



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Conditions de recours aux Urgences de Denain et Valenciennes dans le cadre d'un projet de Fédération Médicale Inter Hospitalière de deux structures d'Urgence distantes de moins de 15 Kms.
A partir d'une étude observationnelle descriptive de 107 cas.**

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 21 Juin 2016 à 14 Heures
Au Pôle Formation
Par Déborah Dubruille

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric Wiel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël Favory

Monsieur le Docteur Jean Marie Renard

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Régis Coche

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

A mon président de thèse, Monsieur le Professeur Eric Wiel,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier
Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale et Médecine d'Urgence

Coordonnateur local du DESC de médecine d'Urgence
Faculté de Médecine de Lille

Chef de Pôle Adjoint du Pôle de l'Urgence
Coordonnateur de la Clinique des Urgences Adultes
Chef de service des Urgences Adultes
Responsable de l'Unité Commune de Recherche
Pôle de l'Urgence - SAMU du Nord - CHRU de Lille

Cher Maître, vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse.
Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude et l'assurance
de mon profond respect.

**Aux membres de mon jury,
A Monsieur le Professeur Raphaël Favory,**

Professeur des Universités en Thérapeutique
Praticien Hospitalier en Réanimation
Pôle de Réanimation
Service d'Urgence respiratoire et Réanimation médicale
Hôpital Salengro - CHRU de Lille

Veillez accepter, Monsieur, mes remerciements les plus sincères pour avoir accepté de juger ce travail.

**Aux membres de mon jury,
A Monsieur le Docteur Jean Marie Renard,**

Maître de conférences des universités et Praticien Hospitalier
Service d'Anesthésie et Réanimation pédiatrique
Hôpital Jeanne de Flandre - CHRU de Lille
Centre d'études et de recherche en informatique médicale
Faculté de médecine - Pôle recherche - CHRU de Lille

Veillez accepter, Monsieur, mes remerciements les plus sincères pour avoir
accepté de juger ce travail.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Régis Coche,

Praticien Hospitalier en Médecine polyvalente d'Urgence
Ancien chef de pôle et responsable de la structure d'Urgence – SMUR du
Centre hospitalier de Valenciennes

Ancien chef de pôle et responsable de la structure d'Urgence – SMUR du
Centre Hospitalier de Douai

Pour te remercier de ta confiance en me proposant ce sujet de thèse. Pour la patience et la bonté dont tu as fait preuve envers moi. Pour ta disponibilité, tes conseils, ta sagesse et ta bienveillance qui se sont voulu rassurants. Pour ton aide précieuse à l'élaboration de ce travail. Pour le respect que je porte au professionnel de santé et à l'homme que tu es. Régis, j'espère que tu trouveras dans cet ouvrage, l'expression de mes sincères remerciements et de mon amitié.

A Monsieur le Docteur Claude Meurisse,

Praticien Hospitalier en Médecine polyvalente d'Urgence
Ancien responsable de la structure d'Urgence – SMUR du
Centre Hospitalier de Valenciennes

Pour avoir partagé votre expérience avec moi lors de mes nombreux passages dans le service. Veuillez croire, Monsieur Meurisse, en l'expression de ma sympathie.

A Monsieur le Docteur Antoine Maisonneuve,

Praticien Hospitalier de Médecine d'Urgence
Vice-chef de Pôle et responsable de la structure d'Urgence – SMUR du
Centre Hospitalier de Valenciennes

Pour m'avoir accueillie à de nombreuses reprises en stages et gardes dans ton service depuis le début de mon externat. Pour avoir participé activement à ma formation professionnelle et pour avoir répondu à chacune de mes interrogations lors de l'avancement de la thèse. Pour m'avoir transmis l'amour de la médecine d'Urgence. Antoine, trouve dans ces quelques mots, le témoignage de ma reconnaissance.

Aux Docteurs Anne-Sophie Maniatis, Amélie Carpentier et Nicolas Roothaer, pour votre aide et vos conseils prodigués.

A mes parents, Martine et Bernard,

Pour n'avoir jamais cessé de croire en moi. Pour vos sacrifices, votre amour et votre présence de chaque instant à mes côtés. Merci de m'avoir soutenue dans l'ensemble de mes choix, accompagnée dans les épreuves difficiles de la vie, guidée et conseillée tout au long de mes études. A notre famille dont je suis fière.

A ma grande sœur, Delphine,

Pour tes encouragements. Pour avoir su m'épauler sans jamais me laisser perdre de vue mes objectifs. Je te fais confiance pour ne jamais me laisser oublier d'où je viens.

A tous nos souvenirs d'enfance et à ceux à venir.

A mon compagnon, Benoît,

Pour ton soutien dans ce projet de thèse mais aussi dans notre vie quotidienne. Pour ta patience, ton écoute, ta compréhension et ton réconfort dans les moments de doute. Pour la tendresse et l'amour que tu me portes. Au chemin que nous avons déjà parcouru et à notre avenir ensemble.

En mémoire de ma grand-mère, Paulette,

Pour toi qui est partie trop tôt. Pour que tu saches que je ne t'oublie pas et que tes valeurs continuent de me guider chaque jour. Pour que tu voies le travail accompli depuis que tu nous as quittés. A mon irremplaçable Grand-mère qui me manque tant.

A ma famille et belle-famille,

A mes amis,

Lucile, Nathalie, Alexis, Jacky et Julien

Pour m'avoir supportée depuis les bancs du collège jusqu'à aujourd'hui. Pour vos sourires dans les moments de joie et votre présence dans les instants les plus tristes. A notre petit groupe d'irréductibles. A notre belle amitié.

A mon professeur et ami, Dominique,

Pour m'avoir fait découvrir l'amour de la médecine. Pour ta disponibilité, ta gentillesse, et ton aide à la rédaction de cette thèse.

A mon médecin de famille, Docteur Jean-Marc Brun,

Pour son humilité, son dévouement et le modèle qu'il a été et sera toujours pour moi.

Je remercie également :

- **L'équipe médicale, paramédicale et administrative du Service d'Accueil des Urgences et du SMUR du Centre Hospitalier de Valenciennes.
Pour leur participation active au recueil des données, leur professionnalisme, leur sympathie, leur bonne humeur, leur amitié et leur implication dans ma formation.**

- **L'équipe médicale, paramédicale et administrative du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Denain pour leur aide aux recueils des données.**

- **L'équipe de la plateforme d'aide méthodologique en biostatistique du CHRU pour l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée dans l'analyse de mes données.**

- **L'ensemble des personnes, professionnels de santé ou non, qui ont participé de près ou de loin à la naissance de cette thèse.**

Liste des abréviations

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AHNAC	Association Hospitalière Nord Artois Clinique
ARS	Agence Régionale de la Santé
CH	Centre Hospitalier
CHD	Centre Hospitalier de Denain
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHV	Centre Hospitalier de Valenciennes
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DIREM	Direction des Ressources Médicales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EMIOG	Equipe Mobile d'Information et d'Orientation Gériatrique
ETP	Equivalent Temps Plein
FEDORU	Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
FMIH	Fédération Médicale Inter-Hospitalière
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
KMS	Kilomètres
MESSC	Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale
MMDG	Maison Médicale De Garde
NPDC	Nord-Pas-De-Calais
ORU	Observatoire Régional des Urgences
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente

SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TDM	Tomodensitométrie
TEP	Tomographie par Emission de Positons
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Partie 1 :	4
Présentation des centres hospitaliers de Denain et Valenciennes dans leur territoire.....	4
I. PRESENTATION DES CENTRES HOSPITALIERS.	5
A. Le Centre Hospitalier de Valenciennes.	5
1. Historique.	5
2. Situation géographique.	9
3. Territoire de santé.....	10
4. Démographie.....	10
5. Structure des Urgences.....	11
B. Le Centre Hospitalier de Denain.	12
1. Historique.	12
2. Situation géographique.	13
3. Territoire de santé.....	13
4. Démographie.....	13
5. Structure des Urgences.....	14
II. BILAN DE SANTE 2015 DU NORD-PAS-DE-CALAIS.....	15
A. Demande de soins dans le Nord-Pas-De-Calais.	15
1. Caractéristiques de la population.	15
a) Démographiques.	15
b) Socio-économiques.	17
c) Etat de santé.	18
2. Fréquentation des structures d'Urgence.	18
B. Organisation de l'offre de soins.	20
1. Généralités.	20
2. Médecins généralistes.....	23
3. Médecins spécialistes.	25
4. Médecine d'Urgence.	25
C. Avenir et perspectives : Les problématiques rencontrées.	26
1. Evolution de la démographie du Nord-Pas-De-Calais.	26
2. Evolution de la Démographie médicale.	27
a) Féminisation.	27
b) Vieillesse et retraites.....	28
<i>i. A l'échelle nationale:</i>	<i>28</i>
<i>ii. A l'échelle départementale :</i>	<i>28</i>
<i>iii. Médecins généralistes et Bassins de vie.</i>	<i>31</i>
c) Internat et Numérisation.....	32
d) Flux migratoires.	33
e) Répartition des postes vacants.	34
3. Organisation des soins.....	35
4. Observatoire Régional des Urgences.....	36

Partie 2:	39
Etude observationnelle descriptive des conditions de recours aux Urgences de la zone de proximité du Valenciennois	39
I. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	40
II. MATERIELS ET METHODES.....	41
A. Le type de l'étude.....	41
B. Les lieux et la durée de l'étude.....	41
C. La population cible.....	41
D. La population étudiée.....	42
1. Critères d'inclusion.....	42
2. Critères d'exclusion.....	42
3. Critères évalués.....	42
E. Le recueil des données.....	44
F. L'analyse des données.....	45
III. RESULTATS.....	48
A. Nombre de questionnaires recueillis.....	48
B. Description des caractéristiques de la population étudiée.....	49
1. Le sexe.....	49
2. L'âge.....	50
3. La nationalité.....	51
4. La distance entre le domicile et le Centre Hospitalier choisi.....	52
5. Le niveau scolaire.....	53
6. La catégorie professionnelle.....	54
7. Le type de couverture sociale.....	55
8. L'orientation finale du patient.....	56
C. Les motifs de consultation aux Urgences.....	57
D. Le choix spécifique du Centre Hospitalier.....	59
1. Décision individuelle sur le choix spécifique du Centre Hospitalier.....	59
2. Choix spécifique du Centre Hospitalier de recours par un tiers.....	59
3. Motifs du choix spécifique du Centre Hospitalier.....	61
E. Les maisons médicales de garde (MMDG).....	62
1. Connaissance de la MMDG de Valenciennes.....	62
2. Accord / Refus de consultation dans une MMDG.....	63
3. Motifs de refus de consultation dans une MMDG.....	64
F. Analyses bi-variées.....	65
1. Lien entre le type de protection sociale et le recours immédiat aux Urgences.....	65
2. Lien entre la catégorie professionnelle et le recours immédiat aux Urgences.....	66
3. Lien entre le type de protection sociale et le refus de consultation dans une MMDG.....	67
4. Lien entre la catégorie professionnelle et le refus de consultation dans une MMDG.....	68
5. Lien entre l'orientation vers les Urgences par le médecin traitant et l'hospitalisation.....	69
6. Lien entre la proximité et le choix d'un Centre Hospitalier.....	70
G. Analyses Multi-variées.....	71
1. Discrétisation de l'âge pour le recours immédiat aux Urgences.....	71
2. Discrétisation de la distance domicile-hôpital pour le recours immédiat aux Urgences.....	72
3. Discrétisation de l'âge pour l'accord de consultation dans une MMDG.....	

(Chez les patients ne connaissant pas son existence).	73
4. Discrétisation de la distance domicile-hôpital pour l'accord de consultation dans une MMDG (Patients ne connaissant pas son existence).	74
5. Arbres de classification.	75
a) Recours immédiat aux urgences.	75
i. Variable expliquée.	75
ii. Variables explicatives.	75
iii. Résultats.	75
iv. Arbre de classification.	78
v. Courbe ROC.	79
b) Accord de consultation dans une MMDG.	80
i. Variable expliquée.	80
ii. Variables explicatives.	80
iii. Résultats.	80
iv. Arbre de classification.	82
v. Courbe ROC.	83
c) Modèle de régression logistique.	84
IV. DISCUSSION.	85
A. Synthèse et analyse des résultats.	85
1. Variables expliquant le recours des patients d'une même zone de proximité à un Centre Hospitalier plutôt qu'un autre.	85
2. Caractéristiques principales des patients consultant aux Urgences de Denain et de Valenciennes.	86
3. Motifs de consultations des patients consultant aux urgences de Denain et de Valenciennes.	87
4. Variables expliquant le recours immédiat des patients aux Urgences. ..	88
5. Variables expliquant le refus des patients de consulter à la Maison Médicale de Garde plutôt qu'aux urgences.	89
B. Critique méthodologique de l'étude.	91
1. Représentativité de la population étudiée et population cible.	91
2. Validité du questionnaire.	91
3. Validité du mode de recueil des données.	92
4. Biais de l'étude.	93
5. Ethique, déontologie et conflits d'intérêts.	94
6. Significativité et pertinence des résultats.	94
C. Confrontation des résultats aux données de la littérature.	94
D. Implications futures dans la pratique professionnelle.	98
1. En médecine générale.	98
a) Le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins.	98
b) La méconnaissance du système de permanence des soins.	99
c) Le rôle du médecin généraliste dans l'éducation du patient.	100
2. En médecine d'urgence.	102
a) Dans la zone de proximité du Valenciennois.	102
b) En France.	102
Partie 3:	103
Fédération Médicale Inter Hospitaliere des structures de medecine d'Urgence de Denain et Valenciennes	103
I. NAISSANCE DU PROJET DE COOPERATION ENTRE LES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE DE DENAIN ET DE VALENCIENNES.	104
A. Contexte.	104
B. Objectif principal de la collaboration.	105

C.	Date d'effet et durée.....	105
D.	Fonctionnement.....	106
1.	Modalités de coopération.....	106
2.	Modalités d'intervention du personnel.....	106
3.	Modalités de rémunération du personnel.....	107
4.	Gouvernance.....	107
5.	Responsabilités.....	107
E.	Directives de l'ARS.....	108
II.	NECESSITE DU PROJET DE COOPERATION ENTRE LES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE DE DENAIN ET DE VALENCIENNES.....	108
A.	Nécessité de collaboration pour le CH de Denain.....	108
1.	Volonté de garder au CH Denain une structure d'Urgence de proximité compétente.....	108
2.	Recours au plateau technique du CH Valenciennes.....	109
3.	Recours aux différentes spécialités du CH Valenciennes.....	110
4.	Recours Humains.....	111
B.	Nécessité de collaboration pour le CH de Valenciennes.....	111
1.	Le centre hospitalier de Valenciennes, service actuel de recours.....	111
2.	Capacité d'accueil de la structure de médecine d'Urgence de Valenciennes.....	112
III.	DEBOUCHEES DU PROJET DE COOPERATION ENTRE LES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE DE DENAIN ET DE VALENCIENNES.....	113
A.	Perspectives d'avenir pour le Centre Hospitalier de Denain.....	113
1.	Constitution de la nouvelle équipe médicale de la structure des Urgences.....	113
2.	Nouveau projet de service de la structure des Urgences de Denain..	113
3.	Perspectives d'avenir pour le Centre Hospitalier de Denain.....	115
B.	Des rencontres communes.....	115
C.	Perspectives d'avenir pour le CH de Valenciennes.....	115
1.	Vers une nomination comme Centre Hospitalier Régional.....	115
2.	Vers d'autres coopérations locales avec le CH de Denain.....	115
a)	Le plan PAERPA.....	115
b)	Le laboratoire.....	116
3.	Vers d'autres coopérations avec le territoire de santé: La communauté hospitalière de territoire du Valenciennois.....	117
a)	La convention constitutive.....	117
b)	Les objectifs de la communauté.....	117
c)	Les recours futurs.....	118
	Conclusion.....	119
	Références bibliographiques.....	123
	Annexes.....	127

RÉSUMÉ

Contexte : La Fédération Médicale Inter-Hospitalière des Urgences de Valenciennes et de Denain a été créée pour faire face à l'engorgement progressif des structures d'Urgence de proximité.

Objectifs : Connaître les variables expliquant le recours des patients d'une même zone de proximité à un Centre Hospitalier spécifique. Décrire les caractéristiques de la population consultant aux Urgences de Valenciennes-Denain et leurs motifs de consultation. Connaître les variables expliquant le recours immédiat des patients aux Urgences et le refus de consulter dans les maisons médicales de garde.

Méthodes : Une étude observationnelle descriptive transversale a été menée sur 24 H en parallèle sur les deux sites d'Urgences du 19 au 20 Novembre 2015. La population ciblée était celle des usagers des structures d'Urgence de la zone de proximité du Valenciennois âgés de plus de 16 ans. Un questionnaire a été remis aux patients après recueil de leurs consentements. Un entretien téléphonique a ensuite été réalisé durant les semaines suivantes pour compléter les données manquantes. 149 questionnaires ont été distribués. 107 dossiers exploitables ont été collectés après exclusion des refus de participation, des patients alcoolisés ou présentant des difficultés cognitives entravant leur réponse. Le taux de réponse était de 72 %. Des analyses uni, bi et multivariées ont été réalisées à l'aide du Théorème central limite, de la loi Binomiale, des tests de Fisher et d'Anova ainsi qu'un modèle de régression logistique.

Résultats : L'argument de proximité est à 81.31 % IC [72.62 % ; 88.19 %] le premier motif de choix spécifique d'un Centre Hospitalier. La sensation de gravité est à 61.68 % IC [51.72 % ; 70.92 %] la première raison de recours immédiat aux Urgences. Le refus de consultation dans les Maisons Médicales est à 53.27 % IC [43.38 % ; 62.98 %] lié à l'avance de frais. Un lien semble exister entre le recours immédiat des patients aux Urgences, la couverture sociale, la profession, le niveau scolaire, la nationalité, l'âge et le sexe.

Conclusion : Les Fédérations Médicales Inter-Hospitalières de structures de médecine d'Urgence sont un enjeu majeur pour l'avenir de la médecine d'Urgence dans le Nord-Pas-De-Calais. Le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins coordonné et l'éducation des patients doivent être renforcés afin de responsabiliser les usagers face aux comportements abusifs.

INTRODUCTION

Ces dernières années, l'ensemble du territoire français se heurte au vieillissement de sa population et à une demande de soins qui ne cesse de croître. Le Nord-Pas-De-Calais et plus précisément l'arrondissement du Valenciennois n'échappent pas à la règle. Ce dernier occupe la première place en matière de précarité et de surmortalité. En 2010, Denain est déclarée « Ville la plus pauvre de France ». En parallèle, les récents constats sont en faveur d'une inadéquation de l'offre de soins nationale, régionale et locale.

La démographie médicale subit progressivement de profonds changements qui tendent vers une nette diminution du nombre de médecins libéraux et la création d'une importante disparité de la densité médicale. Les comportements de santé des patients ont également évolué vers l'exigence d'un accès aux soins immédiats, et d'une médecine rapide et efficace. Ainsi, dans ces zones frappées par la désertification médicale, la tendance est à la hausse de la fréquentation et à l'engorgement des structures d'Urgence de proximité tandis que les médecins libéraux exercent à flux tendus.

En 2015, pour répondre à cette demande grandissante, les structures des Urgences de Denain et Valenciennes ont mis en place une Fédération Médicale Inter-Hospitalière. De cette collaboration, nous est venue l'idée de nous interroger sur l'existence de variables expliquant le recours des patients de la zone de proximité du Valenciennois à un Centre Hospitalier plutôt qu'un autre.

Nous avons pour cela mené une étude transversale descriptive afin de décrire la population consultant dans ces deux services ainsi que leurs motifs de consultation.

Par ailleurs, nous nous sommes également intéressés au comportement des patients vis-à-vis des maisons médicales afin de chercher s'il existe des variables expliquant leur refus d'y consulter.

Dans un premier temps, au travers de cette thèse, nous réaliserons un bilan de la situation actuelle dans le Nord-Pas-De-Calais et plus précisément dans la zone de proximité du Valenciennois. Puis, nous vous présenterons notre étude descriptive des différentes conditions de recours aux Urgences de Valenciennes et de Denain. Enfin, nous reviendrons sur la convention signée entre les deux établissements afin de vous l'exposer de manière plus détaillée.

PARTIE 1 :

PRÉSENTATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE DENAIN ET VALENCIENNES DANS LEUR TERRITOIRE

I. PRESENTATION DES CENTRES HOSPITALIERS.

A. Le Centre Hospitalier de Valenciennes.

1. Historique.

367 avant JC : Destruction du temple de la Déesse Vesta par l'empereur Valentinien et création d'une chapelle dédiée à la Sainte Vierge et de l'hôtellerie Saint Jean dans le but de soigner les malades.

1432 : Création du premier grand établissement hospitalier de Valenciennes **(1)** par le chanoine de Perfontaine entre la place d'Armes, la rue des Hospices et la rue Derrière-la tour. Plusieurs agrandissements et une sélection des patients à l'entrée sont vite devenus indispensables devant l'afflux massif de patients auquel les religieuses devaient faire face. Cette maison de l'hôtel-Dieu fut détruite pendant la révolution.

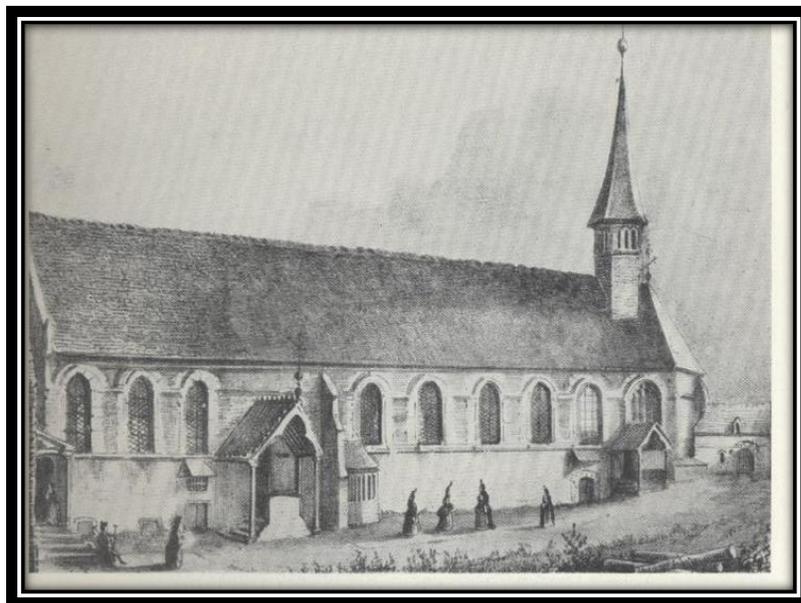


Image 1. Maison de l'hôtel-Dieu. (1)

De **1751 à 1774** : Création sur ordre de Louis XV de l'hospice général qui devint par la suite l'hôpital du Hainaut dans le but d'accueillir les mendiants, les malades, les femmes de mauvaise vie, les insensés et les enfants abandonnés.

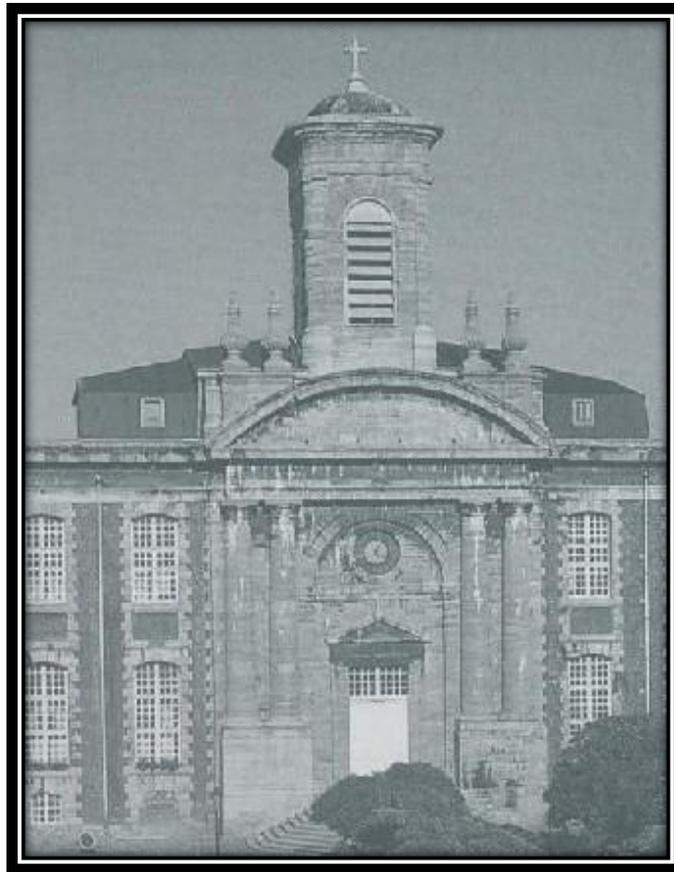


Image 2. Hospice général – Futur Hôpital du Hainaut. (1)

De **1919 à 1936** : Construction du nouvel Hôtel-Dieu, Avenue Monaco. Abandon des anciens locaux. Depuis, l'activité de cet hôpital ne cesse de croître, impliquant des travaux d'extension réguliers.

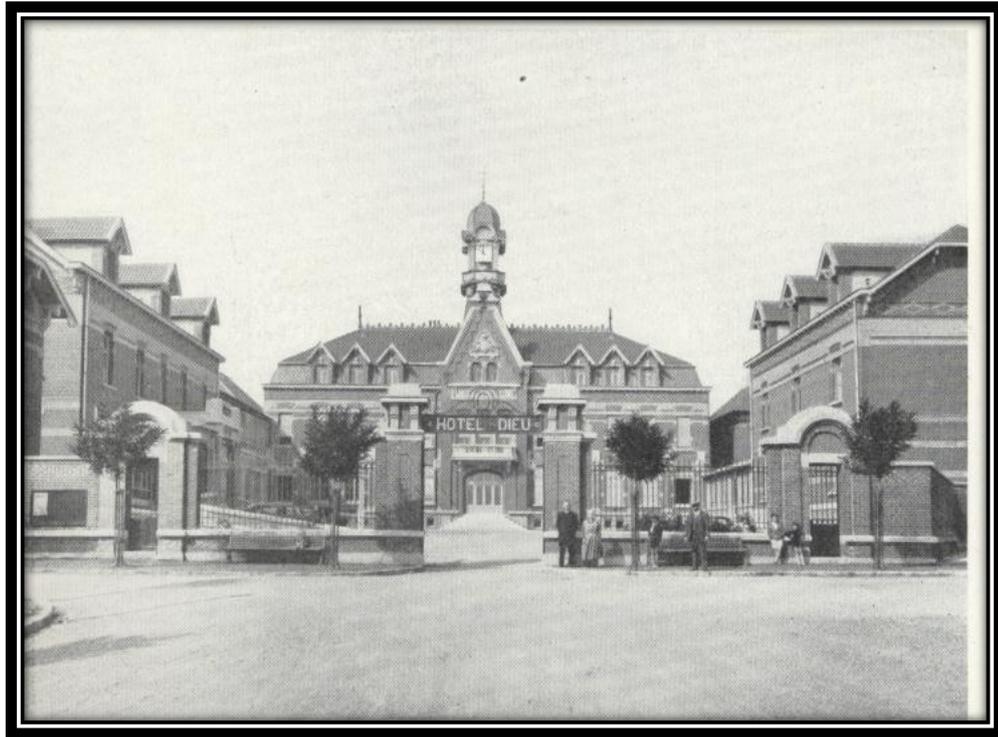


Image 3. Hôpital « Hôtel-Dieu ». (1)

1961 : Ouverture de la Maternité

1972 : Création du Service d'Accueil des Urgences

1977 : Création du Pavillon Paul Fournier

1978 : 1^{er} plateau technique

1994 : Inauguration de l'IRM

Décembre 2001 : Arrivée de Monsieur Philippe JAHAN à la direction du CH

2004 : Création du Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques. 2^e scanner

2005 : Inauguration du pôle Mère-Enfant - 2^e Maternité de niveau 3 de la région

2006 : TEP Scanner

2009 : Inauguration du nouvel hôpital « Jean Bernard », arrivée de la chirurgie crânienne, création d'une réanimation spécialisée, ouverture du service de soins palliatifs et arrivée de la chirurgie bariatrique

2010 : Inauguration de l'internat, ouverture du service de Dialyse et rénovation des tours.



Image 4. Hôpital Jean Bernard. (1)

2011 : Inauguration du plateau technique d'imagerie et du service d'imagerie de la femme.

2012 : Ouverture du centre de rééducation Jean Stablinski.



Image 5. Centre de rééducation Jean Stablinski. (1)

2. Situation géographique.

Valenciennes est une commune Française, située dans la région des Hauts de France. Elle est la sous-préfecture du département du Nord et la capitale de la Province du Hainaut Français.

Grâce à un système de transports performants autoroutiers, ferroviaires et aériens, Valenciennes se trouve à proximité immédiate de 5 pays européens (Belgique, Allemagne, Luxembourg, Pays Bas et Royaume-Uni).

A seulement 50 Kms du Sud de Lille, Valenciennes est bordée :

Au Nord, par Condé-Sur-L'Escaut, Vieux-Condé, Hergnies et Saint-Amand-Les-Eaux

Au Sud, par Denain, Cambrai, Le Quesnoy et Maubeuge

A l'Ouest, par Douai

A l'Est, par la frontière Belge

Le Centre Hospitalier de Valenciennes est situé Avenue Désandrouin, à proximité de son centre-ville.

3. Territoire de santé.

Elle fait partie du territoire de santé du Hainaut Cambrésis (2) et représente la zone de proximité du Valenciennois.



Image 6. Territoires de santé du Nord-Pas-De-Calais.

4. Démographie.

L'agglomération de Valenciennes représente avec la métropole Lilloise, les zones les plus densément peuplées du Nord.

Au recensement de 2011 (3), le Hainaut Cambrésis regroupe 744 498 habitants, le Valenciennois recense 349 816 habitants, Valenciennes compte 42 989 habitants.

En 2012, la population de Valenciennes est caractérisée par des conditions socio-économiques peu favorables (4).16.9 % des habitants sont sans activité professionnelle, 24.8 % retraités, et 14.8 % ouvriers.

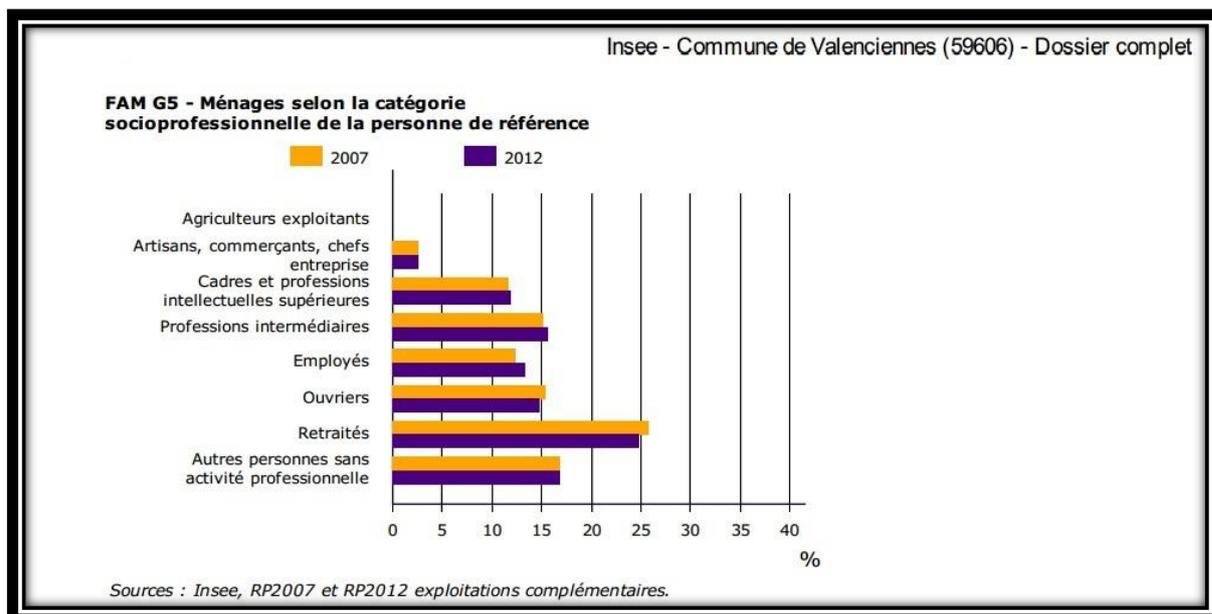


Image 7. Répartition des ménages selon la catégorie socio professionnelle à Valenciennes. (4)

5. Structure des Urgences.

En 2015, la structure d'Urgence de Valenciennes comptabilisait un total de 59048 entrées. Dirigé par le Docteur Antoine Maisonneuve, responsable de la structure d'Urgence - SMUR, il se compose de 25 médecins pour 24.4 équivalents temps plein dont 14.9 équivalents temps plein pour les Urgences et 9.5 équivalents temps plein pour le SMUR.

Chaque jour :

- 1 sénior à l'accueil des Urgences du lundi au vendredi
- 2 séniors (3 le lundi) gèrent les secteurs « médico-chirurgical » et « déchocage » le jour et 2 séniors gèrent le service la nuit
- 1 sénior de renfort de 10h à 00h en secteur « traumatologie / ambulatoire »
- 1 sénior en UHCD
- 2 séniors en SMUR

Le service accueille chaque semestre 8 internes (+ 1 ou 2 Faisant Fonction d'Interne l'été).

Chaque jour :

- 1 interne de garde 24 H en secteur « médico-chirurgical »
- 1 interne de journée en secteur « médico-chirurgical »
- 1 interne de journée en secteur « traumatologie »
- 1 interne de journée en secteur « SMUR et déchocage »
- 1 interne en « UHCD » puis en secteur « traumatologie » le lundi et le vendredi

La nuit :

- 1 interne des étages de Garde en secteur « médico-chirurgical »
- 1 interne des étages de Garde en secteur « traumatologie »

Le service emploie également 65 infirmiers pour 53.7 équivalents temps plein ; 29 aides-soignants pour 24.5 équivalents temps plein.

Le brancardage spécifique des Urgences est assuré par 6 agents des services hospitaliers et 2 aides-soignants.

B. Le Centre Hospitalier de Denain.

1. Historique.

Inauguré en 1928, l'hôpital de Denain a vu le jour sur initiative de Monsieur François Lefebvre, député – maire de Denain **(5)**.

Financé aux deux tiers par le Pari Mutuel et pour le tiers restant par des donations, ce Centre Hospitalier ne cesse de se remettre en question et de s'accroître. Ainsi, il est en rénovation permanente depuis 1986.

Fin 2014, l'hôpital de Denain a fait face à un déficit budgétaire de 3.5 millions d'euros **(6)** alors qu'il connaissait un équilibre financier depuis 6 années consécutives, l'essentiel des dépenses étant lié au personnel. L'année 2015 a été celle d'une remise en question face à ces difficultés financières. Dans ce contexte budgétaire, le 1^{er} Août 2015, Monsieur Eric Lagardère arrive à la direction l'hôpital de Denain après 15 années en tant qu'adjoint aux affaires financières de Seclin.

2. Situation géographique.

Denain est une commune Française de la région des Hauts de France A 50 Kms au sud de Lille, et 14 Kms au sud-ouest de Valenciennes, le Centre Hospitalier de Denain est situé Rue Jean Jaurès.

3. Territoire de santé.

Denain fait partie du territoire de santé du Hainaut Cambrésis **(2)** et de la zone de proximité du Valenciennois.

4. Démographie.

Au recensement de 2011 **(3)**, le Hainaut Cambrésis regroupe 744 498 habitants, le Valenciennois recense 349 816 habitants, Denain compte 20 270 habitants.

En 2012, la population de Denain est marquée par un contexte socio-économique précaire **(4)**. 15.5 % des habitants sont sans activité professionnelle, 31 % retraités, 29.4 % ouvriers.

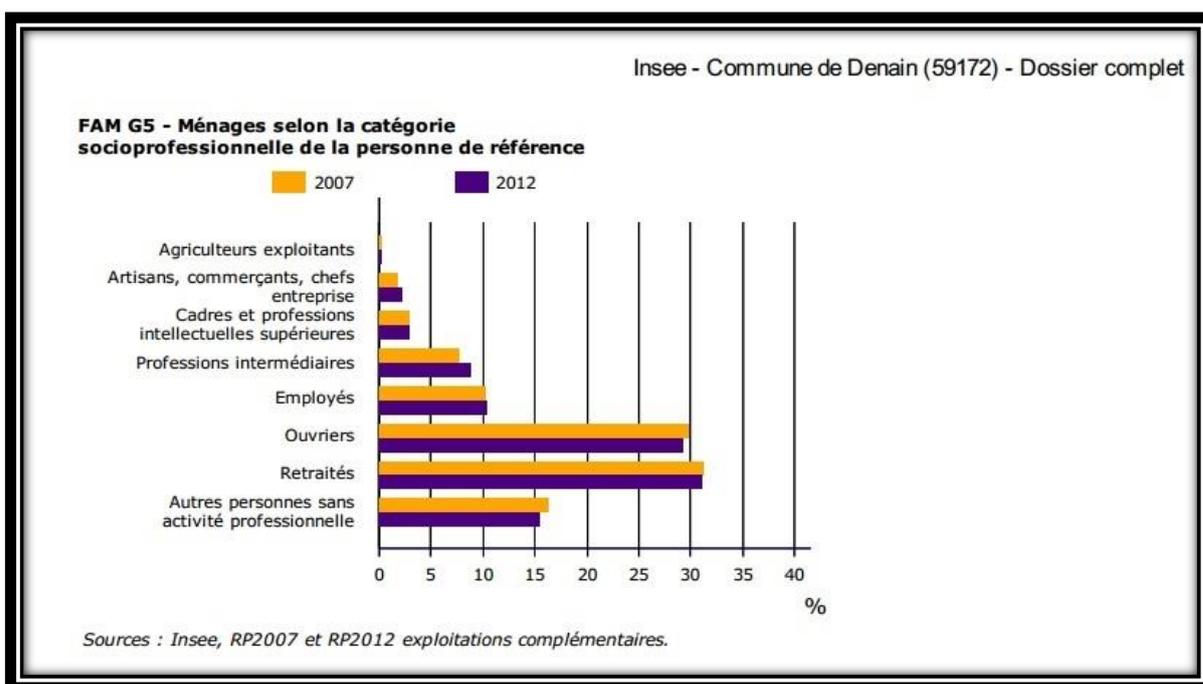


Image 8. Répartition des ménages selon la catégorie socio professionnelle à Denain. (4)

5. Structure des Urgences.

En 2015, le service comptabilisait un total de 28 255 entrées. Dirigé par le Docteur Jean-Christophe Reynaert, responsable de la structure d'Urgence, il se compose de 14 médecins dont 7 travaillant à temps plein et 7 à temps partiel.

