

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Monsieur PERROD Aurélien Jacques Thibaut

Né le 26/03/1983 à Suresnes (92)

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 2013

Analyse du retentissement de la lettre d'admission, sur la durée de passage, le délai d'attente et le taux d'hospitalisation des patients adressés par leur médecin traitant aux urgences de l'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis.

Président de thèse : **Professeur** CASALINO Enrique

Directeur de thèse : **Docteur** ENJAUME Frédéric

DES Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Enrique CASALINO, à Monsieur le Professeur RICARD, à Monsieur le Professeur PLAISANCE et à Monsieur le Professeur BUDOWSKI qu'ils soient remerciés de leur participation à cette soutenance ;

A Monsieur le Professeur Enrique CASALINO, qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ;

A Monsieur le Docteur Frédéric ENJAUME, qui m'a accordé sa confiance en me proposant ce sujet, pour le temps passé à diriger et encadrer ce travail, et pour toute l'aide apportée à la réalisation de cette thèse ;

A Madame Sarah OUANHNON, pour son aide précieuse dans l'élaboration de la méthodologie de l'étude et l'interprétation statistique des résultats.

A Madame le Docteur Ayse CAN et à Monsieur le Docteur Amar AMRANE ainsi qu'à l'ensemble des équipes du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis, pour leur aide inestimable apportée à ce travail.

A ma femme Malika ;

A mon fils Anir ;

A mes parents Elisabeth et Christophe ;

A mes frères, Guillaume, Clément, Louis et Gauthier ;

A ma grand-mère Jeanine.



Qui diis memorem laudes, repetamque fideles
Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propego,
Certus an quis te tradidit artâ opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

" Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	9
II.	LA MEDECINE GENERALE EN SEINE-SAINT-DENIS	11
1.	Contexte économique et social de la Seine-Saint-Denis (6).....	11
a.	Contexte géographique	11
b.	Contexte socio-économique	12
c.	Contexte démographique.....	15
d.	Logement et urbanisme (13)	17
2.	La démographie médicale en Seine-Saint-Denis	18
a.	Contexte national (14)(15)	18
b.	Etat des lieux en Seine-Saint-Denis (16).....	20
c.	L'offre médico-sociale autour de l'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis.....	21
III.	EVOLUTION DES SERVICES D'URGENCES.....	26
1.	Une activité en croissance.....	26
a.	Augmentation du nombre d'usager de soins aux urgences.....	26
b.	Démographie des usagers des services d'urgences	26
c.	Motifs de recours aux services d'urgences	27
d.	Dotation des services d'urgences.....	28
2.	Une activité en tension.....	28
a.	Un recours rarement justifié	28
b.	Une demande croissante de « tout en un ».....	29
c.	Des patients de plus en plus âgés	29
d.	Synthèse	30
3.	Perspective	30
a.	Améliorer l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital	30
b.	Améliorer la participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique	31
c.	Améliorer l'information délivrée aux patients	31
d.	Améliorer l'organisation des soins	31
4.	Conclusion	32
IV.	L'HOPITAL PRIVE DE LA SEINE-SAINT-DENIS	33
1.	L'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis.....	33
a.	Historique	33

b.	Capacité d'accueil.....	34
c.	Plateau technique.....	34
d.	Offre de soins	35
2.	Le service d'accueil d'urgence de l'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis	36
a.	Les locaux	36
b.	Le personnel et l'organisation.....	37
c.	Le fonctionnement	37
d.	Activité du service d'accueil des urgences	38
V.	LA COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS TRAITANT ET LES MEDECINS URGENTISTES	39
1.	Le partage de l'information.....	39
a.	Place de la communication dans la pratique quotidienne du médecin généraliste	39
b.	Cadre réglementaire du partage de l'information	39
c.	Critères de qualité du partage de l'information.....	40
2.	Le dossier médical personnel	41
a.	Cadre législatif encadrant le dossier médical personnel.....	41
b.	Bénéfices attendus du dossier médical personnel sur la communication des informations médicales.....	42
c.	Limites actuelles du dossier médical personnel.....	42
d.	Conclusion	43
3.	Les divers modes de communication actuel	44
a.	L'appel téléphonique.....	44
b.	Le courrier manuscrit	44
c.	Le courrier électronique	45
d.	La messagerie instantanée	45
VI.	ETUDE	46
1.	Objectif.....	46
2.	Méthode.....	46
3.	Population	47
a.	Critères d'inclusion.....	47
b.	Critères d'exclusion	47
4.	Variables étudiées / Critères de jugement.....	47
a.	Critère de jugement principal.....	47
b.	Critères de jugement secondaires.....	47
5.	Analyse statistique	47

VII.	RESULTATS.....	48
1.	Caractéristiques de la population de l'étude	48
2.	Durée moyenne de passage	51
3.	Délai moyen d'attente.....	54
4.	Orientation	56
VIII.	DISCUSSION	59
1.	Limites de l'étude	59
a.	Biais de classement	59
b.	Volume de patients adressés par leur médecin traitant.....	59
c.	Dispersion.....	59
2.	Durée moyenne de passage aux urgences.....	59
a.	Population totale.....	59
b.	Population de patient de plus de 75 ans.....	60
c.	Population de traumatologie	61
3.	Délai moyen d'attente.....	61
a.	Population totale.....	61
b.	Traumatologie	61
4.	Taux d'hospitalisation	62
c.	Population totale.....	62
d.	Population de patient de plus de 75 ans.....	62
5.	Mise en contexte	63
a.	L'importance du médecin traitant comme coordonnateur de santé	63
b.	Le contexte de la Seine-Saint-Denis et du territoire du 93-3	63
c.	Conclusion	64
IX.	CONCLUSION	66
	ANNEXES.....	68
	LISTE DES FIGURES.....	72
	LISTE DES TABLEAUX	74
	BIBLIOGRAPHIE.....	75
	PERMIS D'IMPRIMER.....	78
	SUMMARY	79
	RESUME	80

ABREVIATIONS

PIB : produit intérieur brut

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

CNOM : conseil national ordre des médecins

CDOM : conseil départemental ordre des médecins

MMG : maison médicale de garde

CMS : centre médical de santé

MCO : médecine chirurgie obstétrique

SSR : soins de suite et de réadaptation

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

INVS : institut national veille sanitaire

PDS : permanence des soins

DMP : dossier médical personnalisé

SAU : service d'accueil des urgences

IOA : infirmière organisatrice de l'accueil

HPSSD : hôpital privé de la Seine-Saint-Denis

ANRU : agence nationale pour la rénovation urbaine

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

AVC : accident vasculaire cérébral

ORL : oto-rhino-laryngologie

CMU : couverture mutuelle universelle

CIM10 : classification internationale des maladies

CCMU : classification clinique des malades aux urgences

HLM : habitation à loyer modéré

APHP : assistance publique hôpitaux de Paris

ARS : agence régionale de santé

USC : unité de soins continus

UHCD : unité hospitalisation courte durée

CHU : centre hospitalo-universitaire

CH : centre hospitalier

HAS : haute autorité de santé

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CSPP : conseil supérieur des professions paramédicales

I. INTRODUCTION

La communication et le partage de l'information sont des éléments essentiels dans la relation médecin-malade, mais également dans la relation entre les différents acteurs de santé.

Depuis la création du parcours de soins coordonné, le médecin traitant a été replacé au centre du système de soins. Son rôle de chef d'orchestre du système de santé a été renforcé. C'est le médecin traitant qui est le référent prioritaire du patient, c'est lui qui oriente le patient vers ses confrères; il collige les différentes informations médico-sociales au sein du dossier médical ; en étant le garant de la continuité des soins.

Dans le cas particulier de l'urgence, la communication entre le médecin traitant et le médecin urgentiste prend une ampleur importante. En effet les acteurs de l'urgence sont amenés à orienter, hiérarchiser, trier et prendre en charge des situations cliniques très diverses, la connaissance du patient est alors un élément clé dans cette démarche.(1)

Un des objectifs actuels est de réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences. Afin de remplir cet objectif, s'imposent aujourd'hui les questions de coordination des parcours de soins urgents et de recours aux urgences comme lieu d'offre de soins non programmés.(2)

Ainsi pour optimiser sa mission, le médecin urgentiste a besoin d'informations pertinentes d'ordre médico-social. La communication entre les professionnels de santé et notamment entre le médecin traitant et l'urgentiste, étant le socle de cette organisation.(3)(4)

La lettre médicale entre confrères est le support actuellement le plus approprié pour l'analyse de la complexité des diverses situations clinico-pathologiques, pour l'évaluation de la gravité des situations ainsi que du caractère urgent du recours des patients aux services des urgences.(5)

Dans le contexte actuel d'engorgement des urgences et d'allongement des temps de passage, il semble intéressant de mesurer l'apport du médecin traitant dans l'orientation puis dans la gestion des patients adressés aux urgences.

Nous proposons une comparaison entre les patients adressés avec un courrier par leur médecin traitant et les patients se présentant spontanément. Notre hypothèse étant qu'un courrier du médecin traitant permet de diminuer les différents temps de prise en charge aux urgences ainsi que d'effectuer un tri des patients en amont des urgences, retranscrit par un taux d'hospitalisation plus élevé pour les patients adressés par leur médecin traitant.

L'objectif principal de l'étude est d'analyser le retentissement de ce courrier sur la durée moyenne de passage aux urgences des patients adressés par leur médecin traitant.

L'objectif secondaire est d'analyser l'impact d'une lettre d'amission sur le délai moyen d'attente entre l'inscription administrative et le premier contact médical ainsi que sur le taux d'hospitalisation.

L'ensemble de ces conclusions seront par la suite interprétées dans le contexte du département de la Seine-Saint-Denis.

II. LA MEDECINE GENERALE EN SEINE-SAINT-DENIS

1. Contexte économique et social de la Seine-Saint-Denis (6)

a. Contexte géographique

La Seine-Saint-Denis est un département français situé au nord-est de l'agglomération parisienne, appartenant à la petite couronne de la région Île-de-France (avec les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne). Ses habitants sont les appelés les *Séquano-Dionysiens*.

La population est de 1 522 048 habitants au 1^{er} janvier 2010. Sa densité de population (6 383 habitants au km²) est largement supérieure à la moyenne régionale (971 habitants au km²) et plus encore à la moyenne nationale (114 habitants au km²). Le département rassemble 13% de la population régionale sur 2% du territoire. Au cours des dix dernières années, la population de la Seine Saint-Denis a augmenté de près de 1% par an, c'est le taux de croissance le plus élevé de la région Ile-de-France.

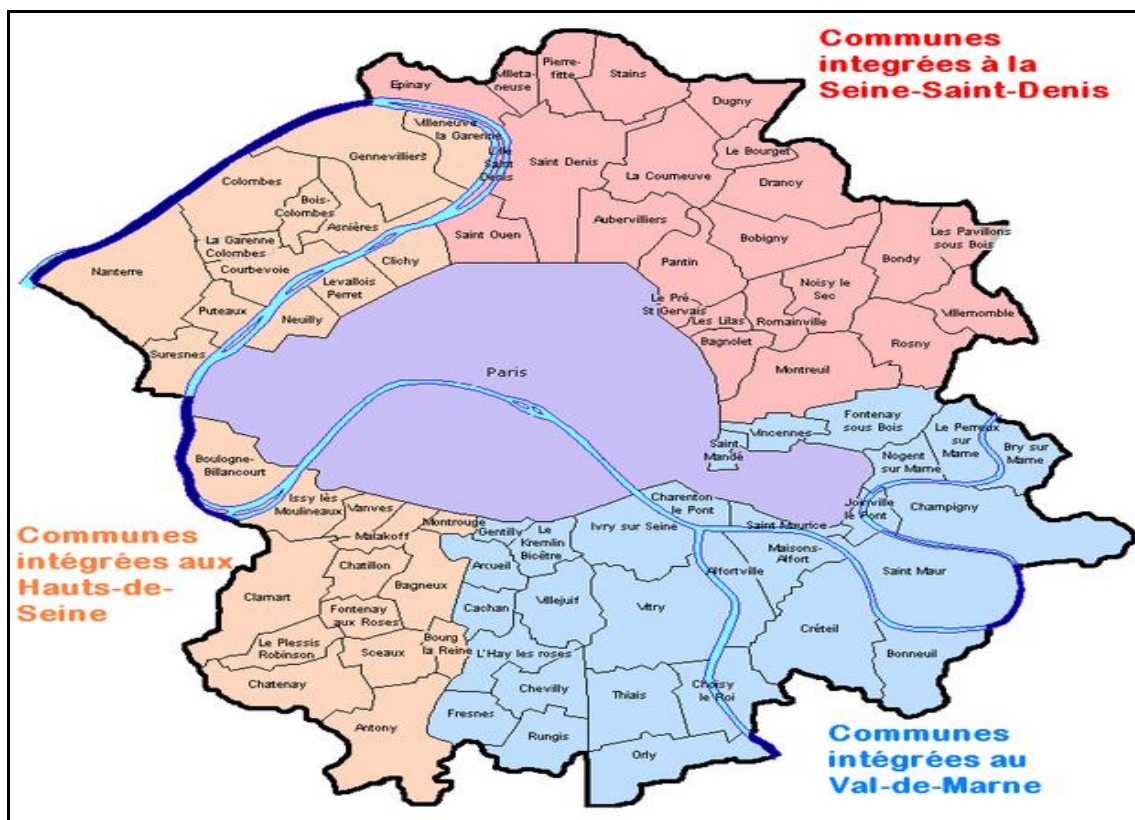


Figure 1 : Seine-Saint-Denis / petite couronne

b. Contexte socio-économique

- *Un territoire dynamique*

Malgré un taux de chômage élevé (12,4% en décembre 2012), dû en partie à un niveau d'éducation plus faible que dans les départements voisins et à la désindustrialisation, la Seine-Saint-Denis est un département dynamique, bien que ses domaines d'excellence soient souvent méconnus.

Chaque année, plus de 8 000 entreprises sont créées dans le département.(7) Le département est l'un de ceux qui ont, ces dernières années, vu s'accroître de manière plus sensible qu'ailleurs le nombre des entreprises implantées ou créées et celui des emplois du secteur marchand.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) de la Seine-Saint-Denis s'élève en 2005 à 40,676 milliards d'euros (8), ce qui fait du Département le 7^e département français pour la richesse produite ; mais le PIB par habitant (27 420 € par habitant) situe le

département à la 14^{ème} place de ce point de vue, un niveau très légèrement inférieur à la moyenne nationale (27 723 € par habitant).

Par ailleurs le calcul des taux de chômage par sexe et âge montre une situation particulièrement défavorable pour les jeunes hommes de Seine-Saint-Denis : 28,8% des hommes de 15-24 ans du département sont au chômage. Ceci est notamment du au fait que la Seine-Saint-Denis offre de nombreux emplois de cadres mais ceux-ci ne sont pas occupés par des Séquano-Dionysiens.

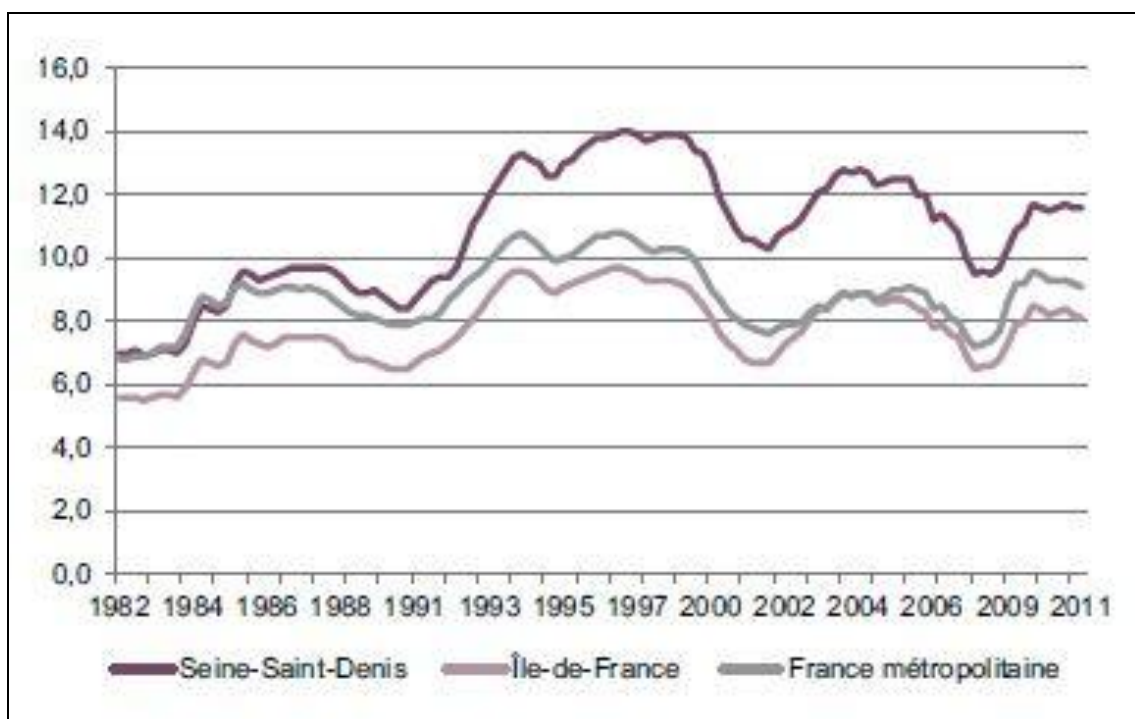


Figure 2 : taux de chômage « localisé » ; INSEE 2011

- *Une population pauvre*

Le revenu annuel moyen des ménages s'élève selon l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2004 à 15 175 euros, alors que la moyenne nationale s'élève à 15 027 euros. Cependant il existe des disparités importantes de niveau de vie en Seine-Saint-Denis selon les villes habitées.

Ainsi l'arrondissement de Saint-Denis est le plus défavorisé, la quasi totalité des villes s'y trouvant cumulant des obstacles en matière sociale : chômage, taux de logements sociaux très élevés, revenus des ménages faibles...

En 2006 toujours d'après l'INSEE, alors que le taux de chômage était de 11,1 % en moyenne pour les communes françaises (9), l'arrondissement de Saint-Denis affichait 20,3 % (10), l'arrondissement de Bobigny 16,7 % et celui du Raincy 13,7 %.

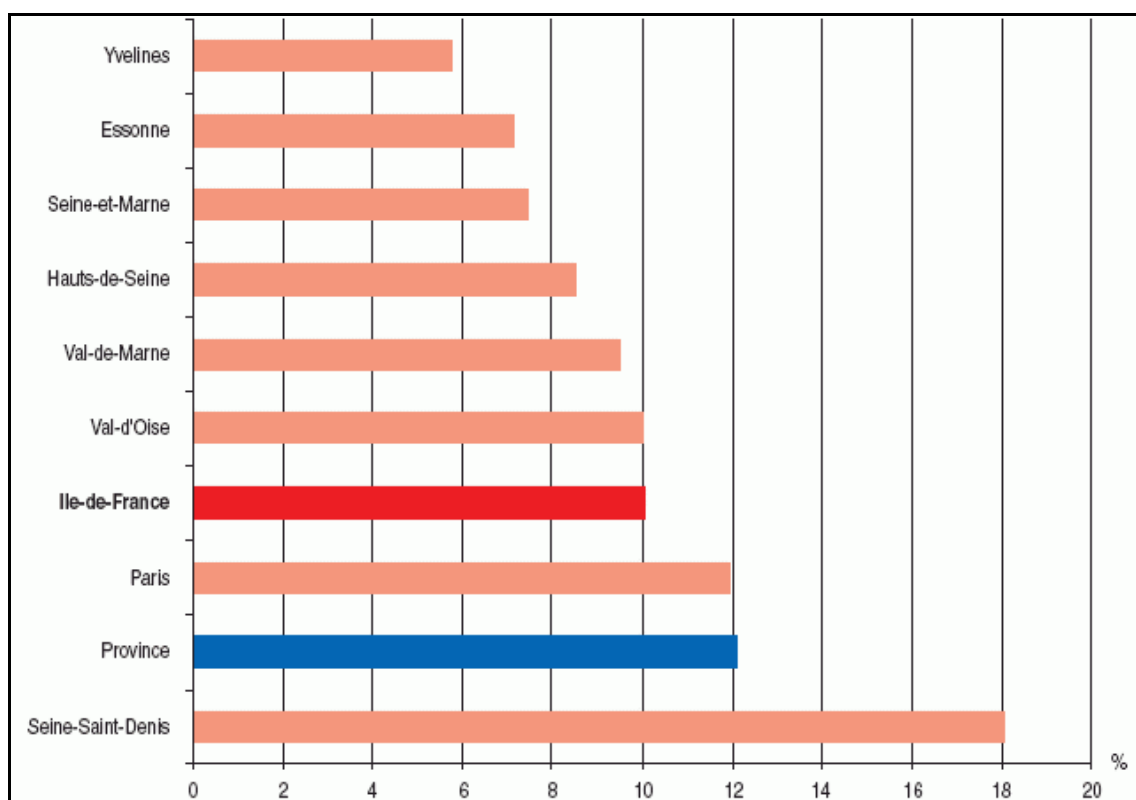


Figure 3 : taux de pauvreté en Ile-de-France ; INSEE 2004

En conclusion malgré une certaine attractivité économique départementale et des disparités entre les diverses communes ; les habitants de la Seine-Saint-Denis sont parmi les moins aisés de France, la concentration de populations très pauvres y est plus forte qu'ailleurs.(11)

	Niveau de vie moyen	Rang en France*	1 ^{er} décile D1	Rang en France*	Médiane	rang en France*	9 ^{ème} décile D9	Rang en France*	D9/D1**	Rang en France*
Paris	33 117	1	10 039	75	23 951	1	58 981	1	5,9	1
Hauts-de-Seine	30 267	2	11 342	12	23 729	3	52 632	2	4,6	2
Seine-Saint-Denis	19 237	92	8 784	95	16 921	93	31 437	64	3,6	9
Val-de-Marne	24 406	6	10 675	40	20 616	7	40 783	5	3,8	3
Seine-et-Marne	23 444	7	11 705	4	20 888	6	36 454	11	3,1	47
Yvelines	28 412	3	12 488	1	23 772	2	46 895	3	3,8	4
Essonne	24 665	5	11 724	3	21 861	4	39 487	6	3,4	19
Val-d'Oise	22 848	12	10 722	38	20 188	8	36 693	10	3,4	16
Ile-de-France	26 400		10 707		21 373		44 243		4,1	
province	21 284		10 490		18 505		33 417		3,2	

Figure 4 : niveau de vie en 2008 département Seine-Saint-Denis en 92^{ème} position sur 95 ; INSEE 2008

c. Contexte démographique

- *Une population jeune et en croissance*

Selon l'INSEE, la population était de 1 522 048 habitants au 1er janvier 2010. Cette population est relativement jeune : 22% des habitants ont moins de 15 ans contre 18,3% en France métropolitaine et 10,7% ont 65 ans ou plus, contre 16,8% en France métropolitaine. Les 85 ans ou plus, sont en proportion deux fois moins nombreux (1,2% de la population totale du département) qu'en France métropolitaine (2,3%).

