

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°100

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

par

François-Xavier Barthélemy
Né le 23 juillet 1984 à la Roche sur Yon (85)

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2012

**Evaluation et optimisation des filières de soins du CHU de Nantes pour
les patients pris en charge initialement par leur médecin généraliste.**

Président : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Gaëlle ARNAUD
Monsieur le Docteur Jean-Christophe AUNEAU
Madame le Docteur Isabelle GUEFFET

Sommaire

SOMMAIRE -----	Erreur ! Signet non défini.
I - INTRODUCTION -----	4
II - PREMIERE PARTIE : LES FILIERES DE SOINS AU CHU DE NANTES-----	8
2.1. Définition d'une filière de soin et d'un réseau de soin -----	9
2.2. Les principales caractéristiques sociodémographiques en Loire Atlantique -----	11
2.3. L'organisation territoriale ville/Hôpital de la région nantaise -----	12
2.4. L'offre de soin au CHU de Nantes -----	15
2.5. L'Hôpital à Domicile-----	17
2.6. Les différentes filières de soins du CHU de Nantes-----	18
2.7. Le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO)-----	25
III - DEUXIEME PARTIE : ETUDE CONCERNANT LES PATIENTS ADRESSES AU SAU PAR UN MEDECIN GENERALISTE-----	28
3.1. Introduction -----	29
3.2. Matériel et méthode -----	30
3.3. Recueil et analyse des données-----	31
3.4. Résultats-----	31
3.5. Autres inconvénients d'un passage inadapté (hors analyse)-----	40
IV - TROISIEME PARTIE : EVALUATION DES FILIERES DE SOINS DU CHU : ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES-----	43
4.1. Introduction -----	44
4.2. Matériel et méthode -----	44
4.3. Résultats-----	46
4.4. Force et biais de cette enquête -----	62

V - QUATRIEME PARTIE : EVALUATION DES FILIERES DE SOINS : ENQUETE AUPRES DES MEDECINS HOSPITALIERS -----	64
5.1. Présentation de l'enquête (annexe 4)-----	65
5.2. Pourcentage d'entrées directes dans les services -----	65
5.3. Qui répond aux avis extérieurs ?-----	66
5.4. Autres moyens de joindre un médecin hospitalier -----	66
5.5. Autocritique par les médecins hospitaliers de leurs propres filières de soins-----	67
5.6. Les principales propositions relatées -----	70
VI - CINQUIEME PARTIE : CONFRONTATION ET SYNTHESE DES DIFFERENTS POINTS DE VUE -----	73
6.1. Principales pistes pour optimiser les filières de soin -----	74
6.2. Priorité aux patients adressés aux urgences par les médecins de ville -----	78
6.3. Les différentes propositions pouvant améliorer les filières de soins-----	79
6.4. Pathologie devant faire privilégier une admission directe-----	83
6.5. Les autres mesures à améliorer-----	84
CONCLUSION -----	87
BIBLIOGRAPHIE -----	90
ANNEXES -----	99
<u>Annexe 1</u> : les différentes échelles d'évaluations-----	100
<u>Annexe 2</u> : Feuilles de recueil d'information concernant l'enquête des patients adressés aux urgences par leur médecin traitant. -----	104
<u>Annexe 3</u> : Questionnaire à l'intention des médecins généralistes. -----	123
<u>Annexe 4</u> : Questionnaire à l'intention des médecins hospitaliers. -----	130
<u>Annexe 5</u> : le système hop-line à Lille -----	132
LEXIQUE -----	134
MOTS-CLES -----	135

I - INTRODUCTION

Les services d'urgences font face à une augmentation continue de leur activité. Ceci est du aux changements de comportement des usagers et à l'évolution de l'organisation des soins de ville.

Face à la décision d'hospitaliser un patient, la pratique du praticien libéral est variable. Elle est pourtant primordiale dans l'organisation du système de soins de premier recours dits "non programmés". Dans le cadre de leur restructuration entamée depuis 2003 (1), les instances décisionnelles ont fait une priorité de la coordination et du décloisonnement entre médecine de ville et médecine hospitalière (2) (3) (4). En tant qu'acteurs de soins primaires, les médecins généralistes sont les initiateurs de 1,56 millions d'hospitalisations (chiffre estimé) (5), et les services d'urgences de 2,85 millions d'hospitalisations par an en France (sur 13,3 millions d'hospitalisations au total) (6). Au vu de leur importante contribution, la façon dont se fait la coopération entre les médecins de ville et les services hospitaliers conditionne largement la continuité des soins.

Ainsi l'amélioration des filières d'admission à l'hôpital est un enjeu pour :

- les conditions de travail des intervenants de l'hôpital,
- la santé des patients en amont de l'hôpital,
- la maîtrise des coûts.

Nous constatons une grande hétérogénéité des études sur ce sujet. Les auteurs abordent les dysfonctionnements de l'admission à l'hôpital en soulignant les difficultés qu'ils génèrent dans les services d'urgences. Ces études sont rarement randomisées (7) (8), et ne s'attachent pas à la continuité des soins lors de l'admission à l'hôpital (9).

Les études, européennes en particulier, portent sur les conditions d'hospitalisation et la pertinence du mode d'admission à l'hôpital, en se basant sur les échelles d'évaluation que sont la CCMU (10) (11), l'AEP (12) ou le GEMSA (13) (annexe 1).

Dans certains cas, le passage par un service d'urgence d'un patient devant être hospitalisé ne se justifie ni par un motif diagnostique, ni par un motif thérapeutique (14). Cela expliquerait en partie l'engorgement fréquent de ces services et reflèterait le manque de cohérence dans l'organisation des soins non programmés ainsi que le manque de communication interprofessionnelle (15) (16).

Dans ce contexte, une grande avancée a déjà été constatée par la mise en place de nouvelles directives :

- diminution du temps d'attente aux urgences, sous l'égide de la MEAH (17),
- mise en place de la permanence des soins (16),
- développement des filières courtes d'hospitalisation, de la filière gériatrique (18) (19),
- multiplication des réseaux de soins.

L'accès privilégié aux services d'hospitalisation, par l'intermédiaire du médecin généraliste, est souhaitable (3).

De plus la programmation d'une hospitalisation est bénéfique pour les patients, notamment dans le cadre de la gériatrie : les études montrent que les entrées directes peuvent réduire la durée moyenne de séjour, le nombre d'examens complémentaires et le nombre de soins inadaptés (20).

La première partie de notre étude a pour objectif la description des filières de soins du CHU de Nantes afin de comprendre leurs caractéristiques et leurs fonctionnements. Nous avons donc repris l'ensemble des principales filières de soins du CHU.

En seconde partie nous avons travaillé à mettre en évidence les réalités concrètes du terrain. Une étude concernant les patients adressés au service des urgences, par un médecin traitant, a donc été réalisée pendant 7 jours non consécutifs. Cette enquête a permis d'évaluer la pertinence des motifs d'admission, le pourcentage d'entrées qui aurait pu se faire directement dans les services de soins ainsi que d'autres paramètres à prendre en compte afin d'améliorer la coordination des filières de soins entre la médecine de ville et les services du CHU.

Une enquête a été envoyée aux médecins libéraux du bassin nantais (le bassin d'activité nantais appelé aussi aire urbaine de Nantes correspond aux 45 000 km² autour de Nantes, regroupant 782614 habitants (INSEE) en 2006 (21)). Nous avons cerné les pratiques ainsi que les attentes des médecins généralistes concernant l'amélioration des filières d'admission dans les services.

Dans une troisième partie, nous avons interrogé les médecins hospitaliers participant directement aux filières de soins dans leurs services, afin qu'ils puissent s'exprimer à leur tour sur

leur propre filière (les avantages, les inconvénients, les critiques) et qu'il fassent des propositions concrètes pour les améliorer.

L'analyse de ces différentes données, ainsi que celles des demandes des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers nous permet de proposer dans une dernière partie des axes de réflexion afin d'améliorer :

- le parcours de soins des patients nécessitant une hospitalisation sur le CHU de Nantes,
- les relations interprofessionnelles ville-hôpital,
- la qualité des soins prodigués,
- l'adéquation entre les ressources et les besoins.

Les enjeux de cette réflexion étant l'amélioration des pratiques quotidiennes pour les praticiens dans l'intérêt des patients.

II - PREMIERE PARTIE : LES FILIERES DE SOINS AU **CHU DE NANTES**

2.1. Définition d'une filière de soin et d'un réseau de soin

2.1.1. Filière de soin

Les réformes successives du système de santé français ont préconisé l'organisation de filières ou de réseaux permettant d'améliorer la prise en charge des patients. Fondés initialement sur des modèles étrangers ou sur des initiatives individuelles, de tels modes d'organisation se sont développés en France ces dernières années. L'introduction de la notion de réseau dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) (22) de deuxième puis de troisième génération a permis la reconnaissance d'un fonctionnement en réseau ou en filière.

Les filières de soins correspondent aux différentes modalités de recours aux soins ainsi que les parcours suivis par les patients. Les schémas classiques permettent différentes présentations, les filières pouvant être décrites selon le niveau de recours ou selon la nature des structures et des personnels concernés.

On peut ainsi décrire :

- des structures de premier niveau : médecins généralistes, médecins spécialistes de ville.
- des structures de deuxième niveau : établissements hospitaliers de proximité, centres de diagnostics,...
- des structures spécialisées de troisième niveau : CHU (Centre Hospitalier Universitaire), CLCC (Centre de Lutte Contre le Cancer), autres établissements spécialisés.

Aucun cadre juridique n'est attaché à de telles filières pour l'instant. Il semble toutefois qu'elles doivent être organisées à partir du médecin généraliste (ordonnance de 1996) ou éventuellement à l'intérieur de réseaux de soins coordonnés (circulaire DH 97-777). Certaines structures font l'objet d'une réglementation détaillée précisant leurs missions et leur mode de fonctionnement : CHU, CLCC, établissements de psychiatrie, ...

Toutefois, la majorité des filières se constitue grâce aux rapports que les professionnels de santé et les structures établissent entre eux.

La prise en charge des malades, qui nécessite le recours à des compétences multiples, gagne à être organisée dans le cadre d'un partenariat entre différents opérateurs :

- médecins d'exercice libéral,

- centres de diagnostics et de soins,
- hôpitaux,
- membres d'autres professions médicales et paramédicales.

2.1.2. Réseau de soin

Bien que notre travail ne soit pas centré sur les réseaux de soin, il est important de bien comprendre leur fonctionnement et l'originalité des filières par rapport aux réseaux de soins.

En effet deux facteurs ont conduit à la notion de réseaux :

- la nécessité de mieux coordonner les interventions des différents partenaires,
- la difficulté à développer une coordination rationnelle dans le cadre des modes de financements traditionnels.

Ils ont d'abord été constitués de façon informelle, puis encadrés par un certain nombre de dispositions réglementaires (23).

Les réseaux de santé ont pour but de favoriser :

- l'accès aux soins,
- la coordination,
- la continuité et
- l'interdisciplinarité.

Pour des prises en charges de certaines :

- populations,
- pathologies et
- activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins eux mêmes. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués par des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération

sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers.

Les réseaux procèdent à des actions d'évaluations afin de garantir la qualité de leurs prestations.

2.2. Les principales caractéristiques sociodémographiques en Loire Atlantique

2.2.1. Population en Loire-Atlantique: un dynamisme départemental confirmé

La Loire-Atlantique comptait 1,259 millions d'habitants au 1er janvier 2011, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), ce qui place le département en 12^e position parmi les départements français (le 6^e hors Île-de-France).

Sa densité moyenne est de 184 habitants/km², avec des disparités importantes : les agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire concentrent à elles seules 80 % de la population de Loire-Atlantique.

La Loire-Atlantique figure en bonne place parmi les départements français les plus dynamiques par sa croissance démographique. Elle est un des vingt et un départements ayant plus d'un million d'habitants. Parmi eux, elle se place au troisième rang pour la croissance démographique, avec 1,2% de croissance annuelle soit environ 16000habitants par an.

2.2.2. Nantes Métropole: une dynamique démographique incontestable

Sixième communauté urbaine de France, Nantes Métropole compte désormais 590 000 habitants. A l'horizon 2020, les projections démographiques estiment leur nombre à 640 000.

La progression de la population de Nantes Métropole sur les 20 dernières années a été deux fois plus rapide que la moyenne nationale. Au cours de la dernière décennie, avec +10 % d'habitants, la communauté urbaine a enregistré le troisième meilleur taux de croissance des grandes métropoles, après Toulouse et Bordeaux. Outre sa capacité, Nantes Métropole peut miser, pour le long terme, sur l'énergie et le devenir d'une population particulièrement jeune, au sein de laquelle deux habitants sur trois ont moins de 40 ans

2.3.L'organisation territoriale ville/hôpital de la région nantaise

2.3.1. Les structures d'hospitalisation de l'aire urbaine nantaise

La région nantaise comporte trois structures d'urgence :

- le service des urgences du CHU dans le centre ville,
- le service des urgences des Nouvelles Cliniques Nantaises,
- les urgences spécialisées de la « clinique de la main ».

Les autres services d'urgences du département sont situés dans les hôpitaux de Saint Nazaire, de Châteaubriant et d'Ancenis.

Comme indiqué sur la cartographie présentée à la page suivante, le département de la Loire Atlantique comporte un grand nombre de structures de soins privées ou publiques.

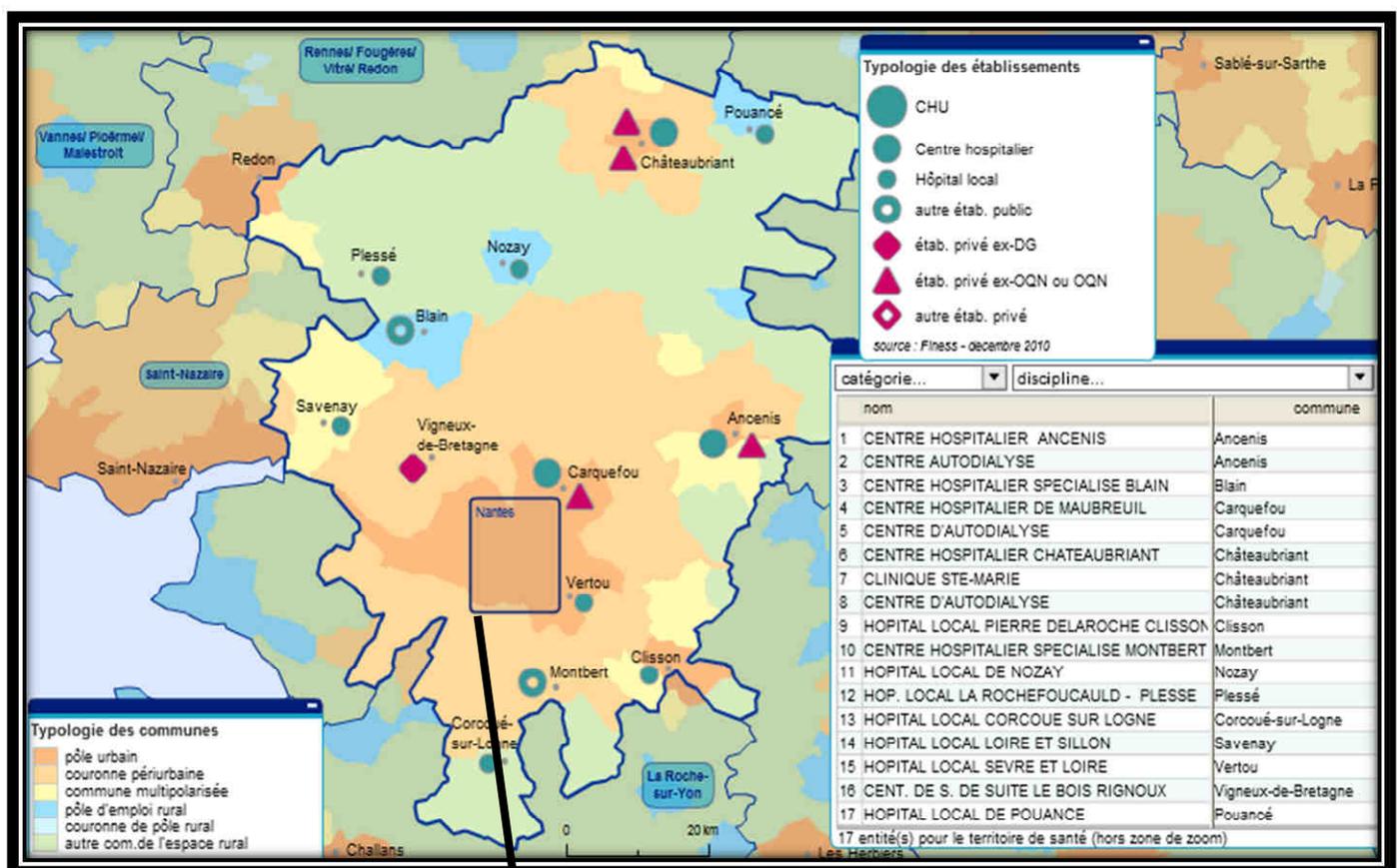


Figure 1 : territoire de santé du pôle urbain nantais et ces établissements de soins

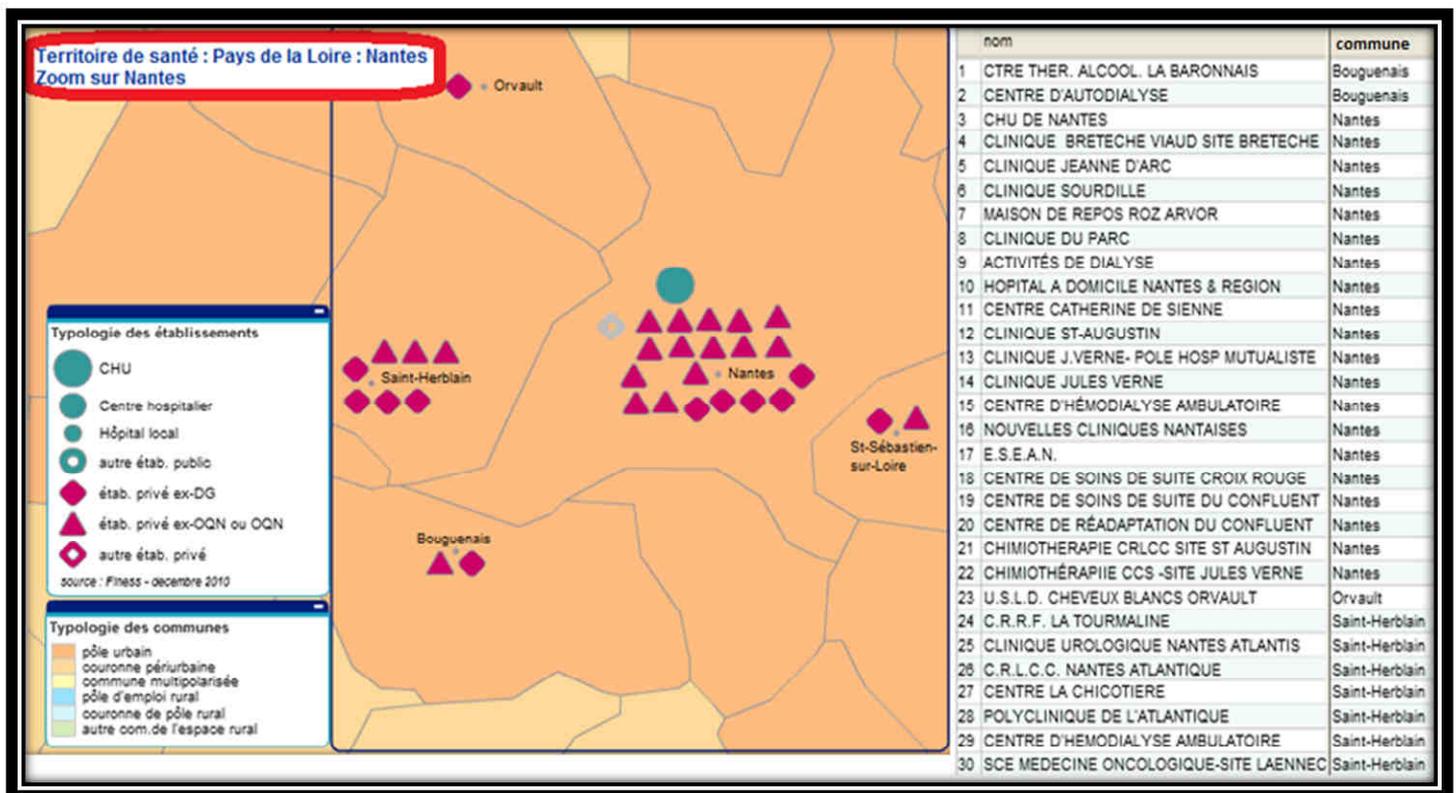


Figure 2 : Zoom sur les établissements issus de la métropole nantaise



Figure 3 : Répartitions des séjours entre les différents établissements issu de la zone urbaine de Nantes

Le CHU de Nantes est le premier établissement de santé dans la région, il comptabilise plus d'un tiers des hospitalisations de la région nantaise.

2.3.2. La médecine libérale dans la région nantaise

En 2005, la Loire Atlantique comptait 3904 médecins. Leur densité dans la région des pays de la Loire était de 285 médecins pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 340. Les pays de la Loire se retrouvent donc au 18ème rang des régions en termes de densité médicale. En Loire Atlantique, la même année on comptait, 1 852 médecins généralistes pour 2 052 médecins

spécialistes. 40 % des médecins exerçaient une activité salariée et la densité de médecins généralistes était de 84 médecins pour 100 000 habitants.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), le nombre de médecins a augmenté de 47 % depuis 1984. Cette variation est impactée principalement par le numérus clausus puisqu'il était à 8 500 au début des années 1970 et a diminué jusqu'au seuil de 3 700 pour l'année universitaire 1998-1999. Toujours selon la DRESS, le nombre de médecins a diminué régulièrement depuis 2006 et va continuer à baisser jusqu'en 2025.

La proportion de médecins, âgés de 50 ans ou plus, a fortement augmenté (33 % en 2000, 56 % en 2009), les médecins de 60 ans ou plus représentaient 17 % de l'effectif total en 2009 contre 7 % en 2000.

Par ailleurs, la féminisation de cette profession se poursuit, avec 40 % de femmes médecins en 2009 (36 % en 2000) (24).

En 2009, 58,5 % des médecins avaient un exercice libéral (exclusif ou non), 30 % étaient salariés hospitaliers et 11 % salariés non hospitaliers. Au cours de la dernière décennie, la part des médecins libéraux est en léger recul (60,4 % en 2000, 58,5 % en 2009) (25).

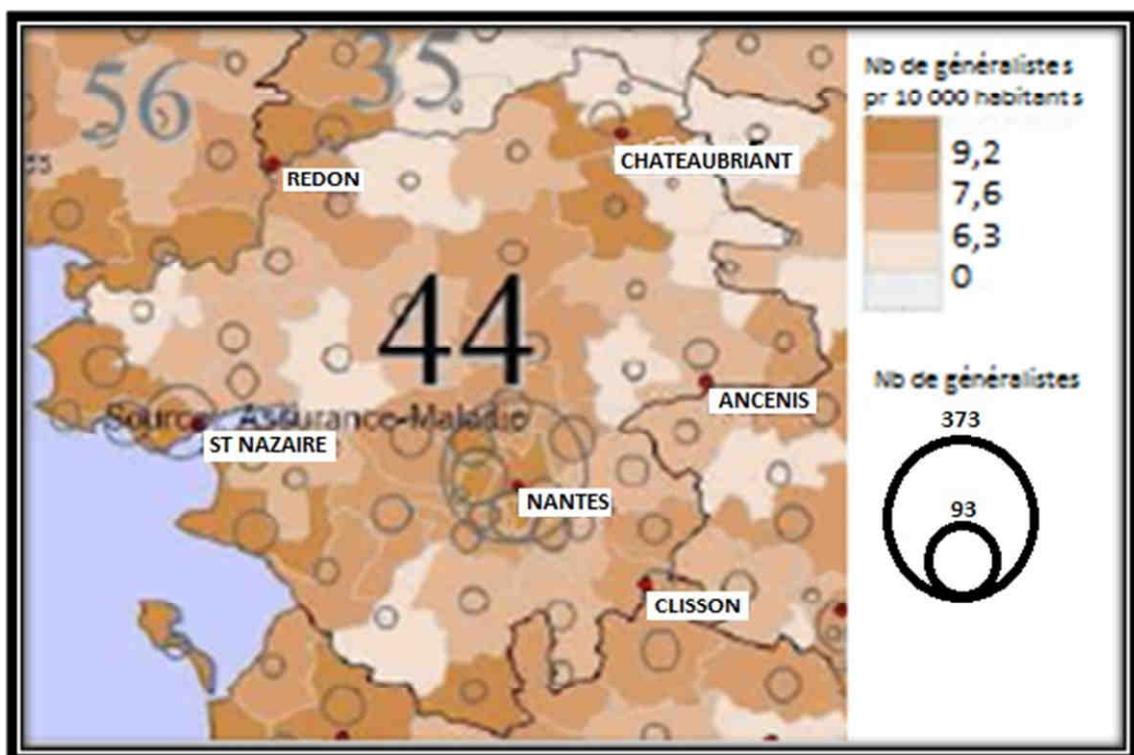


Figure 4 : Densité des médecins généraliste en Loire Atlantique

Le nombre légèrement plus important de médecins libéraux dans l'agglomération nantaise est dû à la proximité de la faculté de médecine de Nantes. Le taux de recours aux urgences est plus faible que dans certains autres départements.

Les Pays de la Loire ont le plus faible taux de recours aux urgences, inférieur de 25% à la moyenne nationale, avec des situations fortement contrastées à l'intérieur de la région. Les taux de recours sont nettement plus élevés en Mayenne, Sarthe et Vendée où le nombre de médecins libéraux est plus faible.

Par contre, le taux d'hospitalisation à partir du service des urgences est plus élevé dans la région qu'au plan national, 25% contre 20% en France. Le nombre de passages dans les services des urgences hospitalières est en moyenne de 178 passages pour 1 000 habitants et par an en Loire Atlantique. Le nombre de passages dans le service des urgences a augmenté de 47 % de 1996 à 2007.

Au CHU de Nantes le service des urgences a comptabilisé 66 918 passages durant l'année 2010. Sur le pôle urgence, travaillent 50,7 médecins (postes équivalents temps plein) et 426,5 autres personnels non médicaux. (26)

2.4.L'offre de soin au CHU de Nantes

Le CHU dispose d'une offre de soins complète regroupant :

- des soins de courte durée (1 661 lits dont 968 lits de médecine, 589 lits de chirurgie et 104 lits de gynécologie obstétrique),
- des soins de suite et de réadaptation (385 lits),
- des soins de longue durée (460 lits) dont EHPAD : 290 lits et USLDR : 170 lits,
- des soins de psychiatrie (543 lits).

Grand groupe de discipline	lits	places	total
Médecine	858	110	968
Chirurgie	558	31	598
Gynécologie-obstétrique	92	12	104
Court séjour	1 508	153	1 661
Soins de suite et de réadaptation	352	33	385
Psychiatrie	324	219	543
EHPAD ¹	290	-	290
USLDR ²	170	-	170
Total CHU de Nantes	2 644	405	3 049

Figure 5 : Tableau synthétisant le nombre de lits et de places (hôpital de jour) pour chaque grand pôle du CHU

Raison Sociale	EJ C.H.U. DE NANTES (EJ + 3ET)		Finess								
Adresse	5 ALL DE L'ILE GLORINETTE 44093 NANTES CEDEX 1		STATUT								
	ET 440000271 HOTEL-DIEU ET H.M.E. - NANTES										
	ET 440000453 CH LEON BELLIER - NANTES										
	ET 440017598 HOPITAL G.R. LAENNEC - ST HERBLAIN										
1 - ACTIVITE HOSPITALIERE											
	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospita- lisation à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospita- lisation
	Lits Installés	Entrées totales	Nbre. de jours	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de jours	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients
Médecine	910	47 325	299 857	92,99	76	27 616	22 515	2 132			
Chirurgie	506	26 497	140 299	77,48					37	8 781	
Obstétrique	92	7 244	31 260	93,09	12	3 104					
Total soins courte durée	1 508	81 066	471 416	87,76	88	30 720	22 515	2 132	37	8 781	
Psychiatrie générale	318	4 770	86 023	74,85	151	22 185					9 931
Psychiatrie infanto-juvénile	6	229	825	52,68	68	8 217					3 427
Soins de suite et réadaptation	352	3 160	113 825	90,83	33	6 236					
Soins longue durée	170	116	59 600	90,35							
Autres disciplines											
Total section Hôpital	2 354	89 341	731 689	86,60	340	67 358	22 515	2 132	37	8 781	
Total hébergement	290	126	101 094								
Autres disc. soc. et méd. soc.											
TOTAL	2 644	89 467	832 783	86,60	340	67 358	22 515	2 132	37	8 781	

Figure 6 : Tableau synthétisant le nombre de lits, l'activité et le taux d'occupation pour chaque grand pôle du CHU

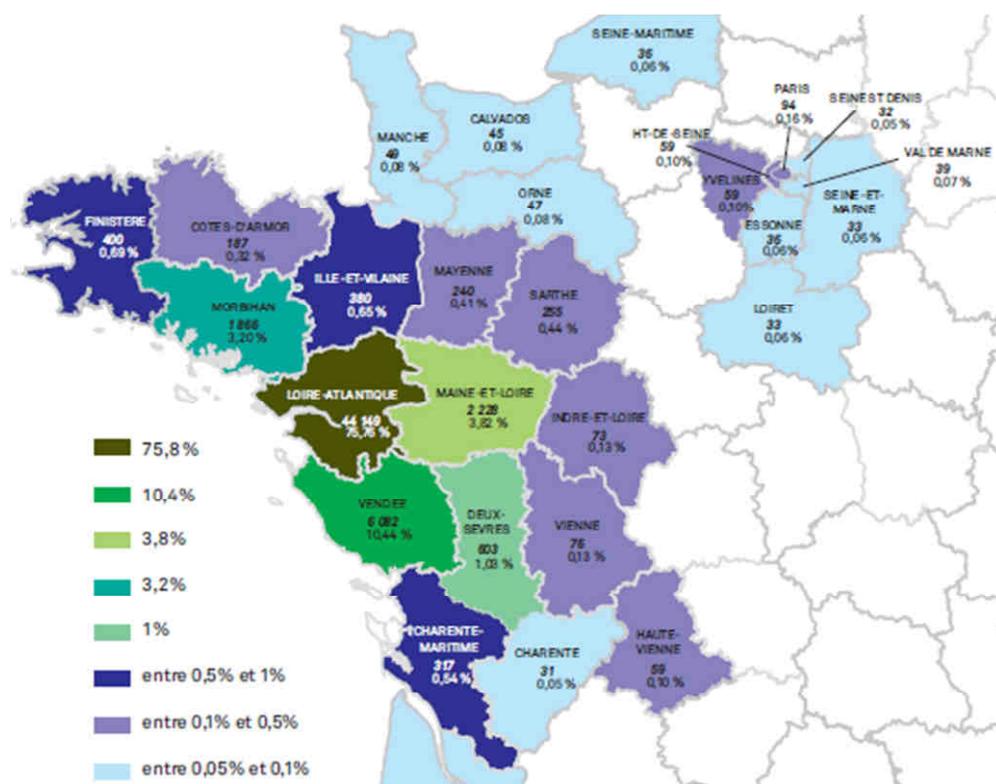


Figure 7 : Origine géographique des patients (hospitalisés au CHU de Nantes par département)

Le CHU recrute à plus de 75 % dans le département. Mais l'origine géographique des patients hospitalisés au CHU de Nantes dépasse largement l'échelle locale, en raison notamment de certains grands pôles de référence, comme par exemple en cardiologie ou en néphrologie.

2.5. L'hôpital à domicile

L'offre de soins sur la région nantaise, c'est aussi l'hospitalisation à domicile.

L'hôpital à domicile (HAD), en sa qualité d'alternative à l'hospitalisation, permet d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux. L'HAD est une offre globale de soins au domicile du malade à tous les âges de la vie. Elle regroupe toute une équipe composée d'infirmiers, kinésithérapeutes, stomathérapeutes, diététiciens, orthophonistes, ergothérapeutes, pharmaciens, médecins de l'HAD et médecins traitants.

L'HAD prend en charge aussi bien des soins d'hygiène et de confort, des soins relationnels et éducatifs, des soins techniques (pansements, traitement de la douleur, réhydratation, alimentation parentérale et entérale, antibiothérapies, soins de trachéotomie et de stomie...)

En 2011, elle a pris en charge 117 patients avec plus de 42 500 journées

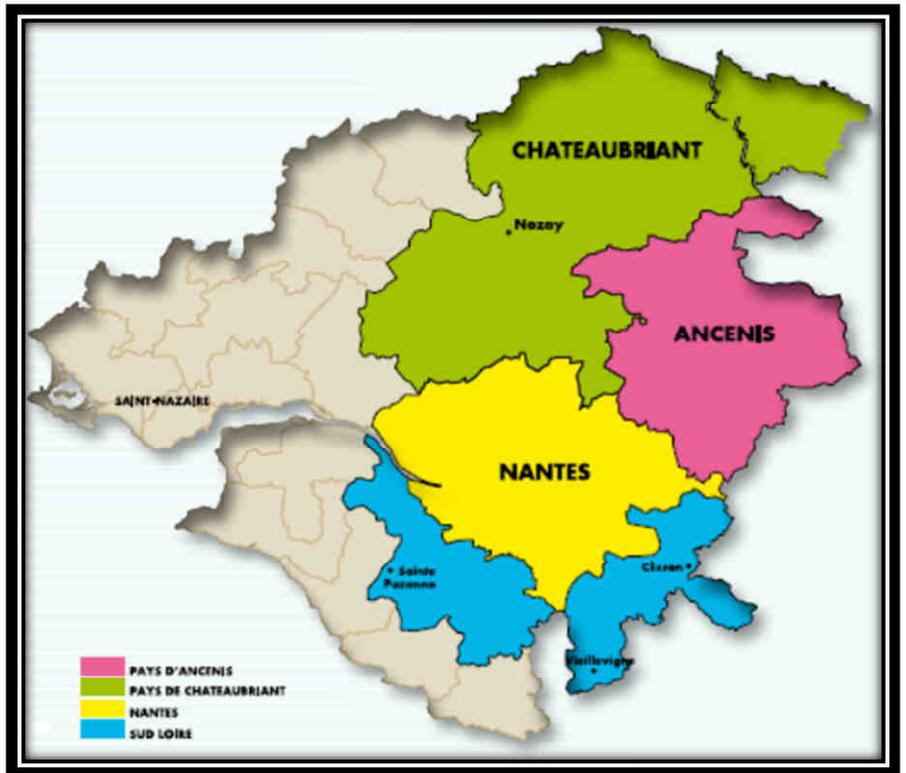


Figure 8: différents secteurs de prise en charge de l'HAD sur la région Nantaise

d'hospitalisation. L'HAD de Nantes et de la région nantaise intervient sur les secteurs géographiques représentés figure 8 : l'ouverture pour la zone de Châteaubriant est prévue fin 2012.

L'HAD peut et doit être une alternative à l'hospitalisation pour une certaine catégorie de patients.

2.6. Les différentes filières de soins du CHU de Nantes

2.6.1. Introduction

Nous-nous sommes intéressés dans ce travail uniquement aux filières de soins adultes. En ce qui concerne la pédiatrie, les entrées directes après appel d'un médecin libéral, dans les différents services de pédiatrie du CHU de Nantes sont très rares. En effet, quand un enfant doit être hospitalisé, les pédiatres préfèrent faire réexaminer et compléter le bilan par le service des urgences. Seuls quelques enfants bien connus des services de pédiatrie sont hospitalisés directement en hospitalisation programmée ou non.