Le fonctionnement passé reposait sur 2 lignes de médecins seniors 24H/24 avec un système de mutualisation entre les Urgences et l'UHCD.

Désormais, chaque jour :

- 1 médecin sénior 24H/24 (soit 1 journée + 1 garde)
- 1 médecin sénior 14H/24 (soit 1 journée + ½ garde)
- 1 médecin sénior 8H/24 (soit 1 journée en UHCD)
- le weekend : 2 médecins seniors 24 H/24
- le samedi matin : 1 médecin sénior (5 H en UHCD)

Le service accueille chaque semestre 6 internes de médecine générale. Chaque jour, on note la présence de 2 internes + 1 interne supplémentaire de renfort les lundis et vendredis répartis entre les secteurs « ambulatoire » et « médicochirurgical ». En semaine, la présence en garde a été renforcée avec 2 internes encadrés par 2 médecins seniors en première partie de nuit, puis par un seul médecin sénior à partir de minuit. Le weekend, un seul interne est présent en garde. Avec 2 médecins seniors sur place, l'encadrement des internes de garde le weekend reste identique à celui de semaine.

Le service emploie également 21 infirmiers dont 2 employés à 80 %, 11 aides-soignants et 3 brancardiers.

II. BILAN DE SANTE 2015 DU NORD-PAS-DE-CALAIS.

A. Demande de soins dans le Nord-Pas-De-Calais.

1. Caractéristiques de la population.

a) Démographiques.

Selon la présentation de l'ancienne région par l'INSEE en 2014 (7), le Nord-Pas-De-Calais compte près de 4 millions d'habitants et fait ainsi partie des zones les plus peuplées d'Europe. Elle représente à elle seule environ 6.5 % de la totalité de la population de la France métropolitaine. Le département du Nord est le plus peuplé de France tandis que le Pas-De-Calais arrive en 8^e position.

Les moins de 20 ans représente une proportion de 26.8 % (pour une moyenne nationale de 24.4 %). Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 7.7 % de la population (pour une moyenne nationale de 9.1 %). Enfin, l'indice de vieillissement est estimé à 54.8 %, ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale de 70.6 %.

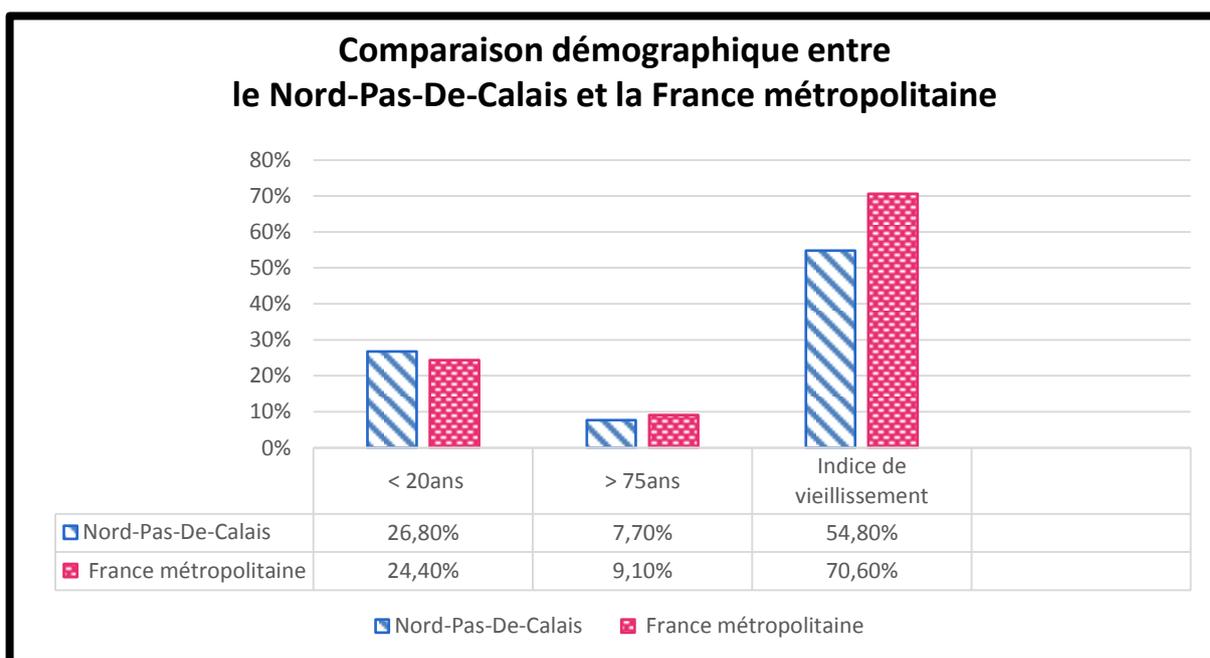


Image 9. Comparaison démographique entre le NPDC et la France.

La croissance démographique annuelle du Nord-Pas-De-Calais est faible, elle est estimée à 0.1 % par an et repose essentiellement sur un excédent du nombre de naissances par rapport à celui de décès (croissance démographique : + 0.5 % par an). En effet, un flux migratoire conséquent tend à freiner la croissance démographique de 0.4 % par an avec un nombre de départs plus élevé que celui des arrivées.

Ainsi, le nord est le plus jeune département de France et poursuit son vieillissement moins rapidement que le reste de la France

Concernant, la population étrangère, le Nord-Pas-De-Calais regroupe environ 3 % d'étrangers dont la moitié est essentiellement d'origine maghrébine.

Le Nord et le Pas-De-Calais sont deux départements des plus féconds de France. En 2013, le Nord-Pas-De-Calais enregistre un taux de natalité supérieur à la moyenne nationale avec 14 naissances pour 1000 habitants contre 12.8 naissances pour 1000 habitants en France métropolitaine. Le Nord-Pas-De-Calais est également marqué par un taux de mortalité plus élevé et une mortalité plus précoce qu'à l'échelle nationale. En 2013, le taux de mortalité standardisé est de 10.7 pour 1000 habitants contre 8.6 pour 1000 habitants en France. De plus, la proportion de décès considérés comme prématurés (< 65 ans) avoisine les 2.6 pour 1000 habitants contre 1.9 pour 1000 habitants en France.

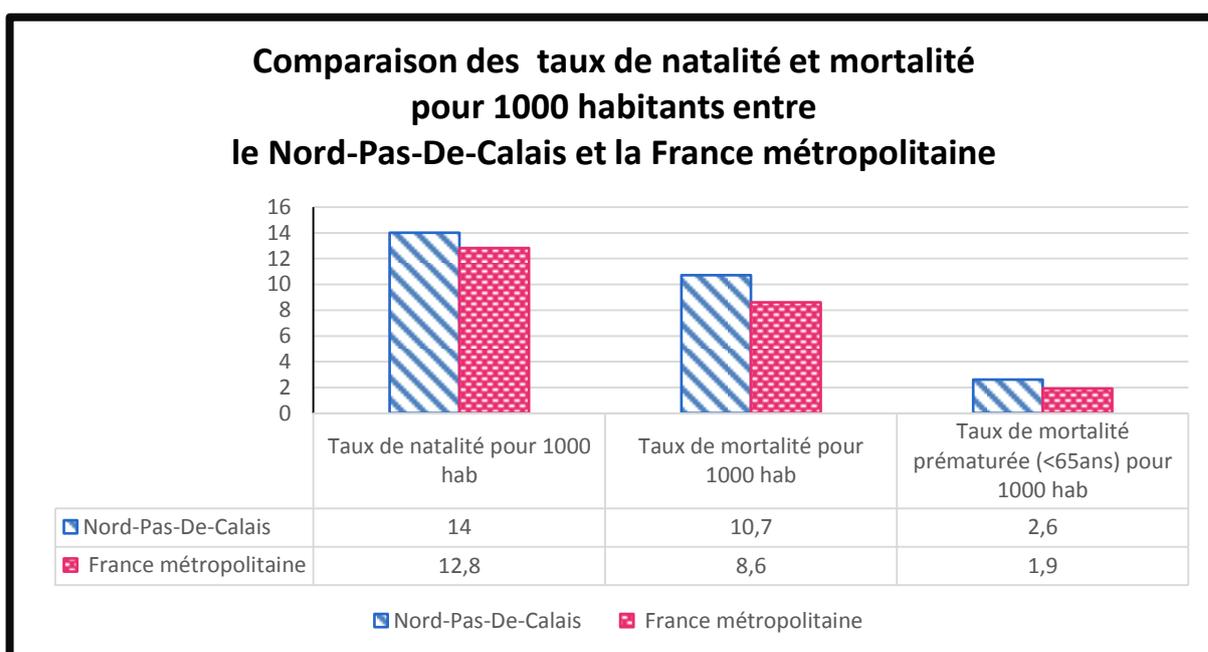


Image 10. Comparaison des taux de natalité et mortalité entre le NPDC et la France.

b) Socio-économiques.

Le Nord-Pas-De-Calais présente un taux de précarité supérieur à la moyenne nationale **(3)**. Des 2 départements, le Nord reste le plus touché.

Ainsi, selon les chiffres avancés par l'INSEE en 2013, le revenu fiscal moyen par foyer y est de 16 337 € pour une moyenne nationale de 18 263 €. Le Valenciennois présente, quant à lui, un retard manifeste avec un revenu moyen par foyer de 14 910 €.

27.7 % des Valenciennois touchent une allocation d'aides sociales (RSA ou AAH) contre 24.4 % en région Nord-Pas-De-Calais et 19.1 % en France.

De plus, le Nord et le Pas-De-Calais font partie des 4 départements de France les plus couverts en matière de Couverture Médicale Universelle et des 7 départements de France les plus touchés par le chômage.

10.1 % de la population du Hainaut-Cambrésis bénéficient de la CMU contre 5.7 % de la population nationale.

Le taux de chômage dans le Nord-Pas-De-Calais est largement supérieur à la moyenne nationale avec un taux estimé à 12.8 % contre 9.7 % en France métropolitaine. Le Valenciennois fait pire en atteignant les 19.6 %.

Le déclin de l'ancien bassin minier du Nord-Pas-De-Calais a entraîné la perte de près de 220 000 emplois. La région s'est ainsi tournée vers l'industrie automobile pour tenter une réinsertion économique qui n'a malheureusement pas permis de remplacer la totalité des emplois disparus, enlisant ainsi la région dans un état de précarité.

Dans le Valenciennois, les catégories socio-professionnelles élevées (cadres supérieurs, professions libérales...) représentent 7 % pour une moyenne de 12.1 % en France. Les catégories socio-professionnelles moyennes touchent 11.9 % de la population pour 14 % du reste du territoire Français. Les catégories socio-professionnelles les plus faibles représentent 17.1 % de la population contre 13.4 % à l'échelle nationale.

Par ailleurs, la précarisation du Nord-Pas-De-Calais passe également par un taux d'absence de diplôme chez les jeunes de 15 à 24 ans qui ne favorise ni

l'insertion ni le maintien dans le monde du travail. Le territoire du Hainaut Cambrésis est le plus touché par ce phénomène. Par comparaison, en 2011, le taux de non scolarisés, non diplômés représentait en France 17.6 % de la population. Le Nord-Pas-De-Calais dépassait de 2 points cette moyenne en atteignant les 19.7 % de non diplômés.

Enfin, en 2013, 377 logements du Nord-Pas-De-Calais dont 32 % dans le Valenciennois ont fait l'objet d'une déclaration d'insalubrité.

c) Etat de santé.

Le Nord-Pas-De-Calais montre une surmortalité manifeste et un taux de mortalité imputable aux addictions (alcool, tabac, drogues, médicaments) nettement supérieur à la France métropolitaine.

La santé mentale de la population est également plus fragile avec un taux de mortalité par suicide 37 % supérieur à la moyenne nationale.

La mortalité tous sexes confondus par maladies cardio-vasculaires est 25 % plus élevée qu'à l'échelle nationale et 40 % plus élevée en ce qui concerne la mortalité liée au diabète.

2. Fréquentation des structures d'Urgence.

Depuis plusieurs années, les structures d'Urgence françaises doivent faire face à une hausse importante de leur fréquentation **(8)**. Ainsi, ouvertes de jour comme de nuit, le recours à ces structures est devenu pour grand nombre de personnes, un réflexe, une solution de facilité et de rapidité d'accès aux soins. Bien trop souvent, la notion d'Urgence est confondue avec l'immédiateté et la permanence des soins. Il a été établi qu'un quart des français se présentent aux Urgences chaque année et que parmi eux, seuls 20 % des patients sont hospitalisés.

En 2007, 920 000 passages ont été enregistrés contre 1 117 543 en 2012, ce qui représente une hausse de 15.2 %. Le taux de recours aux Urgences dans le

Nord-Pas-De-Calais est passé de 25 % à 28 % entre 2008 et 2012, se positionnant ainsi légèrement au-dessus de la moyenne nationale qui est de 25 % en 2012. Cependant, le Nord-Pas-De-Calais fait face à des taux de recours inégalement répartis dans les différents territoires de santé. C'est en métropole lilloise et dans le Hainaut que le taux de recours aux Urgences est le plus élevé, atteignant les 29 % en 2012.

Les usagers du Nord-Pas-De-Calais, ne font pas exception et consultent de plus en plus aux Urgences.

La population consultant aux Urgences est constituée en grande partie par les nourrissons et les personnes âgées de plus de 75 ans. Le principal motif de consultation reste la cause traumatique, notamment chez les sujets jeunes. Les patients se rendent majoritairement aux Urgences par leurs propres moyens et de leur propre initiative.

Actuellement, les structures d'Urgence doivent faire face à un véritable engorgement et doivent travailler sous tension entre un flux d'amont qui ne cesse de croître et un flux d'aval difficile à juguler au sein de l'hôpital.

B. Organisation de l'offre de soins.

1. Généralités.

Le NPDC a organisé son territoire en le découpant sur plusieurs niveaux **(2)** Il est divisé en 4 territoires de santé. Chaque territoire est découpé en zones de proximité. On note ainsi :

- Le territoire de Santé de **l'Artois-Douais** regroupant les Zones de Proximité du Douaisis, de l'Arrageois, de Lens Hénin et de Béthune Bruay.
- Le territoire de Santé du **Hainaut-Cambrésis** regroupant les zones de Proximité du Valenciennois, du Cambrésis et de la Sambre-Avesnois.
- Le territoire de Santé du **Littoral** regroupant les Zones de Proximité du Calaisis, du Montreuillois, du Dunkerquois, du Boulonnais, et de l'Audomarois.
- Le territoire de Santé de la **Métropole et de la Flandre intérieure** regroupant les Zones de Proximité de Lille, de la Flandre Intérieure, et de Roubaix-Tourcoing.



Image 11. Découpage des territoires de santé du NPDC. (2)

Concernant le secteur hospitalier, chaque zone de proximité possède son Centre Hospitalier de référence (3).

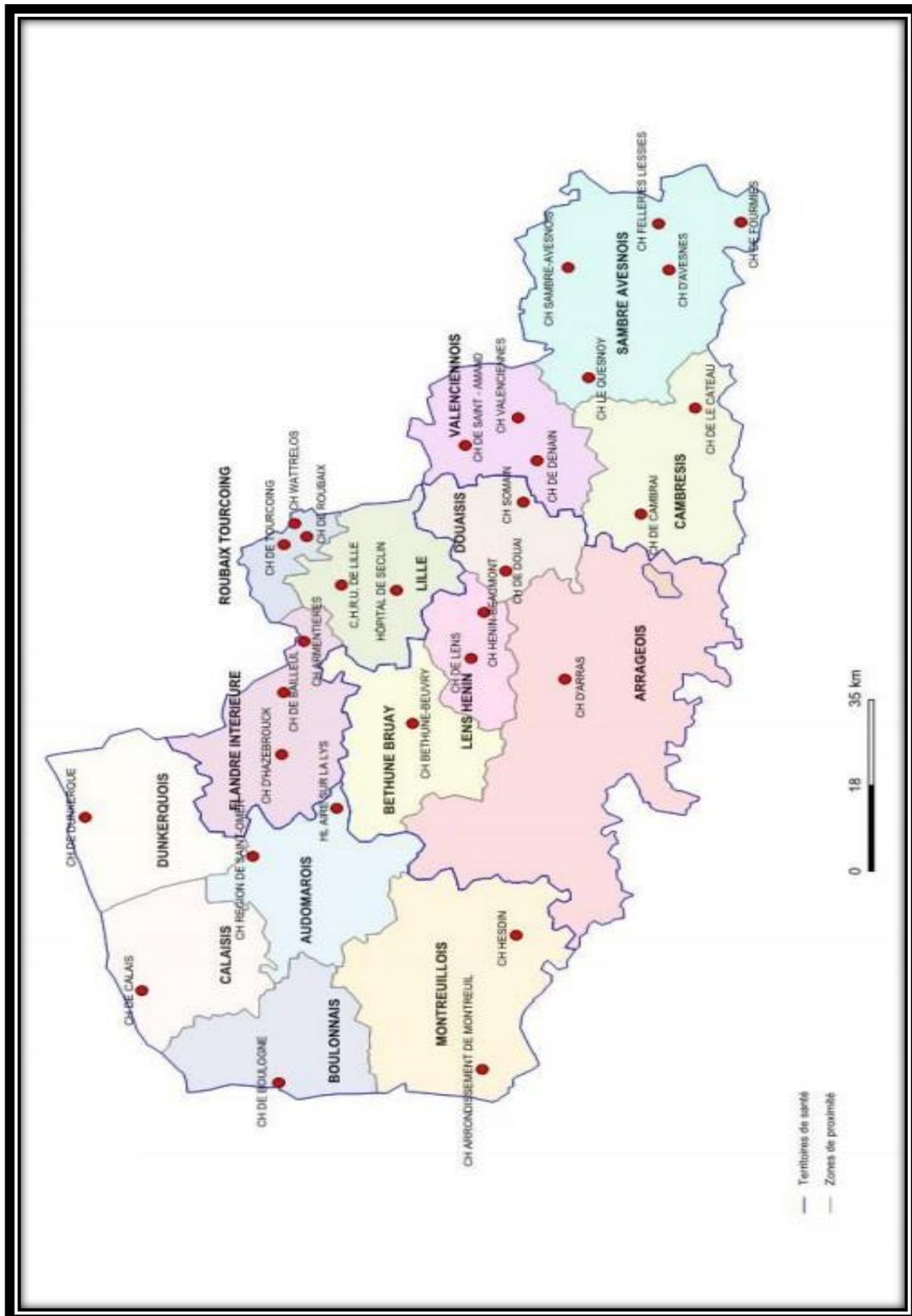


Image 12. Implantation des Centres Hospitaliers du Nord-Pas-De-Calais en secteur public. (3)

2. Médecins généralistes.

Le Nord-Pas-De-Calais recense 23 maisons pluri professionnelles reconnues par l'ARS (3), 45 projets en cours de validation, 6314 médecins généralistes en 2014 dont 4370 libéraux et 1944 médecins salariés. La densité médicale semble comparable à la densité nationale avec environ 107 généralistes pour 100 000 habitants.

Cependant, ces chiffres masquent la réalité.

En effet, lorsqu'on regarde de plus près les chiffres de 2014, on aperçoit que le Nord-Pas-De-Calais compte 4371 médecins généralistes dont 1430 uniquement regroupés sur la métropole lilloise laissant le Hainaut-Cambrésis, l'Artois Douaisis, et le Littoral avec une densité médicale bien inférieure à la moyenne nationale.

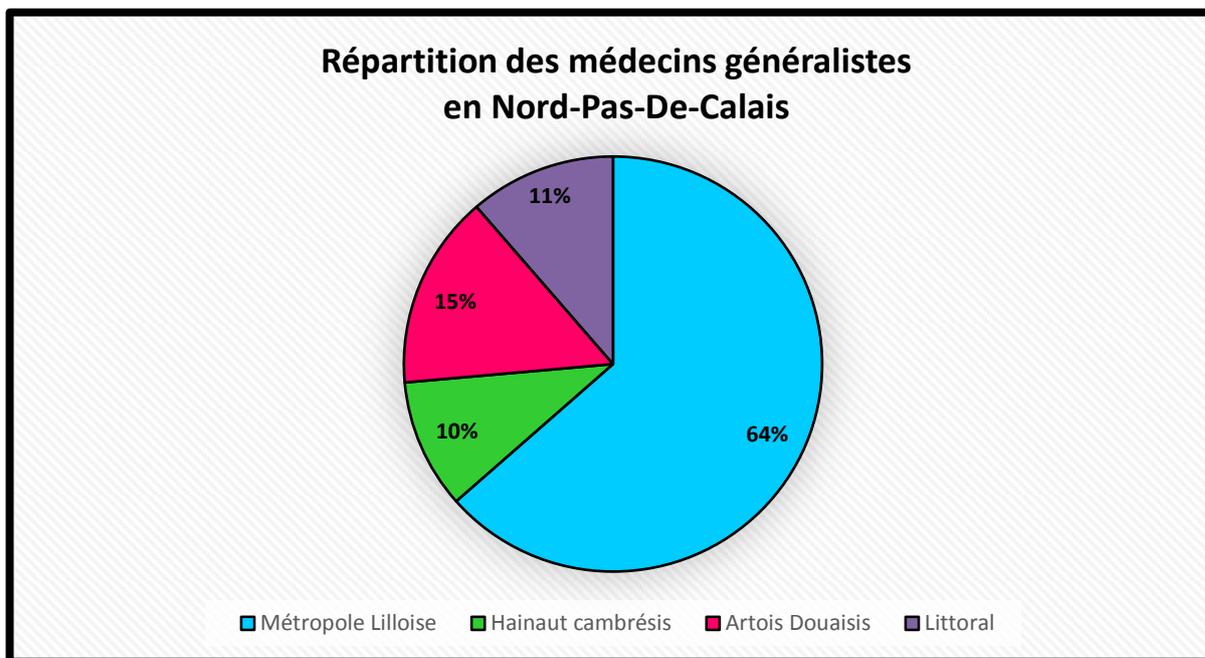


Image 14. Répartition des médecins généralistes en Nord-Pas-De-Calais.

Les médecins généralistes âgés de plus de 55 ans représentent 45 % de l'effectif, ce qui représente un taux légèrement inférieur à la moyenne nationale égale à 48.3%.

La zone de proximité du Valenciennois regroupe 344 médecins généralistes dont 44.8 % sont âgés de 55 ans ou plus. Soit 14.6 médecins généralistes pour 10 000 habitants sur le Valenciennois pour une moyenne Française de 18.3 pour 10 000.

Ce territoire fait partie des zones de grande fragilité en matière d'offre de soins.

Malgré la disparité de l'offre de soins, et une densité médicale plus faible qu'à l'échelle nationale, le Nord-Pas-De-Calais est premier de France en matière de consommation de consultations et de visites avec environ 6 actes par bénéficiaire par an.

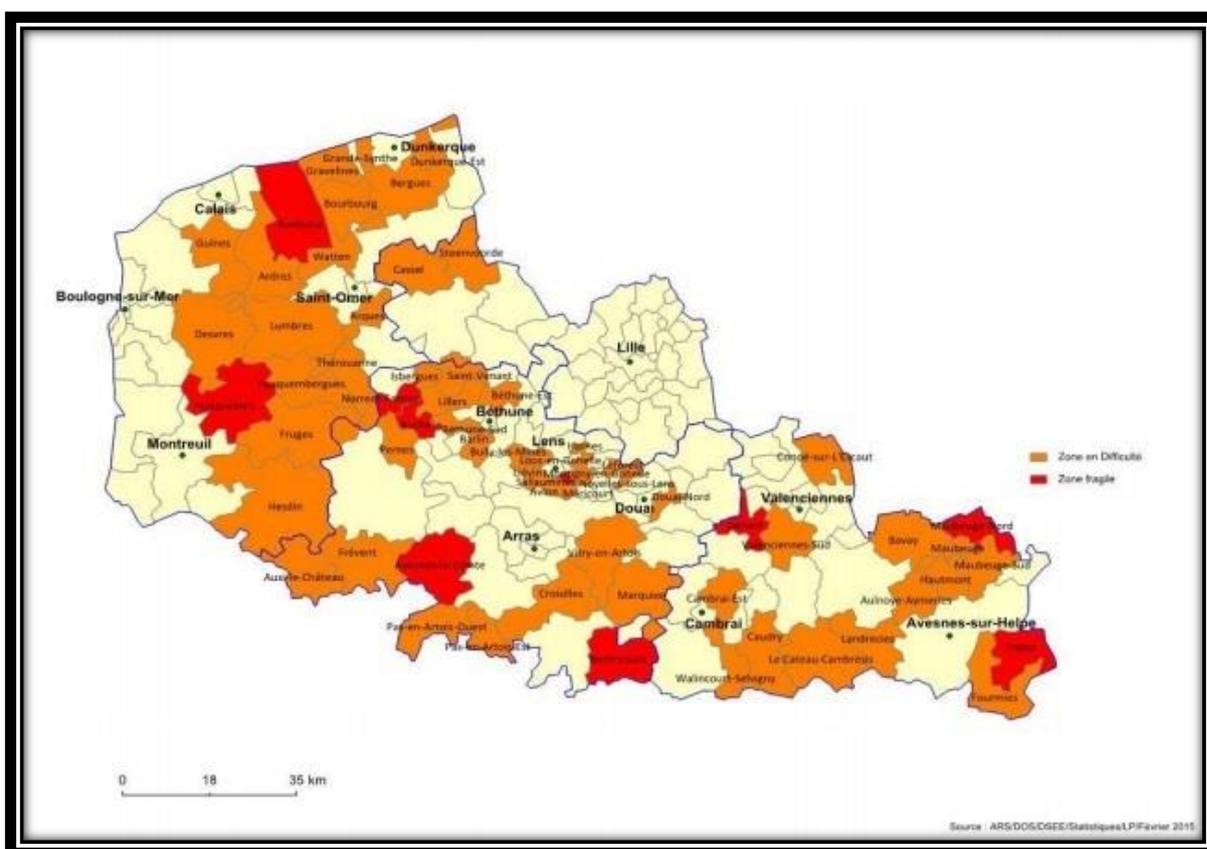


Image 15. Répartition de l'offre de soins de premier recours dans le Nord-Pas-De-Calais. (3)

3. Médecins spécialistes.

Le Nord-Pas-De-Calais regroupe 6267 médecins spécialistes en 2014 dont 2863 libéraux ou mixtes et 3404 salariés.

La région fait face à un déficit important en médecins spécialistes **(3)** avec 155 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 185 pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Ainsi, sur les 6267 spécialistes, 2976 sont regroupés en Métropole Lilloise, 952 dans le Hainaut Cambrésis, 1237 en Artois-Douaisis et 930 sur le Littoral.

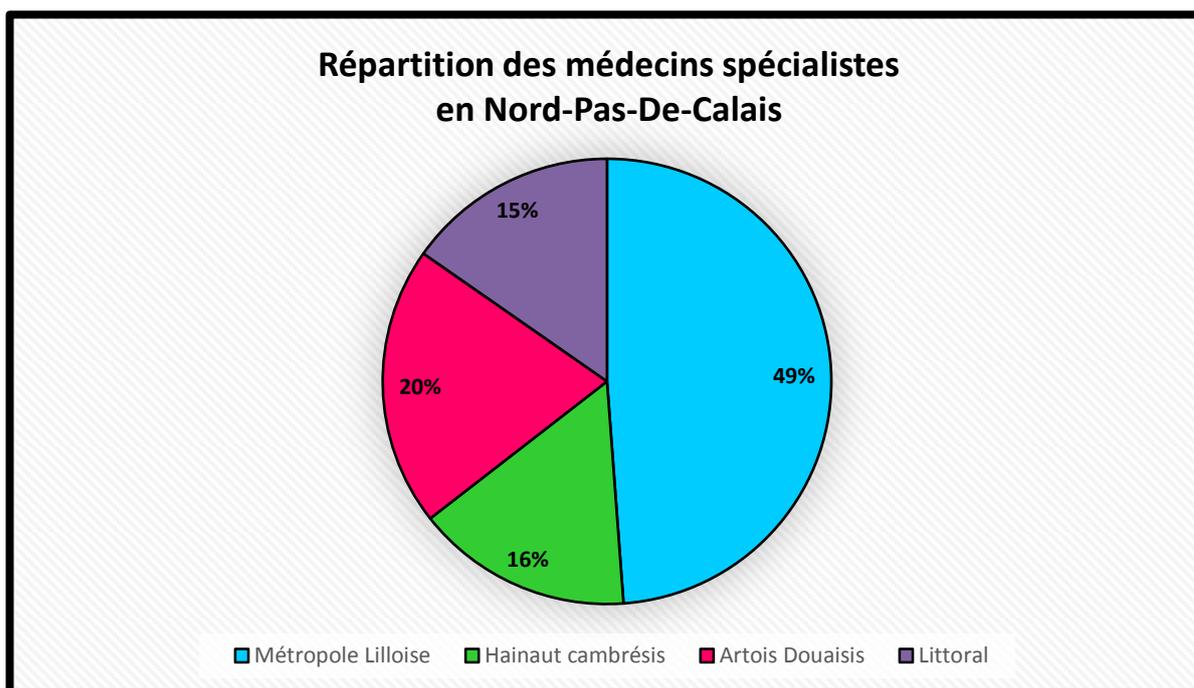


Image 16. Répartition des médecins spécialistes en Nord-Pas-De-Calais.

4. Médecine d'Urgence.

Le Nord-Pas-De-Calais regroupe 30 structures de médecine d'Urgence, 2 Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et 17 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) **(9)**.

La quasi-totalité des villes sont situées à moins de 30 minutes d'une structure d'Urgence garantissant ainsi un accès aux soins certain à la population.

Cependant, quelques zones restent isolées en matière d'accès aux soins, notamment entre Montreuil et Arras et au Sud de Maubeuge.

Pour faire face à cet isolement, le Nord-Pas-De-Calais dispose d'un pôle de santé de catégorie 1 (le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille) et de plusieurs pôles de catégorie 2 dont le Centre Hospitalier de Valenciennes fait partie.

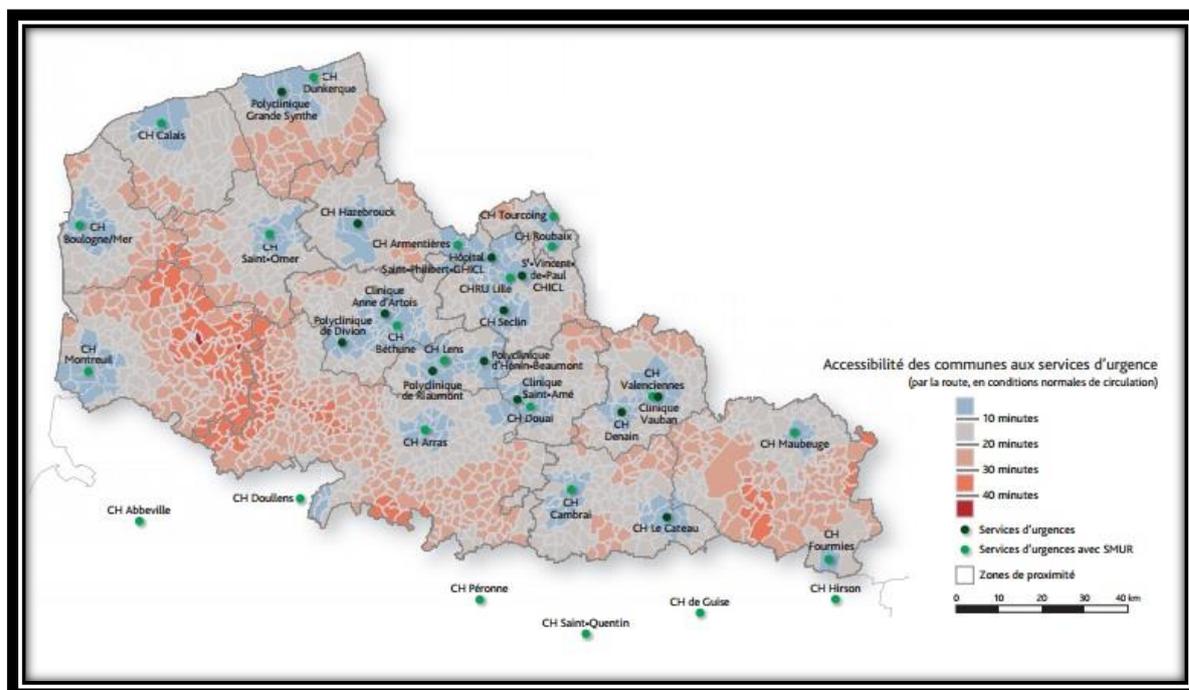


Image 17. Accessibilité des communes aux structures de médecine d'Urgence du Nord-Pas-De-Calais. (3)

C. Avenir et perspectives : Les problématiques rencontrées.

1. Evolution de la démographie du Nord-Pas-De-Calais.

Au total, le Nord-Pas-De-Calais doit faire face, comme l'ensemble du territoire Français à une augmentation de sa population ainsi qu'à son vieillissement.

Il se classe dans les premiers rangs en matière de problèmes médicaux et sociaux. Il est fortement touché par le chômage, la précarité, les troubles liés aux addictions diverses, la fragilité et la souffrance psychiatrique.

Sa population est exposée à une surmortalité en lien avec des patients poly-pathologiques qui sont en retard ou absence de soins. Ce délai de prise en charge

est fortement allongé en raison d'un manque notable de spécialistes et d'un défaut d'éducation et de prévention de la population.

Le système de soins Français garantissant un accès aux soins pour tous est un système de qualité qui a cependant, l'inconvénient principal d'entraîner des abus de consommation médicale de la part des usagers.

En effet, la population du Nord-Pas-De-Calais montre une consommation d'actes médicaux 50 % supérieure à la moyenne nationale. Problème d'adéquation entre les besoins et les offres de soins à l'étage régional ou défaut d'éducation ; la question n'est pas si simple et les deux aspects semblent intimement liés.

2. Evolution de la Démographie médicale.

a) Féminisation.

Ces dernières années, on note une franche tendance à la féminisation de la profession **(10)**, avec un taux de médecins femmes supérieur à celui des médecins hommes chez les moins de 40 ans.

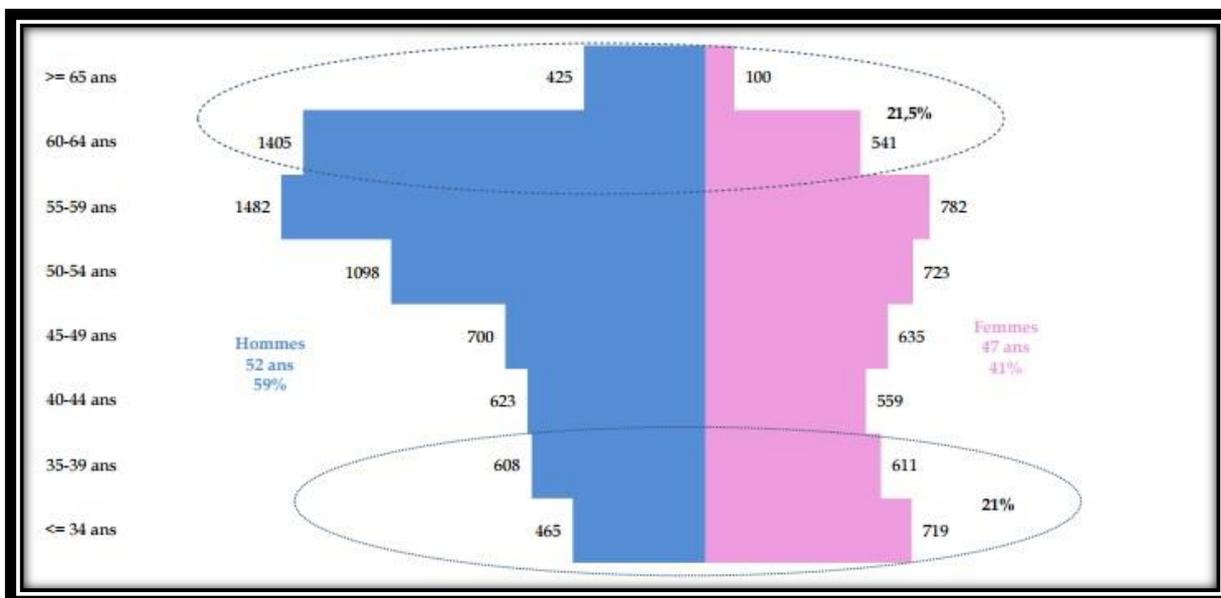


Image 18. Répartition des médecins actifs selon le sexe et l'âge dans le Nord-Pas-De-Calais en 2015. (10)

b) Vieillesse et retraites.

i. A l'échelle nationale:

En 2015, la France compte 281 087 médecins parmi lesquels 65 548 médecins à la retraite dont 14 665 qui cumulent emploi et retraite **(11)**.

Ces chiffres représentent une hausse de 75.1 % du nombre de médecins retraités sur 9 ans pour un taux d'actifs réguliers relativement stable enregistrant une hausse de 1.2 %. Ainsi, de 1979 à 2015, la hausse d'actifs est évaluée à 92.3 % tandis que la hausse des retraités avoisine les 870 %.