Il y a par ailleurs une forte croissance de la population entre les recensements de 1999 et 2008 (+1% par an en moyenne), qui tend à s'atténuer légèrement (+0,3% depuis 2010)

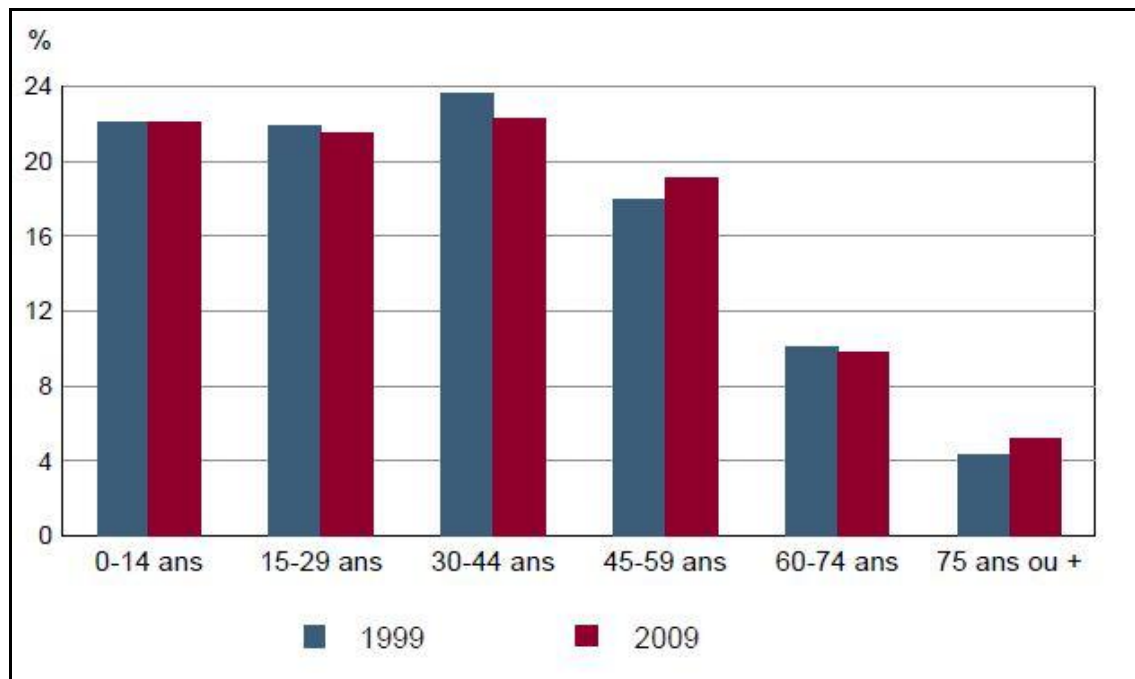


Figure 5 : population de la Seine-Saint-Denis par tranche d'âge ; INSEE 2010

- *Une population isolée*

On recense 575 500 ménages en 2008 en Seine-Saint-Denis dont 178 600 (31%) sont composés d'une seule personne. Le département se distingue surtout par une forte proportion de familles monoparentales et notamment de femmes seules avec enfant(s) : 67 000 femmes vivent seules avec un ou plusieurs enfants en Seine-Saint-Denis, elles représentent 17,5% des familles contre 13,8% en Ile-de-France et 11,3% en France métropolitaine.

- *Une population d'immigrés*

La part de population immigrée est particulièrement ancienne, constituant un des aspects de l'identité départementale. En effet, dès le développement industriel de la seconde moitié du XIX^e siècle, les communes de l'actuelle Seine-Saint-Denis accueillent des populations de travailleurs immigrés, par exemple allemands.

L'ensemble des grandes vagues d'immigration, notamment après chacune des guerres mondiales, s'est manifesté en Seine-Saint-Denis : Espagnols et Italiens entre 1920 et 1940 ; Nord-Africains après la Seconde Guerre mondiale, Portugais et encore plus récemment Chinois, Turcs ou Africains des pays situés au sud du Sahara.

Ce mouvement a accompagné l'arrivée massive d'immigrés intérieurs au pays (Bretons, Basques, Limousins, Auvergnats, Flamands, Lorrains, Hainuyers ou Alsaciens) venus travailler dans les industries parisiennes jusqu'au début des années 1970.

Cette diversité d'origine est aujourd'hui entrée dans une nouvelle phase, faisant notamment de la population séquano-dionysienne l'une des plus métissées du pays.

En 2008, on recense 314 700 personnes de nationalité étrangère en Seine-Saint-Denis, représentant 20,9% de la population du département. La proportion d'étrangers, en légère hausse par rapport à 1999, est très supérieure à celle de l'Île-de-France (12,4%) et à celle de la France (5,8%). Les nationalités algériennes (17% du total), tunisiennes et portugaises sont les plus représentées en Seine-Saint-Denis. Les ressortissants de l'Union Européenne représentent 18% des étrangers vivant en Seine-Saint-Denis, proportion inférieure à celle de l'Île-de-France (29%) et de la France métropolitaine (36%).

En conclusion, la population séquano-dionysienne se distingue par sa croissance démographique, sa jeunesse et sa forte proportion d'étrangers.(12)

d. Logement et urbanisme (13)

Selon le recensement de 2006, le département compte 604 065 logements, soit 11,4 % du parc francilien sur 2 % du territoire régional.

- Une forte proportion de logements sociaux

Le logement social est fortement représenté dans le département, avec un total de 189 000 logements sociaux, soit davantage que Paris dont la population est pourtant supérieure de moitié. Les logements sociaux représentent ainsi 32 % du parc en Seine-Saint-Denis, contre 16 % dans la capitale.

Par ailleurs le parc Habitation à Loyer Modéré (HLM), pourtant relativement récent, est assez dégradé. La Seine-Saint-Denis est le département français où l'Agence Nationale de Renouvellement Urbain (ANRU) finance le plus d'opérations.

Malgré ce parc important, et compte tenu de l'insuffisance de l'offre dans d'autres départements franciliens, 57 000 demandes de logement social sont enregistrées dans le département, ce qui implique de grandes difficultés d'attribution.

- Une offre de logement variée

Le parc locatif privé compte 117 000 logements, soit 21 % de l'ensemble des logements du département. Très inférieur à celui des Hauts-de-Seine (190 000 logements), et sans

commune mesure avec celui de Paris (437 000 logements), ce parc comprend surtout des logements d'une ou deux pièces, ou de très petits 3 pièces.

L'habitat individuel est aussi très présent en Seine-Saint-Denis. Le nombre de maisons individuelles (159 000) et leur part dans l'ensemble des logements (26 %) sont très supérieurs à ceux des Hauts-de-Seine (91 000 maisons et 12 % du parc) ou du Val-de-Marne (137 000 maisons et 24 % du parc).

- *De mauvaises conditions de vie*

Globalement, en Seine-Saint-Denis, 13 % des ménages déclarent vivre dans de très mauvaises conditions de logement, soit 1 point de moins qu'à Paris, mais 3 points de plus que dans les Hauts-de-Seine et 4 points de plus que dans le Val-de-Marne. Plusieurs facteurs concourent à cette mauvaise appréciation : le surpeuplement des logements, l'inconfort, l'obsolescence d'une partie du parc immobilier ancien mal entretenu, mais aussi le coût excessif du loyer au regard des revenus des familles.

En conclusion le parc de logements de la Seine-Saint-Denis est diversifié. Un logement sur quatre est une maison individuelle et un sur trois relève du parc social. Ce dernier est le plus développé d'Ile-de-France même s'il ne parvient pas à accueillir l'ensemble des ménages modestes. Ils se tournent alors vers le parc locatif privé, voire vers des logements en sous-location. Les ménages séquanodionisiens se plaignent plus souvent de mauvaises conditions de logement que ceux des départements voisins. Malgré des prix au m² relativement faibles, c'est en Seine-Saint-Denis que les dépenses de logement pèsent le plus pour les ménages, après Paris.

2. La démographie médicale en Seine-Saint-Denis

a. Contexte national (14)(15)

Dans son rapport sur l'évolution de la démographie médicale paru en 2012, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) observe que la population des médecins généralistes est vieillissante avec une moyenne d'âge de 52 ans, ainsi un quart d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2017.

Par ailleurs l'installation en cabinet libéral est en net recul ceci étant dû à l'attrait pour une activité de salarié. Ainsi parmi les 92 477 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière, 59,7% exercent en secteur libéral exclusif ; soit une

diminution de 5,5% en cinq ans. Le mode d'exercice salarié enregistre une hausse de 2,6% de ses effectifs au cours des 5 dernières années.

De même l'activité de médecin remplaçant a pris une ampleur considérable en médecine générale ces dernières années, notamment via la féminisation de la profession.

Enfin il existe une forte disparité sur le territoire national. En moyenne, la densité régionale est de 139,8 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants. La région Centre, région la plus faiblement dotée, recense 117,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants. À l'opposé, la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, région la plus fortement dotée, dénombre 165 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Il est également à noter que toutes les régions limitrophes de la région Ile-de-France ont une densité inférieure à la moyenne

En conclusion, plus qu'à une crise démographique, nous assistons à une mutation dans l'exercice de la pratique de la médecine générale. Ainsi de façon concomitante à la réduction des effectifs, la médecine libérale semble payer un lourd tribut à cette régression démographique.

L'installation libérale n'est pas niée, elle s'avère simplement reportée à plus tard, aux alentours de la quarantaine. Cette installation se conçoit désormais davantage dans le cadre de groupements aux structures souvent complexes et aux participations croisées. Les remplaçants (juridiquement et fiscalement des libéraux) deviennent une population à part entière, un véritable marché. Le statut de remplaçant n'est plus l'antichambre de l'installation libérale, voire de la carrière hospitalière. Il s'inscrit dans la durée et répond d'un véritable choix de vie chez nombre de ceux qui l'adoptent, notamment en raison de la féminisation de la profession.

b. Etat des lieux en Seine Saint-Denis (16)

Le département de la Seine-Saint-Denis suit la même évolution que l'ensemble du territoire français, avec une baisse de la démographie médicale et notamment des médecins généralistes ; accompagnée par un vieillissement ainsi qu'une féminisation de cette population. Cette évolution se distingue par son aspect plus radical au sein du département de la Seine-Saint-Denis.

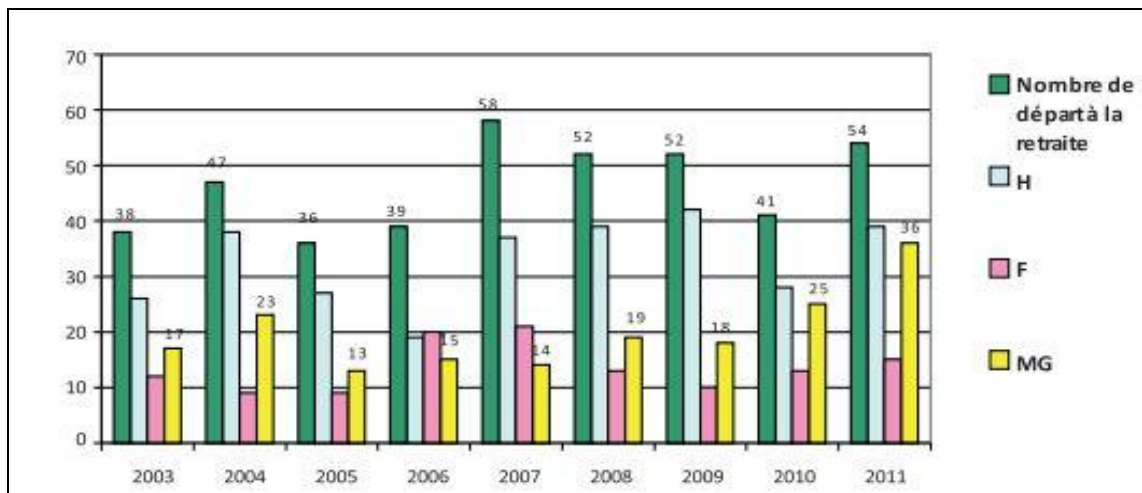


Figure 6 : départ en retraite médecins généralistes de Seine-Saint-Denis ; CDOM 93

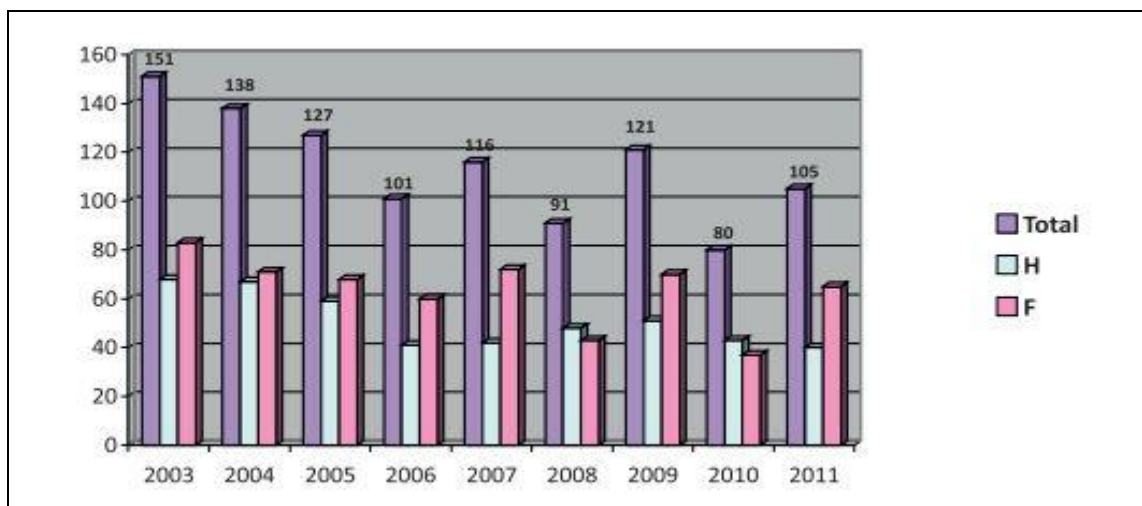


Figure 7 : évolution des effectifs des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis ; CDOM 93

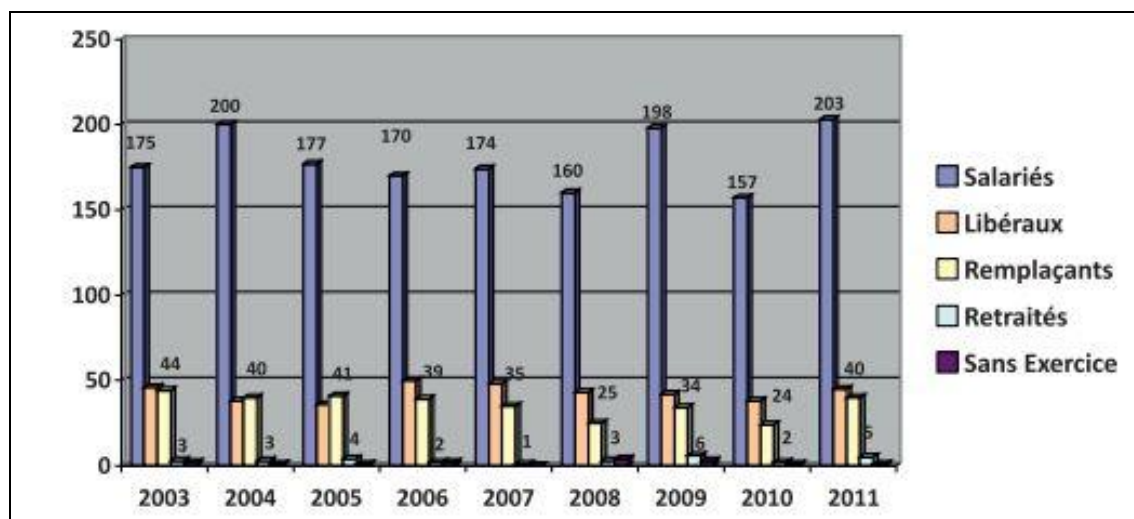


Figure 8 : type d'installation des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis ; CDM 93

c. L'offre médico-sociale autour de l'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis

L'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis appartient au territoire de santé 93-3

- Présentation du territoire 93-3 (17)

Le territoire 93-3 est composé de 17 communes de Seine-Saint-Denis et 5 de Seine-et-Marne, ce qui en fait un territoire contrasté avec des zones très urbaines à l'ouest et des zones quasi rurales à l'est.

Il comprend 583 000 habitants au 1er janvier 2012 (38% de la Seine-Saint-Denis).

