

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact du rapprochement géographique de la maison médicale de
garde de Maubeuge sur les services d'urgences du Centre Hospitalier
local**

Présentée et soutenue publiquement le 02 octobre 2020 à 16h00
au Pôle Formation

par **Juliette CRAEYE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Madame le Docteur Nathalie de POUVOURVILLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain DEWILDE

Avertissement

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

Liste des abréviations

DREES : Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ARS : Agence Régionale de Santé

ALD : Affection de Longue Durée

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

MMG : Maison Médicale de Garde

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation Courte Durée

IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

UA : Urgences Adultes

UP : Urgences Pédiatriques

CH : Centre Hospitalier

Table des matières

I. Introduction.....	1
1. État des lieux.....	1
a. L'offre de soins concernant les médecins généralistes.....	1
b. L'offre de soins concernant les urgences.....	2
c. Organisation de la Permanence Des Soins Ambulatoires.....	3
d. Focus Maubeugeois.....	6
2. Objectif de l'étude.....	9
II. Matériels et méthodes.....	10
1. Type d'étude.....	10
2. Population et période d'étude.....	10
3. Critères de jugement principal et secondaire.....	10
4. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	10
5. Analyse statistique.....	11
6. Éthique.....	11
III. Résultats.....	13
1. Les urgences.....	13
a. Urgences adultes.....	15
b. Urgences pédiatriques.....	18
2. La maison médicale de garde.....	20
a. Fréquentation.....	20
b. Age des patients.....	20
c. Motifs de consultations.....	21
d. Provenance des patients.....	22
e. Villes des patients ayant consulté à la MMG.....	22
f. Régime social.....	24
IV. Discussion.....	25
1. Type d'étude.....	25
2. Analyse des résultats.....	25
a. Concernant le critère de jugement principal.....	25
b. Concernant l'objectif secondaire.....	26
3. Forces et limites de l'étude.....	28
a. Les forces.....	28
b. Les limites.....	28

4. Réflexion.....	28
5. Pistes d'améliorations	31
V. Conclusion	35
VI. Références bibliographiques	37
VII. Annexes :	40

Résumé

Contexte : Depuis plusieurs années, nous constatons une augmentation des consultations aux urgences, certainement corrélée au vieillissement de la population et au manque d'installation de médecins généralistes libéraux. Le gouvernement français, soutient la création de Maison Médicale de Garde (MMG) afin d'offrir une réponse alternative aux urgences en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. La MMG de Maubeuge s'est rapprochée de l'accueil des urgences en novembre 2017. L'objectif du travail est d'évaluer l'impact du rapprochement sur la fréquentation des urgences et de comparer la typologie des patients ayant consulté aux urgences adultes et pédiatriques en octobre 2017 et octobre 2018, soit avant et après le rapprochement de la MMG.

Méthodes : L'objectif principal était une étude d'activité. Pour les objectifs secondaires, nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique. Les données qualitatives ont été décrites par les fréquences, comparées par le test du Chi 2. Les données quantitatives ont été décrites par leur moyenne, comparées par le test de Student. Une analyse statistique multivariée a été réalisée par régression logistique binaire.

Résultats : De 2017 à 2018, nous constatons une augmentation moins importante du nombre de consultations aux urgences adultes et, une diminution du nombre de consultations aux urgences pédiatriques.

Nous observons, une différence significative de fréquentation des urgences ($p < 0,05$) pour l'âge, les CCMU, les modes de sorties et la durée aux urgences adultes. On retrouve une différence significative ($p < 0,05$) pour les CCMU et la durée aux urgences pédiatriques.

Conclusion : La diminution des CCMU 1 aux urgences pédiatriques et des CCMU 1 et 2 aux urgences adultes avec l'augmentation de la fréquentation de la MMG laissent penser l'intérêt d'un rapprochement des MMG au sein des Centres Hospitaliers. Il serait intéressant de personnaliser l'offre de soin pour les patients appartenant à la population active, pour les enfants et les personnes âgées vulnérables. De plus, l'élargissement des compétences et une meilleure organisation des soins contribueraient à un service rendu efficient à la population du bassin de vie.

I. Introduction

1. État des lieux

Nous assistons depuis plusieurs années à une demande croissante de soins au sein de la population française. Le contexte de vieillissement de cette population participe à accroître la demande notamment pour les soins de proximité (1).

En 2018, 226 000 médecins étaient recensés en France, dont 102 600 médecins généralistes. Parmi ces derniers, 85 800 étaient des médecins généralistes libéraux (2).

Une augmentation de 10 000 médecins en activité (+4,5%) a été enregistré de 2012 à 2018, en France, toutes spécialités confondues (3). En revanche, sur cette même période, une stagnation du nombre de médecins généralistes (+0,7%) a été constaté ainsi qu'une diminution du nombre de médecins généralistes libéraux (-0,2%).

a. L'offre de soins concernant les médecins généralistes

L'offre de soins est hétérogène sur le territoire. L'accessibilité aux soins est un enjeu politique.

Du fait des actuelles disparités géographiques de l'offre de soins et de la démographie à la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux, un indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) a été élaboré (4).

Celui-ci évalue l'offre et la demande de soins à un niveau local. Il prend en compte l'activité de chaque médecin, l'âge de la population et les temps d'accès entre le lieu d'habitation des patients et le lieu d'exercice du médecin.

Selon une étude de la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) (2) en 2016, le seuil de 2,5 consultations par habitant et par an a été retenu. Une valeur inférieure à ce seuil équivaut à une sous densité d'une commune en médecins généralistes. Considérant ce chiffre, 8,6% de la population (environ 5,7 millions

de personnes) résident dans une commune sous dense en médecins généralistes.

D'après la revue de presse de la DREES « Études et Résultats », on note qu'entre 2015 et 2018 l'APL s'est dégradée (5). Ceci peut s'expliquer par la difficulté de remplacer les praticiens retraités dans les zones rurales ou urbaines sensibles, par la féminisation de la profession et par l'aspiration des jeunes médecins vers un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (1)(6).

Les zones qui disposent de peu de commerces, d'équipements culturels, sportifs ou encore d'établissements scolaires sont souvent celles qui demeurent sous denses en médecins généralistes (5).

A cela peut s'ajouter la difficulté pour le conjoint de trouver un emploi dans des zones économiquement moins attractives. Cependant, la sous densité médicale concerne également certaines zones plus dynamiques démographiquement comme par exemple la région parisienne, c'est à dire des zones où il existe une croissance de la population (7).

b. L'offre de soins concernant les urgences

Depuis leur création en France en 1960, les urgences voient leur fréquentation en perpétuelle augmentation. On observe un accroissement régulier de l'ordre de 3,5% par an du recours au service des urgences d'un hôpital (8).

Le panorama 2018 sur les établissements de santé de la DREES confirme la saturation du service des urgences.

Vingt et un millions de passages aux urgences en 2016 en France métropolitaine ont été enregistrés (hors service de santé des armées) contre 18,4 millions en 2012 (9).

En 20 ans ce chiffre a été multiplié par 2. En effet en 1996, 10,1 millions de passages étaient relevés.

Le constat de l'augmentation progressive du recours aux services d'urgence, notamment pour des soins non programmés, a donc motivé la mise en place de Maisons Médicales de Garde (MMG) afin de désengorger les urgences.

De plus, le vieillissement de la population et la diminution des installations des jeunes médecins généralistes obligent à repenser le fonctionnement du système de santé (10).

Concernant la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU), elle évalue l'état du patient, la gravité et le pronostic médical.

CCMU 1 : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention sans mise en jeu du pronostic vital.

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

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

c. Organisation de la Permanence Des Soins Ambulatoires

Concernant la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), celle-ci est définie par le maintien de l'offre de soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux.

