indispensable de demander l'origine géographique. Dans l'ensemble de notre population étudiée, 65.8% des patients ont déclaré être nés en France ; les 34.2% des autres patients sont nés en dehors du territoire français. Les pays d'origine retrouvés sont : l'Algérie (33%), le Maroc (21%), l'Afrique sous saharienne (13%), la Tunisie (7%), et les 26% restant dans d'autres pays que ceux cités ci-dessus. Quinze des cinquante neuf patients (25%) n'ayant pas déclaré de médecin traitant ne sont pas nés en France. L'origine algérienne est la première représentée avec 40%, puis l'origine marocaine avec 27%, l'ethnie africaine est en troisième position avec 20%, et enfin 6.5% sont originaires de Tunisie et 6.5% sont originaires d'un autre pays non cité.

L'origine géographique des patients sans et avec médecin traitant n'est pas significativement différente ($p=0,12$).

3.2.4. Couvertures sociales

Une part importante des patients interrogés (88.4%) déclarent être couverts par la sécurité sociale. Parmi l'ensemble des patients, ils sont 63.3% à avoir une mutuelle, 16.7% sont à 100% pour une affection de longue durée (ALD) ; 10.5% sont bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle (CMU) ; 0.5% de l'Aide Médicale d'Etat (AME). A noter que deux patients interrogés sur la période de l'étude (soit 0.5%) n'ont aucune couverture sociale.

On a constaté que 81% des patients n'ayant pas de médecin traitant sont couverts par la sécurité sociale et 91% des patients ayant un médecin traitant sont couverts par la sécurité sociale.

Par ailleurs, 43% des personnes couvertes par la CMU n'ont pas déclarés de médecin traitant.

En ce qui concerne les patients bénéficiant d'une mutuelle, ils sont 20.6% à ne pas avoir déclaré de médecin traitant. Si on regarde les patients ayant une mutuelle en plus d'une couverture par la sécurité sociale, ils sont 21% à ne pas avoir déclaré de médecin traitant.

Parmi les patients à 100% pour une ALD, il y en a 21.2% à ne pas avoir déclaré de médecin traitant, or ce sont des patients qui ont le plus souvent un suivi très régulier.

A noter, que les 2 patients sans couverture médicale, n'ont pas déclaré de médecin traitant.

La possession d'une couverture maladie ($p=0,19$), d'une mutuelle ou être bénéficiaire d'une ALD ($p=0,59$) n'est significativement pas différente en terme de distribution dans le groupe avec ou sans médecin traitant.

3.2.5. Modalités de recours

La majorité des patients ont recours aux urgences spontanément (46.2%) ; 23.6% des patients sont amenés par les pompiers ; 6% consultent sur les conseils de leur entourage.

Dans presque un quart des cas (22.6%), les patients sont adressés aux urgences par un médecin. Il s'agit alors dans 67% des cas par leur médecin traitant ; dans 22% par un autre généraliste ; 1.5% le sont via un spécialiste et 0.5% ont été orienté par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

Une très petite part des patients (1%) déclarent avoir eu recours aux urgences selon un autre mode : conseils d'une infirmière, de la famille, d'amis (ces patients ayant répondu « autre » lors du questionnaire d'entrée aux urgences).

Chez les patients qui n'ont pas de médecin traitant 52% consultent directement aux urgences alors que 12% ont néanmoins pris le temps de consulter un médecin généraliste au préalable.

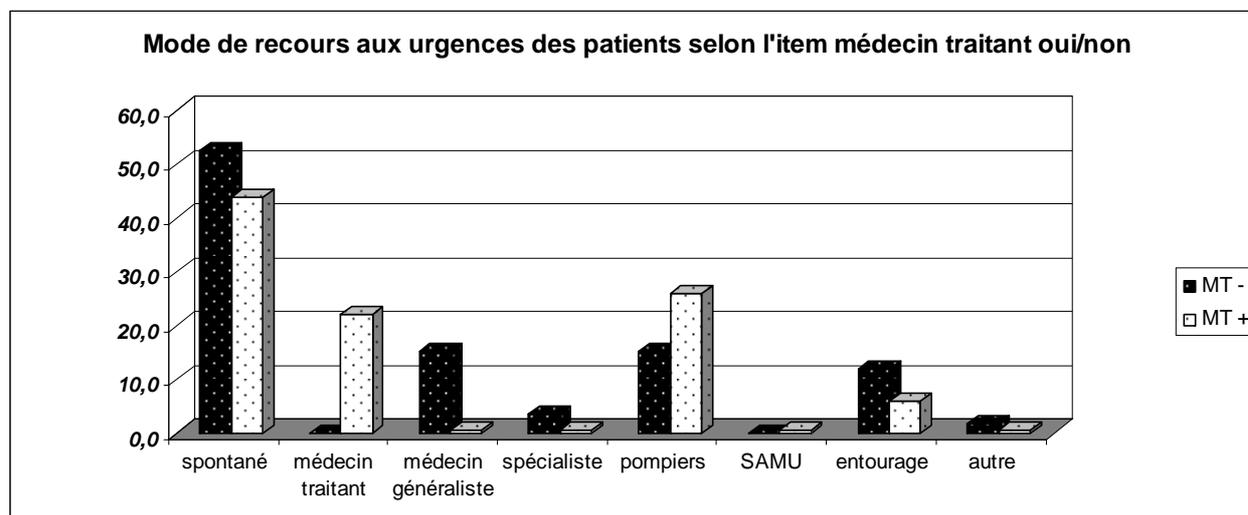


Figure 3 : Répartition des modes de recours des patients n'ayant pas de médecin traitant

Utilisation quantitative du système de soins

Nous nous sommes intéressés au nombre de consultations aux urgences et chez un médecin généraliste dans la période de un an précédant le passage actuel aux urgences.

Comparaison des différents recours

En moyenne, et sur l'ensemble de l'effectif, presque un patient sur deux (45.2%) consulte 1 à 2 fois par an aux urgences, et 75% des patients recourent au maximum 2 fois par an aux urgences. Ils sont 85% à consulter au maximum 5 fois un médecin généraliste dans l'année.

La majorité des patients (31.1%) a recours entre 3 et 5 fois par an à un médecin généraliste, alors que la majorité des patients (45.2%) ayant recours aux urgences le fait 1 à 2 fois par an.

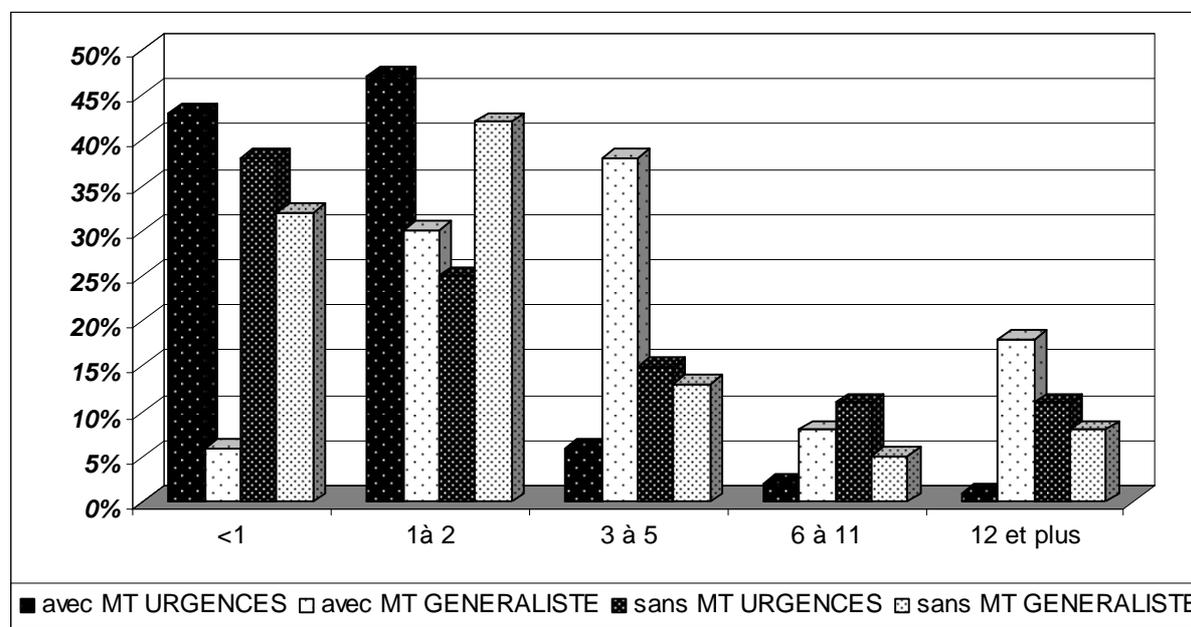


Figure 4 : Représentation du taux de patients par nombre de recours aux urgences ou à un médecin généraliste en fonction de la déclaration ou non du médecin traitant (MT) : Les deux premières colonnes de chaque tranche de recours correspondent aux patients avec médecin traitant consultant aux urgences ou un médecin généraliste. Les colonnes 3 et 4 de chaque tranche de recours correspondent aux patients sans médecin traitant consultant aux urgences ou un médecin généraliste. Le taux de patient est en pourcentage. La quantité de recours est dénombrée en, moins d'une consultation par an, 1 à 2, 3 à 5, 6 à 11 ou plus que 12 recours par an.

Les recours au médecin généraliste :

Le recours au médecin généraliste peut se faire en présence et en l'absence de médecin traitant. Les patients qui ont déclaré un médecin traitant vont plus souvent chez le médecin généraliste que ceux qui n'en ont pas déclaré : 74.2% des patients consultant un médecin généraliste moins d'une fois par an n'ont pas de médecin traitant ; ce taux chute à 26.3% dès qu'ils consultent 1 ou 2 fois par an et est inférieur à 14% pour ceux consultant entre 3 et 5 fois par an.

Ceux qui consultent beaucoup :

Il y a 15% des patients qui consultent souvent (au moins une fois par mois) un médecin généraliste. Il s'agit d'une population plutôt âgée, ils sont 46% à avoir plus de 61 ans et deux tiers sont des femmes. Parmi eux, 80% consultent au maximum 2 fois par an aux urgences et 20% plus de deux fois par an. Cette population est donc à la fois grande consommatrice de consultations de médecine générale et aussi de médecine d'urgence.

Ceux qui consultent peu :

Parmi les 44% des patients qui consulte au maximum 2 fois par an un médecin généraliste, ils ont moins de 35 ans dans 54% des cas et ils sont 93% à consulter au maximum 2 fois par an aux urgences. La population jeune, peu malade, consulte peu le médecin généraliste et peu les services d'urgences.

Les recours au service des urgences :

Plus les patients passent souvent aux urgences et moins ils ont de médecin traitant déclaré. Les patients sans médecin traitant représentent 32% des patients qui consultent moins d'une fois par an aux urgences, 42% de ceux qui consultent une à deux fois par an, 13% de ceux qui consultent aux urgences plus de 5 fois par an et 8% des patients recourant plus de 11 fois par an aux urgences.