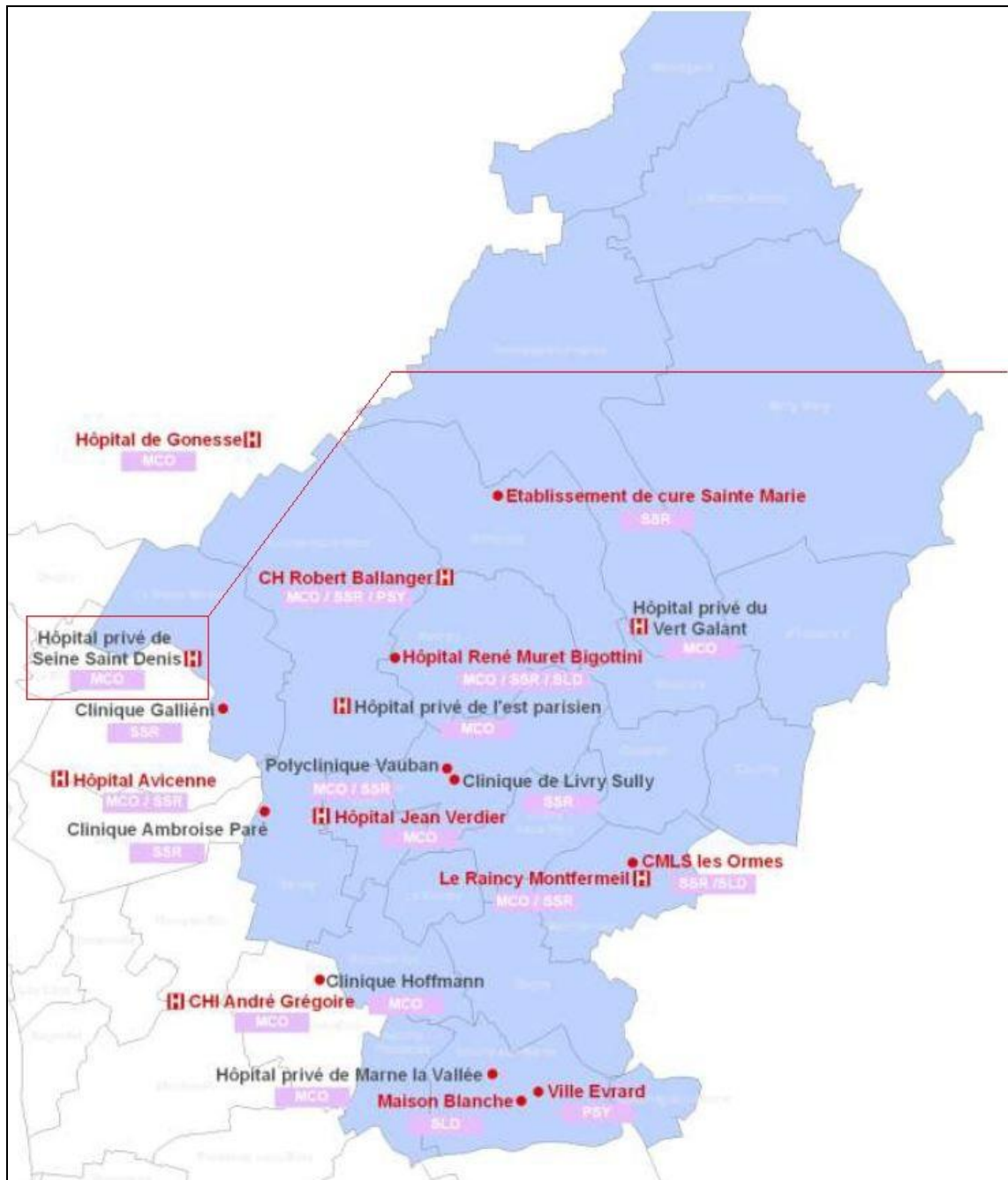


Figure 9 : territoire 93-3 ; localisation Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis

- *L'offre de soins hospitalière*

Pour les soins Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), elle est assurée par 8 établissements de court séjour qui réalisent 51 000 séjours de médecine et 36 000 de chirurgie, soit 45% de l'activité en médecine et chirurgie du département.

Pour les Soins de Suite et Réadaptation (SSR), 8 établissements réalisent 50% de l'activité de soins de suite mais seulement 20% de la réadaptation fonctionnelle départementale.

Deux établissements couvrent les besoins en psychiatrie adulte du département.

Le taux de fuite global était de 39% en 2012. Le territoire résiste mieux que les deux autres (93-1 et 93-2) à l'attraction parisienne mais les habitants du 93-3 effectuent 17% de leurs séjours MCO à Paris.

La répartition privé-public dans la production de soins hospitaliers MCO est proche de l'équilibre sur l'ensemble des soins (47% pour les établissements privés, 53% pour les publics, AP-HP comprise). Mais ce rapport varie en fonction du mode d'hospitalisation. Les établissements publics dominent l'hospitalisation complète, en particulier en médecine, tandis que les établissements privés ont davantage développé les prises en charge en ambulatoire.

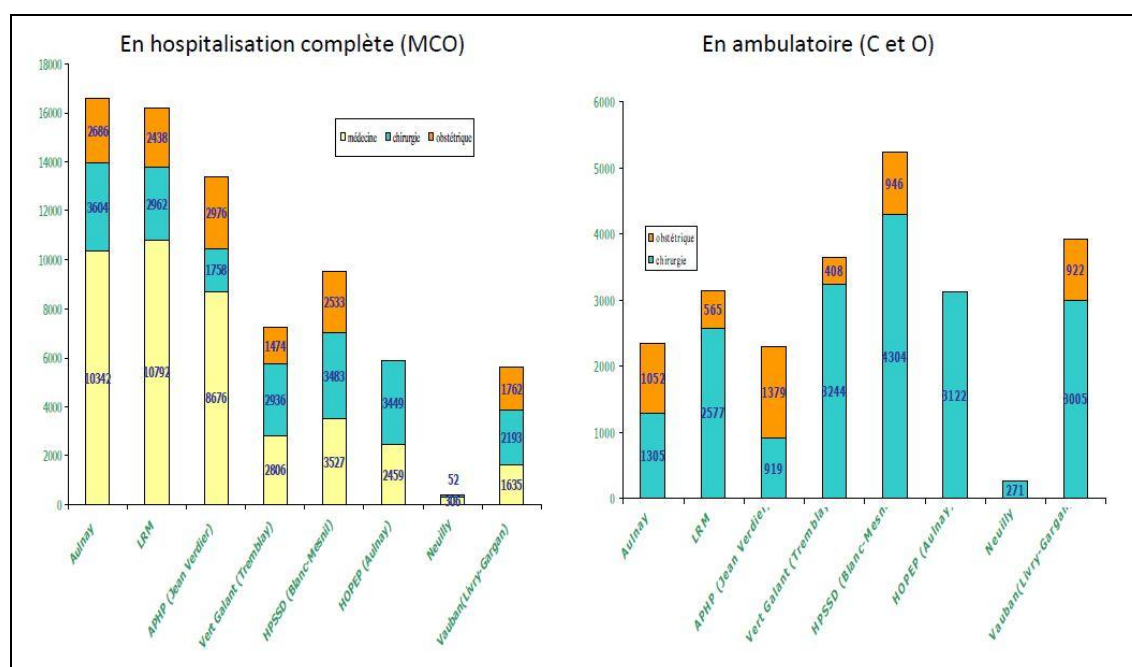


Figure 10 : répartition activité hospitalière du territoire 93-3

- L'activité libérale

L'activité libérale du territoire 93-3 hors établissements montre une consommation d'actes inférieure à la moyenne départementale et régionale, puisqu'il y est observé 5 millions d'actes en cabinet de ville (95,2%), 250 000 actes en Centre Municipal de Santé (4,8%) soit 7,24 actes par personne protégée (contre 8,87 en Seine-Saint-Denis et 8,46 en Ile de France)

La densité de professionnels libéraux est très inférieure à la moyenne régionale (-40% sur les spécialistes, IDE et masseurs kinésithérapeutes), mais supérieure à la moyenne du département, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : densité offre de soins libérale ; INSEE 2006

Professions	93-3		Seine-Saint-Denis		Ile de France		93-3/IDF
	Nb	1 / hab	Nb	1 / hab	Nb	1 / hab	
Généralistes	471	1237	1000	1485	12431	931	24,7%
Spécialistes	421	1384	955	1555	14090	822	40,6%
Infirmières	205	2842	461	3221	6730	1720	39,5%
Kinés	284	2051	650	2285	9629	1202	41,4%

- *Permanence des soins de ville*

La permanence des soins libérale départementale est assurée essentiellement par un cabinet privé spécialisé, le S.U.R (17 905 visites en 2012) et plus faiblement par les deux Maisons Médicales de Garde (2 428 consultations en 2012 pour la MMG d'Aulnay-sous-Bois, activité en phase de démarrage pour Saint-Denis).

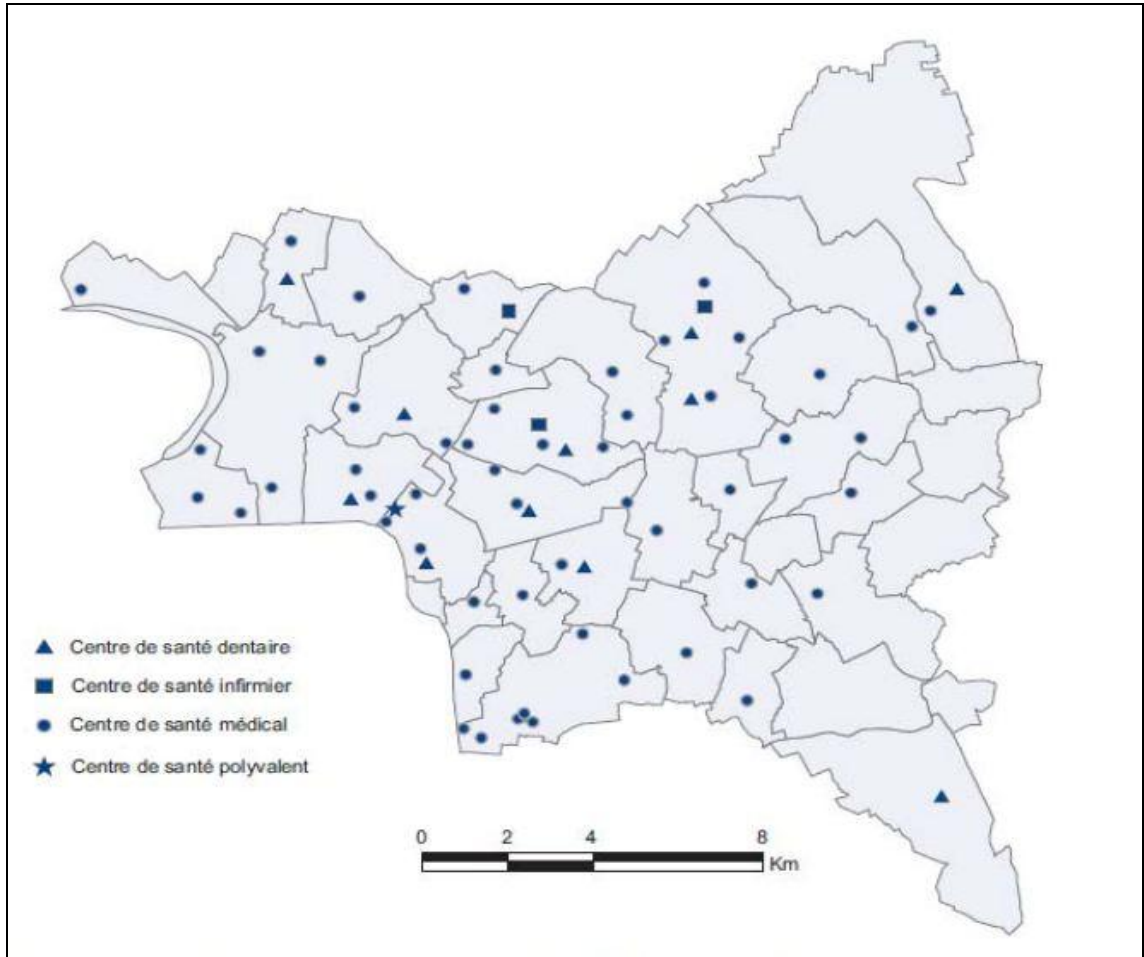


Figure 11 : offre de soins de ville dans le territoire 93-3

III. EVOLUTION DES SERVICES D'URGENCES

1. Une activité en croissance

a. **Augmentation du nombre d'usager de soins aux urgences**

D'après le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) paru en 2004 sur l'activité des urgences, la population recourt de plus en plus fréquemment aux services d'urgences hospitaliers. Le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions. Cette activité croit inexorablement de près de 5% par an.(18)(2)

b. **Démographie des usagers des services d'urgences**

La pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) représente un quart des passages et les patients de plus de 75 ans un peu plus de 12 % du total.

Les adultes jeunes (15-54 ans) constituent la classe d'âge qui a le plus souvent recours aux services d'urgences avec 50 % des passages.

Le recours aux urgences est à prédominance masculine (53,2 % des passages).

La structure par classe d'âge diffère selon le sexe, avec une plus forte fréquentation des urgences par les hommes pour les classes d'âges inférieures à 55 ans. Au delà de 65 ans, les femmes sont plus nombreuses à avoir recours aux urgences.(19)

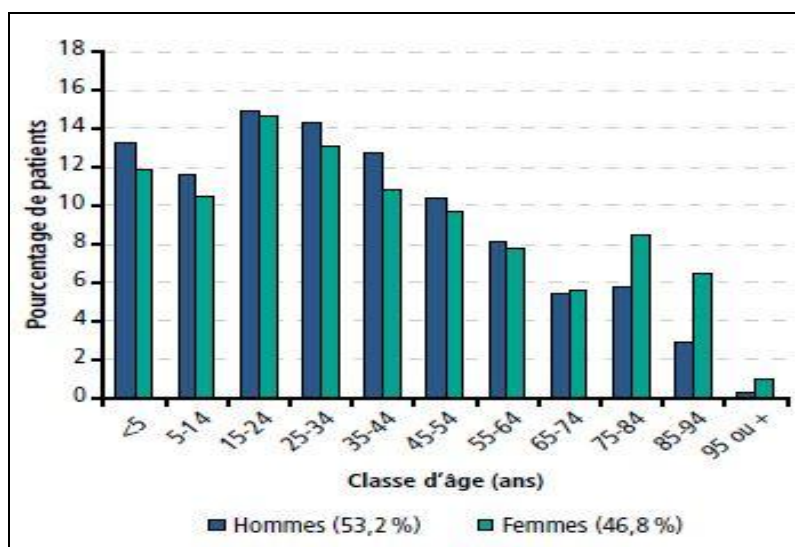


Figure 12 : Répartition des patients par classe d'âge en 2010 dans les services d'urgences ; INVS 2010

c. Motifs de recours aux services d'urgences

En 2010, la traumatologie (traumatisme, lésion, accident, chute...) est la première cause de recours aux urgences avec plus de 32 % des diagnostics recueillis pour les adultes et près de 38 % chez les enfants.

Chez les enfants de moins de 15 ans, les causes médicales d'origine infectieuse sont les plus fréquentes après les traumatismes. Notamment, les infections ORL, les fièvres isolées et les gastro-entérites représentent respectivement 10,5 %, 4,4 % et 4,3 % des passages aux urgences pédiatriques.

On compte également parmi les diagnostics les plus courants les douleurs abdominales spécifiques et non spécifiques, les bronchiolites, l'asthme, les allergies et les pneumopathies.

Chez les enfants de moins de 2 ans, les infections ORL correspondent au diagnostic le plus fréquemment rencontré (17 %), juste devant les traumatismes (16 %).

Chez les adultes, les douleurs abdominales spécifiques et non spécifiques comptent pour 7 % des diagnostics. Elles sont suivies dans le classement par les malaises (3,6 %), les pathologies neurologiques (3,2 %) et les douleurs thoraciques (2,7 %). Les passages pour alcoolisation (syndrome de sevrage, ivresse...) et les troubles anxieux représentent respectivement 2 % et 1,6 % de l'ensemble des diagnostics.

Chez les patients âgés de 75 ans et plus, les traumatismes (24 %) et les malaises (7,5 %) sont les deux diagnostics les plus fréquemment rencontrés.

Parmi les autres principales pathologies des patients de cette classe d'âge, on trouve les décompensations cardiaques, les pneumopathies, les AVC, les dyspnées et insuffisances respiratoires, et les troubles du rythme ou de conduction.(19)

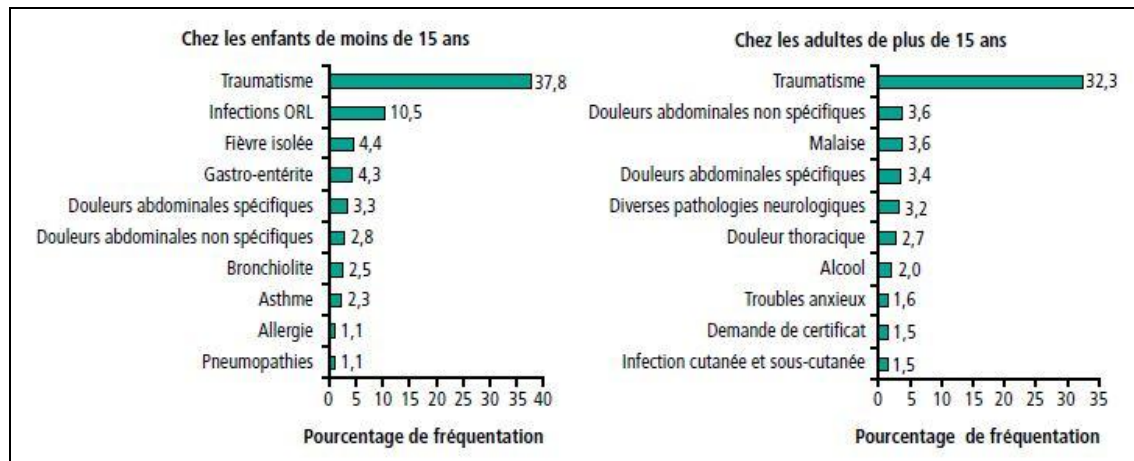


Figure 13 : Les 10 diagnostics les plus fréquents dans les services d'urgences ; INVS 2010

d. Dotation des services d'urgences

D'après le rapport de la Cour des Comptes de 2007, les urgences médicales : constat et évolution récente, le plan « Urgences », conçu comme un « plan global de modernisation de toute la chaîne des urgences », a permis des créations d'emplois importantes dans les services d'urgence.

Les 489 M€ alloués sur 5 ans ont permis de renforcer les équipes des services d'urgence, des SAMU et des SMUR. 2 321 postes ont été créés dans ces différentes structures en deux ans, dont 451 médecins et 942 infirmières dans les seuls services d'urgence. En moyenne les effectifs de chaque site ont augmenté de 3,6 équivalents temps plein.

Cela s'est traduit par l'organisation d'une présence continue d'un effectif considéré comme minimum, surtout dans les petites et moyennes structures. Mais cette amélioration quantitative doit encore être peaufinée pour parler de réel bond qualitatif.(20)

2. Une activité en tension

a. Un recours rarement justifié

Toujours d'après la Cour des Comptes, le pourcentage de patients hospitalisés à la suite de leur passage dans les services d'urgence fournit indirectement une information sur le degré de gravité de leur état de santé : il est de 20%. Près de 80 % des patients qui se présentent dans les services d'urgence retournent à domicile, après une simple consultation (16 %) ou des examens complémentaires (65 %).

Dans cet ensemble, 5% correspondent à des consultations faisant suite à un premier passage aux urgences (surveillance de plâtre, ablation de fils). Il s'agit donc, dans ce dernier cas, d'une activité programmée qui devrait être assurée, non pas par les services d'urgence, mais par les services de consultations externes de l'établissement ou la médecine de ville.

Cette situation reflète une réelle difficulté : si on peut schématiquement distinguer les urgences vitales, les cas nécessitant une intervention rapide (fracture, blessure profonde, brûlures) et les autres, qui peuvent aller du simple conseil à une consultation non programmée, il est difficile de faire a priori la distinction entre l'urgence ressentie par un patient et l'urgence clinique. Seul un diagnostic porté par des professionnels peut permettre la bonne orientation du patient. Pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population.

b. Une demande croissante de « tout en un »

Toujours d'après l'enquête de la DRESS de 2004, les services d'urgence sont désormais considérés par les deux tiers des Français comme un lieu où ils peuvent se faire soigner 24 heures sur 24 par des professionnels qualifiés, en toute sécurité, et bénéficier rapidement de tous les moyens modernes d'investigation. Les motivations les plus courantes exprimées par les patients tiennent à la proximité de l'établissement (47 %), à un besoin d'examen ou d'avis spécialisé (44 %), à une exigence de rapidité (38 %), à une perspective d'hospitalisation (32 %) et à l'assurance de pouvoir disposer d'un plateau technique spécialisé. Les Français expriment donc une grande confiance dans les services d'urgences hospitaliers.(21)

c. Des patients de plus en plus âgés

Le taux de recours aux urgences (hormis celui des enfants de moins de un an) est le plus élevé chez les personnes âgées de 80 ans et plus. Il s'agit de personnes poly-pathologiques, ou attendant une place en service d'hospitalisation. Un grand nombre d'entre elles seront hospitalisées, mais parfois dans des services non adaptés au traitement de leur pathologie.

Cette proportion importante de personnes très âgées a des conséquences sur l'organisation des services d'urgence : elle augmente leur charge de travail car il s'agit de personnes parfois difficiles à interroger, qui n'ont pas toujours de dossier médical antérieur et pour lesquelles l'équipe va passer beaucoup de temps pour trouver un service qui accepte de les prendre en charge.

Mais surtout elle traduit l'échec d'un suivi global adapté à leurs problèmes de santé ; ainsi que l'absence d'un parcours gériatrique coordonné notamment du à un manque de lit d'hospitalisation de gériatrie et à un manque de communication entre les médecins traitants et les médecins hospitaliers.(18)

d. Synthèse

Alors qu'ils étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints, les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées. Ce constat est conforté par le fait que 70% des usagers se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, même par téléphone.

Cela crée par ailleurs des insatisfactions tant pour les personnels du fait des difficultés à gérer les flux des patients à l'intérieur du service ou de l'établissement que pour les usagers, du fait des temps d'attente jugés parfois excessifs.

Par ailleurs le vieillissement de la population consultant aux urgences exacerbe la problématique de la disponibilité en lits d'aval pour hospitaliser ses patients le plus souvent dépendants et poly-pathologiques.