Selon l'état des lieux de la PDSA en 2017, plus de la moitié (53%) des actes de la PDSA étaient réalisés le week-end et jours fériés, 41% en soirée et seulement 6% en nuit profonde (11).

Selon l'étude australienne de Payne & Al. de BMC Family Practice, la plupart des patients (76%) se présentant aux « cliniques » (équivalent de nos MMG) en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, jugeaient la consultation indispensable. Dans cette même étude, 60 % des patients auraient consulté aux urgences s'ils n'avaient pas bénéficié d'une consultation à la « clinique » (12).

- La permanence des soins

L'organisation et le financement en sont confiés aux Agences Régionales de Santé (ARS). La permanence des soins est organisée en territoire dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'ARS. Elle est assurée sur la base du volontariat par des médecins exerçants dans les cabinets médicaux, pôles de santé, maison de santé. La régulation téléphonique est gérée par des médecins généralistes qui ont bénéficié d'une formation. Chaque association départementale est conventionnée avec l'établissement siège du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

Un cahier des charges spécifique à chaque département est élaboré. Il fixe les principes d'organisation de la PDSA.

Afin d'assurer la PDSA, la région est divisée en territoires. Dans la région Hauts-de-France, le nombre de territoires est fixé à 95 : 35 pour le Nord, 7 pour l'Oise, 26 dans le Pas-de-Calais, 15 pour la Somme et 12 dans l'Aisne.

Les numéros de téléphone pour la PDSA sont :

- Pour le Nord : Médi ligne 59 : 03 20 33 20 33
- Pour le Pas de Calais : Médi ligne 62 : 03 21 71 33 33

Les appels sont analysés par les médecins libéraux régulateurs afin d'orienter les patients vers une MMG, les urgences ou le 15.

Selon les départements, les actes peuvent être régulés ou non.

En 2017, environ 88% des actes étaient non régulés en Alpes-de-Haute-Provence contre 2% en Loire Atlantique (cf. Cartographie 1).

Dans une précédente thèse (13) portant sur la MMG de Douai, où l'accès ne peut se faire que par le biais d'une régulation téléphonique, 59% des 241 patients qui se sont présentés à la MMG, se seraient rendus aux urgences spontanément. Seuls 2% des patients ont été réorientés aux urgences après passage à la MMG.

- Maison médicale de garde

En 2018, on dénombrait 26 MMG dans la région : 4 dans l'Aisne, 10 dans le Nord, 6 dans l'Oise, 4 dans le Pas-de-Calais, et 2 dans la Somme.

Les MMG du Nord sont situées à : Maubeuge, Douai, Cambrai, Valenciennes, Armentières, Dunkerque, Grande-Synthe, le Cateau-Cambrésis, Lille et Roubaix. Actuellement il y en a de nouvelles notamment à Seclin , Tourcoing et Villeneuve d'Ascq.

Le tableau de garde est nominatif pour une durée de 3 mois, il est transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Celui-ci vérifie que les praticiens soient en situation régulière d'exercice.

Dix jours avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins au directeur général de l'ARS, au préfet de département, au SAMU, aux médecins de permanence ainsi qu'aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) (14).

Dans certains secteurs de garde, la démographie médicale reste fragile. La charge de travail serait le principal frein à la participation.

En 2018, le Conseil de l'Ordre des Médecins a, en outre, relevé un taux très variable de participation des médecins aux gardes, selon les départements, allant de 10 à 100% (11).

Cette variabilité est due à la difficulté de concilier garde et vie personnelle, notamment pour les plus jeunes médecins et pour les femmes (15).

d. Focus Maubeugeois

- La ville

La communauté d'agglomération Maubeuge-Val de Sambre est composée de 43 communes. Le bassin de vie, territoire le plus petit permettant aux habitants d'avoir accès aux équipements et services, est composé de 54 communes, à la fois urbaines et rurales, et compte une superficie de 379 km².

Concernant l'offre de soins, 26 médecins sont installés à Maubeuge pour une population totale de 29 995 habitants. Cent soixante-six médecins exercent dans l'arrondissement d'Avesnes sur Helpe pour 233 761 habitants.

La capacité d'accueil du Centre Hospitalier (CH) de Sambre- Avesnois est de 628 lits.

L'APL de Maubeuge est inférieure à 2,5 et classe donc cette ville comme prioritaire (16).

- Les Urgences

En 2019, on dénombre 39 011 passages aux urgences adultes et 14 820 aux urgences pédiatriques.

Le service des urgences adultes est composé :

- Au niveau 0 : 5 salles d'examen, 2 salles de déchocage, 2 salles de soins externes, 1 salle de plâtre et 2 salles de zones intermédiaires.

- Au niveau 3 : 12 lits d'Unité d'Hospitalisations Courte Durée (UHCD)

Les urgences pédiatriques sont composées de 2 salles d'examen, 1 salle de déchocage et

une salle de plâtre.

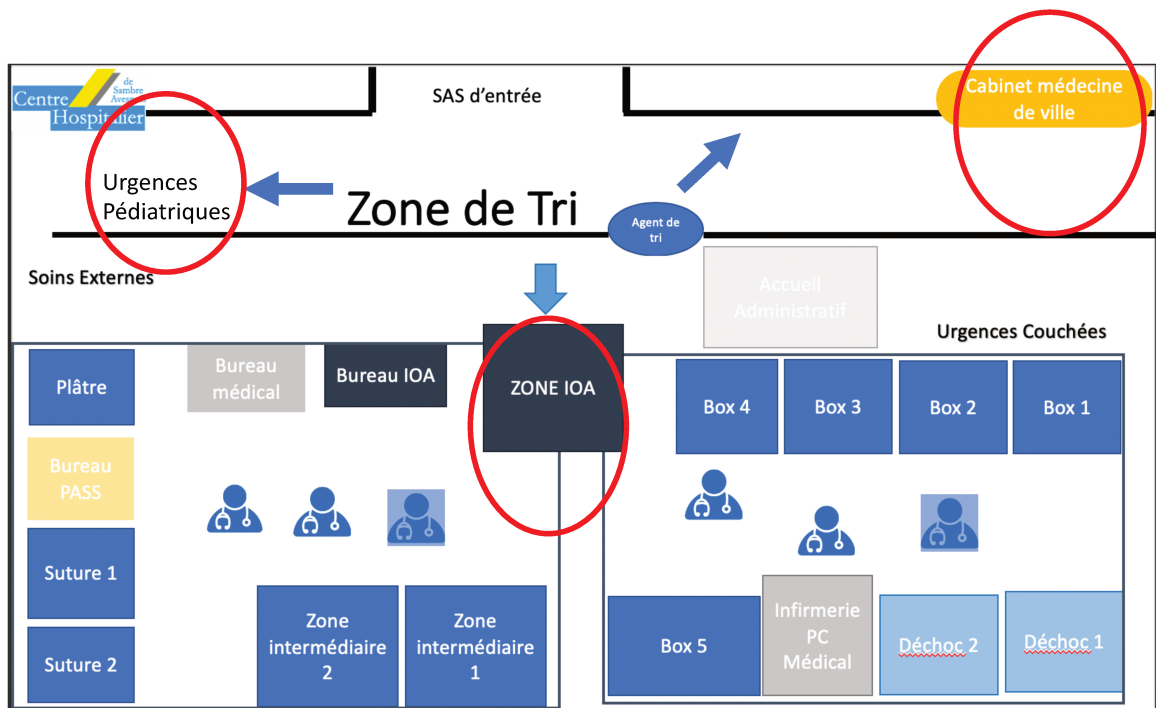


Figure 1 : Plan de l'accueil et des urgences adultes

- La MMG

Une vingtaine de médecins participe au tour de garde de la MMG. La maison médicale de garde de Maubeuge est une structure qui a ouvert ses portes en octobre 2007. Située à l'origine au premier étage de l'hôpital, elle se trouve depuis novembre 2017 en face de l'accueil des urgences.