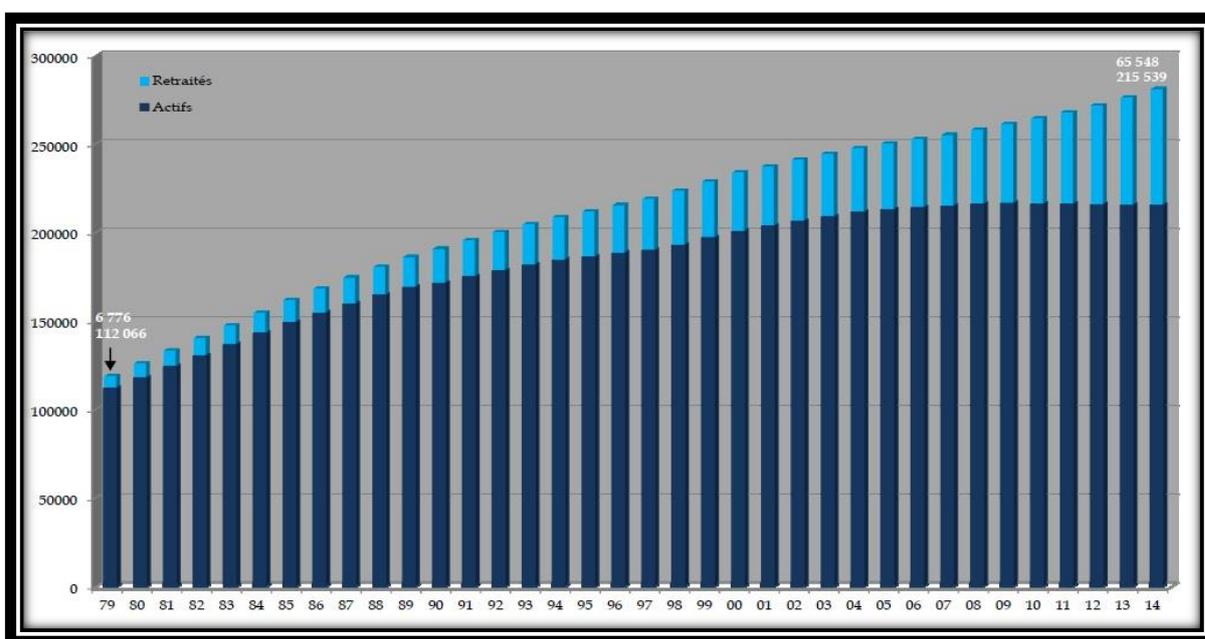


Image 19. Evolution des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en France de 1979 à 2015. (11)

ii. A l'échelle départementale :

Selon les chiffres de 2015 **(10)**, le Nord-Pas-De-Calais comptabilise 11 476 médecins (généralistes et spécialistes) exerçant une activité régulière.

La population médicale est âgée en moyenne de 50,2 ans. (52 ans pour les hommes contre 47 ans pour les femmes). Le taux d'actifs réguliers est relativement stable.

Cependant, on observe une modification de la répartition des spécialités sur le territoire.

Les médecins généralistes exerçant dans le Nord âgés de plus de 60 ans, et donc susceptibles de prendre prochainement leur retraite, représentent 22 % de la population médicale tandis que les moins de 40 ans représentent 18 %.

Les médecins spécialistes exerçant dans le Nord âgés de plus de 60 ans représentent 19 % de la population médicale tandis que les moins de 40 ans représentent 27 %.

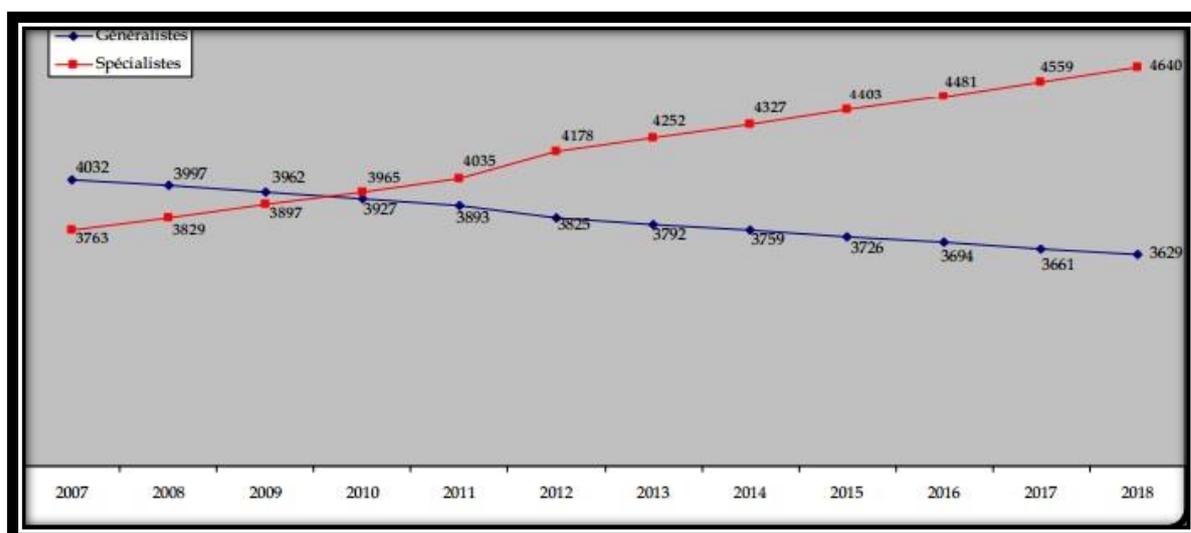


Image 20. Evolution attendue de la répartition des médecins actifs réguliers dans le Nord. (10)

Les médecins généralistes exerçant dans le Pas-De-Calais âgés de plus de 60 ans représentent 25 % de la population médicale tandis que les moins de 40 ans en représentent 14 %.

Les médecins spécialistes exerçant dans le Pas-De-Calais âgés de plus de 60 ans représentent 23 % de la population médicale tandis que les moins de 40 ans en représentent 19 %.

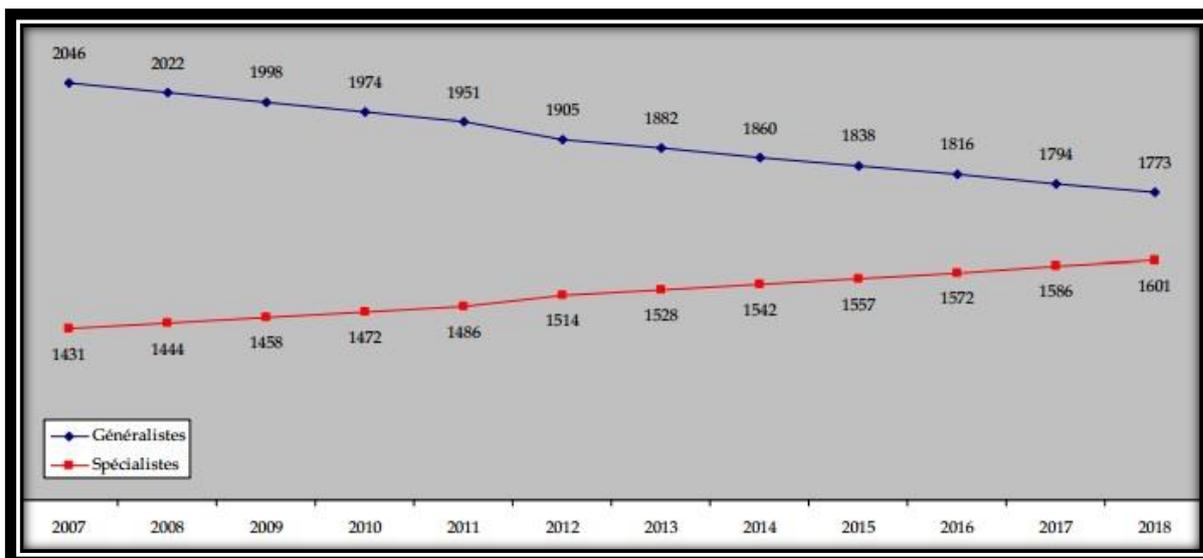


Image 21. Evolution attendue de la répartition des médecins actifs réguliers dans le Pas-De-Calais. (10)

Ainsi, dans le Nord-Pas-De-Calais, et à fortiori dans le département du Nord, la tendance est à la baisse progressive du nombre de médecins généralistes contre une augmentation progressive des médecins spécialistes pour un taux d'actifs réguliers relativement stable.

Cependant, il fait également face à un déficit important en médecins spécialistes par rapport à la moyenne nationale et leur augmentation n'est pas suffisante pour répondre à la demande. Ce déficit contribue à allonger les délais de prise en charge spécialisée en ville et pousse de plus en plus de patients à consulter spontanément aux Urgences pour un accès plus rapide aux soins.

Dans ce contexte, et devant la pression médico-légale omniprésente dans les démarches de soins de nos jours, de nombreux patients sont adressés aux Urgences directement par leurs médecins généralistes pour réalisation d'examen complémentaires devant des délais d'attente devenant déraisonnables en ambulatoire. L'engorgement des Urgences est l'une des conséquences directes de ce phénomène.

iii. Médecins généralistes et Bassins de vie.

Le terme de «désert médical » a fait son apparition dans le langage courant. Il est important de souligner que le comportement des populations est en partie lié à la possibilité d'un accès rapide aux soins de premier recours en médecine générale.

C'est ainsi que la répartition des médecins généralistes sur le territoire influence l'attitude de la population. Il est de ce fait, aisé de faire le rapprochement entre la désertification médicale en ville et l'engorgement des structures d'Urgence de proximité qui doivent absorber la demande.

De 2007 à 2013, sur les 90 bassins de vie du Nord-Pas-De-Calais **(10)**:

- 15 bassins maintiennent leurs effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes
- 19 bassins voient une progression de leurs effectifs
- 56 bassins présentent une diminution de leurs effectifs

Parmi les bassins de vie enregistrant une diminution de l'effectif des médecins généralistes libéraux et mixtes, il est à noter que certains d'entre eux enregistrent en parallèle une augmentation de leur population contribuant à créer de véritables zones de désertification marquées par une forte inadéquation entre la demande et l'offre de soins.

Dans ces territoires, l'accès aux soins primaires devient un véritable problème pour les patients qui poussent de plus en plus la porte des structures d'Urgence pour des motifs relevant d'une prise en charge ambulatoire faute de possibilité de recours à un médecin généraliste.

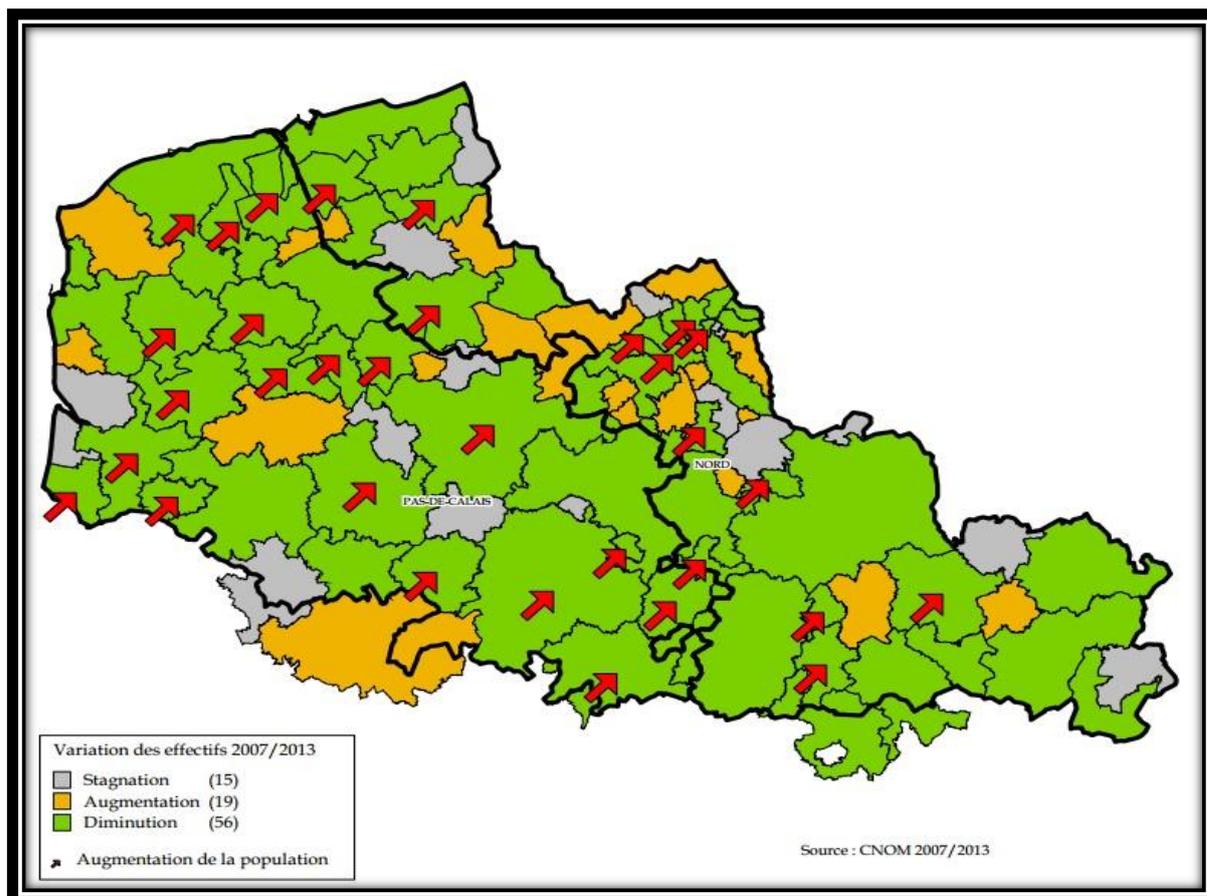


Image 22. Variation des effectifs de médecins généralistes dans le Nord-Pas-De-Calais. (10)

c) Internat et Numérus Clausus.

Le Numérus Clausus a été mis en place en 1972 avec environ 8000 places disponibles. Il a ensuite été réduit de moitié pour atteindre les 3500 au milieu des années 90 avant de connaître une nouvelle augmentation.

Ainsi, de 2007 à nos jours, la France fait face à un solde négatif des entrées et sorties de médecins avec :

- Des sorties nombreuses de médecins formés à une époque où le numérus clausus était important ou de formation antérieure à la création de celui-ci
- Des entrées plus restreintes de médecins formés à une époque où le numérus clausus était serré entre 3500 et 7300 chaque année.

Selon une projection de la DRESS, ce solde devrait rester négatif jusqu'aux environs des années 2020 avant de se positiver à nouveau.

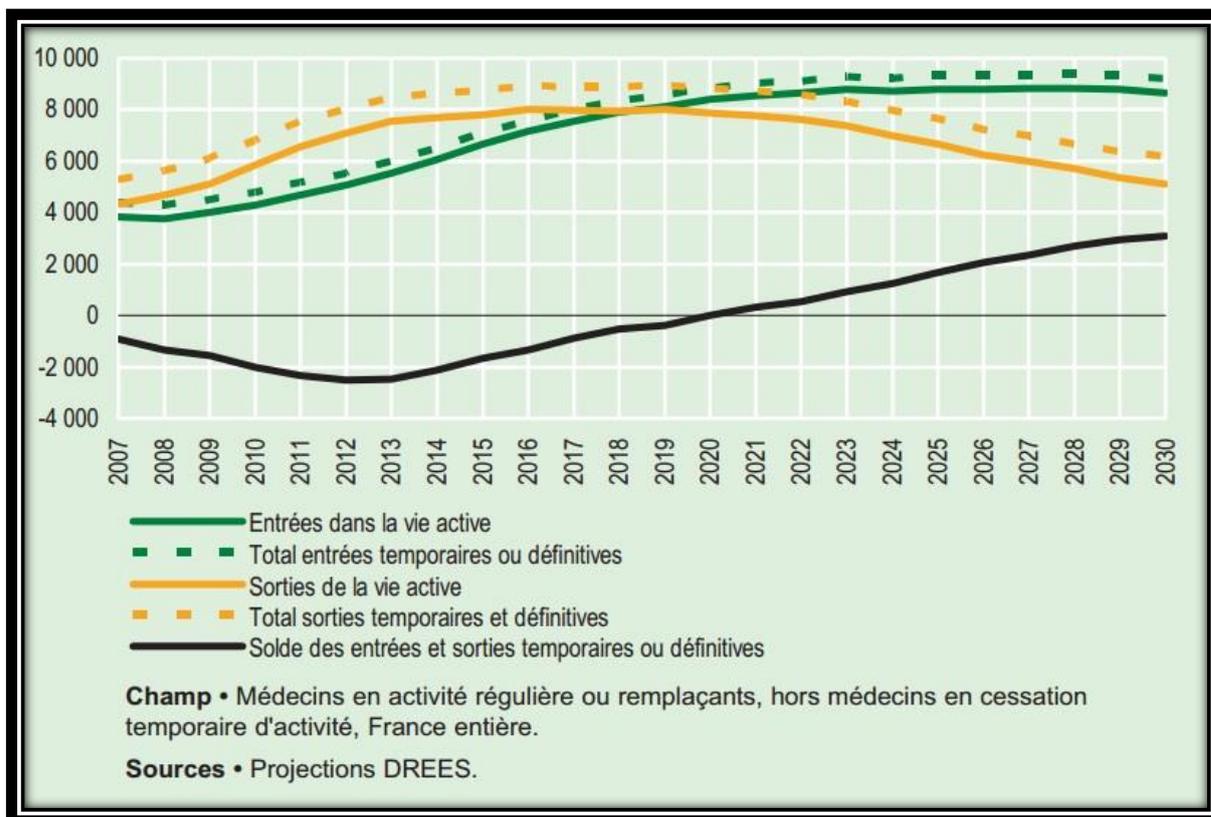


Image 23. Projection du nombre d'entrées et de sorties de médecins en France de 2007 à 2030. (18)

d) Flux migratoires.

En 2012, 78 % des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre sont titulaires d'un diplôme Français, 11 % d'un diplôme européen et 11 % d'un diplôme extra-européen (10).

De 2007 à 2012, 71 médecins sur 372 inscrits ont quitté la région avec - 26.5 % de médecins dans le Nord et - 20.5 % de médecins dans le Pas-De-Calais.

En effet, le Nord-Pas-De-Calais est un pôle d'attractivité en matière de formation. On constate un flux important vers le Nord-Pas-De-Calais pendant l'internat mais celui-ci retient peu les médecins qu'il forme et attire peu les médecins diplômés des autres régions accentuant un peu plus chaque année la décroissance médicale.

e) Répartition des postes vacants.

Du 15 Mai au 15 Septembre 2015, la société Appel Médical Search a réalisé une étude visant à établir une photographie du marché de l'emploi médical actuel en France **(12)**. Pour cela, le baromètre a analysé les offres d'emplois recensés sur les dix premiers sites d'emplois spécialisés (Annonces médicales, Appel Médical Search, Doc112, Fehap, FHF, FHP, Le Quotidien du Médecin, Le Recruteur médical, Solutions médicales et Staff santé).

L'analyse concernait les spécialités de médecine générale, de médecine d'Urgence, d'anesthésie-réanimation, de cardiologie, de chirurgie, de gériatrie, de gynécologie obstétrique, d'oncologie, d'ophtalmologie, de pédiatrie, et de radiologie.

Cette étude retrouve 4356 postes de médecins généralistes et spécialistes vacants, témoins de la pénurie qui frappe notre profession.

Sur la première marche du podium, la médecine générale recense à elle seule 1524 postes vacants devant la médecine d'Urgence, l'anesthésie et la gériatrie.

Concernant les postes de médecins urgentistes, l'étude met en évidence qu'il s'agit de la spécialité médicale la plus recherchée par les établissements de santé avec plus de 300 postes offerts et une demande en hausse de 40 % en seulement 4 mois. Ces résultats sont à l'image d'une réalité déjà bien connue de l'ensemble du monde médical. En effet, la pénurie accrue en médecins urgentistes semble être liée aux problèmes d'effectifs médicaux secondaires aux réorientations professionnelles des urgentistes au cours de leur carrière compte tenu de la pénibilité au quotidien de leur spécialité (amplitude horaire, changement de rythme, débordement des services...).

3. Organisation des soins.

Actuellement, l'organisation des soins hospitaliers doit être repensée afin de faire face à la demande et à l'engorgement des structures d'Urgence.

Cette nouvelle organisation doit reposer sur l'amélioration de la gestion des lits en augmentant le nombre de lits, notamment en gériatrie, devant le vieillissement de la population mais aussi en optimisant les lieux et durées d'hospitalisation ainsi que le parcours de soins des patients.

En parallèle, la coordination entre les services hospitaliers et extra - hospitaliers doit être renforcée par l'éducation des populations, la formation des praticiens, la création de maisons médicales, le développement de la télémédecine et le renforcement de l'Hospitalisation à domicile.

L'Hospitalisation à domicile semble être une opportunité non négligeable de la prise en charge des personnes âgées. Cependant, début 2016, le projet de développement de l'Hospitalisation à domicile, fortement appuyé par l'ARS, rencontre d'importantes difficultés **(13)**. Par manque d'informations, les prescripteurs libéraux et hospitaliers n'ont que très peu recours à ce mode d'hospitalisation qui reste sous-exploité. Les structures sont trop petites et les tarifications obsolètes.

La Cour des Comptes signale également le problème de la répartition de l'offre de soins et des disparités régionales et départementales.

Ainsi, elle propose à la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale de réorganiser l'offre de soins et la tarification. Pour cela, l'assurance maladie propose de s'appuyer sur un projet de la Haute Autorité de Santé en définissant de façon précise, pour chaque parcours de soin, les recommandations pouvant mener vers une prise en charge en Hospitalisation à domicile, en milieu hospitalier ou en service de soins infirmiers à domicile. Il est question d'établir des critères précis en fonction des différents types de pathologies **(14)**.

La nouvelle tarification est entrée en vigueur en Mars 2016. Les nouveaux tarifs prévoient une baisse de 1 % dans les hôpitaux publics et de 2.5 % dans les cliniques privées.

En pratique, les établissements de santé accusent le coup et tentent de s'organiser. En 2015, près de 5000 emplois ont été supprimés et il est à craindre que cela ne se poursuive en 2016.

4. Observatoire Régional des Urgences.

L'ORU Nord-Pas-De-Calais est fondé sur l'analyse d'informations concernant le passage des patients au sein des 30 structures d'Urgence du territoire. Cette plateforme permettra à terme d'observer en temps réel l'activité des différents services en regroupant des données telles que la provenance, le mode et l'heure d'arrivée des patients, le motif de consultation, le secteur et la durée de la prise en charge aux Urgences, le devenir à la sortie du service.

L'ORU a pour but d'analyser l'ensemble de ces informations pour initier des axes de réflexion afin d'améliorer la prise en charge des patients aux Urgences.

Afin d'optimiser les réseaux territoriaux d'Urgences, il a été mis en place un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). Le ROR est un système informatisé qui prend la forme d'un moteur de recherche permettant à l'ensemble des professionnels de santé d'avoir accès à l'offre de soin régionale en temps réel permettant ainsi une meilleure orientation des patients.

Au 1^{er} Septembre 2015, 12 régions étaient membres de la FEDORU et ont ainsi participé à la première édition du panorama de l'activité des Urgences publiée fin Décembre 2015 (**Annexe 1**).

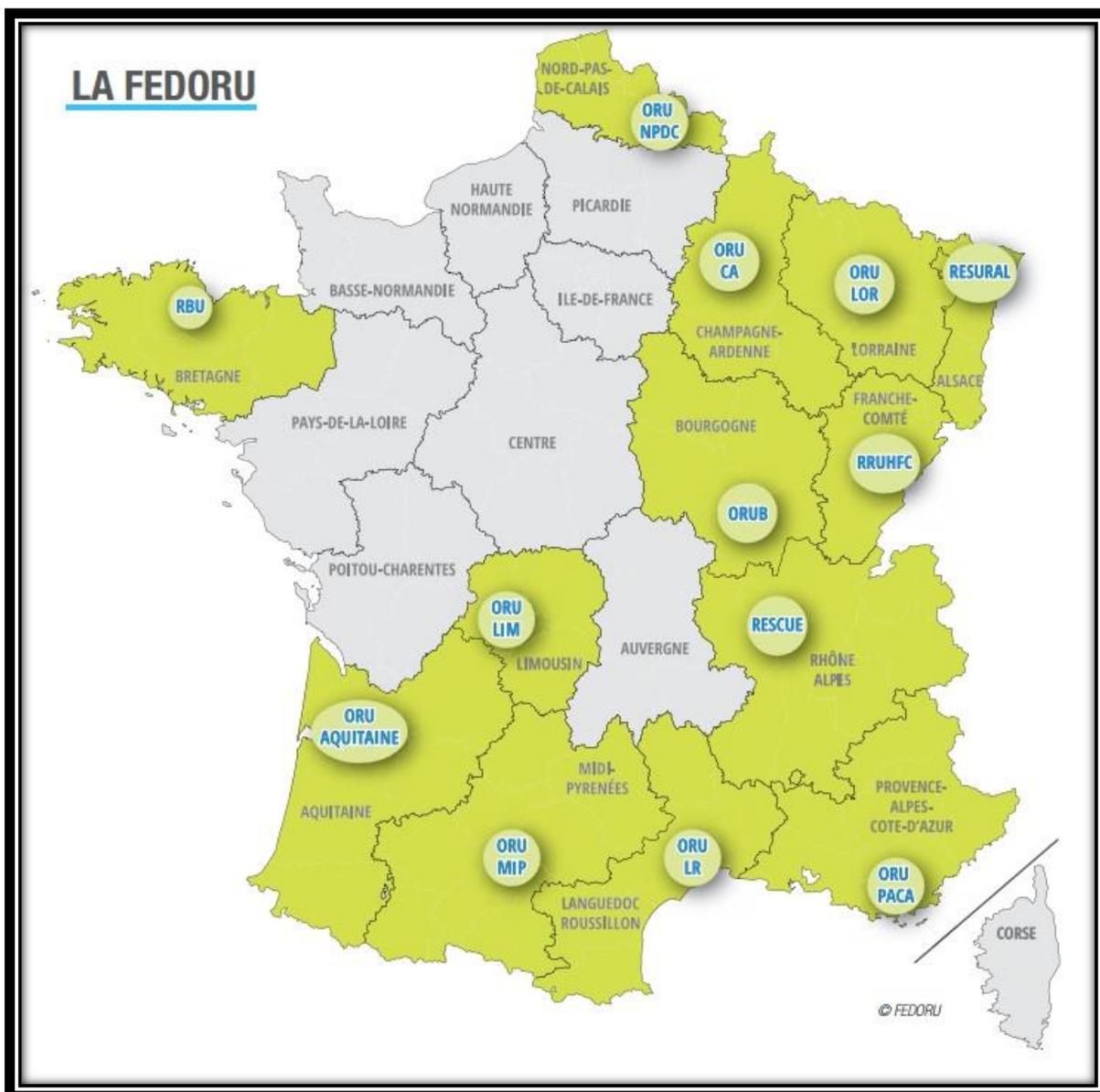


Image 24. Régions françaises membres de la FEDORU. (15)

En 2014, avec 1 224 850 passages aux Urgences, le Nord-Pas-De-Calais, enregistre le troisième plus gros volume après le Rhône-Alpes et la Provence-Alpes-Côte-D'azur (15).

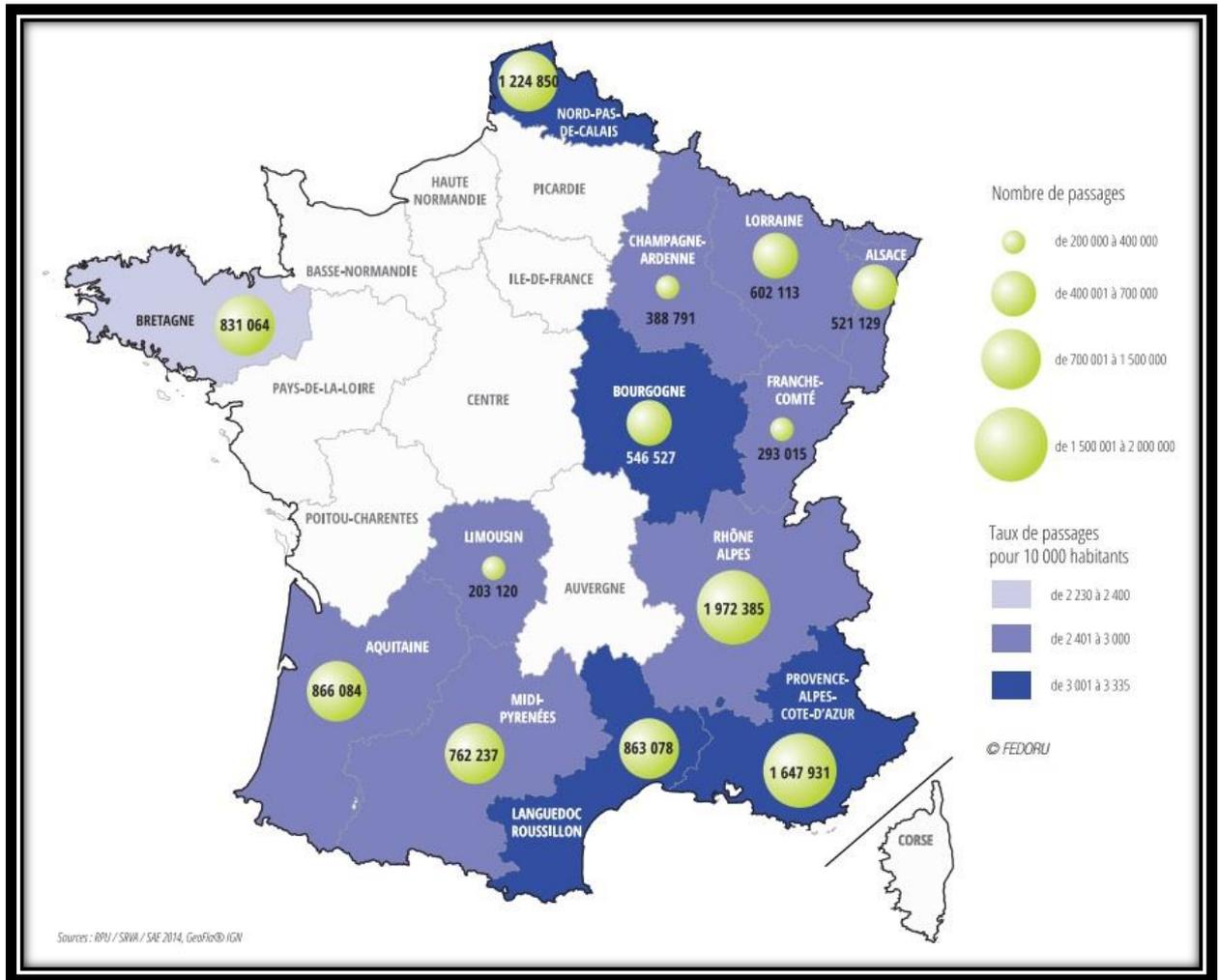


Image 25. Volume de passages aux Urgences en France en 2014. (15)

PARTIE 2:

ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE DES CONDITIONS DE RECOURS AUX URGENCES DE LA ZONE DE PROXIMITÉ DU VALENCIENNOIS.

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE.

L'objectif principal de cette étude est de connaître les variables expliquant le recours des patients d'une même zone de proximité à un Centre Hospitalier plutôt qu'un autre.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire les caractéristiques principales des patients consultant aux Urgences de Denain et de Valenciennes.
- Décrire les motifs de consultations des patients consultant aux Urgences de Denain et de Valenciennes.
- Connaître les variables expliquant le recours immédiat des patients aux Urgences.
- Connaître les variables expliquant le refus des patients de consulter dans une Maison Médicale de Garde plutôt qu'aux Urgences.

II. MATERIELS ET METHODES.

A. Le type de l'étude.

Nous avons mené une étude épidémiologique observationnelle, descriptive, bi-centrique. Ainsi, nous avons réalisé des observations sans intervenir sur le cours naturel des événements dans le but de préciser les différentes conditions de recours aux Urgences de Valenciennes et de Denain.

Notre enquête quantitative est transversale car les données ont été collectées sur une courte durée et à une date précise.

B. Les lieux et la durée de l'étude.

L'étude a été menée parallèlement au sein des deux structures de médecine d'Urgence des Centres Hospitaliers de Valenciennes et de Denain.

Elle s'est déroulée du Jeudi 19 Novembre 2015 à 8H30 au Vendredi 20 Novembre 2015 à 8H30.

C. La population cible.

La population ciblée par notre étude est celle des usagers consultant aux Urgences de la zone de proximité du Valenciennois, en semaine, hors période de vacances scolaires et en dehors de tout pic épidémique.

D. La population étudiée.

1. Critères d'inclusion.

Nous avons inclus dans cette enquête tous les patients de plus de 16 ans admis dans les deux structures du Jeudi 19 Novembre 2015 à 8H30 au vendredi 20 Novembre 2015 à 8H30 quels que soient le sexe, la nationalité, le niveau scolaire, la profession, le lieu de domiciliation, le système de couverture sociale, le motif d'admission et l'orientation finale.

2. Critères d'exclusion.

Pour cette étude, nous avons exclu :

- Les patients âgés de moins de 16 ans
- Les patients présentant des troubles cognitifs ou dans l'incapacité physique ou mentale de comprendre et répondre au questionnaire
- Les patients alcoolisés
- Les patients dont les dossiers médicaux étaient incomplets

3. Critères évalués.

Lors de l'admission des patients, nous avons recueilli leurs consentements avant de leur remettre un questionnaire (**Annexe 2**) que nous avons récupéré à l'issue de leur passage dans le service.

Les critères évalués par ce questionnaire sont les caractéristiques des patients consultant aux Urgences, leurs motifs de consultation, les raisons de leur choix spécifique du Centre Hospitalier et leur connaissance sur les Maisons Médicales.

Pour chaque patient, le questionnaire visait à établir:

- Le sexe
- L'âge
- La nationalité

- Le niveau scolaire (sans diplôme, brevet, baccalauréat, études supérieures)
- La catégorie professionnelle (sans emploi, étudiants, travailleurs, retraités, invalidité ou arrêt de travail)
- La distance en kilomètres entre le lieu de résidence du patient et la structure choisie par celui-ci
- La distance en kilomètres et en minutes (en heure creuse de circulation) entre le domicile du patient et chacun des deux sites d'Urgences
- La couverture sociale du patient (sécurité sociale seule, sécurité sociale et mutuelle, CMU)
- L'orientation finale du patient après son passage aux Urgences (retour à domicile, hospitalisation, transfert)

Concernant les motifs de consultation des patients aux Urgences et le choix spécifique du Centre Hospitalier, le questionnaire prévoyait 20 questions avec réponses fermées par oui ou non.

Les questions avaient été établies au préalable afin d'envisager de façon exhaustive les diverses possibilités de réponses. La dernière question était à réponse ouverte afin de savoir si le motif de consultation ou le choix du Centre Hospitalier avait été motivé par une raison que notre questionnaire ne soulevait pas.

Enfin, 8 questions supplémentaires concernaient le système des Maisons Médicales de Garde. Les objectifs étaient de savoir si les patients consultant à Valenciennes avaient connaissance de l'existence d'une Maison Médicale et s'ils y auraient consulté. Pour les patients consultant à Denain, l'idée était de savoir si, dans l'hypothèse de l'existence d'une Maison Médicale de Garde, les patients y auraient consulté plutôt qu'aux Urgences.

Dans les deux cas, les raisons de refus de consultation dans les Maisons Médicales de Garde ont été analysées.

E. Le recueil des données.

Le recueil des données a été effectué en deux temps.

Tout d'abord, le jeudi 19 Novembre 2015, le personnel soignant des deux sites, a remis le questionnaire à l'ensemble des patients en état physique et intellectuel de répondre, après avoir recueilli leur consentement. Le questionnaire a ensuite été récupéré à la sortie du service.

Le recueil des données a été effectué à Denain par un médecin Urgentiste de garde et à Valenciennes par un médecin Urgentiste d'accueil ainsi que des infirmiers d'accueil et d'orientation.

Lors de cette étape, le personnel soignant chargé de récupérer les questionnaires a été confronté à un taux de non-réponse initial d'environ 15 % en raison d'un nombre considérable de patients dyslexiques ou illettrés. Pour l'ensemble de ces patients présentant des difficultés, le questionnaire a été rempli par le personnel soignant après explication verbale de chaque item au patient.

L'identité des patients répondants a été conservée afin de procéder à un entretien téléphonique complémentaire. Les données recueillies ont ensuite été anonymisées.

Dans un second temps, nous avons repris l'ensemble des questionnaires afin de distinguer ceux qui étaient utilisables, de ceux qui étaient non exploitables.

Nous nous sommes intéressés aux patients ayant initialement refusé de répondre ainsi qu'à ceux ayant rempli le questionnaire de façon incomplète. Chacun d'entre eux a été rappelé par téléphone. Cela nous a permis de collecter les données manquantes des questionnaires incomplets, de confirmer certains refus de participation mais aussi d'inclure dans notre étude des patients qui avaient initialement refusé de participer.

F. L'analyse des données.

Les données recueillies ont été initialement collectées dans un tableau EXCEL-2013. Le protocole d'analyse a consisté en une série d'analyses uni-variées, bi-variées et multi-variées.

Les données quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type en retenant un intervalle de confiance fixé à 95 % et un seuil de significativité p égal à 0.05. Les résultats ont ensuite été produits sous la forme de graphiques et tableaux.

Les descriptions uni-variées ont été faites à partir de la loi binomiale et du théorème central limite et ont porté sur :

- Le choix de l'hôpital encodé en binaire (0 pour Valenciennes, 1 pour Denain)
- Le sexe du patient encodé en binaire (0 pour Femme, 1 pour Homme)
- L'âge du patient en années
- La nationalité du patient
- La distance en kilomètres entre le domicile du patient et le centre hospitalier choisi
- Le niveau d'étude du patient
- La catégorie professionnelle du patient
- Le type de couverture sociale du patient
- L'orientation finale du patient
- Les motifs de consultations
- La décision individuelle sur le choix spécifique du Centre Hospitalier
- La décision d'un tiers pour le choix spécifique du Centre Hospitalier
- Les motifs du choix spécifique du Centre Hospitalier
- La connaissance des patients sur les Maisons Médicales de Garde
- L'accord des patients pour consulter à la Maison Médicale de Garde
- Les motifs de refus de consultation à la Maison Médicale de Garde

Les analyses bi-variées ont été basées sur des tests de Fisher et d'Anova et ont recherché des liens significatifs entre :

- Le niveau d'étude et le recours immédiat aux Urgences
- Le type de protection sociale et le recours immédiat aux Urgences

- Les moyens financiers (la profession) et le recours immédiat aux Urgences
- Les moyens financiers et le choix d'un Centre Hospitalier par argument de proximité
- Le niveau scolaire et le refus de consultation à la Maison Médicale de Garde
- Le type de protection sociale et le refus de consulter à la Maison Médicale de Garde
- Les moyens financiers (la profession) et le refus de consulter à la Maison Médicale
- La distance entre le domicile du patient et l'hôpital choisi
- Le type de protection sociale et le refus d'avance de frais

Les analyses multi-variées ont été réalisées après recodage des variables et détermination de seuils par discrétisation. Elles ont permis la réalisation d'arbres de classification visant à mettre en évidence les variables expliquant le recours immédiat aux Urgences et l'accord de consultation dans une Maison Médicale de Garde.