3. Perspective

a. Améliorer l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital

La Permanence Des Soins (PDS) est basée sur la participation volontaire des médecins libéraux aux gardes. Elle s'exerce de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés. Elle est organisée dans chaque département sur la base d'un découpage en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques, ainsi que de l'offre de soins.

D'après les Agences Régionales de Santé, 70 % des médecins libéraux participent à la PDS, mais la taille des secteurs et le nombre de médecins par secteur est très variable

d'un département à l'autre. Certaines zones restent sans couverture médicale libérale. La mobilisation des médecins en seconde partie de nuit présente des difficultés : de nombreux secteurs de garde ne sont pas couverts après minuit.

La contribution des MMG dont les deux tiers sont financées par l'assurance maladie, dans le cadre du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, est en plein essor. L'adossement des MMG à une structure hospitalière permet d'alléger le flux des patients qui s'adressent aux services d'urgences.(22)

b. Améliorer la participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique

SOS Médecins qui est le premier réseau libéral des urgences médicales en France, joue un rôle important dans la prise en charge des patients appelant pour une urgence : avec près d'un millier de médecins titulaires, il couvre 60 % de la population et est très sollicité en milieu urbain et périurbain. Il a signé en septembre 2005 une convention cadre avec SAMU de France qui fixe les conditions de collaboration avec les SAMU en matière de régulation médicale, d'intervention auprès du patient, de transport et d'hospitalisation en fonction des lits disponibles.

c. Améliorer l'information délivrée aux patients

Les patients ont besoin d'informations pratiques sur les moyens mis en place en dehors de l'hôpital. Les trois quarts d'entre eux ne connaissent pas le numéro de téléphone du médecin de garde et un tiers seulement ont le numéro de leur médecin traitant en tête ou sous la main. Les tableaux de permanence sont peu diffusés, tous les médecins ne délivrent pas d'information sur la permanence des soins sur leur répondeur. Cette carence explique en partie le recours téléphonique au 18, au 15 et un recours massif aux services des urgences.

d. Améliorer l'organisation des soins

La Cour des Comptes rapporte un trop grand nombre d'intervenant au sein de la chaîne de direction d'un territoire sanitaire. Cette répartition des rôles n'est pas efficace : elle ne facilite pas la bonne articulation des maillons de la chaîne des urgences, ni la recherche d'une mutualisation des moyens de plus en plus nécessaire pour répondre à l'exigence de permanence dans un contexte de relative pénurie des moyens. Il apparaît ainsi qu'une autorité régionale unique coordonnant des missions régionales de santé, permettrait une meilleure répartition des différents acteurs du système de santé.

4. Conclusion

Les services d'urgence ont acquis en quinze ans un niveau d'équipement, de compétences et d'efficacité que beaucoup de pays peuvent envier à la France. Ces progrès incontestables ne doivent pas masquer les faiblesses persistantes du dispositif dans son ensemble, en amont et en aval des établissements de santé. La recherche d'un meilleur équilibre entre ce qui peut être pris en charge par la médecine de ville et ce qui doit être traité par l'hôpital n'a pas réellement abouti et les modalités d'une bonne orientation des patients doivent être améliorées. Des solutions existent : elles sont plus de nature organisationnelle et opérationnelle que financières.

IV. L'HOPITAL PRIVE DE LA SEINE-SAINT-DENIS

1. L'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis

a. Historique

En 1949, le Docteur Berthy achète un bâtiment situé à l'angle de l'avenue Henri Barbusse et de la rue Danton : le café "Le Bal de la Volière", dancing, combats de coqs et lieu de rencontre de repris de justice. Il le transforme en une maison d'accouchement de 11 lits, à laquelle il adjoint progressivement un service de chirurgie de 8 lits. A sa mort en 1958, son épouse décide de reprendre la gestion de l'établissement, jusqu'à son rachat en 1961 par le Docteur et Madame Sobelman. Ces derniers vont imprimer profondément leurs marques et transformer l'établissement en une clinique moderne. En 1963, elle possède 50 lits de chirurgie et 15 de maternité.



Figure 14 : café bal de la volière en 1948

En 1970, pour répondre aux besoins croissants des habitants du Blanc-Mesnil et des environs, la clinique augmente sa capacité en ajoutant un nouveau bâtiment. Le nombre de lits passe à 95 pour la chirurgie et 30 pour la maternité. Dans les années 70, la clinique est un des rares établissements privés à assurer les urgences 24 heures sur 24, et des gardes de nuit sur place.

L'urbanisation croissante, la construction de grands ensembles créent de nouveaux besoins et un second édifice est construit en 1977. Amateur d'art, le directeur invite des peintres et des sculpteurs à le décorer. C'est ainsi que la clinique se transforme en un petit musée, avec des œuvres de César, Arman, Péricaud...

En 1987, le premier bâtiment est rénové et un troisième est construit. Nous y retrouvons les consultations gynécologiques, chirurgicales et une nouvelle unité ; les soins externes.

La clinique s'est diversifiée par l'ouverture en juin 2002 de deux nouveaux services entièrement rénovés : une structure d'urgence et un service de médecine de 18 lits.

Un projet architectural important et le regroupement des activités de la clinique du Bois d'Amour de Drancy et de l'HPSSD sur un même site, permettent à la clinique de devenir en 2006, l'établissement de santé privé de référence de l'est parisien et une des plus importantes maternités de l'Île-de-France : construction de nouveaux bâtiments d'hospitalisation doublant la taille de la clinique, d'un nouveau bloc chirurgical et obstétrical et transfert de l'activité maternité néonatalogie du Bois d'Amour.

Depuis janvier 2006, le groupe Générale de Santé, 1^{er} réseau d'hospitalisation privée en France avec 173 établissements a racheté l'HPSSD.

b. Capacité d'accueil

L'établissement dispose d'une capacité de 277 lits d'hospitalisation autorisés, dont :

- 125 lits de chirurgie
- 17 places de chirurgie ambulatoire
- 8 lits d'Unité de Soins Continus (USC)
- 38 lits de médecine
- 3 postes de chimiothérapie,
- 60 lits d'obstétrique
- 10 lits de grossesse à risque
- 21 lits de néonatalogie (dont 6 de soins intensifs),
- un service d'urgences (24h/24 et 7j/7) comportant 3 lits portes

c. Plateau technique

- un bloc opératoire de 9 salles opératoires
- 3 salles d'endoscopie
- 1 salle de réveil à 18 postes,
- un bloc obstétrical avec 5 salles de pré travail, 6 salles de travail, 2 salles de césarienne et 1 salle de réveil à 4 postes,
- un service de chirurgie ambulatoire avec 17 postes,
- un service de chimiothérapie à 3 postes,

- *un service d'imagerie médicale avec radiologie conventionnelle, mammographie, échographie et angiographie numérisée, un scanner (64 barettes), un IRM (1,5 tesla)*
- *une structure d'urgence accueillant 22 000 passages par an*
- *un centre d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP),*
- *une unité de néonatalogie (21 lits dont 9 de soins intensifs)*
- *un laboratoire de biologie*

d. Offre de soins

En ce qui concerne les spécialités chirurgicales on recense actuellement 4 chirurgiens viscéraux, 4 chirurgiens orthopédiques, 3 chirurgiens plasticiens-réparateurs, 2 chirurgiens maxillo-faciaux et un chirurgien vasculaire.

Pour les spécialités médico-chirurgicales, exercent actuellement 2 urologues, deux oto-rhino-laryngologues et 14 gynécologues-obstétriciens.

Pour les consultations de spécialités médicales on recense 8 anesthésistes titulaires, 4 gastro-entérologues, 1 rhumatologue, 1 dermatologue, 4 cardiologues, 1 phlébologue, 1 médecin interniste, 1 pneumologue, 6 pédiatres et 3 oncologues.

Il existe également un service de kinésithérapie avec 3 kinésithérapeutes.

2. Le service d'accueil d'urgence de l'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis

a. Les locaux

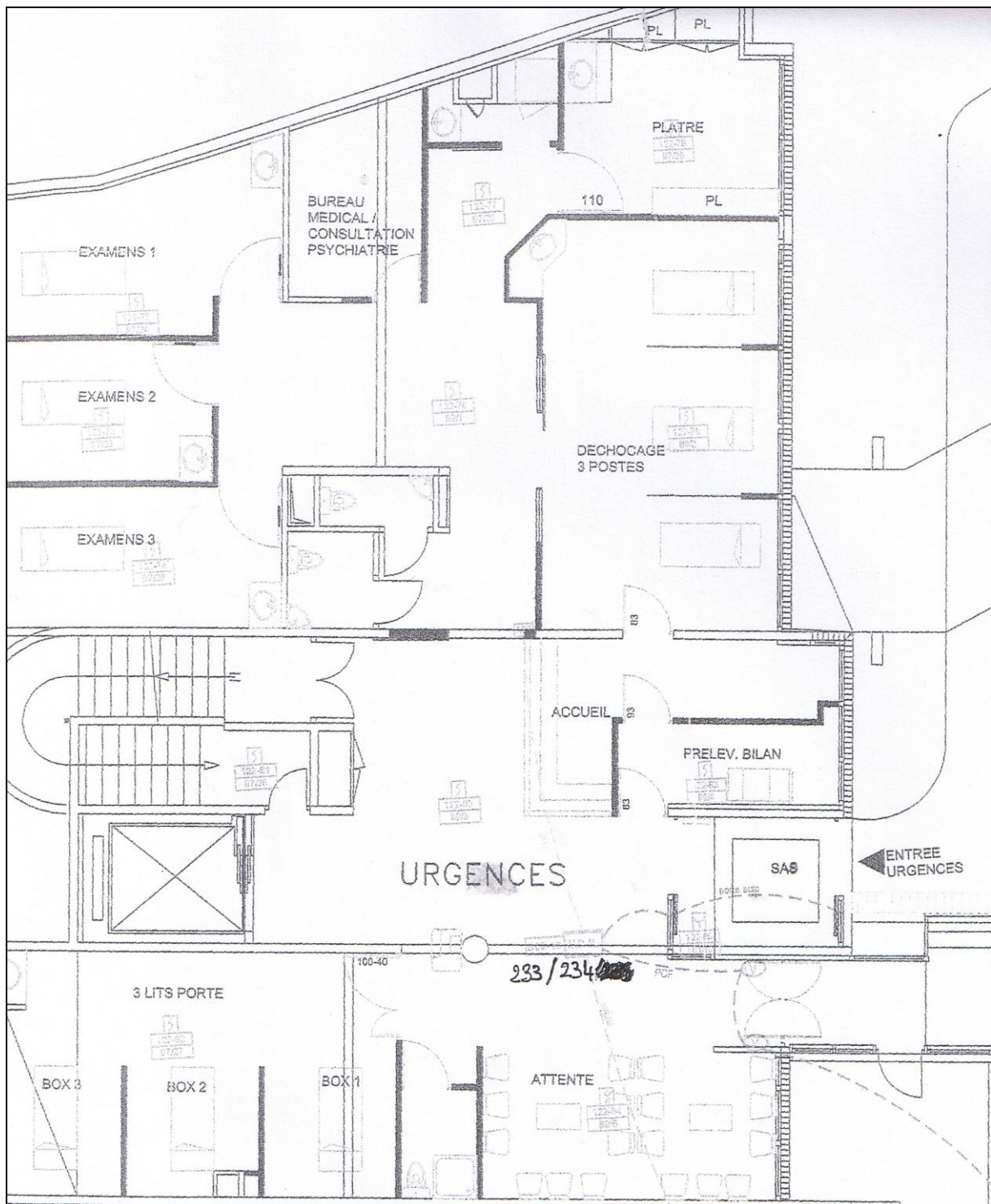


Figure 15 : plan du service des urgences HPSSD

Le service d'accueil d'urgence comporte un box d'accueil, 3 box d'exams, une salle de traumatologie, un déchoquage de 3 box, une Unité Hospitalisation Courte Durée (UHCD) de 3 lits. Par ailleurs il y a un bureau commun aux équipes médicales et paramédicales, une salle de détente ainsi qu'une vaste salle d'attente pour les patients.

b. Le personnel et l'organisation.

L'équipe administrative est composée de 4 secrétaires. L'équipe paramédicale comporte 4 aides soignantes et de 7 infirmier(e)s diplômé(e)s d'état.

L'équipe médicale est constituée de 4 médecins urgentistes titulaires épaulés par un pool de médecins remplaçants.

L'organisation est telle que deux médecins sont présents en permanence dans le service. La secrétaire de journée travaille de 8h à 19h puis est remplacée de 19h à minuit par la secrétaire de nuit. Les infirmier(e)s sont au nombre de 3 de 8h à 20h puis un(e) de 20h à 8h. Enfin un brancardier faisant fonction d'aide soignant est présent de 8h à 20h puis est remplacé par une aide soignante de 20h à 8h.

La rotation est réalisée au niveau des équipes paramédicales et administratives sur un temps de travail quotidien de 12h, ainsi on observe une alternance entre une grande semaine de 5 jours travaillés (lundi, mardi, vendredi, samedi, dimanche) et une petite semaine de 2 jours travaillés (mercredi et jeudi).

Les médecins titulaires assurent la permanence des soins avec un médecin titulaire de garde 24h tous les jours de semaine, accompagné en journée par un autre médecin titulaire. De 18h30 à 8h30 un médecin remplaçant vient relever un des 2 médecins titulaires pour assurer la garde nuit. Les jours de week-end sont généralement assurés par les médecins remplaçants sur les mêmes modalités que les jours de semaine.

c. Le fonctionnement

Chaque patient se présentant aux urgences est enregistré par la secrétaire qui recueille les données administratives.

Par la suite l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) relève le motif de consultation, les paramètres vitaux; les antécédents et les traitements actuels ; qu'elle rentre dans le logiciel Resurgences™ où un score de priorisation est alors calculé.

Le dossier médical est entièrement informatisé ainsi l'observation médicale, les prescriptions d'examens complémentaires, les prescriptions thérapeutiques, l'évolution et les résultats des examens sont répertoriés dans un dossier informatique (nb : qui s'agrège à chaque consultation d'un même patient).

L'ensemble des patients inscrits est visualisable sur un plan virtuel via son étiquette, on peut suivre son évolution géographique en temps réel. Le logiciel de gestion des dossiers des patients est le logiciel Resurgences™.

Lorsque le patient repart du service un exemplaire du dossier lui est quasiment systématiquement remis.

d. Activité du service d'accueil des urgences

L'activité (en termes de volume) est sans cesse en croissance depuis 2008. Le nombre de passage annuel est ainsi passé de 16 258 passages/an à 21 369 passages/an en quatre ans, soit une variation positive de + 31% en 4 ans. Cette croissance étant concomitante au renouvellement complet de l'équipe médicale en 2007, avec l'arrivée de deux anciens praticiens hospitaliers des urgences du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Avicenne de Bobigny et une ancienne assistante de la réanimation médico-chirurgicale du Centre Hospitalier (CH) André Grégoire de Montreuil.

Tableau 2 : évolution de l'activité du SAU de l'HPSSD

	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de passage annuel	16 258	18 247	17 910	19 561	21 369
Variation annuelle		+ 12,23%	-1,85%	+9,22%	+9,24%

V. LA COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS TRAITANT ET LES MEDECINS URGENTISTES

1. Le partage de l'information

a. Place de la communication dans la pratique quotidienne du médecin généraliste

Le médecin généraliste en temps que pivot du parcours de santé, responsable de la continuité des soins et référent du parcours de soins coordonnés, est amené à collaborer avec l'ensemble des acteurs de santé. (23)

La pratique de la médecine générale nécessite une communication permanente que ce soit avec le patient, mais également avec l'ensemble des acteurs de santé : autres confrères, paramédicaux, cabinets de radiologie ou laboratoires d'analyses...

Le rôle du médecin généraliste est donc primordial puisqu' il recueille et intègre la synthèse des soins du patient transmis par les différents intervenants dans le dossier médical personnel. Il collige ainsi les informations médico-sociales. Il est donc le seul à pouvoir orienter le patient vers ses confrères des autres spécialités.

b. Cadre réglementaire du partage de l'information

- *Obligation d'information des praticiens correspondants en cas d'hospitalisation ou de décès du patient*

Le Code de Déontologie Médicale figurant dans le Code de la Santé Publique précise les obligations de chacun des praticiens participant à la prise en charge conjointe d'un patient.

L'article 63 du Code précise que « lorsqu'un patient, après ou sans consultation préalable, est hospitalisé, le médecin hospitalier doit tenir au courant le médecin traitant et éventuellement le spécialiste qui a contribué à l'hospitalisation.» Le Conseil de l'ordre indique de plus que « cette information doit se faire dans les meilleurs délais, au cours de l'hospitalisation, lorsqu'un diagnostic a été établi et aux principaux temps d'un traitement. Elle doit être systématique même si un diagnostic n'a pas encore été établi [...] Cette information est également nécessaire lorsque le médecin traitant est sollicité

pour donner un avis [...] pour des décisions difficiles, à la demande d'un spécialiste ou du patient. L'association du médecin traitant à ces décisions est souhaitable mais elle tiendra compte des conditions pratiques, de l'urgence, du type de décisions à prendre [...] Il est aussi souhaitable que le médecin traitant soit prévenu téléphoniquement du décès d'un de ses patients afin de pouvoir remplir son rôle auprès de la famille. »

- *La responsabilité légale de la transmission d'information est partagée par les établissements de santé (24)(25)*

« Les établissements publics de santé et les établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le praticien désigné par le malade hospitalisé ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier »

L'information du médecin traitant lors d'une hospitalisation ou du décès d'un patient est donc obligatoire, par courrier écrit et si possible par téléphone. Il est invité en même temps à prendre contact avec le service hospitalier et à fournir tous renseignements utiles sur le malade.

c. Critères de qualité du partage de l'information

Si les médecins ont l'obligation légale de communiquer en cas d'hospitalisation ou de décès, il n'en est rien lors de la pratique quotidienne de la médecine ; aucun texte de loi n'oblige les praticiens à transmettre une information à leurs confrères.

Cependant lorsqu'elle existe, la communication doit faire preuve de certaines qualités. Les correspondances, comme toutes les pièces du dossier médical, doivent être datées, et comporter l'identité du patient ainsi que celle du praticien. (26)

Les textes vont même dans le sens de la modération des propos, dans le souci de la protection du secret médical (27) :

« Le courrier, que les médecins échangent à propos d'un patient, concrétise et consacre le secret médical partagé. Ce secret ne lui étant pas opposable, ce courrier doit lui être accessible et compréhensible. Il appartient donc au médecin d'écrire, avec délicatesse et précision, les éléments indispensables à son correspondant, tout en évitant de heurter la sensibilité et de détruire l'espérance du patient. D'autre part, le libre

choix du malade étant un principe d'ordre public, celui-ci garde la liberté de ne pas transmettre cette lettre à son destinataire sans qu'il y ait délit de suppression de correspondance, comme l'a précisé la Cour de Cassation en 1963. »

Le médecin n'est donc pas tenu de rédiger un courrier, et le patient a le libre choix d'utiliser ou non ce courrier lors de la prise en charge par un confrère.

Par ailleurs la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en 2003 des recommandations sur le contenu des courriers médicaux.(28) Chaque contact avec l'établissement doit conduire à un compte rendu de consultation ou d'hospitalisation. Ce compte rendu gagne à être structuré de façon homogène au sein d'un établissement pour faciliter l'exploitation de son contenu par les différents professionnels intervenant dans le dossier.

Les différents éléments devant apparaître sont énumérés ci-dessous : identification du patient, date (de la consultation, dates d'entrée et sortie d'hospitalisation), mode d'entrée, motif, antécédents du patient, mode de vie, histoire de la maladie, examen clinique, résultats biologiques significatifs, résultats des examens complémentaires, traitements réalisés, évolution dans le service et discussion, mode de sortie et destination du patient), traitement de sortie, conclusion sous forme de synthèse

La HAS précise que seules les rubriques pertinentes doivent être remplies.

2. Le dossier médical personnel

a. Cadre législatif encadrant le dossier médical personnel

La loi du 4 mars 2002 marque un tournant dans l'évolution des mentalités concernant le droit à l'information et sert de base pour les réflexions autour du dossier médical personnel; notamment sur le Droit de la Personne où il est rappelé que toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant, mais également concernant l'information des usagers de soins, stipulant que toute personne a droit d'être informée sur son état de santé et que toute personne a droit à accéder à l'ensemble des informations concernant la santé détenue par des professionnels et établissements de santé.(29)

Le dossier médical personnel a été lancé par la loi du 13 Août 2004,(23) après avis auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et des Conseils Nationaux de l'Ordre des professions de santé ainsi que du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (CSPP), regroupés par décret en Conseil d'Etat.