Cette structure permet d'assurer la permanence des soins ambulatoires en alternative aux urgences du Centre Hospitalier. Elle assure les consultations non programmées de médecine générale, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux (17).

La MMG est ouverte :

- du lundi au vendredi de 20h à minuit
- le samedi de 9h à 12h, de 16h à 18h et de 20h à minuit
- le dimanche et jour férié de 10h à 12h, de 16h à 18h et de 20h à minuit

La consultation est assurée par des médecins généralistes du bassin de vie.

Une étude, réalisée entre mars et mai 2016, a comparé les données socio-démographiques des patients pédiatriques de la maison médicale de garde et des urgences pédiatriques du CH de Sambre-Avesnois à Maubeuge (18).

Cette étude montre que les deux groupes diffèrent par leurs parcours de soin.

Les patients consultants à la MMG ont :

- dans 15,9% des cas bénéficié d'une régulation téléphonique contre 5,26% des consultants aux urgences pédiatriques.
- dans 9% des cas déjà consulté un médecin traitant (MT) contre 20,3% des consultants aux urgences pédiatriques.

La protection sociale des patients au sein des deux échantillons (MMG et UP) est similaire.

Cependant, aucune étude n'a comparé la fréquentation des urgences avant et après le rapprochement de la maison médicale de garde.

Depuis 2017, suite au changement de localisation de la MMG, le parcours de soins des patients se présentant aux urgences a changé : un agent d'accueil (infirmier diplômé d'état) a la possibilité d'orienter les usagers vers la MMG si le patient est valide et que sa requête relève de la médecine de ville. S'il ne répond pas à ces critères, l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) l'oriente vers les urgences classiques. Chacune de ces étapes est coordonnée par un médecin sénior des urgences.

Au regard de ces modifications, nous nous sommes interrogés sur l'influence du rapprochement de la MMG sur la fréquentation des urgences.

2. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact du rapprochement géographique de la maison médicale de garde sur le nombre de passage aux urgences adultes et pédiatriques. L'objectif secondaire est de comparer la typologie des patients ayant consulté aux urgences adultes et aux urgences pédiatriques en octobre 2017 et en octobre 2018, soit avant et après le rapprochement de la maison médicale de garde.

II. Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Cette étude était une étude observationnelle rétrospective monocentrique univariée et multivariée. Elle a été réalisée par recueil de données.

Il n'y a pas eu de modifications des sujets.

2. Population et période d'étude

La population étudiée concernait les patients ayant fréquenté le service d'urgences adultes et d'urgences pédiatriques de 2000 à 2019 puis ensuite plus particulièrement en octobre 2017 et en octobre 2018.

3. Critères de jugement principal et secondaire

Le critère de jugement principal portait sur la fréquentation des urgences de 2000 à 2019.

Les critères de jugement secondaires portaient sur les caractéristiques des deux groupes avant et après le rapprochement de la MMG : genre, âge, répartition CCMU, temps de passage aux urgences, mode d'entrées et sorties, orientation des patients à la sortie.

En vue d'être exhaustif, nous avons réalisé une étude d'activité sur toutes les données mises à notre disposition sur la MMG. C'est à dire la fréquentation de la MMG de 2012 (date des premières données) à 2019, puis nous nous sommes intéressés aux caractéristiques de la population ayant fréquenté la maison médicale de garde de Maubeuge en 2017 et 2018. Nous avons prolongé l'étude jusque 2019 afin de voir si la fréquentation était pérenne.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

- Inclusion

Pour le critère de jugement principal nous avons inclus tous les patients ayant consulté aux

urgences adultes et pédiatriques entre 2000 et 2019.

Pour les critères de jugement secondaires, nous avons inclus les patients ayant consulté aux urgences adultes et pédiatriques du 01/10/2017 au 31/10/2017 ainsi que du 01/10/2018 au 31/10/2018. Tous CCMU, tous âges, tous horaires, tous motifs.

- Exclusion

Nous avons exclus les données manquantes et les CCMU P et D, c'est à dire les patients présentant un trouble psychiatrique et les patients déjà décédés.

5. Analyse statistique

L'objectif principal était une étude d'activité. Pour les objectifs secondaires, nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS18, les données qualitatives sont décrites par les fréquences de chaque classe avec intervalle de confiance, les comparaisons ont été réalisées par des test du Chi 2 . Les données quantitatives sont décrites par leur moyenne avec intervalle de confiance, les comparaisons ont été réalisées par des test de Student.

Une analyse statistique multivariée a été réalisée par régression logistique binaire selon la méthode ascendante de Wald.

6. Éthique

La méthodologie a été approuvée par la Commission de Recherche des Départements de Médecine Générale et de Maïeutique de la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille (FMM).

Le dossier a été présenté au statisticien qui, de plus, est urgentiste, afin qu'il l'étudie et le corrige avant le recueil des données.

Un enregistrement a été effectué auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) de l'Université Catholique de Lille.

III. Résultats

1. Les urgences

L'objectif principal était d'évaluer la fréquentation des urgences.

De 2000 à 2019, le nombre de passages aux urgences du CH de Maubeuge a été multiplié par 1,3 pour les urgences pédiatriques et 1,5 pour les urgences adultes.

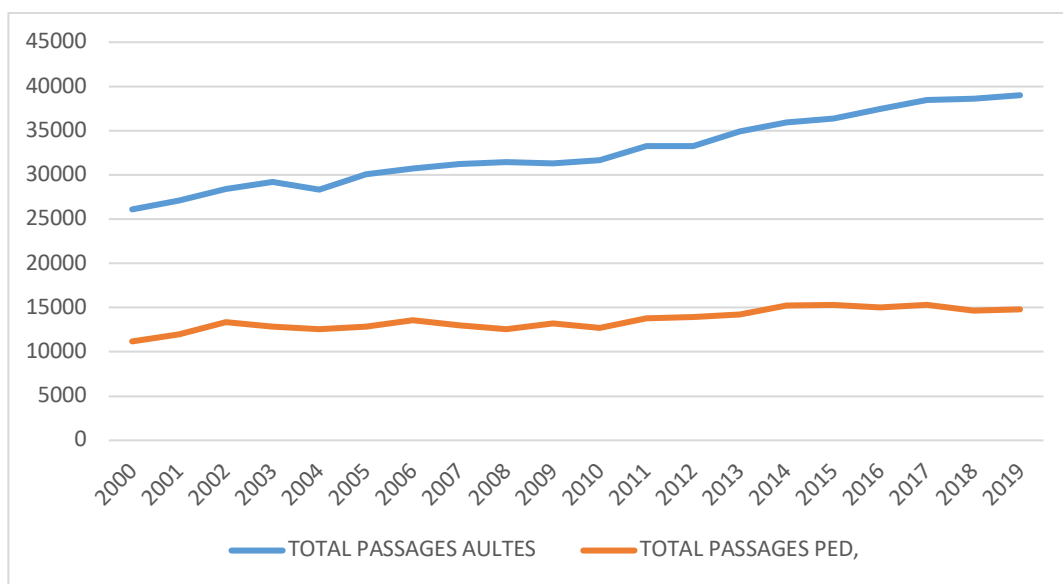


Figure 2: Fréquentation des urgences de 2000 à 2019

D'année en année, le nombre d'entrées aux urgences augmente. Cependant cette augmentation n'est pas linéaire. On observe, entre 2017 et 2018, une très faible augmentation de la fréquentation des urgences adultes (+ 82 patients) et une diminution de passages aux urgences pédiatriques (-604 patients). Il y a une différence lors de l'année du changement de localisation de la MMG. Depuis 2017, année du déménagement de la MMG, on note une augmentation plus faible de la fréquentation des urgences adultes et une baisse

des entrées aux urgences pédiatriques entre 2017 et 2018.