De plus, parmi les hospitalisations d'adultes, nous avons volontairement exclu tout ce qui concernait les urgences gynécologiques ou obstétricales. En effet, le service des urgences

gynécologiques du CHU a un fonctionnement bien distinct et se situe à distance du service des urgences polyvalentes adultes.

2.6.2. Filière de médecine polyvalente d'urgence : CTOA

En 2002, la thèse rédigée par Geneviève Derame a démontré que 10% des patients admis au service des urgences du CHU de NANTES auraient pu bénéficier d'une admission directe dans un service (27). En février 2003 le centre téléphonique d'orientation et d'accueil (CTOA) est mis en place. Il permet aux médecins libéraux d'accéder directement à un médecin du service de médecine polyvalente d'urgence (MPU) afin d'organiser dans un court délai (24 à 72 heures) l'hospitalisation d'un patient directement dans une des trois unités du service de MPU.

Le CTOA est ouvert de 8H30 à 18H30 du lundi au vendredi au 06 64 68 48 04. Un médecin sénior peut ainsi aider un autre médecin pour la prise en charge de son patient et programmer une hospitalisation si cela s'avère utile.

2.6.3. Filière de médecine interne : UNADITI

L'Unité d'Assistance Diagnostique et Thérapeutique Immédiate (U.N.A.D.I.T.I.) est opérationnelle en médecine interne tous les jours ouvrables de 9 h 00 à 18 h 00. Elle est destinée aux médecins généralistes. Un médecin senior est joignable au 06 66 33 73 18 pour toutes questions d'ordre diagnostiques ou thérapeutiques.

L'objectif est d'aider à résoudre en ambulatoire, à l'occasion d'une consultation immédiate ou en hôpital de Jour, tous les problèmes d'ordre diagnostiques ou thérapeutiques non urgents, à l'exclusion des problèmes sociaux, principalement dans le domaine de la médecine interne. Cela peut, là encore, déboucher sur une consultation ou une hospitalisation directe.

2.6.4. Filière gériatrique

Cette filière est parmi les plus importantes par le type de population qu'elle touche, qui est plus fragile et donc plus exposée aux complications lors de ses passages aux urgences.

On sait que les personnes de plus de 75 ans fréquentent près de 2,5 à 4,6 fois plus les services d'urgence que celles de moins de 65 ans (28). En France, 38% des patients de plus de 75 ans consultent au moins une fois par an un services d'urgences (29) et 80% d'entre eux seront hospitalisés à l'issue de ce passage par les Services d'accueil des urgences (SAU) (30).

C'est dans ce contexte que la circulaire DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 mettait en avant la nécessité d'améliorer :

- la coordination entre ville et hôpital pour les patients de plus de 75 ans.
 - le développement des filières d'admission directe en gériatrie afin d'éviter un passage délétère par les urgences.
 - la possibilité, pour les médecins généralistes d'orienter au mieux ces patients fragiles.
- (31)

Le cadre juridique pour la filière de soins a été formalisé par deux plans de santé publique :

- le plan de solidarité grand âge (32), qui a permis d' « adapter l'hôpital aux personnes âgées ».
- le plan Alzheimer (33) qui a défini des filières spécifiques pour les personnes démentes.

Ces deux derniers plans ont été à la base de la rédaction du schéma gérontologique de la Loire atlantique permettant un plan d'action départemental en vue d'améliorer la prise en charge médicale du sujet âgé. (34)

Ce schéma a été soutenu juridiquement par la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gérontologiques et la deuxième circulaire n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à l'ancrage des filières de soins gériatriques au niveau territorial.

C'est ainsi que sur Nantes, la filière de soins gériatriques a pu être mise en place.

Concrètement sur Nantes, 75% des entrées de médecine gériatrique sont des entrées directes secondaires à la demande d'un médecin libéral.

Les unités sont réparties entre la MAG (médecine aigüe gériatrique) situées sur le site de l'hôpital René Laennec et deux unités de médecine polyvalente gériatrique sur l'hôpital Bellier.

Les entrées de la MAG sont préférentiellement issues du pôle urgence. Le numéro pour les joindre est le 02 40 08 48 08. Deux à trois entrées par semaines se font via la médecine libérale.

Les unités de médecine polyvalente gériatrique à Bellier fonctionnent préférentiellement avec les médecins de ville. 10 à 15 entrées sont réalisées par semaine. Le numéro pour les joindre est le 02 40 68 66 60.

Dans les deux cas, le téléphone est confié à un interne qui se charge de l'orientation initiale du patient. La ligne est fonctionnelle de 9h à 18H30 du lundi au samedi.

Les listes d'attente sont fréquentes, surtout pour les patients déments et/ou déambulant puisque les différentes équipes ne peuvent gérer un trop grand nombre de patients simultanément. Un bilan de démence pour un patient qui réside à domicile sera toujours pris plus vite en hospitalisation qu'un même patient qui est déjà institutionnalisé.

A l'hôpital Bellier il existe une chambre « SAS » qui permet d'accueillir et d'explorer en semi urgence un patient pour qui une prise en charge par le SAU du CHU serait délétère. Ainsi tout patient, en fonction la gravité de son état sera pris en charge dans les délais induits par sa pathologie.

Il existe aussi une équipe mobile gériatrique (EMG) dont le rôle est de prendre en charge les patients âgés qui ont été hospitalisés par les urgences. Elle fonctionne en étroite collaboration avec les différents services de médecine gériatrique du CHU ou les services de soins de suite et de rééducation gériatrique. Son numéro de téléphone est le 06 24 83 92 55 du lundi au vendredi de 9h à 18h30.

Enfin, il existe différentes consultations externes dédiées spécialement à la personne âgée sur l'hôpital Bellier. Depuis mai 2010, une unité d'hospitalisation : « Le centre ambulatoire nantais de gérontologie clinique » réunit une équipe de spécialistes au service de la population âgée. Ce dispositif permet de diagnostiquer et de prendre en charge les pathologies de la personne âgée, lorsqu'une hospitalisation traditionnelle n'est pas nécessaire, ou en relais de celle-ci.

2.6.5. Filières spécialisées potentiellement urgentes

1 - Filière neurologique

Concernant la filière de neurologie, plusieurs recommandations ou circulaires sont venues encadrer la prise en charge des AVC et des AIT :

- la recommandation de la Société française de neuro-vasculaire (35),
- la circulaire DHOS/DGS/DGAS/ n° 517 du 3 novembre 2003 (36),
- la circulaire 2007 qui est venue compléter celle de 2003,
- le plan d'actions nationales AVC 2010-2014 (37),
- les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (38).

A partir de la création des urgences neuro-vasculaires et de la filière AVC, les unités se sont progressivement organisées, pour accueillir l'ensemble des urgences neuro-vasculaires, mais aussi l'hospitalisation programmée ou les demandes d'hospitalisation venant des médecins généralistes et le plus souvent des neurologues de ville.

Un seul numéro est désormais accessible 24h/24 et 7jrs/7 pour l'ensemble des demandes internes ou externes à l'établissement : le 06 80 38 84 18. Seuls les seniors répondent sur ce téléphone. Le neurologue qui en a la responsabilité a du temps dédié à cette activité. Cette tâche est découpée par demi-journée.

2 - Filière de cardiologie

Comme pour la neurologie, la filière cardiologique a vu le jour avec la prise en charge du syndrome coronarien ST + ou non ST +. Progressivement elle s'est étendue afin de pouvoir prendre en charge les patients vus par les cardiologues ou les médecins de ville. Le numéro disponible pour les médecins libéraux est le 02 40 16 50 02 opérationnel 24 heures sur 24. Ce numéro est aussi utilisé pour les urgences cardiologiques telles que le syndrome coronarien ST + ou non ST +. Comme dans chacune des spécialités, quand le patient est suivi au CHU, les médecins généralistes peuvent aussi joindre directement le cardiologue référent afin de déterminer la conduite à tenir et la meilleure prise en charge possible.

2.6.6. Autres filières spécialisées

Enfin, de façon plus brève, nous allons énumérer les numéros de téléphones des autres services. Dans ces services, la personne chargée de répondre est quasiment toujours un médecin sénior. Il y a encore peu de temps les internes de dernières années dans certains services avaient pour fonction entre autre d'y répondre. Ces filières n'ont pas fait état d'études spécifiques comme les autres filières sus citées.

SPECIALITE	HEURE D'ACCES	NUMERO DE TELEPHONE
Hématologie clinique	9H -18H sauf WE	06 28 84 75 05
Hépto-gastro-entérologie	9H -18H sauf WE	06 03 54 53 08
Néphrologie	8H30 -18H30 sauf WE	02 40 16 50 93
Pédiatrie	24H sur 24	06 25 79 69 36
Pneumologie	9H -18H sauf WE	06 15 03 27 99
	18H – 9H et WE	02 40 08 77 60
Rhumatologie	9H – 18H sauf WE	06 18 58 59 65
Dermatologie	Pas de tel d'avis spécifique	260748 (bip avis interne)
Endocrinologie	9H – 18H sauf WE	06 21 98 51 73

Concernant la MPR (médecine physique et rééducation neurologique ou orthopédique), les médecins passent directement par les salles de soins ou par les bips personnels via le standard de l'hôpital. Il s'agit en effet de patients qui sont connus et suivis par un médecin référent. Une ré-hospitalisation se fait donc en accord avec celui-ci.

Concernant l'avis dermatologie, si une photo doit être jointe pour étayer l'avis, les dermatologues ont l'habitude de les recevoir par leurs adresses mail. L'avis est donné uniquement par un interne sur le bip en journée de 9h à 18h30, le soir et le WE l'interne est joignable via le service de soins de dermatologie mais uniquement en cas d'urgence.

2.6.7. Filières de chirurgie

Les entrées directes (hors hospitalisations programmées) dans les services de chirurgie sont assez rares. Ces numéros sont donc plus souvent utiles pour solliciter des avis. Quand il s'agit de la prise en charge immédiate d'un post opératoire, il est préférable de joindre directement le

chirurgien qui a opéré le patient en passant par le standard de l'hôpital (02 40 08 33 33). Quant aux urgences chirurgicales, qu'elles soient traumatologiques ou non, elles sont souvent prises en charge initialement par le service des urgences afin de traiter la douleur et/ou d'effectuer les examens complémentaires dans les meilleurs délais. Les demandes de médecins généralistes décrochées par le standard du CHU sont quant à elles passées directement sur les différents BIP des internes de chaque spécialité chirurgicale.

Aux heures ouvrables de la semaine, l'ORL, la chirurgie maxillo-faciale, l'ophtalmologie et aussi d'autres spécialités ont des consultations tenues souvent par des internes expérimentés. Ils peuvent aussi prendre des rendez vous en urgence entre deux consultations programmées.

SPECIALITE	HEURE D'ACCES	NUMERO DE TELEPHONE
Chirurgie digestive et endocrinologique	24H sur 24	06 28 84 75 05
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	24H sur 24	06 03 54 53 08
Chirurgie plastique	Pas de tel d'avis spécifique	260 954 (bip avis interne)
Chirurgie vasculaire	24H sur 24	02 40 16 50 93
Ophtalmologie	8H30 -18H30 sauf WE	06 25 79 69 36
Orthopédie et traumatologie	24H sur 24	06 15 03 27 99
ORL	9H -18H sauf WE	02 40 08 77 60
Transplantations (reins et pancréas)	8H30 -18H30 sauf WE	06 25 79 69 51
Urologie	24H sur 24	02 40 08 39 27

2.6.8. Filières de psychiatrie

Les secteurs de psychiatrie adulte couvrent un bassin de population de 480.787 habitants sur la région nantaise, ce qui représente plus que les trois autres établissements du département réunis (CHS de Blain, CHS de Montbert, CHG de Saint-Nazaire).

Les cinq secteurs adultes répartis en quatre pôles représentent 240 lits de psychiatrie générale avec une durée moyenne de séjour de 22 jours. Voir la carte des secteurs de psychiatrie :

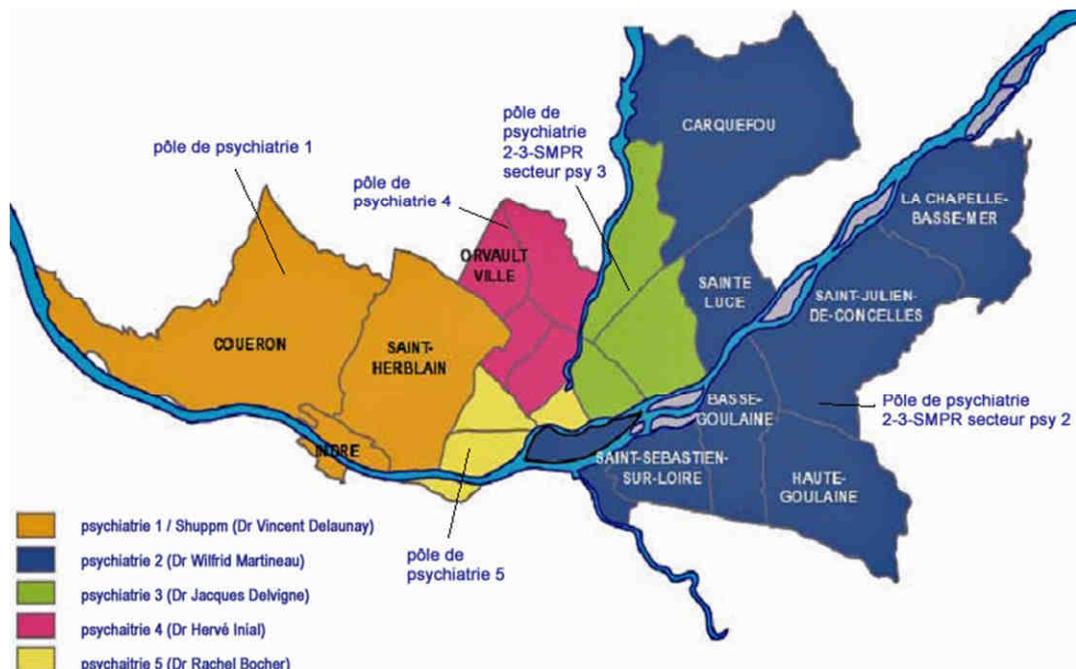


Figure 9 : cartographie des secteurs de psychiatrie

Un pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie réunit le service d'addictologie, le service de pédopsychiatrie universitaire (liaison), la sismothérapie, la psychiatrie de liaison et le centre de référence sur le jeu excessif (CRJE).

Ainsi, en fonction du lieu d'habitation du patient, il suffit de contacter un des médecins du CMP de liaison. Dans la très grande majorité des cas, le médecin demandera de faire passer le patient par les urgences psychiatrique situées près des urgences adultes à l'Hôtel Dieu. Il n'existe pas pour la psychiatrie de téléphone spécialisé pour les avis extérieurs. Mais un avis peu être pris à n'importe quelle heure au téléphone des urgences médico-psychologiques du CHU : le 02 40 08 38 71.

2.7. Le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO)

Des travaux, conduits de l'été 2007 à fin 2008, ont été réalisés par la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) (39) auprès de quarante et un établissements. Ces travaux ont permis de retenir un certain nombre de bonnes pratiques organisationnelles comme celle du médecin d'accueil et d'orientation (MAO).

L'accueil et l'orientation des patients aux urgences bénéficient depuis longtemps de la mise en place d'une Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA). Pour aller encore plus loin dans l'amélioration, la suite logique consistait en effet à positionner un médecin à l'accueil. Son rôle est :

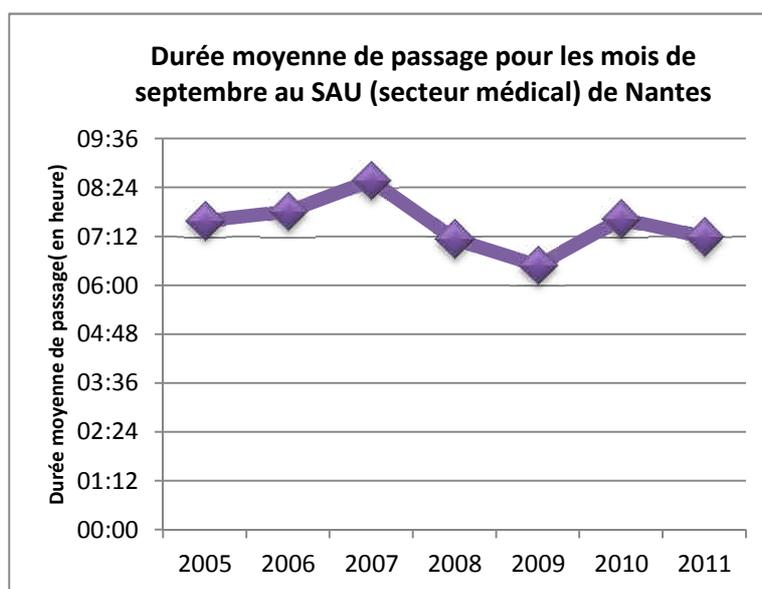
- d'orienter les patients dans le circuit court au sein du service des urgences.
- de réguler et organiser les flux dans le service à l'issue de la priorisation faite par l'IOA.
- décharger les autres médecins de ce qui ne relève pas du soin : répondre aux appels téléphoniques médicaux, faire la coordination et la gestion médicale.

Sur le CHU de Nantes, depuis le 5 mars 2012, le numéro d'appel a changé. Comme on le verra par la suite le téléphone portable présentait par endroit des problèmes de réseau à l'intérieur des urgences le rendant par moment inopérant. Il a donc été changé pour un téléphone de type DECT, afin d'éviter les désagréments d'un téléphone portable classique. Le MAO est joignable 24H sur 24 et 7 jours sur 7 au 02 53 48 23 00.

La mise en place d'un médecin coordinateur permet :

- de donner un avis médical précoce au SAU,
- d'améliorer la qualité de la prise en charge,
- de réduire la file d'attente,
- de réaliser de nombreuses réorientations à l'arrivée au SAU de patients relevant d'une autre prise en charge que celle des urgences.

Depuis sa mise en place, en mai 2008, il est difficile d'établir une évaluation chiffrée de l'impact du MAO. En effet plusieurs paramètres sont intervenus de façon concomitante comme l'augmentation du personnel paramédical et médical. Néanmoins l'analyse de la durée moyenne de séjour au SAU (secteur médicale) pour les mois de septembre montre



que la courbe présente une nette décroissance d'abord en 2008 puis en 2009 alors qu'en parallèle le nombre d'entrées ne cessait de croître. Ce qui tend à montrer l'efficacité du MAO.

Nous voici au terme de notre première partie au cours de laquelle nous avons recensé les différentes filières de soins sur la région nantaise. Nous allons, à présent, étudier les patients adressés, par un médecin généraliste, aux urgences du CHU de Nantes.

III - DEUXIEME PARTIE : ETUDE CONCERNANT LES
PATIENTS ADRESSES AU SAU PAR UN MEDECIN
GENERALISTE

3.1.Introduction

Le nombre de consultations urgentes ou non programmées en médecine générale s'élevait à 35 millions en 2004 ce qui représente 12% de l'activité des médecins généralistes (40). Seulement 15% d'entre elles étaient réellement urgentes selon les médecins consultés (41).

Ces recours en urgence concernent essentiellement des pathologies aiguës notamment les maladies infectieuses et les troubles ORL (40) dont 5% sont suivies d'une hospitalisation au SAU ou directement en service de soins. (41)

On constate que les patients consultants aux urgences prennent un avis médical au préalable dans un tiers des cas, les autres se présentant spontanément aux urgences. Mais ces derniers ont eux aussi un médecin traitant dans 75 à 87 % des cas. Le recours au médecin traitant diminue le nombre d'admission en urgence (42) (43) ainsi que le nombre d'hospitalisation (44) (45), en particulier pour un patient âgé (46) (47) (48) (49). Il faudrait que les patients consultent leurs médecins traitants avant de venir consulter aux urgences. Pour les cas de réelles urgences, un appel au centre 15 permet d'obtenir l'avis d'un médecin compétent dans ce domaine, et de décider de la nécessité d'une prise en charge par une équipe de SMUR.

En même temps, une étude a montré qu'une admission inappropriée au SAU générerait trois fois plus d'hospitalisations (50). Dans le même sens, une autre étude (51) portant sur 2 360 entrées non traumatiques dans un SAU de France a mis en évidence qu'un malade sur trois a eu recours à un médecin généraliste avant de se présenter aux urgences. Une fois sur deux, il a été orienté vers les SAU sans examen clinique.

Il faut donc poursuivre auprès des médecins libéraux la formation médicale continue concernant les prises en charge en urgences et les critères d'hospitalisation ou de traitements en ambulatoire.

La sur-fréquentation des urgences peut s'avérer préjudiciable pour la sécurité des patients ainsi que pour l'instauration des traitements à administrer en urgence (7) (52).

La thèse rédigée par Geneviève Derame (27) en 2002 portant sur 520 patients admis aux urgences du CHU de Nantes avait permis de montrer que 10% des admissions au SAU auraient pu bénéficier d'une entrée directe dans un service de soin du CHU. Parmi ces 10%, plus de 85% des

patients avaient été évalué par un médecin de ville juste avant l'admission. Ce travail avait conduit à la mise en place du CTOA.

Cinq ans après la mise en place du CTOA une autre thèse nantaise (53) celle de Chloé Goubin a permis de mettre en évidence que 17, 2% des patients hospitalisés en MPU via un passage par les urgences aurait pu bénéficier d'une admission directe.

Qu'en est-il après huit ans de fonctionnement du CTOA et plus de quatre ans de MAO ? Nous avons voulu analyser un certain nombre de paramètres concernant les patients admis au SAU du CHU de Nantes à la suite d'une consultation avec un médecin de ville :

- les paramètres socio-démographiques,
- la pertinence des admissions,
- leurs conséquences en terme de temps, de coût et de complications.

3.2. Matériel et méthode

3.2.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et observationnelle, portant sur 146 patients adressés au SAU du CHU de Nantes par un médecin généraliste.

Elle a été réalisée durant le mois de septembre 2011 sur 6 jours ouvrables.

3.2.2. Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion

- patient adressé par un médecin généraliste (dont SOS médecin),
- patient adressé uniquement pour des motifs médicaux,
- patient âgé de plus de 15 ans et trois mois.

Critère d'exclusion

- patient pour lequel il y a eu contact préalable du médecin avec le MAO,
- patient régulé par le centre 15,

- patient se présentant de lui-même,
- patient admis pour des motifs traumatiques.

3.3. Recueil et analyse des données

Un travail, réalisé grâce à l'infirmière d'orientation et d'accueil, a permis, durant 6 jours, de recueillir l'ensemble des données des patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Un premier travail a donc été de regarder dans les dossiers des urgences l'ensemble des données concernant les patients.

Puis, dans un second temps, nous avons séparé les dossiers en deux catégories : ceux pour qui un passage par les urgences était nécessaire et ceux pour qui il ne l'était pas. Cette analyse a été réalisée en collaboration avec le Docteur Gueffet et le Docteur Arnaud travaillant respectivement en MPU3/Urgences et au SAMU/SMUR/Urgences.

Enfin, dans un troisième temps, nous nous sommes attachés aux patients pour qui 'il aurait été préférable de ne pas passer par les urgences.

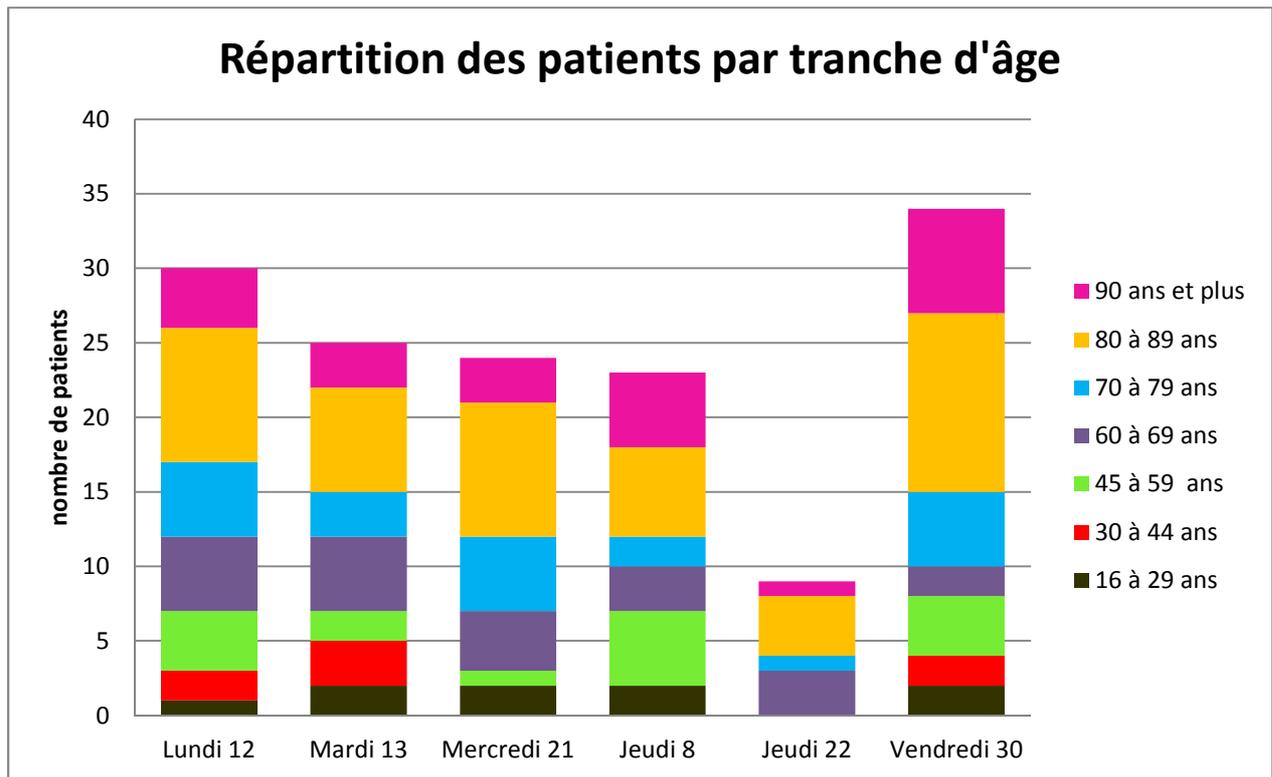
3.4. Résultats

3.4.1. Epidémiologie

Profil de notre population

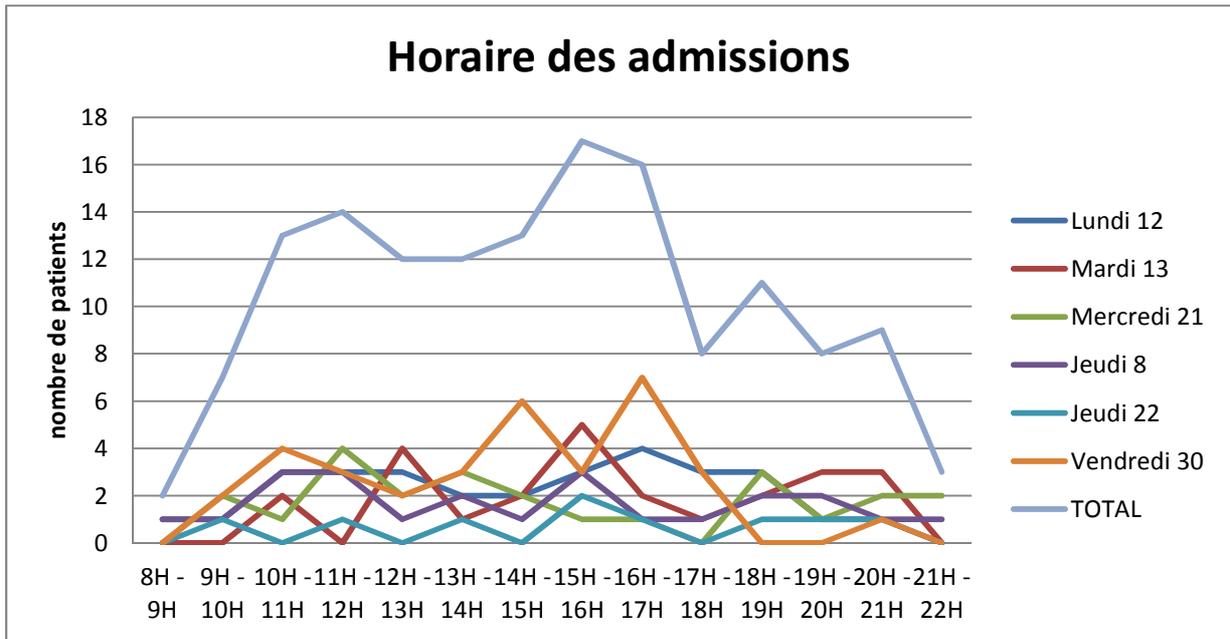
La moyenne d'âge des patients admis est de 71 ans et 3 mois et plus de la moitié des patients ont plus de 75 ans.

On compte 73 hommes pour 73 femmes.



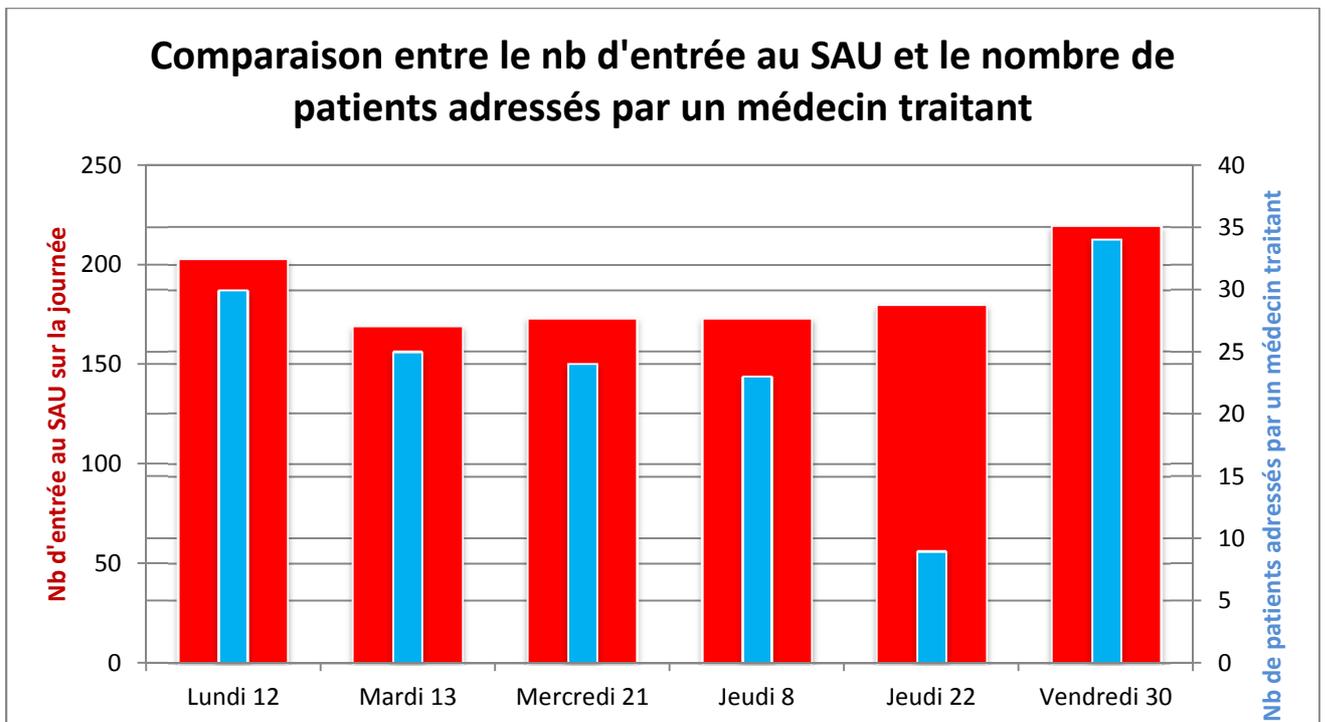
Heure d'admission des patients aux urgences

Les entrées se font de façon globalement homogène, avec une augmentation progressive des entrées de 8h à 12h puis une décroissance à partir de 19h. On peut observer un pic entre 14h et 17h qui correspond aux horaires de visite. En effet un grand nombre de médecins font leurs visites à domicile après le déjeuner. Ces patients visités correspondent souvent à la typologie des patients qui sont adressés aux urgences.



Lien entre le nombre d'entrée au SAU et le nombre de patients adressés au SAU par un médecin traitant

Hormis pour le jeudi 22 septembre où le nombre de patients vus initialement par un médecin généraliste est particulièrement faible, nous constatons que le nombre de patients adressés par leur médecin traitant semble proportionnel au nombre de patients accueillis aux urgences.