Le dossier médical personnel est un service conçu pour mettre à la disposition de chacun des bénéficiaires de l'assurance maladie un dossier médical électronique et accessible par Internet. Il a pour vocation première d'améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination et les échanges d'information entre les professionnels de santé.

b. Bénéfices attendus du dossier médical personnel sur la communication des informations médicales

Le dossier médical personnel doit permettre aux professionnels de santé d'avoir accès aux informations utiles provenant d'autres professionnels de santé. La compatibilité des logiciels de gestion des dossiers médicaux étant un pré requis indispensable à son bon fonctionnement. Il doit ainsi permettre un gain de temps en évitant la double saisie des informations par les divers interlocuteurs.

Il en découle une amélioration de la qualité de la communication des informations médicales, qui sont désormais accessibles de façon immédiate, permettant un meilleur suivi des patients.

De plus, cela permet d'éviter les actes redondants, de lutter contre les interactions médicamenteuses, source d'un gaspillage économique colossal.

c. Limites actuelles du dossier médical personnel

La mise en place d'un dossier médical personnalisé sous entend que l'ensemble des acteurs du système de santé s'investissent dans ce projet, que ce soit du point de vue de l'équipement informatique que dans la rigueur quant à la bonne tenue du dossier médical. Il est donc primordial pour les médecins de bien structurer le dossier médical et de régulièrement l'actualiser.

Par ailleurs de nombreuses réticences existent concernant la sécurité sur l'hébergement des données de santé ; même si les modalités de transmission des informations médicales par voie électroniques ont été récemment précisées par textes officiels.(30)(31)(32) L'efficacité des systèmes de cryptage est évidemment remise en

question à l'heure où des adolescents piratent les données sécurisées des banques les plus sécurisées au monde ...

Il faut donc mesurer le rapport bénéfice/risque entre le partage universel des informations médicales entre praticiens et le risque de violation du secret médical.

La question de l'exhaustivité du dossier médical partagé est également non résolue.

Le dossier médical partagé n'est pas nécessairement une base de données fiable à 100%.⁽³³⁾ La consultation du dossier médical personnel ne dispense pas de l'interrogatoire médical et du dialogue avec le patient. Il existe ainsi une augmentation des risques de masquage ou d'omission « partagée » avec le médecin traitant.

Enfin les médecins ont-ils le droit d'accéder au dossier médical partagé dans les cas où le patient n'est pas en état d'exprimer son consentement ?

Une procédure d'urgence est à l'étude, permettant de rendre accessible en urgence le dossier médical personnel par les praticiens, y compris les médecins régulateurs du 15 et les équipes SMUR.

Les directives anticipées de fin de vie, comme la volonté ou non de don post-mortem d'organes, doivent également être intégrées dans le dossier médical personnel. La mise en place pratique de ces modalités reste encore à définir avec la concertation du comité national d'éthique.

d. Conclusion

Les différents acteurs du système sanitaire ainsi que les principales associations d'usager semblent favorables sur le principe au dossier médical partagé.⁽³⁴⁾

Cependant, la complexité immense du projet, les nombreuses incohérences actuelles quant à son application et à son calendrier de mise en route, ainsi que le coût d'un tel projet ont calmé les ardeurs des décideurs politiques et imposé une reprise de la réflexion quant à sa politique d'application.⁽³⁵⁾

Le dossier médical partagé verra très probablement le jour et sera un outil majeur de la santé du futur, mais pour l'instant il n'est en réalité qu'au stade de projet ; de nombreux écueils restent à éclaircir.

L'avenir est donc plein de promesses concernant l'amélioration de l'exhaustivité de la communication des informations médicales. L'existence d'une base de données universelle représentée par le dossier médical personnel permettra aux médecins

urgentistes d'avoir accès à l'ensemble du dossier du patient. Cette exhaustivité sera réalisée à la condition d'une implication totale du médecin traitant dans la bonne tenue de son dossier patient informatisé, avec une mise à jour régulière du dossier médical personnel.

3. Les divers modes de communication actuel

a. L'appel téléphonique

Le téléphone est rarement utilisé par les médecins traitant pour joindre leur confrère urgentiste.

La principale raison réside dans la difficulté de joindre l'interlocuteur approprié.(36) Ceci est expliqué par le fait que les médecins traitant ne disposent que très rarement du numéro de téléphone du médecin urgentiste. Par ailleurs le médecin traitant, dans le cas où il arrive à joindre un urgentiste, n'a pas la garantie que ce sera celui-ci qui examinera le patient adressé par la suite.

Pourtant la communication orale dans le contexte de l'urgence est très précieuse. Elle permet une interactivité entre le médecin « adresseur » et le médecin « receveur » ; la résultante en étant une information plus exhaustive.(37)

Enfin il faut préciser que la communication orale est volatile, ce qui dans le contexte de la médecine moderne est particulièrement peu adapté. En effet l'information peut aisément se perdre ou se dégrader. Par ailleurs aucune preuve ne reste de cet échange, ainsi en cas de poursuite judiciaire la transmission de l'information ne peut pas être démontrée.(38)

b. Le courrier manuscrit

Il s'agit du moyen de communication privilégié par les médecins traitants pour s'adresser aux médecins urgentistes.(4)

La lettre destinée au médecin urgentiste permet de synthétiser les antécédents, les traitements, le contexte socio-économique ; qui sont des informations primordiales pour le médecin urgentiste pour une prise en charge de qualité des patients. Elle permet aussi d'orienter plus rapidement le médecin urgentiste vers un diagnostic et une prise en charge adaptée.(39)

Par ailleurs il s'agit d'une information plus stable qui est moins fréquemment perdue ou déformée.(27)

c. Le courrier électronique

Actuellement il est estimé que 85% des cabinets de médecine générale sont informatisés et que 70% des cabinets de médecine générale sont reliés à internet.(36)

Pourtant le courrier électronique n'est que très peu utilisé dans les échanges entre médecins traitants et médecins urgentistes.

Ceci est dommageable car le courrier électronique semble être un support optimal pour l'échange d'information. C'est un outil rapide, fiable, qui permet une exhaustivité des informations transmises.

Les principaux écueils décrits actuellement quant à l'utilisation massive et systématique du courrier électronique par les médecins sont l'absence d'adresse courriel de référence attribué à chaque service d'urgence, le fait qu'il n'y ait pas de certitude que le courriel ait été lu à l'arrivée du patient (ni de preuve que ce courriel ait été lu) ; enfin la nécessité de crypter les informations, d'investir dans des logiciels complexes et coûteux sont rédhibitoires.(40)

En conclusion, l'informatisation des cabinets médicaux est à l'heure actuelle en voie de développement. L'avènement du dossier médical informatisé entraîne l'ensemble des médecins généralistes à la maîtrise des nouveaux outils de communication.

d. La messagerie instantanée

Le système idéal nous semblerait être un système de messagerie instantanée intégré aux divers logiciels de gestion des patients, à la fois des médecins généralistes mais aussi des urgentistes.

Ainsi lorsqu'un médecin généraliste désirerait adresser un patient aux urgences il n'aurait qu'à chatter avec son homologue urgentiste, par ailleurs il lui enverrait les éléments clé du dossier. Cette solution finalement aisée à mettre en place en 2013 aurait l'avantage de la simplicité, de l'interactivité et d'une certaine exhaustivité du contenu.

VI. ETUDE

1. Objectif

L'objectif principal de l'étude est d'analyser le retentissement d'une lettre d'admission sur la durée moyenne de passage aux urgences des patients adressés par leur médecin traitant.

L'objectif secondaire est d'analyser l'impact de ce courrier sur le délai moyen entre l'inscription administrative et le premier contact médical ainsi que sur le taux d'hospitalisation.

2. Méthode

Ce travail a consisté en une étude observationnelle rétrospective mono-centrique, dans le Service d'Accueil des Urgences l'Hôpital Privé de la Seine Saint-Denis, pendant la période du 1 février 2013 au 30 avril 2013.

Les patients étaient inclus dans l'étude selon deux modalités. Une population dite MT (Médecin Traitant) était constituée par l'ensemble des patients se présentant aux urgences avec une lettre de médecin traitant. Une population dite NMT (Non Médecin Traitant) était constituée en sélectionnant deux patients se présentant sans lettre d'admission pour un patient incorporé dans la population MT. Les deux dossiers sélectionnés devaient avoir le même diagnostic CIM10 que le dossier inséré dans la population MT. Ils devaient également avoir été vus le même jour et appartenir à la même tranche d'âge. Cet appariement permettant d'éviter des biais liés au motif de recours, à l'âge ainsi qu'à la modification du plateau technique en fonction des différentes heures de la journée. (41)

Par la suite les données ont été extraites à l'aide de requêtes statistiques réalisées sur le logiciel : Resurgences™.

Pour chaque dossier, l'âge, le sexe, le stade CCMU, le diagnostic CIM10, la durée de passage aux urgences, le délai d'attente, l'orientation ainsi que la présence ou non d'une lettre de médecin traitant étaient référencés.

Les analyses statistiques ont été réalisées dans un premier temps sur la population générale, puis sur les patients de plus de 75 ans ainsi que sur les patients de traumatologie.

3. Population

a. Critères d'inclusion

Les patients inclus dans la population MT étaient tous les patients adressés avec une lettre de leur médecin traitant se présentant aux urgences de l'HPSSD du 1^{er} février 2013 au 30 avril 2013. Les patients inclus dans la population NMT devaient avoir le même diagnostic CIM10, être de la même tranche d'âge et avoir été vu le même jour que le dossier de la population MT auxquels ils s'appariaient.

b. Critères d'exclusion

Les patients immédiatement réorientés après inscription administrative étaient exclus de l'étude.

4. Variables étudiées / Critères de jugement

a. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la durée moyenne de passage aux urgences du patient, définie comme la durée écoulée entre l'entrée administrative du patient jusqu'à sa sortie administrative.

b. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaire étaient :

- le délai moyen d'attente, défini comme le temps qui séparait l'heure entre l'inscription administrative et l'heure de l'examen réalisé par le médecin.
- L'orientation du patient : à savoir retour à domicile, hospitalisation (en secteur médical ou en secteur chirurgical), transfert hors de la structure.

5. Analyse statistique

Les études statistiques ont été réalisées en utilisant soit un test du Chi2 soit un test de Student. Les données sont exprimées en valeurs absolues (avec les pourcentages) ou en moyennes (avec les déviations standards). Toutes les statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel MedCalc™. Les valeurs de p inférieures à 0,05 étaient considérées comme statistiquement significatives.

VII. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population de l'étude

Entre le 1^{er} février 2013 et le 30 avril 2013, 6082 patients se sont présentés aux urgences de l'HPSSD. Sur ces 6082 patients, 325 étaient adressés par leur médecin traitant soit 5% de la population totale. Parmi ces 325 dossiers, 12 n'ont pas pu être exploitables pour l'étude en raison du manque d'exhaustivité des données. Enfin 648 patients ont été incorporés dans le groupe contrôle apparié, mais 18 dossiers n'étaient également pas exploitables et ont été exclus.

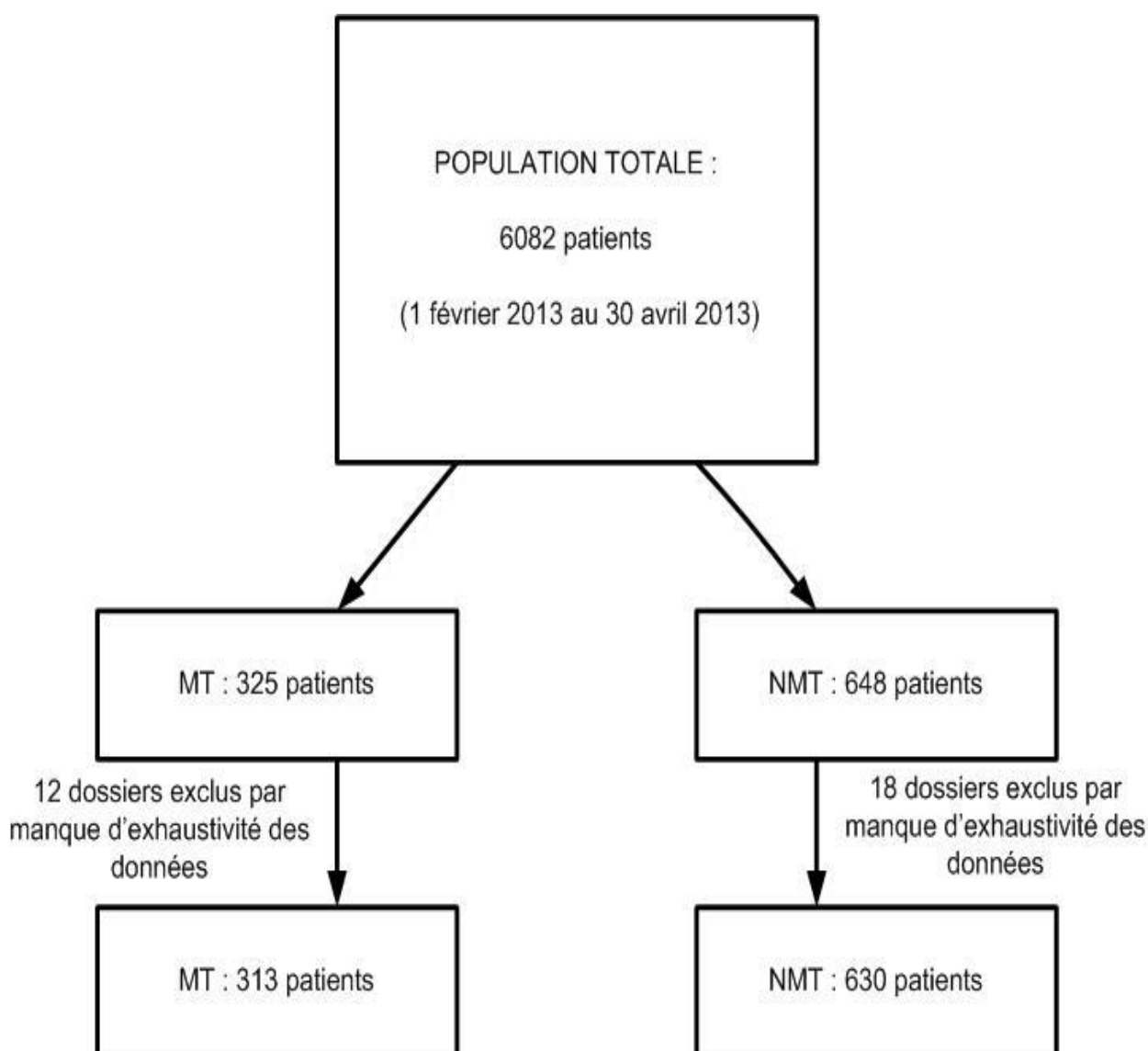


Figure 16 : « chart flow » ; MT = adressé par médecin traitant ; NMT = se présentant spontanément

Les caractéristiques de base des deux groupes sont comparables en terme d'âge moyen (48 ± 22 vs 49 ± 25 ; $p=0,9$) ainsi qu'en proportion de patients âgées de plus de 75 ans (16% vs 18%; $p=0,7$).

On ne retrouve également pas de différence de genre entre les deux groupes, avec 52% de femme et 48% d'homme dans la population MT contre 53% de femme et 47% d'homme dans la population NMT

Il n'y a pas de différence de gravité entre les deux populations, on recense ainsi 75% de CCMU2 dans la population MT contre 76% pour la population NMT. De même on observe 24% de CCMU3 dans la population MT contre 23% pour la population NMT.

Enfin les motifs de recours étaient similaires entre les deux populations ; avec une prédominance pour la traumatologie (19% vs 22% ; $p=0,3$).

Tableau 3 : Caractéristiques de la population de l'étude

	Groupe MT	Groupe NMT	Valeurs de p
Population totale	313	630	
Age moyen	48 ±22	49 ±25	0,9
Personnes âgées de 75 ans et plus (%)	56 (16)	120 (18)	0,7
Sexe (%)			
Femme	163 (52)	334 (53)	0,6
Homme	150 (48)	296 (47)	0,6
Gravité - CCMU (%)			
CCMU 1	3 (1)	15 (1)	0,7
CCMU 2	240 (75)	476 (76)	0,7
CCMU 3	68 (24)	138 (23)	0,6
CCMU 4	2 (0)	0 (0)	
CCMU 5	0 (0)	0 (0)	
Motif de recours - CIM10 (%)			
Maladies de l'appareil circulatoire	20 (7)	42 (7)	0,9
Maladies de l'appareil respiratoire	15 (5)	28 (4)	0,5
Maladies de l'appareil digestif	27 (9)	53 (8)	0,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	20 (7)	44 (7)	0,9
Maladies du système ostéo-articulaire	26 (9)	62 (10)	0,7
Traumatologie	68 (19)	141 (22)	0,3
Symptômes ... non classés ailleurs	85 (27)	159 (26)	0,7
Autres	40 (13)	71 (40)	0,4
Maladies de la peau et des tissus cutanés	12 (4)	30 (5)	0,6

MT = adressé par médecin traitant ; NMT = se présentant spontanément ; les données sont présentées sous forme de moyennes ±SD ; de valeurs absolues (%)

2. Durée moyenne de passage

Les patients se présentant aux urgences de l'HPSSD adressés par leur médecin traitant n'ont pas une durée moyenne de passage plus courte que les patients se présentant spontanément (144 ± 111 vs 133 ± 119 ; $p=0,1$).

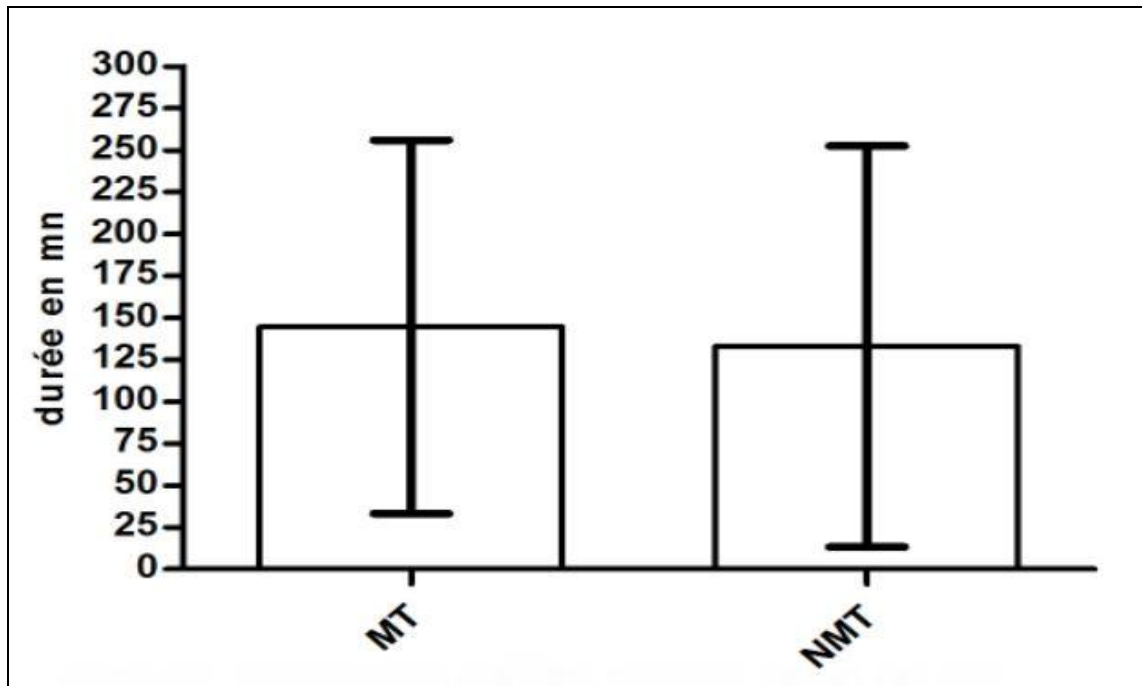


Figure 17 : comparaison de la durée moyenne de passage dans la population générale

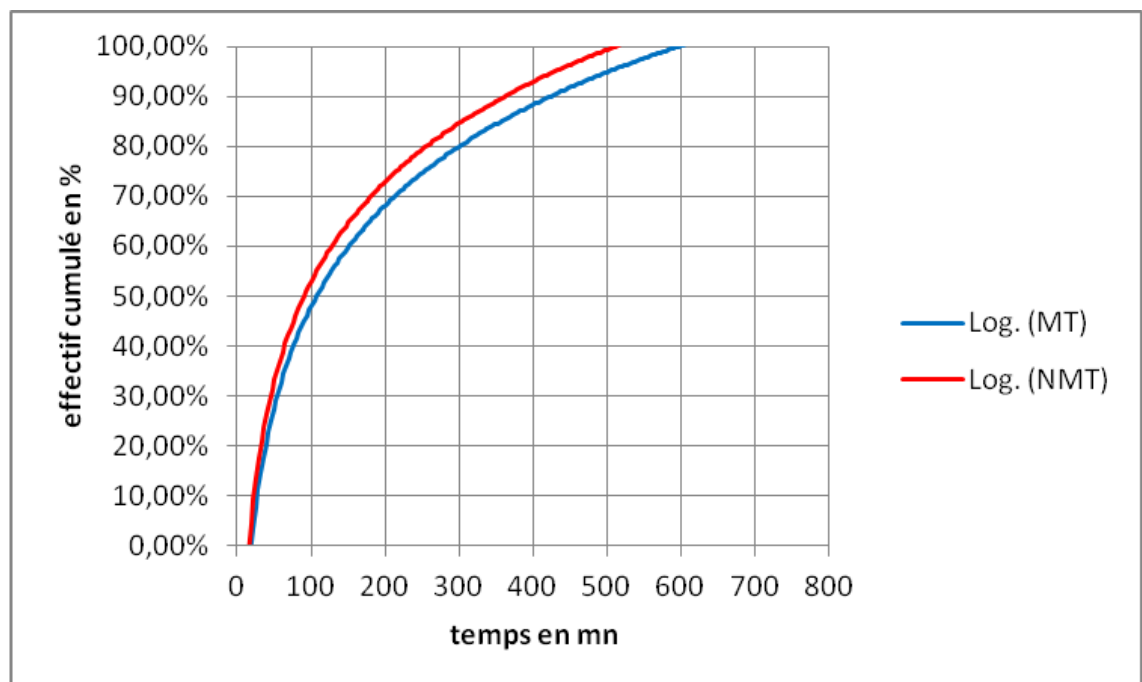


Figure 18 : distribution de la durée de passage de la population générale en pourcentage d'effectif cumulé

On constate en revanche que les patients de plus de 75 ans se présentant aux urgences de l'HPSSD adressés par leur médecin traitant ont une durée moyenne de passage plus longue que les patients se présentant spontanément (179 ±93 vs 147 ±97 ; p=0,04).