Globalement, ceux qui consomment beaucoup de consultations de médecine générale sont également consommateurs de consultations d'urgence.

Les patients qui se sont présentés aux urgences au moment de l'enquête avaient eu recours à un médecin (généraliste, urgentiste ou spécialiste) au cours des 2 derniers mois dans 14% des cas.

Les patients sans médecin traitant ont selon leur déclaration, joint un médecin généraliste dans 13,5% des cas avant de venir consulter aux urgences.

Parmi les patients n'ayant pas de médecin traitant, 74% d'entre eux consultent au maximum 2 fois par an un généraliste, alors que la majorité le fait moins d'une fois par an.

En ce qui concerne les recours aux urgences, 73% consulte au maximum 2 fois par an et la majorité le fait entre 1 et 2 fois. Environ 10% des patients sans médecin traitant consultent 12 fois ou plus par an un généraliste ou un service d'urgences.

3.2.6. Répartition CCMU des patients et taux d'hospitalisation

La Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) est une codification évaluant l'état du patient, le niveau de gravité clinique du patient aux urgences ainsi que son pronostic médical. Cette évaluation est déterminée à la fin de l'interrogatoire du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique (Electrocardiogramme (ECG), Echelle Visuelle Analogique de la douleur (EVA), saturation pulsée en oxygène (SPO2), hémogluco-test (Dextro), bandelette urinaire, etc..) par le médecin des urgences. Cette classification comporte 5 grades du moins grave au plus grave (annexe 3 : Les 5 grades de la CCMU, [2])

Les CCMU des 199 patients que nous avons étudiées sont réparties de la manière suivante : 35% de CCMU 1, 55% de CCMU 2, 9% de CCMU 3, trois patients classés CCMU4 et deux patients classés CCMU 5.

Il y a eu 12 patients, soit 6%, qui ont fugués (partis sans attendre) ou sont sortis sans soins et n'ont pas pu être classés en fonction de leur CCMU. Ils apparaissent donc en « fugue » car non classés.

Le taux de patient ayant été hospitalisé après leur passage aux urgences est de 10.5% (soit 21 patients sur 199). Parmi ces patients, onze étaient classés CCMU 3, sept CCMU 2, deux CCMU 1 et un CCMU 5.

Les patient n'ayant pas de médecin traitant déclaré et ayant consulté aux urgences ont été classés en fonction de leur CCMU (définition et classification cf. paragraphe 1.6 et annexe 3)

Il y a autant de patients CCMU 1 et CCMU 2 (42,4%). Il n'y avait aucun patient CCMU 4 ni CCMU 5, les patients CCMU 3 n'étaient que 5%. Si il y a une tendance à plus de cas CCMU 1 dans le groupe sans médecin traitant, cette différence n'est pas significative ($p=0,08$).

Par rapport à la population générale, les patients ayant fugué ou étant parti sans soins semblent être plus nombreux, environ 10% contre 6% si on prend l'ensemble de l'échantillon. Voici deux figures illustrant la distribution des CCMU chez les patients avec et sans médecin traitant :

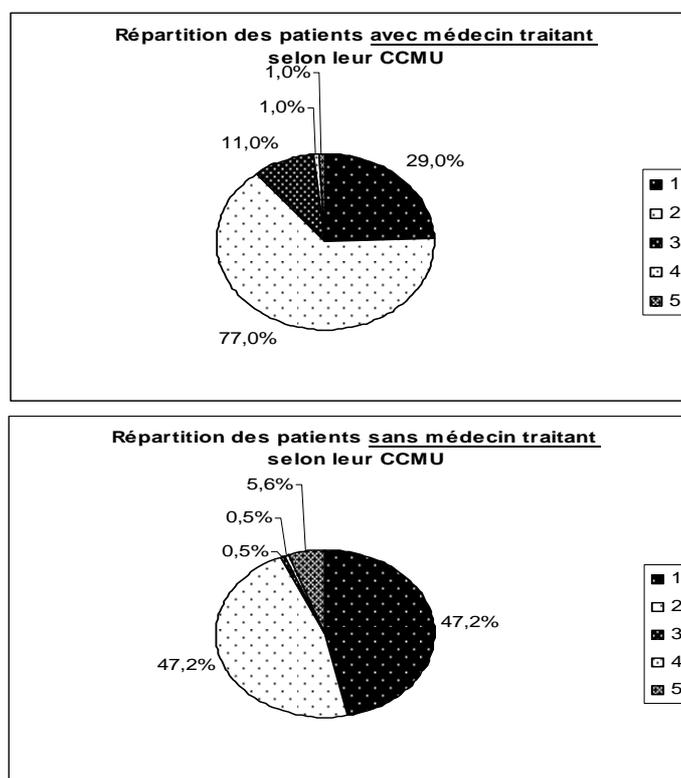


Figure 5 et 6 : Répartition des patients en fonction de leur CCMU

Le taux d'hospitalisation des patients sans médecin traitant est similaire au groupe de patient avec médecin traitant ($p=0,89$).

3.2.7. Connaissances des ressources médicales

Les patients ont été questionné sur ce qu'ils connaissaient comme ressources médicales (ou moyens de pouvoir consulter un médecin) ; ils pouvaient choisir plusieurs réponses.

La réponse la plus fréquemment citée est le médecin du SAMU (35%), puis vient ensuite, SOS médecins pour 33%, le généraliste pour 6%, les centres de santé pour 5% des patients, le médecin tu travail et le spécialiste représentent 3%.

Chez les patients sans médecin traitant, les réponses les plus fréquemment citées sont : le SAMU avec 34%, puis vient ensuite SOS médecins avec 29% ; le généraliste vient aussi en troisième position avec 13.5% (versus 9.6% l'ensemble de notre population étudiée), en quatrième place se trouve les centres de santé avec 6.8%, puis les médecins du travail et les spécialistes n'ont été cité que par 5% des patients.

3.2.8. Proposition d'un entretien social

Il a été systématiquement était proposé aux patients un entretien avec une assistante sociale. Seul 4% des patients ont accepté le principe de rencontrer une assistante sociale pour leur expliquer certaines démarches ou les aider à les réaliser; 24% ont déclaré en avoir déjà vu une et 72% des patients ont refusé.

Sur l'ensemble de notre échantillon, il y avait 8 patients qui avaient souhaité rencontrer une assistante sociale afin leur en expliquer certaines démarches, voire de les aider

à les réaliser. Sur ces 8 patients, 5 n'ont pas de médecin traitant (soit 62.5%). Parmi eux, 34% ont déjà vu une assistante sociale.

3.3. Causes de non déclaration d'un médecin traitant

Les personnes n'ayant pas déclaré de médecin traitant ont été questionnées sur les raisons de cette non déclaration. Ils pouvaient choisir une cause parmi une liste proposée :

- pas au courant,
- pas eu le temps,
- par négligence,
- pas envie,
- opposé à la réforme,
- n'ayant pas consulté depuis la mise en place de la réforme,
- par manque de compréhension,
- pas eu l'information,
- suite à un problème de langue,
- suite à un problème de communication.

Les causes de non déclaration sont illustrées ci-dessous :

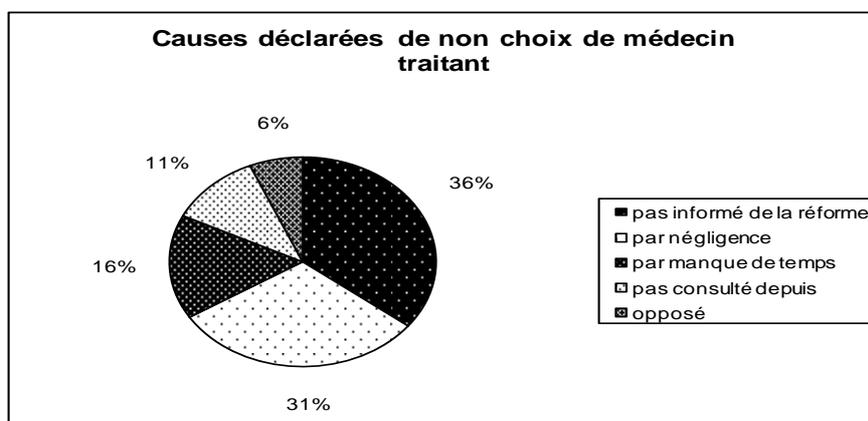


Figure 7 : Représentation en pourcentage des étiologies de non déclaration de médecin traitant

La cause la plus fréquemment évoquée est l'absence d'information concernant cette réforme ou bien son ignorance, que ce soit par les médias, par leur médecin ou par leurs amis ou famille. Ils sont 36% dans ce cas, bien qu'ils soient 82% à bénéficier de la sécurité sociale.

La deuxième cause est la négligence qui concerne 31% des personnes.

Vient ensuite le manque de temps pour 16% des patients.

Depuis la réforme, 11% des personnes déclarent ne pas avoir consulté de médecin.

Par contre, ils sont 6% à être opposé à cette réforme et à ne pas vouloir déclarer de médecin traitant. Parmi ces patients, un quart bénéficie de la CMU, les autres ont tous une mutuelle en plus de la sécurité sociale. Les trois quart ont RMI, ils ont déjà vu une assistante sociale (au moins une fois dans leur vie).

3.4. Impact de la sensibilisation à la déclaration du médecin traitant par rappel téléphonique à 2 mois du passage aux urgences

A l'issue du questionnaire, les patients qui n'avaient pas de médecin traitant ont reçu une information verbale afin de les sensibiliser au choix de celui-ci. Cette information verbale était appuyée du formulaire et de la notice de choix du médecin traitant de la sécurité sociale (annexe 6 : formulaire de la CPAM de déclaration du médecin traitant).

Nous avons rappelé l'ensemble des 59 patients (n'ayant pas déclaré de médecin traitant), deux mois après qu'ils aient été interrogés. Vingt patients ont déclaré avoir rempli et renvoyé à la CPAM le formulaire de choix de leur médecin traitant ; soit le tiers des patients qu'on avait été sensibilisés aux urgences.

3.5. Autres résultats

Les patients ont été interrogés sur la prise ou non d'un traitement chronique. Ils ont été 94 sur 199 à répondre positivement (soit 47% de la population générale). Chez ces patients, 73% ont déclaré un médecin traitant, 37% ont joint un médecin avant de venir. Ils sont 77% à consulter au minimum 3 fois par an un médecin généraliste et 81% d'entre eux consulte au maximum 2 fois par an aux urgences.

Il leur a été demandé de façon subjective une estimation de leur qualité de vie. Ils « *estiment être en bonne santé* » dans 71% des cas. Ce taux est de 69% si on ne prend en compte que les patients ayant déclaré un médecin traitant. Il n'y a pas de différence significative entre le groupe des patients ayant un médecin traitant versus les patients sans médecin traitant $p=0.357$.