La variable «Niveau d'étude» a été encodée en binaire avec 0 pour l'absence de diplôme ou le niveau Brevet des collèges et 1 pour le niveau Baccalauréat ou études supérieures.

La discrétisation a été effectuée pour :

- L'âge dans le recours immédiat aux Urgences
- La distance en Kilomètres entre le domicile et l'hôpital choisi dans le recours immédiat aux Urgences
- L'âge dans l'accord de consultation à la Maison Médicale de Garde chez les patients ne la connaissant pas
- La distance en Kilomètres entre le domicile et l'hôpital choisi dans l'accord de consultation à la Maison Médicale chez les patients ne la connaissant pas

Des courbes ROC ont été établies pour chaque arbre de classification.

Enfin, une analyse supplémentaire a été réalisée selon un modèle de régression logistique visant à établir l'existence de liens significatifs entre certaines variables et le choix d'un hôpital spécifique.

III. RESULTATS.

A. Nombre de questionnaires recueillis.

Du Jeudi 19 Novembre à 8h30 au Vendredi 20 Novembre à 8h30, 149 questionnaires ont été distribués aux Urgences dont 88 à Valenciennes et 61 à Denain.

28 Patients n'ont pas été inclus dans notre étude dont :

- 15 patients en raison d'un âge inférieur à 16 ans
- 13 patients en raison de difficultés cognitives sévères (congénitales, liées à l'âge, liées à un état pathologique aigu ou un épisode d'alcoolisation aiguë).

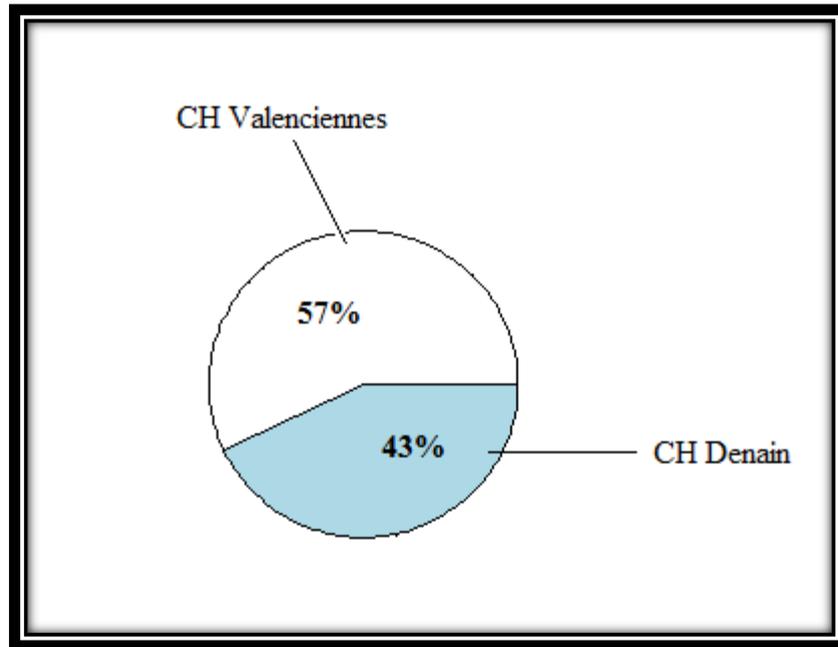
19 Patients ont refusé de répondre à notre questionnaire :

- 14 ont confirmé par téléphone leur refus de participation à notre enquête
- 5 ont finalement accepté de répondre.

9 Patients ont rendu des questionnaires partiellement remplis mais ont accepté de les compléter lors du rappel téléphonique.

Au total,

- ❖ 42 patients ont été exclus de notre étude
- ❖ 107 questionnaires entièrement remplis ont été récupérés
- ❖ 67 % des questionnaires ont été recueillis à Valenciennes
- ❖ 53 % des questionnaires ont été recueillis à Denain
- ❖ Le taux de réponse est de 71,8 %

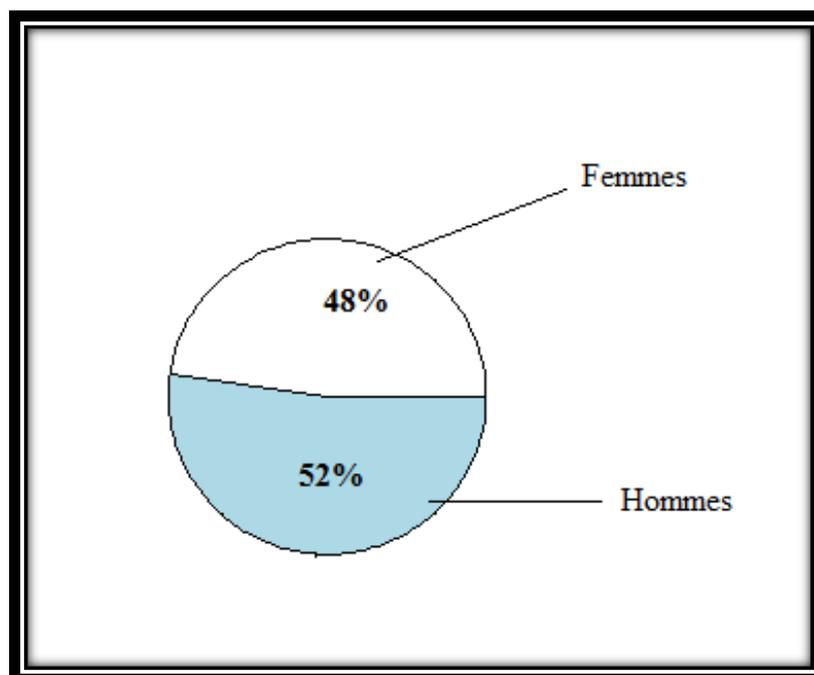


Graphique 1. Répartition de la population selon le CH d'origine.

B. Description des caractéristiques de la population étudiée.

1. Le sexe.

La population interrogée était composée de 48 % de femmes et 52 % d'hommes.



Graphique 2. Répartition de la population selon le sexe.

2. L'âge.

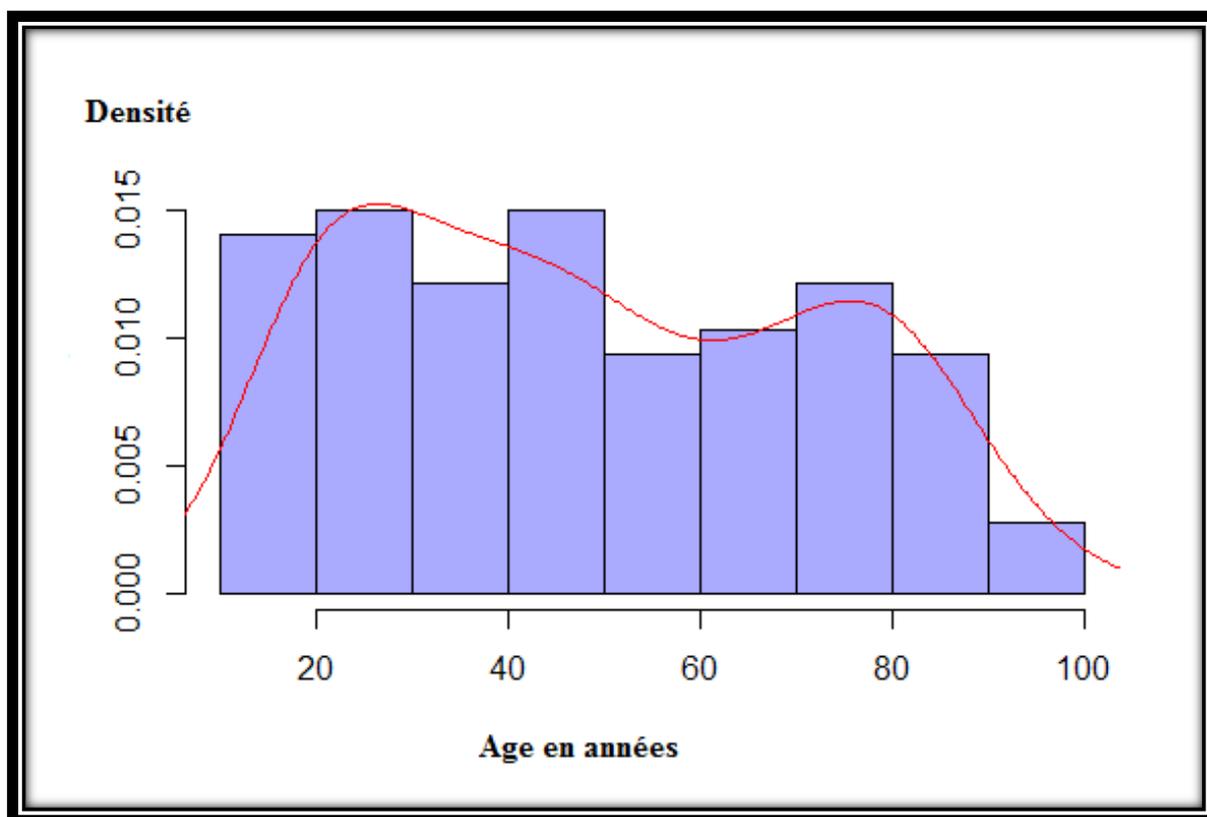
L'âge moyen de la population étudiée est de 48,78 ans [44,36 ans; 53,19 ans]

Il n'y avait aucune valeur manquante.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide du Théorème Central Limite.

	Age (années)
Min.	16.00
1st Qu.	27.00
Median	45.00
Mean	48.78
3rd Qu.	70.00
Max.	99.00

Tableau 1. Age de la population étudiée en années.



Graphique 3. Répartition de la population étudiée selon l'âge en années.

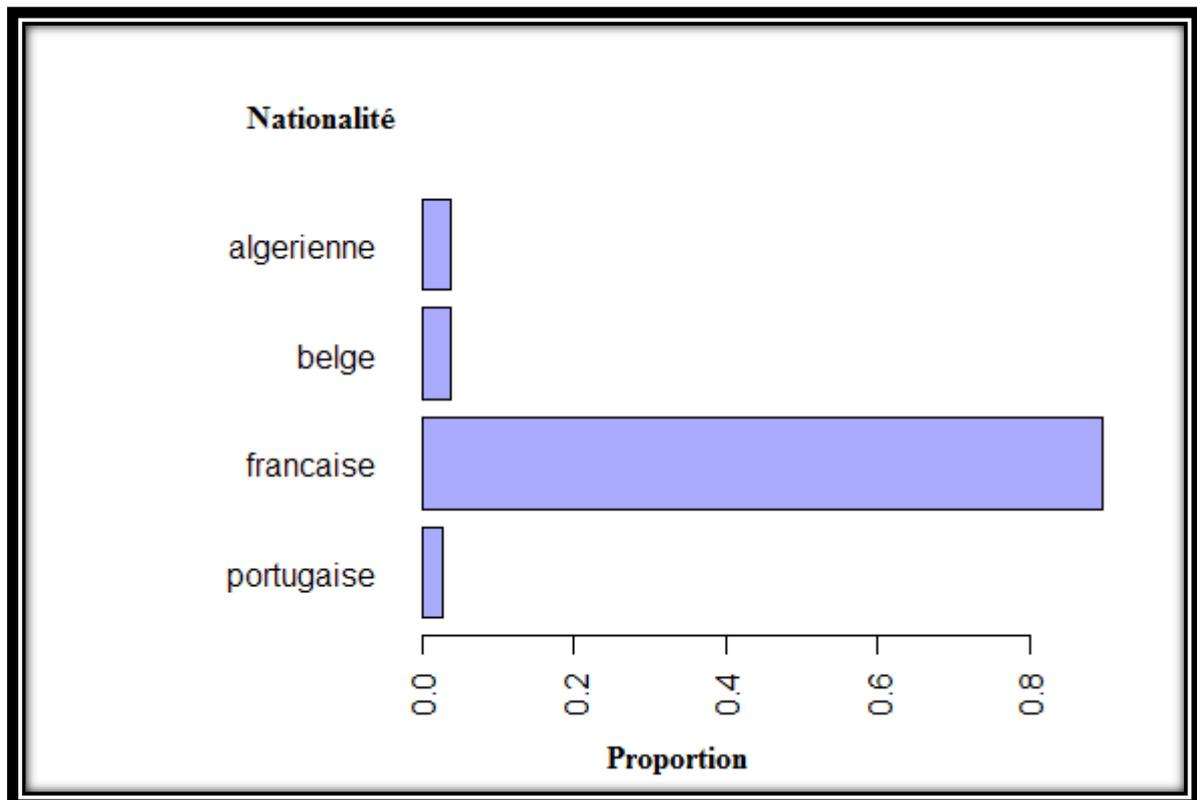
3. La nationalité.

- 89.72 % [82.35 % ; 94.76 %] de la population étudiée était de nationalité Française ;
- 3.74 % [1.03 % ; 9.3 %] de nationalité Algérienne ;
- 3.74 % [1.03 % ; 9.3 %] de nationalité Belge ;
- 2.8 % [0.58 % ; 7.98 %] de nationalité Portugaise.

Il n'y avait aucune autre nationalité représentée.

Il n'y avait pas de données manquantes.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.



Graphique 4. Répartition de la population étudiée selon la nationalité.

4. La distance entre le domicile et le Centre Hospitalier choisi.

La distance moyenne entre le domicile du patient et le Centre Hospitalier choisi pour consulter aux Urgences est de 9.77 Kms [7.78 Kms ; 11.76 Kms].

Il n'y avait aucune valeur manquante.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide du Théorème Central Limite.

	Distance Domicile-Hôpital (Kilomètres)
Min.	0.000
1st Qu.	2.550
Median	7.000
Mean	9.771
3rd Qu.	15.000
Max.	51.600

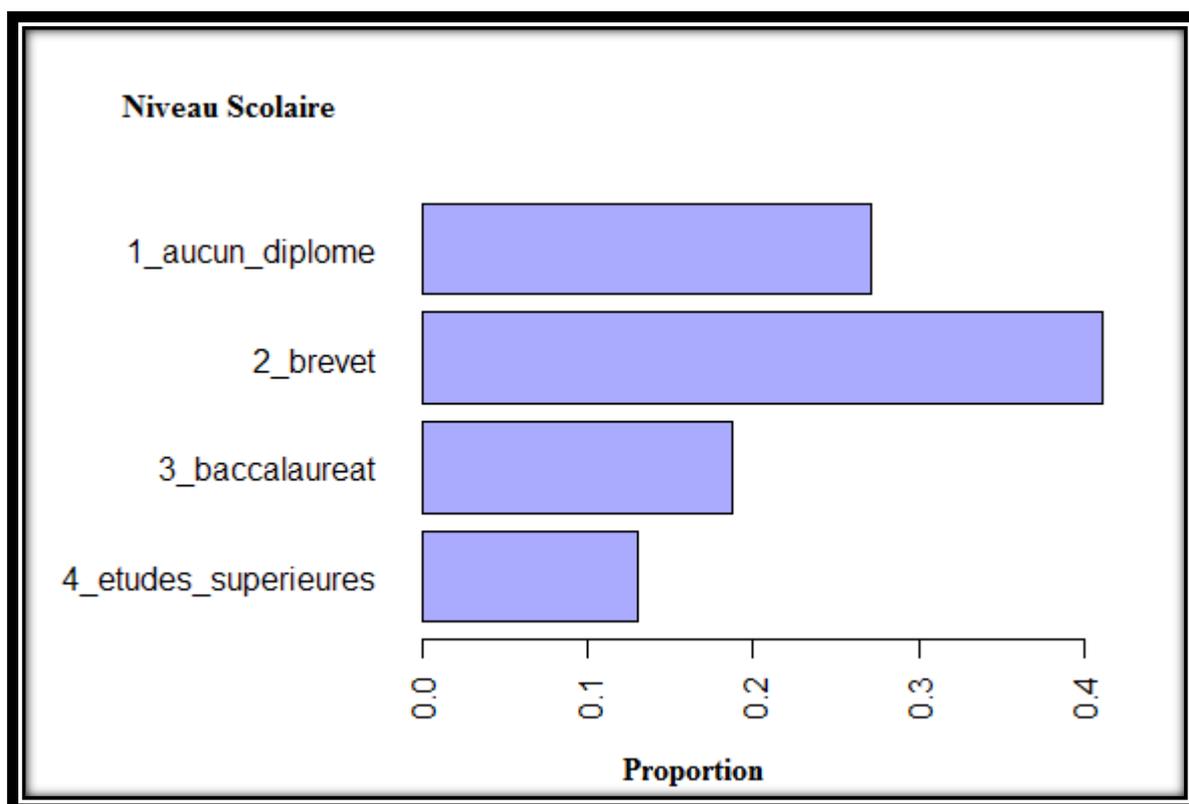
Tableau 2. Distance en Kms entre le domicile du patient et l'hôpital choisi.

5. Le niveau scolaire.

- 27.1 % [18.96 % ; 36.55 %] de la population étudiée n'avait aucun diplôme
- 41.12 % [31.7 % ; 51.05 %] avait le Brevet des Collèges ou un équivalent
- 18.69 % [11.81 % ; 27.38 %] avait le Baccalauréat ou un équivalent
- 13.08 % [7.34 % ; 20.98 %] avait réalisé des Etudes Supérieures

Il n'y avait pas de données manquantes.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.



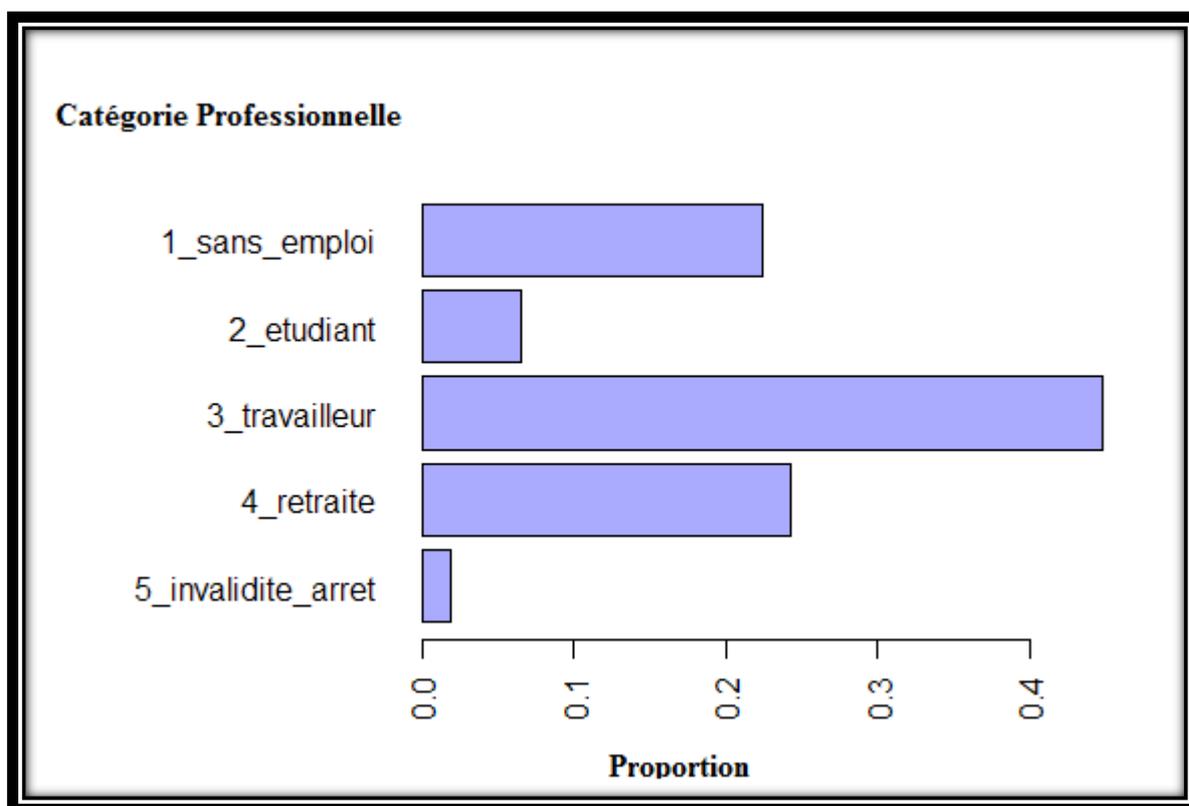
Graphique 5. Répartition de la population selon le niveau scolaire.

6. La catégorie professionnelle.

- 22.43 % [14.93 % ; 31.51 %] de la population étudiée était sans emploi
- 6.54 % [2.67 % ; 13.02 %] était encore en études
- 44.86 % [35.23 % ; 54.78 %] était en activité
- 24.3 % [16.53 % ; 33.54 %] était retraitée
- 1.87 % [0.23 % ; 6.59 %] était en arrêt maladie ou en invalidité

Il n'y avait pas de données manquantes.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.



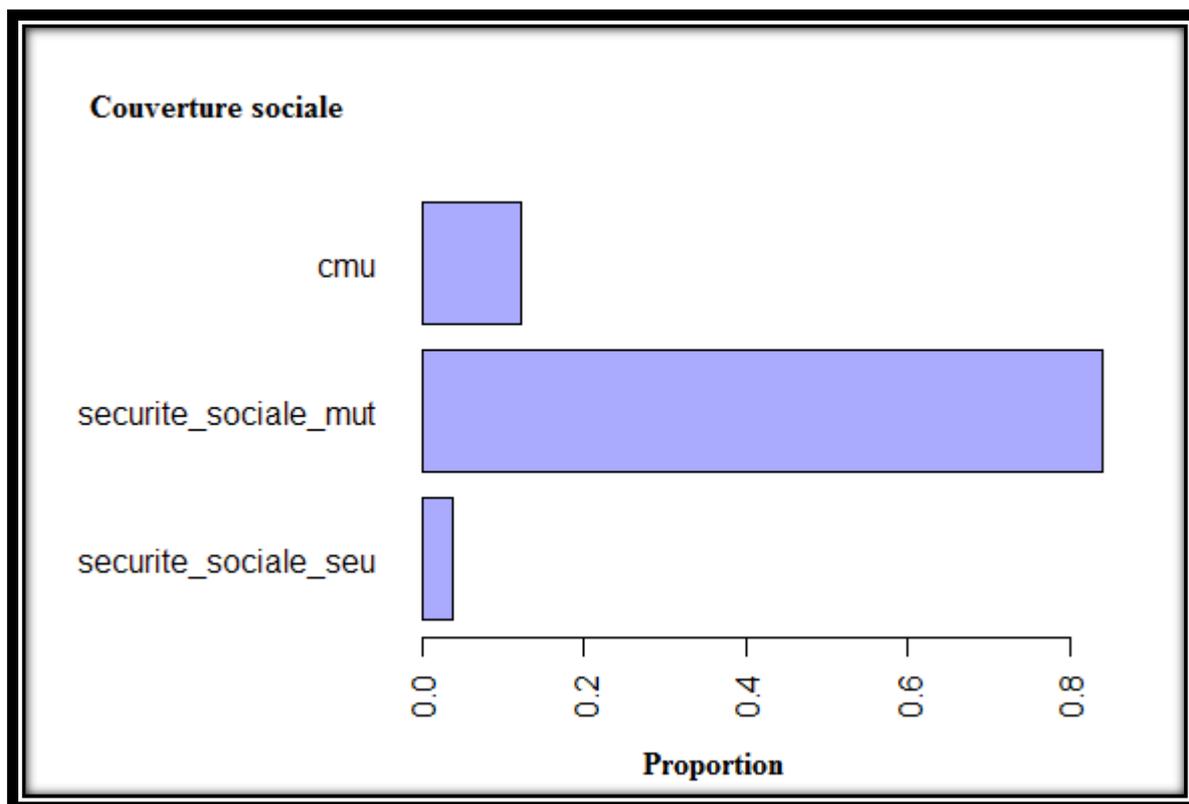
Graphique 6. Répartition de la population étudiée selon la catégorie professionnelle.

7. Le type de couverture sociale.

- 12.15 % [6.63 % ; 19.88 %] de la population étudiée bénéficiait de la CMU
- 84.11 % [75.79 % ; 90.46 %] était sous le régime de la sécurité sociale et avait une complémentaire santé
- 3.74 % [1.03 % ; 9.3 %] était sous le seul régime de la sécurité sociale et n'avait pas de complémentaire santé.

Il n'y avait pas de données manquantes.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.



Graphique 7. Répartition de la population étudiée selon le type de couverture sociale.

8. L'orientation finale du patient.

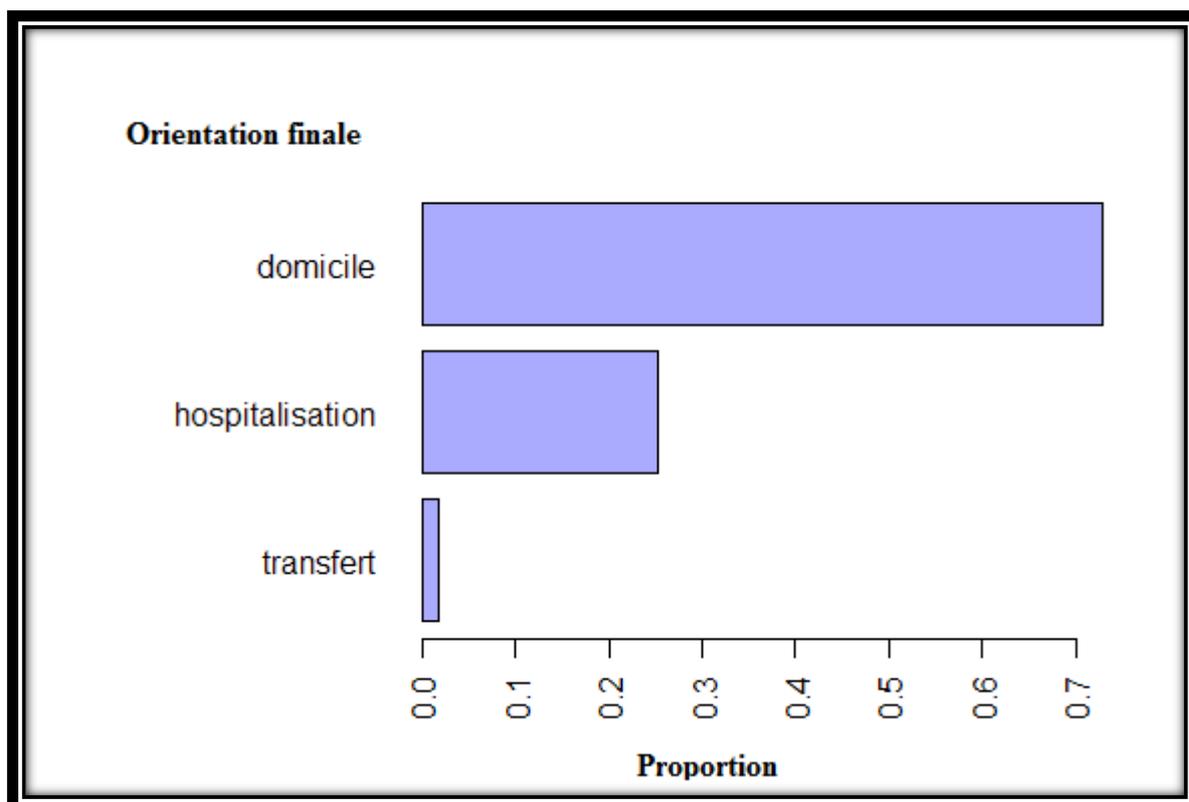
- 72.9 % [63.45 % ; 81.04 %] de la population étudiée est retournée au domicile après le passage aux Urgences
- 25.23 % [17.33 % ; 34.55 %] ont été hospitalisés sur place
- 1.87 % [0.23 % ; 6.59 %] ont été transférés dans un autre CH

2 patients du Centre Hospitalier de Denain ont été transférés vers le Centre Hospitalier de Valenciennes

1 patient du Centre Hospitalier de Denain a été transféré vers la Clinique Ophtalmologique de Somain.

Il n'y avait pas de données manquantes.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.

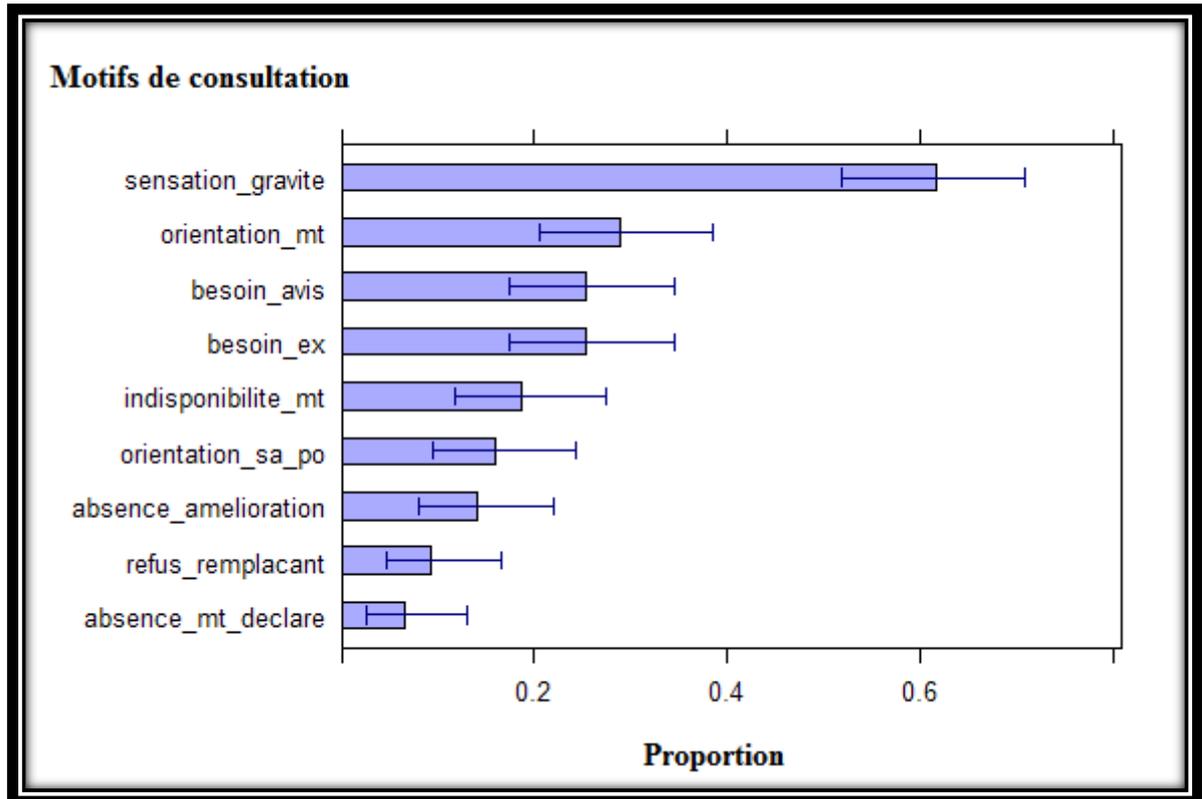


Graphique 8. Répartition de la population étudiée selon leur orientation.

C. Les motifs de consultation aux Urgences.

Motif de consultation aux Urgences	Effectif	Proportion (%)	IC 95 %
Sensation de Gravité	66	61.68	[51.78 % ; 70.92 %]
Orienté par le Médecin traitant	31	28.97	[20.61 % ; 38.54 %]
Besoin d'un avis Spécialisé	27	25.23	[17.33 % ; 34.55 %]
Besoin d'examens complémentaires	27	25.23	[17.33 % ; 34.55 %]
Indisponibilité du Médecin traitant	20	18.69	[11.81 % ; 27.38 %]
Orientation par Ambulanciers, SAMU, Pompiers	17	15.89	[9.54 % ; 24.21 %]
Absence d'amélioration après plusieurs consultations	15	14.02	[8.06 % ; 22.07 %]
Refus de consulter le remplaçant du médecin traitant	10	9.35	[4.57 % ; 16.52 %]
Absence de médecin traitant déclaré	7	6.54	[2.67 % ; 13.02 %]

Tableau 3. Description des différents motifs de consultation aux Urgences de Valenciennes et de Denain (Zone de proximité du Valenciennois).



Graphique 9. Proportion des différents motifs de consultation aux Urgences de Valenciennes et de Denain (Zone de proximité du Valenciennois).

Au total, les patients consultent en priorité devant :

- La sensation subjective de gravité
- La nécessité d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé
- Un problème d'accès aux soins (indisponibilité du médecin traitant, absence de médecin traitant déclaré, refus de consultation et absence de connaissance du médecin remplaçant et du système de permanence des soins...)
- Le sentiment objectif de gravité perçu par le médecin traitant
- Le conseil d'un professionnel de santé autre que le médecin traitant
- L'absence d'amélioration d'un état pathologique

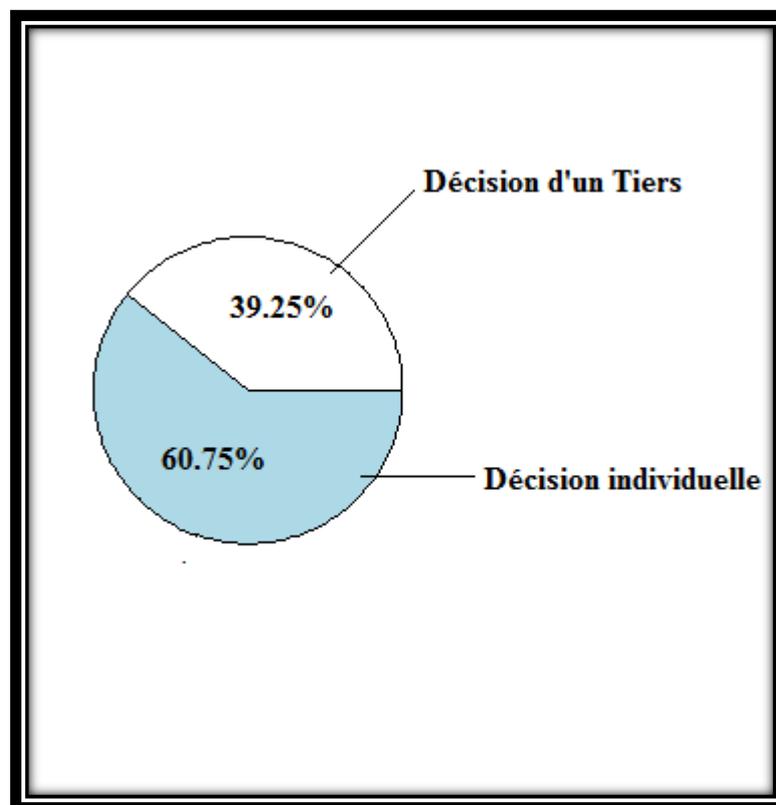
Dans le tableau et le graphique ci-dessus, le total excède 100 % car l'étude autorisait plusieurs motifs de consultation par individu.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.

D. Le choix spécifique du Centre Hospitalier.

1. Décision individuelle sur le choix spécifique du Centre Hospitalier.

60.75 % [50.84 % ; 70.05 %] des patients interrogés ont choisi seuls la structure à laquelle ils souhaitent avoir recours. 39.25 % [29.95 % ; 49.16 %] ont laissé un tiers choisir pour eux.



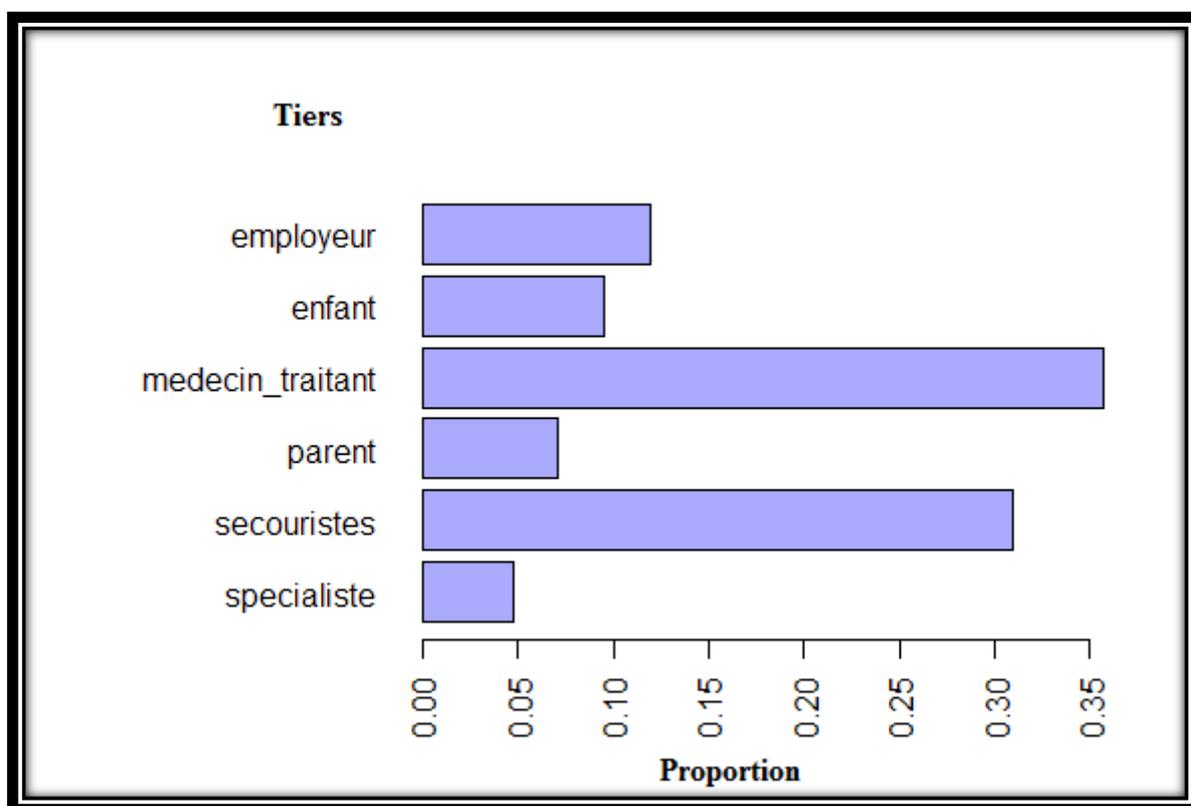
Graphique 10. Répartition de la population étudiée selon le mode décisionnel du choix spécifique de la structure d'Urgence de recours.