Lieux de domicile des patients

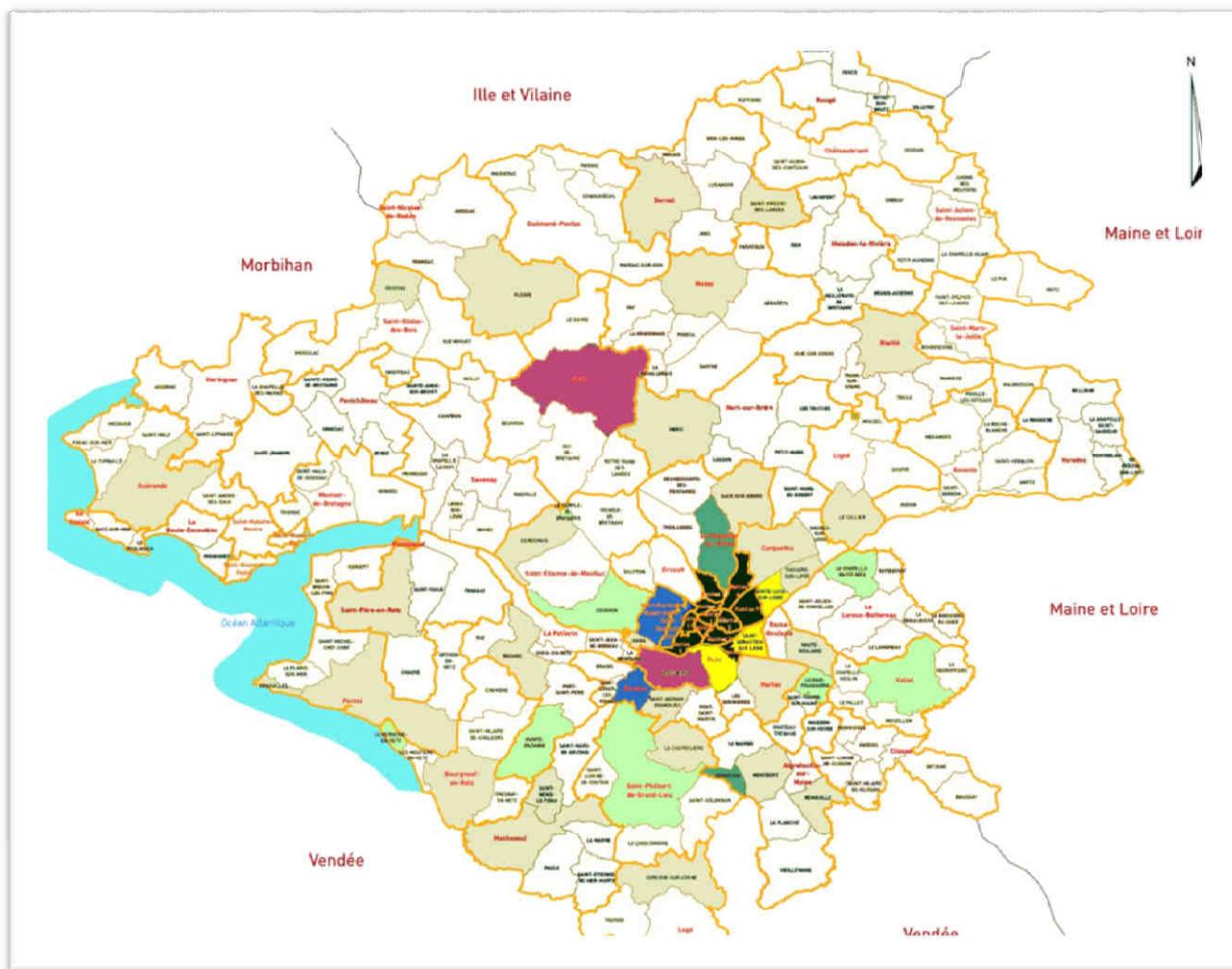


Figure 10: topographie des lieux de résidence des patients adressés aux Urgences

NANTES	55	LA HAIE FOUASSIERE	2	HERIC	1	PREFAILLE	1
BOUAYE	7	SAINT PHILBERT DE GRAND LIEU	2	INDRE	1	REMOUILLE	1
SAINT HERBLAIN	7	SAINTE PAZANNE	2	LA CHEVROLIERE	1	RIAILLE	1
BLAIN	5	VALLET	2	LE CELLIER	1	ROUANS	1
BOUGUENAIS	5	ANGERS	1	LE FENOILLER	1	SAINT AIGNAN DE GRAND LIEU	1
REZE	4	BOURNEUF EN RETZ	1	LIRE	1	SAINT JOSEPH DE PORTERIE	1
SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE	4	CARQUEFOU	1	MACHECOUL	1	SAINT MEME LE TENU	1
SAINTE LUCE SUR LOIRE	4	CORCOUE SUR LOGNE	1	MAULEVRIER	1	SAINT PERE EN RETZ	1
GENESTON	3	CORDEMAIS	1	MONBERT	1	SAINT VINCENT DES LANDES	1
LA CHAPPELLE SUR ERDRE	3	DERVAL	1	NOZAY	1	SEVERAC	1
COUERON	2	GUENON	1	PAIMBOEUF	1	SUCE SUR ERDRE	1
LA BERNERIE EN RETZ	2	GUERANDE	1	PLESSE	1	THOUARE	1
LA CHAPPELLE BASSE MER	2	HAUTE GOULAIN	1	PORNIC	1	VERTOU	1

89 patients de notre étude habitent dans l'agglomération Nantes métropole soit près de 61%. Parmi eux, 55 demeurent dans la ville de Nantes soit plus de 37% de la population de l'étude.

La topographie des lieux d'habitations met en évidence qu'une grande majorité des patients habite le Nord-Loire. Ceux du Sud Loire vont sans doute plutôt aux urgences des Nouvelles Cliniques Nantaises à Rezé ?

3.4.2. Motifs des recours au SAU

Les motifs d'admission des patients sont dans plus de 50 % des cas en rapport avec une pathologie relevant de :

- la gériatrie, (altération de l'état général, difficultés de maintien à domicile ...)
- la neurologie (AIT, AVC, ...)
- la cardiologie (douleur thoracique, ECG)

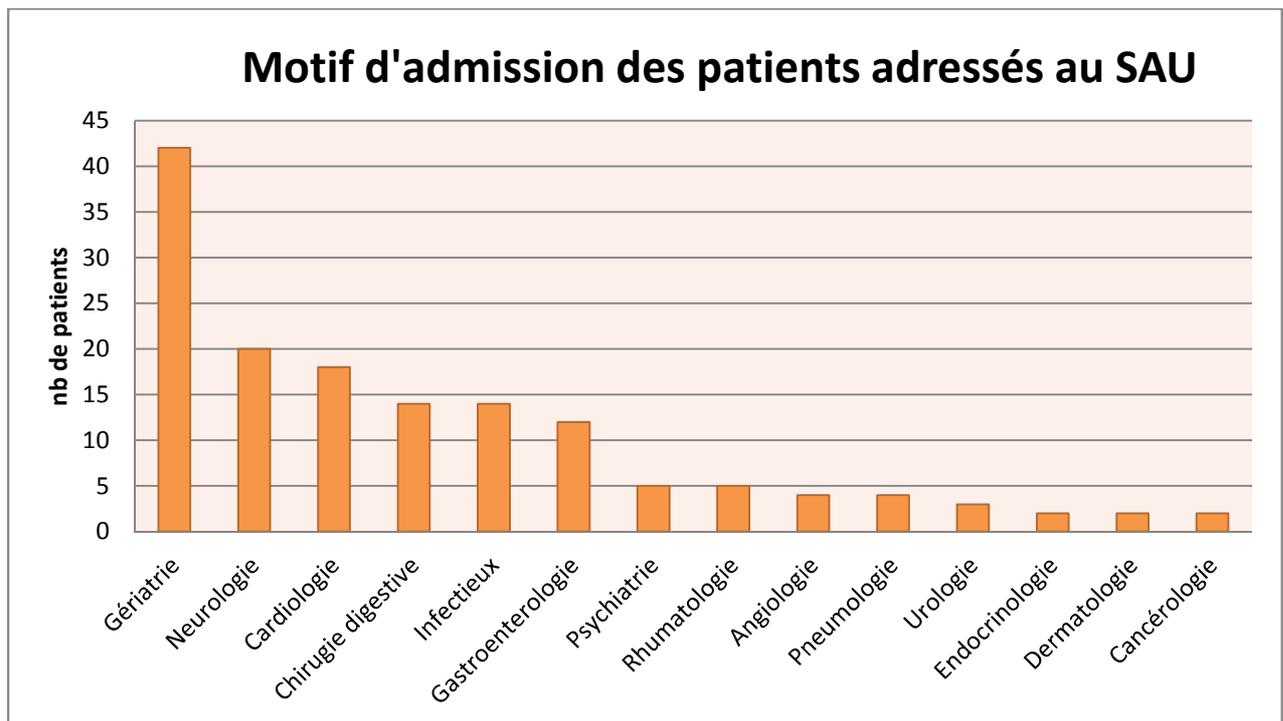


Tableau 1: nombre d'entrée par pathologie et par spécialité

spécialité	Motif d'admission	nb
Gériatrie	Décompensation de pathologie chronique	4
	Chute	7
	Altération de l'état générale	18
	Dyspnée	10
	Confusion	3
Cardiologie	Poussée Hypertensive	1
	Douleur Thoracique	8
	Dyspnée	5
	Malaise	3
	Palpitation	1
Neurologie	Accident Vasculaire Cérébrale	14
	Troubles sensitivomoteurs	3
	Vertige	1
	Céphalée	1
	Confusion	1
Infectieux	Pneumopathie	4
	Fièvre	4
	Pyélonéphrite	4
	Méningite	2
Urologie	Colique Néphrétique	1
	Rétention aiguë d'organe	2
Chirurgie digestive	Syndrome occlusif	6
	Douleur Abdominale Fébrile	7
	Hernie	1
Gastro-entéro-hépatologie	Douleur Abdominale apyrétique	4
	Décompensation oedémato-ascitique	1
	Saignement digestif	5
	Ictère	1
	Diarrhée	1
Rhumatologie	Sciatique	5
Angiologie	Embolie Pulmonaire	3
	Phlébite	1
Dermatologie	Plaie	2
Cancérologie	Douleur	1
	Hématologie	1
Pneumologie	Dyspnée sur terrain d'insuffisance respiratoire	4
Psychiatrie	IMV	1
	Alcool	3
	Décompensation de pathologie psychiatrie	1
Endocrinologie	Décompensation diabétique	1
	Complication diabétique	1

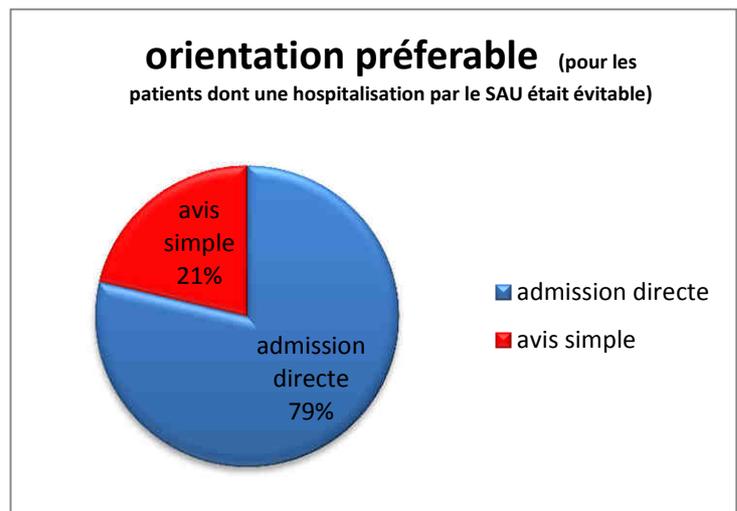
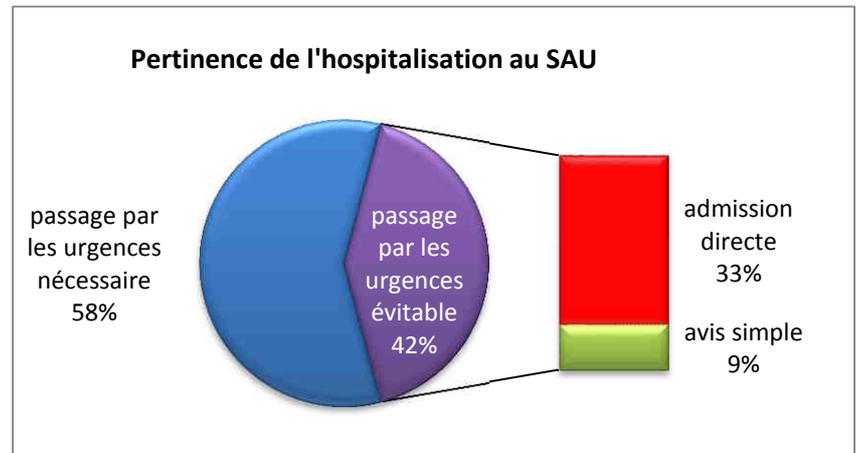
Tableau 2: motifs d'admission par spécialité

3.4.3. Pertinence des passages par le SAU

Dans notre étude, après relecture par le Docteur Gueffet et le Docteur Arnaud, 61 patients soit 42% des patients ne nécessitaient pas un passage par le SAU.

Parmi ces derniers patients, 78,5% (soit 48 patients)

auraient pu être hospitalisés directement dans un service de soins en intégrant une des filières déjà décrites, et les autres, 21,5% (soit 13 patients) n'avaient de critères ni pour être hospitalisés ni pour passer par les urgences. Une meilleure évaluation par le médecin traitant avec la contribution téléphonique si nécessaire d'un avis spécialisé aurait sans doute permis d'éviter ce passage par le SAU.



La suite de notre étude s'intéresse aux patients pour qui un passage par les urgences ne s'avérait pas indispensable : ils sont donc au nombre de 61.

3.4.4. Orientation des patients

Un retour à domicile a été effectué 16 fois pour ces 61 patients. Les différents diagnostics sont :

- suspicion de phlébite simple,

- AVC chez un patient dément de 96 ans,
- un épisode de dysthymie, 4 jours avant, chez un patient de 20 ans après 3 heures de marathon,
- douleur costale sur cicatrice de thoracotomie 20 jours après l'intervention,
- AEG depuis 1 mois sans aucune gravité,
- aggravation de trouble du comportement chez un patient de 86 ans,
- eczéma généralisé, nécessitant une prise en charge hospitalière,
- érysipèle suintant sans critère d'hospitalisation,
- poussée hypertensive isolée, chez une patiente hypertendue avec trouble anxieux concomitant,
- infection urinaire basse (x2),
- chute par maladresse à deux reprises,
- décompensation cardiaque minime,
- GEA chez un jeune patient de 22 ans sans ATCD, ni facteur de risque,
- décompensation chronique de diabète sans facteur déclenchant,
- douleur abdominale, apyrétique, depuis 3 semaines.

Dans tous ces cas la prise en charge aurait pu se faire

- soit par le biais uniquement de la médecine de ville (échographie pour phlébite isolée),
- soit par une demande d'avis téléphonique (douleur sur thoracotomie à J-20 d'une intervention chirurgicale),
- soit par une hospitalisation programmée (eczéma généralisé, aggravation d'une démence, AEG,...),
- soit enfin par une meilleure évaluation diagnostique ou thérapeutique médicale (infection urinaire, décompensation cardiaque minime,...).

3.4.5. Pertinence du service d'orientation initiale

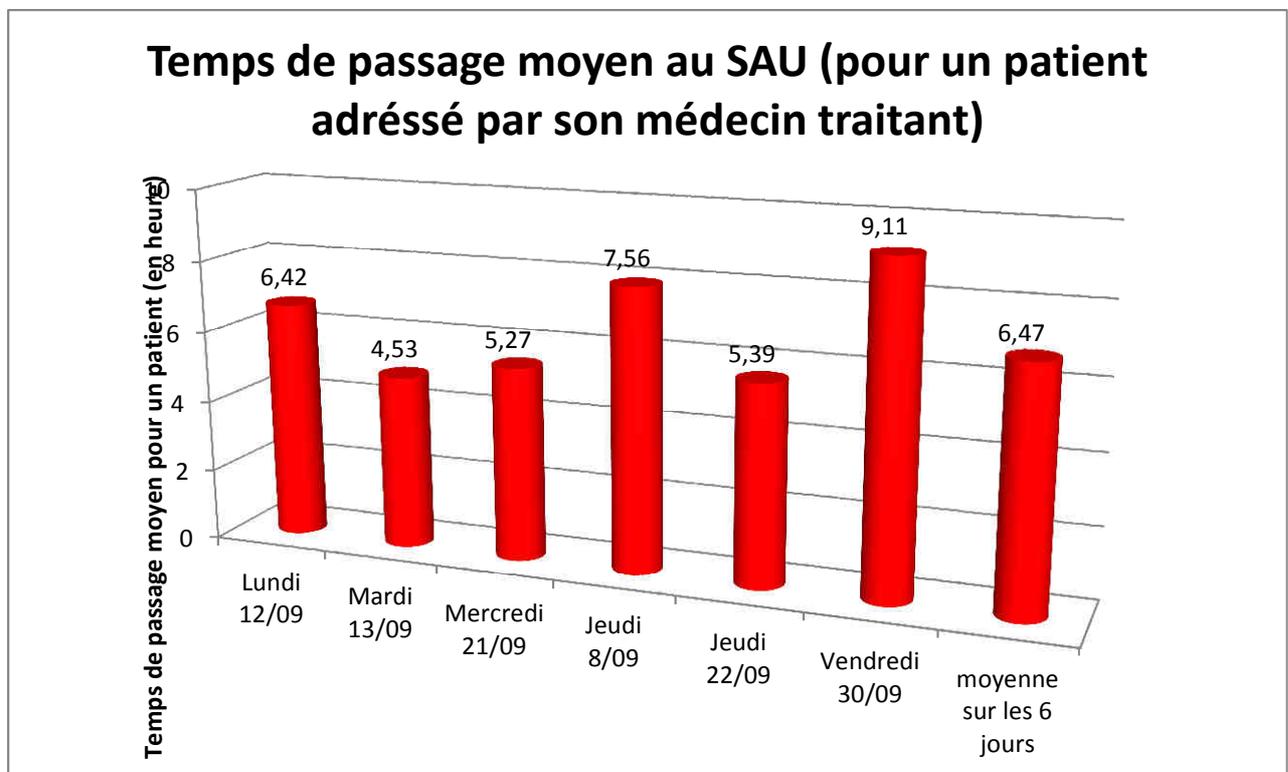
Parmi ces 61 patients, environ 10 d'entre eux, ont du être orientés dans un service inadapté à leur pathologie. La raison principale de cette mauvaise orientation était l'absence de place dans le service où aurait du être admis le patient. Cette situation peut rendre nécessaire un transfert secondaire vers le bon service de soins.

Il est probable que la programmation de l'hospitalisation par une des filières de soins aurait pu éviter cette problématique dans la majorité des cas.

3.4.6. Les inconvénients d'un passage par les urgences non justifié

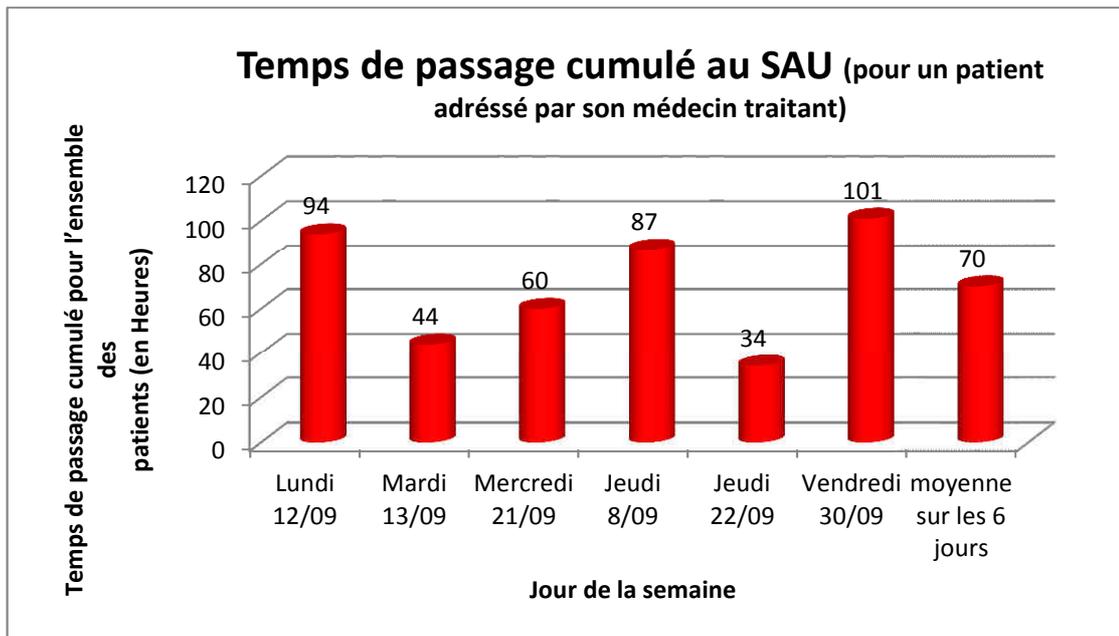
Temps de passage moyen aux urgences

La durée moyenne d'un passage aux urgences adultes secteur médecine en septembre 2011 était de 7 heures et 12 minutes. Dans notre enquête, le temps moyen de passage pour les 6 jours est de 6 heures et 47 minutes.



Temps de passage cumulé aux urgences

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, nous nous sommes intéressés aux patients adressés directement aux urgences alors qu'une autre solution aurait sans doute pu être trouvée.



Ce graphique nous montre le temps de prise en charge cumulé de l'ensemble des patients adressés à tort ou par défaut aux urgences. Cette moyenne de 70 heures, est préjudiciable aux patients eux-mêmes, bien sur, mais également à l'ensemble de ceux qui sont présents aux urgences. Il s'agit du temps global de prise en charge des patients entre le moment où ils sont enregistrés à l'accueil et le moment où ils quittent le service des urgences.

3.5. Autres inconvénients d'un passage inadapté (hors analyse)

Complications de pathologie

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent plus de 77% des patients de notre population cible, alors qu'elles représentent deux tiers de la population totale des patients hospitalisés.

Le passage par le SAU est un mode d'admission fréquent pour les personnes âgées (54) (55). Pourtant, il surcharge l'activité des SAU (56). Les personnes âgées associent souvent plusieurs pathologies avec un risque de décompensation en cascade alourdissant la prise en charge. De plus, les signes cliniques sont frustrés ou atypiques, rendant le diagnostic plus difficile à préciser.

Dans une étude rétrospective (20) réalisée au CHD de Valenciennes en 2007, les auteurs avaient comparé deux populations peu différentes tant au niveau du profil démographique que des pathologies. L'une bénéficiait d'entrées directes dans les services de courts séjours de gériatrie,

l'autre rentrait dans le service de gériatrie après un passage par les urgences, les entrées directes ont prouvé leurs avantages par :

- une réduction de la durée moyenne de séjour ($p= 0,005$),
- une réduction du nombre d'examens complémentaires et (45% d'examens en moins $p = 0,001$),
- une réduction des coûts liés à l'hospitalisation.

Il faut limiter dans la mesure du possible l'accueil au SAU des sujets âgés et favoriser leurs admissions directes dans un service adapté.

Surcoût

Le surcoût, lié à un passage inapproprié aux urgences, est dû à plusieurs facteurs.

Pour les patients qui auraient pu aller directement dans un service spécialisé, le coût du passage par les urgences est à rajouter ainsi que les examens prescrits à tort par des praticiens ou des internes qui ne sont pas spécialistes dans tous les domaines. Il faut aussi rajouter le surcoût induit par les pathologies décompensées par le passage aux urgences comme les escarres ou les confusions chez les patients âgés.

En outre un passage inapproprié par les urgences, induit par une mauvaise évaluation médicale, entraîne un surcoût en moyenne de 270 euros, somme estimée par la Cour des Comptes. Sur Nantes il a été estimé à 182 euros pour l'année 2009.

Inconfort (brancard/nuisance sonore et visuelle/entourage...)

Cet inconfort est le cas pour les patients âgés. Leurs passages par les urgences est d'autant plus mal vécu que la complexité des pathologies rencontrées et le manque de lits d'aval allongent la durée du séjour au SAU.

La configuration d'un service d'urgence est faite pour une évaluation et un "turn-over" rapide des patients. La limite de cette organisation conçue pour une meilleure efficacité est un manque d'intimité pour les patients. Souvent les salles bruyantes rendent difficile la compréhension du patient et l'obtention d'informations médicales. Les brancards inconfortables et les déplacements augmentent les risques d'escarre, de fécalome et de rétention aiguë d'urine. (57)

Multiplicité des intervenants

Chez les personnes âgées, la multiplicité des intervenants favorise la perte des repères surtout quand ceci est conjugué à l'inconfort des brancards et à l'attente prolongée (55) (58). Il faut donc éviter un passage par le SAU lorsque le motif de recours ne revêt pas de gravité potentielle.

**IV - TROISIEME PARTIE : EVALUATION DES FILIERES
DE SOINS DU CHU : ENQUETE AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES**

4.1.Introduction

En France, les services d'urgences se retrouvent inclus dans une structure de soins primaires, dans lequel le médecin libéral n'est plus sollicité. Difficile alors d'impliquer les médecins généralistes dans les réalités quotidiennes de ces services.

On sait qu'en l'an 2000, 1,4 million de patients ont été hospitalisés par les médecins généralistes, soit 10% des hospitalisations totales en France métropolitaine. 0,5% des consultations, tous motifs confondus, effectuées par les médecins généralistes aboutissent à une hospitalisation (59).

D'après le réseau sentinelle, 77% des hospitalisations organisées par les médecins généralistes en 2006 se sont faites dans un contexte d'urgence, contre seulement 18% de façon programmée (60).

L'hospitalisation programmée ne représentait en 2008 que 15% des hospitalisations des 1298 médecins généralistes du réseau (5). Cette pratique des médecins libéraux est rarement quantifiée dans les études. Elle est souvent plus citée comme une alternative évitant le recours systématique aux urgences (61).

Dans ce contexte, il nous a semblé primordial de pouvoir étudier les difficultés et les attentes des médecins généralistes concernant les filières de soins afin d'optimiser celles-ci pour, in fine, augmenter les admissions directes dans les services du CHU de Nantes.

4.2.Matériel et méthode

4.2.1 Sélection des médecins généralistes

Le questionnaire a été envoyé à tous les médecins généralistes travaillant dans le secteur géographique du service d'urgence du CHU de Nantes. 876 médecins ont été retenus.

L'envoi des questionnaires a été réalisé par internet via un service de Google appelé Google-doc par leur adresse email.

A cette occasion, on peut remarquer que la liste des médecins a été obtenue grâce à l'Agence régionale de la santé (ARS). Aucun autre organisme n'avait de liste accessible des médecins

généralistes de Loire Atlantique (qu'il s'agisse des syndicats, du conseil de l'ordre ou de l'un des organismes de la sécurité sociale).

Pour tous ces médecins, il a fallu récupérer l'ensemble des adresses email. Seul le syndicat Espace Généraliste (fusion de FMF et d'UGé) possédait quasiment l'ensemble des adresses mail professionnelles des médecins généralistes de Loire atlantique.

Ce syndicat a bien voulu transférer mon e-mail à l'ensemble de ses contacts. Mais il a été impossible de le vérifier puisque par souci de confidentialité il n'a pas voulu me transmettre cette liste de contact. De plus cette liste d'e-mail avait été réalisée 6 ans plus tôt... donc certaines adresses n'étaient probablement plus utilisées.

Un autre travail, fastidieux, a donc été de solliciter par téléphone un grand nombre de médecins pour obtenir d'eux leur adresse email. Ce recueil n'a pu être réalisé dans son ensemble tant le travail était important. En effet, il fallait souvent rappeler à de nombreuses reprises les différents cabinets avant d'obtenir une adresse e-mail. Un classement aléatoire de la liste a été réalisé et 275 adresses email ont été obtenues.

4.2.2 Mode de relance

Le questionnaire a été envoyé à trois reprises. La première fois début août 2011 puis septembre 2011 et enfin octobre 2011. Il était demandé dans le mail de le faire suivre aux médecins habitant dans les 30 kilomètres aux alentours de Nantes.

4.2.3. Présentation du questionnaire

Un lien figurant dans ce mail permettait d'aller directement au questionnaire. Il était à remplir directement en ligne. A la fin du questionnaire, les réponses m'étaient envoyées via un fichier géré par Google Doc. Le questionnaire est joint en (annexe 1)

4.2.4. Périodes de recueil du questionnaire

Les premières réponses ont donc été recueillies début août. Les enregistrements ont été clôturés le 1^{er} novembre. Le lien est toujours fonctionnel mais l'analyse n'est plus réalisée.

4.2.5. Traitement des données et méthodologie statistique

Aucune analyse statistique n'a été utilisée puisqu'il s'agit d'une enquête observationnelle. Les différentes questions à réponse binaire ont fait l'objet d'analyses descriptives à l'aide du programme Microsoft Excel.

4.3.Résultats

4.3.1. Caractéristiques des médecins ayant répondu à l'enquête

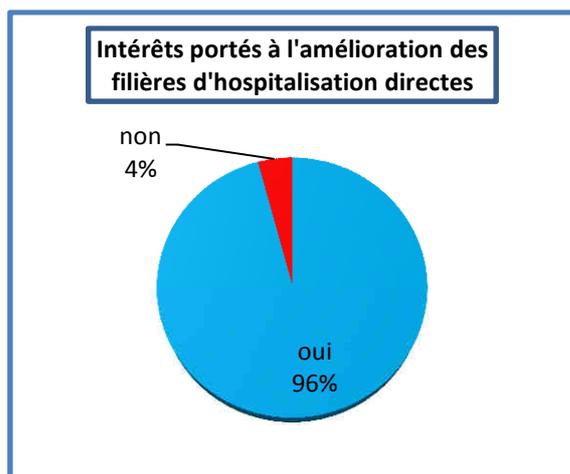
Sur les 876 médecins généralistes contactés, 119 médecins ont répondu à l'enquête.

Pour que le questionnaire soit accepté, les médecins devaient avoir répondu à l'ensemble des questions obligatoires.

Il s'agissait d'une enquête anonyme avec pour seule caractéristique leur ville d'exercice. Ceci afin d'être sûr d'avoir interrogé des médecins sur l'ensemble du territoire géographique du CHU.

4.3.2. Intérêt porté par les médecins généralistes à l'organisation des filières de soins

A la question numéro 1 : « L'évaluation et l'amélioration des filières d'hospitalisation de médecine (MPU, Médecine Interne, Médecine aigue gériatrique, Bellier, endocrinologie...) semblent-elles vous concerner? » Un grand nombre a répondu positivement. En témoigne le graphique ci-dessous.



Cinq médecins cependant ne semblaient pas être concernés par le sujet. Mais, le fait d'avoir répondu à l'ensemble du questionnaire montre

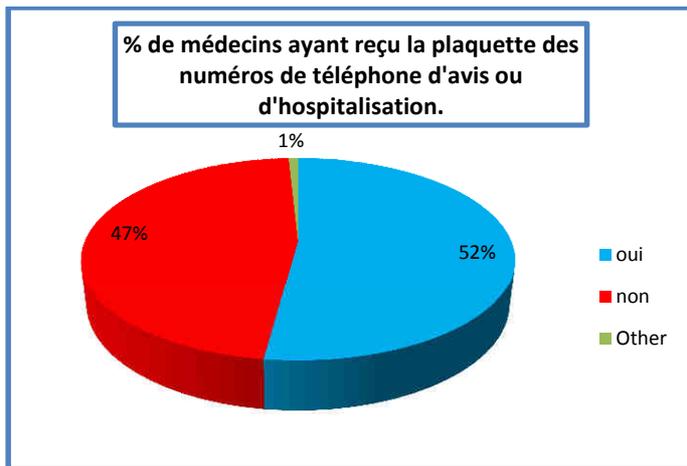
	En nb absolu	En %
Réponses positives	114/119	96%
Réponses négatives	5/119	4%

quand même un certain intérêt pour ce sujet. La définition des filières de soins peut paraître éloignée ou abstraite pour certains confrères. La même question posée à la fin du questionnaire aurait eu probablement un écho encore plus positif.

4.3.3. Evaluation des moyens d'information du CHU

Une plaquette concernant les différentes filières d'hospitalisation a été envoyée par le service de communication du CHU par voie postale, il y a maintenant plus de 6 ans. Nous avons voulu, dans un premiers temps, savoir combien de médecins l'avait réellement reçue, afin d'évaluer si cette technique d'information est adaptée à une population médicale.

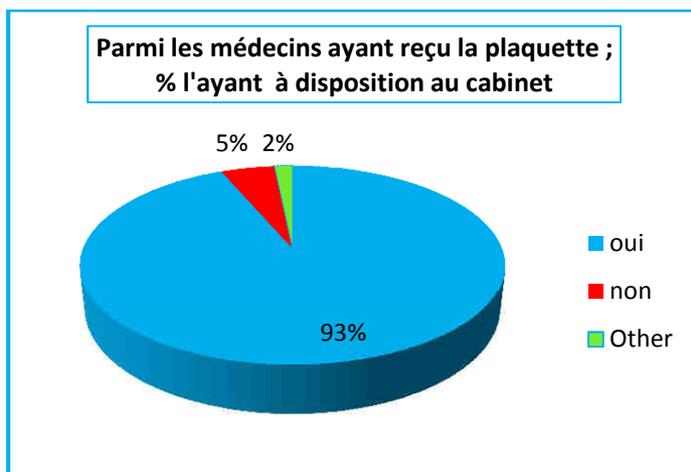
La question posée était donc : « **Avez-vous reçu la plaquette recensant les numéros des différentes filières d'hospitalisation d'accès direct pour un avis ou une demande d'hospitalisation?** ». A cette question, 62 médecins ont répondu positivement contre 56 négativement. Un médecin ne s'en souvenait plus.



	En nb absolu	En %
Réponses positives	62/119	52%
Réponses négatives	56/119	47%
Autre	1/119	1%

Ensuite, afin d'évaluer l'utilité de cette plaquette, nous nous sommes intéressé aux médecins l'ayant gardée au cabinet. (Parmi les médecins qui l'avaient reçue)

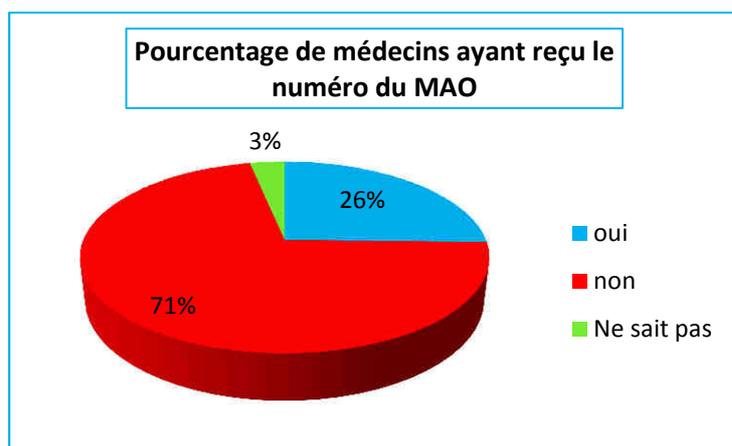
58 médecins l'ont toujours, soit plus de 94%. Ce qui montre son importance et son utilité.



	En nb absolu	En %
Réponses positives	58/62	94%
Réponses négatives	3/62	5%
Autre	1/62	1%

Plus récemment, le service des urgences a mis en place le médecin d'accueil et d'orientation. (Son rôle a été expliqué dans la première partie).

Comme nous craignons, que des médecins répondent de façon négative à la question N°2 pour des raisons d'oubli (la plaquette à été envoyée il y a plus de 6 ans), nous avons réitéré la même question pour la plaquette informant du numéro du MAO. Celle-ci a été envoyée aux médecins plus récemment : en mai 2008. Les réponses sont surprenantes puisque seuls 31 médecins l'ont reçue, 4 ne savaient plus et 84 ne l'ont pas reçue. Peut être l'ont-ils mise à la poubelle avant même de l'avoir lue ? Cela montre, en tous cas, le manque de fiabilité de ce mode de communication.



	En nb absolu	En %
Réponses positives	31/119	26%
Réponses négatives	84/119	73%
Autre	4/119	3%

Enfin à la question « l'utilisez vous? », 17 médecins répondaient positivement et 31 négativement. Cela veut donc dire que plus de 54% des médecins ayant reçu le numéro du MAO l'ont utilisé. Plusieurs médecins nous ont remerciés d'avoir joint le numéro du MAO à la question, s'engageant à l'utiliser et espérant que son fonctionnement soit plus efficace que les autres numéros déjà en place.