	Estimer être en bonne santé	Pas en bonne santé
MT +	96	44
MT -	45	14

Tableau 3 : Répartition des patients selon leur estimation d'état de santé et selon leur déclaration ou non de médecin traitant (MT)

3.6. Quelques chiffres pour se replacer dans le contexte [3,4]

Il y a *en France*, 93 816 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins pour 63 millions d'habitants, soit *un généraliste pour 671 habitants* [3,4].

Le *Val d'Oise* compte 1 153 500 habitants et 1 450 médecins généralistes inscrits au tableau du conseil départemental du Val d'Oise, soit *un généraliste pour 795 habitants*. [3,4].

Ils sont 61 généralistes sur la commune d'*Argenteuil* pour 102 400 habitants, soit *un généraliste pour 1 678 habitants*. [3,4].

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la commune d'Argenteuil couvre 88 611 personnes, dont 67 672 âgés de plus de 16ans. Il y a 32.08% des assurés de plus de 16 ans qui n'ont pas déclaré officiellement leur médecin traitant à la CPAM au 31 décembre 2006. Selon le Point d'information mensuel de la CNAMTS du 6 juin 2006, en France, « huit français sur dix ont déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale à la mi-mai 2006 » [5]

Sur l'ensemble de la population protégée par la CPAM d'Argenteuil, 12.25% le sont par la CMU et 0.19% par l'AME.

4. DISCUSSION

En 2002, alors que la réforme n'est pas encore mise en place, V.Kovess, écrit que « chaque malade a une trajectoire : séquence ordonnée d'événements pathologiques et d'interaction avec le système de soin (...) pour lequel on pourrait mettre en place des réseaux de soins coordonnés » [6]. Elle explique que jusqu'à présent (en 2002), chaque patient est pris en charge de manière désordonnée avec des consultations, des interlocuteurs et des traitements multiples. Elle évoque le fait que si on organise le suivi des patients dans un sens unidirectionnel au sein d'un réseau coordonné, cela pourrait être bénéfique pour le patient « en améliorant l'organisation de ses soins médicaux » [6]. Deux ans plus tard, la réforme est votée et mise en place en 2005.

4.1. Médecin traitant, médecin correspondant, médecin adhérent à l'option de coordination : définition et missions

4.1.1. Le médecin traitant

Les textes : CSS Article L162-5-3 (Loi du 13 août 2004), Convention médecins-Assurance Maladie 2005, Arrêté du 2 août 05 relatif au médecin traitant salarié¹

La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus d'un médecin traitant, autour duquel les partenaires conventionnels mettront en place le parcours de soins coordonnés.

¹ L'arrêté ne prévoit de protocole que pour les patients atteints d'une « affectation de longue durée », alors que la convention dispose que le médecin traitant contribue à la protocolisation des « soins de longue durée », ce qui semble couvrir les notions de « soins itératifs », pouvant donner lieu à « plan de soins », et d'affectation de longue durée (ALD), formalisée par un « protocole de soins ». C'est probablement une maladresse de rédaction de l'arrêté.

Dans ce parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant, qu'il choisit librement.

Le patient peut également, tout en restant dans le parcours, consulter directement, pour certains des actes qu'ils effectuent, des médecins relevant de certaines spécialités dites à accès spécifique.

Les médecins traitants se coordonnent avec les autres professionnels et services participant aux soins de leurs patients. Leurs interventions contribuent à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par leur fonction de conseil et d'orientation, les médecins traitants participent activement à la bonne utilisation du système de soins par leurs patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Leur relation de proximité avec leurs patients les situe également au cœur du développement de la prévention en santé.

Les missions du médecin traitant :

- assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;
- contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou

spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;

- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le DMP ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Modalités pratiques (AMELI - La réforme en pratique)

Le médecin salarié d'un établissement peut être médecin traitant. Le patient a le libre choix de son médecin traitant, mais le médecin est libre d'accepter ou de refuser d'être le médecin traitant d'un patient. Le cas échéant, le patient remplit avec son médecin traitant une déclaration de choix du médecin traitant (annexe 6 : formulaire de la CPAM de déclaration du médecin traitant) et l'adresse à sa caisse d'Assurance Maladie.

4.1.2. Le médecin correspondant

Les textes : Convention médecins-Assurance Maladie 2005, Avenants à la Convention, NGAP

Intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant garantit le second recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés.

Conformément à l'article 18 de la NGAP, le médecin correspondant peut intervenir pour délivrer :

- un avis ponctuel de consultant (il ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions) ;
- des soins itératifs et procéder à un retour d'information au médecin traitant².

Le médecin traitant s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois par semestre ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, le médecin traitant en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

Les missions du médecin correspondant :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé ;
- contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affections de longue durée ;
- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, (...) tout élément objectif se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

² Les formes que peuvent prendre ce retour d'information dans l'attente de la mise en oeuvre du DMP (cf. infra) ne sont pas précisées.

4.1.3. L'option de coordination

Les textes : Convention médecins-Assurance Maladie 2005, Avenants à la Convention, NGAP

Cette option de coordination est proposée afin de favoriser l'accès aux soins et de prendre en compte, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, l'engagement aux médecins généralistes et spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2) ou titulaires d'un droit permanent dans la coordination des soins réalisés à tarifs maîtrisés.

Le médecin formalise son adhésion à l'option de coordination par le biais d'un formulaire adressé à la Caisse du lieu d'implantation par lettre recommandée avec accusé de réception.

n.b. : ne pas confondre avec la fonction de médecin coordonnateur de l'équipe de soins (instauré par le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile codifié R162-1-11 du CSS), rémunérée par un forfait (NGAP 8.1.2.), ni avec d'autres fonctions de médecin coordonnateur définies par le Code de la Santé Publique ou par le Code de l'Action Sociale et Familiale³.

³ Médecin coordonnateur :

- de l'équipe de soins, (instauré par le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile, article R162-1-11 du CSS, NGAP 8.1.2.) ;
- en EPHAD (article D312-155-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles inséré par Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005) ;
- mentionné à l'article L3711-1 du Code de la Santé Publique dans le cadre de l'injonction de soins prévue par l'article 131-36-4 du code pénal ;
- de l'activité de prélèvement (article R1233-7 du CSP) ;
- responsable de fédération médicale interhospitalière (article L6135-1 du CSP) ;
- responsable de service d'accueil et de traitement des urgences des établissements de santé privés (article D6124-1 du CSP) ;
- de structure dite d'hospitalisation à domicile (article D6124-308 du CSP).

4.2. Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés

Le médecin traitant assure les soins courants du patient qui l'a choisi comme tel. Dans certaines situations cependant, le médecin traitant peut faire appel à un médecin correspondant.

Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés sont les suivantes :

- Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel : le médecin correspondant a un rôle de consultant, à ce titre, il ne donne pas de soins continus à ce patient et doit laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.
- Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs.

Ces soins sont pratiqués selon :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
- ou selon un protocole affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant selon les périodicités prédéfinies.

- Médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant.
- Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste (notamment MEP) : le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

4.3. Comment renseigner le parcours pour l'assurance maladie ?

La nouvelle feuille de soins (annexe 6 : feuille de soins S3110) permet par simple cochage d'indiquer le mode d'accès à la consultation.

7 cas sont ainsi prévus qui se renseignent ainsi, dans la feuille de soins :

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case <input type="checkbox"/>				
si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)				
nom et prénom du médecin traitant :				
accès direct spécifique <input type="checkbox"/>	urgence <input type="checkbox"/>	hors résidence habituelle <input type="checkbox"/>	médecin traitant remplacé <input type="checkbox"/>	accès hors coordination <input type="checkbox"/>

Les 7 configurations à distinguer correspondent aux situations suivantes (cf. supra les modalités du parcours) :

- L'intervenant devient le médecin traitant (soit que le patient n'ait jusqu'alors pas choisi son médecin traitant, soit qu'il en change lors de la présente consultation). C'est la case « nouveau médecin traitant » qui est cochée. Le formulaire de déclaration de choix du médecin traitant est cosigné par le médecin et le patient.
- Le patient est envoyé par son médecin traitant (déjà déclaré) à un confrère qualifié alors de médecin correspondant. Ce pourra être un avis ponctuel, une consultation ou des actes techniques pratiqués dans le cadre d'une ALD (donc sous protocole de soins), ou encore de soins itératifs ou mobilisant des intervenants multiples (donc en principe sous plan de soins). Si la réglementation n'impose aucune forme ni n'exige aucun justificatif (tels qu'ordonnance, courrier etc.) quant à cette orientation en dehors du cas de l'ALD, le nom du médecin traitant doit cependant être mentionné.
- L'indisponibilité du médecin traitant, l'urgence médicalement justifiée (situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient, ou l'intégrité de son organisme, et entraînant

la mobilisation rapide du médecin), ou le déplacement de l'assuré (éloigné de sa résidence habituelle), sont considérés comme des situations particulières.

- Les spécialités dites à accès spécifique⁴.
- L'accès « hors coordination » (feuille de soins). Ce sont les autres cas, et notamment les consultations et soins pour l'enfant de moins de 16 ans.

Le cas des actes et consultations sans prescription du médecin traitant assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies est incertain. Est-il assimilable aux spécialités à accès spécifique et donne-t-il lieu de la même façon que celles-ci à majoration de coordination en cas de retour d'information ⁵?

n.b. : La mention du retour d'information du médecin correspondant au médecin traitant n'est pas prévue dans la feuille de soins S 3110i. Or l'application de la majoration de coordination généraliste (MCG) ou spécialiste (MCS) est soumise à une double condition, d'accès d'une part et de retour d'information d'autre part. Facturer la majoration de coordination constitue un engagement implicite qu'il y a eu ou aura retour d'information.

⁴

L'arrêté du 28 juillet 2005 liste les spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie. La convention Médecins – Assurance Maladie limitait l'accès spécifique à certains actes pratiqués par ces spécialistes.

⁵ Il n'est pas mentionné par la convention Médecins – Assurance Maladie mais figure parmi les situations énumérées par l'arrêté du 28 juillet 2005 où la majoration de dépassement autorisé est nulle. Cette situation est-elle assimilable aux spécialités à accès spécifique (application possible de la MCS ou MCG) ou est-elle hors champ du parcours de soins coordonnés ?

4.4. Les outils de la coordination

4.4.1. Le dossier médical personnel

Conformément à la loi, les médecins conventionnés consulteront et mettront à jour le dossier médical personnel (DMP) des patients qu'ils prennent en charge.

La prochaine génération de carte Vitale constituera (avec la CPS) une clé d'accès au DMP, qui sera accessible auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé.