Années	Total des passages adulte	Différence
2012	33279	
2013	34936	+1657
2014	35960	+1024
2015	36383	+423
2016	37434	+1051
2017	38499	+1065
2018	38581	+82
2019	39011	+430

Années	Total des passage pédiatrique	Différence
2012	13944	
2013	14221	+277
2014	15261	+1040
2015	15305	+44
2016	15046	-260
2017	15290	+244
2018	14686	-604
2019	14820	+134

Tableau 1: Fréquentation des urgences 2012 à 2019

a. Urgences adultes

Pour répondre à l'objectif secondaire, nous avons comparé les patients en octobre 2017 et octobre 2018 sur différents critères : l'âge, le genre, les CCMU, le mode d'entrée et de sortie ainsi que le temps de passage aux urgences.

- Analyse univariée

Adultes	2017	2018	p
Age	n= 3381 46,5 (45,7 ; 47,3)	n= 3303 47 (46,3;47,8)	0,3
Genre : femme homme	n= 3371 48,5% (46,8 ; 50,2) 51,5% (49,8 ; 53,2)	n=3303 47,8% (46 ; 49,5) 52,2% (50,5 ; 54)	0,5
CCMU 1 CCMU 2 CCMU 3 CCMU 4 CCMU 5	n=3244 12,2% (11,1 ; 13,3) 72,7% (71,2 ; 74,2) 13,8% (12,6 ; 15) 1% (0,7 ; 1,3) 0,3% (0,05 ; 0,4)	n=3184 6,8% (6 ; 7,7) 62,2% (60,5 ; 63,9) 28,2% (26,6 ; 29,8) 2,4% (1,9 ; 3) 0,4% (0,2 ; 0,6)	< 10-3
Mode d'entrée : Domicile Mutation	n=3380 99,2% (98,9 ; 99,5) 0,8% (0,5 ; 1,1)	n=3303 99% (98,7 ; 99,3) 1% (0,7 ; 1,3)	0,3
Mode de sortie: Domicile Mutation	n=3239 68,8% (67,2 ; 70,4) 31,2% (29,6 ; 32,8)	n=3303 70,2% (66 ; 69,1) 29,8% (27,2 ; 30,2)	0,2
Durée (min)	n= 3381 158 (153;162)	n= 3303 205 (198;210)	< 10-3

Tableau 2 : Analyse univariée

Le test de Chi 2 permet de montrer une différence significative ($p < 10^{-3}$) des CCMU. On observe une diminution des CCMU 1 et 2 entre ces deux années alors que les CCMU 3,4 et 5 augmentent.

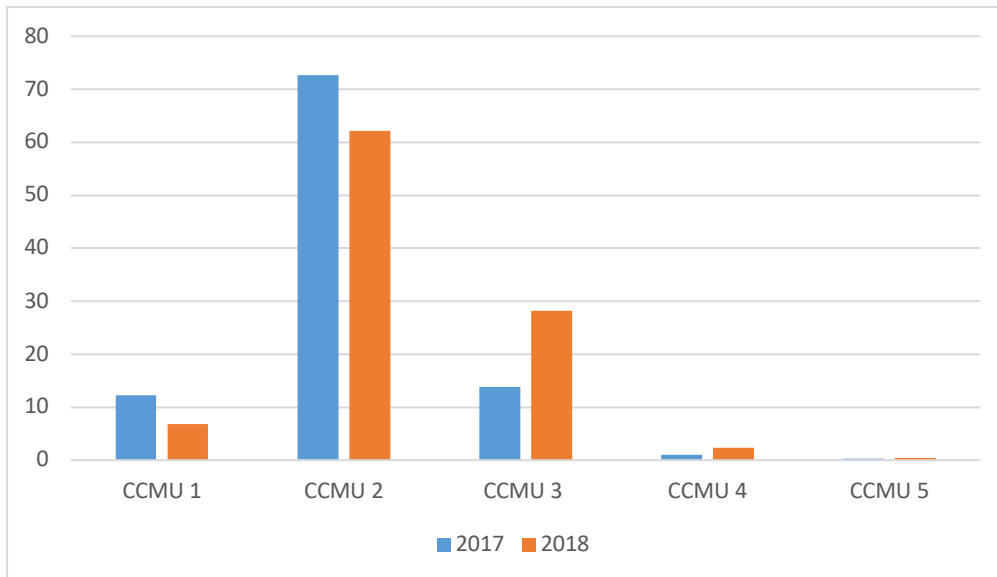


Figure 3 : Évolution des CCMU

Le test de Student montre une différence significative de la durée de passage aux urgences. Les patients restaient plus longtemps en 2018 qu'en 2017. La durée moyenne en 2018 est de 205 minutes (soit 3h25) contre 158 minutes en 2017 (soit 2h38). L'écart type est également plus important en 2018 qu'en 2017, c'est à dire que l'intervalle entre la plus courte durée et la plus longue est plus important en 2018. Il est de 144,73 minutes en 2017 contre 179,75 minutes en 2018.

Certains patients ont une durée de passage de quelques minutes. En effet, les arrivées par le SAMU et les hospitalisations prévues dans un service entraînent une entrée administrative aux urgences.

Il n'y a pas de différence significative concernant l'âge, le genre, les modes d'entrées et de sorties.

- Analyse multivariée

Nous avons réalisé une régression logistique avec les différentes données.

Nous retrouvons une différence significative ($p < 0,05$) pour la durée, le mode de sortie, l'âge et les CCMU.

Cependant il n'y a pas de différence significative pour le genre ni pour le mode d'entrée.

	p	Odds Ratio
durée	$<10^{-3}$	1,002
mode de sortie	$<10^{-3}$	0,553
âge du patient	$<10^{-3}$	0,997
CCMU1	$<10^{-3}$	
CCMU2	$<10^{-3}$	1,545
CCMU3	$<10^{-3}$	3,95
CCMU4	$<10^{-3}$	5,777
CCMU5	$<10^{-3}$	3,948

Tableau 3 : Variables dans l'équation

b. Urgences pédiatriques

La comparaison des groupes était semblable à celle des urgences adultes.

- Analyse univariée

Pédiatriques	2017	2018	p
Age	n= 1317 6,19 (5,9;6,4)	n= 1184 6,01 (5,7;6,2)	0,3
Genre : femme homme	n= 1317 44,6% (42 ; 47,3) 55,4% (52,7 ; 58,1)	n=1184 47,1% (44,3 ; 50) 52,9% (50,1 ; 55,7)	0,2
CCMU 1 CCMU 2 CCMU 3 + 4 CCMU 5	n=1287 31,6% (29,1 ; 34,1) 65,9% (63,3 ; 68,5) 2,5% (1,6 ; 3,4) 0%	n=1157 24,1% (21,6 ; 26,6) 66,4% (63,7 ; 69,1) 9,5% (7,8 ; 11,2) 0%	< 10⁻³
Mode d'entrée : Domicile Mutation	n=1317 99,8% (99,6 ; 100) 0,2% (0 ; 0,4)	n=1184 99,9% (99,7 ; 100) 0,1% (0 ; 0,3)	0,3
Mode de sortie: Domicile Mutation	n=1291 90,5% (88,9 ; 92,1) 9,5% (7,9 ; 11,1)	n=1152 88% (86,1 ; 89,9) 12% (10,1 ; 13,9)	0,04
Durée (min)	n= 1317 75 (72,5;77,7)	n= 1184 82 (79,1;85,3)	< 10⁻³

Tableau 4 : Analyse univariée

On observe une différence significative ($p < 10^{-3}$) des CCMU, du mode de sortie et de la durée. En 2018, le temps moyen de passage est de 82 minutes (soit 1h22) contre 75 minutes en 2017 (soit 1h15).