4.3.4. Les services de soins régulièrement utilisés pour faire hospitaliser directement leurs patients

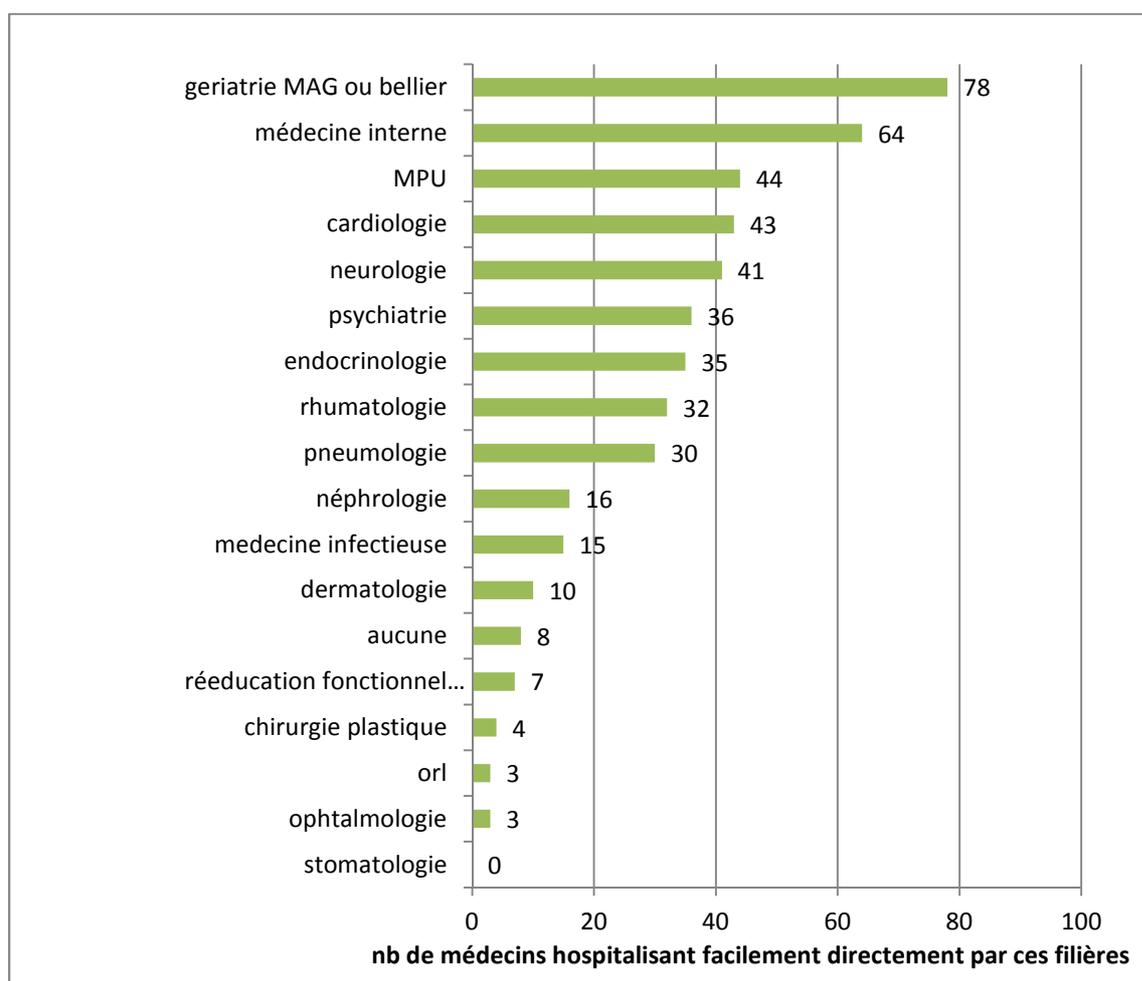
Cette septième question permet de voir quelles sont les filières de soins qui sont fréquemment utilisées par les médecins généralistes.

Les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses.

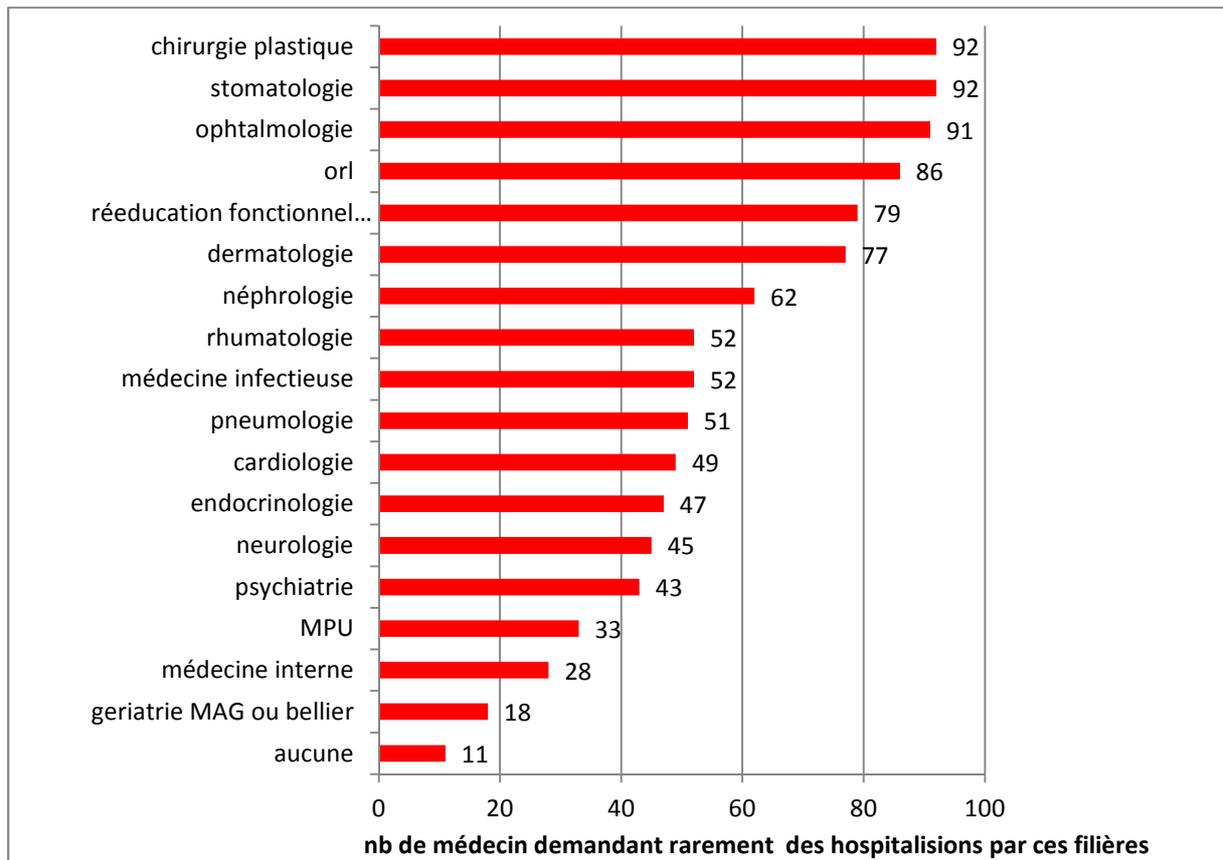
Spécialité médicale	Nb de médecins les utilisant régulièrement (sur 119 réponses)	Pourcentage de médecins les utilisant régulièrement	Spécialité médicale	Nb de médecins les utilisant régulièrement (sur 119 réponses)	Pourcentage de médecins les utilisant régulièrement
Gériatrie	78	66%	Néphrologie	16	13%
Médecine interne	64	54%	Médecine infectieuse	15	13%
MPU	44	37%	Dermatologie	10	8%

Cardiologie	43	36%	Aucune	8	7%
Neurologie	41	34%	MPR	7	6%
Psychiatrie	36	30%	ORL	3	3%
Endocrinologie	35	29%	Ophtalmologie	3	3%
Rhumatologie	32	27%	Chirurgie plastique	4	3%
Pneumologie	30	25%	Stomatologie	0	0%

Nous constatons que la médecine interne et la gériatrie sont, de loin, les services les plus souvent utilisés pour faire admettre leurs patients. Arrivent ensuite les différentes spécialités médicales puis les spécialités chirurgicales.



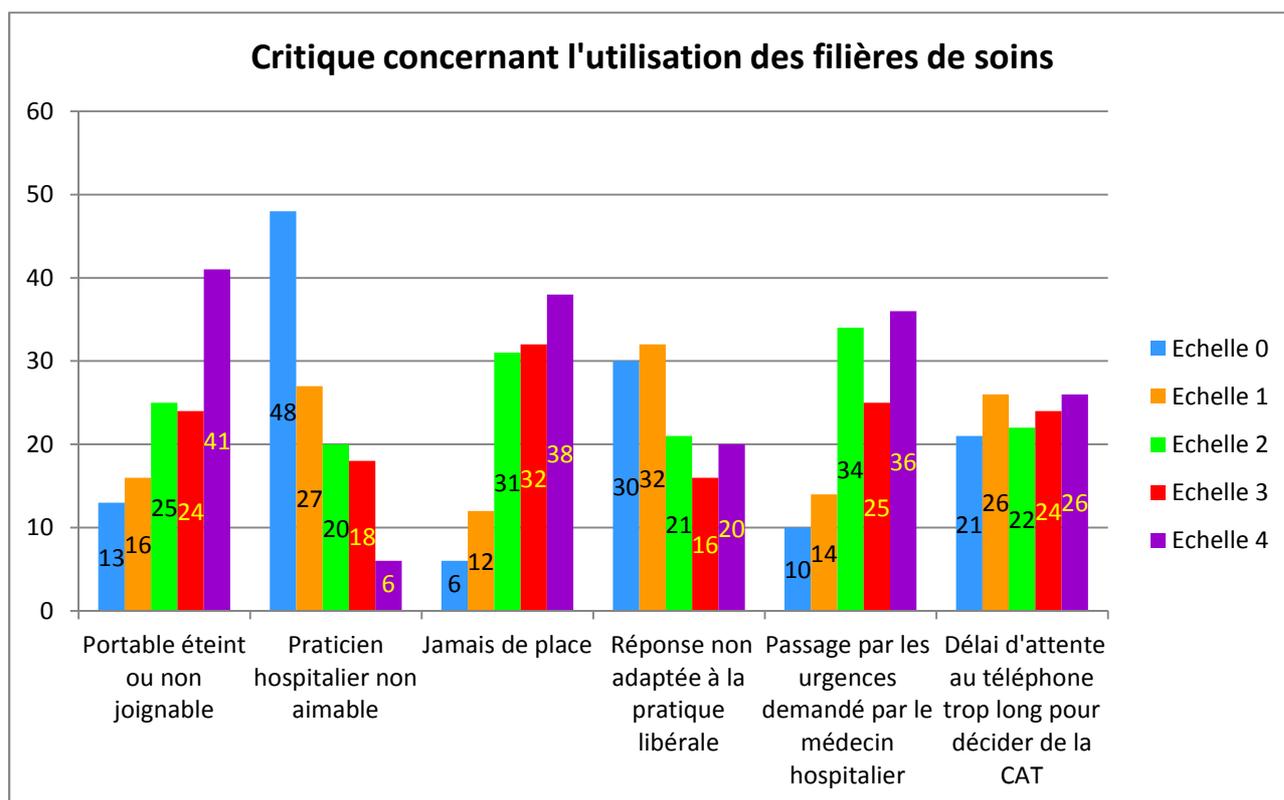
Ces dernières sont sans doute peu utilisées du fait d'une faible demande de la part des médecins généralistes et non pas du fait d'une mauvaise gestion de la filière. Le graphique ci-dessous l'illustre assez bien.



4.3.5. Critiques concernant l'utilisation des filières de soins

Pour cette question, il s'agissait de donner une note entre 0 et 4 à certaines critiques concernant l'utilisation des filières de soins.

Un argument mineur donc très peu important était noté 0, un argument majeur donc très important aux yeux du praticien avait une note de 4.



Nous constatons que pour :

- « Les téléphones sont très souvent éteints ou non joignables. » La note 2 à 4 est donnée 3 fois sur 4, autrement dit 90 médecins sur 119 trouvent que les téléphones d'avis sont trop souvent non joignables.

- L'amabilité ou la confraternité souvent décriées dans les conflits entre la médecine de ville et celle de l'hôpital n'ont pas l'air de poser de problème. En effet, plus de 63% des médecins sondés ne rencontrent pas ou peu cette difficulté.

- Le manque de places dans l'hôpital est ressenti par les médecins de ville comme un réel problème pour faire admettre leurs patients directement dans les services de soins. Elle est ressentie comme étant un problème dans l'admission directe des patients dans plus de 84 % des cas (échelle 2 à 4).

- L'adaptation des praticiens hospitaliers aux contraintes de la médecine générale semble mitigée. En effet les réponses sont homogènes dans les différentes échelles de 0 à 4.

- On constate une forte tendance des médecins hospitaliers à orienter vers les urgences. En effet, les échelles 2 à 4 recensent 95% des réponses sur les 119 médecins sondés. 36 médecins trouvent qu'un passage par les urgences leur est toujours demandé et 10 répondent que ça ne leur est jamais demandé.

- Le délai d'attente au téléphone nous semblait un élément significatif. Les réponses sont assez mitigées ; en effet les médecins ont répondu à part égale sur les différentes échelles.

Nous avons ensuite une question subsidiaire, cette fois ouverte, afin de recueillir d'autres critiques positives ou négatives sur les filières de soins.

On constate qu'il n'y a pas eu de critiques positives.

Par contre, plusieurs critiques étaient plutôt négatives ; un grand nombre de médecins :

- ont souligné la lenteur des décisions prises par téléphone. Par exemple un médecin de SOS qui demande un avis, se voit demander de rappeler plus tard pour établir la conduite à tenir. Ceci montre une méconnaissance des pratiques de la médecine de ville.

- ont insisté aussi sur la grande difficulté à joindre le bon interlocuteur quand le téléphone d'avis n'est pas fonctionnel. En effet, ils sont souvent renvoyés de poste en poste. Trois quart d'heure d'attente pour l'un des sondés! Ceci semble encore plus difficile quand les médecins ne connaissent pas d'interlocuteur privilégié à l'hôpital.

Je joins une situation relatée par un des médecins, elle me semble particulièrement révélatrice; une telle situation freine inéluctablement une nouvelle tentative pour placer directement un patient dans un service :

« Une femme enceinte de 6 mois avec une pneumopathie, que je jugeais nécessaire de faire hospitaliser.

- l'interne de gynécologie : « nous, l'infectieux on n'aime pas trop, faites la hospitaliser en pneumo. »

- l'interne de pneumologie : « nous les femmes enceintes..., voyez avec les urgences.... »

- l'urgentiste : « il y a trop d'attente aux urgences ce soir, et elle n'a pas les critères (sur papier) d'hospitalisation. » 1 heure au téléphone pour moi, une visite à 21 heures chez la patiente pour vérifier son état, une autre le lendemain, et le dimanche..." »

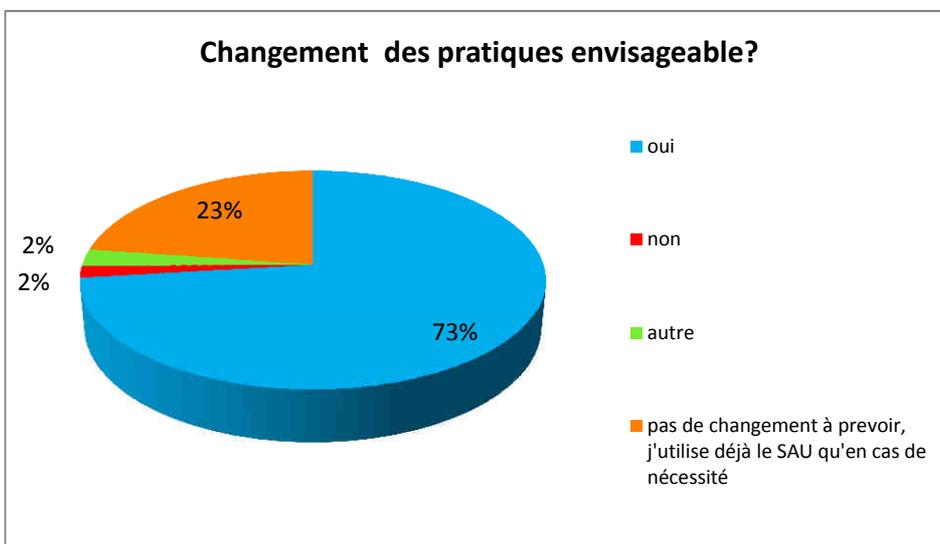
Plusieurs médecins reconnaissent une plus grande facilité à faire hospitaliser certains patients connus d'un service.

Il est aussi plus facile de faire hospitaliser le patient quand le médecin de ville et le médecin hospitalier se connaissent entre eux.

Plusieurs critiques virulentes ont été portées à l'encontre des messages qui sont laissés sur les répondeurs. En effet, les rappels semblent ne pas être constants ; les médecins ne savent donc pas si le message est bien pris en compte, certains sont rappelés mais parfois 48h après, d'autres ne le sont jamais.

4.3.6. Changement de pratique

Nous voulions ensuite savoir si un changement concernant la prise en charge des hospitalisations était envisageable pour les médecins généralistes.



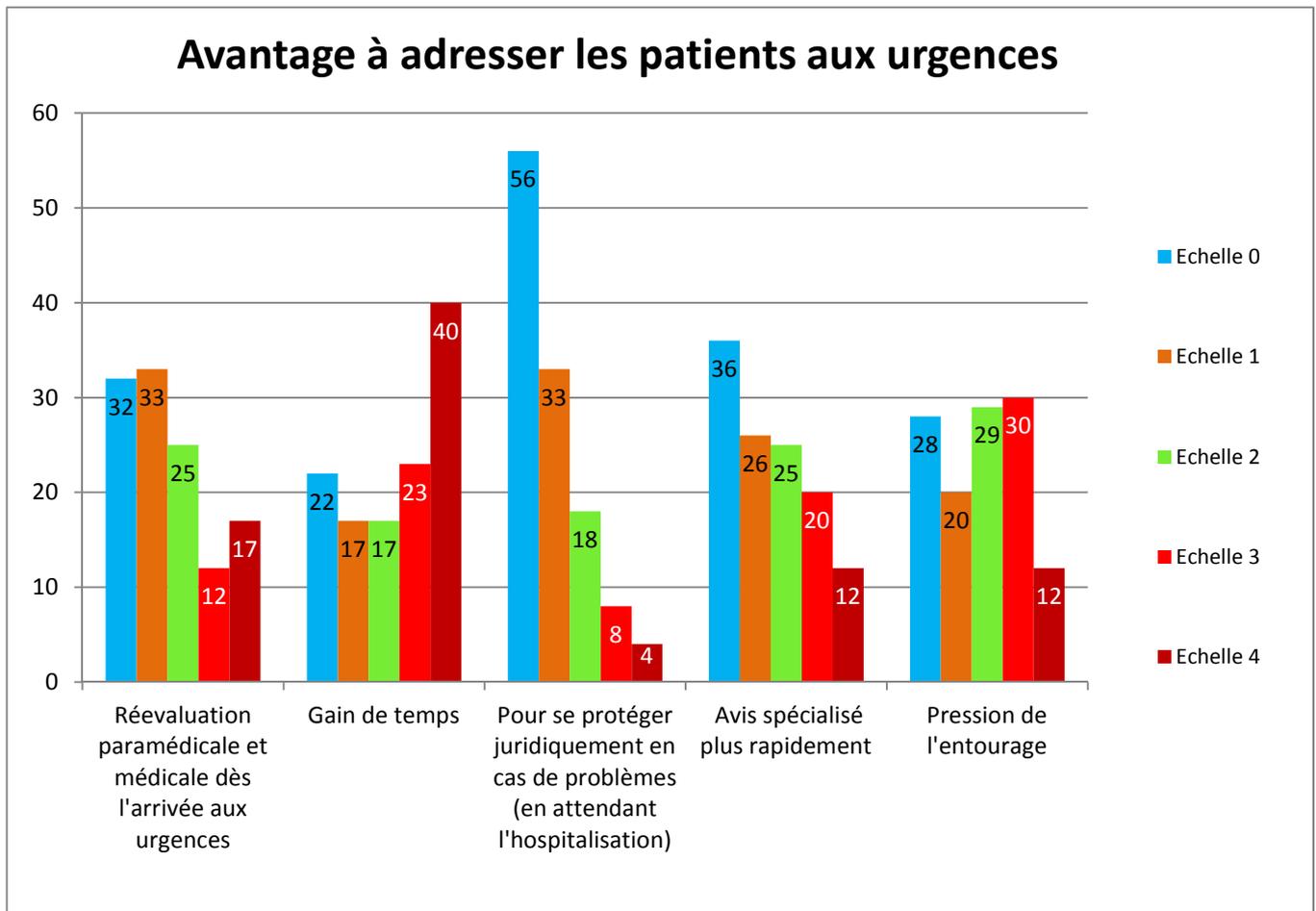
À cette question, 23% des médecins ont répondu qu'ils utilisaient les services d'urgence qu'en cas d'absolue nécessité.

Deux médecins n'envisageaient pas de changement dans leurs

pratiques quelques soient les propositions retenues.

Mais ce qui est extrêmement encourageant, ce sont les 73% des sondés qui sont prêts à changer leurs modes de fonctionnement actuel ; si tant est que l'évaluation des filières de soins amène à des améliorations concrètes.

4.3.7. Quels sont les avantages à adresser les patients aux urgences



Afin d'identifier les principaux arguments qui amènent à utiliser les urgences pour les demandes d'hospitalisation, nous avons demandé en 10^{ème} question de noter les principaux arguments retenus. Selon le même principe que les questions précédentes les médecins devaient noter de 0 (mineur) à 4 (majeur) chaque argument.

Réévaluation médicale et paramédicale

La réévaluation médicale ou paramédicale n'est pas l'argument principal. Elle explique cependant certains recours aux urgences. En effet, un certain nombre de médecins ne travaillant pas dans la zone de SOS n'avaient peut être pas d'autres ressources que d'adresser le patient aux urgences si une réévaluation médicale était à envisager dans la nuit (ce qui n'est plus vrai depuis un an avec la mise en place du médecin volant). Le manque de certitude diagnostique peut aussi amener le médecin à envoyer son patient aux urgences.

Gain de temps

Un grand nombre de confrères revendiquent le fait que le passage par les urgences est un gain de temps important. 53% des sondés pensent que c'est un argument majeur. Mais il y a tout de même 18% de médecins qui pensent que cela n'intervient pas du tout dans leur décision.

Protection juridique

Un argument qui, dans un contexte de judiciarisation des faits, nous paraissait important, n'a pas été plébiscité par les médecins généralistes. En effet, 89 médecins trouvent cet argument mineur ou nul, soit plus de 75% des sondés.

Avis spécialisé plus rapide

Dans un contexte où les spécialistes de ville sont de plus en plus rares et où les délais de consultation sont de plus en plus longs, les généralistes semblent peu utiliser les urgences afin d'obtenir un avis spécialisé plus rapide. Sans doute qu'un grand nombre de spécialistes ont des plages horaires réservées aux demandes urgentes des médecins de famille. Il y a tout de même 32 médecins (note 3 ou 4) qui utilisent les urgences par moment dans cette optique, soit près d'un quart des médecins sondés.

Pressions de l'entourage

A cette question, les réponses sont très mitigées puisqu'elles sont réparties de façon homogène dans les différentes notes. La pression de la famille pour faire hospitaliser un patient est très variable selon les situations et sans doute selon les praticiens.

Autres avantages

Un nombre non négligeable de médecins ne sait pas toujours si le patient nécessitera une hospitalisation à l'issue de son admission aux urgences et préfère l'orienter vers le SAU par défaut.

Il est important de rappeler que le but de cette étude n'est pas de proscrire tout passage par les urgences pour un patient déjà vu par un médecin.

Pour un patient en détresse vitale, ou lorsque le pronostic vital est engagé, l'admission aux urgences est évidemment nécessaire.

Si un bilan doit être réalisé dans le plus bref délai et si ce bilan ne peut se faire dans des délais raisonnables en ville, les urgences doivent continuer à prendre en charge ces patients.

De nombreux médecins ont fait part du fait que le gain de temps qu'ils réalisaient en envoyant leurs patients aux urgences n'en était pas un pour leurs patients. Ils précisait qu'ils ne pouvaient pas attendre plus de 20 minutes au téléphone avant d'avoir le bon intervenant.

Plusieurs médecins ont notifié n'utiliser le service des urgences, hors contexte de vrais urgences, qu'en cas de demande de la part du médecin hospitalier ou pour obtenir un examen complémentaire difficile à obtenir en ville en urgence.

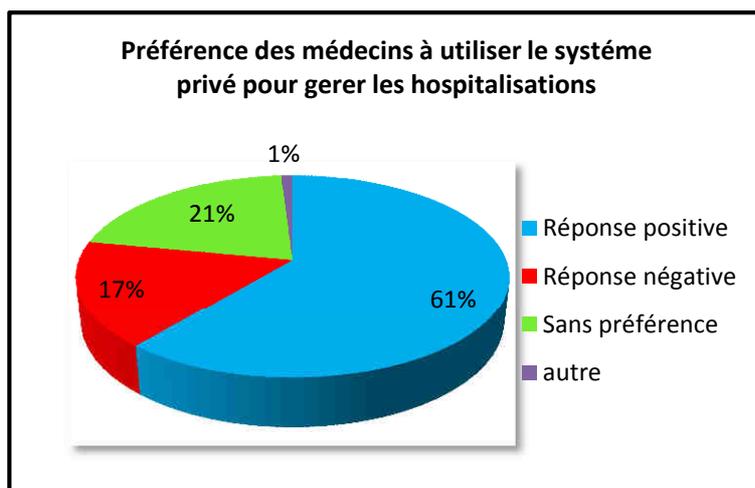
Enfin un des médecins a exprimé le fait qu'il préférerait envoyer son patient au SAU quand il n'était pas sûr de son diagnostic et si l'un de ses diagnostics évoqués était un diagnostic d'urgence.

4.3.8. L'utilisation du service privé

Souvent nous entendons les médecins généralistes affirmer, que le système privé est plus performant dans la gestion des hospitalisations et notamment pour gérer les entrées directes dans les services.

Pourcentage d'utilisation

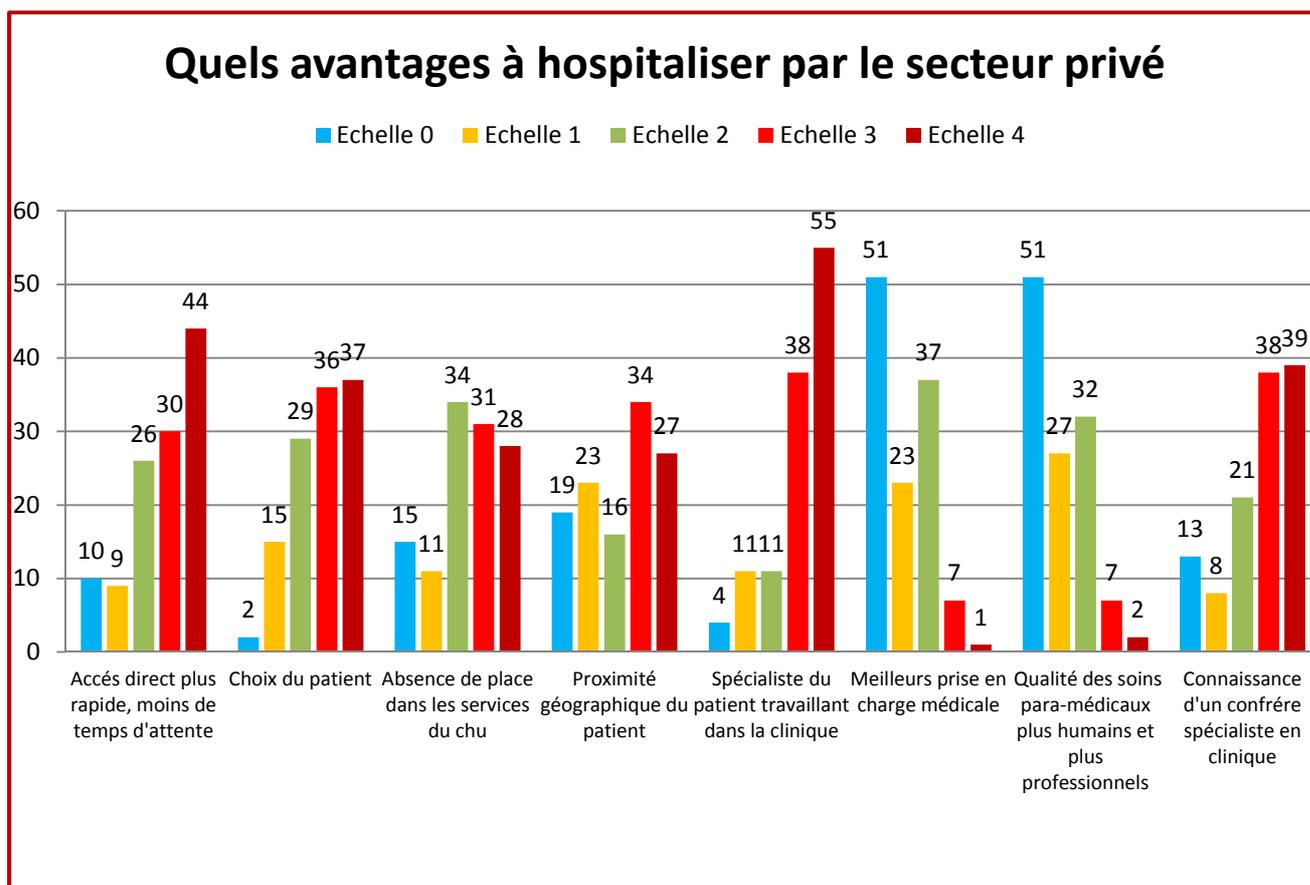
La première question concernant cette problématique était donc : « Utilisez-vous plus souvent le système privé pour faire hospitaliser vos patients (hormis gynéco, pédiatrie) ? ».



	En nb absolu	En %
Réponse positive	73/119	61
Réponse négative	20/119	17
Sans préférence	25/119	21
autre	1/119	1

Il y a 73 médecins soit 61 % des sondés qui revendiquent le fait d'utiliser préférentiellement le système privé, contre seulement 17% qui ne l'utilisent pas plus souvent et 21% qui n'ont pas de préférence. Celui qui a coché autre a précisé qu'il utilisait peu le système privé!

Puis les médecins étaient interrogés à se prononcer sur les raisons pour lesquelles ils avaient tendance à utiliser préférentiellement le système privé pour faire hospitaliser leurs patients.



Comparaison de l'attente téléphonique d'une réponse CHU/Clinique

A cet argument, les médecins ont répondu massivement en faveur d'une plus grande rapidité, en effet 100 médecins sur 119 soit plus de 84% pensent que c'est un argument moyen à majeur. 36% des médecins pensent que l'obtention plus rapide d'une place en hospitalisation constitue un argument majeur pour choisir le secteur privé.

Choix du patient

Cet argument est lui aussi important. Un grand nombre de médecins semble être contraint de suivre le choix du patient qui souhaite se faire hospitaliser dans le secteur privé. 37 médecins pensent qu'il s'agit d'un argument majeur et 36 un argument important contre seulement 2 médecins qui le considèrent comme un argument quasi nul. Il faudrait améliorer la qualité globale de l'hospitalisation dans le service public pour augmenter son attractivité.

Absence de place au CHU

Une légère majorité semble indiquer que les places sont souvent plus faciles à trouver dans le système privé.

Proximité géographique

Comme pressenti, la proximité géographique est un argument variable en fonction des sondés puisque le CHU est au centre du bassin de population des médecins interrogés.

Dans les arguments notés de façon spontanée, plusieurs confrères ont fait part de leur préférence pour le système privé en raison des grandes difficultés de circulation ou de stationnement du patient à proximité du CHU contrairement aux grandes structures privées qui entourent Nantes Métropole.

Présence du médecin spécialiste s'occupant du patient dans la clinique

Il s'agit bien d'un argument majeur comme choix d'hospitalisation. Dans près de 50% des cas le médecin dirige son patient dans la clinique où travaille le spécialiste qui connaît le patient, spécialiste avec lequel il est plus facile de parler du patient.

Meilleure prise en charge / Qualité des soins paramédicaux plus humains et plus professionnels

Une grande majorité s'accorde à dire que ces deux arguments n'influencent pas leurs choix en faveur du privé. En effet pour les deux aspects l'argument est mineur (note 0 ou 1) à plus de 75%, et il est majeur dans seulement 1%.

Bonne connaissance d'un confrère dans le service d'hospitalisation

Les médecins généralistes utilisent plus facilement le système privé quand ils connaissent un des médecins travaillant dans la clinique. Les notes 3 et 4 comptabilisent 77 voix soit plus de 65% des généralistes.

Autres préférences

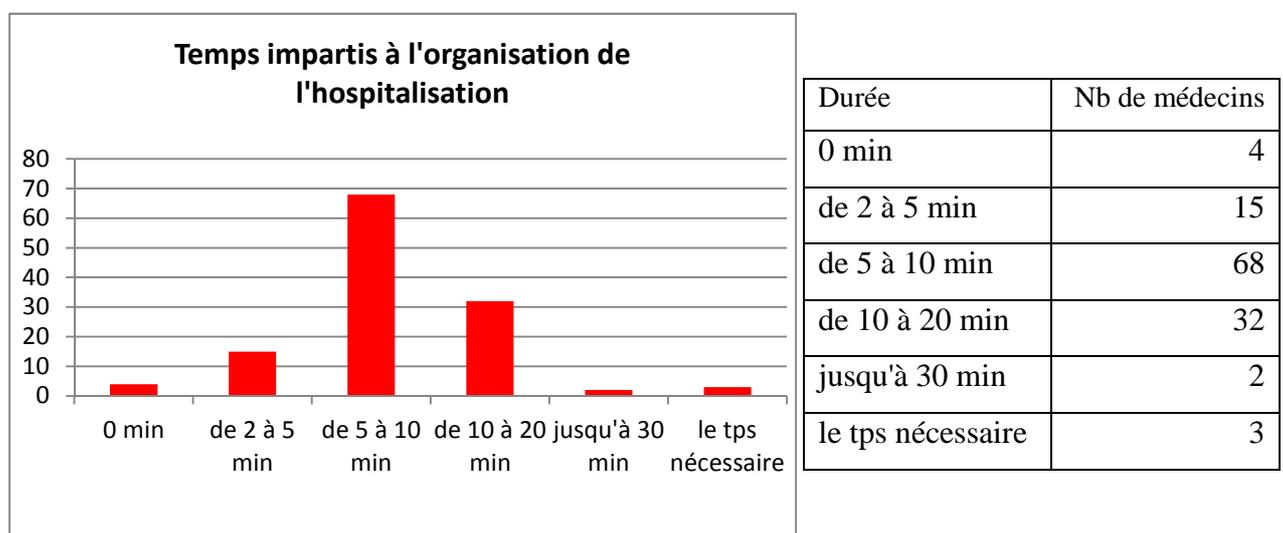
Un grand nombre de médecins préfèrent hospitaliser leurs patients dans le privé car ils reçoivent beaucoup plus rapidement les courriers d'hospitalisation.

Plusieurs médecins ont noté qu'il était beaucoup plus facile d'avoir des nouvelles téléphoniques durant et après l'hospitalisation.

Dans les cliniques, les patients bénéficient plus facilement d'un suivi au long cours avec un médecin unique. Certains médecins généralistes regrettent d'avoir un « turn-over » médical trop rapide dans le système public. Mais l'hôpital public peut-il faire autrement sachant que l'une des fonctions de l'hôpital public est aussi la formation des futurs médecins ?

Les spécialistes sont souvent plus connus par les généralistes puisque les FMC (Formation Médical Continue) sont souvent réalisées par des médecins qui travaillent dans le système privé.

4.3.9. Temps impartis à l'organisation de l'hospitalisation.



Comme nous l'avons déjà vu précédemment, le temps imparti pour l'organisation d'une hospitalisation est la critique essentielle concernant les filières du CHU. On constate qu'une majorité (105 en tout) des médecins voudrait consacrer moins de 10 minutes pour organiser l'hospitalisation. Seul 2% des médecins prendront le temps nécessaire.