Le DMP a vocation à suivre le patient tout au long de son parcours de soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans le respect des règles du secret médical. Dans l'attente de la mise en œuvre du DMP, le médecin traitant établit son dossier médical en conformité avec le parcours de soins coordonné.

A cet effet, ce dossier comporte les éléments d'information suivants:

- une synthèse actualisée des éléments du dossier nécessaires à la continuité des soins,
- les protocoles de soins, notamment les protocoles relatifs aux soins de longue durée et les protocoles de dépistage,
- les documents transmis par les professionnels participant à la continuité et à la coordination des soins : courriers de réponses, protocoles de soins proposés, résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires, etc.

Les éléments ainsi colligés dans le dossier doivent permettre d'attester de la réalité de la coordination assurée par le médecin traitant. Ils sont remis au patient en cas de changement de médecin traitant.

4.4.2. La protocolisation des soins de longue durée

Lorsque le médecin traitant oriente son patient vers un médecin correspondant pour des soins itératifs, un plan de soins est établi. La rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade.

Ces soins sont pratiqués selon :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
- ou selon un protocole affection de longue durée.

Le plan de soins est colligé dans le dossier médical permanent. En dehors des affections de longue durée (Formulaire PIREs), aucun formalisme particulier n'est exigé à ce jour.

4.4.3. La pénalisation financière des patients hors parcours

Si le patient ne s'inscrit pas dans ce parcours de soins, il sera sanctionné par un moindre remboursement de l'Assurance maladie. Cette "majoration de participation" du ticket modérateur est rentrée en action depuis 2009.

Alors que les bénéficiaires de l'AME ne sont pas tenus au dispositif du médecin traitant⁶, les bénéficiaires de la CMU doivent le désigner et s'inscrire dans le parcours de soins pour ne pas être pénalisés financièrement.

⁶ Car ils ne sont pas considérés comme assurés. En revanche, le dispositif du médecin traitant s'applique aux bénéficiaires de l'AME Complémentaire.

La "majoration de participation " n'est pas prise en charge par la CMU, mais elle l'est au titre de la CMU complémentaire. Les bénéficiaires de la seule CMU, c'est-à-dire ceux dont les ressources dépassent le plafond de ressources pour l'attribution de la CMU complémentaire (6 912 euros annuels au 1er juillet 2004) seront donc sanctionnés financièrement⁷.

De plus, le médecin ou son établissement a la faculté d'appliquer une majoration de dépassement autorisé. Son montant est égal au dépassement maximal d'honoraires autorisé pour les libéraux (17,5 % de la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés arrondi à l'euro supérieur). Cette majoration non remboursable par l'assurance maladie est versée à l'établissement.

Dans le cadre des « contrats responsables », le ticket modérateur supplémentaire payé par l'assuré ainsi que les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins ne seront pas non plus pris en charge par les organismes complémentaires.

Vous conservez la liberté de choisir ou non un médecin traitant, donc d'intégrer ou non le parcours de soins coordonnés.

Cependant, depuis le 31 janvier 2009, si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, le montant de vos remboursements est diminué :

- de 40 % si le montant de l'acte est inférieur ou égal à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin généraliste de secteur 1) ;
- de 10 euros pour tout acte supérieur à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1).

⁷ Lettre de la CNAM du 14 avril 2005 informant les caisses des modalités d'application du dispositif "médecin traitant - parcours de soins coordonnés" aux bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) et de l'Aide médicale d'Etat (AME).

Vous êtes considéré comme en dehors du parcours de soins si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez un médecin sans être orienté par votre médecin traitant (excepté les spécialistes en accès spécifique direct). Pour avoir l'assurance d'un suivi médical et bénéficier d'un meilleur remboursement, pensez à choisir et à déclarer votre médecin traitant.

4.4.4. Les exceptions de la pénalisation financière

Il existe certaines exceptions au parcours de soins coordonnés. Dans toutes les situations suivantes, vous ne supporterez pas la majoration du ticket modérateur, que vous ayez déclaré un médecin traitant ou pas :

- les actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale contre le cancer du sein ;
- l'Interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) médicamenteuse ;
- les soins lors d'une hospitalisation du secteur privé ou public ;
- les soins effectués dans le cadre d'une urgence ;
- les soins palliatifs ;
- les expertises ;
- les soins à l'étranger ;
- les actes anatomo-pathologistes, c'est-à-dire les actes de prélèvements de tissus par chirurgie (biopsie) ou ponction pour leur étude.

Les spécialités suivantes :

- chirurgiens-dentistes ;
- sages-femmes ;

- auxiliaires médicaux ;
- laboratoires ;
- biologistes ;
- pharmaciens ;
- transporteurs sanitaires ;
- fournisseurs d'appareillages (opticiens, etc.).

Dans toutes ces situations, vous ne supportez pas la majoration du ticket modérateur, que vous ayez déclaré un médecin traitant ou pas.

4.5. Typologie du patient sans médecin traitant aux urgences : qui est-il ? qu'est ce qui le caractérise ?

La population étudiée dans notre étude est très proche de celle des services d'urgences français si on se réfère à un recueil de l'Institut National de Veille Sanitaire paru en 2007 [7] qui nous apprend que : 55% des patients ayant recours aux urgences sont des hommes, seulement 10% ont plus de 75ans, et 70% des malades des urgences ont été classés CCMU 1 ou 2.

Nous retrouvons dans notre étude aux urgences que 29,6% des patients interrogés n'avaient pas de médecin traitant. Sur la commune d'Argenteuil, les personnes dans médecin traitant représentent 32% de la population. Il n'y a pas sur ce point de différence significative entre la population sondée aux urgences et la population globale ($p=0,64$).

Si l'on compare maintenant les patients des urgences sans et avec médecin traitant on retrouve plusieurs différences. Les patients sans médecin traitant ne sont à un instant t pas plus présents aux urgences que ne le laissent penser les données sur l'ensemble de la population. Par contre on relève à leur interrogatoire que **les patients sans médecin traitant semblent déclarer plus de recours fréquents aux services des urgences que ne le font les**

patients qui ont un médecin traitant et cela de façon significative. Cette même population sans médecin traitant se caractérise en analyse univariée par un âge **plus jeune, l'absence de mutuelle, et une tendance mais pas tout à fait significative à avoir des motifs de recours de type CCMU 1.** Par contre aucun des autres déterminants ne semble différent entre la population avec ou sans médecin traitant, que ce soit le sexe, l'origine géographique, la couverture sociale. A titre d'exemple, les patients bénéficiaire de la CMU (qui peut être considérée comme un marqueur de précarité) dans la population étudiée déclarent autant de médecin traitant que les autres, pas plus ni moins.

Le profil type du patient sans médecin traitant peut ainsi se dessiner : jeune, peu malade, sans complémentaire santé. Il vient plutôt plus souvent aux urgences pour des soins pouvant en théorie relever de la médecine générale. On rappellera que dans notre étude, comme dans la littérature, « près des trois quarts des patients arrivent aux urgences sans avoir consulté un médecin au préalable » [8].

Au vu des résultats décrit précédemment, on peut dire que les patients qui ont ou n'ont pas de médecin traitant ne sont pas les mêmes. Ils ont des profils différents. Dans notre étude, les malades sans médecin traitant sont plutôt jeunes (âgés de moins de 36 ans), sans mutuelle, ne recourant que 1 à 2 fois par an aussi bien aux urgences qu'auprès d'un médecin généraliste, et sont significativement de faible gravité puisqu'ils sont CCMU 1 ou 2 dans la plupart des cas. Une petite part de ces patients consulte aussi très fréquemment aux urgences. Leur motif de recours aux urgences est donc plus souvent de faible gravité et non urgent. En France, 88% des patients ayant recours sont classés CCMU 1 ou 2, ce qui témoigne de la faible gravité des patients [9], ce taux est relativement comparable à celui que nous avons cité dans nos résultats. Ces patients, n'étant pas souvent malade et « consommant » peu de biens médicaux, donnent l'impression qu'ils n'ont pas l'habitude du système de soins.

4.6. Les passages récurrents

Si l'on se réfère aux multiples passages aux urgences qui caractérisent cette population de patients sans médecin traitant, la littérature montre des données discordantes sur ce sujet. Contrairement à ce que l'on aurait pu supposer, la population grande consommatrice des services d'urgences, l'est aussi et conjointement de la médecine de ville. Pour simplifier, il ne s'agit pas d'une population usant du service d'urgence comme d'une consultation de médecine générale mais plutôt en complément de cette consultation en ville. L'étude de H. Hansagi [10] montre que 72 % des patients se présentant plus de quatre fois aux urgences sur une période de douze mois consultent régulièrement un médecin de ville (contre 57% de la population générale). De plus, les patients récurrents de cette étude, semblent aussi plus aptes à faire des consultations fréquentes en villes (risque relatif=1.89 de faire cinq visites ou plus chez un médecin de ville par rapport à la population générale). Pour Sun [11], un patient récurrent a, plus fréquemment qu'un patient occasionnel un médecin traitant (odd ratio=2.059). Il consulte par ailleurs également plus souvent ce médecin généraliste qu'un patient standard (odd ratio=1.610 pour un consultation dans le dernier mois). Les résultats de l'étude de Chan [12] vont dans le même sens, soulignant que trois-quarts des patients chroniques consultent annuellement 6 fois leur médecin traitant (et plus de 50% font douze consultations et plus dans l'année). Ils font en moyenne 4.2 visites chez leur généraliste contre 1.6 pour la population générale ($p < 0.01$). Dans l'étude de Zuckerman [13] un patients ayant consulté 3 fois ou plus un médecin de ville dans l'année, a 5,29 fois plus de chance d'être un « patient récurrent aux urgences » que quelqu'un ayant consulté en ville 2 fois au maximum. Chez Byrne [14], la médiane de visite chez le généraliste est de douze pour le patient faisant plus de quatre visites par an aux urgences contre trois chez le patient occasionnel. A la question « avez-vous un médecin traitant ou une clinique ou vous êtes régulièrement suivie », 73% des patients récurrents de l'étude de R.H. Lucas [15] répondent par l'affirmative.

Pour finir, Hansagi [10] et Lucas [15] aboutissent à une conclusion intéressante : une plus grande disponibilité ou un plus grands nombre de médecins traitants n'influencerait en rien le nombre élevé de visites aux urgences des patients récurrents. Compte tenu des questions abordées dans le questionnaire de notre enquête, il nous est impossible de déterminer si les patients récurrents de notre étude sans et avec un médecin traitant appréhendent dans leur conscience la place du service des urgences de la même façon ou différemment: réelle urgence (ressenti ou vraie), consultation de médecine non programmée, plateau technique facilement disponible, médecine de recours en cas de problème financiers, service de référence ou « ce qui reste quand il n'y a plus rien d'autre » ?