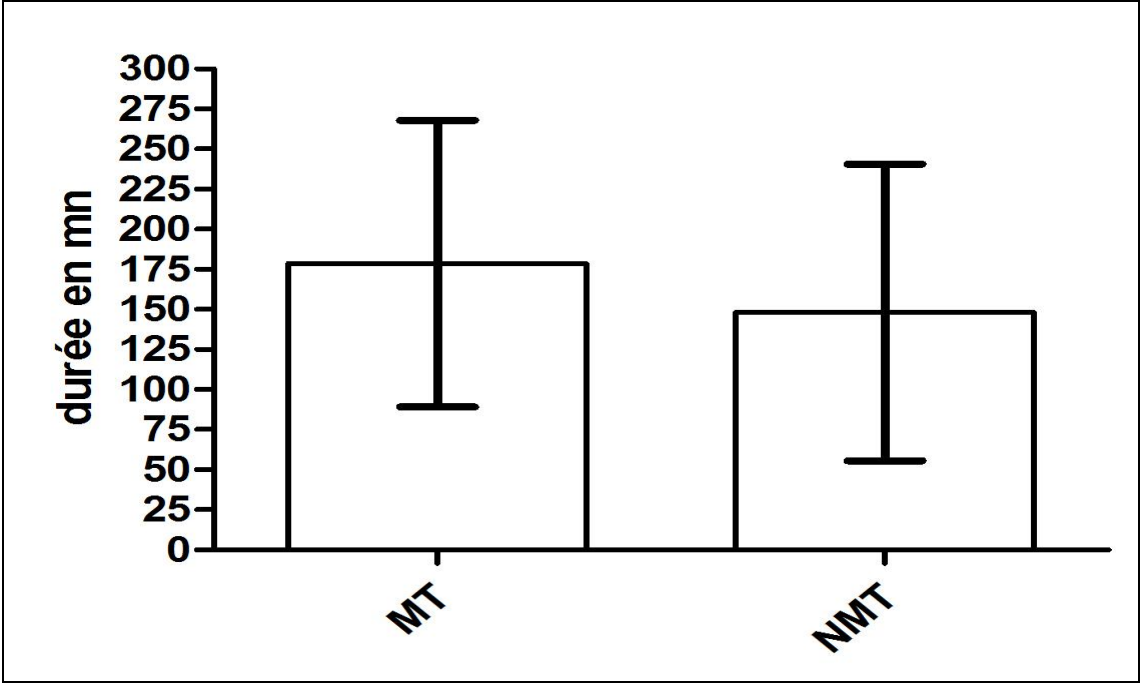


Figure 19 : comparaison de la durée moyenne de passage dans la population des plus de 75 ans

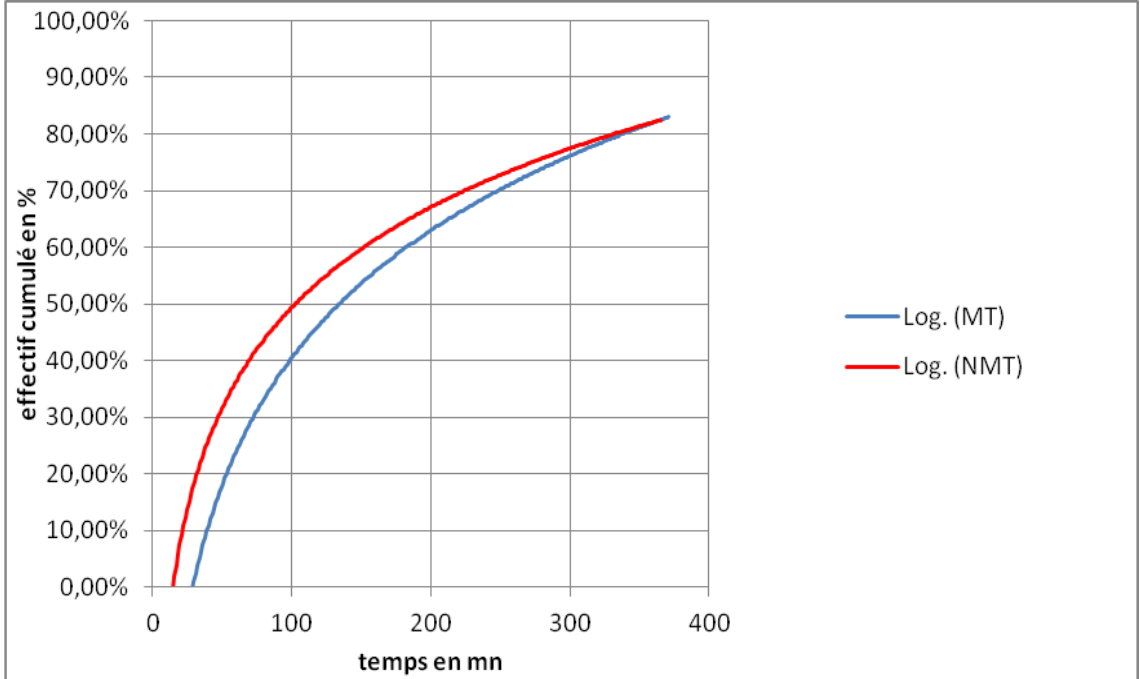


Figure 20 : distribution de la durée de passage de la population des plus de 75 ans en pourcentage d'effectif cumulé

De même en traumatologie la durée moyenne de passage est plus longue dans la population MT (93 ±69 vs 70 ±78 ; p=0,03).

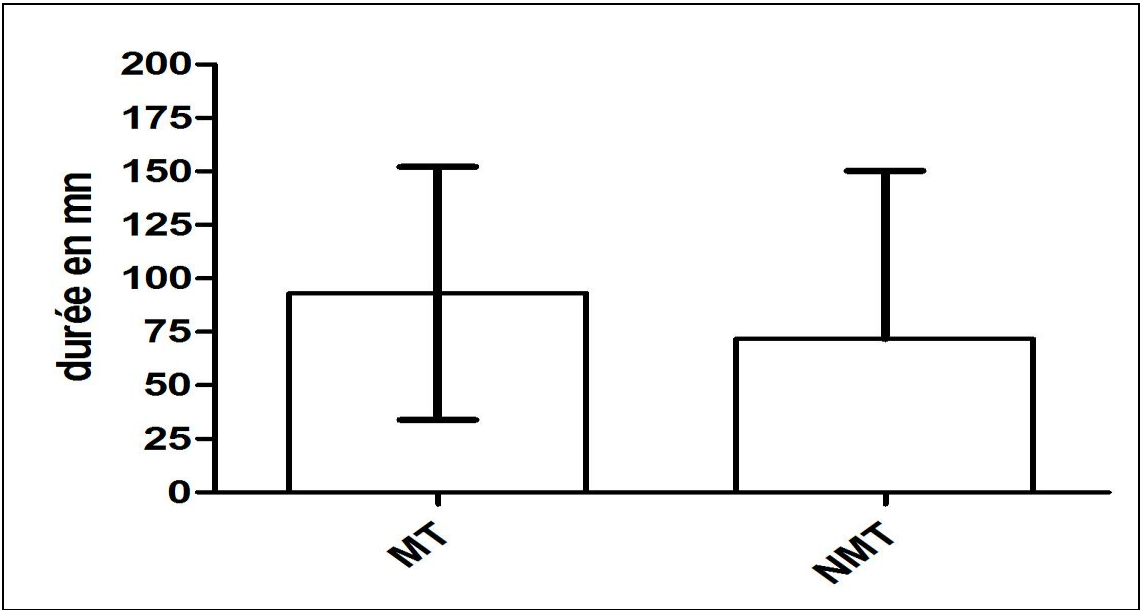


Figure 21 : comparaison de la durée moyenne de passage de la population de traumatologie

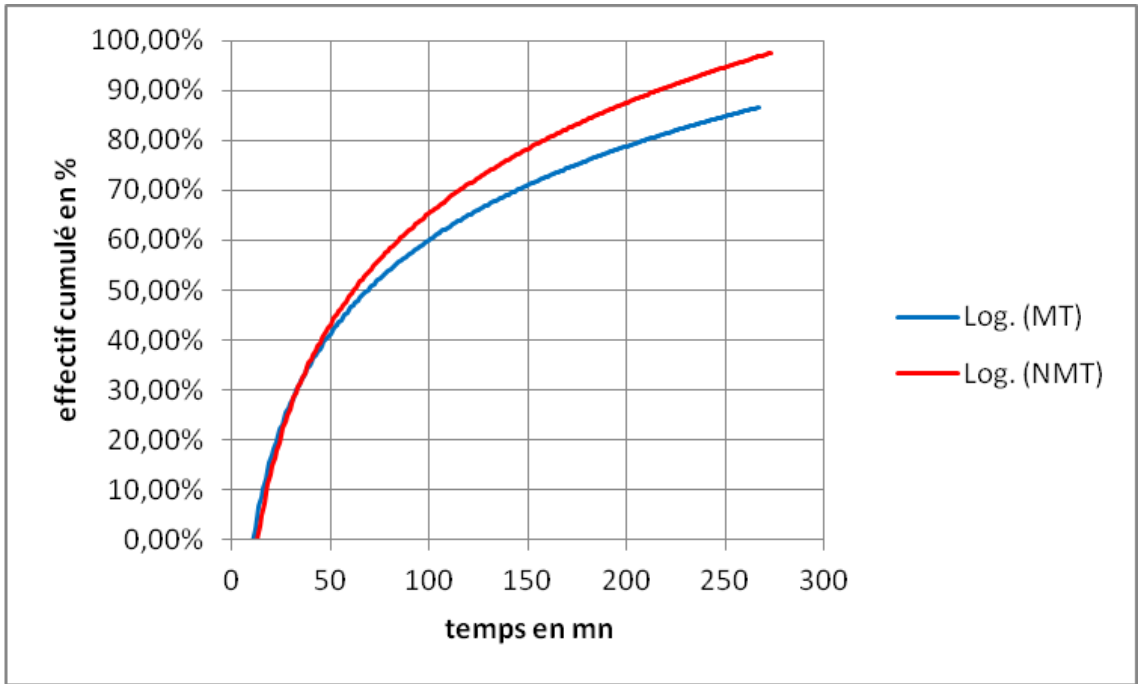


Figure 22 : distribution de la durée de passage de la population de traumatologie en pourcentage d'effectif cumulé

3. Délai moyen d'attente

On observe un délai moyen d'attente plus court dans la population MT

(25 ± 22 vs 29 ± 24 ; $p=0,01$).

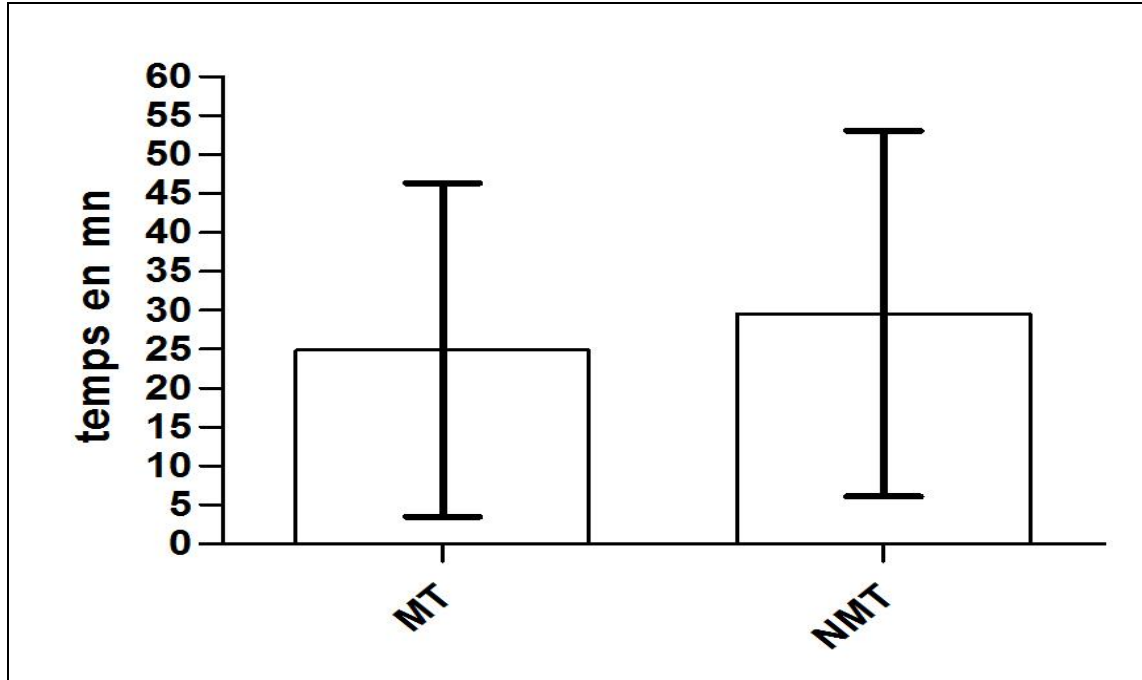


Figure 23 : comparaison du délai moyen d'attente de la population générale

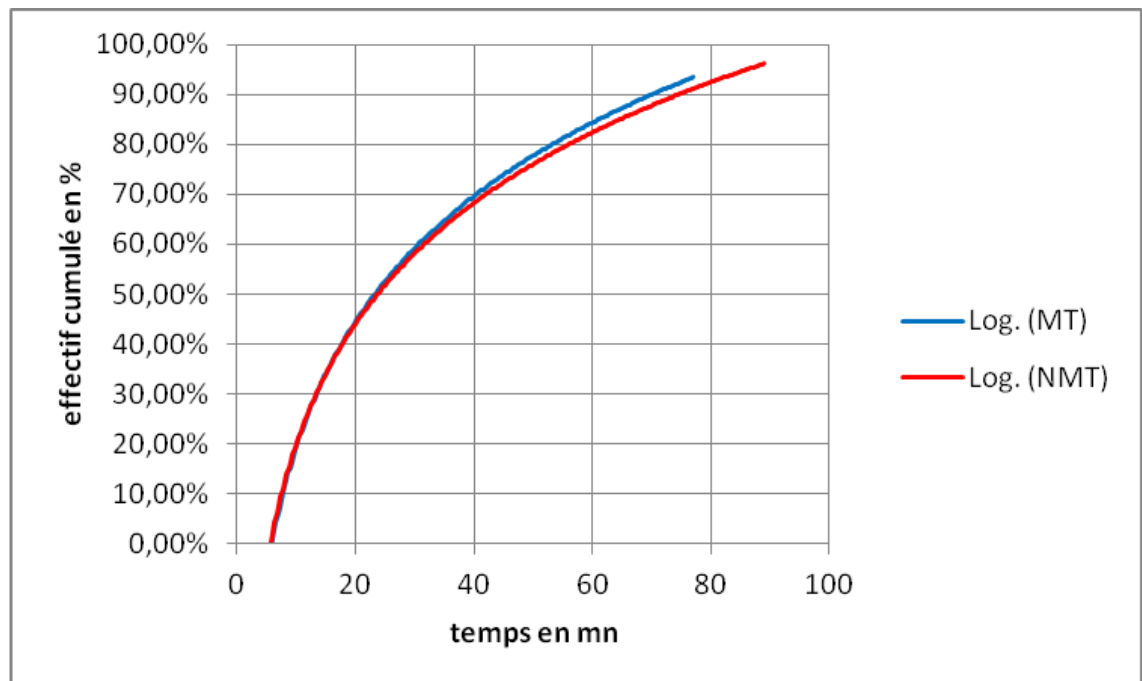


Figure 24 : distribution du délai d'attente de la population générale en pourcentage d'effectif cumulé

En revanche il n'existe pas différence de délai moyen d'attente pour la traumatologie entre la population MT et la population NMT (20 ± 18 vs 23 ± 22 ; $p=0,3$)

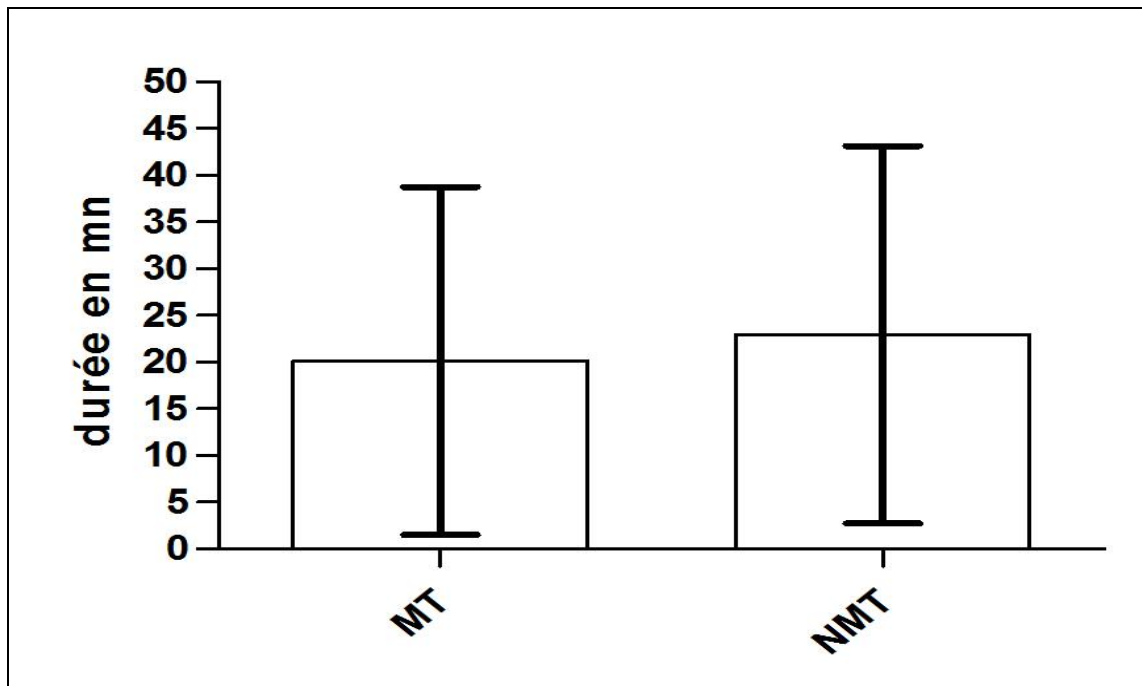


Figure 25 : comparaison du délai moyen d'attente de la population de traumatologie

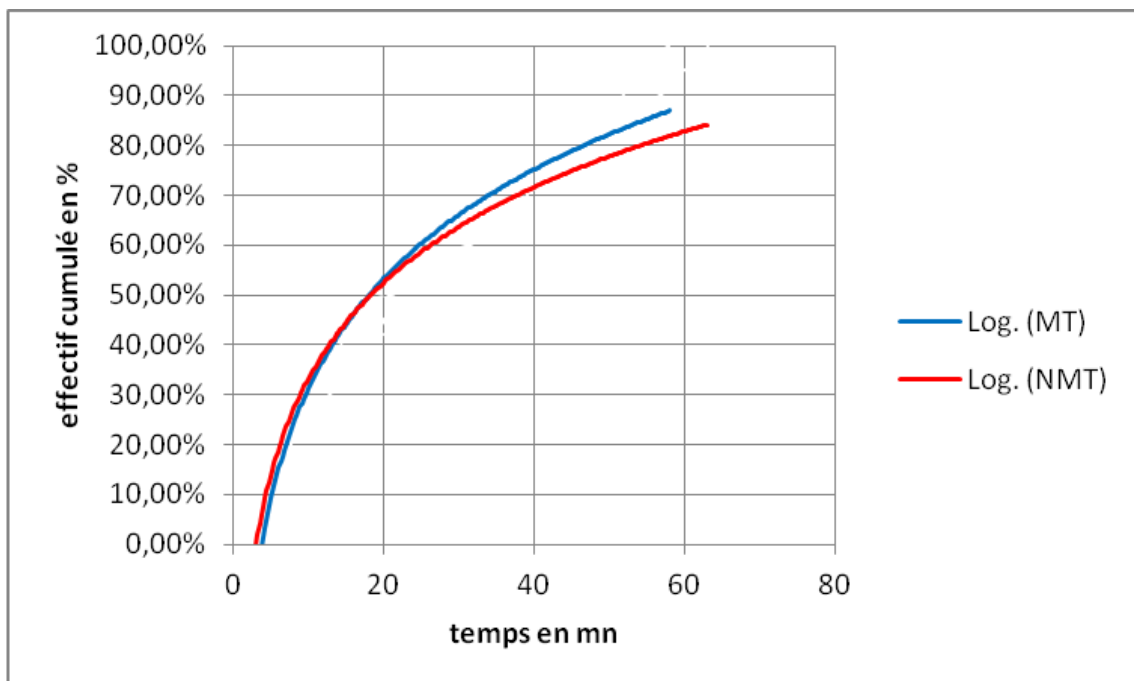


Figure 26 : distribution du délai d'attente de la population de traumatologie en pourcentage d'effectif cumulé

4. Orientation

Le taux de patients hospitalisés est plus élevé dans la population MT que dans la population NMT (26% vs 16% ; $p=0,03$).