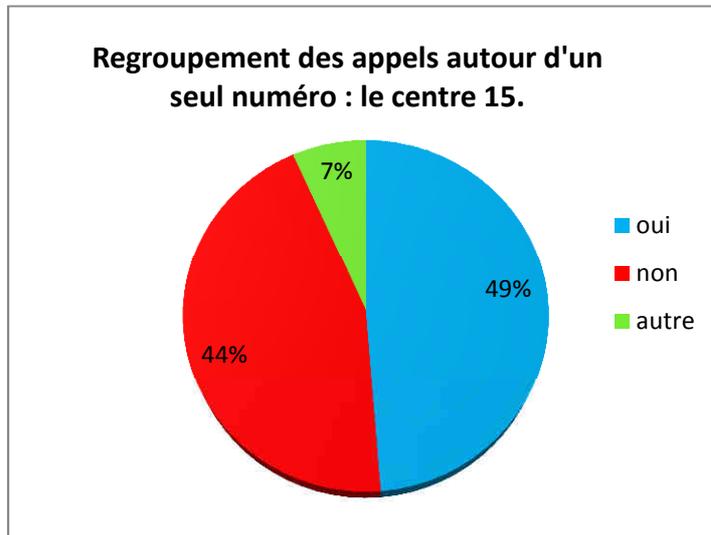
4.3.10. Regroupement des appels autour d'un seul numéro : le centre 15

Une des idées avant l'envoi du questionnaire était de regrouper tous les appels des médecins généralistes sur un seul numéro : le centre 15.

En effet il s'agit d'un numéro facile à retenir, d'une structure pérenne, experte dans le dispatching d'appel...

Nous voulions donc savoir si cette idée allait rassembler un grand nombre de réponses positives chez les médecins généralistes.

Il s'avère que sur les 8 médecins qui n'ont pas exprimé de réponse binaire, tous ont expliqué que le centre 15 était déjà saturé. Ils ne voulaient donc pas l'encombrer davantage avec un nouveau dispositif. Très certainement un grand nombre de réponses négatives était aussi la conséquence de la peur de ralentir un système où l'attente est déjà longue.



	En nb absolu	En %
Réponse positive	58/119	49%
Réponse négative	53/119	45%
autre	8/119	7%

4.4. Force et biais de cette enquête

4.4.1. Force de l'étude

Une étude rétrospective

Nous avons réalisé une étude sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lorsqu'ils souhaitent hospitaliser leurs patients. Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale.

Les médecins généralistes étaient donc interrogés sur les connaissances, les modes de fonctionnement ainsi que sur les critiques positives ou négatives des filières de soins du CHU de Nantes.

Un des objectifs de cette étude était de mettre en évidence les principaux obstacles mis en avant par les médecins généralistes lorsqu'ils veulent faire hospitaliser leurs patients.

Un grand nombre de médecins touchés et sa répartition géographique

119 médecins ont répondu sur 876 médecins sondés soit un peu plus de 13,5% de réponses à l'étude. Ce qui reste dans la norme de ce type d'enquête. Cependant le nombre de réponses n'a pas été à la hauteur des espérances souhaitées.

Les médecins ayant répondu sont répartis dans plus de 40 villes autour de l'agglomération nantaise. Ceci renforce l'importance de cette enquête.

Un travail original

Les enquêtes concernant les hospitalisations en urgence ou programmées par les médecins généralistes ne sont pas nombreuses, surtout quand l'étude se fonde sur le vécu et sur le ressenti de ces derniers.

Il s'agit de la première enquête visant un ensemble aussi important de médecins généralistes devant répondre à des questions sur leur expérience des filières de soins et sur leur ressenti face aux demandes d'hospitalisation vers les services de soins d'un CHU.

V - QUATRIEME PARTIE : EVALUATION DES FILIERES
DE SOINS : ENQUETE AUPRES DES MEDECINS
HOSPITALIERS

5.1. Présentation de l'enquête (annexe 4)

Cette enquête a été réalisée afin de faire évaluer, par le praticien hospitalier, les filières de soins et les moyens de communication entre leurs services et la médecine de ville.

La parole leur était donnée pour qu'ils puissent émettre des critiques négatives ou positives et pour recueillir leurs idées afin d'améliorer les filières de soin.

La plupart des questions étaient à réponse ouverte pour obtenir un maximum d'idées. Il s'agit donc d'une enquête sans étude statistique.

Deux relances ont été effectuées par email professionnel. Le but était d'avoir pour chaque spécialité clinique, au moins deux réponses de praticien hospitalier, chef de clinique ou assistant spécialisé. La première a été faite début mars 2011 et la deuxième début octobre 2011.

Les deux premières questions n'étaient pas analysables, étant donné que pour une même spécialité les médecins donnaient des réponses très différentes. La première question portait sur l'utilisation du téléphone d'avis et la deuxième sur le nombre d'appels reçus chaque semaine sur le seul téléphone d'avis extérieur.

Aucun moyen informatique ne permet à l'heure actuelle de connaître le nombre d'appels extérieurs reçus sur chacun des téléphones d'avis. La seule façon de le savoir aurait été de réaliser une enquête pendant un temps donné auprès de chaque service. Ceci n'a pas été réalisé étant donné le peu d'intérêt supplémentaire qu'aurait apporté cette connaissance à notre travail au regard du temps à consacrer à cette tâche.

5.2. Pourcentage d'entrées directes dans les services

L'hétérogénéité des réponses données au sein même de chaque service ne permet pas de donner une réponse très fiable. De plus, aucune donnée administrative n'est accessible pour connaître le nombre d'admissions directes en lien avec une demande d'un médecin de ville.

De façon très globale d'après cette étude, c'est le service de gériatrie qui réalise le plus d'hospitalisation directe avec environ une vingtaine par semaine. Ensuite, viennent les services de MPU et de médecine interne ainsi que les autres services de médecine.

Ce sont les services de chirurgie qui réalisent le moins d'hospitalisation programmée à la demande des médecins généralistes. Ceci est en adéquation avec les réponses faites par les médecins généralistes quand on les interroge sur les services utilisés fréquemment pour les admissions directes.

5.3. Qui répond aux avis extérieurs ?

Comme nous l'avons déjà vu dans la première partie, il n'existe pas de téléphone d'avis spécifique dans les services de chirurgie. Le généraliste doit donc, soit contacter directement le chirurgien via son BIP, soit prendre un avis auprès de l'interne de garde en le contactant par le BIP de garde.

Dans les autres services de médecine, le téléphone d'avis est détenu uniquement par un médecin sénior du service, qu'il soit assistant, chef de clinique ou praticien hospitalier.

Cependant, dans certains services de médecine, les internes peuvent encore y répondre. Cette pratique tend à disparaître progressivement.

5.4. Autres moyens de joindre un médecin hospitalier

Les autres moyens utilisés par les médecins extérieurs pour faire hospitaliser un patient ou pour prendre un avis sont :

- le mail,
- le fax comme en dermatologie où il n'existe pas de téléphone destiné aux appels extérieurs,
- les téléphones de la salle de soins ou du secrétariat en passant par le standard ou en regardant l'annuaire du site internet,
- le téléphone personnel comme en MPR, en ophtalmologie ou en ORL.

Enfin, quand on veut appeler quelqu'un directement, les médecins extérieurs peuvent toujours passer par les BIP via le standard. Ce dernier moyen est très utilisé par les services de cardiologie, de pneumologie ou encore de rhumatologie... Depuis mars 2012 ce système est

d'autant plus performant que les bips sont transférés directement sur un téléphone de type « DECT ». Le médecin n'a donc plus à se libérer et à trouver un téléphone pour rappeler le correspondant.

5.5. Autocritique par les médecins hospitaliers de leur propre filière de soin

5.5.1. Les principaux avantages du téléphone d'avis et d'hospitalisation.

Gain de temps pour le patient

De nombreux médecins hospitaliers ont noté le gain important de temps pour les patients quand ils ne passent pas par les urgences. Le gain de temps est primordial dans un certain nombre de cas (AIT...).

Diminuer les consultations en urgence inutiles / Avis spécialisés donnés rapidement

Certains avis spécialisés permettent de relativiser l'urgence d'une situation vécue par un médecin généraliste et permettent dans certains cas de surseoir à une hospitalisation en ne prévoyant qu'une consultation.

Parfois un seul avis téléphonique permet d'éviter une consultation spécialisée. Plusieurs praticiens ont évoqué cette situation vécue à plusieurs reprises.

Meilleure planification des entrées/sorties

L'hospitalisation programmée, ne serait ce que 24h à l'avance, permet une meilleure planification des entrées-sorties. Ceci contribue donc à une meilleure utilisation des lits disponibles.

Les patients entrent à des heures conventionnelles.

Ceci permet de limiter les hébergements dans des services inadaptés.

De nombreux médecins hospitaliers sont donc persuadés que l'amélioration de la prise en charge des patients passera par l'optimisation des filières de soins afin d'admettre plus facilement les patients directement dans les services.

5.5.2. Les principaux inconvénients du téléphone d'avis et d'hospitalisation

Charge de secrétariat trop importante

Le temps passé au téléphone pour répondre aux appels externes est trop important (Neurologie, cardiologie, MPU...). Ce temps n'est pas comptabilisé dans l'activité des services.

Par exemple en gériatrie, à Bellier, il y a 1.8 ETP pour 36 lits de court séjour, le temps imparti à cette régulation prend souvent beaucoup de temps surtout quand il faut gérer le côté médical et organiser des entrées directes.

Certains médecins ont du mal à avoir une visibilité en temps réel sur le nombre de lits disponibles, il faut alors appeler les différents services pour faire le point sur le bilan entrées/sorties prévues...

Certains médecins sont obligés, une fois l'accord établi du point de vue médical de faire transférer l'appel afin d'organiser le séjour. Cela crée donc aussi une perte de temps pour les médecins généralistes qui doivent décrire une nouvelle fois la situation au nouvel interlocuteur (cadre de santé)...

Aléas propres au téléphone

Certains dénoncent la faiblesse des batteries, d'autres stigmatisent le réseau très faible voir inexistant sur une grande partie des locaux.

Ces éléments confirment que le médecin généraliste ne peut correspondre de façon satisfaisante avec le spécialiste.

Certains services ne possèdent pas de téléphone dédié aux avis extérieurs comme en MPR, en dermatologie, en rhumatologie ou en chirurgie plastique....

Pas assez de lits pour accepter tous les patients... trop d'engorgement

Le nombre restreint de places dans l'hôpital à certains moments de l'année peut induire le refus de certaines entrées directes.

Il est souvent difficile, voir impossible d'obtenir un lit d'hospitalisation en dehors de son pôle (lit de sur-occupation). Il faut donc passer par les urgences pour imposer l'hébergement d'un patient dans tel ou tel service.

Difficulté d'évaluer la prise en charge par téléphone

Dans un grand nombre de cas, il est difficile pour le médecin hospitalier d'apprécier la gravité du patient par téléphone. La réalité de la description de l'état clinique du patient étant aussi dépendant du médecin l'ayant examiné. Certains médecins trouvent ainsi dangereux d'établir un diagnostic sans même avoir examiné le patient, de plus l'examen clinique décrit peut parfois être erroné.

Il est donc parfois utile de réorienter le patient vers les urgences afin d'évaluer le patient tout en gardant une place d'hospitalisation. Devant la répétition de cette situation, certains médecins ont tendance à demander un passage systématique par les urgences afin que le patient y soit réévalué.

Utilisation abusive par certains patients ou par certains médecins

Certains patients utilisent parfois eux-mêmes le téléphone d'avis qu'ils ont relevé sur le courrier d'hospitalisation. En effet le numéro des téléphones est noté à la fin des courriers d'hospitalisation. Pourtant il est bien stipulé que seuls les médecins peuvent l'utiliser.

Certains médecins de ville utiliseraient trop souvent le téléphone de MPU ou de médecine interne sans chercher à savoir si une place plus appropriée dans un autre service spécialisé est possible.

D'autres utilisent ce numéro pour être dirigés vers un des médecins du service ou de l'hôpital. Il s'agit d'un travail de secrétariat qui agace certains médecins hospitaliers.

De plus certains services utilisent le téléphone d'avis extérieur pour demander des avis internes. Normalement seuls les bips internes sont dévolus à cette demande

Utilisation non compatible avec certaines activités (bloc, consultation...)

Dans certains services, l'activité du praticien qui a la charge du téléphone peut être jumelée avec une activité de consultation. Il est difficile de mener à bien une consultation quand on est dérangé régulièrement pour des demandes d'avis ou d'admission. De plus, les patients comprennent mal le fait d'être interrompus régulièrement.

Les praticiens, dont l'activité principale est le bloc opératoire, ne peuvent répondre de façon efficace au téléphone.

5.6. Les principales propositions relatées

5.6.1. Conceptualiser la télémédecine (dermatologie)

L'arrivée de nouvelles technologies facilement utilisables par chacun pourrait modifier certaines pratiques. La qualité numérique des nouveaux Smartphones permet de façon extrêmement rapide d'envoyer des photos ou des vidéos qui pourraient permettre de faciliter l'examen à distance.

- En dermatologie, l'envoi de photos avec explications par téléphone pourrait permettre d'éviter des consultations ou même des hospitalisations...
- En neurologie, le patient pourrait aller directement passer un scanner après prescription par un neurologue. Celui-ci ayant constaté le déficit sur la vidéo transmise.

5.6.2. Créer une cellule de coordination avec du personnel formé à cette tâche

Un très grand nombre de praticiens ayant répondu au questionnaire ont émis la volonté de bénéficier d'un standard ou d'un secrétariat chargé du décroché d'appel ainsi que des tâches administratives découlant de la décision médicale. Cette notion fait partie d'un large développement au cours de la dernière partie ce travail.

5.6.3. Accroître les filières d'aval (EHPAD...) pour gagner en nombre de lits de courts et moyens séjours.

Une des critiques souvent répétée est le manque de place dans les services de soins. L'attente d'une place dans le service n'est pas toujours possible et le renvoi vers les urgences est donc souvent la solution trouvée. Une des causes bien connue de cette situation est le manque de place en maison de convalescence, en HJAD, en EHPAD, en aval des services de soins aigus, entraînant une difficulté à faire sortir les patients des services.

5.6.4. Créer du temps médical dédié aux avis externes

Le manque de temps médical dédié à cette fonction est souvent prétexté pour la faire passer au second plan. De nombreux services se sentent déjà en sous effectif de temps médical et ne ressentent pas cette tâche comme prioritaire.

Certaines activités comme les consultations ou le travail au bloc opératoire ne sont pas compatibles avec la responsabilité du téléphone d'avis. Certains médecins proposent donc de prévoir du temps médical spécialement dédié à cette tâche.

5.6.5. Disposer d'un plateau technique à proximité (gériatrie)

Certains examens complémentaires nécessaires pour certaines entrées (radiographie pulmonaire) ne sont pas disponibles sur certains sites du CHU (par exemple à Bellier). Un transfert doit être réalisé sur la radiologie centrale du CHU.

Une des solutions serait d'organiser ces examens en amont de l'hospitalisation. En effet, au lieu de se rendre directement dans le service, l'ambulancier qui réalise le transport initial ferait un passage par le service de radiologie. Une autre solution proposée serait de disposer d'un plateau technique de base en journée à Bellier comme cela se fait à l'hôpital saint Jacques.

D'autre part, alors qu'il est souvent facile d'obtenir un examen complémentaire pour un patient arrivant aux urgences, il est souvent plus difficile ou/et plus long de l'obtenir quand le patient est déjà hospitalisé. Il faudrait donc faciliter l'obtention des examens complémentaires (comme un scanner) pour les patients qui sont entrés directement dans les services.

5.6.6. Améliorer la diffusion du téléphone auprès des confrères généralistes

Comme cela a déjà été constaté précédemment, un grand nombre de médecins n'a pas eu communication des numéros d'avis spécialisés.

Les praticiens hospitaliers constatent que d'autres moyens d'appel sont utilisés. Il faut donc informer et sensibiliser les médecins généralistes de l'existence de ces filières d'accès direct afin qu'ils utilisent plus souvent les numéros d'avis spécialisés.

5.6.7. Avoir plus de visibilité sur les places disponibles au sein de l'hôpital

Il pourrait être intéressant d'optimiser le logiciel qui indique le nombre de places disponibles dans chaque service. En effet, il serait intéressant qu'il puisse prendre en compte les entrées programmées prévu le lendemain, afin de pouvoir hospitaliser temporairement un patient en « hébergement » dans un autre service. Les services disposant de lits vacants seraient alors directement affichés.

5.6.8. Former les médecins aux critères d'hospitalisation

Les jeunes médecins ne sont sans doute pas assez formés aux critères d'hospitalisation. Cette formation pourrait s'inclure dans la formation médicale continue ce qui aurait comme autre intérêt de faire connaître les médecins du CHU et ainsi améliorer les rapports ville/hôpital. (Demande forte des médecins généralistes)

VI - CINQUIEME PARTIE : CONFRONTATION ET
SYNTHESE DES DIFFERENTS POINTS DE VUE

6.1. Principales pistes pour optimiser les filières de soin

6.1.1. Organisation rapide de l'hospitalisation (10 minutes maximum)

Dans notre étude, on s'aperçoit que le temps passé à l'organisation est la principale critique émise par les médecins généralistes. 88% d'entre eux sont prêts à y consacrer au maximum dix minutes pour s'occuper de cette organisation. Mais seulement 31% acceptent d'y consacrer plus de 20 minutes.

Comme nous l'avons vu dans l'enquête, 84% des médecins interrogés trouvent que l'accès direct est beaucoup plus rapide dans les services privés. Ceci est un argument majeur dans le choix du système privé pour les hospitalisations de leurs patients.

Le temps moyen nécessaire à la procédure varie dans des études de 5 à 18 minutes (62) (63).

Au final nous proposons que l'ensemble de la procédure réalisée par le médecin généraliste se déroule en 10 minutes pouvant aller jusqu'à 15 maximums. Différentes pistes pour diminuer la durée de cette procédure sont détaillées par la suite.

6.1.2. Des praticiens toujours joignables

L'appel sans réponse est une plainte fréquemment évoquée par les médecins généralistes et reconnue par les praticiens hospitaliers de certains services. Dans notre étude, trois médecins sur quatre, trouvent que les téléphones d'avis sont trop souvent non joignables.

L'activité de soins du médecin responsable du téléphone (consultation, bloc opératoire...) peut le rendre indisponible. Les aléas de la technologie sont aussi en cause (portable sans batterie, pas de réseau dans certains bâtiments...)

Dans une étude réalisée sur l'AP-HP qui consistait à simuler des demandes d'hospitalisation programmées fictives auprès de quatre services, l'absence d'interlocuteur était observée dans 30% des cas simulés (62). Les motifs invoqués dans cette étude étaient que le contact était en réunion ou était introuvable.

Un téléphone d'avis doit fonctionner en continu aux heures ouvrables. Tout échec pour un médecin généraliste qui l'utilise une à deux fois par an est vécu comme un échec de tout le système et est donc rapidement abandonné.

6.1.3. Un numéro unique et facile à retenir

Les campagnes de publicité nous imprègnent de numéros courts, faciles à retenir. Pour Les médecins, il faut une même approche, un seul numéro court à retenir associé à un dispatching.

Le numéro 15 ne semble pas avoir fait l'unanimité dans notre étude, pour une raison sans doute simple : le temps d'attente. Ce temps d'attente est très court pour le décroché d'appel (99% des appels sont décrochés dans la minute). L'idée, lorsque les questionnaires ont été réalisés, était d'attribuer à l'assistante de régulation médicale (ARM) un rôle de dispatching d'appel vers les différents médecins responsables des accès directs du CHU et non pas de faire une régulation médicale avec un des médecins (urgentiste ou libéral) du centre 15. Cette ARM aurait alors reçu une formation spécifique pour connaître le fonctionnement des filières de soins. L'intérêt était alors multiple : un numéro facile à retenir et unique pour l'ensemble des demandes de la part des médecins généralistes, l'envoi facilité d'une ambulance, la possibilité de réguler les appels à la demande du médecin hospitalier ou du médecin généraliste ...

6.1.4. Un meilleur système de communication

Le manque d'information des médecins de notre étude sur les procédures d'hospitalisation constitue un obstacle à la communication. Ceci est dû à la faiblesse des moyens de transmission mis en œuvre.

Plus de 46% des médecins généralistes de notre étude prétendent ne pas avoir reçu la plaquette des numéros de téléphone d'avis ou d'hospitalisation et 71 % disent ne pas avoir reçu celui du MAO.

A l'heure d'internet, aucune structure officielle, en Loire Atlantique, n'a de liste d'adresse email professionnelle des médecins!

Les courriers qui arrivent par dizaines tous les jours dans les cabinets de médecine générale sont souvent jetés avant même d'être lus s'ils sont considérés comme publicitaires.

La politique de communication doit être revue en diversifiant les moyens d'information.

6.1.5. Un avis spécialisé facilité

Ils doivent aussi servir à dispenser un avis téléphonique permettant dans certaines situations de surseoir à une hospitalisation. Si certaines situations paraissent banales pour un médecin spécialiste, il en est souvent tout autrement pour les médecins généralistes qui peuvent ne pas être habitués à telle ou telle pathologie ou prise en charge. L'avis peut aussi conduire à une simple consultation moins urgente.

6.1.6. Mise en relation avec des praticiens expérimentés

Cette critique a souvent été formulée par les médecins généralistes. En effet, lorsque le téléphone est géré par un interne ou un médecin ne connaissant pas parfaitement les différentes possibilités de prise en charge, il en résulte souvent une perte de temps.

Il faut donc privilégier, pour ces fonctions, les seniors qui connaissent à la fois leur filière mais aussi d'autres solutions externes à leur service.

De plus, les réponses doivent être concrètes, rapides et adaptées à une pratique libérale. L'important n'est pas de programmer l'hospitalisation dans la journée ou dans deux ou trois jours, mais de trouver un accord ensemble pendant l'entretien téléphonique.

6.1.7. Une organisation pérenne dans le temps

Le fonctionnement des filières de soins de l'hôpital au cours des dernières années a subi de nombreux changements.

Les médecins libéraux se sentent parfois perdus quant aux diverses solutions. Certaines ne fonctionnent plus, de nouvelles ont pris la suite... En janvier 2012, un courrier a été envoyé aux médecins généralistes les informant du nouveau numéro du MAO. Dans ce courrier, il est proposé un avis 24H/24 et 7jr/7. Hors le téléphone du MAO n'est pas utilisé systématiquement le week-end et la nuit.

Il faut donc donner les moyens aux filières de pouvoir fonctionner de façon durable dans le temps.

Les numéros des filières ne doivent pas changer.

6.1.8. Des consultations en urgence facilement accessibles pour un médecin généraliste

Comme cela se fait dans un grand nombre de disciplines, en neurologie pour les filières AIT par exemple, les plages horaires de consultation d'urgence disponibles pour les médecins généralistes doivent s'étendre à l'ensemble des services. Ces plages doivent être assez nombreuses pour satisfaire l'ensemble des demandes. Un audit devra peut être se faire dans chaque spécialité pour en évaluer le nombre.

Dans une étude réalisée à Carcassonne (64), 72 % (n=36) des médecins confiaient leur besoin de solliciter le médecin coordinateur sur des avis ou conseils pour éviter ou différer une hospitalisation.

Les expériences de centres téléphoniques d'accueil et d'orientation démontrent leur intérêt pour des conseils ou une prise en charge ambulatoire (représentant 22% sur 200 appels et 41% sur 663 des appels selon les études) (27) (65).

6.1.9. Une meilleure relation entre la ville et l'hôpital

La difficulté de parvenir à une communication satisfaisante vient souvent de la méconnaissance de deux exercices issus de cultures différentes :

- lieux de pratiques,
- types de patients,
- bases de savoir.

La reconnaissance mutuelle motiverait le respect, au-delà de la simple contribution médicale (66). En effet, la médecine de ville comme la médecine hospitalière se renvoient trop souvent les patients sans se soucier du travail de l'autre.

L'exercice des pratiques médicales de ville et hospitalières requièrent pourtant les mêmes compétences relationnelles et les objectifs sont identiques : c'est la base d'un partenariat réussi.

6.2. Priorité aux patients adressés aux urgences par les médecins de ville

Si les filières de soins sont respectées et correctement utilisées par les médecins généralistes, cela signifie que la prise en charge des patients a été jugée urgente par un professionnel de santé. L'IOA (infirmière organisatrice de l'accueil) peut donc, dès son arrivée, lui attribuer une priorité et une surveillance accrue.

Le SAU est le service adapté et indispensable pour :

- la réalisation d'examens complémentaires en urgence.
- la mise en place d'une thérapeutique urgente.
- la prise en charge des patients présentant des signes de gravité.

Comme nous l'avons montré, 58% des patients adressés par leurs médecins généralistes avaient des critères pertinents de prise en charge initiale aux urgences. Chloé Goubin avait (67) montré que 15,8 % des patients présentés sur le téléphone du CTOA avaient des critères pertinents de passage par le SAU.

Nous pouvons lister les situations n'étant pas concernées par une hospitalisation directe, c'est-à-dire devant être prises en charge initialement au SAU ou par le SMUR:

- anomalie des paramètres vitaux (Glasgow, instabilité hémodynamique : fréquence cardiaque ou respiratoire, tension artérielle...)
- troubles des fonctions supérieures d'apparition récente,
- suspicion d'AVC sans scanner réalisé préalablement (hors critères d'inclusions dans la filière UNV),
- crise convulsive, malaise, perte de connaissance,
- traumatisé grave, traumatisme crânien nécessitant une imagerie,
- douleur thoracique, malaise,
- douleur abdominale aiguë, méléna, rectorragie,
- difficulté de maintien à domicile aigu,
- pathologie psychiatrique,
- colique néphrétique compliquée.

En cas de doute sur une urgence vitale, certains de ces motifs doivent amener le médecin généraliste à faire appel au centre 15. En effet, certaines situations peuvent nécessiter une prise en charge pré-hospitalière (filières UNV, cardiologie, ...)

6.3. Les différentes propositions pouvant améliorer les filières de soins

Après avoir hiérarchisé les principales caractéristiques auxquelles devront répondre l'amélioration des filières de soin, il nous paraissait important de proposer plusieurs actions concrètes.

6.3.1. Création d'une centrale d'appel accessible uniquement aux médecins généralistes

L'exemple de hop-line au CHRU de Lille (68)

Offrir la possibilité aux médecins généralistes de la métropole lilloise et de la région Nord-Pas-de-Calais d'échanger rapidement avec un praticien du CHRU de Lille pour un avis médical, au moment où il en a le plus besoin, c'est-à-dire lorsque son patient se trouve face à lui : c'est l'objectif de la plateforme téléphonique Hop'line CHRU. Lancée en novembre 2008 par le CHRU de Lille, elle représente un défi organisationnel pour les hospitaliers mais aussi un challenge, celui de faire ses preuves auprès de cinq mille « médecins de famille ».

Une série de réunions réalisées par le CHRU de Lille en 2004 et 2006 avait mis en évidence, chez de nombreux « médecins de famille », la complexité des relations entre médecine de ville et hôpital. Figurait au nombre de leurs préoccupations principales, la possibilité de s'entretenir rapidement avec des confrères spécialistes pour des avis médicaux « pointus ». Afin de répondre à ces attentes, le CHRU de Lille a lancé en novembre 2008 un numéro de téléphone gratuit.

Réservé aux « médecins de famille » du Nord-Pas-de-Calais, Hop'line CHRU assure une mise en relation directe avec des spécialistes du CHRU de Lille. A terme, la plateforme vise un autre objectif : éviter à ces praticiens d'adresser leurs patients directement aux urgences, en leur apportant une réponse immédiate et adaptée.

Au total, environ cinq mille médecins généralistes ont fait l'objet d'une communication personnalisée: lettre d'information Hop'line, boîte mail dédiée...

Le défi que tente de relever le CHRU de Lille est en effet de ne communiquer ce numéro qu'aux médecins généralistes. Ces médecins sont souvent confrontés à des pathologies et symptômes complexes qui nécessitent un avis médical spécialisé et pointu. Le cas échéant, les praticiens du CHRU proposent un rendez-vous de consultation ou d'hospitalisation. Dans tous les cas, Hop'line CHRU ne constitue pas un dispositif d'urgence. Le numéro de référence en cas d'urgence demeure le 15.

Comment fonctionne Hop'line au CHRU de Lille? (Annexe 5)

- **Un Poste téléphonique dédié** : La plateforme téléphonique est localisée au sein du standard général du CHRU de Lille. Un standardiste réceptionne les appels Hop'line via un poste téléphonique dédié. Il note l'identité et les coordonnées du médecin généraliste appelant, s'enquiert de la spécialité médicale concernée, puis transfère l'appel vers le praticien référent. Dans l'éventualité où le spécialiste hospitalier se trouve déjà en ligne, le standardiste s'engage à rappeler le médecin généraliste dans les trente minutes.
- **Praticiens seniors répondants** : Les pôles d'activité du CHRU de Lille participant au dispositif Hop'line ont été équipés d'un portable interne dédié afin de répondre immédiatement aux appels émanant des généralistes. Chaque pôle s'est organisé pour assurer cette permanence en fonction de son activité. Dans tous les cas, quelle que soit l'organisation mise en place par les pôles, ce sont toujours des praticiens seniors qui répondent aux appels Hop'line CHRU.
- **275 appels de médecins généralistes de décembre 2008 à mai 2009** : Pour cette période le CHRU de Lille a comptabilisé 275 appels de médecins généralistes via la plateforme Hop'line CHRU. Le démarrage de ce nouveau dispositif est donc progressif, mais le CHRU de Lille compte sur un effet tâche d'huile, pour que les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais considèrent désormais Hop'line CHRU comme un outil au service de leur pratique professionnelle. Cette plateforme téléphonique s'inscrit en effet dans une démarche plus globale de « marketing médical ».

Un HOP line à NANTES ?

➤ Hop'line pour les médecins hospitaliers :

- évite des consultations inutiles lorsqu'un simple renseignement téléphonique suffit,
- diminue le nombre d'hospitalisations inadéquates,
- permet de programmer une hospitalisation considérée comme non urgente,
- une meilleur gestion des lits d'hospitalisation si elle est associé à un Bed-Manager (69) (c'est un gestionnaire chargé de centraliser en temps réel les lits disponibles dans les différentes unités des pôles. Il assigne des lits aux patients arrivés en urgence ou de façon programmée, tout ceci en lien avec les cadres des services.)
- moins de travail de secrétariat pour les médecins.

➤ Hop'line pour le médecin généraliste :

- un contact et un avis spécialisé plus rapides. La garantie d'être rappelé dans les 20 minutes si le correspondant n'est pas joignable,
- un standardiste connaissant tous les moyens de joindre les médecins référents : téléphone des filières, bip, téléphone d'astreinte, téléphone personnel...
- l'orientation de son patient pris en charge par une équipe dédiée aux hospitalisations, (Cadre, bed manager, médecin...)
- un numéro unique à retenir.

➤ Hop'line pour le patient :

- moins d'attente aux urgences (car moins de patient aux urgences),
- diminution de la durée de séjour moyenne, grâce à :
 - l'absence de prise en charge aux urgences. En moyenne, dans notre étude les patients adressés par leurs médecins généralistes passaient 6 heures et 47 minutes au SAU.
 - la limitation des pathologies induites par leurs séjours aux urgences (confusion, escarre...). Une étude montrait (20) que les patients admis directement dans les services de gériatrie restaient moins longtemps hospitalisés ($p=0,005$).

- moins d'examens complémentaires : en effet, la même étude (20) montrait que les patients admis directement en gériatrie subissaient 45% d'examens complémentaires en moins ($p < 0,001$) que ceux passant par les urgences,
- une prise en charge spécialisée ou polyvalente plus rapide.

➤ **Hop'line pour l'administration :**

- un coût moins important (diminution du temps d'hospitalisation),
- une meilleure gestion des lits d'hospitalisation grâce à une diminution des hospitalisations après passage aux urgences aux profits des hospitalisations programmées,
- meilleure répartition des examens complémentaires avec une gestion plus performante,
- amélioration des rapports ville-hôpital,
- meilleure performance du système public.

6.3.2. Réorganisation autour du MAO

L'optimisation des filières de soins doit se faire avec ce médecin « Gate Keeper » des urgences. Il est le médecin référent des urgences et l'intermédiaire privilégié des médecins de ville qui souhaite y adresser un patient. Pour les urgences vitales, un appel au centre 15 reste à privilégier. Il peut donner un avis téléphonique sur la pertinence du passage par les urgences, mais il peut également réorienter le patient à son arrivée aux SAU. Il doit connaître parfaitement les différentes filières d'hospitalisation.

Comme cela se fait déjà, le MAO peut orienter un patient arrivant aux urgences vers une des filières de soin adapté (UHCD, MPU, services spécialisés...)

A l'inverse, un patient arrivant directement dans un service de soins à la demande d'un médecin généraliste doit pouvoir être réorienté aux urgences (mauvaise orientation initiale ou dégradation de l'état clinique pendant le transport). Les médecins hospitaliers auront alors comme intermédiaire le MAO. Ce partenariat est essentiel au bon fonctionnement des filières. L'augmentation des entrées directes va entraîner inévitablement une augmentation des erreurs dans le parcours de soin.

6.4. Pathologie devant faire privilégier une admission directe

Afin d'éviter le retour à domicile d'un patient adressé par un médecin généraliste dans le but d'une hospitalisation, celui-ci doit avant tout évaluer si les critères de la grille AEPf (annexe 1) sont présents chez son patient. Ces critères indiquent la pertinence ou non d'une hospitalisation d'un patient. En effet une étude (70) réalisée à Dreux a montré que 96% des hospitalisations à partir du service des urgences étaient pertinentes et justifiées par au moins un critère de l'AEPf. Cela veut donc dire que les patients qui ne rentrent pas dans les critères de l'AEPf ne sont pas hospitalisés et sont renvoyés à domicile.

Ceci étant dit, un grand nombre de passages par les urgences est justifié même si le patient retourne à domicile à l'issue du séjour au SAU. Il permet entre autre de prendre en compte, par des examens complémentaires, des pathologies urgentes.

Les critères d'admission devant faire privilégier une hospitalisation directe en l'absence de signe de gravité sont :

➤ Pathologie non identifiée sur le plan étiologique :

- bilan d'une fièvre nue prolongée,
- bilan d'une anémie chronique,
- bilan d'une altération de l'état général,
- diarrhées chroniques,
- ictère et autres décompensations hépatiques,
- problèmes de maintien à domicile,
- poly-neuropathie, polynévrite, excepté un syndrome de Guillain-Barré
- bilan de prurit chronique.

➤ Pathologie identifiée survenant sur un terrain fragilisé :

- arthrite du genou non fébrile,
- pneumopathie,
- phase palliative d'une pathologie en évolution terminale,
- sciatique hyperalgique,
- décompensation de certaines pathologies : mucoviscidose, sclérose en plaque, diabète...

- **Pathologie identifiée avec une évolution compliquée :**
 - infection s'aggravant malgré une prise en charge initiale adaptée,
 - décompensation cardiaque,
 - déséquilibre d'un diabète.

- **Perturbation d'un examen complémentaire demandé**
 - déshydratation avec perturbations ioniques,

6.5. Les autres mesures à améliorer

6.5.1. Augmenter le nombre de lits d'hospitalisation dans les services polyvalents.

Concernant l'offre de soins, la durée moyenne de séjour dans un service de MPU au CHU de Nantes était en 2011 de 6 jours avec un taux d'occupation de plus de 95%. Ce taux est en moyenne dans les pays membres de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) de 75% en 2011. Il est en légère augmentation depuis 15 ans, du fait d'une politique de réduction du nombre de lits d'hospitalisations aiguës conventionnelles (5,1 à 3,9/1000 habitants en 15 ans). La durée moyenne de séjour est également passée de 8,7 à 6,3 jours. Les progrès et la modernisation des techniques en sont responsables, de même que la volonté de maîtrise des coûts de santé (71). Ceci explique en partie une indisponibilité fréquente de lits dans le cadre d'unités à activité non programmée.