L'utilisation plus fréquente et récurrente d'autres ressources de soins (à l'hôpital ou en ville, chez le médecin généraliste) souvent dans le même temps que la prise en charge dans le service des urgences, semble être une caractéristique régulièrement retrouvée dans la population des patients chroniques aux urgences. Sun [11] retrouve dans ses travaux une plus grande fréquence d'hospitalisation dans les trois derniers mois avant le début de l'étude (odd ratio=6.076) par rapport à la population générale .Les consultations en ambulatoire sont aussi plus fréquentes pour les patients chroniques des urgences que pour les patients occasionnels : odd ratio à 1.69 chez Hansagi [10]. Huang a montré 78 % des patients chroniques aux urgences étaient aussi suivi en consultation programmée à l'hôpital contre seulement 53% chez les patients utilisateurs occasionnels. Byrne [14] a posé la question aux patients récurrents : « avez-vous une source de soins autre que les urgences ? ».Quatre-vingt pour cent ont répondu par l'affirmatif (et seulement 41% pour le groupe contrôle). Les patients récurrents de l'étude de Chan [12] (douze visites et plus par an) vont plus souvent chez un médecin spécialiste comparativement aux patients occasionnels (quatre fois dans l'année contre une fois chez l'occasionnel). Chez Lucas [15] trente pourcents des patients récurrents ont reçu des soins médicaux avant de venir aux urgences. Enfin sur les 34842 patients

récurrents de l'étude de Cook [16] 8627 consultaient dans 3 ou 4 hôpitaux et 2129 dans 5 et plus. Au total 30,8% des patients chroniques des urgences dans cette étude, consultaient dans au moins trois hôpitaux différents ce qui amène une notion nouvelle par rapport aux autres publications, qui est que, outre le caractère répété des consultations réalisées chez ces patients, s'y associe une certaine errance médicale que l'on peut métaphoriser sous le terme de « nomadisme médical » ou de « patients tourniquets » qui quittent une structure de soins pour aller vers une autre structure, sans signaler l'antériorité de la prise en charge au corps soignant, réitérant ainsi des examens et une prise en charge déjà effectués puis qui reviennent après un délai variable à la structure de soins initiale).

Dans notre population de patient sans médecin traitant il y a en fait deux catégories : la plus fréquente qui utilise les urgences ponctuellement au même rythme que le reste de la population mais qui pourrait éventuellement éviter ces passages si un médecin traitant existait et une sous population qui utilise chroniquement les urgences pour des consultations de médecine générale pour lesquels une action de correction doit être menée afin de modifier leur comportement.

4.7. Ainsi donc si la population sans médecin traitant aux urgences est constituée d'une population jeune, sans mutuelle, consultant pour des motifs non urgents et des consultations récurrentes aux urgences, la réforme du médecin traitant a-t-elle une possibilité de modifier le recours au service des urgences et dans quel sens ?

Trois évolutions semblent envisageables : limitation des passages aux urgences par la pénalité financière imposée à ces patients finalement pas très urgent ou intensification des passages compte tenu de la contrainte imposée de passage obligatoire par le médecin généraliste pour accéder au spécialiste qui pourrait être plus facilement consulté en

argumentant le caractère urgent de la plainte mais avec alors une instrumentalisation de l'urgence. Dernière éventualité : aucune influence sur les passages aux urgences.

Commençons par analyser dans les pays étrangers à niveau de vie comparable pour savoir comment les systèmes de soins sont organisés et s'ils ont réussi à maîtriser le recours aux urgences.

4.7.1. L'exemple du Royaume Uni [17,18,19,20]

Le système de santé anglais est organisé autour d'un pivot central qu'est le médecin généraliste (general practitioner). Les patients sont affiliés à un médecin généraliste en fonction du lieu où ils habitent, cela correspond à une véritable sectorisation des soins de premier recours. Le généraliste travaille au sein d'une maison médicale (Primary Care Group ou Primary Care Trust) regroupant plusieurs médecins, des infirmières, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes,... [19]. Les patients peuvent consulter un généraliste de leur maison médicale 24h sur 24h [20]. Un médecin généraliste a une clientèle moyenne de 1500 à 2000 patients [19].

Les patients peuvent changer de médecin spontanément s'ils le souhaitent, mais cela survient très rarement, ils en changent quasiment uniquement lorsqu'ils changent de domicile. Comme le propose la réforme française, le généraliste anglais est décrit comme un « gate-keeper » (« gardien ») de l'accès aux spécialistes (qui ne travaillent que dans les hôpitaux et cliniques) et aux hôpitaux. En dehors des services des urgences où les patients peuvent se présenter spontanément, l'accès aux spécialistes et aux hôpitaux ne peut se faire par l'intermédiaire du généraliste qui permet d'éviter le consumérisme médical et paramédical. Selon le Journal of the Royal Society of Medicine, ce « gate-keeper » vise à favoriser la coordination des soins, assurer un suivi et une médecine de qualité, et ce pour chaque habitant

qui bénéficie d'un accès équitable aux soins primaires quel que soit son revenu ou son métier [20]. Un des problèmes majeur posé par ce système (et source de fort mécontentement des usagers vis à vis du système de santé anglais) est le phénomène liste d'attente des consultations aux spécialistes. Dans les hôpitaux londoniens par exemple, un patient sur deux consulte un spécialiste en moyenne 13 semaines après la consultation du généraliste [19]. Ce chiffre autant élevé qu'impressionnant n'est heureusement pas le même qu'en France puisque la plupart des spécialistes sont vus en moyenne dans le mois [19].

Une autre différence avec la France est qu'il existe aussi une sectorisation des hôpitaux en fonction du lieu d'habitation des patients qui semble être très bien respectée. Malgré cela, selon une étude anglaise parue en 2001 [18], les services d'urgences voient leur taux de passages augmenter de 2 à 3% par an depuis les 20 dernières années (comme en France). Les patients se présentant aux urgences de tel hôpital britannique sont ceux pour lesquels ils sont « affiliés » par la sectorisation. On a donc l'impression que les recours aux urgences britanniques augmentent aussi malgré l'organisation de leurs soins primaires.

Le système de santé anglais visant à promouvoir la médecine de premier recours est victime de son succès mais semble inadapté en ce qui concerne l'accès aux spécialistes qui ne travaillent que dans les structures hospitalières et privées rendant leur accès long et difficile. Parallèlement à la France, les recours aux urgences hospitalières anglaises sont en accès libre et en perpétuel augmentation depuis une vingtaine d'année malgré le système de sectorisation hospitalière.

4.7.2. L'exemple du Canada [21,22]

Le médecin généraliste canadien est le vecteur principal des soins et les patients, contrairement à la France ou au Royaume-Uni, peuvent choisir leur généraliste sans aucune restriction et en changer quand bon leur semble [21]. Les canadiens trouvent que c'est un

avantage de leur système de soins, de ne pas avoir de médecin traitant, par rapport à d'autres pays comme le Royaume-Uni ou la France. Il existe par ailleurs des GMF (Groupement de Médecins de Famille) où les médecins travaillent en groupe. Qu'ils exercent dans les GMF ou seuls, [22] nous apprend que 75% des montréalais qui ont consulté au moins 3 fois dans l'année un généraliste, ont vu le même médecin. C'est pour dire l'attachement des canadiens à leur médecin généraliste ou médecin de famille en sachant que chaque assuré consulte en moyenne 3,42 fois par an un omnipraticien [22]

Au Canada, le recours aux urgences est cependant fréquent puisque un patient sur quatre consulte au moins une fois par an aux urgences. Comme dans notre étude, une minorité de canadiens (5%) [22] consulte plus de 10 fois par an, la majorité consultant 2 fois par an. Les patients dits « vulnérable » (soit précaires) font partis de ceux qui ont le plus fort taux de recours aux urgences [22].

Les canadiens, bien que dépourvus de réforme de type médecin traitant, sont plutôt fidèles à leur généraliste, mais ont des taux de recours aux urgences comparables à ceux des français. Les patients fragiles socialement, semblent comme dans notre population, avoir facilement recours aux urgences.

4.7.3. L'exemple de l'Allemagne [23,24,25]

L'Allemagne a une densité de médecins libéraux une des plus élevée d'Europe. En principe, l'assuré doit choisir un médecin généraliste pour une durée de trois mois et le consulter avant toute visite à un spécialiste. De même, l'hospitalisation doit passer par la prescription d'un généraliste ou spécialiste libéral, sauf en cas d'urgence. Ce principe n'a toutefois jamais été réellement appliqué, et les patients restent libres de choisir leur médecin de ville, généraliste ou spécialiste. Par contre, vu le nombre de spécialistes exerçant en libéral,

il n'y a pas de liste d'attente comme au Royaume-Uni et c'est aussi pour cela que les patients ne vont initialement pas consulter de généraliste avant, d'autant que pour le moment il n'y a pas de pénalités financières. Dans les services d'urgences allemands, 40% des recours se font pour des urgences vitales contre 10% en France [23]. On constate donc que les malades des urgences allemandes nécessitent vraiment ce recours (car un peu moins de la moitié sont des recours pour urgences vitales) comparativement à la France qui compte moins de 10% d'urgences vitales (CCMU 4 et 5) [24] et 1% pour la population que nous avons étudiée.

Les assurés allemands sont donc des consommateurs des services d'urgences mais pour un niveau de gravité plus élevé chez quasiment un patient sur deux (CCMU 4 ou 5). Ceci est loin d'être le cas en France et dans d'autres pays.

Le système de soins de premier recours français comporte comme ses voisins des problèmes, des excès et des recours aux urgences parfois non justifiés malgré les différentes politiques appliquées. Les recours non ou peu justifiés aux urgences semblent aussi fréquents qu'il existe ou non une réforme du type médecin traitant centrant le parcours de soins sur le patient et un médecin « principal ».

4.8. Réforme du médecin traitant sur l'activité des urgences

L'accroissement des recours aux urgences n'est pas un phénomène isolé à notre établissement et il n'est pas non plus un phénomène nouveau. En effet, entre 1990 et 2001, les services d'urgence Français ont connu une augmentation de 64% (soit une moyenne de 4,6% par an) [26] dont les causes semblent multifactorielles : rapidité relative, plateau technique complet, confiance en l'hôpital, consumérisme médical, pénurie de médecins généralistes,

raréfaction de la permanence des soins et aussi possiblement latence de paiement. Depuis 2000 dans notre établissement nous avons eu une augmentation de 35% des passages aux urgences. En 2001, les 616 services d'urgences français publics ont connus 13,4 millions de passages, soit un français sur cinq a recours une fois par an aux urgences. Cette même circulaire issue du Ministère de la Santé nous montre le poids des services d'urgences et les enjeux économiques qu'ils représentent. Cet accroissement de l'activité a contribué au développement des services des urgences, à leur reconnaissance comme maille essentielle du système de soins. Mais dans le même temps des effets délétères sont apparus : coût important, délais d'attente s'allongeant, difficulté à prendre en charge les patients réellement urgents, augmentation de la violence sous toutes ses formes.