Les CCMU 3 et 4 ont été regroupées, pour insuffisance de CCMU 4. Il n'y avait pas de CCMU 5.

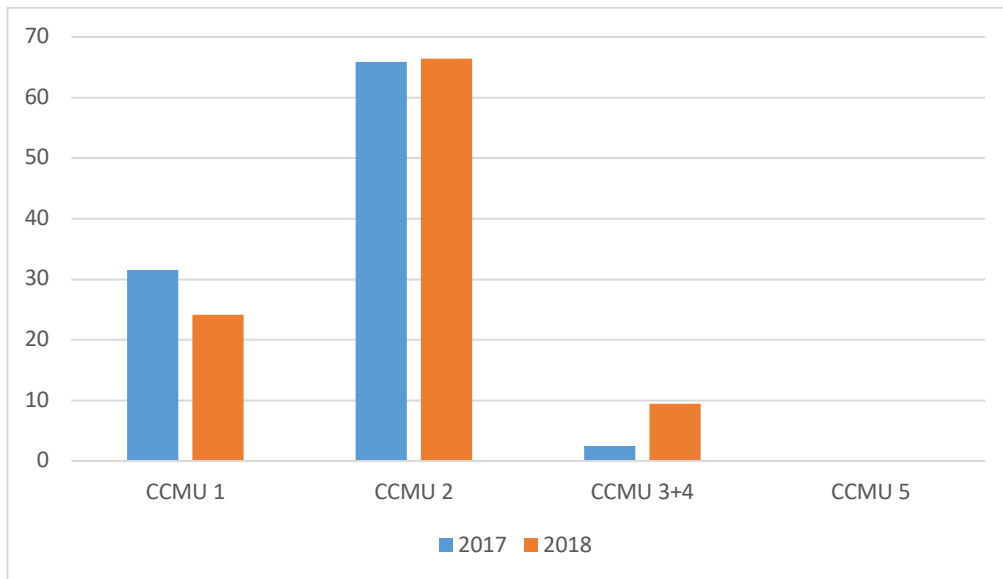


Figure 4 : Évolution des CCMU

Entre 2017 et 2018, les CCMU 2, 3 et 4 ont augmenté au dépend des CCMU 1.

- Analyse multivariée

Nous avons également réalisé une régression logistique.

	P	Odds Ratio
durée	$<10^{-3}$	1,003
CCMU 1	$<10^{-3}$	
CCMU 2	$<10^{-3}$	1,3
CCMU 3 + 4	$<10^{-3}$	5

Tableau 5 : Variables dans l'équation

On ne note pas de différence significative du mode de sortie en régression logistique.

La CCMU influence donc le mode de sortie. Cela permet de lever un biais de confusion.

2. La maison médicale de garde

a. Fréquentation

Le Centre Hospitalier détient les archives depuis 2012.

Depuis 2012, le nombre de consultations a été multiplié par 2 (4632 en 2012 contre 9415 consultations en 2019).

Le changement de localisation de la MMG a eu lieu en novembre 2017.

619 entrées ont été répertoriées en octobre 2017 et 724 en octobre 2018.

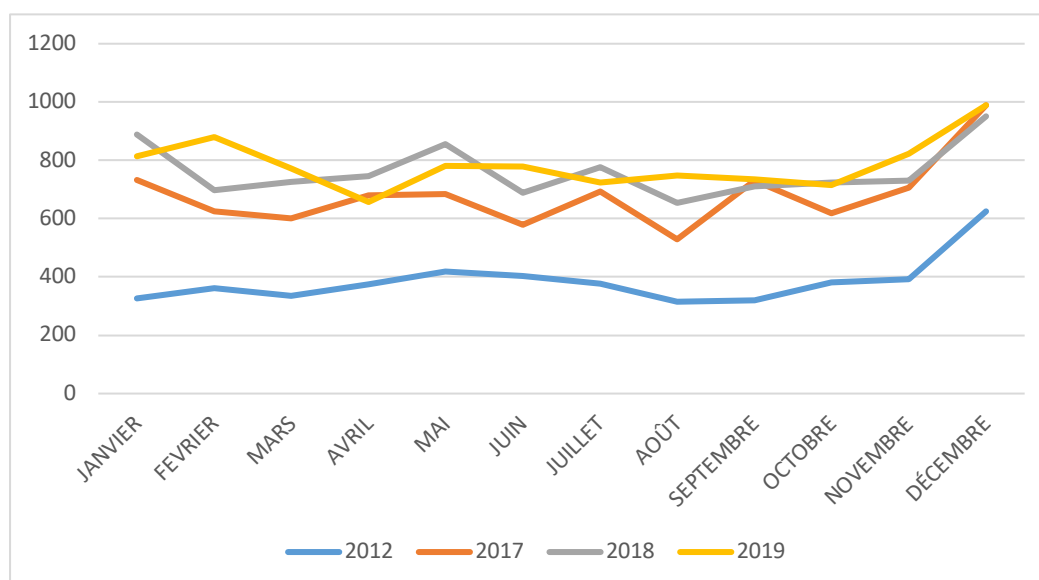


Figure 5: Fréquentation de la MMG

b. Age des patients

Sur le recueil des années 2017 et 2018, la tranche d'âge 30-50 ans est celle qui consulte le plus.

On observe que les plus de 80 ans sont ceux qui consultent le moins à la MMG.

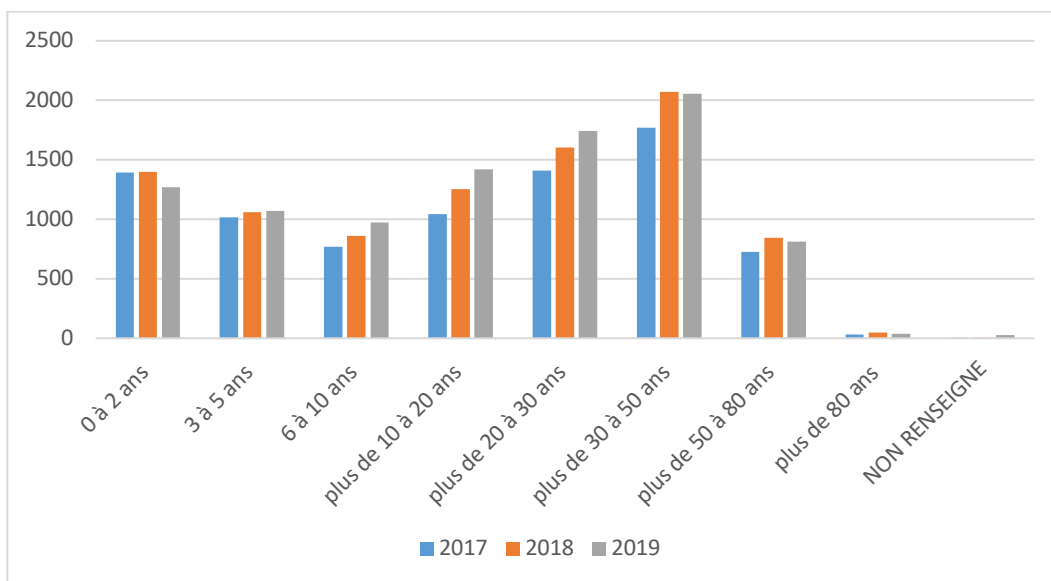


Figure 6: Age des patients

c. Motifs de consultations

En 2017 et 2018, les consultations pour motifs infectieux étaient les plus représentées, aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Ensuite, on retrouve les consultations dont le motif était les douleurs puis les allergies.