2. Choix spécifique du Centre Hospitalier de recours par un tiers.

- Dans 35.71 % [21.55 % ; 51.97 %] des cas, le choix a été fait par le médecin traitant du patient
- Dans 30.95 % [17.62 % ; 47.09 %] des cas, le Centre Hospitalier a été choisi par les ambulanciers, les pompiers ou l'équipe médicale du SAMU

- Dans 11.9 % [3.98 % ; 25.63 %] des cas, le choix spécifique du Centre Hospitalier de recours a été fait par l'employeur
- Dans 9.52 % [2.66 % ; 22.62 %] des cas, le Centre Hospitalier a été choisi par un des enfants du patient
- Dans 7.14 % [1.5 % ; 19.48 %] des cas, le choix spécifique du Centre Hospitalier de recours a été fait par un des parents du patient
- Dans 4.76 % [0.58 % ; 16.16 %] des cas, le Centre Hospitalier a été choisi par un médecin spécialiste

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.

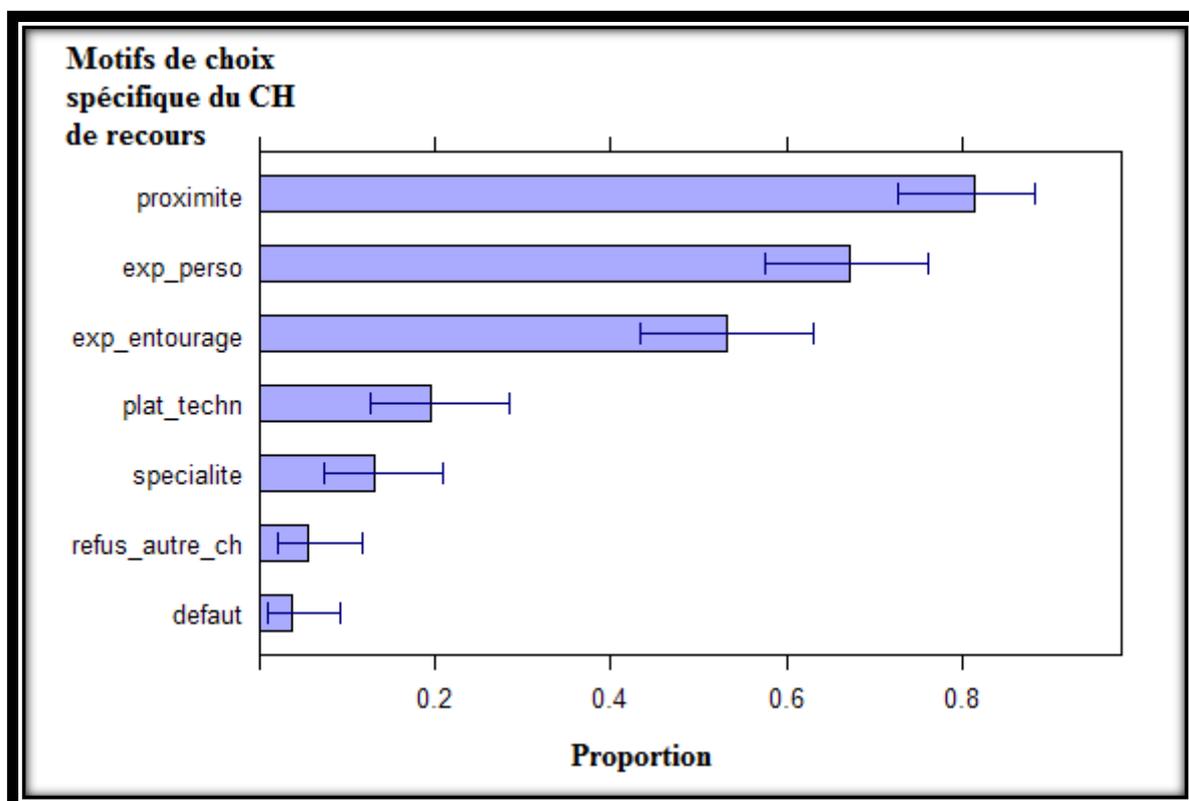


Graphique 11. Proportion des Tiers intervenant dans le choix spécifique de la structure d'Urgence de recours.

3. Motifs du choix spécifique du Centre Hospitalier.

Modalités de choix spécifique du Centre Hospitalier	Effectif	Proportion (%)	IC 95 %
Proximité	87	81.31	[72.62 % ; 88.19 %]
Expérience personnelle	72	67.29	[57.55 % ; 76.05 %]
Expérience de l'entourage	57	53.27	[43.38 % ; 62.98 %]
Recours au plateau technique	21	19.63	[12.58 % ; 28.42 %]
Recours à une spécialité	14	13.08	[7.34 % ; 20.98 %]
Refus d'un autre Centre Hospitalier	6	5.61	[2.09 % ; 11.81 %]
Par défaut	4	3.74	[1.03 % ; 9.3 %]

Tableau 4. Description des différentes modalités de choix spécifique du Centre hospitalier de recours.



Graphique 12. Proportion des différents motifs de choix spécifique du Centre Hospitalier de recours (Zone de proximité du Valenciennois).

Dans le tableau et le graphique ci-dessus, le total excède 100 % car l'étude autorisait plusieurs motifs de choix spécifique d'un Centre Hospitalier.

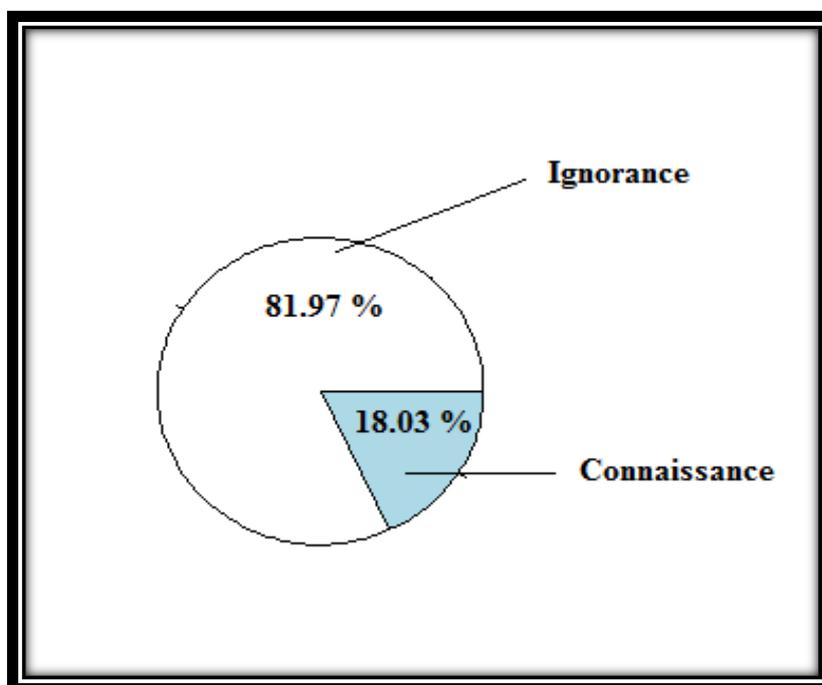
Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.

E. Les maisons médicales de garde (MMDG).

1. Connaissance de la MMDG de Valenciennes.

Sur l'ensemble des patients interrogés aux Urgences de Valenciennes, 81.97 % [70.02 % ; 90.64 %] ignoraient l'existence de la maison médicale de garde. Seuls 18.03 % [9.36 % ; 29.98 %] des patients en avaient connaissance.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.



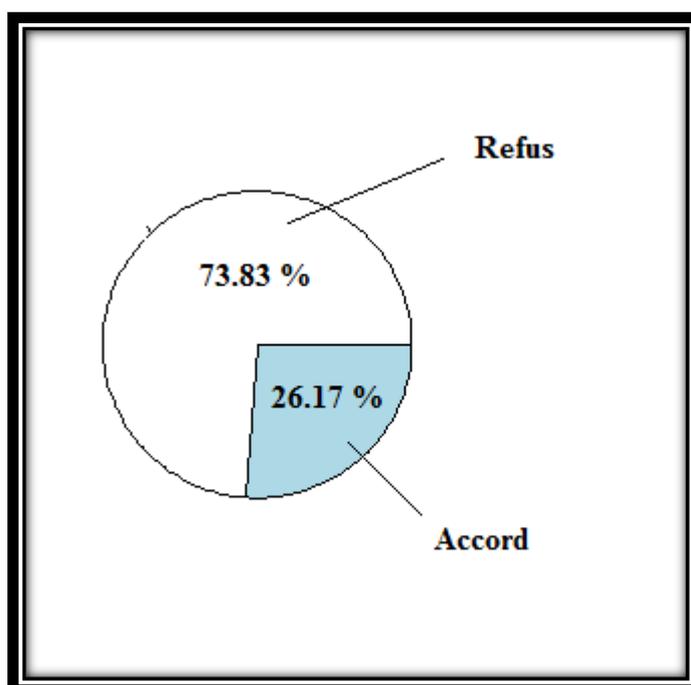
Graphique 13:

Description de l'état de connaissance des patients admis aux Urgences de Valenciennes sur l'existence d'une maison médicale de garde.

2. Accord / Refus de consultation dans une MMDG.

Parmi l'ensemble des patients admis aux Urgences de Valenciennes et de Denain, 73.83 % [64.45 % ; 81.85 %] d'entre eux refuseraient de consulter dans une maison médicale de garde plutôt qu'aux Urgences.

Seul 26.17 % [18.15 % ; 35.55 %] de la population interrogée accepterait d'y consulter.



Graphique 14. Proportion de refus et d'accords de consultation dans une maison médicale de garde plutôt qu'aux Urgences (Zone de proximité du Valenciennois).

3. Motifs de refus de consultation dans une MMDG.

Modalités de refus de Consultation en MMDG	Effectif	Proportion (%)	IC 95 %
Avance de frais	57	53.27	[43.38 % ; 62.98 %]
Besoin d'être rassuré	51	47.66	[37.92 % ; 57.54 %]
Besoin d'un avis spécialisé	44	41.12	[31.7 % ; 51.05 %]
Besoin d'examens complémentaires	39	36.45	[27.36 % ; 46.31 %]
Gravité	29	27.1	[18.96 % ; 36.55 %]

Tableau 5. Description des différents motifs de refus de consultation dans une maison médicale de garde plutôt qu'aux Urgences (Zone de proximité du Valenciennois).

5 patients interrogés ont refusé de consulter dans une maison médicale de garde plutôt qu'aux Urgences pour une autre raison.

Parmi eux, 2 ont consulté aux Urgences par «habitude», 1 par «préférence», 1 par «rapidité» et 1 car « c'était le conseil de son médecin traitant ».

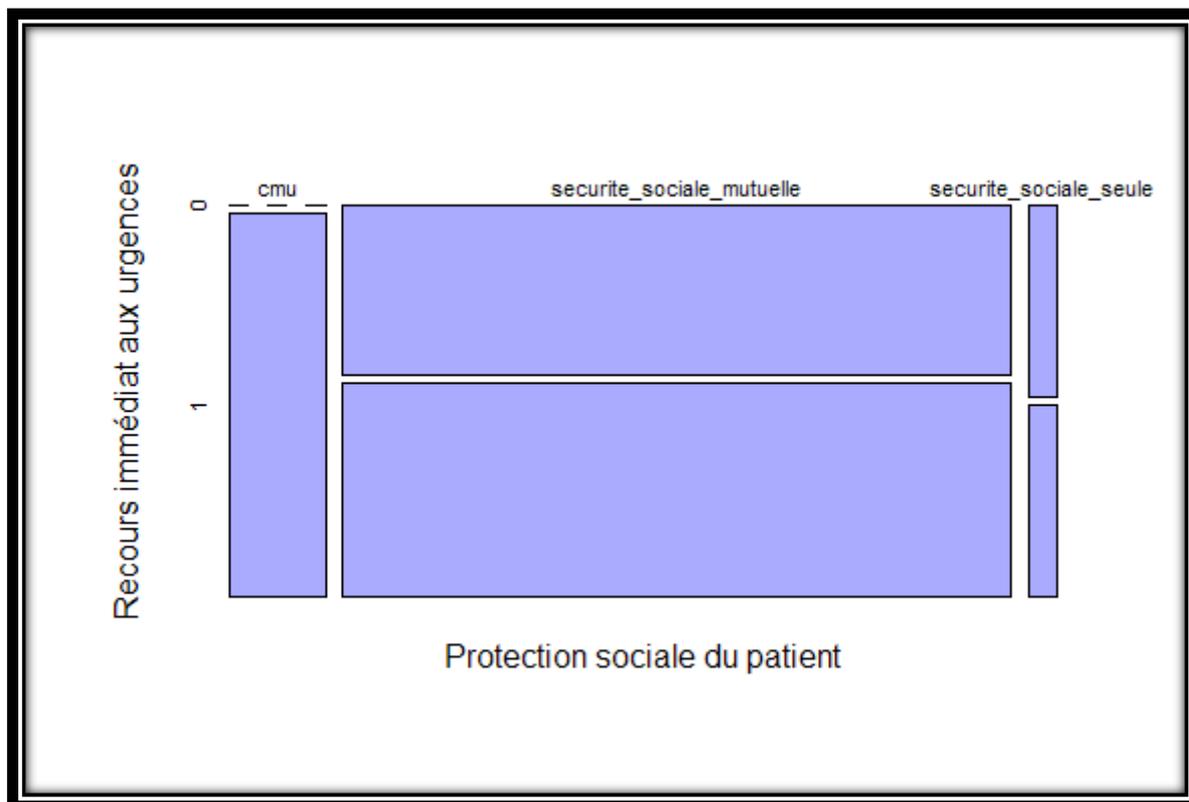
Dans le tableau et le graphique ci-dessus, le total excède 100 % car un individu peut avoir plusieurs motifs de refus.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % a été réalisé à l'aide d'une Loi binomiale.

F. Analyses bi-variées.

(Pour interpréter les diagrammes en mosaïques suivants, il faut considérer que 0 = NON et 1 = OUI)

1. Lien entre le type de protection sociale et le recours immédiat aux Urgences.



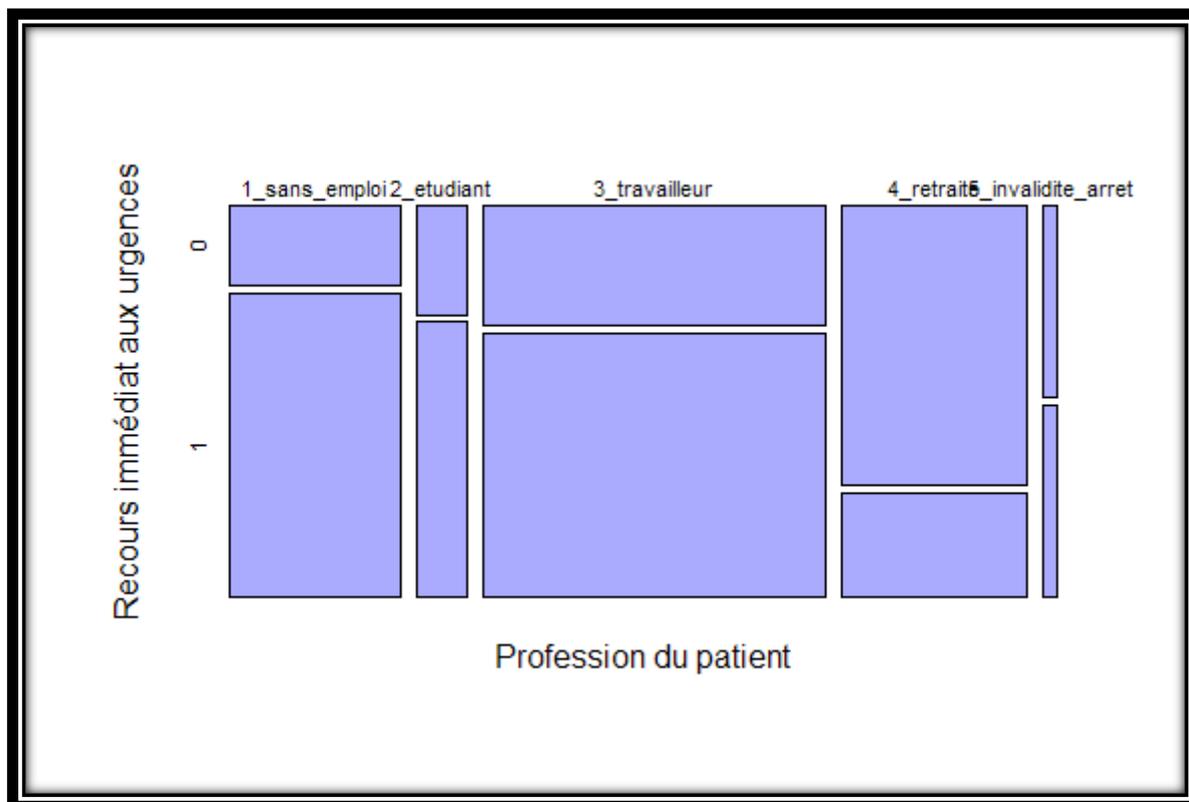
Graphique 15. Lien entre le type de couverture sociale du patient et le recours immédiat aux Urgences.

L'analyse bi-variée reposait sur un test de Fisher. La p-value de cette analyse était égale à 0.002015 pour un seuil de significativité p retenu égal à 0.05.

Un lien significatif a été mis en évidence entre le type de couverture sociale des patients et le recours immédiat aux Urgences. Plus la protection sociale des patients est forte, plus ils recourent rapidement aux structures de médecine d'Urgence.

- 100 % des patients bénéficiaires de la CMU ont immédiatement recours aux Urgences
- 58 % des patients couverts par la sécurité sociale et une complémentaire santé ont un recours immédiat aux Urgences
- 50 % des patients ne possédant pas de complémentaire santé ont immédiatement recours aux Urgences.

2. Lien entre la catégorie professionnelle et le recours immédiat aux Urgences.



Graphique 16. Lien entre la catégorie professionnelle du patient et le recours immédiat aux Urgences.

L'analyse bi-variée reposait sur un test de Fisher. La p-value de cette analyse était égale à 0.0006838 pour un seuil de significativité p retenu égal à 0.05.

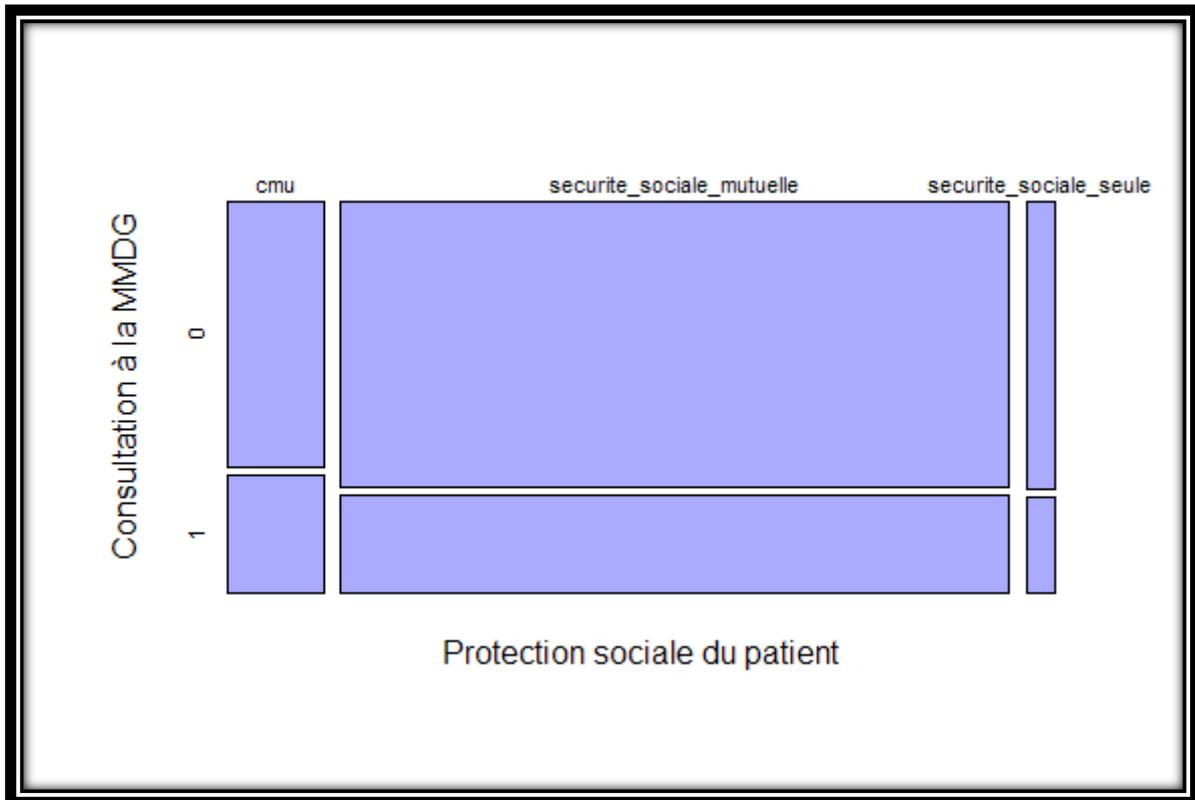
Un lien significatif a été mis en évidence entre la catégorie professionnelle du patient et le recours immédiat aux Urgences.

79 % des individus sans emploi, 71 % des étudiants, 68 % des actifs et 26.9 % des retraités ont immédiatement recours aux Urgences.

Les retraités ont moins recours aux Urgences que les individus professionnellement actifs.

Les individus sans emploi ont plus rapidement recours aux Urgences que les autres catégories.

3. Lien entre le type de protection sociale et le refus de consultation dans une MMDG.

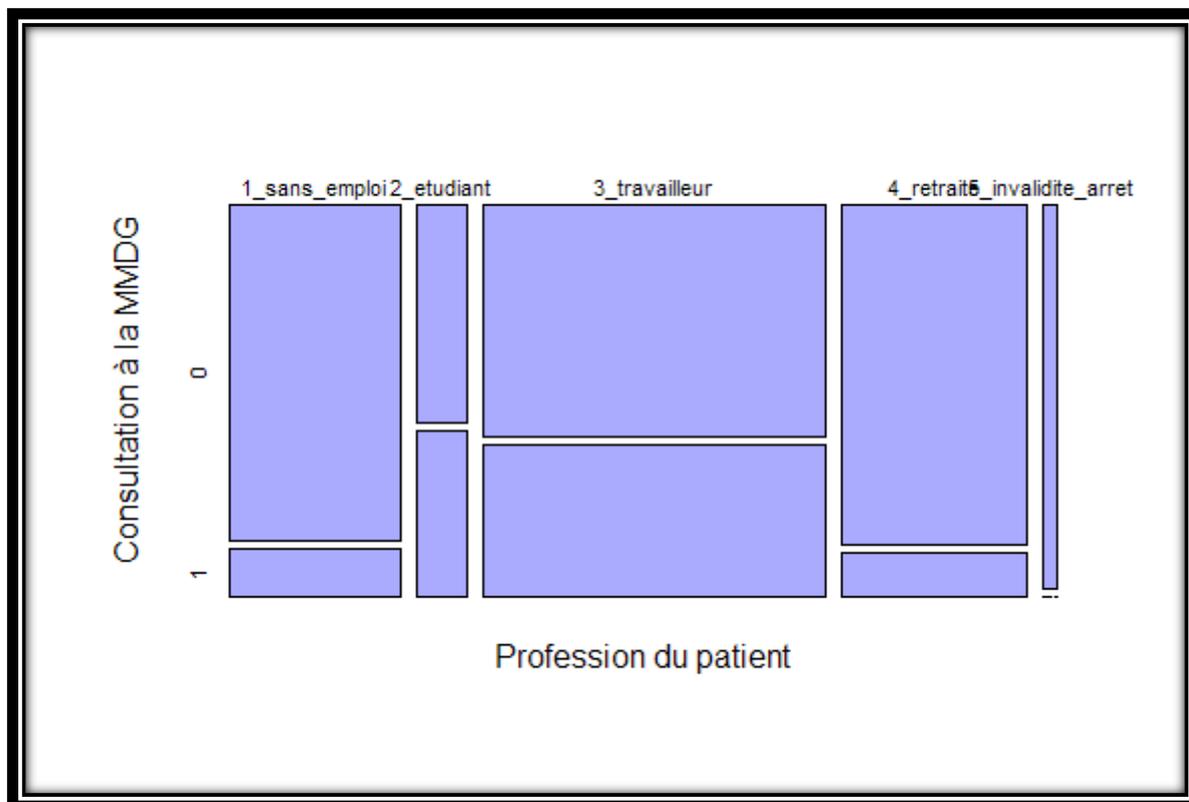


Graphique 17. Lien entre le type de couverture sociale du patient et le refus de consultation dans une maison médicale plutôt qu’aux Urgences.

L’analyse bi-variée reposait sur un test de Fisher. La p-value de cette analyse était égale à 0.881 pour un seuil de significativité p retenu égal à 0.05.

Il n’a pas été mis en évidence de lien significatif entre le type de couverture sociale du patient et son refus de consultation en maison médicale.

4. Lien entre la catégorie professionnelle et le refus de consultation dans une MMDG.



Graphique 18. Lien entre la catégorie professionnelle du patient et le refus de consultation dans une maison médicale de garde plutôt qu'aux Urgences.

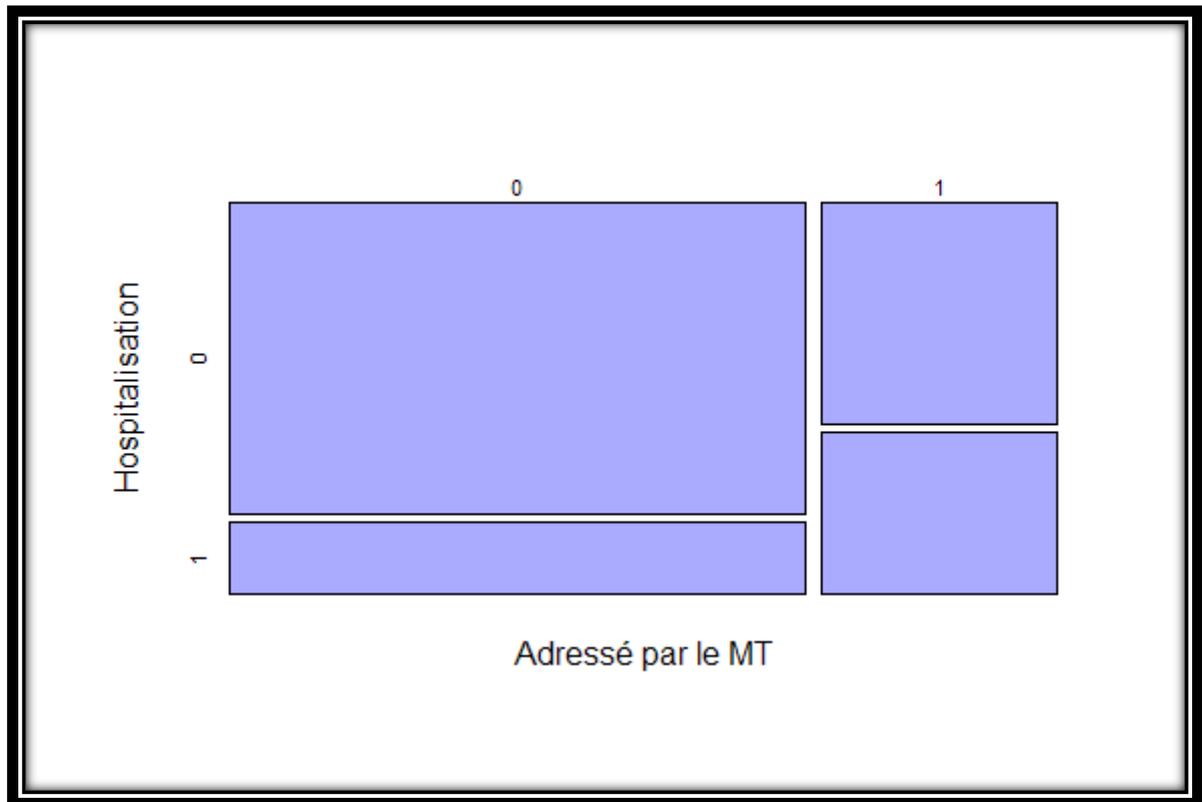
L'analyse bi-variée reposait sur un test de Fisher. La p-value de cette analyse était égale à 0.01751 pour un seuil de significativité p retenu égal à 0.05.

Un lien significatif a été mis en évidence entre la catégorie professionnelle du patient (les moyens financiers) et le refus de consultation en maison médicale de garde plutôt qu'aux Urgences.

Les individus sans activité professionnelle refusent plus que les actifs de consulter en maison médicale.

- 88.5 % des retraités et 87.5% des sans-emplois refusent de consulter à la MMDG
- 58.3 % des actifs et 57.1% des étudiants refusent de consulter à la MMDG.

5. Lien entre l'orientation vers les Urgences par le médecin traitant et l'hospitalisation.



Graphique 19. Lien entre hospitalisation et orientation par le médecin traitant.

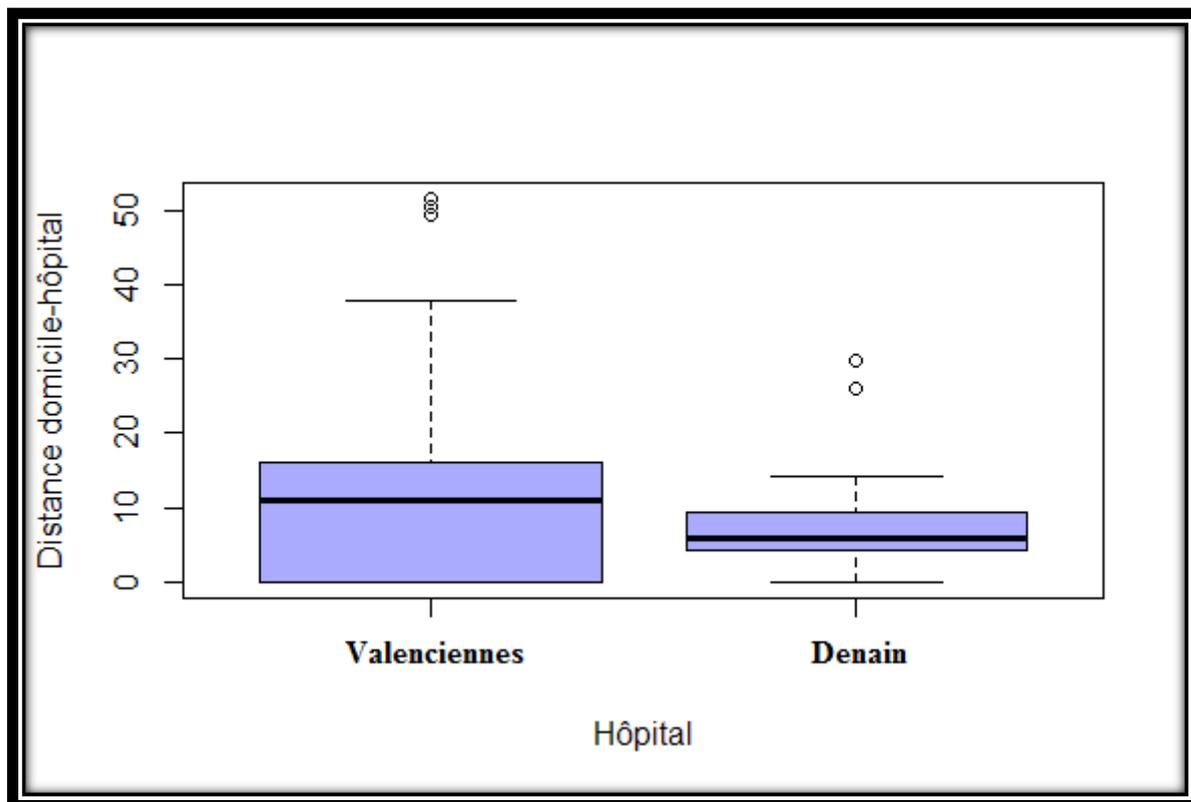
L'analyse bi-variée reposait sur un test de Fisher. La p-value de cette analyse était égale à 0.01494 pour un seuil de significativité p retenu égal à 0.05.

Un lien significatif a été mis en évidence entre l'hospitalisation des patients et leur orientation initiale par leur médecin traitant.

Les patients qui ne sont pas adressés par le médecin traitant sont moins hospitalisés que les autres.

- 45.2 % des patients orientés par leur médecin traitant sont hospitalisés
- 24.7 % des patients consultant aux Urgences sans l'avis de leur médecin traitant sont hospitalisés

6. Lien entre la proximité et le choix d'un Centre Hospitalier.



Graphique 20. Lien entre la distance Domicile-Hôpital et le choix spécifique du Centre Hospitalier.

L'analyse bi-variée reposait sur un test d'Anova. La p-value de cette analyse était égale à 0.00477 pour un seuil de significativité p retenu égal à 0.01.

Un lien significatif a été mis en évidence entre la distance Domicile-Hôpital et le choix spécifique du Centre Hospitalier.

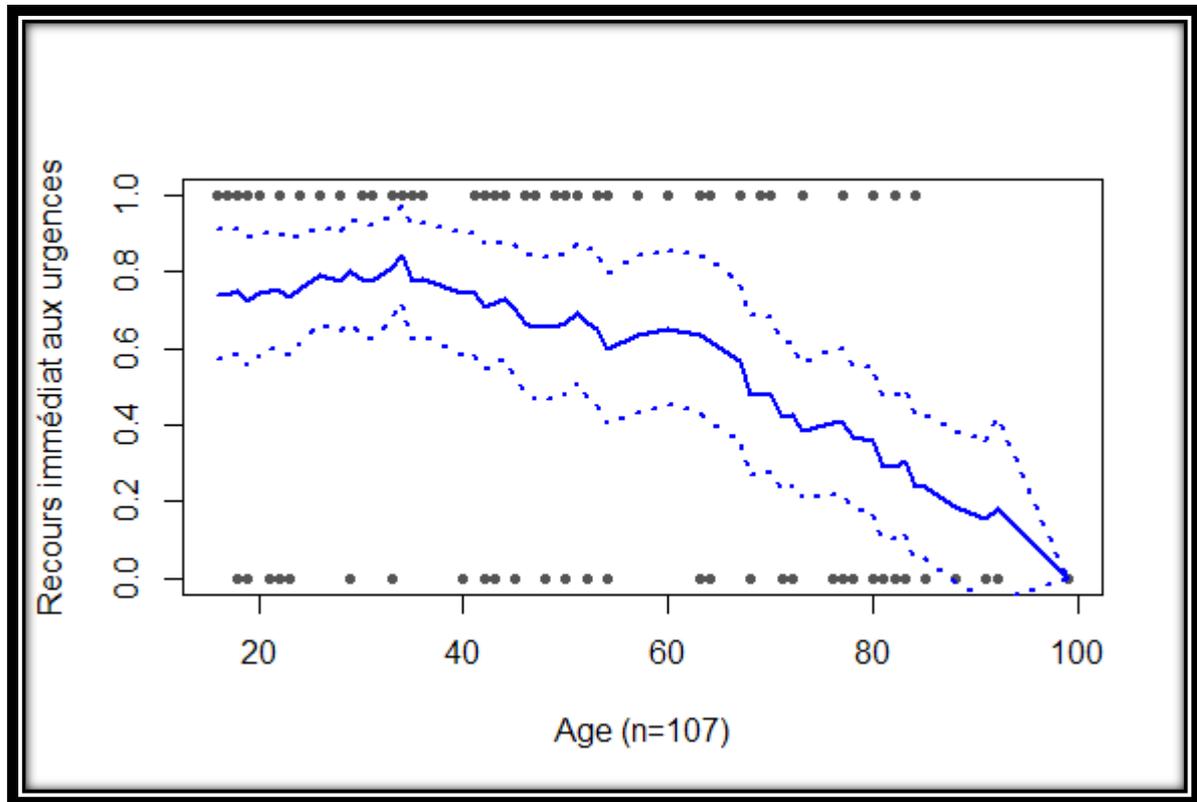
Le recrutement du Centre Hospitalier de Valenciennes était plus important que le recrutement du Centre Hospitalier de Denain.

Les patients consultant au Centre Hospitalier de Denain résidaient en moyenne à 5 Kms de l'établissement. Ceux consultant au Centre Hospitalier de Valenciennes étaient en moyenne domiciliés à 11 Kms de l'hôpital.

Au cours de l'étude, 4 patients admis à Valenciennes refusaient de consulter dans leur hôpital de proximité de référence. Deux auraient dû consulter au Centre Hospitalier de Denain et deux à Maubeuge.