Il apparaît donc évident que les accès aux soins non programmés pour des motifs non urgents surchargent et pénalisent les services d'urgences dans leur fonctionnement qualitatif. Ainsi, les patients nécessitant des soins réellement urgents pourraient être pris en charge de façon moins optimale en raison de la surcharge d'activité de consultations non urgentes.

Une pénalité financière a été envisagée pour ces patients qui consultent sans caractère d'urgence dans les services d'urgence depuis 2009. Cette pénalité s'inscrit dans le parcours de soins coordonnés et considère donc que le passage aux urgences inapproprié doit être sous une forme ou sous une autre « sanctionné ». Cette pénalité financière prévue à compter de janvier 2009 pour les patients ayant recours aux urgences pour des soins « non urgents » peut poser un certain nombre de problèmes :

- il n'est pas certain qu'elle dissuade les patients de se rendre aux urgences
- elle risque par contre, pour une certaine sous-population, de retarder le recours aux services des urgences

- elle impose au médecin de « juger » le motif de recours ce qui peut être conflictuel avec l'utilisateur et augmenter des faits de « violence » essentiellement verbales mais parfois aussi physiques
- elle peut conduire le patient à « manipuler » ses symptômes pour justifier le recours à l'urgence
- enfin elle risque de pénaliser financièrement une population déjà dans la précarité

Quand on regarde le nombre de passage annuel en France dans les services d'urgences, on comprend pourquoi il est important de remodeler la médecine de premier recours afin d'optimiser la prise en charge des patients tant en ambulatoire qu'à l'hôpital. Or pour le moment, on a l'impression que la réforme du médecin traitant n'a pas d'influence sur le nombre de passages aux urgences. Les patients viennent toujours facilement aux urgences plutôt que de se déplacer chez un généraliste ; ils trouvent ça plus simple, plus facile et moins contraignant. L'enquête de la DRESS [27] montre plus de 80% des assurés ont déclaré un médecin traitant, mais qu'ils ne sont que 23% à l'avoir contacté avant de se présenter aux urgences. Les patients interrogés avouent aussi une certaine familiarité avec les services d'urgences pour y être déjà venus pour 75% des cas que ce soit pour eux même ou un membre de leur famille [27]. Cette suractivité des urgences est liée aussi au fait que certains malades déclarent ne pas connaître les ressources médicales ambulatoires de leur commune (cabinet de médecin, médecin de garde, dispensaires ou maisons médicales). Nous avons montré, dans notre étude que 37% des patients avouent ne pas connaître d'autres ressources médicales en dehors des urgences hospitalières. Ce taux impressionnant va dans le même sens qu'une autre enquête qui avance que « 20% des patients ne savent pas s'il existe un médecin de garde dans la commune où ils se trouvent » [27].

Par ailleurs, la réforme est plutôt perçue comme contraignante et rébarbative pour ceux qui la connaissent [9]. Les assurés ne comprennent pas toujours l'intérêt de consulter un médecin traitant qui évaluera leur problème de santé avant d'être éventuellement orienté vers un spécialiste ou un service d'urgence. Certains perçoivent dans le passage obligé vers un médecin traitant une perte de temps (en raison de la nécessité de devoir programmer au moins deux consultations), d'autres évoquent un surcoût financier (2 consultations à payer au lieu d'une), et enfin certains médecins traitants pourraient leur refuser l'accès à des spécialistes [9]. L'ensemble peut amener une partie de la population à renoncer à différents soins ou à se rendre directement aux urgences.

A ce jour il n'y a pas de données pertinentes permettant d'évaluer l'impact de la réforme du médecin traitant et de la mise en place des pénalités financières sur la fréquentation des services d'urgences.

4.9. Aspects négatifs de la réforme

En ce qui concerne le renoncement aux soins, les résultats d'une enquête publiée par l'IRDES en 2008 [28] nous dit que le taux de renoncement au spécialiste est lié à 2 causes principales : l'absence de couverture par une complémentaire santé (ou de CMU-Complémentaire) a été déclarée comme première cause chez 32% des patients et un revenu mensuel net du ménage bas. Les ménages ayant un revenu inférieur à 799 euros par mois renoncent à des soins (tous types de soins : spécialiste ou non) dans 25% des cas contre 7% chez ceux dont le revenu est supérieur ou égal à 1 867 euros par mois. Ces deux caractéristiques sont retrouvées dans la population n'ayant pas de médecin traitant : jeune, faible revenu, sans couverture complémentaire. Cette population ayant à ce jour d'autres soucis et étant globalement plutôt en bonne santé ne perçoit pas l'accès aux soins comme une

priorité sur la gestion de leur budget surtout dans un système ou il est réputé « universel » et « gratuit ». On pourrait imaginer que ces patients renoncent aux soins pour des motifs économiques et se tournent alors vers les services d'urgences pour des motifs actuellement « futiles » mais qui, à terme, si le système des urgences se durcit avec des pénalités financière pourrait les conduire à une prise en charge retardée.

4.10. Pénalisation financière

Pour le moment, les assurés n'ont pas la plupart du temps conscience ni connaissance de l'application possible des sanctions financières au sein des urgences ou lors de consultations (généraliste ou spécialiste) en médecine de ville lorsqu'ils sortent du parcours de soins. Par exemple, pour une consultation de 22 euros chez un généraliste habituellement remboursée à hauteur de 70% par la sécurité sociale, ce taux diminue à 50% si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il consulte un autre médecin sans l'orientation préalable de son médecin traitant. (annexe 1 : tableaux de remboursement de la CPAM).

Ces pénalités peu connues des usagers et quasiment non appliquées pour le moment dans les services d'urgences, ne semblent pas être un frein aux recours inopinés dans notre service. Qu'ils aient ou non un médecin traitant, ne le contactant pas dans la majorité des cas, la sanction financière ne préoccupe pas les patients des urgences. Les urgentistes vont être amenés à devoir cocher ou non la case « urgence » sur la feuille de soins de la CPAM (annexe 6 : feuille de soins cerfa de la CPAM) ce qui justifiera ou non le passage du malade. Si la case n'est pas cochée, l'assuré aura une sanction financière de 20% qui restera à sa charge.

Par ailleurs, une minorité d'assurés (5%) [9] préfère rester libre de l'accès aux différents médecins (généralistes ou spécialistes) en restant en dehors du parcours de soins coordonnés quelles que soit les sanctions appliquées, « ils en assument les conséquences financières » [9].

In fine, l'absence de changement de prise en charge notamment dans leur suivi médical, depuis la mise en place de la réforme, est un sentiment ressenti par 82% des personnes (données extraites de la même enquête, [9]) à ce jour. L'esprit de la réforme ne semble à ce jour par connu ou compris par les patients. Leur comportement ne s'est pas modifié depuis son instauration en 2006. Les patients ne sont pas les seuls ne pas avoir perçu le changement d'organisation. La majorité des médecins eux mêmes n'ont pas changé leur pratique depuis l'instauration de la réforme. Au total dans les enquêtes, 2% des patients s'estiment être moins bien suivis depuis la refonte du médecin traitant contre 5% qui s'estiment mieux suivis. Cela illustre le problème de fond : comment impliquer les médecins et les patients dans la diffusion de ce nouveau mode de fonctionnement ? Quels rôles peuvent jouer les services des urgences, qui reçoivent presque 25% de la population tous les ans dans son circuit de prise en charge ?

4.11. Comment prendre en considération cette réforme dans le fonctionnement des urgences ?

4.11.1. Mission de la PASS

La réforme prévoit des sanctions financières dont on n'est pas certain qu'elles aient un impact positif sur le comportement des usagers. Par delà la pénétration de cette loi par des moyens répressifs, les urgences pourraient avoir une action pédagogique. Les patients comme le système de soins dans son ensemble et plus particulièrement les services d'urgences, ont un intérêt à ce que le malade inscrive son parcours dans une action coordonnée. La qualité des soins en dépend.

Dans le cadre de l'entretien médical des urgences, il est indispensable de connaître l'existence ou non d'un médecin traitant pour envisager une prise en charge coordonné même

pour les pathologies les plus bénignes : une plaie qui quitte les urgences peut nécessiter un contrôle des vaccinations, l'ablation des fils, une infection urinaire la récupération de l'ECBU pour adapter l'antibiothérapie à l'antibiogramme....etc. Cette information pourrait aussi permettre de sensibiliser ceux qui n'en ont pas à en déclarer un. Parallèlement à la mission de soins, les services des urgences couvrent aussi une activité de permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Les PASS (assurée par des assistantes sociales) analysent et instaurent ou restaurent les droits des malades, notamment pour ceux qui les ont perdus. Pour qu'un patient puisse déclarer un médecin traitant, il faut qu'il ait une couverture sociale (sécurité sociale, couverture médicale universelle -CMU-). Mais comme on l'a vu dans notre travail, de nombreux patients ont une couverture sociale et pas de médecin traitant. L'absence de médecin traitant est un marqueur de méconnaissance du système de soins plus qu'un marqueur de précarité. Il est aussi certainement un marqueur d'errance médicale et de mauvaise qualité des soins, sans prévention, sans suivi, uniquement porté sur le contrôle des symptômes ou des pathologies lorsqu'elles sont déclarées. Une des missions des urgences serait de dépister les patients n'ayant pas de médecin traitant tout autant que ceux n'ayant pas de couverture sociale. Les travailleurs sociaux pourraient ainsi en plus d'aider les patients à ouvrir ou ré-ouvrir des droits perdus, les inciter à déclarer un médecin traitant en leur expliquant la démarche et les objectifs de cette mesure. Le choix d'un médecin traitant leur assurera sans doute un meilleur suivi médical que des passages itératifs et superficiels aux urgences. Il leur évitera également des sanctions financières préjudiciables au public jeune et aux ressources limitées. L'inscription de cette mission dans la PASS devrait ainsi être bénéfique aux deux parties : les urgences et les patients.

Dans le cadre de notre expérience, certes limitée, nous avons montré qu'une information brève faite aux urgences sur la mise en place du médecin traitant et les modalités

de déclaration administrative de ce médecin avait un impact auprès des assurés. Dans le même temps l'assistante sociale peut conseiller aux patients l'adhésion à une complémentaire santé et peut les aider à la choisir. Néanmoins à ce jour, peu de services proposent régulièrement un entretien social lors d'une consultation médicale. Les patients et les médecins restent réticents à une prise en charge plus globale de leur problème même lorsque cela leur est explicitement proposé après un repérage de difficultés sociales par l'utilisation d'indicateurs. Comme nous l'avons signalé, seul 8 patients sur les 199 ont souhaité rencontrer une assistante sociale.