Cependant, on observe très peu, voire une absence de consultations pour motifs neurologiques ou encore urologiques, aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

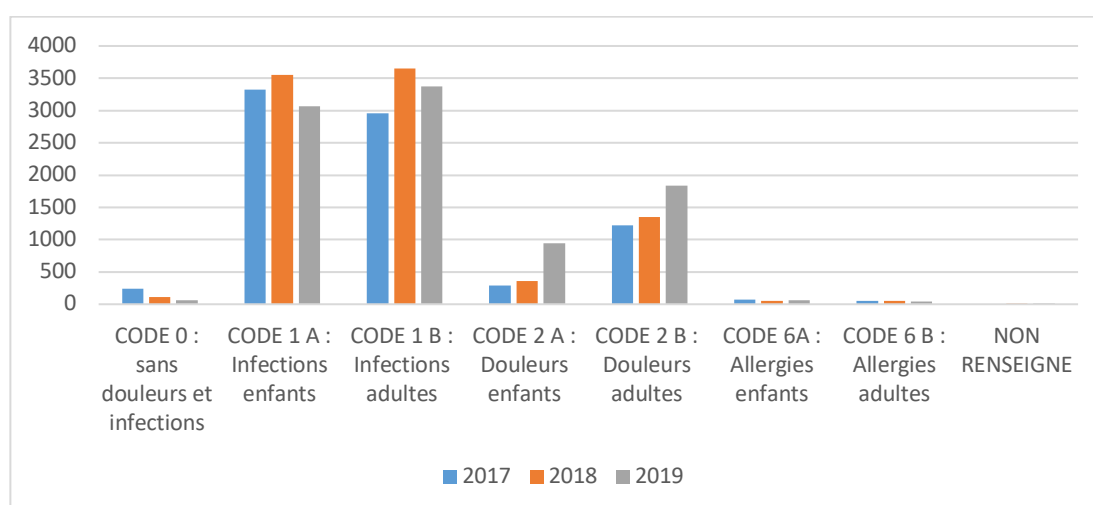


Figure 7 : Motifs de consultations

d. Provenance des patients

En 2018, 26 % des patients ayant consulté à la MMG provenaient des urgences suite à l'orientation par l'agent de tri contre 21,8 % en 2017.

Entre 2017 et 2018, on note une augmentation de 5% des entrées directes et une augmentation de 4,2 % des patients provenant des urgences.

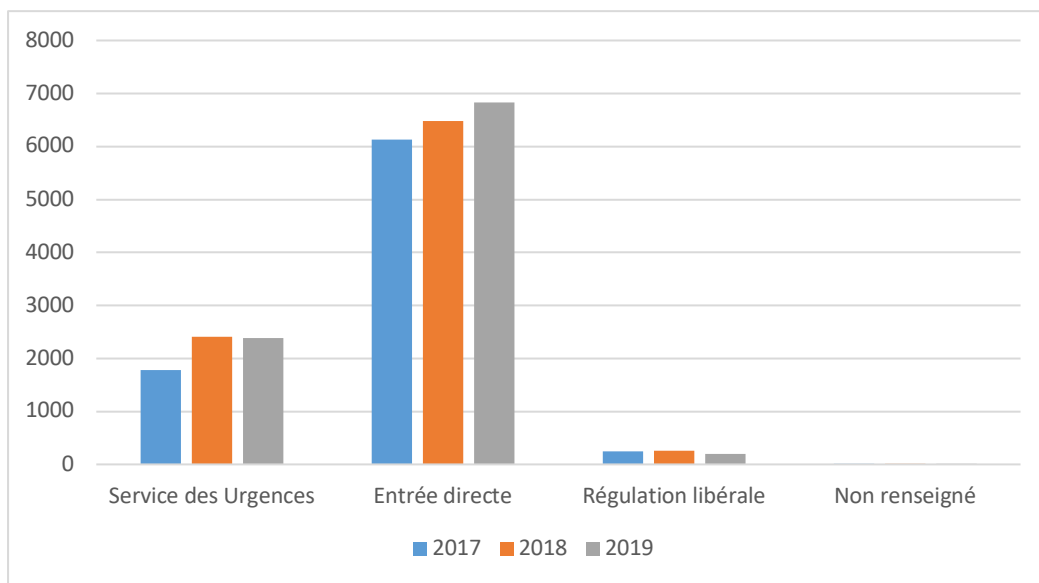


Figure 8 : Provenance des patients

e. Villes des patients ayant consulté à la MMG

Ces différentes villes représentent l'ensemble du bassin de la Sambre.

Maubeuge, Louvroil et Hautmont sont les 3 villes les plus représentées en consultation à la MMG.

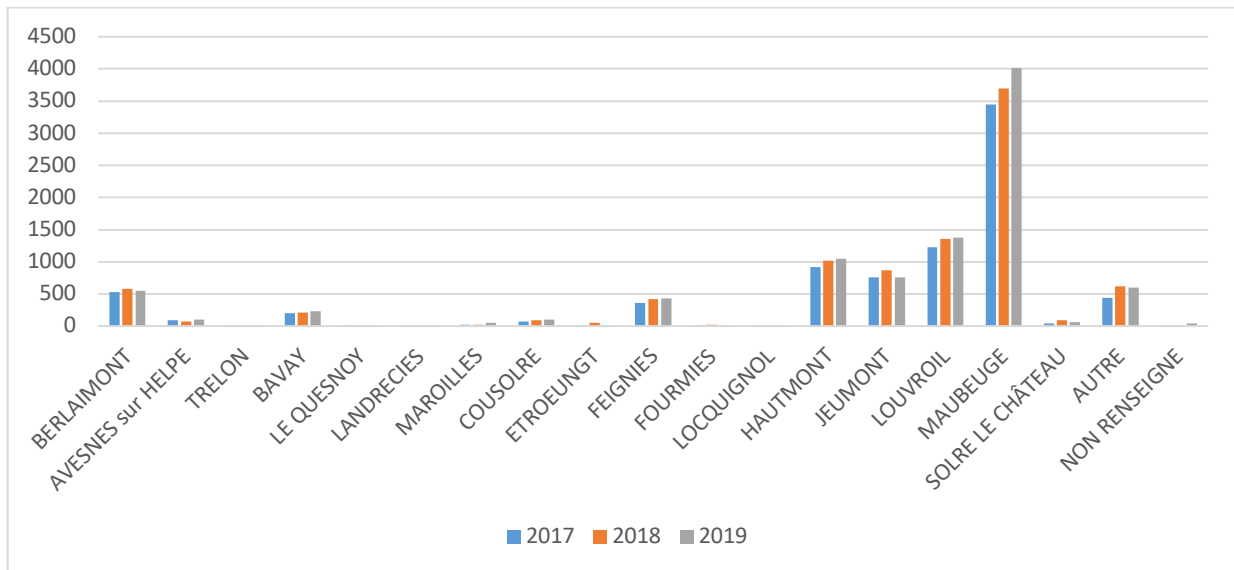


Figure 9 : Villes des patients

Nous nous sommes intéressés à l'offre de soin au 1^{er} janvier 2020 dans ces villes afin de comprendre pourquoi certaines sont plus représentées à la MMG.