En France, la difficile coexistence des activités programmées et non programmées, avec leurs implications financières, ainsi que la progression d'une activité hospitalière hyperspécialisée, au détriment des services de soins polyvalents, sont également dénoncées dans les rapports professionnels et institutionnels (15) (72).

La problématique de l'indisponibilité de lits se transpose de la même manière aux urgences (73), au détriment des patients : la durée d'attente d'un lit peut dépasser la durée de prise charge aux urgences (74) (75), en particulier pour une personne âgée (76) et pour un patient adressé par un médecin (77). L'information sur la disponibilité des lits en temps réel et la difficulté de trouver un interlocuteur préoccupent aussi bien les médecins urgentistes (78) (79) que les médecins de notre enquête.

D'autres solutions existent dans la diversification de l'offre en aval des urgences, basées sur l'optimisation des modalités de gestion de lits.

A l'instar de l'UHCD, qui a réduit le nombre de patients hospitalisés en médecine et le nombre de journées d'hospitalisation (80) (81) (82), les unités polyvalentes courtes, en lien avec les urgences (83) (84), la médecine interne (85) (86) ou la gériatrie (87), permettent le relais précoce et adapté vers le domicile ou le long séjour.

Dans l'étude réalisée par Chloé Goubin (53) l'absence de lits disponibles dans le service de MPU n'a été qu'exceptionnellement un critère de refus d'admission directe (2 patients sur les 218 patients hospitalisés en MPU lors de l'étude rétrospective), alors que la troisième unité de MPU comportant 24 lits n'était pas encore ouverte.

Ces constatations nous montrent que le manque de places est réel mais ne justifie pas le refus d'admission directe d'un patient qui doit bénéficier d'une hospitalisation rapide.

6.5.2. Plus de temps médical et paramédical pour réaliser les admissions directes

Même si la tendance actuelle ne va pas à la création de postes, il s'avère que cette demande a été faite par les médecins hospitaliers à de nombreuses reprises.

En neurologie où le téléphone est utilisé à la fois pour les urgences neuro-vasculaire et tous les autres avis et demandes, un praticien est presque spécialement dédié à cette tâche. Ceci permet d'être plus disponible aux diverses demandes, et évite d'interrompre sans cesse les consultations ou les visites du praticien.

Le temps dédié à l'accueil d'un patient hospitalisé directement dans un service, sans évaluation préalable aux urgences, est souvent plus important pour le personnel paramédical. En effet le patient peut nécessiter un bilan biologique, somatique, et il doit parfois être perfusé. Il est souvent nécessaire de réévaluer les traitements et la conduite à tenir après l'obtention des premiers résultats. Dans certains services où le nombre d'entrées directes est important ou pourrait le devenir, cette charge de travail pourrait conduire à un besoin supplémentaire en personnel paramédical. La charge de travail induite ne doit pas être un motif de refus d'admission directe.

6.5.3. Disposer d'un plateau technique minimal accessible facilement

Certains examens et en premier lieu les examens radiologiques ne sont pas disponibles dans toutes les structures (saint Jacques ou Bellier). Il faut pouvoir organiser un passage par le service de radiologie avant l'arrivée du patient dans le service d'hospitalisation, afin d'éviter un nouveau brancardage pendant l'hospitalisation.

6.5.4. Création dans certains services d'un lit d'accueil

En gériatrie sur l'hôpital Bellier, une chambre est dédiée à la prise en charge des admissions en provenance du domicile. Cette chambre est une sorte de « box de déchoquage » même si le but n'est pas de déchoquer le patient mais plutôt de le prendre en charge globalement et rapidement avant son admission dans le service : accueil du patient, interrogatoire, examen clinique, pose de perfusion, premier traitement. Elle n'est pas comptabilisée dans le nombre de lits disponibles. Le patient est transféré dans une chambre conventionnelle après son évaluation initiale.

Ce genre de fonctionnement pourrait être élargi à d'autres unités de soin afin de permettre une prise en charge plus rapide, centrée sur la personne.

6.5.5. Les moyens de sensibilisation des médecins généralistes

Comme nous l'avons vu précédemment, le courrier postal ne doit pas être le seul moyen de communication à utiliser pour informer des changements de fonctionnement. De nombreux moyens sont à notre disposition pour améliorer la communication avec les médecins généralistes concernant les filières de soins et leurs spécificités. Il faut donc :

- relancer régulièrement l'information,
- créer une « mailing liste » réactualisée régulièrement de l'ensemble des médecins du secteur sanitaire (inexistante pour l'instant),
- utiliser les délégués de l'assurance maladie qui visitent les médecins généralistes pour transmettre des informations,
- passer par les Formations Médicales Continues (FMC) réalisées par les médecins hospitaliers pour communiquer les numéros de téléphone.
- utiliser la presse médicale.

CONCLUSION

Le but de notre travail était d'évaluer les filières de soins du CHU de Nantes afin de proposer des axes d'améliorations.

Notre première étude portait sur les patients adressés au SAU par un médecin généraliste. La moyenne d'âge des patients était de 71 ans et les motifs d'admissions les plus fréquents étaient en lien avec une prise en charge gériatrique, neurologique ou cardiologique. Le temps moyen de passage par les urgences était de 6 heures et 47 minutes. Cette étude a montré que 61 patients soit 42% ne nécessitaient pas un passage par le SAU. Parmi ces derniers patients, 78,5% (soit 48 patients) auraient pu être hospitalisés directement dans un service de soins en intégrant une des filières décrites dans la première partie de notre travail. Les autres, 21,5% (soit 13 patients) n'avaient de critères ni pour être hospitalisés ni pour passer par les urgences ; un avis téléphonique spécialisé aurait éventuellement permis d'éviter un passage par les urgences.

On constate donc qu'un grand nombre de passages inappropriés par les urgences persiste malgré les alternatives mises en place ces dernières années sur le CHU de Nantes (téléphone d'avis spécialisé externe, création du MAO, cellule de communication...).

L'admission d'un patient aux urgences doit se concevoir, pour les médecins généralistes comme pour les médecins hospitaliers, uniquement pour les patients qui en tirent un intérêt diagnostique ou thérapeutique. Éviter le passage par les urgences des patients pourrait ainsi participer à diminuer l'encombrement de celles-ci.

Nous avons interrogé les médecins généralistes et les médecins hospitaliers afin de mettre en évidence les avantages, les difficultés mais aussi les inconvénients dans l'utilisation des filières de soins. Deux enquêtes observationnelles descriptives et transversales ont donc été réalisées.

Les principales idées qui en ressortent sont :

- la nécessité d'une organisation plus rapide de l'hospitalisation (mise en lien avec un spécialiste concerné, temps d'attente téléphonique, recherche d'une place...).
- un numéro unique et facile à retenir pour toutes les filières.
- l'amélioration du taux d'utilisation du téléphone d'avis (trop souvent non joignable, sans batterie, sans réseau, ...).
- des meilleurs outils de communication (E-mail...).
- la pérennité d'un système qui fonctionne.

- l'amélioration des relations entre la médecine de ville et celle de l'hôpital.

Ceci a permis d'établir certaines pistes concrètes pouvant améliorer l'efficacité des filières de soins. Parmi celles-ci, la création d'un standard-secrétariat à numéro court permettant le lien entre les médecins libéraux et hospitaliers. En se basant sur un système déjà en place à Lille « Hop-Line », nous pourrions améliorer l'efficacité des filières de soins en termes de temps, d'organisation et de coût. Le temps imparti à l'organisation de l'hospitalisation par le médecin généraliste doit être réduit afin de ne pas être pénalisant pour le médecin. C'est un motif fréquent qui incite le médecin libéral à envoyer son patient aux urgences.

Une des thématiques souvent critiquée par les médecins généralistes et hospitaliers est le manque de lits d'hospitalisation. Pourtant les établissements de soins se doivent de garantir un nombre suffisant de lits de court et de moyen séjour. Le recours à des lits polyvalents, de courte durée semble la voie à privilégier. En ce sens, l'extension ou la création d'unités d'hospitalisation de courte durée (MPU, UHCD) serait une des solutions. Le recours à l'hôpital local ou à l'HAD est également une alternative à encourager.

En définitive, cerner les problématiques rencontrées lors de l'hospitalisation des patients adressés à la demande des médecins libéraux nous a permis de proposer certains aménagements des filières de soins. Ceci pourrait constituer la substance d'études ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE

1. **E. Couty.** *Circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ relative à la prise en charge des urgences.* s.l. : Bulletin Officiel n°2003-202003., 16 avril 2003.
2. **R. Bachelot-Narquin.** *Présentation du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » Un projet de santé durable pour nos concitoyens. Communiqué de presse Conseil des ministres.* 22 octobre 2008.
3. **G. Larcher.** *Les missions de l'hôpital. La Documentation française (Collection des rapports officiels).* 2008.
4. *Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. le journal officiel de la republique française - Lois et Décrets 2009;167.* 21 juillet 2009.
5. **Réseau sentinelles.** *Bilan annuel Janvier Unité Mixte de Recherche en Santé - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - Université Pierre et Marie Curie - Institut de Veille Sanitaire*2008. Décembre 2008.
6. **Carrasco V.** *L'activité des services d'urgences en 2004. ETUDE ET RESULTATS.* s.l. : Direction de la Recherche des Etudes des Evaluations et des Statistiques, 2006.
7. **Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al.** The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med.* 2009 Jan, Vol. 16(1), 1-10.
8. **LS. Zun.** Analysis of the literature on emergency department throughput. *West J Emerg Med.* 2009 May, Vol. 10(2), 104-9.
9. **Sharma G, Fletcher KE, Zhang D, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS.** Continuity of outpatient and inpatient care by primary care physicians for hospitalized older adults. *JAMA.* 2009 Apr, Vol. 22;301(16), 1671-80.
10. **Berthier F, Andreu M, Bourjac M, Baron D, Branger B, Turbide A.** Analysis of cost and of non-medical care load of patients seen in an accident and emergency department--theimportance of clinical classification of emergency patients. *Eur J Emerg Med.* 1998 Jun, Vol. 5(2), 235-40.
11. **Berthier F, Monnereau S, Bourjac M, Branger B, Turbide A, Baron D.** Le temps de soin medical selon la classification clinique des malades des urgences (CCMU). *Réanimation Urgences.* 1998, Vol. 7(2, Part 1), 144.
12. **Gertman PM, Restuccia JD.** The appropriateness evaluation protocol: a technique for the assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care.* 1981 Aug, Vol. 19(8), 855-71.
13. **G. Tempelhoff.** Proposition d'une classification des patients des services d'accueil : relation à la charge de travail. *Reanim Soins Intens Med Urg.* 1990, Vol. 6, (459-463).

14. **Bellou A, de Korwin JD, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, et al.** Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *La Revue de Médecine interne*. 2003 , Vol. 24(9), 602.
15. **Cour des comptes.** Les urgences médicales : constats et évolution récente. Rapport public annuel. 08 Fevrier 2007.
16. **Grall J-Y.** Les maisons médicales de garde. La Documentation française (bibliothèque des rapports publics). 2006.
17. **Le Spegagne D, Talandier D.** Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences : Dispositif de déploiement 2007 - 2008 Bilan et résultats obtenus. *MEAH*. 2009.
18. **A. Podeur.** Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. *Bulletin Officiel n°2007-62007*. Vol. 138.
19. **Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P.** Un programme pour la gériatrie. *La documentation française (bibliothèque des rapports publics)*. 2006.
20. **Giroux C, Proye E, Hequet F, Dufour P, Gommez G, Dambre D, et al.** Admission de la personne âgée en court séjour gériatrique : entrées directes versus entrées via le service des urgences. *Journal Européen des Urgences*. 2008, Vol. 21(Supplement 1), A151.
21. **Auran, INSEE,.** La croissance démographique de nantes métropole et de son bassin de vie depuis 1999. *Nantes*. www.auran.org, 2006.
22. **Agence régionale de l'Hospitalisation d'Île de France.** Schéma Régional de l'organisation sanitaire troisième génération. Consultable sur : <http://www.partage.sante.fr>.
23. **Articles L 6321 -1 du code de santé public.**
24. **DREES. Sicart D.** Les médecins : estimations au 1er janvier 2009. Document de travail. *Série statistiques*. (2009), Vol. n° 138, 117 p.
25. **Sicart D.** Les médecins : estimations au 1er janvier 2000. I. *Document de travail*. Collection statistiques. Drees., (2000), Vol. n° 14, 87 p.
26. **Service de communication.** Rapport d'activité 2010 du CHU de nantes. mai 2011.

27. **G. Derame.** Proposition d'une offre de soins différenciée pour Les malades adressés au service d'urgence; tentative pour une meilleure maîtrise en amont du SAU. *Thèse Médecine Générale.* Université de Nantes, 2002, p91.
28. **Aminzadeh F., Dalziel W.B.** Older adults in the emergency department : a systematic review of pattern of use, adverse outcomes and effectiveness of intervention. *Annals of emergency medicine.* 2002, Vol. 39, 3, 238-247.
29. **INSEE.** *Population par groupe d'age,* s.l. : disponible sur <http://www.insee.fr>, février 2010.
30. **Fanello S., Moutel L., Houssin L. et al.** Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. *Santé publique.* 1999, Vol. n°11, 4 p465-482.
31. **DHOS (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).** <http://www.sante.gouv.fr>. [En ligne] Circulaire relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, 18 MARS 2002.
32. **Philippe BAS (ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille).** Plan solidarité grand âge. 27 juin 2006.
33. **Ministère en charge de la santé.** Plan alzheimer 2008 -2009. Septembre 2007.
34. http://www.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/octetstream/2010-05/schemagerontologique_hd.pdf, Disponible sur :.
35. **Société française de neuro-vasculaire.** Recommandations pour la création d'Unités Neuro-Vasculaires, 2001, Vol. 157, 1447-1456.
36. **Le ministre de la santé, de la famille et des personnes,** http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7243.pdf. *CIRCULAIRE N°DHOS/O4/DGS/DGAS/2003/517 du 3 novembre 2003.* [En ligne] 3 novembre 2003.
37. **Ministère de la santé et des sports.** Plan d'actions national AVC 2010-2014. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actions_AVC_-_17avr2010.pdf. [En ligne] avril 2010.
38. **HAS.** http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf. [En ligne] mai 2009.

39. **Le Spegagne D, Talandier D. et al.** reduire les temps d'attente et de passage aux urgences : Dispositif de déploiement 2007 -2008 Bilan et résultat obtenus. *MEAH*. 2009.
40. **DRESS.** génèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. *études et résultats*. novembre 2007, Vol. p.8, 607.
41. **Praznocy-Pepin.** les recours urgents ou non programmés en médecine générale en ile de France. http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/MINISITE2007/zooms/ORS_recours_urgents.pdf. Juin 2007, p. 20.
42. **Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M.** The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*. 2000 Apr, Vol. 9(4), 333-8.
43. **Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA.** Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care*. 1998 Aug, Vol. 36(8), 1249-55.
44. **Gill JM, Mainous AG, 3rd.** The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998 Jul-Aug, Vol. 7(4), 352-7.
45. **Mainous AG, 3rd, Gill JM.** The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health*. 1998 Oct, Vol. 88(10), 1539-41.
46. **Lazarovici C, Somme D, Chatellier G, Saint-Jean O, Espinoza P.** Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences; Résultats d'une enquête nationale. *La Revue de Médecine Interne*. 2008, Vol. 29(8), 618.
47. **Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM, Magid DJ, Beck A, Conner D.** Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. *Eff Clin Pract*. 2001 Mar-Apr, Vol. 4(2), 49-57.
48. **Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al.** The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health*. 2000 Jan, Vol. 90(1), 97-102.
49. **Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al.** Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ*. 2007 Nov , Vol. 177(11), 1362-8.

50. **Velesco Diaz L, Garcia Rios S, Oterino de la Fuente D, Suarez Garcia F, Diego Roza S, Fernandez Alonso R.** Impact on hospital days of care due to unnecessary emergency admissions. *Rev Esp Salud Publica* . Sept-Oct 2005, Vol. 79, 54 1-9.
51. **P. Achache, F. Mollard, G. Ranchon, N. Laine, O. Regal, D. Benguigui, D. Robert.** Étude prospective des filières d'admission dans un service d'urgence. *CHU Edouard-Herriot, Lyon, France* .
52. **Hoot NR, Aronsky D.** Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med*. 2008 Aug, Vol. 52(2), 126-36.
53. **Goubin C.** Admissions directes en médecine polyvalente; un outil à la disposition des médecins généralistes. *Thèse de médecine générale*. Septembre 2008, Vol. 61 p.
54. **Buchon D, Buisson JG, Druet-Cabanac M, et al.** Hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans. Une étude sur les causes et les conséquences d'une telle décision. *Rev Prat Med Gen*. 2000.
55. **Saint-Jean O, Bérigaud S, Matignon E, Passeron J, Ellrodt A, Bouchon JP.** Circuits hospitaliers d'urgence des personnes âgées. Expérience de transfert direct en unité de Médecine Interne et de *Gériatrie*. *Rean Urg*. 1, 1992, Vol. 555-61.
56. **Labet T, Bouget J.** Les urgences gériatriques médicales en hôpital général: pour une meilleure prise en charge. *Rev Geriatr* . 1995, Vol. 20, 471-9.
57. **HWANG U., MORISSON R.S.,.** The gériatric emergency department. *Journal of the american Geriatrics Society*. 2007, Vol. 55, 11, pp 1873-1876.
58. **Nizard J, Potel G, Dubois C, Baron D.** Les filières de soins gérontologiques. *Gaz Med*. 1997, Vol. 5, 32- 5.
59. **Letrilliart L., Flahault A.,.** reseau sentinelles. "une hospitalisation sur dix est décidée par le généraliste". *le Quotidien du médecin*. 26 avril 2001, Vol. p.1, 6906.
60. **RESEPI.** bilan annuel du réseau sentinelles janvier-décembre 2006. [<http://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/document.php?doc=502>]. 11 février 2008, P. 66-70.
61. **Godement J, Juvin P, Zanker C.,.** Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville. *Journal Européen des Urgences*. 2008, Vol. 21(Supplement 1), A42.

62. **Andronikof M, Thalmann A.** Évaluation de la capacité de la médecine interne et de trois autres spécialités médicales de l'AP-HP à programmer des hospitalisations sur demande téléphonique d'un généraliste. *La Revue de Médecine Interne*. 2002;; Vol. 23(Supplement 5), 572.
63. **Jenkins C, Bartholomew J, Gelder F, Morrell D.,** Arranging hospital admission for acutely ill patients: problems encountered by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1994 Jun, Vol. 44(383), 251-4.
64. **Bouveret M., Mandonnaud A.,** Organisation des hospitalisations : enquête auprès des médecins libéraux du bassin de Carcassonne. thèse doctoral de fin d'exercice, 2009.
65. **A. Perlat, M. Frina, O. Decauxa, B. Cadora, C. Cazaletsa, M. Sébillot , P. Jégoa, B. Grosboisa,** Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. *la revue de médecine interne*. Elsevier Masson, 2010, Vol. 21, 776 - 779.
66. **Berendsen AJ, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J.,** Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 2007, 7-4.
67. **Goubin C.** Admissions directes en médecine polyvalente; un outil à la disposition des médecins généralistes. *thèse de médecine générale*. septembre 2008, Vol. 61 p.
68. **P.Goldstein, T. Doute, A. Rendu.** Hop'line CHRU : à l'écoute des médecins généraliste du Nord-Pas-De-Calais. *Reflexion hospitalière*. juin 2009, N°528.
69. **Patrick MONETTE, Federico PASIN, Sylvain LANDRY et MartinBEAULIEU,** La gestion des lit d'hopitaux : portrait de 4 établissements canadien. Groupe de recherche CHAÎNE, HEC Montréal, Avril 2003, Vol. Cahier de recherche n° 03-05.
70. **E. Revue, V. Pavillon, A. Camet, F.Delafosse, P. Leclerc, J. Miranda et al.** évaluation de la pertinence des hospitalisations dans un service d'urgence. *JEUR*. Elsevier masson, 2009, 75.
71. **Panorama de la santé.** Indicateurs de l'OCDE. 2007.
72. **Potel G.** L'organisation de l'aval des urgences : états des lieux et propositions. . Société Française de Médecine d'Urgence, 2005.

73. **Trzeciak S, Rivers EP.,** Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. . *Emerg Med* . J2003 Sep, Vol. 20(5), 402-5.
74. **Guinoiseau F, Fimbault JC, Jestin B, Mehu G.,** Enquête attente hospitalisation : l'évaluation d'un dysfonctionnement. *Journal Européen des Urgences*. 2007, Vol. 20(Supplement 1), 126.
75. **Henrion G, Duval CM, Kalifa G, Djardem Y, Song LCC, Rojoa A, et al.,** Réduction des temps d'attente et de passage aux urgences du CHD F.-Guyon de Saint-Denis de la Réunion : mise en place d'un plan d'actions. *Journal Européen des Urgences*. 2007, Vol. 20, Supplement 1, 156.
76. **Bailleux S, Oualid H, Bouaziz D, Tardieux PM, Levrant J.,** Influence de la fréquentation d'un SAU par les personnes âgées de plus de 75 ans sur le temps de passage aux urgences. 2007;20(1, Supplement 1):38. *Journal Européen des Urgences*. 2007, Vol. 20(1, Supplement 1), 38.
77. **Gillet JB, Vandenbossche P, Van Pee D, Lalovaux P, Bodart E, Jamart J, et al.,** Influence des taux d'occupation sur la durée de séjour aux urgences. *Réanimation Urgences*. 1998, Vol. 7(2, Part 1), 144.
78. **Sahraoui K, Dutech M, Tazerout D, Quitelier R, Peudepièce P, Guyenon R, et al.,** Évaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du SAU. *Journal Européen des Urgences*. 2007, Vol. 20(1, Supplement 1), 156.
79. **Yatim D, Pontoizeau V, Clotteau MP, Le Conte P, Potel G.,** Pertinence des hospitalisations à partir du service d'accueil et d'urgence (SAU) ou la responsabilité des SAU dans la saturation des lits d'aval. *Journal Européen des Urgences*. 2004, Vol. 17(Supplement 1), 54.
80. **Andrianjafy H, Selcer D, Combes L.,** Ouverture d'une unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D.) aux urgences: Repercussions sur l'activité hospitalière. *Réanimation Urgences*. 1998, Vol. 7(2, Part 1), 158.
81. **Plomion O, Fraisse F, Denance AN, Guarinos A.,** Etude prospective des indications d'hospitalisation dans une UHTCD. *Réanimation Urgences*. 1995, Vol. 4(2), 229.
82. **Delmas G, Pierrard O, Weissenbach A, Zaioua S, Zemmouche P, Gillet P, et al.,** Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et personnes âgées de 80 ans et plus (80+). . *Journal Européen des Urgences*. 2008, Vol. 21(Supplement 1), A149-A50.

83. **Monneret T, Nolevaux G, Laplanche D, Lemoussu C, Hugerot A.,.** Unité d'accueil de médecine polyvalente (UAMP) : une solution performante pour l'amélioration de l'aval des structures d'urgences ? *Journal Européen des Urgences* 2007. Vol. 20(1, Supplement 1), 113.
84. **Breuil N, Heuser S, Aublet Cuvelier B, Saint Léger L, Jaffeux P, Chapon V, et al.,.** Évaluation des 6 premiers mois d'activité d'une unité de post accueil des urgences. . *Journal Européen des Urgences*. 2004, Vol. 17(Supplement 1), 38.
85. **Berthier S, Bonnotte B, Khau Van Kien A, Benzenine E, Bismuths MJ, Lorcerie B.,.** Intérêt d'un secteur d'orientation court dans un service de médecine interne. *La Revue de Médecine Interne*. 2003, Vol. 24(Supplement 4), 423s.
86. **Grignon P, Le Page L, Lion-Daolio S, Guerin D, Picard A, Duhaut P, et al.,.** Évaluation rétrospective sur un an du fonctionnement d'une structure d'hospitalisation de court séjour post-urgence. *La Revue de Médecine Interne* 2007. 2007, Vol. 28(Supplement 1), 52.
87. **Cooke MW, Higgins J, Kidd P.,.** Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review. *Emerg Med J*. 2003, Vol. 20(2), 138-42.
88. **Médecins hospitaliers (CHG Carcassonne).** Enquête relative aux admissions non programmées 1er avril 2009. Service Qualité et Gestion des Risques.
89. **Harzo, Pascale Gayrard et Christian.** médecine ambulatoire, médecine hospitalière, quels liens construire ? URML RA édition, Aout 2008.

ANNEXES

Annexe 1 : les différentes échelles d'évaluations

A. Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil

La **Classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA)** classe les patients en 6 groupes selon leurs modes d'admission et de sortie. Chaque classe regroupe des patients pour lesquels la charge en soins médicaux et paramédicaux, ainsi que le volume des examens complémentaires est globalement équivalent. Cependant la charge de travail pour le personnel médical et infirmier est plus lourde pour les groupes 4 et 6.

Classification GEMSA

GEMSA 1	Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.
GEMSA 2	Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale,..)
GEMSA 3	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansement, ablation de fils, rappel de vaccination, ...etc)
GEMSA 4	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil (SAU).
GEMSA 5	Patient attendu dans un service, ne passant au SAU (Service d'Accueil des Urgences) que pour des raisons d'organisation (enregistrement administratif, réalisation d'un « bilan d'entrée », refus de certains services de réaliser des entrées directes, etc).
GEMSA 6	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médicale attentive pendant au moins une heure)

Cette classification pourrait servir à prédire la consommation en ressources d'un service d'urgences. En effet, les auteurs ont trouvé que les patients appartenant à la classe 6 étaient source de consommation importante de ressources, alors qu'à l'opposé la classe 5 pourrait correspondre à un besoin moindre d'allocation budgétaire. Une analyse plus fine de l'activité est nécessaire pour mieux interpréter les dépenses du service.

Cette classification est réalisée rétrospectivement et prend en compte le mode d'arrivée des patients et le mode de sortie des SAU (Service d'Accueil des Urgences). Elle n'est donc pas utilisable en termes d'évaluation prospective de la gravité à l'arrivée des patients. Par contre son utilisation rétrospective permet, là encore, la

comparaison des différents services d'urgences entre eux. La classification GEMSA est donc essentiellement utilisable comme un indicateur qualitatif d'activité du service.

B. CCMU ou classification clinique des malades aux urgences

La **classification clinique des malades aux urgences**, couramment abrégée par le sigle **CCMU**, est une codification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical.

La CCMU a été modifiée pour rajouter 2 classes de degrés de gravité du patient.

Cette évaluation est déterminée à la fin de l'interrogatoire du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique (ECG, EVA, SPO2, Dextro, bandelette urinaire, etc.) par le médecin des urgences ou du SAMU/SMUR.

Classification

Ci-après les 7 classes CCMU codifiant l'état du patient avec des exemples de suspicions de diagnostics :

CCMU P	Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toutes pathologies somatiques instables associées.
CCMU 1	Etat clinique jugé stable. Abstention d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques. Examen clinique simple
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stables. Décision d'actes complémentaires diagnostiques (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutiques (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiats.
CCMU 5	Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
CCMU D	Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

C. La grille AEPf des admissions

Elle a été traduite et validée en France en 1991 par le Pr Davido. Elle comprend 16 critères divisés en deux parties :

- 10 critères liés à l'état de sévérité clinique ;
- 6 critères liés à la délivrance de soins.

Elle est utilisée pour les patients admis aux urgences ou directement dans un service de soins, hors admissions programmées.

Ce sont ces admissions qui font l'objet de l'étude.

L'admission est jugée pertinente si l'un des critères de la grille AEPf est présent. Si aucun critère n'est présent, un expert peut néanmoins déclarer la journée pertinente, c'est la notion « over-ride » que nous traduisons par « avis d'expert ». Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme. L'expert doit clairement expliquer la raison de l'utilisation de « l'avis d'expert ».

Critères de sévérité clinique

1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente
2	Pouls < 50/min ou > 140/min
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120
4	Cécité ou surdité brutale
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps
6	Fièvre persistante > 38,5� sous le bras ou 39� rectale depuis plus de 5 jours
7	Syndrome hémorragique
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO ₃ < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) � l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.
10	Ischémie aiguë à l'ECG

Critères liés aux soins délivrés

1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entérale)
2	Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique
5	Traitement dans une unité de soins intensifs
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures

Annexe 2: Feuilles de recueil d'information concernant l'enquête des patients adressés aux urgences par leur médecin traitant.

LUNDI 12 SEPTEMBRE

Jour de l'admission	AGE	Ville de résidence	Heure d'arrivée	Nom du médecin traitant	Motif de recours	Présence de signe de gravité, lesquels ?		Paramètres hémodynamiques	passage par les urgences nécessaire?	Commentaire...	
(1) Lundi 12 sept 2011	86	STE LUCE/LOIRE	10H47	DR R	Déficit neuro brutal ac hémiparésie dt et dysarthrie hier soir à 18h non régressive			stable	oui	Aggravation très légère du déficit neuro depuis la veille	Neurologie AVC
(2) Lundi 12 sept 2011	95	BOUAYE	10H00	DR C	Aggravation d'une dyspnée ce jour évoluant depuis 1 semaine chez un cardiaque	non		97%ss 2l reste normal	Non	OAP ttt diurétique, surveillance rapprochée de la fct rénal (IRC chronique)	Gériatrie Dyspnée
(3) Lundi 12 sept 2011	46	BOUGUENAI	9H54	DR C	Vomissement noirâtres + selle mélenique depuis 2 jrs, dlr épigastrique		Bio normal	FC 130, TA 110/80 T 37,8	Oui	Patient IMC communication que par oui et non MPU en attendant la FOGD programmée 2 jrs plus tard	Gastro-entérologie Saignement digestif
(4) Lundi 12 sept 2011	88	NANTES	8H20	DR G	Dyspnée brutale au levé avec gêne thoracique chez un patient qui tousse	Oui	Bradycardie dyspnée	TA 196/64 FC 40 SAT 100% ss 10l	oui	Décompensation cardiaque sur bradycardie ss cordarone.... télémétrie	Cardiologie Dyspnée
(5) Lundi 12 sept 2011	85	LE CELLIER	10H59	DR F	Ce jour Sub OAP avec suspicion de PFLA G (traité depuis 48h) ayant déjà reçu 20 mg de lasilix en plus ce matin	oui		TA 10/5 pls 66 Sat 96 ss 35%	oui	Décompensation cardiaque sur pneumopathie Gh	Gériatrie Dyspnée
(6) Lundi 12 sept 2011	49	NANTES	11H05	DR S	Demande de sevrage avec sd de DT (hallucination...)		DT	TA 98/59 pls 99 sat 97 T 36,8 G15	oui	Découverte d'une lns rénal aigue non fonctionnel au décours non connu	Psychiatrie alcool
(7) Lundi 12 sept 2011	65	ST VINCENT DES LANDES	11H26	DR A	Sciatalgie S1 dt hyperalgique avec parésie évoluant depuis 48H			Constantes normales	Oui	Ttt analgésique visiblement minime sans déficit rad refusé par la patiente...	Rhumatologie Sciatalgie
(8) Lundi 12 sept 2011	61	ST JOSEPH DE PORTERIE	11H55	DR M	Diarrhée glairo-sanglante évoluant depuis 10 jrs sans fièvre, mais anorexie et qq dlr abdo			TA 150/103 pls 100 G15 sat 97% T 36,9	Non	Découverte d'une cirrhose copro NL en UHCD Arrêt de l'omeprazole... !	Gastro-entérologie Douleur abdominale
(9) Lundi 12 sept 2011	57	HERIC	12H03	DR P	Sciatalgie Gh depuis 1 mois majorée depuis 2 jrs Devenue impossible à prendre en charge par MT	non	Hyperalgie ne supportant pas les paliers 2	Hémodynamique stable apyrétique	non	Scann fait avt : rien de nouveau Cslt Dr Feve prévoyant une cslt algologique avec +/- infiltration... Palier 2 non supporté.	Rhumatologie Sciatalgie
(10) Lundi 12 21 sept 2011	62	STE LUCE/LOIRE	12H51	DR P	Dlr thor Gh irradiation dorsal, dyspnée la nuit	oui	Dlr tho	TA 131/64 PLS 81 FR 16 Sat 99 G15 EVA 3/10	OUI	Elimination des différentes hypothèses diagnostique/ rad / pas d'appel 15	Cardiologie Douleur thoracique
(11) Lundi 12 21 sept 2011	93	NANTES	12H27	DR G	Pousse d'IC dyspnée au moindre effort depuis quelques jours			TA 142/90 pls 115 SAT 87 ss FiO2 60%	NON	Feuille de limitation de soin faite aux urgences ATCD CMH évolué, démence+	Gériatrie Dyspnée
(12) Lundi 12 21 sept 2011	83	BLAIN	13H17	DR M	Asthénie depuis 1 semaine avec épigastrie +/- dlr thoracique basithor chez une patiente suivi pr anémie chronique en crs de bilan	non		NL	NON	Déjà suivi en mpu Anémie à 7,5 au urg	Gériatrie Décompensation d'une pathologie chronique
(13) Lundi 12 21 sept 2011	87	ST LUCE/LOIRE	13H19	DR B	Dyspnée croissante depuis quelques jours, vomissement fécaloïde et dlr thor intermittente depuis 15 jrs à type de serrement			?	oui	Sca non st + tropo +, d'évolution lente, colite ischémique sur bas débit ? Stigmate de CIVD tp à 42%	Gériatrie Dyspnée
(14) Lundi 12 sept 2011	64	NANTES	14H11	DR C	Diarrhée avec rectorragie sous ttt ATB pour pyélo depuis 4jrs			TA 170/90 pls 72 sat 98% NL	non	TR nl (un seul épisode de rectorragie en fait)	Gastro-entérologie Saignement digestif
(15) Lundi 12 sept 2011	85	ST HERBLAIN	14H15	DR R	Chute à domicile + pb de maintien à domicile difficile depuis 3 mois !!!!!			TA 144/81 FC 76 sAt 95 G15 EVA 0	non		Gériatrie Altération de l'état générale
(16) Lundi 12 sept 2011	81	STE LUCE/LOIRE	15H37	DR V	Dyspnée s'aggravant depuis 1 mois de type orthopnée			TA 145/68 sat 90 FIO2 31% T 36,8	non		Cardiologie Dyspnée