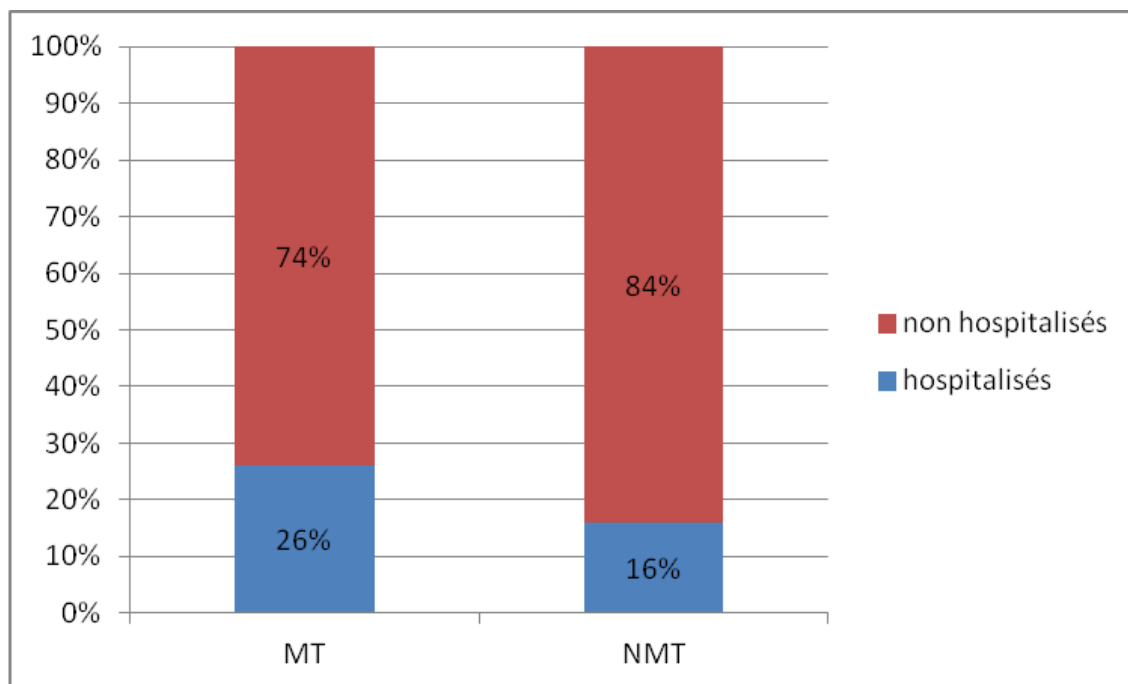


Figure 27 : orientation des patients ; en % de la population totale

L'analyse des patients hospitalisés révèle que la population MT est plus souvent hospitalisée dans un secteur médical que la population NMT (70% vs 48% ; $p=0,004$). A l'inverse la population NMT est plus souvent hospitalisée dans un secteur chirurgical que la population MT (52% vs 30% ; $p=0,004$).

La proportion de patients transférés vers une autre structure est la même dans les deux populations ; aux alentours de 1%.

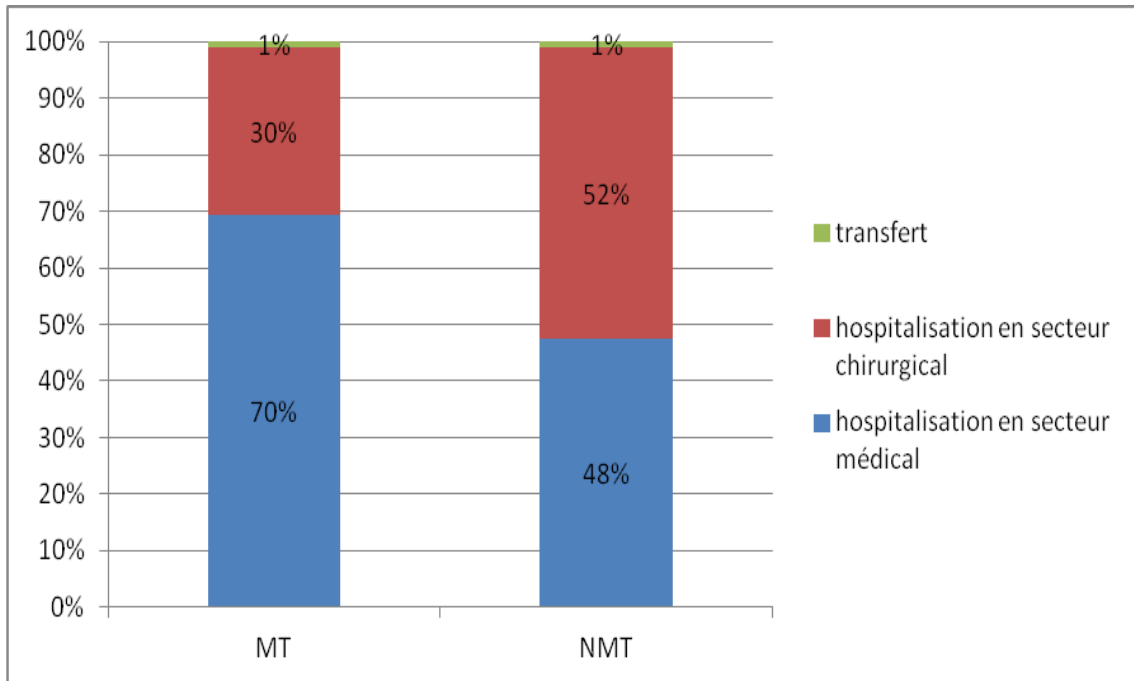


Figure 28 : orientation des patients hospitalisés ; en % de la population hospitalisée

Les patients de plus de 75 ans représentent une part importante des patients hospitalisés quelque soit la population.

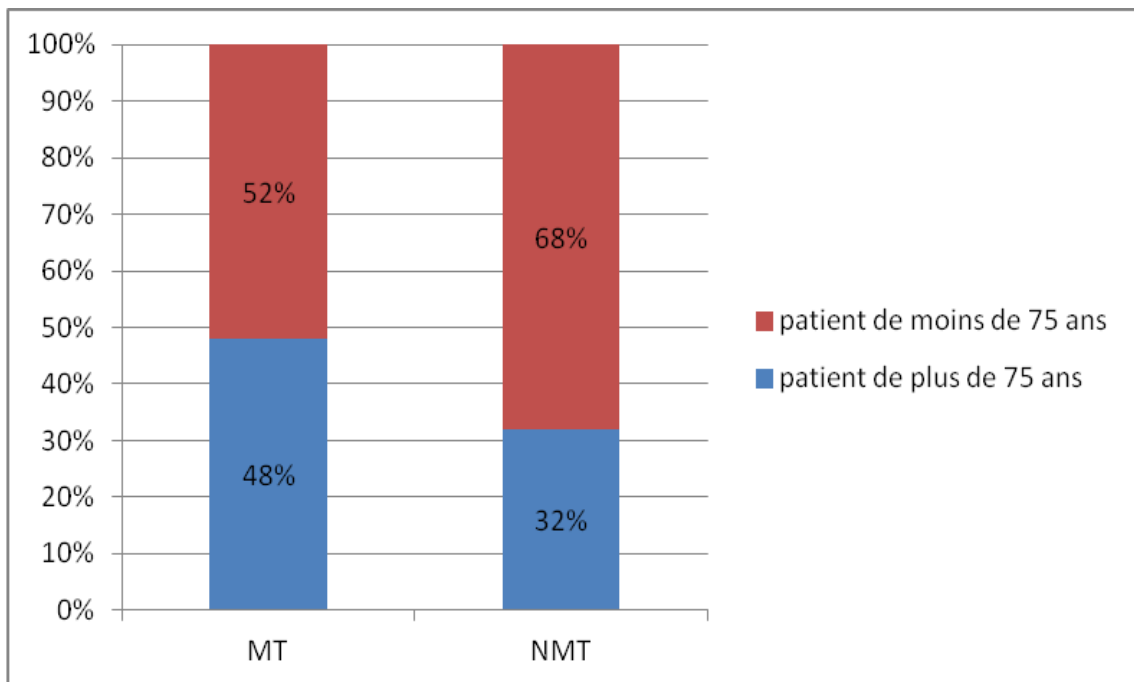


Figure 29 : orientation patient de plus de 75 ans ; en % de la population hospitalisée

Il est important de préciser que 68% des patients de plus de 75 ans adressés par leur médecin traitant sont hospitalisés contre seulement 27% des patients de plus de 75 ans se présentant spontanément.

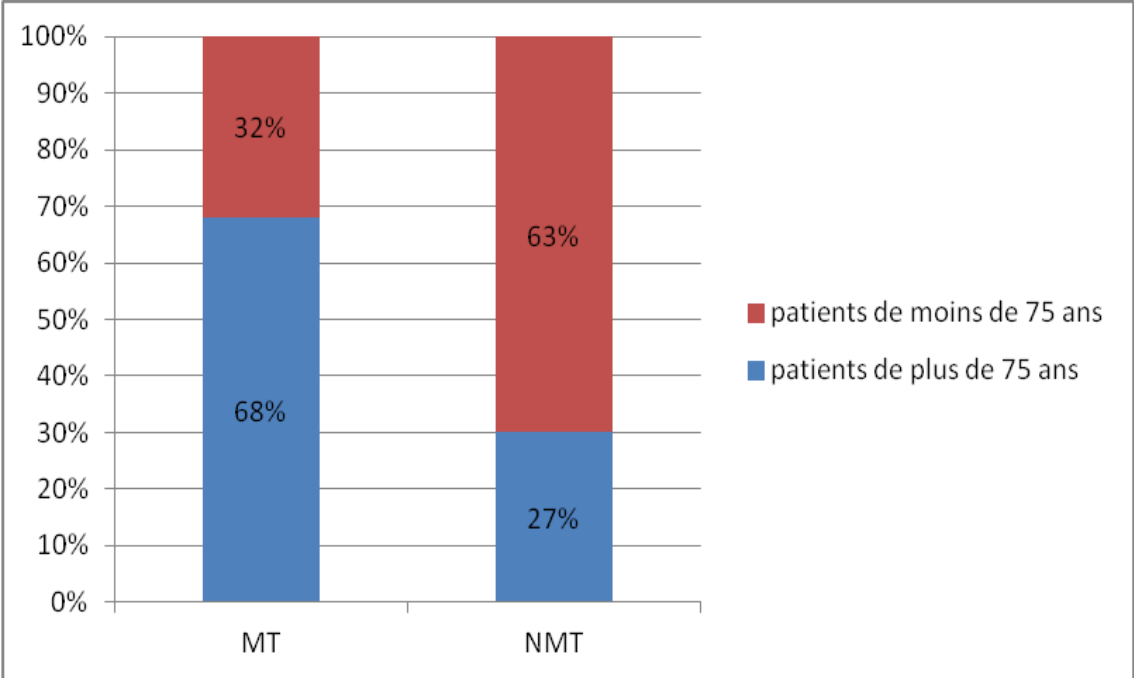


Figure 30 : orientation patients de plus de 75 ans ; en % de la population de plus de 75 ans

VIII. DISCUSSION

1. Limites de l'étude

a. Biais de classement

L'ensemble des données ont été récupérées à partir du dossier informatisé, ainsi les heures de sortie et de l'examen clinique peuvent être décalées par rapport aux heures « réelles ». Néanmoins cela nous semble d'une part être des décalages minimales en raison de l'implication des différents médecins du service dans la constitution de dossiers médicaux de qualité. D'autre part ce décalage est observé dans les deux groupes.

b. Volume de patients adressés par leur médecin traitant

Seulement 5% des patients consultant aux urgences de l'HPSSD sont adressés par leur médecin traitant, la puissance de l'étude en est ainsi défavorablement impactée. Par ailleurs ce chiffre est inférieur aux données de la littérature ce qui peut rendre difficile une extrapolation des résultats à l'ensemble des services d'urgences.(42)

c. Dispersion

Que ce soit pour les durées moyennes de passage ou les délais moyens d'attente, on observe une forte dispersion des valeurs.

2. Durée moyenne de séjour aux urgences

a. Population totale

L'étude montre qu'il n'existe pas de différence significative dans la durée moyenne de passage entre les deux groupes. Au contraire les patients se présentant spontanément semblent avoir une durée moyenne de passage plus courte que les patients adressés par leur médecin traitant.

Ce résultat va à l'encontre de notre hypothèse de départ qui était basée sur le fait que la présence du courrier favorisait l'anamnèse et permettait de mieux cibler la prise en charge que ce soit en anticipant une demande de lit pour une hospitalisation éventuelle ou encore en accélérant les demandes d'examens complémentaires par une compréhension plus rapide de la problématique de santé.

Même si ces arguments semblent toujours adaptés, force est de remarquer que les chiffres plaident en faveur d'une durée moyenne de passage plus courte pour les patients adressés par leur médecin traitant. Si le courrier est certainement d'une précieuse aide, il s'avère que les patients adressés par leur médecin sont des patients plus complexes puisqu'un tri d'aval a déjà été effectué.

Cet allongement de la durée moyenne de passage semble également être due à un taux d'hospitalisation plus élevé ; ce qui augmente la durée de séjour par l'attente d'un lit.

En conclusion, contrairement à ce nous supposions initialement, la durée moyenne de passage des patients se présentant aux urgences de l'HPSSD adressés par leur médecin traitant est supérieure à la durée moyenne de passage des patients se présentant spontanément. Ceci étant expliqué par une sélection des patients en amont par le médecin traitant qui adresse aux urgences des patients plus complexes et nécessitant plus souvent une hospitalisation. Le courrier d'adressage est cependant un support précieux, permettant très certainement de limiter l'allongement de la durée de prise en charge des patients adressés par leur médecin traitant. Enfin la durée de passage telle que nous l'avons défini ne reflète pas nécessairement la durée de prise en charge, le temps d'attente entre la fin de la prise en charge médicale et l'obtention d'un lit pourrait expliquer cet allongement de la durée de passage.

b. Population de patient de plus de 75 ans

Les résultats mettent en évidence que les patients de plus de 75 ans se présentant aux urgences de l'HPSSD adressés par leur médecin traitant ont une durée moyenne de passage plus longue que les patients se présentant spontanément.

Cette constatation va à l'encontre de notre hypothèse initiale, mais renforce les arguments cités ci-dessus : il semblerait que le médecin traitant en effectuant un tri en amont des urgences sélectionne les patients les plus sévères afin de les adresser aux urgences. La complexité de ces patients pour les raisons évoquées allonge ainsi la durée de passage aux urgences, comparativement aux patients se présentant spontanément. Ce phénomène semble se renforcer dans la population des patients âgés de plus de 75 ans car ce qui n'est qu'une tendance dans la population générale est statistiquement significatif dans cette population.

c. Population de traumatologie

Les patients se présentant aux urgences de l'HPSSD adressés par leur médecin traitant pour de la traumatologie ont une durée moyenne de passage plus longue que les patients se présentant spontanément pour de la traumatologie.

Cette différence nous semble due à la sévérité des patients ainsi qu'au recours plus fréquent à la réalisation de gestes techniques comme une suture, une immobilisation plâtrée, un parage complexe voir la nécessité d'un avis spécialisé auprès du chirurgien orthopédique ; qui rendent par conséquent la consultation plus longue.

En effet nous constatons que les patients adressés aux urgences par leur médecin traitant pour des pathologies traumatiques le sont en général dans deux circonstances, soit pour une suspicion de fracture soit pour l'exploration d'une plaie. En revanche les patients se présentant de manière spontanée aux urgences pour des pathologies traumatiques, n'ayant pas subi le filtre du médecin traitant, viennent pour des pathologies moins sévères nécessitant plus souvent un pansement ou une simple contention. En conclusion l'allongement de la durée moyenne de passage des patients adressés par leur médecin traitant pour de la traumatologie semble être du à un plus fort recours à une expertise technique.

3. Délai moyen d'attente

a. Population totale

Le délai moyen d'attente est plus court pour les patients se présentant aux urgences de l'HPSSD adressés par leur médecin traitant que pour les patients se présentant spontanément.

Bien que faible (4 mn), la différence est significative. Ce délai moyen d'attente plus court nous semble être expliqué par le fait que les patients adressés par leur médecin traitant sont des patients plus sévères que les patients se présentant spontanément, il faut donc les voir en priorité.

b. Traumatologie

Il n'y a pas de différence au niveau du délai moyen d'attente entre les patients se présentant aux urgences de l'HPSSD adressés par leur médecin traitant pour des pathologies traumatiques et les patients se présentant spontanément.

Cette constatation nous semble être due à l'organisation du service où un médecin est responsable du cycle rapide de traumatologie. Ainsi une fois inscrits, tous les patients consultant pour de la traumatologie sont rapidement orientés en radiologie, qu'ils soient ou non adressés par leur médecin traitant.

4. Taux d'hospitalisation

c. Population totale

Le nombre de patients hospitalisés est plus élevé dans la population adressée par leur médecin traitant que dans la population se présentant spontanément.

Par ailleurs les patients adressés par leur médecin traitant sont plus souvent hospitalisés dans un secteur médical que les patients se présentant spontanément. A l'inverse les patients se présentant spontanément sont plus souvent hospitalisés dans un secteur chirurgical que les patients adressés par leur médecin traitant.

Ces constatations confirment notre hypothèse de départ. Ainsi les médecins traitants semblent exercer une sélection des patients en amont des urgences, y adresser les patients les plus sévères et nécessitant une hospitalisation. En revanche les médecins traitants ont peu d'emprise sur la pathologie circonstancielle qui se présente plus volontiers spontanément.

d. Population de patient de plus de 75 ans

69% des patients de plus de 75 ans adressés par leur médecin traitant sont hospitalisés alors que seulement 27% des patients de plus de 75 ans se présentant spontanément sont hospitalisés.

Ces chiffres confirment que les médecins traitants réalisent une sélection des patients en amont. Cette sélection étant encore plus parlante chez les patients de plus de 75 ans car deux patients de plus de 75 ans sur trois vont nécessiter une hospitalisation lorsqu'ils sont adressés par leur médecin traitant.

5. Mise en contexte

a. **L'importance du médecin traitant comme coordonnateur de santé**

Au travers de cette étude il transparait que le médecin traitant exerce un tri des patients en amont du secteur hospitalier. C'est via son filtre que les patients sont adressés, ou non, aux urgences. Ainsi lorsque le médecin traitant adresse un patient aux urgences c'est souvent parce qu'il pense que ce patient nécessite soit une prise en charge globale et urgente, soit une expertise technique soit enfin qu'il considère que la gestion du patient doit se réaliser au décours d'une hospitalisation.