Villes	Nombre de médecins généralistes	Population totale	Nombre de médecins généralistes par habitant
Bavay	7	3442	1/492
Feignies	3	7040	1/2347
Haumont	14	14671	1/1047
Jeumont	10	10313	1/1031
Maubeuge	26	29995	1/1154
Louvroil	1	6606	1/6606

Tableau 6: Nombre de médecins par ville

f. Régime social

En 2019, la majorité des patients (53,8%) qui ont consulté à la MMG bénéficie d'une mutuelle, 41,5% de la CMU. A noter que 0,4% des patients n'ont pas de régime complémentaire.

Année	CMU	Mutuelle	ACS	AME	Pas de mutuelle	Non renseigné	Total
2019	3906	5067	228	23	38	153	9415

Tableau 7 : Régime social

IV. Discussion

1. Type d'étude

Nous avons étudié, en premier lieu, la fréquentation des urgences de 2000 à 2019.

Puis, nous nous sommes intéressés aux mois d'octobre 2017 et 2018. En effet, nous avons choisi l'année 2017 car c'est l'année du changement de localisation de la MMG et 2018 pour établir une comparaison un an plus tard.

Cet intervalle d'une année, à partir du mois d'octobre, nous a semblé une durée appropriée afin de permettre au personnel de s'habituer à une nouvelle organisation, notamment concernant l'orientation des patients depuis l'accueil des urgences vers la MMG.

Le choix du mois d'octobre s'explique par le début, en général, des pathologies infectieuses et il précède le mois du rapprochement géographique de la MMG.

2. Analyse des résultats

a. Concernant le critère de jugement principal

L'étude d'activité de 2000 à 2019 montre une évolution croissante de la fréquentation des urgences aussi bien aux urgences adultes qu'aux urgences pédiatriques.

Cependant, si nous nous intéressons plus particulièrement aux années 2017 et 2018, période de transition concernant la MMG, on observe une modification de cette courbe.

L'augmentation est plus faible chez les adultes et la courbe s'inverse en pédiatrie.

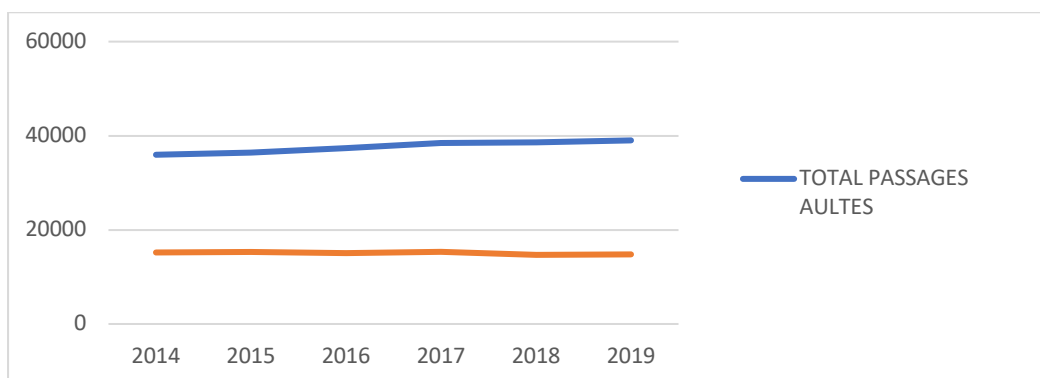


Figure 10 : Zoom de la figure 2

b. Concernant l'objectif secondaire

• Urgences adultes

L'étude retrouve une différence significative ($p < 0,05$) des CCMU avec une diminution des CCMU 1 et 2 et une augmentation des CCMU 3, 4 et 5 entre 2017 et 2018.

12,2% des passages concernent les CCMU 1 en 2017 contre 6,8% en 2018 ; 72,7% des passages concernent les CCMU 2 en 2017 contre 62,2% en 2018 et 15,1% des passages concernent les CCMU 3,4 et 5 en 2017 contre 31% en 2018.

On pourrait s'interroger sur la qualité du codage des CCMU par les praticiens.

Parallèlement, on observe une augmentation de la fréquentation de la MMG entre octobre 2017 et octobre 2018.

Cela laisse penser que les CCMU 1 et 2 se rendent à la MMG.

Le temps de passage aux urgences est également significatif. Les patients restent plus longtemps en 2018, ce qui peut s'expliquer par l'aggravation des CCMU.

La régression logistique lève des biais de confusion et rend l'âge et le mode de sortie significatifs. Cette approche statistique permet de caractériser et d'évaluer la relation entre les variables.

• Urgences pédiatriques

Pour que les tests statistiques soient interprétables, nous avons regroupé les CCMU 3 et 4 car il y avait peu de CCMU 4.

Lors des analyses univariées, on observe une différence significative du temps de passage aux urgences, des CCMU et du mode de sortie. En 2018, le nombre de CCMU grave augmente, le temps de passage augmente et les mutations (hospitalisations) augmentent.

Lors du test de régression logistique, le mode de sortie n'est pas statistiquement significatif, cela montre que la CCMU influence le mode de sortie.

En 2014 selon une étude de la DREES, 10 à 20% des passages aux urgences concernent des patients n'ayant pas eu besoin d'actes complémentaires (CCMU1). La CCMU 2 représente 60 à 70% des consultations. Les CCMU 3,4 et 5 représentent 10 à 30% des entrées (19).

Dans notre étude, en 2017 ; 31,6% des passages concernent les CCMU 1 contre 24,1% en 2018 ; 65,9% concernent les CCMU 2 en 2017 contre 66,4% en 2018 et 2,5% des passages concernent les CCMU 3 et 4 en 2017 contre 9,5% en 2018.

- **Concernant la MMG**

Depuis 2012, le nombre de consultations a été multiplié par 2 (4632 consultations en 2012 contre 9415 en 2019).

Nous avons observé que la tranche d'âge la plus représentée à la MMG est celle des 30-50 ans. Ils appartiennent à la population en âge de travailler, c'est pourquoi ils ne peuvent peut-être pas consulter en heures ouvrables. Il serait intéressant de savoir pourquoi ces patients n'ont pas consulté leur médecin traitant. Certains n'ont peut-être pas de MT déclaré. Selon un article du Quotidien du Médecin de 2019, 8,6% des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant déclaré (20). D'autres manquent peut-être de temps pour aller au cabinet de leur MT, ou encore parce que le patient est convaincu qu'une consultation en urgence est nécessaire.

Une thèse sur les patients ayant consulté à la MMG de Saudrune à Toulouse a montré que la grande majorité des consultants n'avait pas l'intention de consulter un service d'urgence

avant d'appeler la régulation. Cependant, s'ils n'avaient pas connu le lieu de la MMG, ou s'ils n'avaient pas pu être reçus par un médecin, 81% des patients auraient eu recours à un service d'urgence (21). Ce qui rejoint l'étude australienne citée auparavant (12).

Cette donnée laisse à penser l'intérêt de renforcer l'information de la PDSA auprès de la population générale.

3. Forces et limites de l'étude

a. Les forces

La méthode épidémiologie descriptive est choisie afin de mieux décrire un phénomène de santé dans une population en fonction des caractéristiques de celle-ci.

L'épidémiologie est l'étude de la dynamique d'un état de santé. Elle est nécessaire pour mesurer l'importance d'un problème de santé et soulever des hypothèses étiologiques. Ce type d'étude vise à faire un « état des lieux » (22).

b. Les limites

Il existe un biais d'information puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective. En effet, certaines données étaient manquantes au moment du recueil.

Il existait un biais de confusion lors de l'analyse univariée. Cependant, ce biais a été levé par les tests de régression logistique.

L'étude s'est déroulée uniquement au Centre Hospitalier de Maubeuge il existe donc un biais « effet-centre ».

4. Réflexion

Les archives de la MMG nous montrent l'augmentation croissante du nombre de consultations.