G. Analyses Multi-variées.

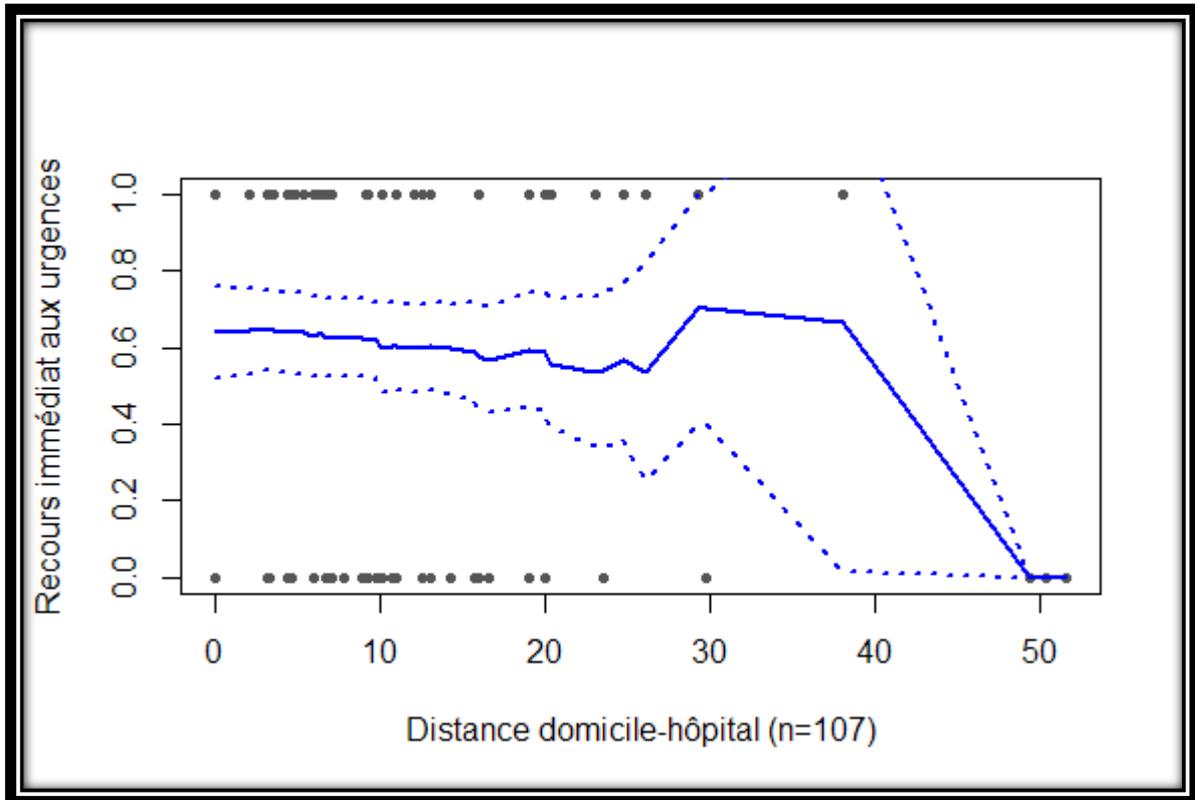
1. Discrétisation de l'âge pour le recours immédiat aux Urgences.



Graphique 21. Discrétisation de l'âge en années pour le recours immédiat aux Urgences des 107 patients.

Le seuil retenu pour l'âge est de 70 ans.

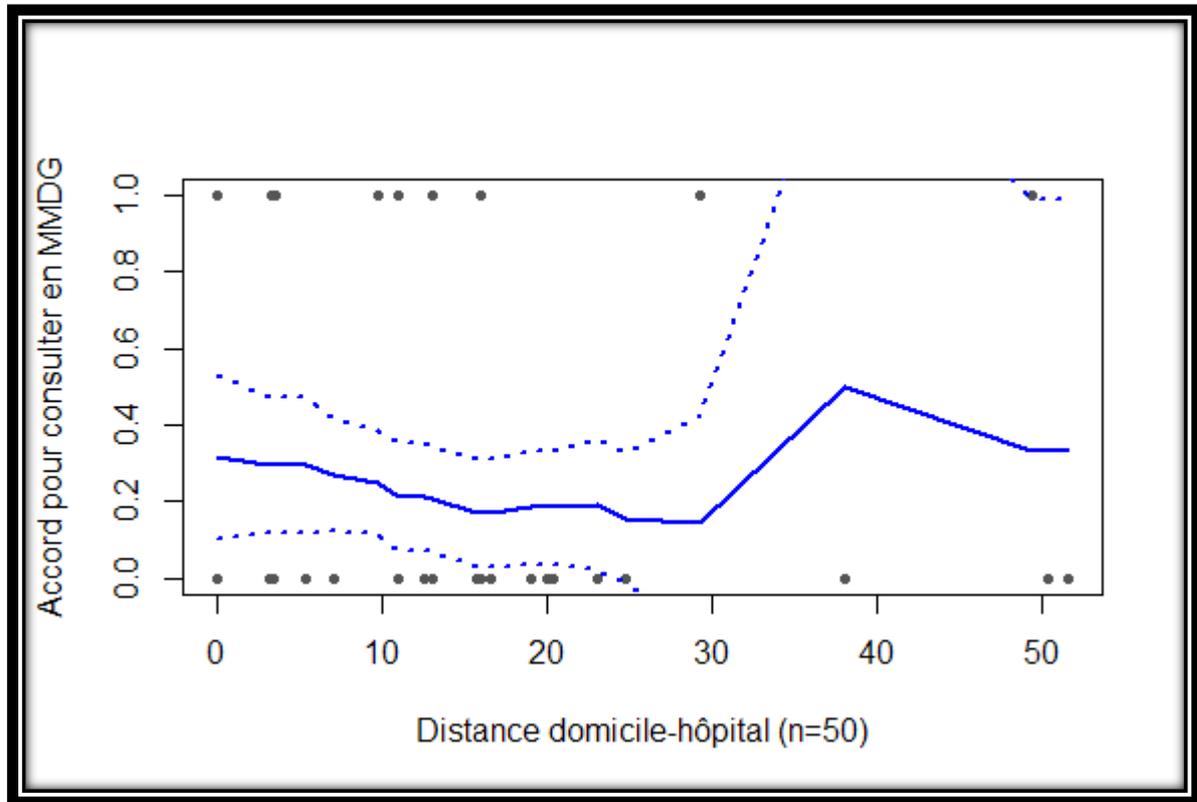
2. Discrétisation de la distance domicile-hôpital pour le recours immédiat aux Urgences.



Graphique 22. Discrétisation de la distance Domicile-Hôpital en Kilomètres pour le recours immédiat aux Urgences des 107 patients.

Le seuil retenu pour la distance est de 25 Kilomètres.

4. Discrétisation de la distance domicile-hôpital pour l'accord de consultation dans une MMDG (Patients ne connaissant pas son existence).



Graphique 24. Discrétisation de la distance Domicile-Hôpital en Kilomètres pour l'accord de consultation dans une MMDG chez les 50 patients ne connaissant pas son existence.

Le seuil retenu pour la distance est de 25 kilomètres.

5. Arbres de classification.

a) Recours immédiat aux Urgences.

i. Variable expliquée.

La variable étudiée est le recours immédiat aux Urgences.

ii. Variables explicatives.

- Les variables explicatives sont :
- Le sexe
- L'âge avec un seuil retenu de 70 ans
- La nationalité Française ou Etrangère
- La distance Domicile-Hôpital avec un seuil retenu de 25 Kms
- Le niveau scolaire avec :
 - Groupe n°1: Individus sans diplôme ou avec un niveau équivalent au Brevet des Collèges
 - Groupe n°2: Individus avec un niveau équivalent au Baccalauréat ou Etudes supérieures
- La catégorie professionnelle avec :
 - Groupe n°1 : Patients sans emploi, étudiants, retraités, patients en invalidité ou en arrêt maladie
 - Groupe n°2 : Patients actifs professionnellement.

iii. Résultats.

Sur les 107 patients interrogés, 60.7 % ont eu un recours immédiat aux Urgences.

❖ Parmi ces 107 patients :

- 26 étaient âgés de plus de 70 ans

26.9 % des plus de 70 ans ont eu un recours immédiat aux Urgences

73.1 % des plus de 70 ans n'ont pas eu un recours immédiat

- 81 étaient âgés de moins de 70 ans

71.6 % des moins de 70 ans ont eu un recours immédiat aux Urgences

28.4 % des moins de 70 ans n'ont pas eu un recours immédiat

❖ Parmi les 81 patients âgés de moins de 70 ans :

- 13 bénéficiaient de la CMU

100 % des bénéficiaires de la CMU ont eu un recours immédiat aux Urgences

0 % des bénéficiaires de la CMU n'ont pas eu un recours immédiat

- 68 disposaient d'une protection de la sécurité sociale avec ou sans complémentaire santé associée

66.2 % de ces usagers ont eu un recours immédiat aux Urgences

33.8 % de ces usagers n'ont pas eu un recours immédiat

❖ Parmi les 68 patients âgés de moins de 70 ans et bénéficiant de la couverture sociale de la sécurité sociale avec ou sans complémentaire :

- 8 étaient de nationalité étrangère

87.5 % de ces patients ont eu un recours immédiat aux Urgences

12.5 % de ces patients n'ont pas eu un recours immédiat

- 60 étaient de nationalité Française

63.6 % de ces individus ont eu un recours immédiat aux Urgences

36.7 % de ces individus n'ont pas eu un recours immédiat

❖ Parmi les 60 patients Français, âgés de moins de 70 ans et bénéficiant de la couverture sociale de la sécurité sociale avec ou sans complémentaire :

- 32 avaient un niveau scolaire bas

56.2 % de ces usagers ont eu un recours immédiat aux Urgences

43.8 % de ces usagers n'ont pas eu un recours immédiat

- 28 avaient un niveau scolaire haut

71.4 % des patients ont eu un recours immédiat aux Urgences

28.6 % des patients n'ont pas eu un recours immédiat

- ❖ Parmi les 28 patients Français, âgés de moins de 70 ans, de haut niveau scolaire et bénéficiant de la couverture sociale de la sécurité sociale avec ou sans complémentaire :
 - 14 étaient des femmes57.1 % des femmes ont eu un recours immédiat aux Urgences
42.9 % des femmes n'ont pas eu un recours immédiat aux Urgences
 - 14 étaient des hommes85.7 % des hommes ont eu un recours immédiat aux Urgences
14.3 % des hommes n'ont pas eu un recours immédiat aux Urgences

- ❖ La distance domicile-hôpital et la catégorie professionnelle des patients n'ont pas montré de différences significatives.

Au total,

Les individus de moins de 70 ans bénéficiant de la CMU étaient ceux qui avaient le plus facilement recours aux Urgences.

Parmi les moins de 70 ans, ne bénéficiant pas de la CMU, le profil du patient ayant recours de façon immédiate aux Urgences était celui du patient de nationalité étrangère.

Parmi les moins de 70 ans, de nationalité Française et ne bénéficiant pas de la CMU, le profil du patient ayant recours de façon immédiate aux Urgences était celui d'un Homme de niveau scolaire supérieur ou équivalent au Baccalauréat.

iv. *Arbre de classification.*

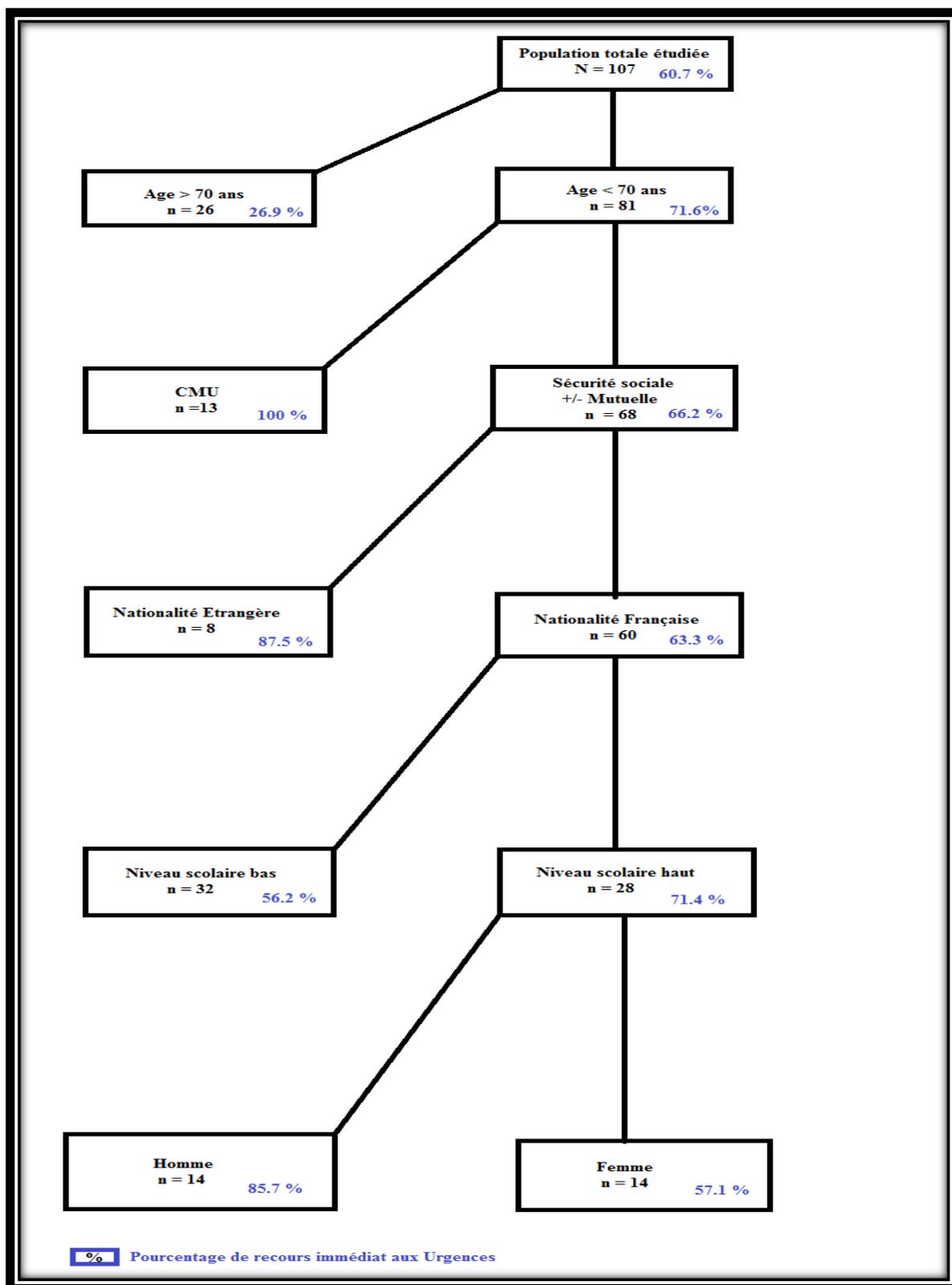
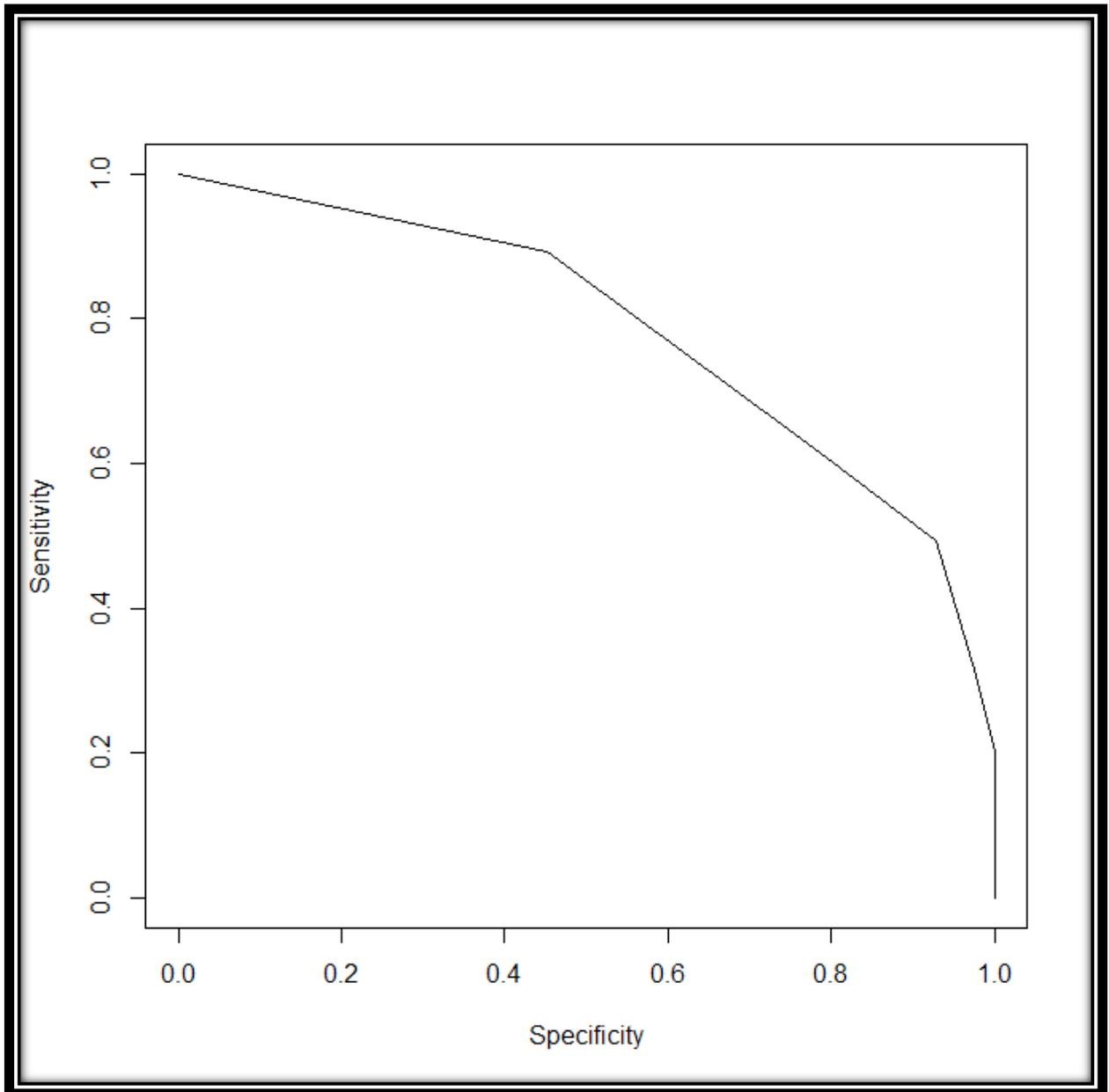


Figure 1. Arbre de classification n°1. Liens entre recours immédiat aux Urgences, âge, sexe, nationalité, niveau scolaire et type de couverture sociale.

v. **Courbe ROC.**



Graphique 25. Courbe ROC de l'arbre de classification n°1

L'aire sous la courbe de la courbe ROC est de 0.78. Le résultat est en faveur d'un modèle de prédiction de bonne qualité.

b) Accord de consultation dans une MMDG.

i. Variable expliquée.

La variable étudiée est l'accord de consultation dans une MMDG chez les 50 patients n'ayant pas connaissance de son existence.

ii. Variables explicatives.

- Le sexe
- L'âge avec un seuil retenu de 55 ans
- La nationalité Française ou Etrangère
- La distance Domicile – Hôpital avec un seuil retenu de 25 Kilomètres
- Le niveau scolaire selon les mêmes groupes que dans l'analyse précédente
- La catégorie professionnelle selon les mêmes groupes que dans l'analyse précédente
- Le type de couverture sociale

iii. Résultats.

Sur les 50 patients n'ayant pas connaissance de l'existence d'une maison médicale de garde à Valenciennes, 24 % auraient été d'accord pour y consulter plutôt qu'aux Urgences.

❖ Parmi les 50 patients :

- 18 avaient plus de 55 ans

55.6 % des plus de 55 ans auraient été d'accord pour consulter à la MMDG

44.4 % des plus de 55 ans auraient refusé de consulter à la MMDG

- 32 avaient moins de 55 ans

34.4 % des moins de 55 ans auraient été d'accord pour consulter à la MMDG

65.6 % des moins de 55 ans auraient refusé de consulter à la MMDG

- ❖ Parmi les 32 patients de moins de 55 ans :
 - 16 avaient un niveau scolaire bas
43.8 % de ces usagers auraient accepté de consulter à la MMDG
56.2 % de ces usagers auraient refusé de consulter à la MMDG

 - 16 avaient un niveau scolaire élevé
25 % de ces patients auraient accepté de consulter à la MMDG
75 % de ces patients auraient refusé de consulter à la MMDG

- ❖ Les variables explicatives autres que l'âge et le niveau scolaire n'ont pas montré de différences significatives.

Au total,

Le profil du patient refusant de consulter à la maison médicale de garde plutôt qu'aux Urgences était celui d'un individu de moins de 55 ans avec un niveau scolaire égal ou supérieur au baccalauréat.

iv. *Arbre de classification.*

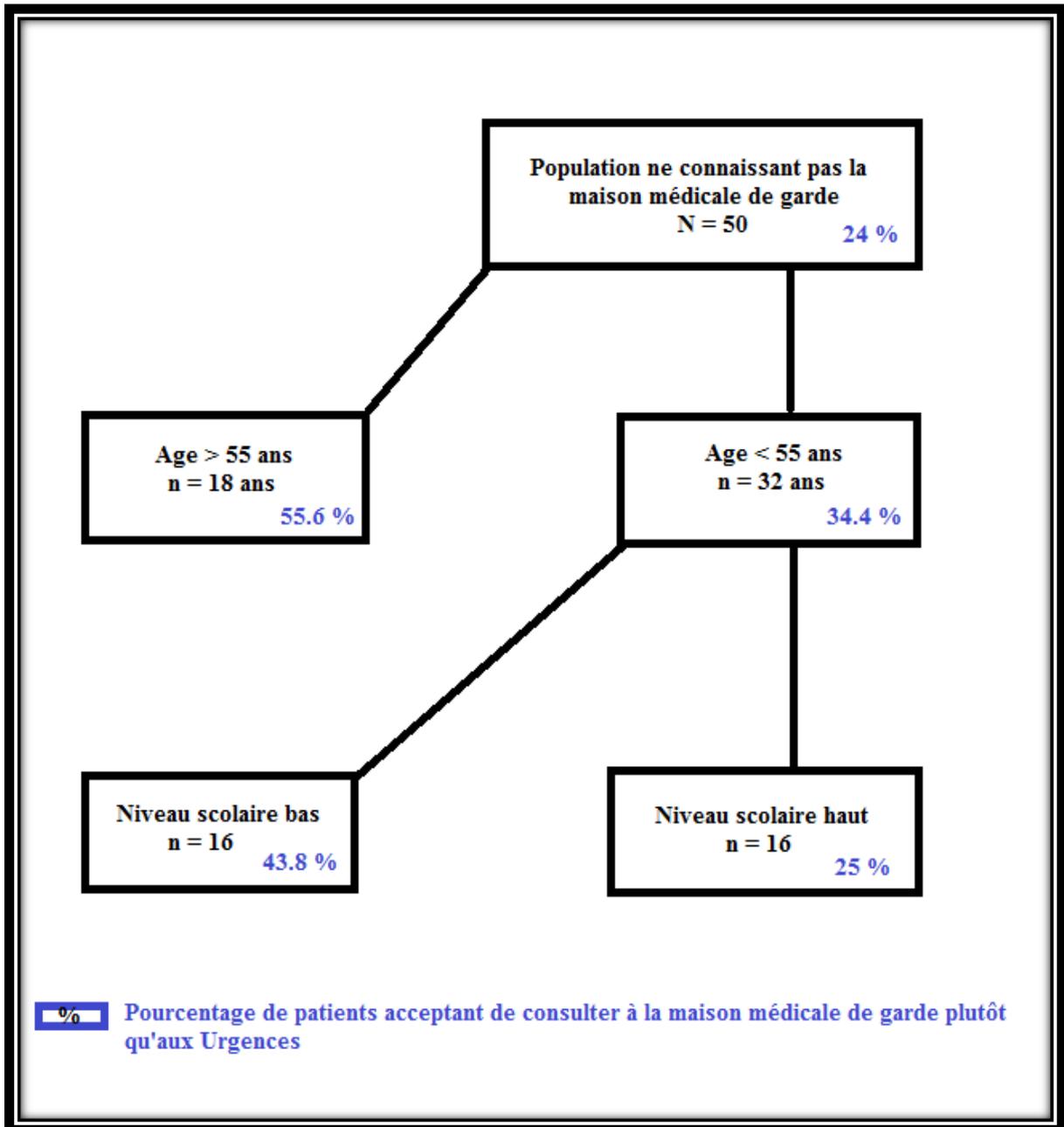
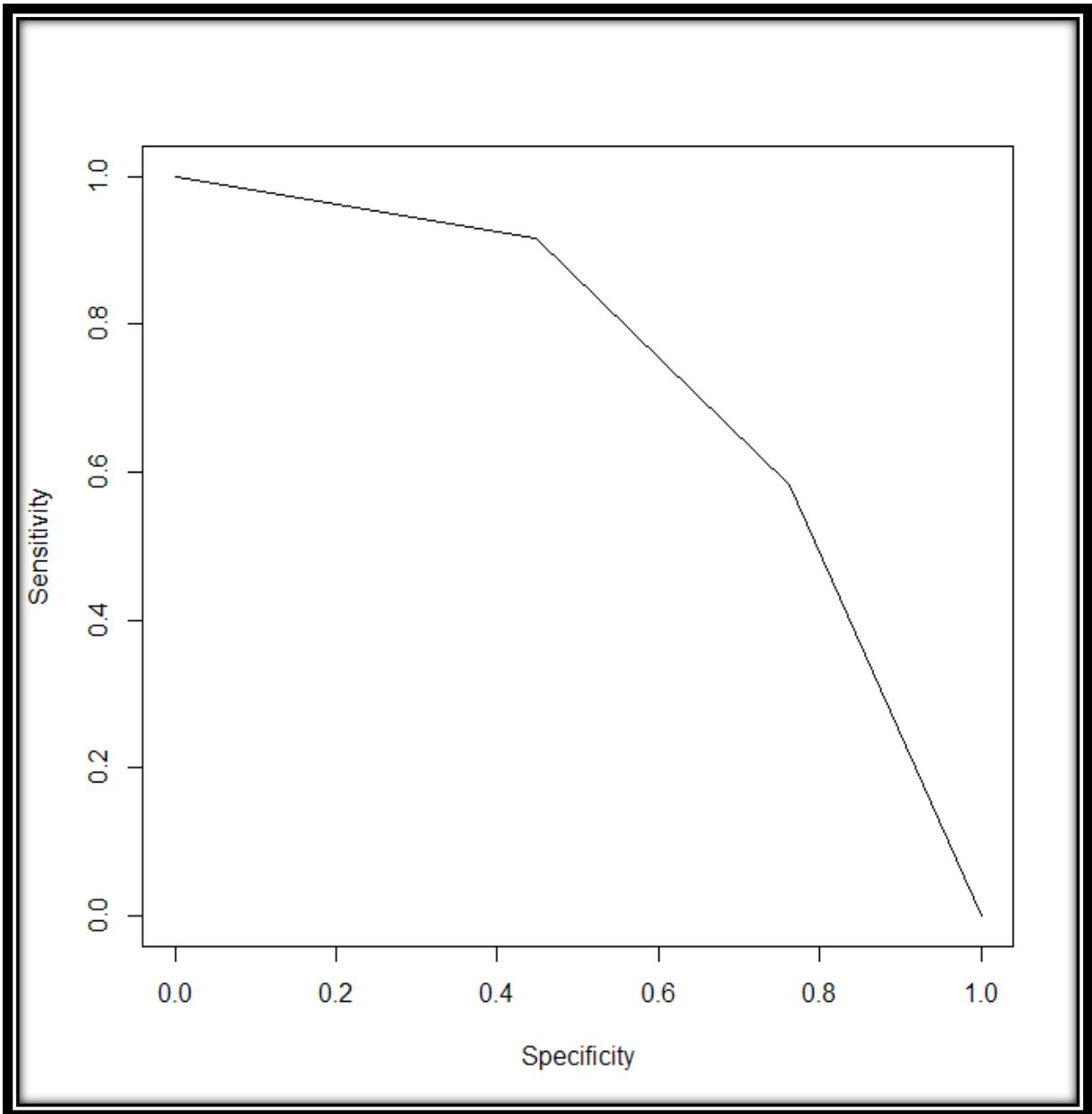


Figure 2. Arbre de classification n°2. Liens entre Accord de consulter à la maison médicale de garde, Age et Niveau scolaire.

v. **Courbe ROC.**



Graphique 26. Courbe ROC de l'arbre de classification n°2.

L'aire sous la courbe de la courbe ROC est de 0.734. Le résultat est en faveur d'un modèle de prédiction de bonne qualité.

c) Modèle de régression logistique.

Le modèle de régression logistique visait à établir la présence de liens significatifs entre le choix spécifique d'un Centre Hospitalier et :

- Le sexe
- L'âge avec un seuil retenu de 70 ans
- La nationalité Française ou Etrangère
- Le ratio temps de trajet en minutes
- Le niveau scolaire
- La catégorie professionnelle
- Le type de couverture sociale

Le détail des résultats est exposé en **Annexe 3**.

Les variables ayant montré un résultat significatif permettant d'expliquer le choix d'un Centre Hospitalier plutôt qu'un autre sont :

- Le ratio temps de trajet en minutes (*ratio_min*)
- Le sexe (*sexe*)
- La nationalité (*nationalité_bin*)

Le principal facteur influençant le choix d'un Centre Hospitalier est le positionnement géographique de celui-ci par rapport au domicile du patient.

IV. DISCUSSION.

A. Synthèse et analyse des résultats.

1. Variables expliquant le recours des patients d'une même zone de proximité à un Centre Hospitalier plutôt qu'un autre.

L'argument de proximité arrive nettement en tête du classement des motifs de recours spécifique à un établissement hospitalier.

Les analyses descriptives uni-variées que nous avons réalisées montrent que le choix spécifique d'un Centre Hospitalier est dans 60 % des cas basé sur la décision personnelle des patients. Dans les 40 % restants, les patients laissent une autre personne décider de leur orientation.

Parmi les tiers sollicités pour la prise de décision, il s'agit dans 2/3 des cas d'un professionnel de santé (Médecin traitant, Equipe du SAMU, Médecin spécialiste, Ambulanciers, Pompiers, Infirmiers...) et dans 1/3 des cas, d'un membre de la famille au 1^{er} degré (Enfant, Parent).

L'ensemble des analyses uni-variées, bi-variées et le modèle de régression logistique mettent en évidence que le principal facteur influençant le choix spécifique d'un Centre Hospitalier est le positionnement géographique de l'hôpital par rapport au lieu de résidence du patient.

L'étude montre également que Valenciennes a un recrutement géographique plus important que Denain. En effet, certains patients admis aux Urgences de Valenciennes consultent en dehors de leur hôpital de proximité de référence.

S'agit-il d'un épiphénomène lié à la réputation fleurissante du Centre Hospitalier de Valenciennes ou existe-t-il de réels arguments poussant les patients à parcourir de plus longues distances pour se faire soigner à Valenciennes?

L'expérience personnelle du patient se classe en deuxième position. En effet, l'étude montre que les patients se basent sur le vécu émotionnel d'hospitalisations ou de consultations antérieures. Une prise en charge de qualité les

ménera à recourir à nouveau aux services d'un Centre Hospitalier tandis qu'une mauvaise expérience, personnelle ou d'un membre de l'entourage, les fera très certainement fuir.

C'est uniquement en 3^e position qu'arrivent la qualité et la diversité du plateau technique et des spécialités médico-chirurgicales proposées par l'établissement.

Ainsi, le Centre Hospitalier de Valenciennes attire les patients par la richesse et la rapidité d'accès aux examens d'imagerie et au plateau de coronarographie.

La neurochirurgie, la chirurgie viscérale et orthopédique sont les spécialités chirurgicales les plus recherchées par les patients consultant à Valenciennes.

Concernant les spécialités médicales, le Centre Hospitalier de Valenciennes est fort de sa réputation en cardiologie, neurologie, gastroentérologie et néphrologie.

Enfin, une faible proportion de patients choisit le Centre Hospitalier auquel ils ont recours par défaut.

2. Caractéristiques principales des patients consultant aux Urgences de Denain et de Valenciennes.

La population qui consulte aux Urgences de Valenciennes et de Denain est constituée d'une légère prédominance d'hommes. L'âge moyen des patients est de 49 ans. Ils sont pour la grande majorité de nationalité Française mais il existe quelques minorités Algériennes, Belges et Portugaises.

En moyenne, les patients effectuent 10 Kms pour se rendre de leur domicile au Centre Hospitalier.

Plus de la moitié des usagers des Urgences de cet arrondissement n'ont pas de diplôme ou un niveau scolaire bas équivalent au Brevet des Collèges.

Seule une très petite proportion de la population locale a réalisé des études supérieures. La moitié des patients interrogés sont inactifs avec une majorité de retraités et de chômeurs, une grande partie d'étudiants et d'individus en invalidité ou en arrêt maladie. Moins de la moitié des patients admis aux Urgences des deux sites sont professionnellement actifs.

Parmi les patients interrogés, la plupart sont affiliés à la sécurité sociale et disposent d'un système complémentaire de santé ou bénéficient de la Couverture Médicale Universelle.

Les résultats de nos analyses coïncident avec les données de l'INSEE sur lesquelles nous sommes précédemment revenus.

Là où l'INSEE annonçait 19.6 % de chômeurs, 24.8 % de retraités et un taux de non diplômés de 20 % **(16)**, la population étudiée par notre étude enregistre sur 24H des proportions presque similaires avec 22.4 % de chômeurs, 24.3 % de retraités et 27.1 % de non diplômés.

3. Motifs de consultations des patients consultant aux Urgences de Denain et de Valenciennes.

Le premier motif de consultation aux Urgences de Valenciennes et de Denain est la sensation de gravité de l'état clinique du patient perçue par lui-même et le sentiment qu'une hospitalisation peut-être indiquée.

En seconde position, se placent la nécessité d'accès au plateau technique et le recours à un avis spécialisé.

Le problème de l'accessibilité aux soins (indisponibilité du médecin traitant, non connaissance du médecin remplaçant et du système de permanence des soins, absence de médecin traitant déclaré) arrive en troisième place juste devant le sentiment objectif de gravité perçu par le médecin traitant ou un autre professionnel de santé.

Enfin, l'absence d'amélioration clinique après plusieurs consultations arrive en dernière position.

La population locale semble particulièrement anxieuse concernant son état de santé. 61.8 % des patients consultent devant la sensation de gravité tandis que seuls 25 % d'entre eux sont réellement hospitalisés.

Pourquoi tant de patients s'inquiètent-ils sans raison fondée? Peut-on y voir un défaut d'éducation de la population par les médecins généralistes? Y-a-t-il un manque d'information des patients sur leur pathologie, leur traitement habituel, les complications possibles et la conduite à tenir en cas de survenue d'un événement indésirable? S'agit-il d'un défaut de prévention des complications des maladies chroniques ou de dépistage chez des patients adoptant des conduites à risque ? Ou ce constat est-il lié au simple fait que la population du Nord-Pas-De-Calais

enregistre un taux de souffrance psychologique et de pathologies anxio-dépressives supérieures à la moyenne nationale?

Selon une logique semblable, nous constatons que des difficultés liées à l'accessibilité des soins sont en partie responsables des recours aux structures de médecine d'Urgence et contribuent ainsi à leur engorgement. Ici encore, la désertification médicale progressive semble étroitement liée à l'afflux massif de patients vers ces structures.

Cependant, les patients sont-ils suffisamment informés des possibilités de recours s'offrant à eux en l'absence de leur médecin généraliste pour assurer la permanence des soins? Sont-ils éduqués sur l'importance d'accepter de consulter le remplaçant de leur médecin traitant? Connaissent-ils les numéros à contacter afin de joindre un médecin de garde en cas d'indisponibilité de leur généraliste ?

4. Variables expliquant le recours immédiat des patients aux Urgences.

Nos analyses bi-variées ont permis, de montrer l'existence de liens significatifs entre le recours immédiat aux Urgences et le type de couverture sociale dont bénéficie le patient ainsi que sa catégorie professionnelle et donc ses moyens financiers

Nous constatons que les patients consultent plus lorsqu'ils disposent d'une meilleure couverture sociale.

Ainsi, les individus bénéficiant de la Couverture Médicale Universelle ont un comportement moins réfléchi dans leur parcours de soins avec un recours plus immédiat aux Urgences quels que soient le motif de consultation et la gravité de leur état aggravant les coûts de santé et l'engorgement des structures de médecine d'Urgence.

Les analyses montrent également que les personnes sans emploi ont plus rapidement recours aux Urgences que les autres catégories professionnelles.

Il est facile de faire un raisonnement parallèle menant à dire que lorsque les revenus s'amenuisent, les aides sociales se voient majorées. Ces patients ont donc tendance

à recourir de façon plus systématique aux structures d'Urgence pour un accès rapide aux soins.

Selon une logique identique, nous pourrions nous attendre à ce que les retraités consultent aussi de façon plus immédiate aux Urgences. Or, c'est le contraire qui se fait constater. Les aînés ont moins recours aux Urgences que les individus professionnellement actifs. Cette différence peut être rattachée au fait que les personnes plus âgées consultent plus régulièrement leur médecin traitant pour le renouvellement de leurs traitements habituels et sont donc plus informés sur les modalités des parcours de soins.

L'analyse multi-variée a permis de conclure de façon significative que les individus de moins de 70 ans ont un recours plus immédiat aux Urgences que les sujets âgés de plus de 70 ans.

Elle confirme également que les bénéficiaires de la CMU consultent plus aux Urgences et que les minorités étrangères y ont recours de façon plus rapide. Cela est-il lié au simple fait de leurs avantages sociaux ou sont-elles moins bien informées sur les coûts de la santé et les modalités des parcours de soins en raison de barrières culturelles ou linguistiques ?

De plus, l'étude constate que le niveau scolaire et le taux de recours immédiat aux Urgences s'élèvent de façon proportionnelle. Plus les patients sont instruits, plus ils consultent aux Urgences.

Enfin, les hommes ont plus recours aux Urgences que les femmes. La raison de cette prédominance masculine mériterait qu'on s'y attarde afin de savoir s'il existe des raisons pour lesquelles la gent masculine a plus tendance à consulter en Urgence.

5. Variables expliquant le refus des patients de consulter à la Maison Médicale de Garde plutôt qu'aux Urgences.

En pratique, au Centre Hospitalier de Valenciennes, une convention a été signée avec la maison médicale de garde, autorisant le médecin sénior de garde aux

Urgences à ré-adresser les patients vers la Maison Médicale s'il juge qu'ils ne relèvent pas d'une prise en charge urgente.

Qu'est-ce qu'une prise en charge médicale urgente?