Ces remarques sont particulièrement fondées pour la catégorie des patients de plus de 75 ans où deux patients de plus de 75 ans sur trois adressés par leur médecin traitant vont bénéficier d'une hospitalisation.

La question se pose néanmoins de savoir si l'hospitalisation des patients de plus de 75 ans via les urgences est bien la seule alternative ?(43) Et si des hospitalisations programmées ne seraient pas plus bénéfique, d'une part pour les patients qui se verraient éviter un passage éprouvant aux urgences, d'autre part pour la structure qui se verrait délester de patients lourds et chronophages.(44)

b. **Le contexte de la Seine-Saint-Denis et du territoire du 93-3**

Comme nous l'avons vu la Seine-Saint-Denis a une faible densité en médecins généralistes : 1/1485 habitants soit 25% de moins que sur l'ensemble de la région Ile-de-France. Ces chiffres se rapprochent des fameux déserts médicaux ; ils sont d'autant plus alarmants que la tendance ne semble pas aller vers une amélioration et la densité par habitant en médecin généraliste va indubitablement baisser sur le territoire de la Seine Saint-Denis.

A cela s'ajoute une population en forte croissante, globalement pauvre et démunie (11% de bénéficiaire de la CMU contre 5,7% sur le reste du territoire) qui plébiscite fortement les services d'accueil des urgences qui sont en nombre conséquent sur le territoire de la Seine-Saint-Denis, où l'on recense pas moins de 5 structures d'urgences publiques et 6 structures d'urgences privées. On observe ainsi un taux de recours aux services d'accueil des urgences de 314 ‰ en Seine-Saint-Denis contre 214‰ sur le reste du territoire français.(45)(46)

L'ensemble de ces constatations mettent en évidence la mise en retrait du médecin traitant comme solution de premiers recours en Seine-Saint-Denis. Ce positionnement en second plan du médecin traitant par rapport aux structures d'urgence étant en somme expliquée par une démographie médicale faible, une population difficile à suivre, un attrait de plus en plus prononcé pour les urgences ainsi que la présence de nombreuses structures d'urgence médico-chirurgicale dans le département.(47)

c. Conclusion

Via cette étude, la place du médecin traitant comme coordonnateur des soins de premier recours est de nouveau mis au centre du débat.

Le désengorgement des urgences, surtout dans les tensions actuelles, se réalisera pour partie par la revalorisation du rôle du médecin traitant.

Cette valorisation se voulant financière dans un premier temps (48), car est-il utile de rappeler qu'une consultation chez le médecin traitant coûte actuellement 23 euros alors qu'un passage aux urgences coûte en moyenne 263 euros (20). Ainsi il ne nous semble pas que cette rémunération pousse les médecins traitant à s'installer, et s'ils le font cela ne les incite pas à passer du temps sur des consultations complexes et chronophages, mais plus à adresser les patients les plus compliqués aux urgences.

Par ailleurs le médecin traitant devrait être épaulé par des personnels auxiliaires, notamment lorsqu'il désire faire bénéficier ses patients d'aides médico-sociales, ou encore dans les tâches administratives de plus en plus lourdes ; afin de se recentrer sur mission première qui est et doit rester le soin.

De même une campagne de « re »sensibilisation des patients au parcours coordonné des soins semblerait utile pour rappeler le rôle central du médecin traitant.

Enfin la sécurité des médecins libéraux se dégradent de plus en plus, en particulier en Seine-Saint-Denis, des mesures fortes doivent également être entreprises afin d'assurer la sécurité physique et matérielle de l'ensemble des médecins du territoire (49).

A travers ces remarques nous constatons donc que l'amélioration de la gestion des structures d'urgence médico-chirurgicale du territoire de la Seine-Saint-Denis passe par une revalorisation des conditions de travail du médecin traitant, ainsi que la mise en

place d'une filière gériatrique permettant aux médecins traitant d'être en relation avec leurs confrères hospitaliers et de disposer de lit de gériatrie pour leurs patients âgés.

En effet c'est en replaçant le médecin traitant sur un piédestal et en lui garantissant des conditions de travail adaptés à la pratique d'une médecine de qualité qu'on l'on saura créer des vocations. Un regain de vigueur de la médecine générale permettra en partie de désengorger les structures d'urgence et ainsi de réaliser des économies de santé publique.

IX. CONCLUSION

Cette étude consistait à mettre en évidence qu'un courrier du médecin traitant adressant un patient au médecin urgentiste permettait d'améliorer la prise en charge du patient.

Les résultats de l'étude démontrent qu'il n'existe pas de réduction de la durée moyenne de passage aux urgences de l'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis entre un patient adressé avec un courrier par son médecin traitant et un patient venu consulter sans courrier.

Cela peut être expliqué par les spécificités de l'exercice en Seine-Saint-Denis. En effet une faible démographie médicale, des patients poly-pathologiques et peu suivis, ainsi que de fréquentes difficultés rencontrées lors de l'interrogatoire en raison de la barrière de langue ; rendent la prise en charge des patients consultant aux urgences très « chronophage ».(50)

La lettre d'admission du médecin traitant permet certainement de réduire la durée de prise en charge des patients adressés aux urgences ; mais étant donné que ces patients sont en général plus complexes que les patients se présentant spontanément, il en ressort que cette précieuse aide sert en réalité plus à permettre une prise en charge de meilleur qualité qu'à réduire de manière significative la durée du passage aux urgences.(51)

Par ailleurs lorsque le médecin traitant adresse un de ses patients aux urgences, il apparaît que cela semble justifié. En effet le taux d'hospitalisation des patients adressés aux urgences par leur médecin traitant est supérieur à celui du tout venant.

Il ressort de cette étude que le médecin traitant occupe un rôle primordial dans la continuité des soins, que sa présence et son implication auprès de ses patients induisent des passages aux urgences moins fréquents et plus justifiés.

Ce plaidoyer pour le médecin traitant prend toute son ampleur en Seine-Saint-Denis qui est un des départements où le taux de médecin généraliste par habitant est un des plus faibles de France ; malgré une population pauvre et plus à risque que dans le reste du territoire français.

Ainsi il apparait que la résolution de la « crise » de la démographie médicale en Seine-Saint-Denis permettra de réaliser d'importantes économies d'échelle en diminuant le nombre de passage aux urgences et en permettant une meilleure coordination médecin-hôpital.

ANNEXES

Annexe 1 : tableau comparatif des durées moyennes de passage

	Groupe MT	Groupe NMT	Valeurs de p
Population totale (mn)	144 ±111	133±119	0,1
Patient de plus de 75 ans (mn)	179 ±93	147 ±97	0,04
Traumatologie (mn)	93 ±69	70 ±78	0,03

MT = adressé par médecin traitant ; NMT = se présentant spontanément ; les données sont présentées sous forme de moyennes ±SD

Annexe 2 : tableau comparatif des délais d'attente moyens

	Groupe MT	Groupe NMT	Valeurs de p
Population totale (mn)	25 ±22	29 ±24	0,01
Traumatologie (mn)	20 ±18	23 ±22	0,3

MT = adressé par médecin traitant ; NMT = se présentant spontanément ; les données sont présentées sous forme de moyennes ±SD

Annexe 3 : tableau comparatif de l'orientation des patients

	Groupe MT	Groupe NMT	Valeurs de p
Population totale (%)	313	630	
Hospitalisation	81 (26)	106 (16)	0,03
Population hospitalisée (%)	81	106	
Hospitalisation patient de plus de 75 ans	39 (48)*	34 (32)*	0,03
Hospitalisation en secteur médical	56 (70)	51 (48)	0,004
Hospitalisation en secteur chirurgical	25 (30)	55 (52)	0,004
Transfert (%)	2 (1)	8 (1)	0,08

*69% des patients de plus de 75 ans adressés par leur médecin traitant sont hospitalisés alors que seulement 27% des patients de plus de 75 ans se présentant spontanément sont hospitalisés

MT = adressé par médecin traitant ; NMT = se présentant spontanément ; les données sont présentées sous forme de valeurs absolues (%)

Annexe 4 : classification clinique des malades aux urgences (CCMU)

Classe CCMU	Définition
1	État clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au SAU.
2	État clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au SAU.
3	État clinique jugé susceptible de s'aggraver au SAU sans mise en jeu du pronostic vital.
4	Pronostic vital engagé et prise en charge ne comportant pas de geste de réanimation destiné à préserver le pronostic vital immédiat.
5	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.

Annexe 5 : classification internationale des maladies (CIM10) :

Chapitre	Codes	Titre
1	A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
2	C00-D48	Tumeurs
3	D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
4	E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
5	F00-F99	Troubles mentaux et du comportement
6	G00-G99	Maladies du système nerveux
7	H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes
8	H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
9	I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire
10	J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire
11	K00-K93	Maladies de l'appareil digestif

12	L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
13	M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
14	N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire
15	O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité
16	P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
17	Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
18	R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
19	S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
20	V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité
21	Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
22	U00-U99	Codes d'utilisation particulière

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Seine-Saint-Denis / petite couronne	12
Figure 2 : taux de chômage « localisé » ; INSEE 2011.....	13
Figure 3 : taux de pauvreté en Ile-de-France ; INSEE 2004	14
Figure 4 : niveau de vie en 2008 département Seine-Saint-Denis en 92 ^{ème} position sur 95 ; INSEE 2008	15
Figure 5 : population de la Seine-Saint-Denis par tranche d'âge ; INSEE 2010	16
Figure 6 : départ en retraite médecins généralistes de Seine-Saint-Denis ; CDOM 93.20	
Figure 7 : évolution des effectifs des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis ; CDOM 93	20
Figure 8 : type d'installation des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis ; CDOM 93	21
Figure 9 : territoire 93-3 ; localisation Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis.....	22
Figure 10 : répartition activité hospitalière du territoire 93-3	23
Figure 11 : offre de soins de ville dans le territoire 93-3	25
Figure 12 : Répartition des patients par classe d'âge en 2010 dans les services d'urgences ; INVS 2010.....	26
Figure 13 : Les 10 diagnostics les plus fréquents dans les services d'urgences ; INVS 2010.....	28
Figure 14 : café bal de la volière en 1948.....	33
Figure 15 : plan service des urgences HPSSD.....	36
Figure 16 : « chart flow » ; MT = adressé par médecin traitant ; NMT = se présentant spontanément.....	48
Figure 17 : comparaison de la durée moyenne de passage dans la population générale	51
Figure 18 : distribution de la durée de passage de la population générale en pourcentage d'effectif cumulé	51
Figure 19 : comparaison de la durée moyenne de passage dans la population des plus de 75 ans	52
Figure 20 : distribution de la durée de passage de la population des plus de 75 ans en pourcentage d'effectif cumulé	52
Figure 21 : comparaison de la durée moyenne de passage de la population de traumatologie	53

Figure 22 : distribution de la durée de passage de la population de traumatologie en pourcentage d'effectif cumulé	53
Figure 23 : comparaison du délai moyen d'attente de la population générale	54
Figure 24 : distribution du délai d'attente de la population générale en pourcentage d'effectif cumulé	54
Figure 25 : comparaison du délai moyen d'attente de la population de traumatologie	55
Figure 26 : distribution du délai d'attente de la population de traumatologie en pourcentage d'effectif cumulé	55
Figure 27 : orientation des patients ; en % de la population totale.....	56
Figure 28 : orientation des patients hospitalisés ; en % de la population hospitalisée.....	57
Figure 29 : orientation patient de plus de 75 ans ; en % de la population hospitalisée.....	57
Figure 30 : orientation patients de plus de 75 ans ; en % de la population de plus de 75 ans.....	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : densité offre de soins libérale INSEE 2006.....	24
Tableau 2 : évolution de l'activité du SAU de l'HPSSD	38
Tableau 3 : Caractéristiques de la population de l'étude	50

BIBLIOGRAPHIE

1. Bilan de l'activité en 2008 des services d'urgence en Ile de France; suivi du SROS d'urgence. A.R.H.I.F; 2009.
2. Médecine d'urgence, schéma d'organisation des soins. ARS Ile de France; 2012.
3. Mead GE, Cunnington AL, Faulkner S, Russell KJ, Ford MJ. Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved? Health Bull (Edinb). 1999 Jul;57(4):257-61.
4. Ramrakha S, Giles A. Take a letter ... an audit of GP referrals in south west Sydney. Aust Fam Physician. 2001 Apr;30(4):395-8.
5. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. Aust Fam Physician. 1994 Jul;23(7):1320-1, 1324-5, 1328.
6. Seine-Saint-Denis [Internet]. Wikipédia. 2013 [cited 2013 Mar 28]. Available from: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Seine-Saint-Denis&oldid=90901713>
7. rapport agence pour la création entreprise. APCE; 2006.
8. Produit intérieur brut par département (PIB) à prix courants. INSEE; 2005.
9. Résultats du recensement de la population - Activité des résidents. INSEE; 2006.
10. Résultats du recensement de la population - Arrondissement de Saint-Denis - Activité des résidents. INSEE; 2006.
11. La santé observée en Seine Saint-Denis : contexte géographique et économique. Observatoire général de santé d'Ile-de-France; 2011.
12. La santé observée en Seine Saint-Denis : population. Observatoire général de santé d'Ile-de-France; 2011.
13. Pierre-Emile Bidoux, François Hamet. En Seine-Saint-Denis, un parc de logements diversifié pour des ménages souvent modestes. Territoire. 2011 Oct;(373).
14. La situation de la démographie médicale en France au 1er janvier 2013. CNOM; 2013.
15. Jean Vilanova. La démographie médicale au 1er janvier 2010.
16. Démographie médicale en Seine-Saint-Denis. CDOM Seine-Saint-Denis; 2012.
17. Projet médicale du territoire 93-3. ARHIF; 2006.
18. Baubeau D., Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES; 2003.

19. Surveillance des urgences. réseau OSCOUR; 2011.
20. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Cour des comptes; 2007.
21. L'activité des urgences en 2004, une stabilisation du nombre de passage. DREES; 2006 Sep.
22. Grall JY. Les maisons médicales de garde. 2006 juillet.
23. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.
24. Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat).
25. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juillet, 1991.
26. Code de la Santé Publique (Articles R.712-73, R 112-1, R 1112-2, R 1112-6, R 1116- 60, Articles L 1110-4, L 1111-7).
27. Mercat FX. Les courriers entre médecin. Conseil Nation de l'Ordre des Médecins; 1998.
28. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations. HAS; 2003 juin.
29. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
30. Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-6 Jan 4, 2006.
31. Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2007-960 mai, 2007.
32. Arrêté du 7 février 2006 fixant la composition du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel.
33. Fagniez. Le masquage d'informations par le patient dans son DMP. ministère de la santé et des solidarités; 2007 Jan.
34. Bourguignon. Le DMP séduit toujours les trois quarts des médecins. quotidien du médecin. 2007 décembre;(8271).
35. Le cout du dossier médical personnalisé depuis sa mise en place. cour des comptes; 2012 juillet.
36. Haugel A. Relation entre les médecins généralistes et l'hôpital Louis Mourier et ses urgences en 2006, comparaison avec 1992. Paris 5; 2008.

37. Gaget M. Communication entre les médecins généralistes et les urgentistes. Poitiers; 2010.
38. Truffaut S. Evaluation d'un réseau de soins médecine générale - urgences. Analyse des modes de communications et attentes des praticiens. Paris 5; 2008.
39. Cartier Thomas. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes : analyse de la littérature internationale. Paris 7; 2010.
40. Mzabi. Relation entre médecin généraliste de ville et service d'accueil des urgences. Cas particulier du SAU du groupe Pitié-Salpêtrière et des médecins généralistes des 5eme et 13eme arrondissements. Paris 7; 2011.
41. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. CJEM. 2003 May;5(3):155–61.
42. Cadat et Trolong-Bailly. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Grenoble; 2006.
43. Juge-Boulogne A, Kervinio C, Drode M, Sauvanier M, Revel V, De La Fourniere F, et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences : Enquête rétrospective au Centre Hospitalier de Pau. La Revue de gériatrie. 26(9):713–8.
44. CHU de Limoges, Hôpital du Dr Chastaing, 2 rue Henry de Bournazel, FRA, PU-PH, Chef de service de médecine gériatrique, FRA, Chargée de mission, Politique Gérontologique, FRA, Unité de Recours et de Soins Gériatrique, FRA, Directeur de la Politique Gérontologique, Direction Générale, FRA, Gériatre, médecin coordonnateur EHPAD, FRA, et al. Une solution dans la prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence paramédicale. L'unité de recours et de soin gériatrique du CHU de Limoges. La Revue de gériatrie. 2011;36(4):215–20.
45. La santé observée en Seine Saint-Denis : accès aux soins. Observatoire général de santé d'Ile-de-France; 2011.
46. La santé observée en Seine Saint-Denis : le recours aux soins urgents et non programmés. Observatoire général de santé d'Ile-de-France; 2011.
47. Bourges. La médecine générale libérale en Seine-Saint-Denis, état des lieux et enquête qualitative auprès de médecins généralistes du département. Paris 5; 2010.
48. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages analyses et perspectives. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile De France; 2007.
49. Observatoire pour la sécurité des médecins, recensement national des incidents 2012. CNOM - IPSOS; 2012.
50. Tellier Muls. Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecine générale. Paris 5;
51. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. Aust Fam Physician. 2002 Feb;31(2):197–200.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Enrique Casalino

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMME

SUMMARY

OBJECTIVE

Investigate the impact of General Practitioners' referral letters on the length of stay (LOS), the waiting time (WT) and the hospitalization rates at the emergency department.

POPULATION AND METHODS

This single-center retrospective observational study lasted 3 months from February 1st 2013 to April 30th 2013. The LOS, the WT and the hospitalization rates were compared between patients referred with a letter from their General Practitioners (GP) and a matched control population of patients without a letter from (NGP).

RESULTS

313 were included in the GP group and 620 in the NGP group. There is no difference in mean age, sex, patterns of use and severity between the two groups. The proportion of patients older than 75 years is also the same in both groups (17%). There is no difference in LOS between the two groups (144 ± 111 vs 133 ± 119 ; $p=0,1$). Among patients older than 75 years, those of GP group have a LOS longer than the NGP group (179 ± 93 vs 147 ± 97 ; $p=0,04$). The WT is shorter in the GP group (25 ± 22 vs. 29 ± 24 , $p = .01$). The hospitalization rate is higher in the GP group (26% vs 16%, $p = 0.03$)

CONCLUSION

Patients referred with a letter from their General Practitioners have a higher rate of hospitalization than unaddressed patients, their length of stay in the emergency department is also longer. The General Practitioners perform a sorting process, they address more severe patients explaining the lack of reduction in the length of stay despite the presence of a letter.

KEY WORDS

letter, General Practitioners, emergency, length of stay, waiting time, hospitalization rates ; sorting process

RESUME

INTRODUCTION

Les structures d'urgence sont engorgées et les temps de passage s'allongent. Peu de patients consultent leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences. L'objectif de ce travail est d'analyser le retentissement d'un courrier du médecin traitant sur la durée moyenne de passage (DMP) aux urgences, le délai moyen d'attente (DMA) et le taux d'hospitalisation.

METHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique réalisée aux urgences de l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis pendant la période du 1 février 2013 au 30 avril 2013. La DMP aux urgences, le DMA et le taux d'hospitalisation des patients adressés avec un courrier de leur médecin traitant (MT) sont comparés à un groupe contrôle apparié de patients non adressés (NMT).

RESULTATS

313 patients ont été inclus dans le groupe MT et 620 dans le groupe NMT. Il n'existe pas de différence de moyenne d'âge, de sexe, de motifs de recours et de sévérité entre les deux groupes. La proportion de patients de plus de 75 ans est également la même dans les deux groupes (17%). Il n'y a pas de différence de DMP entre le groupe MT et le groupe NMT (144 ± 111 vs 133 ± 119 ; $p=0,1$). Parmi les patients de plus de 75 ans, ceux du groupe MT ont une DMP plus longue que ceux du groupe NMT (179 ± 93 vs 147 ± 97 ; $p=0,04$). Le DMA est plus court dans la population MT (25 ± 22 vs 29 ± 24 ; $p=0,01$). Le taux d'hospitalisation est supérieur dans le groupe MT (26% vs 16% ; $p=0,03$).

CONCLUSION

Les patients adressés avec un courrier de leur médecin traitant ont un taux d'hospitalisation supérieur aux patients se présentant spontanément, leur durée de passage aux urgences est également plus longue. Les médecins traitants exercent un tri en amont des urgences, ils adressent des patients plus sévères, expliquant l'absence de réduction de la durée de passage malgré la présence d'un courrier.

MOTS CLES

courrier, médecin traitant, urgences, délai attente, durée de passage, taux d'hospitalisation, orientation