(17) Lundi 12 sept 2011	87	HAUTE GOULAIN	15H38	DR V	Hyperthermie depuis 48h examen d'urine en cours sans étiologie			BU + TA 117/47 PLS 89 SAT 98% FR 14	Non		Infectieux Fièvre inexpliquée
(18) Lundi 12 sept 2011	67	NANTES	15H53	DR D	Dyspnée depuis 5 jrs sans dlr tho + dlr hypocondre dt depuis 1ans + OMI G ce jour			nl	oui	EP avec Découverte d'un néo avec masse hépatique et pulmonaire comprimant l'art pulm dt	Angiologie Embolie pulmonaire
(19) Lundi 12 sept 2011	87	La haie fouassiere	16H07	DR G	Hémiplégie gauche ce matin sous avk	non		TA 151/65 FC 122 FR 16 SAT 100	oui	AVC sylvien gauche profond transfert MAG	Neurologie AVC
(20) Lundi 12 sept 2011	70	ST SEB SUR LOIRE	16H28	DR L	Sd infectieux évoluant depuis 2 sem. sort d'un ttt pour inf. urinaire de 7 jrs sous augmentin + cholestase + AEG depuis 3 sem	non		TA 139/86 PLS 87 FR 20 T 36,9 sat 97%	non	Alzheimer en EHPAD contact impossible... en fait pas de cholestase mais cytolysse hépatique à 3x la NL	Infectieux Fièvre inexpliquée
(21) Lundi 12 sept 2011	30	ANGERS	16H32	DR B	Suspicion d'appendicite évoluant depuis 7 jrs sans fièvre			TA 90/50 pls 75 FR 16 sat 99% T 37	oui	En fait mucocele volumineux abdo sans sd inflammatoire	Chirurgie digestive Douleur abdominale fébrile
(22) Lundi 12 sept 2011	90	NANTES	16H50	DR F	Sd confusionnel depuis 2 jrs avec héminégligence évoluant depuis 1 mois Chez un patient GIR 6			NL	Oui	Scanner nl au urg ; hospit pour EEG et surveillance	Neurologie AVC
(23) Lundi 12 sept 2011	77	MAULEVRIER !!!	17H04	DR L	Dyspnée dlr thoracique sur la cicatrice d'une bio prothèse aortique du 25/08	non		TA 121/82 PLS 85 FR 21 Sat 97 G15 EVA 0/10	non		Cardiologie Douleur thoracique
(24) Lundi 12 sept 2011	54	BLAIN	17H41	DR M	lvresse aigue chez un patient présenté par le méd, Patient accompagné : ANOREXIE, AEG, oh++ !!!!	non		TA 134/63 PLS 94 FR 16 Sat 97 G15 EVA 0/10	Non	lvresse aigue gardé en salle marine	Psychiatrie problème lié à l'alcool
(25) Lundi 12 sept 2011	91	NANTES	17H50	DR L	OAP avec désaturation à 72% chez une patiente ayant chuté il y à 3 jrs, vit en institution			TA 157 77 FC 90 G 14 FR 21 T 37 Sat 77 % en AA	non	Examen difficile : violente refuse tout examen bio et clinique	Gériatrie Dyspnée
(26) Lundi 12 sept 2011	79	Saint aignan de GL	18H20	DR S	AEG depuis 10 jrs avec urine foncée et selle décolorée + prurit depuis 4 jrs	non		NL	NON	Echo dilatation du Wirsung	Gastro-entérologie Saignement digestif
(27) Lundi 12 sept 2011	25	COUERON	18H29	DR V	Dlr de la FID depuis la veille une CRP à 57 GB 9610 suspicion d'appendicite	non		TA 106/59 PLS 80 FR 16 Sat 97 G15 EVA 04/10	oui	Sort sous pentasa flagyl para lléite infectieuse terminale sans appendicite au scanner Cslt gastro 3sem	Chirurgie digestive Douleur abdominale fébrile
(28) Lundi 12 sept 2011	75	NANTES	18H35	DR T	Confusion depuis 2 jrs chez un patient ayant des tb cognitif suivi par PR Berrut			NL	non		Gériatrie Confusion
(29) Lundi 12 sept 2011	72	NANTES	19H18	DR T	Asthénie + anesthésie à 18h de la moitié gauche de la langue persiste un Engourdissement	non		TA 173/80 PLS 64 FR 16 Sat 99 T36,1 G15 EVA 0/10	OUI	Adressé aux urg par Pr Derkinderen (pas de lit d'hospit... pas de critère de fibrinolyse)	Neurologie AVC
(30) Lundi 12 sept 2011	39	MONBERT	20H48	DR G	Adressé de Monbert pour détresse respi aigue avec désat à 57 et tachycardie à 150	oui		TA 116/63 FC 120 96% ss MHC	Oui		Pneumologie Dyspnée
(31) Lundi 12 sept 2011	89	NANTES	21H50	DR P	Décompensation cardiaque aigue après prise de corticoïde pour une dyspnée laryngée 5 jrs auparavant			TA 132/39 FC 71 SAT 98 ss 2 I T 36,5 G15 EVA 0	oui		Cardiologie Dyspnée

N° Identifiant	avis de spécialiste	examen réalisé aux urgences	Thérapeutiques aux urgences	orientation du patient, orientation adaptée ?		conclusions des urgences	temps passé aux urgences
2	0	Bio standart, tropo RP	O	MPU	oui	Décompensation cardiaque Gh chez un patient cardiaque ++ Majoration du traitement par lasilix + surveillance renal car IRénaie modérée	4H25
8	o	Echo bio asp BHC	O	UHCD	oui	Découverte d'une cirrhose suivi en gastro au NCN pr ? UHCD pr surveillance de la diarrhée et rectoscopie	6H00
9	0	bio	Accupan	MPU puis rhumatologie	non	Sciatalgie ancienne suivi en algologie à Catherine de sienne, plus gérable en externe	4H50
11	0	Bio rp tropo bnp	Nitré / lasilix / o2	UHCD	Non	Poussée d'ICG sans étiologie d'évolution progressive chez patiente démente	5H20
12	0	bio	Transfusion commandé passé dans le service de MPU	MPU	oui	Asthénie chez une patiente suivie pour une anémie chronique en attente des résultats de la vidéo capsule suivi en dermato pr sclérodermie	4H03
14	gastro	Bio/ ASP	0	MPU	Non gastro	Prélèvement infectieux + recto devant diarrhée sanglante chez un patient ss ATB	3H50
15	0	BIO Rad Bassin ACG	0	UHCD puis Bellier	Non Bellier	Pb de maintien à domicile depuis 3 mois	13H55
16	0	Bnp bio ecg rp tropo	Lasilix risordan	MAG	oui	Poussée d'IC global	5H30
17	0	Bio ECBU rp	Rocéphine 1g	MPU	Oui	Pyélonéphrite	6H00
20	0	BIO BHC	O	Nephro	Non	AEG + Cytolyse hépatique chez un patient ayant un sd infectieux depuis plusieurs semaines.	11H56
23	0	Bio ecg RP tropo	0	RAD	Oui	Dlr costale Gh sur thoracotomie datant de 20 jrs, bio et RP nl	4H40
25	0	ras	0	Nephro	Non	OAP bien toléré chez une patiente opposante sur tout attendre le lendemain pour commencer la PEC	10H10
26	0	Echo bio BHC ecg	0	MPU	Non gastro...	Cholestase ictérique avec dilatation du wirsung à l'écho .. hospit pour bilan ac scann	7H20
28	0	ASP bio ECG	0	MPU	oui	Sd confusionnel dans un contexte de démence	6H50

MARDI 13 SEPTEMBRE

Jour de l'admission	AGE	Ville de résidence	Heure d'arrivée	Nom du médecin traitant	Motif de recours	présence de signe de gravité, lesquels ?		Paramètres hémodynamiques	passage par les urgences nécessaire?	Commentaire...	
(1) mardi 13 sept 2011	80	NANTES	10H04	DR T	AEG depuis 6 mois avec perte de 6 kg en 6 mois à domicile	Non		NL, apyrétique	Non		Gériatrie Altération de l'état générale
(2) mardi 13 sept 2011	61	SAINT MEME LE TENU	10H54	DR B	DLR abdo diffuse + vomissement	Non		TA 117/73 PLS 101 FR 16 Sat 93 T 37,6 G15 EVA 3/10	Oui	Vie en MDR (AVC)	Chirurgie digestive Syndrome Occlusif
(3) mardi 13 sept 2011	73	BOUAYE	12H15	DR A	Tachyrythmie de puis ce matin, ACFA bien toléré ?	Non		TA 169/106 PLS 141 FR 16 Sat 97 T 36,4 G15 EVA 3/10	Oui pour ECG	ACFA paroxystique connu ss Kardégic et revenue en rythme sinusal aux urgences	Cardiologie Palpitation
(4) mardi 13 sept 2011	88	BOUGUENAI	12H15	DR P	DLR thoracique à Répétition depuis ce matin à ECG nl chez patient Alzheimer TNT sensible une première fois	Non		TA 115/64 PLS 64 FR 17 Sat 100% T 36,2 G15 EVA 3/10	Oui	Maladie Alzheimer	Gériatrie Décompensation de pathologie chronique
(5) mardi 13 sept 2011	95	NANTES	12H44	DR A	Sd de glissement depuis 1 mois Dlr hanche suite à un faux mvt depuis 15 jrs	non		TA 11/60 PLS 55 FR 17 Sat 100% T 36,9 G15 EVA 0/10	non		Gériatrie Altération de l'état générale
(6) mardi 13 sept 2011	54	NANTES	12H49	DR L	Suspicion de Cholécystite aigue + cystite Barriere de la langue.	non		TA 159/91 PLS 66 FR 16 Sat 97 T 37,6 G15 EVA 3/10	oui	Bio de prescrite par le med !!! : NL bu NL Echo 3 jrs avant montrant une inflammation sub normal de la vésicule.	Chirurgie digestive Douleur abdo fébrile
(7) mardi 13 sept 2011	97	NANTES	13H11	DR F	OAP ayant déjà reçu 60mg de lasilix	?		TA 115/64 PLS 64 FR 17 Sat 94% ss 3l T 36,2 G15 EVA 0/10	oui	Déjà hospitalisé dernièrement à st jacques pour OAP sur pneumopathie	Gériatrie Dyspnée
(8) mardi 13 sept 2011	82	NANTES	14H06	DR B	Détresse respi avec poussée hypertensive	oui	FR,	TA 200/100 PLS 74 FR 16 Sat 89% ss FIO2 40% T 35 G15 EVA 0/10	oui	A reçu par sos TNT	Pneumologie dyspnée
(9) mardi 13 sept 2011	89	ROUANS	14H31	DR M	Dyspnée aigue avec désaturation et Diminution du MV à Gauche	oui		TA 130/80 PLS 64 FR 17 Sat 98% ss 3l T 37 G15 EVA 0/10	oui	Décompensation cardiaque global	Cardiologie Dyspnée
(10) mardi 13 sept 2011	32	GENESTON	15H17	DR P	Instabilité hémicorps dt avec asthénie et nystagmus déjà vu il y a 3 jrs bilan nl pas d'amélioration ss tanguanyl			TA 114/66 PLS 73 FR 16 Sat 99 T 37,6 G15 EVA 3/10	oui	Avis neuro : Scann en urg(NI) puis IRM et consultation neuro en ext	Neurologie AVC
(11) mardi 13 sept 2011	78	BLAIN	15H26	DR P	Décompensation respiratoire dans le cadre d'une IR restrictive(lobectomie sur tuberculose)			Sat 74% en AA FR 24 sat 96% ss3L TA 15/7 T37	oui	Décompensation cardiaque sur probable SCA passé inaperçu ECHO en hospit ttt médical...	Pneumologie dyspnée
(12) mardi 13 sept 2011	42	DERVAL	15H35	DR T	Broncho-pneumopathie évoluant depuis 3 semaines malgré ttt changé à plusieurs reprises			T39 TA 14/8 pls 113	non		Infectieux pneumopathie
(13) mardi 13 sept 2011	54	GUERANDE	15H37	DR L	Asthénie brusque ce midi + dlr FID hypo TA chronique			TA 106/58 PLS 63 FR 20 Sat 95 T 37,2 G15 EVA 0/10 GLY 7,7	oui	A la Barronais . bilan de malaise sans PCI ni TC Ras RAD BARONNAIS En Attente de pontage cardiaque	Cardiologie malaise

(14) mardi 13 sept 2011	60	SEVERAC	15H38	DR M	Plusieurs Dlr thoracique angineuses depuis 1 semaine. Dlr depuis 9h ce matin.			TA 162 /83 PLS 93 FR 16 Sat 99 T 37,4 G15 EVA 7/10	oui	cédant après du paracétamol à 17H.. bio nl, CCL ? Rad avec antalgique simple	Cardiologie Douleur thoracique
(15) mardi 13 sept 2011	90	CORCOUE SUR LOGNE	16H55	DR B	RAU avec IRA (ur à 45 et créat à 425) et hématurie avec caillots			TA 152 /74 PLS 61 FR 16 Sat 99 T 36,6 G15 EVA 0/10	non	Hospit en SSR à Corcoué/ K de la prostate connu	Urologie Rétention aigue d'urine
(16) mardi 13 sept 2011	84	LA HAIE FOISSIERE	16H58	DR M	Depuis 5 jrs marche à petit pas, fuite urinaire, tb de la marche. patient sous neuro ; refus du psy de les arrêter	non		NL	non		Neurologie Trouble sensitivomoteur
(17) mardi 13 sept 2011	64	NANTES	17H51	DR C	Sortie le 8/9 de rhumato pour tassement ostéoporotique, réadressé pour IRA et sd confusionnel depuis 1 sem	non		TA 108/67 pls 71 T 37 NL	Oui	Pas d'ains ex clinique nl	Neurologie Confusion
(18) mardi 13 sept 2011	82	LA CHAPPELLE SUR ERDRE	18H04	DR B	Difficulté de maintien à domicile depuis ça sortie de Bellier(pas de place à Bellier dans l'immédiat	non		NL	non	Sortie de Bellier le 8/09 pr œsophagite et dénutrition	Gériatrie Altération de l'état générale
(19) mardi 13 sept 2011	84	REZE	18H39	DR G	Pb de maltraitance financière par son fils maintien à domicile impossible	non		NL	non	Patiente en incurie et non TTT	Gériatrie Altération de l'état générale
(20) mardi 13 sept 2011	64	GENESTON	19H02	DR C	Defense abdominale, vomissement en jet (X20), dlr abdo depuis le début d'Am en hypogastrique	non		TA 148/85 PLS 88 FR 16 Sat 97 G15 EVA 0/10	OUI	Abdo souple et dépressible... bio asp mipa nl mais BU sg +++... colique nephretique très probable	Urologie Colique néphrétique
(21) mardi 13 sept 2011	15	NANTES	19H30	DR G	Pneumopathie avec lésions gingival et buccal desquamative... persistante malgré le changement d'ATB 2 jrs avt			NL T 39,8	oui	Pneumopathie à germe spé ou allergie au atb ou AINS	Infectieux Pneumopathie
(22) mardi 13 sept 2011	76	ST HERBLAIN	19H51	DR H	Chute par maladresse pdt la dialyse, AEG depuis 1 sem	non		NL	non		Gériatrie Chute
(23) mardi 13 sept 2011	44	VERTOU	20H21	DR C	Sueur noct +fièvre + dlr abdo 4selle /jrs depuis 1 semaine retour du Srilanka le 28/08	Oui	Fièvre de retour d'un pays palu	TA 110/61 PLS 71 FR 16 Sat 99 T 37,6 G15 EVA 3/10	Oui	Pas de prophylaxie pdt 8jrs	Infectieux Fièvre inexpliquée
(24) mardi 13 sept 2011	60	BOUAYE	20H33	DR C	Jambe dt oedematie et hyperalgique	non		TA 132/56 PLS 60 FR 20 Sat 95 T 37,4 G15 EVA 0/10	non	Suivi pr néo prostate	Angiologie Phlébite
25) mardi 13 sept 2011	24	VALLET	20H55	DR B	Suspicion d'EP devant des liphymies depuis 3 sem, palpitation (déjà exploré il y a un an)			TA 145/68 PLS 89 FR 20 Sat 100 T 37 G15 EVA 0/10	Oui	Ex clinique normal... aucun ex radiologique de fait au urg... bio normal dt ddim	Angiologie Embolie pulmonaire

N° Identifiant	avis de spécialiste	examen réalisé aux urgences	Thérapeutiques aux urgences	orientation du patient, orientation adaptée ?		conclusions des urgences	temps passé aux urgences
1	Gériatrie : hospit à la MAG	Bio RP	0	MAG	oui	AEG sur composante dépressive depuis le décès de son marie nécessité d'une hospit pour faire un bilan	3H00
5	0	RP scann bio ecg radio de hanche bassin	Lasilix paracétamol	MPU 3	oui	Tb de la marche depuis 15 jrs sur calcification du psoas avec épanchement intra abdo et décompensation cardiaque global modérée	7H50
12	Pneumo (CCC	RP ecg hemoc bio	Pyos rova perfalgan o2	Pneumo 3sud	oui	Broncho-pneumopathie réintroduction de la pyostacine plus rovamycine et hospit	2H30
15	Uro	Echo le lendemain/ bio /	Sondage/	UHCD	oui	Globe vésical sur ADK prostatique M+ et IRA ... surveillance en UHCD pour l'IRA avt RAD. SU pdt 3 semaine ...hospit de jr ds 3 sem en URO pour retrait de la sonde U	4H05
16	0	Bio ecg	ras	MPU	oui	Sd extrapyramidal induit par les neuroleptiques sans possibilité de les enlever	3H58
18	0	BIO ECG ASP	lavement	MAG	oui	Aeg à la sortie de Bellier maintien à domicile difficile	2H55
19	0	Bio ECG	0	UHCD avt Bellier	non	Pb médico-social +++	8H25
22	0	bioECG	0	MPU	Oui	AEG depuis 1 sem chez un patient en dialyse pour une IR term ayant chuté pdt sa dialyse	5H25
24	0	Bio ECG	0	RAD	Oui	écho abdo pelv en externe pour suspicion de compression pelvienne .. pas d'argument pour une TVP	5H50

MERCREDI 21 SEPTEMBRE

Jour de l'admission	AGE	Ville de résidence	Heure d'arrivée	Nom du médecin traitant	Motif de recours	présence de signe de gravité, lesquels ?		Paramètres hémodynamiques	passage par les urgences nécessaire?	Commentaire...	
(1) Mercredi 21 sept 2011	75	NANTES	9H32	Dr J	Aeg depuis plusieurs mois et anémie à 10,8	non		Nl	non	!!!	Gériatrie Altération de l'état générale
(2) Mercredi 21 sept 2011	78	St PHILIBERT DE Gd LIEU	9H52	Dr R	Anurie depuis un scanner injecté hier passé dans le cadre de l'exploration d'un lymphome.	?		Nx	OUI	A la lecture du scanner découverte d'une obstruction urétéral par de multiple adénopathie... hospit en néphro après passage au bloc pour pose de sonde JJ	Urologie Rétention aigue d'urine
(3) Mercredi 21 sept 2011	56	LA CHAPPELLE BASSE MER	10H39	Dr Y	Nécrose orteil 4 et 5 chez un patient AOMI et diabétique non présent la veille mais déjà douloureux	non		nl	non	Suivi par dr L'escalier... ok pour transfert à st Augustin	Endocrinologie Complication diabète
(4) Mercredi 21 sept 2011	81	SAINT HERBLAIN	11H00	Dr M	Suspicion d'AVC devant chute à répétition et notion de dysarthrie depuis la veille	non		NL dt dextro	oui	ATCD d'AVC ischémique, chuterai depuis en fait 3 semaines ...pas de scanner réalisé AU sau	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(5) Mercredi 21 sept 2011	17	NANTES	11H07	Dr P	Dlr abdo avec nausée depuis 5 jrs tres angoissée dans l'attente des résultats de l'écho passé la veille ? bio nl			TA 107/67 FC 79 SAT 100% T37	oui	Appendicite...	Chirurgie digestive Douleur abdo fébrile
(6) Mercredi 21 sept 2011	85	BOUGUENAIS	11H48	Dr G	Chute à répétition. ce matin chute avec PC et TC retrouvé très somnolent		Pc avec somnolence	NL apyr	OUI	Vit en MDR, Alzheimer Scanner nl /consult gériatrie pour bilan de chute en externe	Gériatrie Chute
(7) Mercredi 21 sept 2011	60	NANTES	11H56	DR G	Asthénie depuis 1 sem avec anémie à 7,2	non		G15 sat 100 T 37 NL	non		Gastro-entérologie Saignement digestif
(8) Mercredi 21 sept 2011	69	St PERE EN RETZ	12H30	Dr L	Dlr abdo diffuse fébrile, vomissement depuis 5 jrs, avec bio : cytolysse + cholestase la veille	non		nl	Oui		Chirurgie digestive Douleur abdo fébrile
(9) Mercredi 21 sept 2011	89	GUENON	12H49	Dr T	Hémiparésie Gh + PF Gh depuis le début de matinée	non	Plus de 3H	TA 163/47 FC 20 sat 100% T 36	oui	AVC ischémique au scanner	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(10) Mercredi 21 sept 2011	66	VALLET	13H09	Dr A	Ascite récidivante AEG depuis plusieurs mois suite à un AVC	non		NL T 36,7	non	Gastro injoignable	Gastro-entérologie Décompensation oedemato-ascitique
(11) Mercredi 21 sept 2011	87	nantes	13H29	Dr D	HDT par sos médecin 1 amp de Tercian par sos sur persécution agitation hallucination +++		Ss tercian	TA 104/53 FC 94 STAT 98% HGT 8,1	oui		Psychiatrie Décompensation d'une maladie psychiatrique
(12) Mercredi 21 sept 2011	75	PORNIC	13H27	DR B	Eczéma généralisé résistant (déjà eu 2 consult dermato ...)	non		G15 Apyrétique TA 213/112 tjrs tendu T 37	non		Dermatologie Plaie
(13) Mercredi 21 sept 2011	86	REZE	14H37	DR P	TB du comportement évoluant depuis plusieurs mois maintien en MDR difficile !!!	non		nl	non		Gériatrie Altération de l'état générale
(14) Mercredi 21 sept 2011	85	ST SEBASTIEN SUR LOIRE	14H53	DR L	Adressée pour AEG et OMI depuis 1 semaine avec depuis 2 jrs vomissement (fécaloïde ?) ascite ictère			TA 149/90 FC 100 FR 16 T 36,8	Oui	Pas de gros ATCD	Chirurgie digestive Syndrome occlusif
(15) Mercredi 21 sept 2011	64	NANTES	15H47	DR S	AEG nausée dyspnée frisson et T° récurrent depuis plusieurs mois			T37,7 TA 134/57 SAT 98% FC 116 EVA 0 G15	non	Bilan bio très perturbé chez un patient aux atcd simple (DNID 2)	Infectieux Fièvre isolée
(16) Mercredi 21 sept 2011	76	NANTES	16H08	DR L	Aphasie à 9H30 hier en présence de l'Aide Men ce midi de nouveau propos incompréhensible régressif			G14 TA 135/61 FC102	oui	Chute à répétition problème de maintien à domicile difficile	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale

(17) Mercredi 21 sept 2011	90	LA CHAPPELLE BASSE MER	18H11	Dr Y	PC sans TC à type d'absence vers 16 h en animation en MDR avec sueur 1 vomissement. retour rapide à l'état antérieur			T 36,1 NI	oui	Alzheimer... au final colique hépatique	Gériatrie Chute
(18) Mercredi 21 sept 2011	16	NANTES	18H47	Dr C	Présence d'une papule prurigineuse suintante du mollet G avec fuite de pus at érythrodermie DE 4CM de diamètre, mollet oedematié chaux dlrx			Apyrétique NL	non		Dermatologie Plaie
(19) Mercredi 21 sept 2011	83	LA CHAPPELLE SUR ERDRE	18H57	Dr C	Chute sans idée sur l'origine , est resté 1H au sol sensation de gêne thoracique et palpitation quand elle était au sol/ à priori pas de perte de connaissance			TA 177/88 FC 80 SAT 98% T36,6	Oui	Après une surveillance de 12H ; RAD pas d'hypothèse sur la chute ; avis gériatrique en externe pour bilan de chute	Gériatrie Chute
(20) Mercredi 21 sept 2011	83	NANTES	19H37	Dr B	Dlr très intense sur une hernie ombilicale évoluant depuis 3 jrs.			EVA 9/10 TA 140/72 FC 80 SAT 96% G15 T 35,6	Oui	Pas de sd occlusif... pas de réduction de la hernie aux urg opéré le soir	Chirurgie digestive Hernie digestive
(21) Mercredi 21 sept 2011	94	LIRE	20H12	Dr V	AEG et pb de maintien à domicile depuis plus de 2 semaines			TA 158/71 FC 89 SAT 97% T37	non	Déjà vu aux urgences d'Ancenis pour le même motif pas de place RAD	Gériatrie Altération de l'état générale
(22) Mercredi 21 sept 2011	72	LA CHAPPELLE SUR ERDRE	20H54	Dr M	Poussée hypertensive sur dépression en lien avec un déménagement qui date de plusieurs mois, tremblements, céphalées fourmillement des pieds	Non		TA 233/108 FC 67 reste NI	non		Cardiologie Poussée hypertensive isolée
(23) Mercredi 21 sept 2011	92	nantes	21H05	Dr B	Dlr abdo avec défense, anurie depuis 15H, pic fébrile ce jour à 39			FC 115 SAT 90 ss40% TA 145/80 T 37,2	Oui	Atcd de sonde urinaire bouché à répétition/	Chirurgie digestive Douleur abdo fébrile
(24) Mercredi 21 sept 2011	86	NANTES	21H08	DR R	Anémie à 7,5G/dl chez un patient ayant une CMH		Pas de sgt extériorisé		Non	Anémie depuis juillet 11/ INR à 4 FOGD le 15/09/11 : laser sur les ectasie vasculaire retrouvé sur l'estomac suivi par Dr POTTIER	Gériatrie Décompensation d'une maladie chronique

	avis de spécialiste	examen réalisé aux urgences	Thérapeutiques aux urgences	orientation du patient, orientation adaptée ?		conclusions des urgences	temps passé aux urgences
1	0	RP bio ecg	0	RAD	oui	AEG sans aucun signe de gravité urgent. Bilan d'AEG à réaliser en externe.	2H00
3	0	Echo doppler bio ecg	0	Hospit saint aug	Oui	Nécrose du 4é et 5é orteil G sur sténose serré de l'anastomose distale du pontage à gauche	8H32
7	0	Bio ferritine vit B12 ecg rp	Début du 1CG	Med int	Oui ?	Bilan d'anémie à 6,3g chez un patient non cardiaque asthénie +	6H20
10	Gastro	bio /ECG	PC ascite duphalac	GASTRO-HEPATO	OUI	DOA chez un cirrhotique avec foie multi-nodulaire, et signe modérée d'encéphalopathie	7H01
12	Dermato	Bio	0	RAD	Oui	Hospitalisation à programmée en dermato devant un eczéma généralisée résistant au cortisone standard (diprosone...)	5H06
13	0	Bio ecg bu	0	Rad	Oui (bellier)	Revoir avec Bellier pour une hospit en vue de la difficulté du maintien en MDR difficile... pr réadaptation ttt	3H45
15	0	Echo scanner bio RP ECG hémoc	0	Med interne	oui	Découverte d'une cirrhose probablement oh avec un sd inflammatoire CRP 180 lipase à 15N	7H49
18	0	ECG BIO	0	RAD	Oui	Pb érysipèle du mollet dt sur point de départ cutanée (bouton de moustique surinfectée avec bouton herpétique.	4H50
21	Néphro pour ins rénal	ECG bio	0	Néphro	Non (gériatrie)	AEG rapide chez une patiente chez qui on découvre une IRA fonctionnel sur déshydratation...	6H26
22	0	Bio ecg	Loxen 50	rad	oui	RAD avec un cp de loxen contrôle TA par médecin TT	6H20
24	0	Bio ecg	2 CG suspension des avk	Med int	oui	Anémie arégénérative en cours d'exploration par dr Pottier sur ectopie vasculaire gastrique. Chez un cardiaque	18H

JEUDI 8 SEPTEMBRE

Jour de l'admission	AGE	Ville de résidence	Heure d'arrivée	Nom du médecin traitant	Motif de recours	présence de signe de gravité, lesquels ?		Paramètres hémodynamiques	passage par les urgences nécessaire?	Commentaire...	
(1) Jeudi 8 sept 2011	62	NANTES	8H44	DR B	SD infectieux sévère (crp 170, GB 18000) depuis 3 jrs avec un E. FAECALIS multi-résistant revenu à l'ECBU, mis sous Orbénine	oui	terrain : Polyradiculon évrîte de Lewis	TA 112/71 FC 99 ; Sat 99% G15 FR 16 T 37	non		Infectieux Pyélonéphrite
(2) Jeudi 8 sept 2011	84	LA BERNERIE	9H44	Dr C	Encombrement bronchique chez un patient fébrile depuis la nuit même	oui	GIR 2, âge, oxygéno-dépendance aux urg	TA 97/54 FC 101 ; sat 98% ss 6l G15 FR 23 T°38,6	Non	Entrée directe	Infectieux Pneumopathie
(3) Jeudi 8 sept 2011	62	SUCE SUR ERDRE	10H21	DR C	Dyspnée stade III d'aggravation récente Avec prise de 3kg en 1 semaine	non	BPCO sévère	TA 160/100 sat 82%(BPCO++) T°37	Oui		Pneumologie Dyspnée sur terrain respiratoire
(4) Jeudi 8 sept 2011	45	ST SEBASTIEN SUR LOIRE	10H25	DR F	Aggravation d'une lomboradiculalgie depuis 2 semaines chez une patiente opérée d'une hernie discale lombaire il y a 3ans	oui	Déficit moteur/ Déficit sphinctérien	TA 102/58 FC 92; Sat 100 G FR 16 T°37 G 15 EVA 9/10	oui	A eu IRM aux urg : pas d'anomalie expliquent la symptomatologie actuel... ttt antalgique optimal à réévaluer avec un testing muscu par le med ttt / RAD	Rhumatologie Sciatique
(5) Jeudi 8 sept 2011	45	NANTES	10H34	DR C	Arrêt de son ttt antidiabétique depuis 2 mois				OUI	Allez directement en USC	Endocrinologie diabète
(6) Jeudi 8 sept 2011	60	NANTES	11H06	DR S	Incurie, HDT demandé pr l'OH et l'incurie, oh à visée antalgique !!!	non	Incurie !	Bonne hémodynamique ...	non	HDT refusée par le psy Hospit accepté par le patient	Physiatrie alcoolisme
(7) Jeudi 8 sept 2011	25	REMOUILLE	11H51	DR d	Vertige avec céphalée frontale brutale le matin ; vomissement à 1 reprise	NON		TA 116/61 FC 54 ; Sat 99 G FR 16 T°37 G 15 EVA 3/10	Oui	SCANNER SANS INJECTION A PREVOIR EN VILLE Pas de ttt en attendant	Neurologie vertige
(8) Jeudi 8 sept 2011	83	BOUGUENAI	11H55	DR S	Sd de glissement avec chutes à répétitions 1 épisode de dysarthrie ce jour en régression	non		Bonne hémodynamique	oui	Scanner pas d'élément récent Hém ou Isc	Gériatrie Altération de l'état générale
(9) Jeudi 8 sept 2011	87	PREFAILLE	12H00	DR F	Sd occlusif récidivant sortie la veille de CCDE ... adressé par mt sur demande de l'interne de chirurgie viscérale	non		?	non		Chirurgie digestive Syndrome Occlusif
(10) Jeudi 8 sept 2011	52	NANTES	13H30	DR L	Déficit neurologie avec trouble du langage, céphalée évoluant depuis 3 semaines, dysesthésie hemiface dt ce jour	non		TA 120/81 FC 78 ; sat 99 G FR 24 T°37 G 15 EVA 8/10	Oui	Scanner normal, IRM à réaliser dans la semaine rad	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(11) Jeudi 8 sept 2011	92	NANTES	13H45	DR F	Aeg depuis 1ans décompensation cardiaque depuis quelques jours	oui	Polypnée/ aeg/ ATCD	TA 138/57 FC 66 ; Sat 94 G FR 52 T°36.3 G 15	non	HDM stable avec pb de maintien à domicile	Gériatrie Dyspnée
(12) Jeudi 8 sept 2011	48	REZE	14H05	DR P	Dir Abdo non fébrile avec lombalgie et asthénie récente intense et thrombopénie	oui	Asthénie intense DEFENSE DE L'HYPOCHIN DRE DROIT	TA 136/60 FC 77 ; Sat 98 G FR 52 T°37 G 15 EVA 6/10	oui	Hépatite virale (après résultat HIV)	Gastro-entérologie Douleur abdominale

(13) Jeudi 8 21 sept 2011	99	NANTES	15H21	DR H	Ictère (cytolysé hépatique et cholestase) avec AEG			Constante normale	Non		Gériatrie Altération de l'état générale
(14) Jeudi 8 21 sept 2011	96	BOUAYE	15H32	DR B	Dysarthrie avec chute depuis le matin.	Oui	Pb cérébral Age...	TA 162/49 FC 77 ; Sat 98 G FR 20 T°36,2 G 15 EVA 0	Non		Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(15) Jeudi 8 sept 2011	90	GENESTON	15H58	DR P	Tableau d'OMI se majorant depuis plusieurs semaines en anasarque depuis 8jrs	non			non		Gériatrie Altération de l'état générale
(16) Jeudi 8 sept 2011	85	THOURE	16H15	DR M	Depuis 13H30, hémiparésie dt, apraxie et aphasie de Brocka légère			G 14 EVA O reste normal	oui	AIT, hospitalisé à la MAG à la recherche de l'étiologie	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(17) Jeudi 8 sept 2011	86	STE PAZANNE	17H00	DR B	Hémiplégie gauche suivie d'une crise convulsive ce matin, hémiplégie en régression		Avec de plus de 3H	?	oui	Avis Dr damier : Cslt aux urgences ; hématome intracrânien au scanner	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(18) Jeudi 8 sept 2011	96	NANTES	18H45	DR J	Asthénie depuis quelques jours, pas de sgt extériorisé HG à 4,5g/Dl			stable	Non	Anémie ferriprive connue du fait du grand âge sans supplémentassions ! Surveillance 48h en hospit pas de transfusion	Gériatrie Altération de l'état générale
(19) Jeudi 8 sept 2011	71	INDRE	18H45	DR F	Suspicion d'EP par un cardio Crachat hémoptique, dyspnée depuis 3 sem	oui		Constante stable apyrétique	Oui	En fait probable IVG sur cardiopathie ischémique, scann NL	Angiologie Embolie pulmonaire ?
(20) Jeudi 8 sept 2011	56	SAINT PHILBERT DE GRAND LIEU	19H06	DR L	Epigastralgie avec anorexie depuis 48h suivie pour une duodeno-pancréatectomie	oui	pancréatite	Constante stable apyrétique	Oui	Lipase la veille à 263 et CRP à 88...	Gastro-entérologie Douleur abdominale
(21) Jeudi 8 sept 2011	70	LE FENOULLER	19H17	DR A	Dlr cervical sur carcinome endocrinien ac méta os 3, 4, 5 devait être vu en consultation le lendemain	non		Stable apyrétique	non	Nécessité d'une hospitalisation pour gérer les dlr, vu ac l'interne de traumatolo sera pris en hospit neuro chir le lendemain	Soins palliatif Douleurs
(22) Jeudi 8 sept 2011	81	NANTES	20H49	S	DLR FID depuis 6 jrs , avec méléna, diarrhée et nausée	oui	DEFENSE	TA 122/95 FC 88 ; sat 95 G FR 20 T°36,7 G 15 EVA 4	OUI	Défense ?	Chirurgie digestive Syndrome occlusif
(23) Jeudi 8 sept 2011	20	PLESSE	22H31	DR T	Tb visuel, paresthésie main droite lipothymie, nausée palpitations après 3h de sport il y a 4 jrs (sans dlr tho)	non	C'est passé il y a 4 jrs !!!!	TA 122/59 FC 57 ; sat 98 G FR 20 T°36,3 G 15 EVA 0	non	Scanner de réalisé qd même : normal	Cardiologie malaise