Il s'agit de la prise en charge d'un état pathologique aigu mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel d'un individu et nécessitant des soins médicaux immédiats et rapides **(17)**.

Actuellement, peu de patients consultent immédiatement à la Maison Médicale et les praticiens des Urgences se heurtent à certains refus de réorientation.

Notre étude a montré que la grande majorité des patients admis aux Urgences de Valenciennes n'ont pas connaissance de l'existence de cette maison qui a pourtant ouvert ses portes au printemps 2015.

Parmi les individus n'ayant pas connaissance de l'existence de la Maison Médicale, les $\frac{3}{4}$ refuseraient d'y consulter plutôt que de se rendre aux Urgences. Le constat est équivalent au Centre Hospitalier de Denain où la même proportion de patients déclare qu'ils refuseraient de consulter dans une Maison Médicale de Garde si celle-ci existait...

Les motifs de ce refus ont été étudiés.

Notre enquête montre que la principale cause de refus de consultation à la Maison Médicale est l'avance de frais suivie de très près par le besoin d'être rassuré par le monde hospitalier. Viennent ensuite le sentiment d'avoir besoin d'examen complémentaires et d'un avis spécialisé. L'argument de gravité n'arrive qu'en dernière position...

Par ailleurs, à l'aide d'une analyse bi-variée, un lien significatif a été démontré entre les moyens financiers des patients (la catégorie professionnelle) et le refus de consulter à la Maison Médicale de Garde. Ainsi, les sujets aux faibles revenus (sans activité professionnelle ou retraités) refusent plus d'y consulter.

Notre analyse multi-variée montre que les personnes âgées de moins de 55 ans, refusent également plus l'idée de consulter à la Maison Médicale plutôt qu'aux Urgences. Le refus s'accroît à mesure que le niveau scolaire augmente.

Pour finir, parmi les autres raisons de refus avancées par les patients, certains consultent aux Urgences uniquement par «habitude», «préférence», ou «rapidité»

B. Critique méthodologique de l'étude.

1. Représentativité de la population étudiée et population cible.

Par comparaison aux données établies en 2012 par l'INSEE (21), la population que nous avons étudiée semble être représentative de la population de la zone de proximité du Valenciennois. Cette notion de représentativité de notre échantillon a été établie à partir de cinq critères majeurs : le sexe, l'âge, la proportion d'étrangers, le niveau scolaire et la catégorie professionnelle.

Comparaison des principaux critères démographiques	Population cible Zone de proximité du Valenciennois (%)	Population étudiée Urgences CHV-CHD (%)
Hommes	52.0 %	48.0 %
Femmes	48.0 %	52.0 %
Age moyen	50 ans	49 ans
Population étrangère	11.0 %	10.3 %
Sans diplôme	21.4 %	27 %
Sans emploi	23.5 %	22.4 %

Tableau 7. Comparaison des principaux critères démographiques entre la population étudiée et la population ciblée par l'étude.

2. Validité du questionnaire.

Le questionnaire remis aux patients a été minutieusement travaillé et conçu en amont de la réalisation de l'étude. Nous avons privilégié les questions fermées pour permettre un recueil de données facile et rapide. Le principal inconvénient de ces questionnements à réponses fermées réside dans une possible majoration de l'imprécision. Pour pallier cette difficulté, nous avons ajouté, pour certains items, des questions ouvertes complémentaires permettant aux patients de préciser leur opinion.

Le questionnaire a été structuré et les questions ordonnées selon plusieurs axes (caractéristiques de la population, motifs de consultations aux Urgences, motifs

de choix spécifique du Centre Hospitalier et connaissances sur les maisons médicales de garde). Les items ont été préalablement travaillés afin de prévoir de manière exhaustive les principales réponses possibles. Le nombre de questions a été limité dans un souci de rapidité de réponse permettant une meilleure compliance des patients. Un point d'honneur a été mis sur la formulation, la clarté et la compréhension des items. Nous nous sommes efforcés d'utiliser des propos neutres, sans ambiguïté et sans orientation des patients. Enfin, les traditionnelles formules de politesse n'ont pas été oubliées.

3. Validité du mode de recueil des données.

L'étude que nous avons menée a le principal avantage d'utiliser une méthode de recueil de données :

- **Efficace** avec un taux de réponse estimé à 72 %.
- **Rapide** avec une collecte de 149 questionnaires dont 107 exploitables en 24H. La plupart des questionnaires ont été remplis immédiatement dans les services. La minorité de patients ayant rendu des questionnaires incomplets, ont été recontactés durant les semaines suivantes. La durée de l'entretien téléphonique lors de cette deuxième phase n'a jamais excédé 5 minutes. Ce deuxième contact par téléphone a permis de nous libérer des contraintes de temps pour l'enquêteur et l'enquêté puisque le moment du rappel était convenu avec le patient afin que celui-ci soit disponible et enclin à répondre.
- **Reproductible** autant que nécessaire sans risque d'épuisement du personnel sondeur devant la courte durée du recueil des données.
- **Peu coûteuse** grâce au rappel téléphonique qui permet de limiter les frais d'impression de questionnaires, de courriers, d'enveloppes et de timbres nécessaires à une relance manuscrite.

- **Fiable** grâce à l'anonymisation des données qui met en confiance les patients et favorise la sincérité de leurs réponses. La neutralité de la formulation écrite des items permet également de ne pas influencer les personnes interrogées. Par souci de continuité, l'enquêteur téléphonique était prudent afin de ne pas orienter les patients dans leurs réponses.
- **Informative** car elle nous a permis de générer rapidement des hypothèses.

4. Biais de l'étude.

Les études transversales comme la nôtre ont l'inconvénient principal d'être potentiellement à l'origine de biais de sélection. En effet, la population est étudiée sur une durée très courte (24 heures, un jour de semaine) et peut ne pas être strictement représentative du flux de patients admis aux Urgences sur la semaine complète, week-ends compris. Il peut d'ailleurs être intéressant de reproduire cette enquête à la même période de l'année en la prolongeant sur un minimum de 7 jours afin de confirmer les tendances hypothétiques avancées par notre travail.

Nous avons également été confrontés à un biais de compréhension lors du recueil des données. En effet, 15 % des individus interrogés dans les deux sites d'Urgences présentaient des difficultés de compréhension des items en raison de leur faible niveau scolaire. Beaucoup ne savaient ni lire, ni écrire. Pour ces patients, le personnel soignant chargé de l'enquête a dû remplir le questionnaire à leur place après avoir reformulé les items de façon à ce que la compréhension soit optimale.

Enfin, au cours de nos analyses multi-variées, le modèle de régression logistique est en faveur d'un taux de recours aux Urgences de Denain plus important pour les hommes de nationalité Française. Il semble s'agir d'un biais de confusion en relation avec le fait que 65 % des patients consultant à Denain sont des hommes et que 87 % d'entre eux sont de nationalité Française.

5. Ethique, déontologie et conflits d'intérêts.

Notre travail, indépendant de tout conflit d'intérêt, est observationnel, descriptif et ne présente aucune intervention pouvant représenter une perte de chance pour les patients. Le consentement de chaque individu a été recueilli avant la réalisation de l'étude et l'ensemble des données ont été anonymisées.

6. Significativité et pertinence des résultats.

Notre étude transversale adopte une méthodologie adaptée aux études épidémiologiques descriptives. Nous avons montré plusieurs liens hypothétiquement significatifs selon un risque alpha établi à 5 % entre:

- Le choix spécifique d'un Centre Hospitalier et la proximité de celui-ci.
- Le recours immédiat aux Urgences et le type de couverture sociale, la catégorie professionnelle, le niveau scolaire, l'âge, le sexe et la nationalité.
- Le refus de consultation à la Maison Médicale de Garde et la catégorie professionnelle, le niveau scolaire et l'âge.

Cependant, il semble important de rester prudent. Un lien de causalité ne pouvant être réellement établi qu'après réalisation d'études contrôlées randomisées.

C. Confrontation des résultats aux données de la littérature.

Dans la littérature actuelle, il existe peu de données de comparaison.

En Janvier 2012, une étude réalisée par la DREES **(18)** visait à étudier les motifs et trajectoires des patients ayant recours aux structures de médecine d'Urgence en France. L'enquête a été réalisée durant une semaine au sein de 150 structures françaises tirées au sort. Parmi les usagers de ces différentes structures, un échantillon de 10 000 patients sans limite d'âge a été constitué à partir des mois de naissance.

A l'issue de leur passage aux Urgences, une fiche d'acceptation était remise aux patients non hospitalisés afin d'obtenir leur consentement pour être recontactés

par téléphone. Dans les semaines qui ont suivi, les patients ont été rappelés afin de participer à un questionnaire visant à établir les caractéristiques des patients mais aussi leurs motifs de consultation et les conditions de leur prise en charge.

8765 patients ont donné leur accord pour participer à l'étude. 5350 questionnaires sont revenus exploitables et 3004 entretiens téléphoniques ont abouti pour un taux de réponse de 77 %. Pour deux tiers des patients, leur passage aux Urgences, relevait d'une décision individuelle.

Notre étude diffère de celle de la DREES par sa durée de réalisation et les critères d'exclusion de la population que nous avons fixés. Ainsi, la population étudiée aux Urgences de Valenciennes et Denain ne représente qu'une sous-partie de la population étudiée par la DREES.

Les Urgences de Valenciennes et de Denain ayant un taux d'affluence conséquent, nous avons déterminé une durée d'observation de 24H afin d'obtenir une centaine de dossiers exploitables.

De plus, nous avons volontairement exclu les patients âgés de moins de 16 ans et les individus présentant des difficultés cognitives pouvant entraver leur raisonnement et la qualité de leur réponse. L'enquête menée par la DREES prévoyait, quant à elle, d'interroger les parents des enfants de moins de 16 ans et un proche des patients présentant des difficultés intellectuelles.

Par ailleurs, en ce qui concerne les similitudes méthodologiques, nous avons également procédé en deux phases avec un questionnaire initial, puis un rappel téléphonique dans les semaines suivant le passage aux Urgences après recueil de leur consentement. Cependant, à la différence de l'étude précédente, nous avons recontacté les individus refusant initialement de remplir notre questionnaire afin de confirmer leur refus de participation à distance de l'épisode aigu de stress consécutif à l'admission aux Urgences. Ainsi, dans un second temps, plusieurs d'entre eux ont accepté d'y répondre malgré leur refus initial.

Avec 72 %, le taux de réponse sur 24H de notre étude est pratiquement superposable au 77 % de celle réalisée sur une semaine par la DREES.

Modalités de recours aux structures d'Urgence	France (Etude DREES)	Valenciennois (Etude Urgences CHV-CHD)
Proximité	47 %	87 %
Examens complémentaires	44 %	25 %
Avis spécialisé	43 %	25 %
Gravité	32 %	62 %
Indisponibilité du Médecin traitant ou Absence de Médecin traitant déclaré	14 % 13 %	19 % 7%
Absence d'amélioration sous traitement	11 %	14 %

Tableau 6. Comparaison des motifs de recours aux structures de médecine d'Urgence entre le Valenciennois et la France.

A l'issue de notre travail, les raisons pour lesquelles les patients de la zone de proximité du Valenciennois décident de consulter aux Urgences sont identiques aux raisons avancées par l'ensemble des Français mais se répartissent en proportions et priorités différentes.

Parmi les sept motifs les plus avancés, se trouvent la proximité, l'impression d'avoir besoin d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé, la sensation de gravité, l'indisponibilité du médecin traitant, l'absence de médecin traitant déclaré, l'absence d'amélioration sous un traitement antérieur.

Comparativement à l'échelle nationale, la population du Valenciennois attache une plus grande importance que le reste de la France au positionnement géographique du Centre Hospitalier. Les individus consultant aux Urgences de Valenciennes et de Denain y consultent en priorité car les Urgences sont les structures de soins les plus proches de leur lieu de résidence.

Globalement, les patients du Valenciennois sont nettement plus inquiets au sujet de la gravité de leur état de santé que ceux du reste du territoire français. Le sentiment de gravité clinique se classe en deuxième position pour les usagers des Urgences de Valenciennes et de Denain tandis qu'il n'arrive qu'en troisième place pour le reste de la population française.

Paradoxalement, bien que plus anxieux que le reste des Français, les habitants du Valenciennois sont moins demandeurs d'examens complémentaires et d'avis spécialisés. La consultation en milieu hospitalier semble un puissant moyen d'anxiolyse. Le besoin d'être rassuré par les « blouses blanches » est d'ailleurs, après l'avance de frais, la seconde raison de refus de consultation en Maison Médicale de Garde plutôt qu'aux Urgences.

Le problème de l'accessibilité des soins par indisponibilité ou absence de médecin traitant déclaré représente une proportion quasi-identique de 26-27 % à l'échelle locale et nationale. Il en est de même pour le recours aux Urgences par inefficacité des prises en charges antérieures.

La Fédération Médicale Inter-Hospitalière mise en place entre les Urgences de Valenciennes et de Denain n'est pas l'unique projet de collaboration de structures d'Urgence en France mais l'une des premières dans le Nord-Pas-De-Calais. Dans d'autres régions, et notamment dans le sud de la France, des Fédérations ont vu le jour quelques années auparavant.

- En 2004, une Fédération Médicale Inter-Hospitalière a été créée entre les Centres Hospitaliers de Mauriac et Aurillac **(19)**. Le succès du projet fut tel que le Centre Hospitalier de Saint Flour y a été inclus en 2008 donnant ainsi naissance à une Fédération Départementale de Médecine d'Urgences.
- En 2005, ce sont les Centres Hospitaliers de Cahors et de Saint Céré qui ont décidé d'unir leurs forces **(20)**.
- En 2011, les Centres Hospitaliers de Valreas, Orange et Vaison la Romaine ont mis en communs leurs moyens humains et matériels **(21)**.
- En 2013, la Fédération Médicale des Urgences de Flandre intérieure a été créée entre les Centres Hospitaliers d'Armentières et d'Hazebrouk **(22)**.
- En 2014, c'est au tour des Centres Hospitaliers d'Avignon, de Cavillon Lauris, des Pays d'Apt et de Carpentras de se lancer dans l'aventure **(23)**.

D. Implications futures dans la pratique professionnelle.

1. En médecine générale.

a) Le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins.

Le médecin traitant est au cœur du parcours de soins des patients.

De nos jours, il semble indispensable de rappeler l'importance du rôle que les médecins de famille ont à jouer dans l'orientation et l'accompagnement des patients dans leurs démarches de soins. Notre étude et celle de la DREES montrent que deux tiers des patients consultant aux Urgences le font de façon spontanée sans demander l'avis de leur médecin traitant.

Il est primordial pour les médecins généralistes d'informer leurs patients et d'insister sur les conditions du bon fonctionnement du parcours de soins.

Un point d'honneur doit être mis sur la nécessité, pour les patients, de consulter leur médecin traitant avant de recourir à des examens complémentaires ou des avis spécialisés. En effet, il revient au médecin généraliste la responsabilité de coordonner les soins de ses patients et d'organiser des préventions individuelles personnalisées dans un souci de réduction des inégalités face aux systèmes de soins.

Ainsi, il est crucial de faire comprendre aux patients l'état d'Urgence dont relève leur situation afin que ceux-ci prennent conscience qu'un avis spécialisé ou un examen complémentaire puisse parfois être réalisé en ambulatoire, sans Urgence et sans engorger les structures d'Urgence devant l'impatience d'un résultat quelconque.

Cette exigence d'une médecine rapide, efficace et de complaisance conduit certains patients à se sentir en droit de pousser la porte des structures d'Urgence sans aucun argument de gravité, par simple habitude ou préférence. Ce comportement irresponsable conduit à gonfler le flux déjà conséquent d'utilisateurs ayant recours aux Urgences. L'engorgement qui en découle est une véritable perte de chance pour les patients dont l'état de santé nécessite réellement une prise en charge immédiate. C'est un phénomène qui doit être combattu par tout professionnel de santé intervenant dans le parcours de soins d'un patient. Il est du devoir de chacun de responsabiliser les patients et de les mettre face aux conséquences individuelles et collectives de leurs comportements abusifs.

Par ailleurs, un des motifs de consultation aux Urgences avancé par les patients est celui d'une médecine ambulatoire stagnante avec des consultations successives sans amélioration clinique malgré l'initiation de plusieurs thérapeutiques. A ce niveau encore, les médecins généralistes ont un rôle à jouer.

En effet, il est indispensable que les omnipraticiens, de même que leurs confrères spécialistes, se remettent en permanence en question et qu'ils aient à cœur d'actualiser leurs connaissances. Ainsi, ne pas avoir de réponses et demander l'aide d'un confrère généraliste ou spécialiste ne doivent pas être vécus comme des échecs. Ils doivent au contraire servir de tremplin vers un enrichissement personnel et professionnel. A la clef, un renforcement de la relation de confiance médecin-patients, un sentiment de sécurité et un apaisement réduisant le nombre de consultations aux Urgences et une réduction des coûts de la santé.

b) La méconnaissance du système de permanence des soins.

Un lien incontestable réside entre l'engorgement des structures d'Urgences et la méconnaissance des usagers du système de permanence des soins.

Pour la plupart des patients, la coïncidence entre la survenue d'un problème aigu de santé et l'indisponibilité de leur médecin traitant se solde par un recours immédiat aux Urgences. Il pourrait être intéressant de mener une étude complémentaire de la nôtre, afin de savoir si les patients consultant aux Urgences de Valenciennes et de Denain en l'absence de leur médecin traitant sont au courant des autres possibilités s'offrant à eux.

Beaucoup de patients semblent ne pas être suffisamment informés de la présence d'un médecin remplaçant, de l'identité de celui-ci et de la façon dont il est possible de le joindre. De même, trop peu de personnes savent qu'il existe un système de médecins de garde en dehors des heures conventionnelles de consultation et seul un petit nombre de patients ont connaissance du numéro à contacter pour joindre le médecin de garde. A ce niveau encore, il est du rôle du médecin généraliste d'intervenir dans l'information des patients en matière d'accès aux soins et de s'assurer de la compréhension des données délivrées.

Ensuite, de nombreux patients du Valenciennois consultent aux Urgences en l'absence de médecin déclaré. Cette réalité fait triste écho à la problématique

majeure de la désertification médicale locale progressive. Départ à la retraite des omnipraticiens, restriction des numéros clausus, fuite des médecins formés dans le Nord-Pas-De-Calais sont autant de raisons pour lesquelles la situation actuelle est préoccupante. Un travail de fond semble indispensable afin de lutter contre ce déficit en médecins dans la zone de proximité du Valenciennois, dans le Nord-Pas-De-Calais et, par extension, dans l'ensemble des zones géographiques désertées qui ont besoin de regagner en attractivité (aides aux installations, services de proximité, emploi des conjoints...)

c) Le rôle du médecin généraliste dans l'éducation du patient.

Après la coordination du parcours de soins et l'information sur la permanence de ces derniers, la prévention individuelle personnalisée et l'éducation du patient sur sa santé et les coûts associés sont une autre responsabilité que le médecin généraliste se doit d'endosser.

En effet, notre étude montre que, seul un patient sur trois consultant devant le sentiment de gravité est réellement hospitalisé à l'issue de son passage aux Urgences. Les patients ont besoin d'être rassurés. Pour cela, ils doivent être clairement informés sur leurs états de santé. Il est important que le patient ait une connaissance exacte de sa maladie, des complications possibles de celle-ci, des traitements, de leurs effets indésirables et des conduites à tenir en cas de survenue de complications ou d'erreur thérapeutique.

De même, la prévention des conduites addictives (intoxication éthylique aiguë ou chronique, intoxication médicamenteuse, drogues dures..) ou sexuelles à risque semble avoir un rôle important à jouer dans la réduction du taux de fréquentation des Urgences. Le médecin généraliste prend en charge le patient dans sa globalité et sur la durée. Il est le mieux placé pour détecter à la source un possible comportement à risque dès l'émergence de celui-ci.

Notre étude a montré que le type de couverture sociale influençait particulièrement les comportements des usagers. Ainsi, il fait partie des rôles primordiaux des médecins de toutes spécialités d'éduquer les patients au coût de la santé pour eux mais également pour les autres.

Il est important de se positionner clairement face aux demandes des patients, que ce soit en cabinet libéral ou en Centre Hospitalier et de refuser les prescriptions par convenance.

Il est indispensable pour un médecin généraliste de savoir refuser une demande injustifiée d'un patient, qu'il s'agisse d'une prescription médicamenteuse inutile, d'une demande de bilans biologiques ou radiologiques à visée anxiolytique ou d'un arrêt de travail de complaisance. C'est le devoir de tout médecin de se positionner clairement sur les multiples demandes qui lui sont faites. C'est ainsi que les médecins pourront tenter de responsabiliser les patients face à leurs comportements parfois abusifs.

De nombreux patients bénéficient du tiers payant dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle, de l'Aide Médicale d'Etat ou d'une autre prise en charge à 100% et n'ont pas conscience que l'absence d'avance de frais n'est pas synonyme de gratuité de la prise en charge et que les coûts engendrés par de tels comportements sont supportés par le reste de la collectivité.

A l'inverse, il est important que les médecins généralistes restent vigilants pour que les patients aux faibles revenus mais ne bénéficiant pas d'exonération de l'avance ne se retrouvent pas en refus de soins pour des raisons financières. Soigner efficacement, c'est aussi soigner en tenant compte des contraintes financières pesant sur le système de santé et sur chaque individu.

Réduire les coûts individuels et collectifs lorsque cela est possible doit être le pain quotidien de chaque professionnel de santé. La santé a un coût. Les médecins et les patients doivent absolument y être éduqués. Pour l'avenir, le tiers payant généralisé devra être abordé de façon prudente afin de ne pas déresponsabiliser les usagers de la santé.

2. En médecine d'Urgence.

a) Dans la zone de proximité du Valenciennois.

Les Fédérations Médicales Inter-Hospitalières de structures d'Urgence qui ont vu le jour avant celle des Centres Hospitaliers de Denain et Valenciennes, connaissent un véritable succès.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes a un recrutement géographique important et se heurte à l'afflux de nombreux patients provenant de la zone géographique rattachée au Centre Hospitalier de Maubeuge.

A l'avenir, il pourrait être intéressant de s'interroger sur l'opportunité d'un nouveau projet de collaboration entre les Centres Hospitaliers de Valenciennes et de Maubeuge ou sur une modification de la convention actuelle entre Denain et Valenciennes afin d'y intégrer Maubeuge. Ainsi, une Fédération Départementale de Médecine d'Urgence pourrait peut-être voir le jour.

b) En France.

La France doit faire face à des difficultés d'engorgement de ses structures d'Urgence et l'organisation de l'offre de soins doit être repensée.

La proximité est l'argument majeur de choix spécifique d'un Centre Hospitalier pour recourir à ces structures.

La création de Fédérations Médicales Inter-Hospitalières de structures d'Urgence partageant leurs moyens humains et matériels semble être une carte majeure à jouer pour l'avenir de la médecine d'Urgences dans le Nord-Pas-De-Calais mais aussi dans tout le pays afin d'assurer qualité et égalité de l'accès aux soins, à l'ensemble du territoire sans exception.

PARTIE 3:

FÉDÉRATION MÉDICALE INTER HOSPITALIERE DES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE DE DENAIN ET VALENCIENNES

I. NAISSANCE DU PROJET DE COOPERATION ENTRE LES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE DE DENAIN ET DE VALENCIENNES.

A. Contexte.

Depuis, le 21 juillet 2009, la loi HPST promeut les coopérations hospitalières de territoire. Ainsi, les Centres Hospitaliers de Valenciennes et Denain collaborent sur plusieurs thématiques médicales et se sont engagés dans la communauté hospitalière de territoire du Valenciennois dont la convention constitutive a été signée le 06 juin 2011.

Depuis quelques années, l'activité de ces deux centres ne cesse de croître, les incitant à faire face à des problématiques d'organisation et de recrutement. Une première tentative de rapprochement des unités d'Urgences se solde, malgré une volonté commune des responsables médicaux des deux sites, par un échec.

En octobre 2012, s'ensuit une entrevue entre le directoire du Centre Hospitalier de Denain et le responsable de la structure des Urgences de Valenciennes mais un désaccord historique entre directions générales et présidents de commission médicale d'établissement persiste...

En 2014, devant l'ensemble des problèmes rencontrés, le Centre Hospitalier de Denain a demandé, via sa nouvelle direction, qu'une réflexion soit menée sur l'organisation d'un travail de réseau.

C'est ainsi qu'une Fédération Médicale Inter-Hospitalière **(24)** dénommée « FMIH des Urgences Valenciennes – Denain » a été mise en place entre les deux établissements en tenant compte de:

- L'article L6135-1 du Code de Santé Publique, section 4 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, relatif aux Fédérations Médicales Inter-Hospitalières;
- La réglementation relative aux statuts des personnels médicaux;
- La loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009;
- Le PRS – SROS
- Les avis des directions des deux centres hospitaliers.

B. Objectif principal de la collaboration.

L'objectif de cette collaboration est d'assurer qualité et égalité de l'accès aux soins pour l'ensemble de la population du territoire.

La Fédération Médicale Inter-Hospitalière **(24)** a pour but d'instaurer une coopération permettant le bon fonctionnement des structures d'Urgence de Valenciennes et de Denain et du SMUR de Valenciennes afin de :

- Préserver la polyvalence des médecins spécialistes de médecine d'Urgence, garant du maintien du niveau de compétence médicale.
- Contribuer à la permanence des soins.
- Offrir une qualité des soins optimale et une prise en charge coordonnée aux patients.
- Faciliter les recrutements médicaux et garantir souplesse et fluidité dans les organisations et la gestion des plannings.
- Clarifier et optimiser les filières de soins en aval.
- Harmoniser les équipements et les pratiques médicales (formations, protocoles...)
- Permettre une souplesse dans la gestion des plannings, adaptée à la maquette des 2 sites.

Toutefois, la fédération ne dispose pas d'entité juridique.

C. Date d'effet et durée.

La Fédération a pris effet le jour de la signature de la convention, le 22 Avril 2015 pour une durée indéterminée **(24)**. Elle peut être révisée à tout moment par accord des parties signataires et du conseil de la Fédération. Elle peut être dénoncée à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception et préavis de 6 mois.

D. Fonctionnement.

1. Modalités de coopération.

Les deux sites d'Urgences collaborent sur la base des maquettes de fonctionnement des deux services **(24)**.

L'adhésion à ces échanges d'un maximum de praticiens des deux sites est recherchée et fortement encouragée par les deux responsables de structures.

Un tableau de service médical est signé mensuellement par les responsables de structures. Le tableau est communiqué à chaque responsable avant le 10 du mois précédent afin de compléter les manques.

Les plannings prévisionnels sont communiqués aux DIREM des deux établissements avant le 20 du mois précédent; puis, les plannings réellement réalisés sont également communiqués aux deux DIREM dans un souci de suivi des temps médicaux. Les tableaux de garde sont établis par quadrimestre et transmis aux DIREM trois mois à l'avance.

Un rapport annuel est établi par le coordonnateur de la fédération dans le but d'évaluer le bon fonctionnement de la fédération et de dresser le bilan annuel d'activité.

2. Modalités d'intervention du personnel.

L'ensemble des médecins des deux services membres de la Fédération peuvent y participer avec tout de même une affectation médicale principale sur le site de leur établissement d'origine.

Les périodes de travail sur le site partenaire s'effectuent sur base du volontariat **(24)**. Les gardes de 24H sont priorisées pour les médecins du service d'accueil.

Concernant le recrutement des praticiens urgentistes, les deux établissements se sont engagés à se concerter préalablement, notamment au sujet de la rémunération dans le but d'éviter les disparités.

3. Modalités de rémunération du personnel.

Les médecins sont rémunérés par leur établissement employeur **(24)**.

Dans le cadre des périodes de travail réalisées dans la structure partenaire, l'établissement d'accueil rembourse à l'établissement d'origine les rémunérations des médecins au prorata temporis ainsi que les rémunérations compensatoires. Les frais de déplacement entre sites sont à la charge des praticiens.

Au regard de la réglementation du temps additionnel et de la charte du temps de travail établi au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes, une indemnité compensatoire est versée.

4. Gouvernance.

Le médecin coordonnateur assure coordination et pilotage de la FMH pour une période de 12 mois **(24)**. Il réunit le conseil de la Fédération et veille à l'application des décisions, il établit un rapport annuel d'activité et d'évaluation à l'attention du conseil de la Fédération. Des réunions sont organisées entre les équipes médicales de la Fédération au minimum une fois par semestre. Cette responsabilité est assurée à tour de rôle par les responsables des deux sites.

Le conseil de la fédération est composé par le médecin coordonnateur, le responsable de la structure d'Urgence partenaire, le président de la CME de chaque établissement membre de la Fédération (ou son représentant désigné).

Il est présidé par le médecin coordonnateur et se réunit au minimum une fois par an.

5. Responsabilités.

Le Centre Hospitalier d'accueil couvre le risque de dommages matériels survenant aux équipements en raison de leur utilisation par les équipes médicales pendant leur activité.

Il couvre aussi le risque de responsabilité civile et médicale des praticiens pendant leur intervention lorsque ceux-ci ne sont pas des praticiens propres de l'hôpital.

Le Centre Hospitalier d'origine couvre le risque d'accident de travail et les accidents de trajet lors de leur activité sur un autre site.

E. Directives de l'ARS.

L'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-De-Calais, représentée par le Dr Jean Yves Grall souhaite promouvoir une politique territoriale active de gestion prévisionnelle des compétences médicales en lien avec les projets médicaux et pédagogiques des territoires.

Son objectif est de favoriser le renouvellement générationnel (internat et post internat) sur l'ensemble des territoires en s'appuyant sur la mise en place d'équipes médicales communes permettant un bon fonctionnement des filières de soin dans le but d'offrir une offre en adéquation quantitative et qualitative avec les besoins territoriaux.

Dans un premier temps, seuls les établissements publics sont concernés. Un dialogue de gestion a été organisé entre l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-De-Calais et le groupe opérationnel afin de faire régulièrement le point sur les avancées et les actions mises en place.

II. NECESSITE DU PROJET DE COOPERATION ENTRE LES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE DE DENAIN ET DE VALENCIENNES.

A. Nécessité de collaboration pour le CH de Denain.

1. Volonté de garder au CH Denain une structure d'Urgence de proximité compétent.

Dans un premier temps, le projet de Fédération Inter Hospitalière a été établi dans le but de maintenir à Denain, une structure d'Urgence permettant qualité, sécurité et permanence des soins à la population du territoire qui fait face à d'importantes difficultés de démographie médicale.

2. Recours au plateau technique du CH Valenciennes.

Le plateau technique du CH Denain se compose de 5 unités:

- ❖ Echographie et Radiologie
- ❖ Scanner (1 scanner 64 barrettes)
- ❖ IRM (1 IRM)
- ❖ Mammographie (1 mammographe)
- ❖ Ostéodensitométrie (1 ostéodensitomètre)

La collaboration entre les deux sites permet au Centre Hospitalier de Denain de bénéficier de la richesse du plateau technique de celui de Valenciennes :

- ❖ En Médecine Nucléaire :
 - 2 Caméras à scintillation
 - 2 TEP Scan

- ❖ En Radiologie :
 - 2 IRM 1.5 Tesla (dont 1 dédiée aux Urgences)
 - 1 IRM 3 Tesla
 - 1 IRM dédiée aux extrémités
 - 3 Scanners de 64 barrettes (dont 1 dédié aux Urgences)
 - 4 Echographes
 - 1 Panoramique dentaire
 - 7 Salles de radiologie numérisées
 - 1 Salle de radiologie vasculaire
 - 1 Salle de radiologie interventionnelle
 - 1 Salle de coronarographie

- 1 Salle de rythmologie
- 1 Salle d'ostéo-densitométrie

- ❖ En Neurophysiologie clinique :
 - 3 Electroencéphalogrammes
 - 2 Electromyogrammes
 - 1 Potentiel Evoqué
 - 4 Lits de polysomnographie

- ❖ En Imagerie de la femme :
 - 1 Mammographe numérique avec tomosynthèse
 - 2 Echographes 2D et 3D pour l'imagerie du sein et la Gynécologie

- ❖ 47 postes d'hémodialyse

- ❖ Sites anesthésiques et bloc opératoire :
 - 16 Salles d'interventions chirurgicales
 - 23 Postes de réveil

3. Recours aux différentes spécialités du CH Valenciennes.

Le projet de collaboration entre les deux établissements permet au CH Denain d'accéder, en cas de besoin, aux différentes spécialités proposées par le CH Valenciennes. Le Centre Hospitalier de Valenciennes propose une offre de soins quasi-complète en dehors de la chirurgie cardiaque, de la chirurgie neuro-vasculaire et des soins aux grands brûlés.

L'ensemble des spécialités médicales exercées sur site se répartissent en 44 services regroupant :

- ❖ 834 Lits et 68 Places en MCO répartis en :
 - 564 Lits et 42 Places de médecine
 - 196 Lits et 26 Places de chirurgie
 - 74 Lits de gynécologie obstétrique

- ❖ 139 Lits et 116 Places de psychiatrie adultes et 40 Places de pédopsychiatrie
- ❖ 105 Lits de soins de suite et de réadaptation
- ❖ 90 Lits de soins de longue durée
- ❖ 330 Lits de maisons de retraite et 105 Lits de foyers logements

Sur le plan humain, le Centre Hospitalier de Valenciennes embauche:

- ❖ 330 Praticiens Hospitaliers et Praticiens Contractuels
- ❖ 57 Assistants
- ❖ 91 Internes
- ❖ 76 Etudiants hospitaliers
- ❖ 3 894 Agents non médicaux

4. Recours Humains.

La Fédération Inter-Hospitalière prévoit la possibilité pour les Urgences de Denain d'accueillir en renfort de leurs effectifs, des médecins des Urgences de Valenciennes au sein de leur service. Le partenariat entre les deux Centres Hospitaliers est basé sur la nécessité d'un rapprochement entre les différents acteurs médicaux sur la base du volontariat des praticiens hospitaliers et des assistants futurs multi-sites.

B. Nécessité de collaboration pour le CH de Valenciennes.

1. Le centre hospitalier de Valenciennes, service actuel de recours.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes a été choisi pour être l'hôpital de référence du territoire de santé du Hainaut en amont du Centre Hospitalier Régional de Lille (25). Il arrive en troisième position des plus grands hôpitaux de la nouvelle région Nord-Pas-De-Calais-Picardie, après le Centre Hospitalier Régional de Lille et

le Centre Hospitalier d'Amiens. Il fait également partie des 30 plus grands établissements de France **(26)**.

La structure d'Urgence de Valenciennes veut rester un service de proximité de qualité pour la population de l'arrondissement du Valenciennois et un service de recours de seconde intention pour les territoires disposant de leur propre établissement de santé de proximité.

2. Capacité d'accueil de la structure de médecine d'Urgence de Valenciennes.

Victime de son dynamisme et de son récent essor, le Centre Hospitalier de Valenciennes est confronté à un recrutement de patients de plus en plus large, hors des limites de son territoire de référence.

Avec un flux annuel de près de 60 000 patients, uniquement aux Urgences Adultes, le service fait face à un engorgement de plus en plus important et fréquent. Ainsi, le projet de Fédération Inter-Hospitalière constitue, pour Valenciennes, une aide précieuse à l'absorption de ce flux qui ne cesse de croître.

III. DEBOUCHEES DU PROJET DE COOPERATION ENTRE LES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE DE DENAIN ET DE VALENCIENNES.

A. Perspectives d'avenir pour le Centre Hospitalier de Denain.

1. Constitution de la nouvelle équipe médicale de la structure des Urgences(27).

- Un responsable de structure, Praticien Hospitalier en médecine polyvalente d'Urgence
- Sept Praticiens Hospitaliers, ETP
- Un Cadre Supérieur de Santé
- Un Cadre de Santé

2. Nouveau projet de service de la structure des Urgences de Denain.

Initialement, le fonctionnement de la structure des Urgences de Denain reposait sur 2 lignes de médecins seniors 24H/24. Un système de mutualisation était établi entre les Urgences et l'Unité d'hospitalisation de courte durée.

Les contrats regroupaient des praticiens hospitaliers titulaires, contractuels et attachés ainsi que des médecins vacataires.

Le projet de Fédération Médicale Inter Hospitalière a permis une réorganisation du fonctionnement interne avec la mise en place d'une ligne de médecin senior 24H/24

(soit 1 journée + 1 garde au service des Urgences), 1 ligne de médecin senior 14H/24 (soit 1 journée + ½ garde au service des Urgences), 1 ligne de médecin senior 8H/24 (soit 1 journée en Unité d' Hospitalisation de Courte Durée).

Dans une logique de continuité, se dessine la volonté de maintenir et stabiliser l'équipe actuelle en accompagnant les personnes souhaitant se présenter au concours national de praticien hospitalier.

Concernant la formation médicale continue des internes, ce projet de collaboration visait à retrouver l'agrément de stage validant pour le DESC de médecine d'Urgence pour 2016 avec la formation d'assistants multi-sites CHD/CHV. La participation des internes à l'activité du service a été renforcée avec mise en place de la présence en garde de deux internes par 24H encadrés par deux séniors en première partie de nuit puis d'un seul sénior à partir de minuit.

Ensuite, parmi les attentes du Centre Hospitalier de Denain, se distingue également celle de s'affirmer comme terrain de stage dans la formation pratique en échographie appliquée à l'Urgence en lien avec la faculté de médecine de Lille. Cette formation serait accessible à l'ensemble du personnel médical du service mais également à des candidatures externes.

De plus, un projet de développement d'une unité de soins continus à visée médico-chirurgicale basée sur une restructuration de la structure des Urgences et de l'UHCD devrait prochainement voir le jour, impliquant de nouvelles perspectives d'évolution pour le Centre Hospitalier. Cette nouvelle unité travaillerait en étroite collaboration, en amont et en aval du service de réanimation du Centre Hospitalier de Valenciennes.

Enfin, un des projets du service repose sur l'extension du projet de coopération CHV-CHD pour les infirmiers et aides-soignants. Il semble cependant important de mettre en avant la volonté de Denain de trouver un mode d'association respectant l'autonomie de leur site.