4.11.2. Marqueur de précarité médicale

L'absence de médecin est un marqueur de précarité médicale qui serait plus facile à mettre en évidence et qui serait surtout moins gênant dans le cadre d'une consultation, que d'interroger les patients sur leur statut social. Il est probable que la précarité sociale et médicale se recoupent à un moment donné. Il existe un score individuel de précarité sociale, le score Epices [29], qui est calculé grâce à des critères précis (annexe 6 : le score Epices). Selon les auteurs du BEH du 4 avril 2006, « ce score permet d'identifier des populations fragilisées socialement et/ou médicalement... » [29].

L'absence de médecin traitant pourrait être intégrée au score EPICES afin de dépister les patients les plus fragiles pour tenter de les réorienter et réintégrer dans un premier temps dans notre système de santé avant de les aider aussi dans d'autres domaines que médicaux (emploi, logement,...)

La Haute Autorité de Santé (HAS) a bien intégré que le fait d'avoir un médecin traitant est un critère de qualité de prise en charge du patient. Cet item est donc devenu un critère de qualité du dossier médical évalué tous les ans depuis 2008 dans les établissements de santé [30] et cet indicateur participe à la certification des hôpitaux.

L'intérêt de demander aux patients, lors de leur recours aux urgences, s'ils ont ou non un médecin traitant semble être plus que justifié. Cela pourrait nous permettre de les orienter éventuellement vers un travailleur social pour les aider dans certaines démarches ou de les sensibiliser à la réforme du médecin traitant afin qu'ils bénéficient d'un interlocuteur privilégié. C'est une question facile à poser, pertinente dans le cadre d'une prise en charge médicale, rapide, simple, et dont la réponse doit non seulement figurer dans le dossier médical mais aussi amener à déclencher un entretien avec un acteur social.

La réforme du médecin traitant ayant pour but d'avoir un seul interlocuteur par patient, véritable pivot central du suivi et de l'orientation de chacun de ses patients dans le système de soins, ne semble pour le moment pas être bien acceptée ni respectée par les assurés et le corps médical. Pour certains, cette réforme favorise le renoncement aux soins en raison de sa contrainte. D'autres perçoivent en cette réforme une perte des libertés de choix et d'orientation médicale. Mais une minorité se refuse à déclarer un médecin traitant afin de rester libre quelles que soit les conséquences financières occasionnées.

n.b. : l'annexe 9 reprend les chiffres clés de certains items comparativement entre les patients avec et sans médecin traitant.

5. **CONCLUSION**

Comme le montre notre travail, il existe une typologie du patient sans médecin traitant : il est jeune, il n'a pas de mutuelle, il est peu malade mais recourt fréquemment aux urgences pour des motifs souvent non urgents.

Ces patients peuvent donc être impliqués dans l'augmentation des recours aux services des urgences qui est constatée depuis deux décennies dans les hôpitaux français. Ce phénomène n'est d'ailleurs pas que national mais constaté dans la plupart des pays industrialisés.

La réforme du médecin traitant pourrait être une solution partielle au problème des urgences et est indubitablement une garantie de qualité pour les soins et participe à la maîtrise des dépenses de santé.

Il semble néanmoins que depuis sa mise en application, peu de choses aient été modifiées dans le comportement des patients qui pour 20% encore n'ont pas déclaré de médecin traitant, et aussi pour le corps soignant qui ne montre que peu d'implication à la mise en œuvre de cette réforme. La méconnaissance de l'organisation du système de soins est une des causes au retard de sa mise en place ; les réticences d'une minorité de patients et d'une partie des professionnels en expliquent l'autre part.

Notre travail montre que la présence d'un médecin traitant renseigné lors d'une consultation aux urgences, permet une action de sensibilisation et d'aide pour décider le patient à déclarer un médecin traitant et donc à l'intégrer dans un parcours de soins coordonnés qui ne peut que lui être bénéfique en terme qualitatif, et financier.

Les urgences pourraient ainsi participer par la pédagogie et pas seulement par l'application de mesures de pénalités financières, à la réintégration du malade dans une prise en charge cohérente. L'intérêt des urgences à s'impliquer dans cette information, est d'obtenir

une maîtrise de l'augmentation permanente des consultations aux urgences pour des soins de médecine générale.

La PASS, bien souvent intégrée dans les services d'urgences, acquerrait par ce biais une nouvelle mission qui ne serait pas seulement d'assurer une couverture pour les soins mais aussi d'éduquer sur ce qu'est un parcours de soins adapté aux besoins du patient. Une interaction médico-sociale forte est donc nécessaire dans ce secteur de soins. Si son action a un impact important, on pourrait espérer que le fonctionnement des urgences soit de nouveau essentiellement consacré à la prise en charge des urgences vitales.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) Réforme du médecin traitant. JO du 17 août 2004. Disponible en ligne sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A57BD0F81FBEA118B6E69947D1541E93.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=i_d, consulté le 07 décembre 2006, dernière mise à jour le 01 décembre 2006.
- 2) Classification des malades des urgences. Encyclopédie en ligne. Disponible en ligne sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_Clinique_des_Malades_aux_Urgences, consulté le 28 décembre 2008, dernière modification le 26 décembre 2008.
- 3) La démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecin. Disponible en ligne sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/index.php?url=demographie/index.php>, consulté le 15 janvier 2007, dernière mise inconnue.
- 4) L'offre de soins en France (démographie des professionnels de santé), Chiffres et repères en 2005 par l'Assurance Maladie. Disponible en ligne sur <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/chiffres-reperes-2005.php>, consulté le 15 janvier 2007, dernière mise inconnue.
- 5) Point d'information mensuel de la Cnamts, 6 juin 2006
- 6) V.Kovess et F.Grémy. Systèmes de santé et réseaux de soins, Problèmes éthiques, Les pratiques de la recherche biomédicale visitées par la bioéthique 2002 151-161
- 7) Surveillance des urgences, réseau Oscour, résultats nationaux 2004/2007. Institut National de Veille Sanitaire, décembre 2007
- 8) Revue de Presse, Haut Comité de Santé Publique, n°27, 18-21 janvier 2003
- 9) P.Dourgnon et al. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Bulletin d'information en économie de la santé, IRDES. n°124 juillet 2007
- 10) H.Hansagi,M.Olsson,S.Sjoberg,Y.Tomson,S.Goransson. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001 Jun; 37:561-7
- 11) BC.Sun, HR.Burstin, TA. Brennan. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med* 2003 Apr; 10(4):320-8.
- 12) HL.Ovens, BTB.Chan. Frequent users of emergency departments.Do they also use family physicians' services?*Can Fam Physician* 2002 Oct;48:1645-60
- 13) S.Zuckerman, Yu-Chu Shen. Characteristics of occasional and frequent emergency department users, do insurance coverage and access to care matter? *Med Care* 2004 Feb; 42(2):176-82.
- 14) M.Byrne, AW.Murphy, PK.Plunkett, HM.Mc Gee, A.Murray, G.Bury. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use. *Ann.Emerg.Med.* 2003 Mars; 41(3); 309-18.
- 15) RH. Lucas, M. Sandra, RN.Sanford. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998 Nov; 32(5):563-8.
- 16) LJ.Cook, S.Knight, EP.Junkins, NC.Mann, JM.Dean, LM.Olson. Repeat patients to the emergency department in a statewide database. *Acad Emerg Med* 2004 Mar; 11(3):256-63.
- 17) Health Care Systems in Transition, United Kingdom, 1999
European Observatory on Health Care Systems, AMS 5001890, CARE 04 01 01, Target 19, 1999. Document disponible sur <http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>, consulté le 11 mars 2009, dernière mise à jour inconnue.
- 18) N.Pettinger. Emergency admissions. Change the record. *Health Serv J.* 2001 Nov 22;111(5782):20-1-12

- 19) L.Laplace, B.Kamendje, J.Nizard, JM.Coiz et J.Chaperon, Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90 par Société française de santé publique. Santé publique 2002/1 - N° 14 ISSN 0995-3914 | pages 47 à 56
- 20) T.Wilson and al. The contribution of general practice and the GP to NHS patients. J R Soc Med 2006;99:24-28
- 21) Kirby.JL et Lebreton.M, Les systèmes de soins et de santé dans d'autres pays. La Santé des Canadiens. Rapport intermédiaire, Volume 3, janvier 2002
- 22) Lavallée.J. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'utilisation des services médicaux de première ligne par les Montréalais en 2005-2006. 2008 ISBN 978-2-89510-466-7
- 23) Enquête sur la prise en charge des urgences médicales en Europe. SNPHAR. Florence – 5 octobre 2005
- 24) F.Bas-Theron et P.Flamant. Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, Inspection générale des affaires sociales. Rapport n° 2002-052 Mai 2002
- 25) Le système de santé en Allemagne. Document disponible sur <http://www.who.int/countries/deu/fr/> consulté le 18 mars 2009 dernière mise à jour 01 janvier 2009
- 26) Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Circulaire n°196/DHOS/01/2003. 16 avril 2003
- 27) D.Baubeau et V.Carrasco. Motifs et trajectoires des recours aux urgences hospitalières. DRESS, Etudes et Résultats. N°215, janvier 2003
- 28) Dossier de presse IRDES pages 4.1-4.6 02 avril 2008
- 29) C.Saas et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°14/2006:93-96 du 4 avril 2006
- 30) Généralisation des indicateurs 2008 HAS/DAQSS/SIPAQH/10/07/2008

Avec l'aide de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Val d'Oise, d'Argenteuil et du Conseil National de l'ordre des Médecins.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableaux remboursement de la CPAM dans le parcours de soins

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés				
Tarifs des consultations du médecin traitant (applicables au 1 ^{er} juillet 2007)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Généraliste <i>secteur 1</i>	22 €	22 €	70 %	14,40 €
Généraliste <i>secteur 2</i>	honoraires libres	22 €	70 %	14,40 €
Spécialiste <i>secteur 1</i>	25 €	25 €	70 %	16,50 €
Spécialiste <i>secteur 2</i>	honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue <i>secteur 1</i>	37 €	37 €	70 %	24,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue <i>secteur 2</i>	honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €

Annexe 1 bis : Tableaux remboursement de la CPAM dans le parcours de soins

Vous consultez un médecin généraliste sans être orienté par votre médecin traitant