N° Identifiant	avis de spécialiste	examen réalisé aux urgences	Thérapeutiques aux urgences	orientation du patient, orientation adaptée ?		conclusions des urgences	temps passé aux urgences
1	0	Echo rénal, NFS IUC BH	Fenêtre thérapeutique ATB	Med infectieux	oui	Infection urinaire basse à germe multi-résistants	8H40
2	Oui pr la distension colique vu de façon fortuite	Asp, RP, NFS IUC BNP	Augmentin, lasilix,	MPU	oui	PNP basale gauche/ Ins Car global Ins Ren term Volvulus à exsuffler dans la journée	6H50
6	0	NFS IUC TP TCA radio rachis lombaire	antalgie	MPU3	? convalo	AEG avec lombalgie chronique ayant entraîné une incurie++	6H10
9	Oui CCDE	Asp , iuc, nfs, tp tca	SNG	ccde	OUI	SD OCCLUSIF sur bride ttt médicalement	4H55
11	non	RP, NFS BNP, TPTCA, IUC	?	Gériatrie Laennec	oui	Décompensation cardiaque global associé à un pb de maintien à domicile	4H54
13	Avis chir et gastro	Echo, ECG, bio BHC	Vit K,	CCDE	oui	Cytolyse avec cholestase ac une vésicule multi lithiasique, sans cholécystite scanner à la recherche de l'étiologie.	8H10
14	0	Scanner, NFS IUC TP TCA	aucune	RAD	oui	Tb mnésique depuis 4ans.... Non identifiée Rad en accord avec la famille Scanner normal	10H17
15	0	Bio	0	GERIATRIE	OUI	Bilan d'une hypo albuminémie à réalise devant un tableau d'anasarque	5H54
18	0	Bio	0	MPU	Oui	Anémie ferriprive connue du fait du grand âge sans supplémentassions ! Surveillance 48h en hospit pas de transfusion	14H40
21	Avis neuro chir	Bio	antalgie	UHCD	non	Récidive de dlr sur progression métastatique osseuse (cancer neuroendocrine)	3h30
23	non	Scanner sans et avec IV	Perfalgan pour céphalée très légère	RAD	oui	Epuisement physique, si nvlle récidence malgré des efforts moins intense csIt neuro	13H

JEUDI 22 SEPTEMBRE 2011

Jour de l'admission	AGE	Ville de résidence	Heure d'arrivée/ n° identifiant	Nom du médecin traitant	motif de recours	présence de signe de gravité, lesquels ?		Paramètres hémodynamiques	passage par les urgences nécessaire?	Commentaire...	
(1) Jeudi 22 Sept 2011	84	NANTES	9h22	Dr C	SFU+++/ aeg/augmentation du lasilix...	non	aeg	Ta : 103/75 FC : 81 FR : 16 Sat 98% T°36 G15	NON	Pas de BU réalisé ni d'ecbu Le MT partait plutôt sur une AEG suite à une décompensation cardiaque avec SFU secondaire à l'augmentation du lasilix	Gériatrie Altération de l'état générale
(2) " "	74	NANTES	11H09	Dr G	Dlr abdo/vomissement avec inf urinaire basse ; ECBU en attente Ss ATB depuis 2jrs	non		Ta : 123/71 FC : 106 FR : 16 Sat 97% T°36 G15 EVA 2/10	NON	Résultat ECBU : sensible au atb déjà débuté depuis 3 jours	Infectieux Infection urinaire
(3) Jeudi 22 Sept 2011	81	NANTES	13H38	Dr M	Dlr invalidante jambe G et dt Dlr lombaire chronique Lever et marche impossible ce jour	non		Ta : 158/74 FC : 86 FR : 16 Sat 97% T°37 G15	non	Déjà hospitalisé aux NCN pour la même chose mais ne veux pas y retourner Maintien à domicile impossible étant donné l'impossibilité à la marche	Rhumatologie Sciatalgie
(4) Jeudi 22 Sept 2011	67	BLAIN	15H02	Dr N	Dlr abdo avec quasi-défense (!) Selle diarrhémique y a 8 JRS ; pas d'amélioration ; méléna ?	non		Ta : 141/73 FC : 96 Sat 96% T°37 G15	oui	GB 18000 ; CRP 170 Iléus sur reflexe sur appendicite perforée évoluant depuis 8jrs ttt par bactrim pdt 3jrs	Chirurgie digestive Douleur Abdo-fébrile
(5) Jeudi 22 Sept 2011	90	NANTES	15H42	Dr A	Chute à 2 reprises sur sensation vertigineuse Radiographie bassin +rachis	non		Ta : 129/84 FC : 73 FR : 20 Sat 96% T°36,5 G15 EVA 2/10	non	Demande d'hospit pour surveillance par MT	Gériatrie Chute
(6) Jeudi 22 Sept 2011	84	NANTES		Dr B	AVC avec clonie faciale	Oui	Crise partielle ac Clonie... cédant sous rivotril	Bonne hémodynamique...	oui	Atcd d'épilepsie sur AVC Ccl : gardé en adhu pour surveillance suite à une crise d'épilepsie partielle gauche	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(7) Jeudi 22 Sept 2011	65	NANTES	18H44	Dr L	RAU sur adénome de prostate depuis la veille avec globe			Ta : 146/85 FC : 82 FR : 20 Sat 96% T°37 G15	Oui !! pour pose de sonde à demeure	Patient dlr globe +++	Urologie Rétention aigue d'urine
(8) Jeudi 22 Sept 2011	67	SAINT HERBLAIN	19H14	Dr G	IMV benzo	non		Ta : 163/85 FC : 88 FR : 20 Sat 96% T°37 G15	Oui Surveillance psy	Imv + OH : suite à deuil	Psychiatrie Intoxication médicamenteuse volontaire
(9) Jeudi 22 Sept 2011	82	LA BERNERIE EN RETZ	20H09	Dr I	Difficulté à la marche depuis deux jours Souhaite être hospitalisé pour bilan	non		Ta : 198/130 (habituellement à 170 FC : 82 FR : 20 Sat 96% T°37 G15	non	Chute y a 1 mois ; pas de radio faite AEG Fracture du cadre obturateur + tassement TH8-TH9	Gériatrie Chute

N° Identifiant	avis de spécialiste	examen réalisé aux urgences	Thérapeutiques aux urgences	orientation du patient, orientation adaptée ?		conclusions des urgences	temps passé aux urgences
1	0	TP /TCA/NFS/IUC/BU+	Oflocet 200mg	RAD	oui	Infection urinaire basse	2H42
2	0	NFS/IUC/BU	0	RAD	oui	Infection urinaire basse+ légère constipation	2H40
3	0	NFS/IUC/BU		rhumato	oui	Lombosciatalgie tronquée	6H01
5	0	Radio(bassin rachis pulm) IUC/NFS/TP TCA	0	rad	Oui+/-	Chute par maladresse Ne veut pas être hospitalisé Consult géronto Bélier à prévoir	4H58
9	0	Radio (bassin rachis) bio	0	rhumato	Oui	AEG sur chute il y a 1 mois avec fracture bassin + tassement	3h35

VENDREDI 30 SEPTEMBRE

Jour de l'admission	AGE	Ville de résidence	Heure d'arrivée	Nom du médecin traitant	Motif de recours	présence de signe de gravité, lesquels ?		Paramètres hémodynamiques	passage par les urgences nécessaire?	Commentaire...	
(1) Vendredi 30 sept 2011	90	SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE	9H27	DR P	Hématémèse + méléna ce matin	non		TA 102/46 FC 86 Sat 96 T°37	Oui	Suivi pr rectorragie sur diverticule et rupture de varice cardio-tubérositaire / anémie à 8,2 g au bilan au SAU	Gastro-enterologie Saignement digestif
(2) Vendredi 30 sept 2011	95	BOUAYE	9H27	DR C	Récidive d'OAP	NON		TA 119/88 FC 91 SAT 96AA FR 20	Oui	Ex clinique NL discret symptôme de surcharge à la radio / RAD	Gériatrie Dyspnée
(3) Vendredi 30 sept 2011	80	CARQUEFOU	10H15	DR T	Dlr tho à 4h du matin avec sensation d'oppression et palpitation dyspnée et phosphène dlr cervicaux mâchoire et épaule dt...			TA129/78 FC 66 FR 16 SAT 97 T 37 G 15 EVA 4	oui	TENDINITE DE LA COIFFE ... pas d'augmentation de la tropo devant une dlr atypique	Cardiologie Douleur Thoracique
(4) Vendredi 30 sept 2011	44	NANTES	1022	DR C	Céphalée aigue depuis hier matin non soulagée par ibu et paracétamol de type hémicrânie chez une migraineuse			NL	oui	Exam neuro normal ... scanner nl RAD avec majoration des antalgiques	Neurologie céphalée
(5) Vendredi 30 sept 2011	57	SAINT HERBLAIN	10H26	DR G	SD méningée fébrile à 39,5 céphalées et vomissements malgré AINS depuis la veille	oui		TA 141/67 T 36,4 FC 70 FR 20 SAT 99 G15 EVA 6	oui	PL normal ; ras aux urgences ... surveillance à domicile...	Infectieux méningite
(6) Vendredi 30 sept 2011	88	Nantes	10H33	DR M	AEG et perte d'autonomie complète depuis 15 jrs et dyspnée	Non		TA 117/82 FC 110 IRR FR 16 G 15 EVA 0 SAT 96ss 4L	NON	Montée rapidement en MPU AVEC LE MAO (e.LEGEARD !)	Gériatrie Altération de l'état Générale
(7) Vendredi 30 sept 2011	83	NANTES	10H44	SOS	Hémiplégie Gh constatée au réveil	oui		TA 170/64 FC 48 T 37 FR 16 SAT 99	oui	AVC ISCHEMIQUE DT EN COURS DE CONSTITUTION AU SCANN	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(8) Vendredi 30 sept 2011	46	NANTES	11H21	DR A	pyélonéphrite persistant malgré 2 jrs d'antibio (augmentin) et D'AINS			TA 75/47 FC83 T°38,4 FR 18 Sat 100	Oui	TDM : foyer de néphrite dt et Gauche sans abcès	Infectieux Pyélonéphrite
(9) Vendredi 30 sept 2011	82	SAINT HERBLAIN	11H51	DR R	Adressée par Rozarvor pour décompensation cardiaque globale et maintien à domicile difficile (chute à répétition)	Non		nl	non		Gériatrie Altération de l'état Générale
(10) Vendredi 30 sept 2011	22	NANTES	11H35	DR C	Tableau de GEA avec diarrhée toutes les dix minutes sans nausées ni vomissement			TA 128/85 FC 82 SAT 97 T37	NON	?	Gériatrie Diarrhée
(11) Vendredi 30 sept 2011	72	PAIMBOEUF	12H50	DR G	Dlr tho retro sternal dyspnée stade 3 et tachyarythmie			TA 160/110 FC 120 FR 12 SAT 97	OUI	Pacemaker le 9/9/11 Découverte d'une ACFA à l'ECG au SAU	Cardiologie Douleur Thoracique
(12) Vendredi 30 sept 2011	78	RIAILLE	13H03	DR C	Aeg suivi par Pr Barrier pour un lymphome	Non		NI	Non	Montée rapidement en Med int grâce au MAO (E.LEGEARD !)	Hématologie cancérologie
(13) Vendredi 30 sept 2011	83	NANTES	12H23	DR Y	Coma agitée chez une patiente Alzheimer gir 2			TA180/64 FC 153 T 38,8	OUI	PL SCANN BIO NL	Gériatrie Altération de l'état Générale
(14) Vendredi 30 sept 2011	89	NANTES	13H05	DR H	Agitation et confusion aigue (+++) chez un patient sans ATCD mis à par 1 coronaropathie			NL	OUI	Bilan sans étiologie retrouvée sf INR à 6	Gériatrie Confusion
(15) Vendredi 30 sept 2011	88	BOURNEUF EN RETZ	13H05	DR R	DLR THORACIQUE AVEC irradiation bras gauche tropo en ville à 0,83			TA 11/8 FC 50	OUI	2H22 aux SAU avt d'être vu par méd.	Cardiologie Douleur Thoracique
(16) Vendredi 30 sept 2011	34	BOUGUENAIS	14H19	DR D	Dlr tho irradiant dans le bras gh dans un contexte d'anxiété hier malaise avec prodrome sans PC ni TC			EVA 0 G 15 NL	oui	Evocateur de névralgie cervicaux brachial déclenchée par la mobilisation rachidienne++	Cardiologie Douleur Thoracique

(17) Vendredi 30 sept 2011	60	COUERON	14H28	DR G	Paresthésie des 2mb inf dans un contexte d'alcoolisme chronique depuis 10jrs			NL	non		Neurologie Trouble sensitivo-moteur
(18) Vendredi 30 sept 2011	90	NANTES	14H41	DR P	Hypoesthésie il y 15 jrs récupérée ; déficit mb inf dt avec 2 chutes ce jours...			TA 111/54 FC 84 FR 12 SAT 93 T 36,3 G15	oui	Leucopathie et lacunes au scanner ... AVC	Gériatrie Chute
(19) Vendredi 30 sept 2011	80	NANTES	14H47	DR R	Décompensation chronique de diabète à 10,2 d'HBA1C			T140/80 sat 95 T*37	Non	Inr à 6,9...	Gériatrie Décompensation de pathologie chronique
(20) Vendredi 30 sept 2011	83	NOZAY	14H47	DR B	Dlr abdo diffuse depuis 3 semaines avec dlr épaule Gauche depuis 48h et foyer base G ce jour			TA 145/64 FC 84 SAT 95 FR 27 T 37,5	Non		Gastro-entérologie Douleur abdominale
(21) Vendredi 30 sept 2011	82	BOUAYE	14H53	DR C	Malaise avec prodrome dans un contexte de contrariété ac PC avec pesanteur gastrique et irradiation ?...			TA 131/91 FC 79 SAT 96 37,2 HGT 6,2 G15	OUI	ATCD CARDIO MALAISE VAGUALE AU FINAL	Cardiologie Malaise
(22) Vendredi 30 sept 2011	22	BLAIN	15H25	DR L	Suspicion de méningite			Nl apyrétique au sau	oui	PL bio normal	Infectieux Méningite
(23) Vendredi 30 sept 2011	93	BOUAYE	15H50	Dr C	Dlr abdo importante depuis 1 semaine + vomissement sans fièvre			NL apyr	Oui	Scanner : sd occlusif du grêle	Chirurgie digestive Syndrome Occlusif
(24) Vendredi 30 sept 2011	86	SAINTE PAZANNE	15H50	DR L	Délire paranoïaque et persécution anormalement agitée ce jour			SAT 99 nl	Non	En MDR	Gériatrie Confusion
(25) Vendredi 30 sept 2011	90	CORDEMAIS	16H16	DR C	PFLA à répétition depuis 2 mois tb de déglutition Cette nuit détresse respi fébrile			T*38,5 FC103 FR 28 sat 94 sous 3l TA 101/65	oui	En MDR Alzheimer GIR 1	Gériatrie Dyspnée
(26) Vendredi 30 sept 2011	80	MACHECOUL	16H14	DR A	Aeg dans un contexte d'aggravation d'un sd confusionnel avec somno inhabituel depuis quelques jours			TA 147/48 FC 78 FR 20 SAT 97 T 37 ?4 G 15	non	CHC en soins palliatif	Gériatrie Altération de l'état Générale
(27) Vendredi 30 sept 2011	75	SAINTE HERBLAIN	16H27	DR P	FLOU VISUEL quadrant inf dt brutal ce matin (7H30) avec céphalée			TA 155/92 FC 70 SAT 97 T «36,8 EVA 0	oui	AVC ischémique occipital Gh	Neurologie Accident Vasculaire cérébrale
(28) Vendredi 30 sept 2011	91	REZE	16H35	DR G	Aeg depuis juillet avec IU à répétition et suspicion de néo colique à l'écho			T38 NL sat 92	Non		Gériatrie Altération de l'état Générale
(29) Vendredi 30 sept 2011	79	LA CHEVROLIER E	16H40	DR M	Dlr tho depuis 2 jrs apparue à l'effort sans irradiation dyspnée anorexie gêne lors des changements de position			Fc 110 TA 138/88 FR 24 SAT 93 G 15	oui	En sueur, à vomi à l'accueil. Ccl dlr d'allure pariétal	Cardiologie Douleur Thoracique
(30) Vendredi 30 sept 2011	92	NANTES	16H49	DR E	Episode de dyspnée brutale ce matin sans dt			Sat 97 ss MHC TA 101/55	oui	ATCD de RAO serré ACFA paroxystique OAP chez une patiente avec un RAO	Gériatrie Dyspnée

(31) Vendredi 30 sept 2011	45	NANTES	17H19	DR B	Dyspnée importante associé une dlr basithoracique irradiant en post (atcd de pneumo)			Fc 115 T37 SAT 97AA	OUI	Pneumopathie sans gravité chez une patiente BPCO	Infectieux Pneumopathie
(32) Vendredi 30 sept 2011	76	NANTES	17H50	DR L	Lombosciatalgie invalidante évoluant depuis 10 jrs			NL	non	MAD difficile sans critère de gravité.	Rhumatologie Sciatique
(33) Vendredi 30 sept 2011	55	NANTES	17H52	DR P	Paresthésie dlr de la jambe gauche depuis la veille au soir à déjà vu l'angio IPS à 0,70 et pas de phlébite. Impression de jambe morte			NL	Oui	ATCD CARDIO Vascu +++ Pas de déficit sensitivo-moteur	Neurologie Tb sensitivo-moteur
(34) Vendredi 30 sept 2011	64	NANTES	20H39	DR H	Dlr abdo irradiant en dorsal fébrile avec sd inflammatoire au bilan de la veille et défense FID			TA 125/75 FC97 SAT 97 T 38,5 EVA 0	OUI	CHOLECYSTITE AIGUE à l'écho	Infectieux Pyélonéphrite

N° Identifiant	avis de spécialiste	examen réalisé aux urgences	Thérapeutiques aux urgences	orientation du patient, orientation adaptée ?		conclusions des urgences	temps passé aux urgences
6	0	Pro bnp bio ecg RP	0	Mpu2	Oui	AEG avec dyspnée d'origine cardio	3H58
9	0	Bio rp ecg radio bassin	0	RA roz arvor	Oui	Pas de fracture pas de décompensation cardiaque franche mais augmenté le lasilix à 60/jr...	8H10
10	0	Bio	0	Rad	Oui	Tableau de GEA sans signe de gravité à réévaluer par le med tt	6H10
12	0	Bio	0	Med int 7sud	Oui	AEG sur lymphome suivi par Pr Barrier	1H43
17	Neuro	Bio / PL (nl) car GB élevé	0	MED INT 2	?	Probable neuropathie OH hospitalisé pour surveillance clinique (EMG) car GB augmentée (pathologie inflammatoire)	10H40
19	0	Bio BU ECG ECBU	2mg d'avk	Rad	Oui	Décompensation chronique de diabète sans cetose à la BU sans étiologie retrouvée augmentée la lantus	15H51
20	0	Echo bio ECG BU BHC RP asp		RAD		Lésions kystique sous capsulaires hépatique de 8CM de diamètre avec une lame d'épanchement pleural bilatéral	17H30
24	0	BIO ECG	0	Endoc	Non	Delire de persecution evolutif depuis 1 mmois majoré ce jour... pas d'argument somatique	10H06
26	0	BIO ECG SCANN CEREBRAL	0	MAG	oui	SD CONFUSIONNEL SCANN NORMAL compatible avec une hyponatremie à 124 retrouvée à la bio	17H24
28	Chir abdo	Bio	Perfelgan	CCDE	oui	Masse sigmoïdienne faire un scann demain pour éliminer un abcès car fièvre au sau ... hospit pour bilan carcino	5H04
32	0	Bio radio lombaire	Myolastan ixprim	Rhumato	Oui	Lomasctique L5 dt MAD difficile	4H30

Annexe 3 : Questionnaire à l'intention des médecins généralistes.

Evaluation et amélioration concernant les filières de soins permettant l'hospitalisation de votre patient sur le CHU

Comme vous le savez la plupart des accès aux services d'hospitalisation se font actuellement par le service des urgences d'un hôpital lorsqu'un patient à été vu préalablement par un médecin généraliste. Or le temps d'attente pour un patient arrivant aux urgences du CHU, hors contexte de détresse, peut dépasser 8h en soirée. Dans le cadre de ma thèse de Médecine générale, nous voulons évaluer les différentes filières d'hospitalisation du CHU pouvant être utilisées par le médecin généraliste, qui fonctionnent aux heures ouvrables, les moyens d'accès et d'utilisation. Ce questionnaire vous est adressé afin que vous apportiez vos expériences, vos difficultés et vos attentes pour hospitaliser directement vos patients dans les services ad hoc. Ceci afin d'améliorer et d'optimiser ces filières d'hospitalisation.

Merci de faire suivre ce mail aux médecins concernés que vous connaissez.

MERCI A TOUS LES MEDECINS (situés à moins de 30 km de Nantes) DE BIEN VOULOIR REMPLIR CE QUESTIONNAIRE AFIN D'OBTENIR DES RÉPONSES NOMBREUSES STATISTIQUEMENT REPRÉSENTATIVES. (- DE 5 MINUTES) MESSAGE TRES IMPORTANT.

*Obligatoire

1. L'évaluation et l'amélioration des filières d'hospitalisation de médecine (MPU, Méd. Interne, Méd. aigue gériatrique, Bellier, endocrinologie...) semblent-elles vous concerner? * MPU : (médecine polyvalente d'urgence)

- oui
- non
- Autre :

2. Avez-vous reçu la plaquette recensant les numéros des différentes filières d'hospitalisation d'accès direct pour un avis ou une demande d'hospitalisation ? *

- oui
- non
- Autre :

3. Si oui, l'avez-vous à votre disposition au cabinet ?

- oui
- non
- Autre :

4. Avez-vous reçu le numéro du MAO (médecin d'accueil et d'orientation)? * Le MAO (médecin d'accueil et d'orientation) est présent au niveau de l'accueil des urgences du CHU depuis plus de 1 an. Un numéro vous a été normalement communiqué par le CHU et le conseil de l'ordre en début d'année (06 27 85 54 89 à utiliser dès maintenant !). Il permet d'orienter les patients dès leurs accueils aux urgences, il peut être pour vous un référent et un intermédiaire de choix pour vous aider à orienter vos patients (urgence, service....)

- oui
- non
- Autre :

5. Utilisez-vous ce numéro? *

- oui
- non
- Autre :

6. Quelles sont les critiques positives ou négatives si vous l'avez utilisé ?



7. Quels services de soins du CHU utilisez-vous régulièrement pour hospitaliser directement vos patients? * sans passage par les urgences

- cardiologie
- pneumologie
- neurologie
- endocrinologie
- dermatologie
- MPU

- gériatrie MAG ou Bellier
- rééducation fonctionnel orthopédique ou neurologique
- psychiatrie
- médecine interne
- rhumatologie
- néphrologie
- médecine infectieuse
- orl
- ophtalmologie
- stomatologie
- chirurgie plastique
- aucune
- Autre :

8. Quels services de soins du CHU n'utilisez vous pas ou que très rarement pour hospitaliser directement vos patients? * tjs sans passage par les urgences

- cardiologie
- pneumologie
- neurologie
- endocrinologie
- dermatologie
- MPU
- gériatrie MAG ou Bellier
- rééducation fonctionnel orthopédique ou neurologique
- psychiatrie
- médecine interne
- rhumatologie
- néphrologie
- médecine infectieuse
- orl
- stomatologie
- ophtalmologie
- chirurgie plastique
- aucune
- Autre :

9. Sur une échelle de 0 à 4, notez chaque critique concernant l'utilisation des filières de soins d'un point de vue pratique et organisationnel. * donnez une note de 0 à 4 caractérisant chaque item (0 : argument mineur; 4 : argument majeur) / une seule case à cocher par ligne

	0	1	2	3	4
Portable éteint ou non joignable	<input type="checkbox"/>				
Praticien hospitalier non aimable	<input type="checkbox"/>				
Jamais de place	<input type="checkbox"/>				
Réponse non adaptée à la pratique libérale	<input type="checkbox"/>				
Passage par les urgences demandé par le médecin hospitalier lui-même	<input type="checkbox"/>				
Délai d'attente au téléphone trop long pour décider de la conduite à tenir	<input type="checkbox"/>				

9. bis Avez vous d'autres critiques ?

10. Êtes-vous prêt à changer la prise en charge de vos patients concernant les hospitalisations directes vers les services du CHU : urgence, services de soins... ? *

- oui
- non
- pas de changement à prévoir, j'utilise déjà les services d'urgences qu'en cas de nécessité unique
- Autre :

11. Quels avantages trouvez-vous à adresser vos patients par les urgences quand une hospitalisation dans un service suffirait ? Même principe qu'à la question 9 * Donc hormis les

patients ayant une détresse à prendre en charge de façon urgente (dlr non soutenable, décompensation sévère, hémodynamique instable...) / une seule case est à cocher par ligne

	0	1	2	3	4
Réévaluation paramédicale et médicale dès l'arrivée aux urgences	<input type="checkbox"/>				
Gain de temps	<input type="checkbox"/>				
Pour se protéger juridiquement en cas de problèmes (en attendant l'hospitalisation)	<input type="checkbox"/>				
Avis spécialisé plus rapidement	<input type="checkbox"/>				
Pression de l'entourage	<input type="checkbox"/>				

11.bis Pensez vous à d'autres avantages ?

12. Utilisez vous plus souvent le système privé pour hospitaliser vos patients? (hormis gynéco, pédiatrie) *

- oui
- non
- pas de préférence
- Autre :

13. Concernant les hospitalisations, quels sont les arguments qui font que vous utilisez plus facilement le système privé (clinique)? (hormis gynéco, pédiatrie) * donner une note de 0 à 4 caractérisant chaque item (0 : argument mineur; 4 : argument majeur) / une seule case à cocher par ligne

	0	1	2	3	4
Accès direct plus	<input type="checkbox"/>				

	0	1	2	3	4
rapide, moins de temps d'attente					
Choix du patient	<input type="checkbox"/>				
Absence de place dans les services du chu	<input type="checkbox"/>				
Proximité géographique du patient	<input type="checkbox"/>				
Spécialiste du patient travaillant dans la clinique	<input type="checkbox"/>				
Meilleurs prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>				
Qualité des soins paramédicaux plus humains et plus professionnels	<input type="checkbox"/>				
Connaissance d'un confrère spécialiste en clinique	<input type="checkbox"/>				

13. bis pensez à vous à d'autres arguments?

14. En moyenne, combien de temps êtes-vous prêts à prendre pour organiser l'hospitalisation de votre patient avec le médecin hospitalier?

- 0 min
- de 2 à 5 min
- de 5 à 10 min
- de 10 à 20 min
- Autre :

15. Afin d'être mis en contact avec le médecin responsable de l'unité du CHU où vous voudriez hospitaliser votre patient, nous proposons un seul numéro; le 15, afin d'être mis en relation avec lui ou avec le MAO directement. Cela vous semble t-il une bonne idée ? sachant que les numéros des médecins libéraux sont priorités au centre 15 (donc pas d'attente)

- oui
- non
- Autre :

16. Quel est le nom de la commune où vous êtes installés? *

17. Pour recevoir les conclusions de l'enquête veuillez noter votre adresse internet, et votre nom. facultatif

Avez-vous d'autres remarques? Pensez-vous à d'autres solutions pouvant aider à hospitaliser vos patients directement dans les services de soins ?

Annexe 4 : Questionnaire à l'intention des médecins hospitaliers.

Questionnaire à l'intention des médecins hospitaliers concernant les filières d'hospitalisations médicales

Comme vous le savez certainement, le temps d'attente pour un patient arrivant aux urgences sans contexte de détresse peut dépasser 8h en soirée. Dans le cadre de ma thèse de Médecine générale, nous voulons évaluer les différentes filières d'hospitalisation du CHU. Ceci ayant pour but de favoriser l'hospitalisation directe dans les services d'hospitalisation du CHU en l'absence de défaillance vitale (nécessitant un passage par les urgences). Nous pourrions alors améliorer l'accueil des patients non évalués par un professionnel de santé aux urgences : notamment en améliorant leurs temps d'attente et donc leurs prises en charge. Ce questionnaire vous est adressé afin que vous apportiez vos expériences, vos difficultés et vos attentes pour accueillir directement dans votre service les patients vus par un médecin généraliste (ou sos).

MERCI A AU MOINS DEUX MÉDECINS PAR SERVICE DE LE REMPLIR AFIN D'OBTENIR DES RÉPONSES NOMBREUSES STATISTIQUEMENT REPRÉSENTATIVES. (- DE 5 MINUTES)

François-Xavier Barthelemy 0625592251 fxbarthelemy@sfr.fr

Thèse réalisée sous la direction d'Isabelle Gueffet et de Jean-Christophe Auneau

*Obligatoire

1. Quel est votre service ? *

2. Votre service utilise t-il le téléphone d'avis et d'hospitalisations destiné à répondre aux médecins extérieurs au CHU ? *

- oui, quasiment toujours
- non, presque jamais
- de temps en temps
- Autre :

3. Si oui : recevez-vous souvent des appels pour des hospitalisations ? nb d'hospitalisation direct /semaine

- moins de 5
- entre 5 et 10
- entre 10 à 20
- plus de 20
- Autre :

4. Si non à la question 2, comment les médecins de villes font t-ils pour vous joindre afin d'hospitaliser leurs patients ou prendre un avis?

- dans la salle de soins
- sur les téléphones personnels
- par les bips via le standard
- impossible de nous joindre
- Autre :

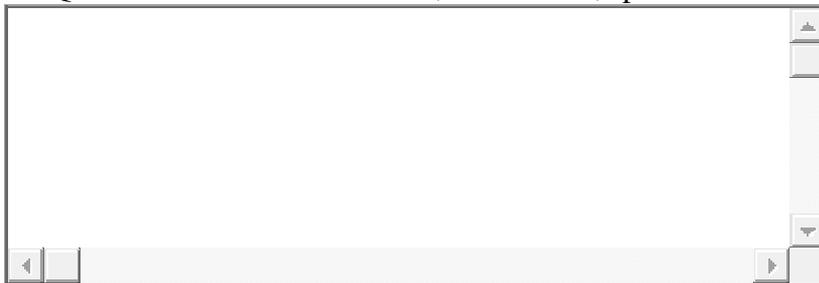
5. Quelles critiques positives ou négatives faites-vous au téléphone d'avis ? Retours d'expériences, avantages et inconvénients ?

A large empty rectangular text area with a light gray border and a vertical scrollbar on the right side, intended for the user to provide feedback on the telephone advice process.

6. Qui répond aux téléphones d'avis extérieur ? *

- ph
- chef de clinique et assistant
- interne
- tous le personnel médical
- Autre :

7. Quels sont vos orientations, vos idées, pour améliorer votre filière d'hospitalisation ? *

A large empty rectangular text area with a light gray border and a vertical scrollbar on the right side, intended for the user to provide suggestions for improving the hospitalization process.

Annexe 5 : le système hop-line à Lille



HOP' 
line CHRU
0800 59 33 62

La ligne téléphonique du CHRU de Lille réservée aux médecins généralistes

 **Vous avez besoin d'avis spécialisés
pour mieux prendre en charge vos patients ?**

Le CHRU de Lille vous propose de contacter
Hop'line CHRU,
une ligne téléphonique qui vous permet
d'entrer directement en contact
avec les médecins séniors du CHRU de Lille,
dans de nombreuses spécialités médicales.

Comment ça marche ?

Hop'line CHRU est un numéro unique et gratuit : Le 0800 50 33 62, accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h, à l'exception des jours fériés.

Des standardistes dédiés exclusivement à ce service vous orientent directement vers le praticien sénior d'astreinte, de la spécialité médicale que vous souhaitez. Le standardiste d'Hop'line CHRU vous rappelle au plus vite si le praticien est déjà en ligne.

Dans quels cas appeler Hop'line CHRU ?

Vous pouvez contacter Hop'line CHRU pour un avis médical séniorisé instantané, au moment où vous en avez le plus besoin, c'est-à-dire lorsque votre patient est devant vous. Le cas échéant, les praticiens hospitaliers pourront proposer un rendez-vous de consultation, ou d'hospitalisation, pour votre patient.

Hop'line CHRU doit être utilisé pour un avis médical, hors situations d'urgence. En cas d'urgence, vous pouvez contacter le Centre 15.

Quelles sont les spécialités médicales joignables via Hop'line CHRU ?

De nombreuses activités de référence du CHRU de Lille participent au dispositif Hop'line CHRU :

La cardiologie - La neurologie - La traumatologie/ orthopédie - La néphrologie - La gynécologie - L'obstétrique - L'hématologie - La dermatologie - La psychiatrie de l'adulte - La psychiatrie de l'enfant - L'addictologie - La pédiatrie - La chirurgie pédiatrique - La chirurgie générale et digestive - La médecine interne - La pneumologie

Une question, une remarque sur le dispositif Hop'line CHRU ?

Merci d'écrire à hopline@chru-lille.fr. Vos questions, ou vos remarques, nous aideront à améliorer le dispositif Hop'line CHRU.

LEXIQUE

AEPf	Appropriateness evaluation protocol français
AIT	Accident ischémique transitoire
AMAU	Acute medical admissions unit
AP-HP	Assistance public – hôpitaux de Paris
ARS	Agence régional de la santé
AVC	Accident vasculaire cérébrale
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CHD	Centre hospitalier départemental
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CRJE	Centre de référence sur les jeux excessifs
CTOA	Centre téléphonique d'orientation et d'accueil
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	équipe mobile gériatrique
ETP	Equivalent temps plein
FMC	Formation médicale continue
FMF	Fédération des médecins de France
GEMSA	Groupes d'étude multicentrique des services d'accueil
HAD	Hôpital à domicile
HAD	Hospitalisation à domicile
IMV	Intoxication médicamenteuse volontaire
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IOA	Infirmière chargé de l'organisation de l'accueil
MAO	Médecin d'accueil et d'orientation
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
MPR	Médecine physique et de rééducation
MPU	Médecine polyvalente unité
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PARM	Personnel assistant de régulation médicale
PH	Praticien Hospitalier
RP	Radiographie pulmonaire
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SCA	Syndrome coronarien aigue
SMUR	Service mobile urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarifcation à l'activité
UADTR	Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide
UGe	Union des généralistes
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UNADITI	Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique immédiate

MOTS-CLES

Filières de soins

Hospitalisation programmée

Urgence

Médecine générale

Coordination

Titre de Thèse : Evaluation et optimisation des filières de soins du CHU de Nantes pour les patients pris en charge initialement par leur médecin généraliste.

RESUME

Les services d'urgences font face à une augmentation continue de leur activité. Ceci est dû aux changements de comportement des usagers et à l'évolution de l'organisation des soins de ville. Ce travail à permis de montrer que 42% des patients adressés au SAU par leur médecin généraliste ne nécessitaient pas un passage par les urgences. Parmi ces patients, 78,5% auraient pu être hospitalisés directement dans un service de soins en intégrant une des filières de soins. Les autres, 21,5% n'avaient de critères ni pour être hospitalisés ni pour passer par les urgences.

Les axes principaux d'amélioration qui ressortent de notre étude, après avoir interrogé près de 120 médecins généralistes et plus de 40 médecins hospitaliers, sont:

- la nécessité d'une organisation plus rapide de l'hospitalisation (mis en lien avec un spécialiste concerné, temps d'attente téléphonique, recherche d'une place...).
- un numéro unique et facile à retenir pour toutes les filières.
- l'amélioration du taux d'utilisation du téléphone d'avis (trop souvent non joignable, sans batterie, sans réseau, ...).
- des meilleurs outils de communication (E-mail...).
- l'amélioration des relations entre la médecine de ville et celle de l'hôpital.

Ceci a permis d'établir certaines pistes concrètes pouvant améliorer l'efficacité des filières de soins. Parmi celles-ci, la création d'un standard-secrétariat à numéro court permettant le lien entre les médecins libéraux et hospitaliers.

MOTS-CLES

Filières de soins, hospitalisation programmée, urgence, médecine générale, coordination.