Dans un second temps, la Fédération a pour but de réorganiser la structure des Urgences de Denain en optimisant le circuit du patient au sein de la structure d'accueil. Plusieurs axes ont ainsi été repensés tels que:

- La restructuration des locaux de l'accueil (attente des brancards, bureau de l'infirmier d'accueil et d'orientation, accueil administratif 24H/24...)
- L'optimisation des locaux de soins, avec par exemple, la mise en place de l'attente des soins externes en dehors de la zone de soins dans le but de pouvoir circuler plus facilement.

3. Perspectives d'avenir pour le Centre Hospitalier de Denain.

Au travers du coup de main donné depuis Mai 2015 aux Urgences du Centre Hospitalier de Denain, il semble pouvoir émerger un concept plus ambitieux avec une perspective de « mutualisation d'équipes médicales et paramédicales spécialisées de l'Urgence » entre les deux sites.

B. Des rencontres communes.

La Fédération Médicale Inter Hospitalière des Urgences de Denain et de Valenciennes aboutit à des rencontres communes régulières entre les deux équipes médicales et les deux directions.

C. Perspectives d'avenir pour le CH de Valenciennes.

1. Vers une nomination comme Centre Hospitalier Régional.

Au cours des prochaines années, il se pourrait que le titre officieux de référent du bassin de vie du Hainaut pour le Centre Hospitalier de Valenciennes soit converti en Centre Hospitalier Régional après le CHRU de Lille. A la clef, un possible renforcement des moyens financiers alloués au Centre Hospitalier de Valenciennes, permettant de meilleures conditions de prise en charge des patients.

2. Vers d'autres coopérations locales avec le CH de Denain.

a) Le plan PAERPA.

Le plan PAERPA **(28)** est une expérimentation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée de 75 ans et plus. Actuellement en cours d'expérimentation au Centre Hospitalier de Valenciennes après signature de la convention avec l'ARS en Décembre 2014 **(29)**.



Image 26. Schéma du Territoire PAERPA. (29)

Les objectifs visés par ce projet pour le CH de Valenciennes sont :

- L'amélioration de la prise en charge hospitalière de la personne âgée.
- L'amélioration de la transition entre le domicile, l'hôpital, l'EHPAD.
- Le dépistage de la fragilité et l'évaluation graduée de la personne âgée de plus de 75 ans.
- Le déploiement du système d'information.
- La mise à disposition des compétences gériatriques sur le territoire.

Pour cela, il a été mis en place une commission de coordination gériatrique ainsi qu'un renforcement de l'antenne gériatrique et de l'équipe mobile d'information et d'orientation gériatrique aux Urgences et en préopératoire.

En l'absence d'EMIOG, la possibilité d'alerte par mail est désormais possible afin d'organiser la réévaluation et le suivi du patient sorti à domicile et nécessitant une prise en charge gériatrique.

b) Le laboratoire.

En Décembre 2015, un laboratoire d'analyses de biologie médicale a vu le jour au Centre Hospitalier de Denain (30). Il a pour mission de traiter en priorité les

demandes d'examens de la structure d'Urgence et les bilans sanguins en cas d'urgence vitale. L'ensemble des examens biologiques non-urgents ou nécessitant une analyse plus spécifique sont envoyés au laboratoire du Centre Hospitalier de Valenciennes pour y être traités.

Le laboratoire de Denain fonctionne 24H /24 et 7 jours /7 grâce à la présence permanente d'un technicien sur place. Les prélèvements sont récupérés et envoyés à Valenciennes une dizaine de fois par jour. Du lundi au samedi matin, un biologiste est présent sur place. Du samedi après-midi au dimanche, un système d'astreinte a été mis en place afin qu'un biologiste du Centre Hospitalier de Valenciennes puisse intervenir en cas d'urgence.

3. Vers d'autres coopérations avec le territoire de santé: La communauté hospitalière de territoire du Valenciennois.

a) La convention constitutive.

La convention constitutive de la Communauté Hospitalière de Territoire du Valenciennois a été signée le 6 Juin 2011 **(31)**. Il s'agit d'une collaboration d'une durée de cinq années, renouvelable, entre les Centres Hospitaliers de Valenciennes, Denain, Saint-Amand-Les-Eaux et Le Quesnoy. L'établissement siège de la communauté est le Centre Hospitalier de Valenciennes.

b) Les objectifs de la communauté.

L'objectif premier de la communauté est la lisibilité et le maillage de l'offre de soins de proximité sur le territoire du Valenciennois afin d'améliorer le flux de patients.

La collaboration porte sur les spécialités que les établissements ont en commun (Cardiologie, Pneumologie, Neurologie, Gériatrie, Médecine polyvalente et Traumatologie).

L'offre de soins de proximité est renforcée par la possibilité pour un établissement de demander une « consultation avancée » d'un spécialiste d'un autre établissement en cas de justification d'un réel besoin pour sa population. Notons,

depuis le 1^{er} Juin 2015, la mise en place de consultations avancées de Néphrologie/Médecine Interne, un vendredi par mois, au Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux **(32)** par un praticien du Centre Hospitalier de Valenciennes.

La filière gériatrique est organisée par un groupement de coopération sanitaire entre les 4 établissements de la communauté, le groupe ANHAC de la Clinique Teissier à Valenciennes, l'HAD du Hainaut, la Clinique Saint Roch à Denain, et les Unités Locales de Soins de Fresnes-sur-L'Escaut et d'Escaudain.

La filière addictologie vise à mettre en commun le savoir-faire de chaque établissement en respectant l'autonomie des quatre structures.

Concernant la prise en charge en réanimation, une convention a été signée le 10 Juillet 2015 entre les Centres Hospitaliers de Saint-Amand-Les-Eaux et de Valenciennes. Le but est d'optimiser le flux de patients des différents services du Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux nécessitant une hospitalisation en service de réanimation vers le Centre Hospitalier de Valenciennes. Le transfert est organisé par accord téléphonique entre le médecin en charge du patient sur place et le responsable du service de réanimation de Valenciennes.

Le second objectif vise la structuration et la coordination de la prise en charge en cancérologie sur le bassin du Valenciennois. Une convention de coopération a été signée entre les Centres Hospitaliers de Denain et Valenciennes pour permettre aux chirurgiens gynécologiques de Denain de poursuivre leur activité de chirurgie carcinologique gynécologique ou sénologique au centre hospitalier de Valenciennes.

Enfin, le dernier objectif de la communauté est marqué par la recherche d'économie et de mutualisation en matière de logistique (groupement d'achats, stérilisation commune...)

c) Les recours futurs.

Possible, le même principe «d'équipes spécialisées mutualisées» entre différents Centres Hospitaliers pourrait voir le jour dans d'autres domaines tels que la radiologie, la cardiologie...

CONCLUSION

Le Nord-Pas-De-Calais fait partie des régions les plus peuplées d'Europe. Sa population vieillissante est en constante augmentation. Le département du Nord et la zone de proximité du Valenciennois font face à de nombreuses difficultés. Avec un taux de mortalité nettement supérieur à la moyenne nationale, le Nord enregistre de tristes records en matière de pathologies cardiovasculaires, d'addictions, de souffrance psychologique et de suicides. Fortement touché par l'absence de diplômés et le chômage, le Valenciennois souffre de conditions socio-professionnelles et d'un état de précarité encore plus alarmants que le reste du département.

Les nordistes, et particulièrement la population de l'agglomération Lilloise et du Hainaut sont les premiers consommateurs de France en matière de consultations médicales, de visites à domicile et de recours aux structures de médecine d'Urgence avec des taux nettement supérieurs aux moyennes nationales.

En parallèle de ce récent constat, l'offre de soins s'amenuise progressivement sur l'ensemble du territoire. La densité médicale, inférieure à l'échelle nationale subit une baisse continue et progressive. Le déficit en médecins généralistes et spécialistes est à l'origine d'une importante désertification médicale et de la création de nombreuses disparités locales en matière d'accès aux soins ambulatoires et aux structures d'Urgence. Quelques villes du Nord se retrouvent complètement isolées et se situent à plus de 30 minutes d'une structure d'Urgence. Ce phénomène est engendré par le vieillissement et les nombreux départs à la retraite des praticiens, l'accentuation des flux migratoires vers le Sud de la France, les restrictions passées du Numérus Clausus des études médicales, la féminisation de la profession et le changement des pratiques professionnelles chez les jeunes médecins.

Dans ce contexte local défavorisé, nous avons mené une étude observationnelle descriptive visant à préciser les conditions de recours de la population de la zone de proximité du Valenciennois aux Urgences à partir d'un échantillon représentatif de celle-ci. Il a été établi que deux tiers des patients de cette zone prennent seuls la décision de recourir aux Urgences sans avis préalable de leur médecin généraliste.

Le premier motif de choix spécifique d'un Centre Hospitalier est le positionnement géographique de celui-ci par rapport au domicile du patient. Il semble d'ailleurs que la population locale soit plus attachée que le reste de la France à cet argument de proximité, témoin probable de la rudesse du climat socio-économique du Valenciennois. Le Centre Hospitalier de Valenciennes possède cependant un recrutement plus important que celui de Denain.

Au sein d'une même zone de proximité, le choix spécifique d'un établissement repose en second lieu sur les expériences antérieures d'hospitalisation personnelle ou d'un membre de l'entourage puis, sur la qualité du plateau technique et des spécialités médico-chirurgicales proposées par l'hôpital.

Ensuite, le principal motif de recours aux Urgences de la zone de proximité du Valenciennois est l'auto-subjectivité du patient et le sentiment de gravité. La seconde raison est l'impression d'avoir besoin d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé. Viennent ensuite les problèmes liés à l'accès aux soins (indisponibilité du médecin traitant, méconnaissance du parcours de soins et du système de permanence des soins) puis, le sentiment objectif de gravité perçu par un professionnel de santé et enfin l'absence d'amélioration après plusieurs consultations en ambulatoire.

Comparativement à la population Française, les habitants de la zone de proximité étudiée sont plus anxieux, moins informés et moins éduqués sur leur santé et le coût de celle-ci, les conséquences des comportements abusifs, les parcours et systèmes de permanence des soins. Cependant, ils sont moins demandeurs d'examens complémentaires et d'avis spécialisés et recherchent dans le milieu hospitalier un apaisement de leurs inquiétudes.

De plus, nos analyses ont permis de mettre en évidence des liens possibles entre le recours immédiat des patients aux Urgences, le type de couverture sociale, la catégorie professionnelle, le niveau scolaire, la nationalité, l'âge et le sexe.

Il en ressort que les patients bénéficiaires de la CMU, les minorités étrangères et les personnes sans emplois ont un recours plus immédiat que les autres aux Urgences.

Les individus plus âgés et retraités apparaissent moins consommateurs et plus réfléchis dans leurs recours aux structures d'Urgence. Le sexe masculin et un haut niveau scolaire sont également en faveur d'un recours plus immédiat.

Par ailleurs, notre étude a mis en avant la méconnaissance incontestable de l'existence d'une maison médicale de garde à Valenciennes et une méfiance palpable des usagers face à de telles structures.

Les principales raisons du refus de consultation dans les maisons médicales sont l'avance de frais, le besoin d'être rassuré en milieu hospitalier, le besoin d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés puis le sentiment de gravité qui n'arrive qu'en dernière position. Des liens possibles ont été montrés entre le refus de consultation, les moyens financiers et l'âge.

Globalement, plus les revenus et l'âge diminuent, plus l'enquête se heurte au refus de consulter dans une maison médicale plutôt qu'aux Urgences.

C'est dans ce climat que des Fédérations Médicales Inter-Hospitalières de structures de médecine d'Urgence fleurissent depuis quelques années en France.

En 2015, les Centre Hospitaliers de Denain et Valenciennes se sont lancés dans l'aventure en partageant leurs moyens humains et matériels. Ce projet était nécessaire devant la volonté des deux centres hospitaliers de rester des structures d'Urgence de proximité compétentes pour leurs populations réciproques. Pour Valenciennes, cette Fédération est également un moyen d'absorber le flux grandissant de patients et de rester une structure d'Urgence de recours secondaire pour les zones disposant de leur propre établissement de proximité.

L'ensemble de ce travail vise pour l'avenir la médecine générale, à rappeler l'importance du rôle du médecin traitant au cœur du parcours coordonné de soins des patients. Il souligne la nécessité pour les médecins généralistes de prendre le temps d'informer les usagers afin de réduire leur méconnaissance sur la permanence des soins. Il évoque l'intérêt de les éduquer sur la santé, les coûts de la santé et les conséquences des comportements abusifs de surconsommation de soins et de recours immédiats aux Urgences afin de les responsabiliser.

En ce qui concerne la Fédération Médicale Inter-Hospitalière des Centres Hospitaliers de Denain et Valenciennes, cette association n'est que le

commencement d'un long processus de redynamisation. D'autres coopérations locales et territoriales sont à venir. Par la suite, un projet similaire incluant le Centre Hospitalier de Maubeuge pourrait être discuté dans le but de permettre à une Fédération Départementale de Médecine d'Urgence de voir le jour.

Enfin, fort de sa réputation fleurissante et de son dynamisme nouveau, le Centre Hospitalier de Valenciennes pourrait prétendre, à terme, à une nomination au titre de Centre Hospitalier Régional.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre hospitalier de Valenciennes. (Page consultée le 16 Avril 2015). Historique du centre hospitalier de Valenciennes, (En ligne).
<https://www.ch-valenciennes.fr>
2. ARS. (Page consultée le 7 Juillet 2015). Projet régional de santé du Nord-Pas-De-Calais. Les territoires de santé en 2010, (En ligne).
<http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr>
3. ARS. (Page consultée le 12 Janvier 2016). Atlas régional et territorial de santé 2015 du Nord-Pas-De-Calais, (En ligne).
<http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr>
4. INSEE. (Page consultée le 7 Octobre 2015). Chiffres clés de l'évolution de la structure de la population de Valenciennes et de Denain en 2012, (En ligne).
<http://www.insee.fr>
5. Centre hospitalier de Denain. (Page consultée le 16 Août 2015). Historique du centre hospitalier de Denain, (En ligne).
<http://www.ch-denain.fr>
6. Aubert V. Déficit : L'hôpital de Denain sur la voie de la guérison. La voix du Nord, (En ligne). Mercredi 10 Juin 2015. (Article consulté le 5 Novembre 2015). Disponibilité sur internet : <http://www.ch-denain.fr/fichs/16346.pdf>
7. INSEE. (Page consultée le 22 Octobre 2015). Présentation de la région Nord-Pas-De-Calais en 2014, (En ligne).
<http://www.insee.fr>
8. ARS. (Page consultée le 10 Octobre 2015). Elaboration du SROS, état des lieux, bilan du SROS III, (En ligne).
<http://ars.nordpasdecalais.sante.fr>
9. Rimbault. Les Urgences : Victimes de leur succès ? Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé Nord-Pas-De-Calais, (En ligne). 2014. N°39. (Article consulté le 3 Novembre 2015). Disponibilité sur internet : http://orsnpdc.gapi.fr/50-51/301886_15051-39-.pdf

10. CNOM. (Page consultée le 12 Octobre 2015). La démographie médicale en Nord-Pas-De-Calais. Situation en 2015, (En ligne).
<https://www.conseil-national.medecin.fr>
11. CNOM. (Page consultée le 12 Janvier 2016). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2015, (En ligne).
<https://www.conseil-national.medecin.fr>
12. WELLCOM. (Page consultée le 17 Novembre 2015). 2ème baromètre Appel Médical Search des offres d'emploi médicales. Pénurie de médecins, (En ligne).
<http://wellcom.fr/presse/randstad/2013/09/2eme-barometre-appel-medical>
13. HOSPIMEDIA. (Page consultée le 20 Février 2016). La progression de l'hospitalisation à domicile décevante pour la Cour des comptes, (En ligne).
<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160121-had-la-progression-de-l-hospitalisation-a-domicile>
14. HOSPIMEDIA. (Page consultée le 14 Mars 2016). L'assurance maladie prône la définition de critères précis pour l'orientation vers l'HAD, (En ligne).
<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160310-had-l-assurance-maladie-prone-la-definition-de>
15. FEDORU. (Page consultée le 22 Février 2016). Panorama des ORU, activités des structures d'Urgence, Novembre 2015, (En ligne).
http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2015/12/PANORAMA_FEDORU_WEB.pdf
16. INSEE. (Page consultée le 27 Mars 2016). Chiffres clés de l'arrondissement de Valenciennes en 2012, (En ligne).
<http://www.insee.fr>
17. Qu'est-ce qu'une urgence Médicale ? DroitMedical.com, Evolution, (En ligne). Septembre 2008. (Article consulté le 07 Avril 2016).
Disponibilité sur Internet :
<http://droit-medical.com>
18. Motifs et trajectoires de recours aux Urgences. DREES, études et résultats, (En ligne). Janvier 2003. N° 215. (Article consulté le 2 Mars 2016).
Disponibilité sur internet : <http://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>
19. Centre Hospitalier de Mauriac. (Page consultée le 26 Mars 2016). Présentation de la structure des Urgences, (En ligne).
<http://www.ch-mauriac.fr>
20. Centre Hospitalier de Saint Céré. (Page consultée le 26 Mars 2016). Les services. Les Urgences, (En Ligne).
<http://www.ch-stcere.fr>

21. Centre Hospitalier de Valréas. (Page consultée le 26 Mars 2016). Les Urgences, (En ligne).
<http://www.ch-valreas.fr>
22. Les hôpitaux d'Armentières et Hazebrouk officialisent une fédération des Urgences de Flandre intérieure. La voix du Nord, (En ligne). Lundi 16 Décembre 2013. (Article consulté le 18 Avril 2016). Disponibilité sur internet :
<http://www.lavoixdunord.fr/region/les-hopitaux-d-armentieres-et-hazebrouk-officialisent-ia11b49726n1781851>
23. Info Santé PACA. (Page consultée le 26 Mars 2016). Nouvelle fédération médicale inter-hospitalière des Urgences du Sud Vaucluse, (En ligne).
<http://info-santepaca.fr/?q=actualites/nouvelle-f-d-ration-m-dicale-inter-hospitali-re-urgences-sud-vaucluse>
24. Jahan P, Lagardere E, Cuingnet P, Degroisse M, Coche R, Maisonneuve A, Reynaert JC. Fédération Médicale Inter Hospitalière des Urgences de Valenciennes et Denain [convention].2015.
25. HAS. (Page consultée le 29 Février 2016). Compte-rendu de l'accréditation du Centre Hospitalier de Valenciennes. (En ligne).
<http://www.has-sante.fr>
26. Centre hospitalier de Valenciennes (Page consultée le 29 Février 2016). Accueil, (En ligne).
<https://www.ch-valenciennes.fr>
27. Centre hospitalier de Denain (Page consultée le 19 Février 2016). Hospitalisation et soins, (En ligne).
<http://www.ch-denain.fr>
28. ARS. (Page consultée le 29 Février 2016). Projet PAERPA, diagnostic territorial, Mai 2014, (En ligne).
<http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr>
29. Hecquet F. L'expérimentation PAERPA au Centre Hospitalier. Cérémonie des vœux de la direction du CH de Valenciennes. [PowerPoint]. Janvier 2016.
30. Mini labo d'analyse CH Denain. Horizons, le mensuel des habitants de la porte du Hainaut, (En ligne). Février 2016. N°11. (Article consulté le 04 Mars 2016).Disponibilité sur internet : www.agglo-porteduhainaut.fr
31. ARS. (Page consultée le 04 Mars 2016). Convention constitutive de la Communauté Hospitalière du Territoire du Valenciennois. 17 Janvier 2011, (En ligne). <http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr>

- 32.** Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux. Collaboration inter établissements. Une nouvelle consultation à l'hôpital. (Page consultée le 04 Mars 2016). Communiqué de presse du 24 Juin 2015, (En ligne). <http://www.ch-saint-amand-les-eaux.fr/CP%20Consultations%20.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Panorama de la FEDORU. Activités des structures de médecine d'Urgence en 2014.

		© FEDORU													
		TOTAL INTER-REGION	ALSACE	AQUITAINE	BOURGOGNE	BRETAGNE	CHAMPAGNE-ARDENNE	FRANCHE-COMTE	LANGUEDOC-ROUSSILLON	LIMOUSIN	LORRAINE	MIDI-PYRENEES	NORD-PAS-DE-CALAIS	PACA	RHONE-ALPES
Nombre de passages recensés en 2014 (source RPU ou SRVA ou SAE pour les régions non exhaustives pour les RPU)		10 722 324	521 129	866 084	546 527	831 064	388 791	293 015	863 078	203 120	602 113	762 237	1 224 850	1 647 931	1 972 385
Nombre de RPU transmis en 2014		8 473 686	416 733	653 622	460 114	412 506	379 171	293 015	719 385	203 120	602 113	757 882	496 000	1 477 138	1 602 887
Nombre de passages aux urgences déclarés dans la SAE		10 763 531	521 129	858 137	546 527	835 891	386 802	290 055	837 977	206 522	623 824	755 991	1 224 850	1 703 441	1 972 385
Nombre de passages pour 10 000 habitants		2 905	2 789	2 597	3 336	2 539	2 905	2 485	3 130	2 760	2 566	2 569	3 018	3 319	3 068
Nombre de SU autorisés en activité en 2014 (sites géographiques)		403	18	36	25	30	16	11	29	10	23	37	43	56	69
Nombre de SU pour 10 000 habitants		0,11	0,10	0,11	0,15	0,09	0,12	0,09	0,11	0,14	0,10	0,12	0,11	0,11	0,11
Pourcentage de SU qui remontent des RPU		90,8%	94,4%	86,1%	88,0%	46,7%	100,0%	100,0%	89,7%	100,0%	100,0%	100,0%	93,0%	96,4%	94,2%

RECUEIL DES DONNÉES*														
Nbre de passages en 2014	10 722 324	521 129	866 084	546 527	831 064	388 791	293 015	863 078	203 120	602 113	762 237	1 224 850	1 647 931	1 972 385
Moyenne quotidienne	29 376	1 428	2 373	1 497	2 277	1 065	803	2 365	556	1 650	2 088	3 356	4 515	5 404
Évolution 2013 / 2014 (RPU ou SRVA ou SAE à établissements constants)	+4,4% ⁽¹⁾	Non précisé	+4,0%	+5,2%	+4,6%	+3,1%	Non précisé	+6,6%	+3,4%	+5,7%	+4,0%	+5,2%	+2,7%	+4,1%
Taux de passages	29,0%	27,9%	26,0%	33,4%	25,4%	29,1%	24,9%	31,3%	27,6%	25,7%	25,7%	30,2%	33,2%	30,6%
Nbre de RPU transmis	8 473 686	416 733	653 622	460 114	412 506	379 171	293 015	719 385	203 120	602 113	757 882	496 000	1 477 138	1 602 887
Exhaustivité du recueil	79,0% ⁽²⁾	80,0%	75,5%	84,2%	49,6%	97,5%	Non précisé	83,4%	100,0%	100,0%	99,4%	40,5%	89,6%	81,3%
PATIENTS														
Sex-ratio	1,09 ⁽³⁾	1,09	1,09	1,08	1,12	1,09	1,11	1,07	1,09	1,11	1,10	1,07	1,07	1,11
Âge moyen (en années)	39,1 ⁽³⁾	38,0	40,1	43,9	38,5	38,8	40,6	39,0	42,5	38,5	40,5	35,4	37,9	38,9
Moins de 1 an	2,7%	3,7%	2,9%	0,9%	3,6%	2,6%	2,1%	2,8%	2,3%	3,2%	2,4%	4,0%	3,7%	1,4%
Moins de 15 ans	22,0%	24,8%	21,5%	14,9%	25,5%	21,6%	21,8%	21,6%	20,7%	23,9%	20,4%	25,6%	23,9%	20,4%
75 ans et plus	14,3%	13,7%	15,7%	17,7%	15,3%	14,2%	15,9%	13,5%	18,7%	14,7%	16,0%	11,7%	13,3%	13,0%
Taux de recours régional		21,3%	Non précisé	25,3%	Non précisé	26,4%	22,9%	23,6%	23,9%	24,5%	23,4%	Non précisé	31,0%	23,3%
Patients ne venant pas de la région		4,4%	8,3%	9,9%	5,6%	6,4%	6,9%	9,2%	13,2%	4,5%	6,0%	3,4%	6,8%	6,1%
ARRIVÉE														
Passages la nuit	26,5% ⁽³⁾	22,2%	30,3%	23,9%	27,0%	25,9%	26,4%	27,2%	24,0%	28,1%	27,5%	27,7%	27,8%	25,0%
Horaire de PDS		45,2%	50,8%	44,1%	Non précisé	46,8%	47,8%	46,6%	44,2%	47,9%	49,7%	46,7%	49,9%	42,5%
Moyen personnel	73,1%	72,2%	71,1%	74,4%	68,0%	74,7%	75,7%	77,7%	68,1%	69,7%	75,2%	59,1%	75,0%	76,2%
SMUR (hors transport hélicoptère)	1,2%	0,9%	0,8%	1,3%	0,8%	1,5%	1,5%	1,7%	1,4%	1,5%	1,0%	1,5%	1,3%	0,9%
VSAV	10,9%	10,4%	2,6%	10,1%	12,7%	9,6%	7,4%	8,2%	10,9%	13,8%	9,7%	11,1%	14,6%	11,5%
Ambulance privée	12,1%	15,9%	14,3%	13,4%	17,8%	13,2%	13,2%	9,0%	17,0%	13,8%	13,5%	12,1%	8,5%	10,2%
CCMU 1	15,7%	15,2%	19,9%	20,8%	14,9%	14,9%	11,4%	13,5%	14,7%	9,6%	16,3%	13,6%	14,5%	19,4%
CCMU 4 et 5	1,8%	1,3%	2,9%	1,2%	1,1%	0,9%	1,9%	1,2%	1,4%	1,1%	1,7%	0,9%	4,2%	0,9%

Sources de données = RPU / SRVA ou SAE pour les régions non exhaustives sur les RPU

Annexe 2 : Questionnaire.

Questionnaire :
Motif de consultation aux Urgences
CH Denain /CH Valenciennes

Aide à l'élaboration d'un projet de Thèse sur la collaboration entre 2 structures
de médecine d'Urgence distantes de moins de 15 Kms

ENTOUREZ LA BONNE REPONSE
OU RAYEZ LES MENTIONS INUTILES

1/ Dans quelle structure d'Urgence ce questionnaire vous a-t-il été remis?
Denain ou Valenciennes ?

DENAIN VALENCIENNES

2/ Quel type de patient êtes-vous ?

- De quel sexe êtes-vous ?

HOMME FEMME

- Quel âge avez-vous ?

< 25ans 25 – 50 ans 50-75ans > 75ans

- De quelle nationalité êtes-vous ?

FRANCAISE AUTRE : laquelle ?.....

- Dans quelle ville vivez-vous ?

- Quel est votre niveau d'étude ?

Aucun diplôme Brevet des collèges Bac Etudes Supérieures

Autre :

.....

- Quelle est votre profession ?

.....

- Possédez-vous une protection sociale ?

-Sécurité sociale ?	OUI	NON	
-Mutuelle ?	OUI	NON	
- CMU ?	OUI	NON	
- Autre ?	OUI	NON	Laquelle?

2/ Pourquoi avez-vous consulté aux Urgences ?

- Vous avez consulté spontanément devant la sensation de gravité de votre état clinique ?

OUI NON

- Vous avez appelé le SAMU ou les pompiers et ils ont pris la décision de vous transférer aux Urgences ?

OUI NON

- Vous avez été adressé(e) directement par votre médecin traitant ?

OUI NON

- Vous n'avez pas de médecin traitant et vous aviez besoin d'une consultation ?

OUI NON

- Votre médecin traitant n'était pas disponible et ne pouvait pas vous recevoir ?

OUI NON

- Votre médecin traitant n'était pas disponible et vous ne connaissiez pas son remplaçant ?

OUI NON

- Vous aviez besoin d'un avis spécialisé et les délais en extra hospitaliers étaient trop longs ?

OUI NON

- Vous aviez besoin de réaliser des examens complémentaires (biologie, imagerie...) et les délais en extra hospitaliers étaient trop longs ?

OUI NON

- Vous aviez déjà consulté plusieurs fois votre médecin traitant (et / ou spécialistes) mais vous ne constatiez aucune amélioration clinique malgré les traitements mis en place ?

OUI NON

3/ Pourquoi avoir choisi précisément CE centre hospitalier pour consulter en urgence ?

- Vous n'avez pas choisi. Un tiers a pris la décision pour vous.

NON OUI
J'ai choisi seul(e) Quelqu'un a choisi pour moi

Si oui, De qui s'agit-il ?.....

- Vous avez choisi ce centre hospitalier pour des raisons de proximité ?

OUI NON

- Vous avez choisi ce centre hospitalier car vous y êtes déjà venu(e) en consultation ou en hospitalisation ?

OUI NON

- Vous avez choisi ce centre hospitalier car vous avez des proches qui y ont été hospitalisés et que cet établissement semble avoir une bonne réputation ?

OUI NON

- Vous avez choisi ce centre hospitalier par défaut car vous refusez d'être hospitalisé(e) dans un autre centre qui vous a été proposé?

OUI NON

Si oui, dans quel centre refusez-vous d'être hospitalisé(e) ?
.....

- Vous avez choisi ce centre hospitalier par défaut car vous n'aviez jamais été hospitalisé(e) auparavant et qu'il fallait faire un choix ?

OUI NON

- Vous avez choisi ce centre hospitalier car vous pensiez avoir besoin de recourir à une spécialité médicale ou chirurgicale qui n'est proposé que dans cet hôpital ?

OUI NON

Si oui, laquelle ?

- Vous avez choisi ce centre hospitalier car vous pensiez avoir besoin de recourir aux services du plateau technique de celui-ci ?

OUI NON

Si oui, de quel examen s'agissait-il ?

- Vous avez choisi ce centre hospitalier pour une autre raison que notre questionnaire ne soulève pas.

OUI NON

Si oui, laquelle ?

4/ Patients du Centre hospitalier de DENAIN uniquement

- Si une maison médicale avait été ouverte à proximité du centre hospitalier de Denain, y seriez- vous allé?

OUI NON

- Si oui, y seriez-vous allé même s'il fallait avancer les frais ?

OUI NON

- Si non, pour quelles raisons n'y seriez-vous pas allé ?

- Car il faut avancer les frais ?

OUI NON

- Car mon état clinique me paraissait trop grave ?

OUI NON

- Car je pensais avoir besoin de l'avis d'un spécialiste ?

OUI NON

- Car je pensais avoir besoin de réaliser des examens complémentaires ?

OUI NON

- Car cela me rassure plus de consulter au centre hospitalier ?

OUI NON

- Pour une autre raison ?

5/ Patients du Centre hospitalier de VALENCIENNES uniquement

- Savez-vous qu'il existe une maison médicale à proximité du centre hospitalier ?

OUI NON

- Si la maison médicale avait été ouverte, y seriez- vous allé ?

OUI NON

- Si oui, y seriez-vous allé même s'il fallait avancer les frais ?

OUI NON

- Si non, pour quelles raisons n'y seriez-vous pas allé ?

- Car il faut avancer les frais ?

OUI NON

- Car mon état clinique me paraissait trop grave ?

OUI NON

- Car j'avais besoin de l'avis d'un spécialiste ?

OUI NON

- Car j'avais besoin de réaliser des examens complémentaires ?

OUI NON

- Car je suis plus rassuré(e) de consulter au centre hospitalier ?

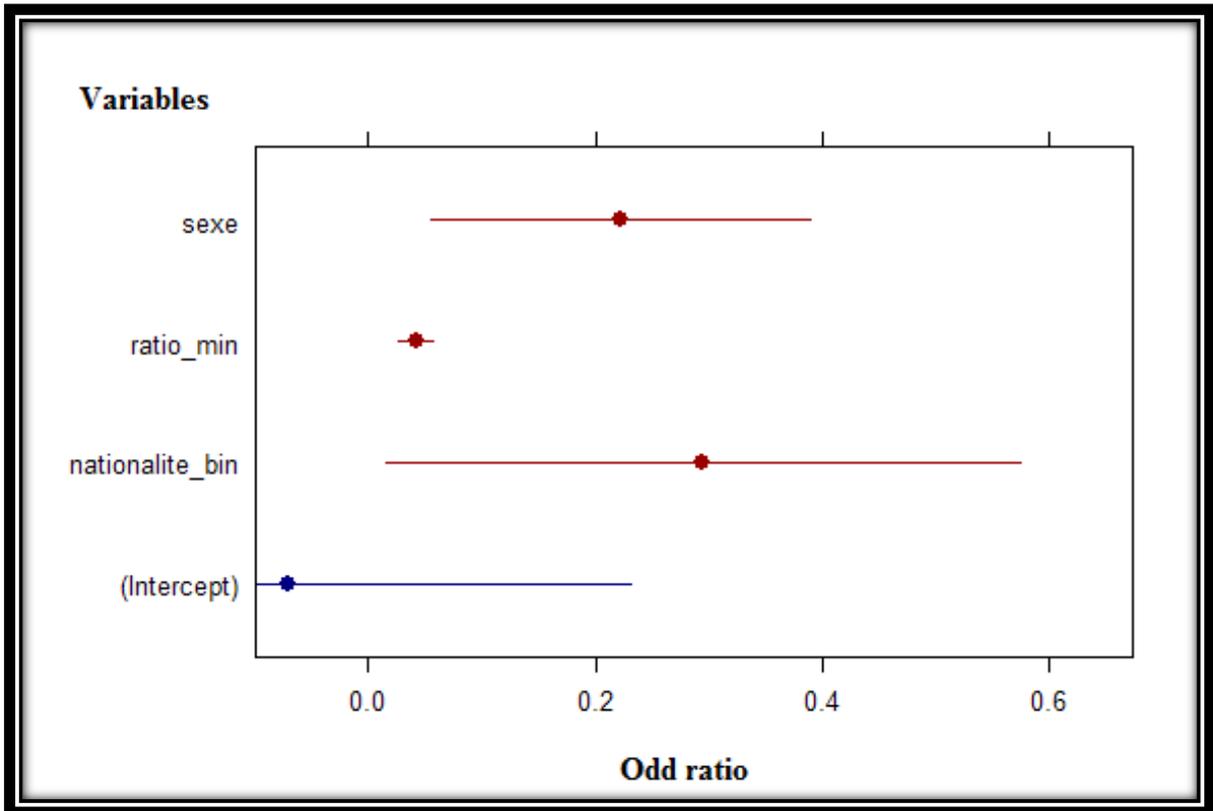
OUI NON

- Pour une autre raison ? Pour une autre raison ?

Nous vous remercions d'avoir participé à notre étude.

Annexe 3 :
Résultats du modèle de régression logistique analysant les variables expliquant le choix spécifique d'un Centre Hospitalier.

Deviance Residuals				
Min	1Q	Median	3Q	Max
- 0.5181	- 0.2758	0.2306	0.4778	0.7734
Coefficients				
	Estimate	Std. Error	t value	Pr (> t)
(Intercept)	-0.070413	0.1536446	-0.458	0.6477
sexe	0.222464	0.085184	2.612	0.0104*
nationalité	0.294701	0.142359	2.070	0.0409*
Ratio en min	0.041944	0.007662	5.474	3.11 ^e -07***
Signif. Codes : 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1				
Dispersion parameter for gaussian family taken to be 0.1856676				
Null deviance: 26.224 on 106 degrees of freedom				
Residual deviance: 19.124 on 103 degrees of freedom				
AIC: 129.41				
Number of Fisher Scoring iterations: 2				



Modèle de régression logistique du choix spécifique d'un Centre Hospitalier selon les variables ayant montré une association significative.

AUTEUR : Nom : DUBRUILLE

Prénom : Déborah

Date de Soutenance : Mardi 21 Juin 2016 à 14 Heures

Titre de la Thèse :

Conditions de recours aux Urgences de Denain et Valenciennes dans le cadre d'un projet de Fédération Médicale Inter Hospitalière de deux structures d'Urgence distantes de moins de 15 Kms. A partir d'une étude observationnelle descriptive de 107 cas.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Urgences, Fédération Médicale, Recours

Contexte : La Fédération Médicale Inter-Hospitalière des Urgences de Valenciennes et de Denain a été créée pour faire face à l'engorgement progressif des structures d'Urgence de proximité.

Objectifs : Connaître les variables expliquant le recours des patients d'une même zone de proximité à un Centre Hospitalier spécifique. Décrire les caractéristiques de la population consultant aux Urgences de Valenciennes-Denain et leurs motifs de consultation. Connaître les variables expliquant le recours immédiat des patients aux Urgences et le refus de consulter dans les maisons médicales de garde.

Méthodes : Une étude observationnelle descriptive transversale a été menée sur 24H en parallèle sur les deux sites d'Urgences du 19 au 20 Novembre 2015. La population ciblée était celle des usagers des structures d'Urgence de la zone de proximité du Valenciennois âgés de plus de 16 ans. Un questionnaire a été remis aux patients après recueil de leurs consentements. Un entretien téléphonique a ensuite été réalisé durant les semaines suivantes pour compléter les données manquantes. 149 questionnaires ont été distribués. 107 dossiers exploitables ont été collectés après exclusion des refus de participation, des patients alcoolisés ou présentant des difficultés cognitives entravant leur réponse. Le taux de réponse était de 72%. Des analyses uni, bi et multivariées ont été réalisées à l'aide du Théorème central limite, de la loi Binomiale, des tests de Fisher et d'Anova ainsi qu'un modèle de régression logistique.

Résultats : L'argument de proximité est à 81.31% IC[72.62% ; 88.19%] le premier motif de choix spécifique d'un Centre Hospitalier. La sensation de gravité est à 61.68% IC[51.72% ; 70.92%] la première raison de recours immédiat aux Urgences. Le refus de consultation dans les Maisons Médicales est à 53.27% IC[43.38% ; 62.98%] lié à l'avance de frais. Un lien semble exister entre le recours immédiat des patients aux Urgences et la couverture sociale, la profession, le niveau scolaire, la nationalité, l'âge et le sexe.

Conclusion : Les Fédérations Médicales Inter-Hospitalières de structures de médecine d'Urgences sont un enjeu pour l'avenir de la médecine d'Urgence dans le Nord-Pas-De-Calais. Le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins coordonné et l'éducation des patients doit être renforcé afin de responsabiliser les usagers face aux comportements abusifs.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric Wiel

Asseseurs : Monsieur le professeur Raphaël Favory

Monsieur le Docteur Jean Marie Renard

Directeur : Monsieur le Docteur Régis Coche