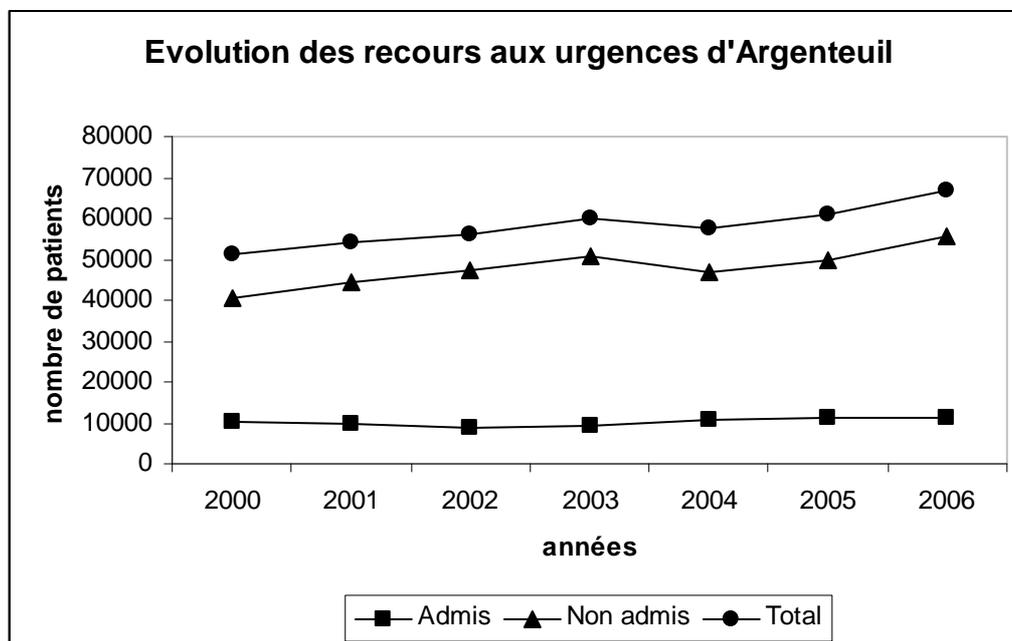
Tarifs des consultations d'un médecin généraliste (tarifs applicables au 2 septembre 2007)

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Généraliste <i>secteur 1</i>	22 €	22 €	50 %	10 €
Généraliste <i>secteur 2</i>	honoraires libres	22 €	50 %	10 €

Vous consultez un médecin spécialiste sans être orienté par votre médecin traitant

Tarifs des consultations des médecins spécialistes (tarifs applicables au 2 septembre 2007)

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux du remboursement	Montant remboursé*
Spécialiste <i>Secteur 1</i>	33 € (maximum)	25 €	50 %	11,50 €
Spécialiste <i>Secteur 2</i>	honoraires libres	23 €	50 %	10,50 €
Neurologue <i>Secteur 1</i>	49 € (maximum)	37 €	50 %	19,36 €
Neurologue <i>Secteur 2</i>	honoraires libres	34,30 €	50 %	18,01€
Cardiologue <i>Secteur 1</i>	58 € (maximum)	45,73 €	50 %	26,01€
Cardiologue <i>Secteur 2</i>	honoraires libres	45,73 €	50 %	26,01€

Annexe 2 : Graphique symbolisant l'évolution des recours aux urgences d'Argenteuil

Annexe 3 : CCMU

On classe les patients selon 5 grades de CCMU :

- CCMU 1 : Etat clinique jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.

Ex : angine, malaise vagal non symptomatique, plaie sans suture, otite...

- CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par un service d'urgences.

Ex : hypotension, entorse, plaie simple à suturer, fracture fermée.

- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés pouvant s'aggraver aux urgences, sans mise en jeu du pronostic vital.

Ex : Malaise mal étiqueté, angor, douleur thoracique, respiratoire ou circulatoire, AVC, fracture ouverte...

- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.

- CCMU 5 : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Annexe 4 : Questionnaire de l'étude

Numéro : Date : Heure
d'arrivée :

Initiales : Age : homme femme

Numéro téléphone : Acceptez vous d'être rappelé dans 2 mois ? oui non

Catégorie socioprofessionnelle :

- agriculteur commerçant/artisan cadre/profession libérale
 employé ouvrier étudiant
 scolaire chômage sans
 retraité autre :

Pays d'origine : Ville :

Né en France : oui non

Nationalité française : oui non

Avez vous un médecin traitant (choix fait et feuille renvoyée à SS) ? oui non

Si oui ; Dr à

Si non ; pourquoi ?

- pas au courant pas eu le temps négligence
 pas envie de faire la démarche opposé, ne veut pas n'a pas consulté depuis
 pas compris la procédure pas reçu l'information problème de langue
 problème financier
 problème de communication (ne sais pas comment trouver un médecin – pages jaunes)
 autre

Quelle(s) est(sont) votre(vos) couverture(s) sociale(s) ?

- sécurité sociale CMU AME
 mutuelle couverture sociale étrangère aucune
 prise en charge à 100%

Motif de recours aux urgences ?

.....

Avez vous tentez de joindre un médecin avant de venir ? oui non

Mode de recours aux urgences ?

- spontané adressé par son médecin traitant
 adressé par un autre médecin généraliste adressé par un spécialiste
 adressé par SAMU pompiers
 entourage autres

Diagnostic définitif :

CCMU : 1 2 3 4

Etes vous : propriétaire locataire hébergé à titre gratuit autre SDF
 Avez vous des enfants à charge ? oui non
 Avez vous un travail en ce moment ? oui non
 Avez vous le téléphone ? oui non
 Est ce que vous fumez ? oui non
 Avez vous déjà rencontré une assistante sociale ? oui non
 Etes vous parti en vacances lors des 12 derniers mois ? oui non
 Avez consulté un dentiste lors des 12 derniers mois ? oui non
 Prenez vous un traitement dans la vie de tous les jours ? oui non
 Estimez vous être en bonne santé ? oui non
 Consommez vous de l'alcool (au moins une fois par jour) ? oui non
 Bénéficiez vous du RMI ? oui non

Nombre de recours aux urgences par an ?
 moins souvent 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 à 11 plus souvent

Quel a été le dernier motif de recours aux urgences ?

Le dernier recours aux urgences a t-il eu lieu par l'intermédiaire de votre médecin traitant ?
 (si vous en avez choisi un)

oui non

Nombre de recours chez un médecin généraliste par an ?
 moins souvent 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 à 11 plus souvent

Quel a été le dernier motif de recours à un médecin généraliste ?

Avez vous connaissance d'autres ressources médicales à votre disposition en dehors des urgences ?

oui non

Lesquelles connaissez vous ?

médecin généraliste spécialiste
 SAMU médecin du travail
 SOS médecins maison médicale / centre de santé
 autres :

Souhaitez vous rencontrer une assistante sociale ? oui non

Si oui, qu'en attendez vous : explication sur les démarches
 aide pour les démarches
 gérer un autre problème

remise d'un document informatif sur la nécessité d'avoir un médecin traitant (si pas de médecin traitant)

Rappel téléphonique à 2 mois : avez vous désormais un médecin traitant ?

oui non ne répond pas

Annexe 6 : Fenêtre web du logiciel biostats TGV (<http://www.u707.jussieu.fr/biostatgv/>)

Tests statistiques

[Tableaux des tests](#)

Tests paramétriques :
Choix du test

Tests non paramétriques :
Choix du test

- [Régression linéaire simple](#)
- [Régression linéaire multiple](#)
- [Statistiques de base](#)
- [Case-Crossover](#)
- [Analyse de covariance à 1 facteur](#)
- [Analyse de covariance à 2 facteurs](#)

Retour


[Page d'accueil](#)

©Inserm U707

Cette page va calculer la valeur du chi-deux pour un tableau de contingence. Le Chi Deux permet de tester l'indépendance de deux variables qualitatives. Lorsque le nombre d'individus par case est inférieur à 5, la correction de Yates est appliquée. Pour la saisie d'un chiffre décimal, il faut mettre un point à la place d'une virgule. L'appui de la touche de tabulation vous permettra d'atteindre la cellule suivante rapidement. Le bouton retour vous permet de retourner à la page précédente et ainsi de modifier les données entrées. Pour utiliser l'importation, les données doivent provenir d'un tableau excel de même dimension.

Test du Chi-deux

Nombre de modalités de :
(Nombre de lignes et de colonnes)

la variable 1

la variable 2

Générer tableau

Valeurs Excel à coller

importer

Tableau de contingence

	B1	B2
A1		
A2		

Valider **Annuler**

Tests statistiques

[Tableaux des tests](#)

Tests paramétriques :
Choix du test

Tests non paramétriques :
Choix du test

- [Régression linéaire simple](#)
- [Régression linéaire multiple](#)
- [Statistiques de base](#)
- [Case-Crossover](#)
- [Analyse de covariance à 1 facteur](#)
- [Analyse de covariance à 2 facteurs](#)

Retour


[Page d'accueil](#)

©Inserm U707

Cette page va calculer la valeur du chi-deux pour un tableau de contingence. Le Chi Deux permet de tester l'indépendance de deux variables qualitatives. Lorsque le nombre d'individus par case est inférieur à 5, la correction de Yates est appliquée. Pour la saisie d'un chiffre décimal, il faut mettre un point à la place d'une virgule. L'appui de la touche de tabulation vous permettra d'atteindre la cellule suivante rapidement. Le bouton retour vous permet de retourner à la page précédente et ainsi de modifier les données entrées. Pour utiliser l'importation, les données doivent provenir d'un tableau excel de même dimension.

Test du Chi-deux

Résultats

Chi deux : 0.2104
Degré de liberte : 1
P value = 0.6464

	B1	B2	Total
A1	67672	21710	89382
A2	199	59	258
Total	67871	21769	89640

Annexe 8 : Score EPICES de précarité

Les 11 questions du score Epices		
N° Questions	Oui	Non
1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Annexe 9 : Tableau récapitulatif des différences entre certains items des 2 groupes (avec et sans médecin traitant)

CRITERES	% des médecins traitant +	% des médecins traitant -	p
Mutuelle	71,0	46,0	0,001*
Age < 36 ans	34,0	66,0	0,004*
Recours 1 à 2 fois aux urgences	46,0	42,0	0,015*
Sexe masculin	40,0	56,0	ns
Né en France	62,0	75,0	ns
CMU	9,0	15,0	ns
Sécurité Sociale	91,0	83,0	ns
Affection Longue Durée 100%	19,0	12,0	ns
Recours spontané aux urgences	44,0	53,0	ns
Taux d'hospitalisation après les urgences	11,0	8,5	ns
CCMU 1	29,0	35,0	ns
CCMU 2	57,0	55,0	ns
CCMU3	11,0	9,0	ns
CCMU 4	1,5	0,5	nc
CCMU 5	1,5	0,5	nc
Contact médecin avant recours aux urgences	33,0	14,0	ns
16-25 ans	18,0	28,3	ns
26-35 ans	15,8	30,0	ns
36-50 ans	32,4	16,7	ns
51-60 ans	11,5	8,3	ns
51-70 ans	5,8	6,7	ns
>70 ans	16,5	10,0	ns
Estimez-vous être en bonne santé ?	69,0	78,0	nc
Etes-vous parti en vacances depuis 1 an ?	63,0	54,0	nc
Prenez vous un traitement chronique ?	49,0	42,0	nc
Ouvrier	13,0	24,0	ns
Employé	32,0	39,0	ns
Cadre	7,0	5,0	ns
Recours aux urgences entre 12h et 18h	49,0	59,0	nc

ns : non significatif

nc : non côté (effectifs trop petit le plus souvent)