La diminution des CCMU 1 aux urgences pédiatriques et des CCMU 1 et 2 aux urgences adultes corrélée à l'augmentation de la fréquentation de la MMG laissent penser que, sans l'accès à cette MMG, les patients auraient peut-être davantage consulté aux urgences.

La MMG permettrait probablement de désengorger les urgences en prenant en charge des pathologies relevant des soins ambulatoires.

Maxime Bonnet dans sa thèse de 2018 étudie les raisons invoquées par les patients pour consulter aux urgences plutôt que le médecin généraliste. Sur 181 patients des urgences, 61,88% n'avait pas contacté leur médecin traitant au préalable.

Les raisons mentionnées statistiquement significatives étaient l'indisponibilité du médecin généraliste et la présence d'examen complémentaires sur place aux urgences (23).

A Maubeuge, suite au changement géographique de la MMG, l'agent de tri avait la possibilité d'orienter les patients après avis médical. Le fait que les CCMU 1 et 2 aient diminué aux urgences adultes et que les CCMU 1 aient diminué aux urgences pédiatriques entre 2017 et 2018 résulte, peut-être, d'une orientation efficace de la part de l'agent de tri.

Une étude a été réalisée en Grande Bretagne en 2011 sur l'efficacité et la sécurité du tri des patients se présentant aux urgences (24). Ce tri était réalisé par une infirmière formée et par le biais des classifications d'urgence de Manchester (MTS).

Elle se compose de différents organigrammes qui conduisent à une urgence en cinq niveaux. Les urgentistes et le médecin généraliste se sont mis d'accord pour l'orientation des patients selon les niveaux d'urgence.

Sur 100 patients peu urgents, 82 ont été orientés vers le généraliste. Ce dernier en a renvoyé 8 aux urgences et 7 ont été hospitalisés. Les 67 patients restant ont été renvoyés au domicile.

Sur un échantillon des patients renvoyés au domicile, seuls 3,6% sont retournés aux urgences dans les deux semaines pour le même problème de santé. On remarque un pourcentage important d'orientation vers le médecin généraliste avec peu de réorientation aux urgences par la suite. Cela montre la place de choix de la médecine ambulatoire pour les soins non programmés, associée à la puissance de l'outil de classification à l'accueil des urgences.

En France, selon une étude de la DREES, dans six cas sur dix, le patient consulte aux urgences de sa propre initiative et majoritairement par ses propres moyens. Plus de 65% des patients arrivent depuis leur domicile. Suite au passage aux urgences, 20% des patients sont hospitalisés et 75% rentrent au domicile. Les autres sortent sans attendre d'être vus ou contre avis médical (25). Cette étude rejoint la constatation de nos voisins Outre-Manche.

Dans une enquête réalisée le 11 juin 2013, les personnes âgées (>75 ans) et les nourrissons consultent de façon plus importante aux urgences (26). Sur une journée, les patients de plus de 75 ans représentent 12% des passages aux urgences (26).

Concernant la personne âgée (>65 ans), une étude a été réalisée en 2018 en France pour évaluer les déterminants des visites aux urgences. L'âge élevé du patient, l'état de santé avec atteinte d'une maladie chronique et le faible revenu entraînent une augmentation du nombre de visite. Le facteur le plus important de consultation était la proximité avec les urgences. Dans les municipalités où le taux de consultations était important en dehors des heures d'ouverture, les visites aux urgences étaient plus faibles (27).

L'augmentation des consultations aux services d'urgence ne serait pas expliquée par la croissance démographique selon l'étude de Colineaux & Al (28). Cette étude a été réalisée dans 37 services d'urgence de Midi-Pyrénées entre 2015 et 2020. Elle retrouve une

augmentation annuelle de 55% des visites aux urgences. Cette évolution du taux de visites est générée par une augmentation des visites pour gravité intermédiaire.

La proximité géographique des urgences par rapport au bassin de population semble être un facteur de consultation. Nous pouvons donc penser que la proximité géographique de la MMG et des urgences serait favorable. De plus, l'orientation par l'agent de tri semble déterminant pour limiter les visites aux urgences. L'organisation serait d'autant plus simple pour cet agent si la MMG était présente au sein du CH. Des MMG situées à distance des urgences pourraient être un frein à l'orientation des patients des urgences vers la MMG.

5. Pistes d'améliorations

- Personnalisation de l'offre de soin

Dans notre étude, l'âge moyen des patients qui consultent aux urgences adultes est de 47 ans, et de 6 ans aux urgences pédiatriques.

Chez les adultes, la tranche d'âge prépondérante représente des usagers de la population active, avec des contraintes de disponibilités non négligeables. Cette donnée se vérifie également pour la MMG. Il serait souhaitable de proposer, à ce groupe, une offre de soin adaptée à ce profil. Se soulève alors la question de la télémédecine. En effet, certains actifs pourraient avoir recours à une téléconsultation à la faveur d'une pause pendant leur activité professionnelle.

- Pédiatrie

Nos résultats montrent que 58% des enfants qui consultent aux urgences pédiatriques ont six ans ou moins et parmi ceux-ci, 32% ont deux ans ou moins. Il pourrait s'agir de l'activité

classique de pédiatrie. Ces âges correspondent aux pathologies infectieuses et infantiles notamment pour le mois d'octobre au cours duquel on peut observer un mode de garde alternatif au domicile (crèche, reprise scolaire).

Une meilleure organisation et un outil d'aide permettrait d'éviter un engorgement aux urgences selon l'article « Health Care Decision Support System for the Pediatric Emergency Department Management ». Un système multi agents (MAS) est employé pour modéliser l'organisation en pédiatrie. Celui-ci permet une amélioration des soins, une diminution des coûts et du temps d'attente des jeunes patients. Il permet une solution pour un traitement rapide et efficace des patients grâce à différents agents (physiques et logiciels) qui assurent le fonctionnement, l'optimisation des ressources et le contrôle des performances. L'agent de surveillance assure la coordination entre tous les protagonistes. Selon un scénario de l'article, le système d'aide à la décision permet d'étaler l'activité des urgences tout en répondant à une forte demande. Il permet une réduction des pics d'activité et une diminution de temps d'attente des jeunes patients (29).

Depuis plusieurs années on observe, notamment aux urgences pédiatriques, une augmentation des entrées pour des urgences « ressenties » (30). Une éducation à la santé et une présence médicale bienveillante, au moins téléphonique, se doit d'être maintenue.

- Personne âgée vulnérable

Comme la population vieillit, elle a donc davantage recours aux urgences. Parmi les patients qui sont hospitalisés après passage aux urgences, 45% sont des patients de 65 ans et plus, parmi eux 25% ont plus de 80 ans (31).

Dans notre étude aux urgences adultes, en octobre 2017 et octobre 2018, nous avons constaté que 27 patients par jour ont 65 ans et plus, soit ¼ des patients. Ces patients consommateurs de soins et de ressources séjournent plus longtemps au sein du service.

Il serait intéressant de pouvoir tracer, au plus tôt, le patient dans son parcours de soin par une équipe de gériatrie coordonnée au service hospitalier et ambulatoire.

Les équipes mobiles de gériatrie permettent une meilleure coordination et un suivi des patients chroniques poly-pathologique en collaboration avec le MT. Si le médecin traitant souhaite hospitaliser son patient, une entrée directe dans le service concerné est préférable. Cela éviterait les effets délétères d'attente aux urgences.

- Nouvelles compétences et organisation de soin

L'élargissement des compétences comme la création des infirmiers en pratique avancée permettrait, en relation avec le MT une meilleure prise en charge des patients au domicile. Cela favoriserait une meilleure observance, éducation, et une détection d'éventuels problèmes.

La Fédération Hospitalière de France (FHF) a rédigé un rapport sur la collaboration ville-hôpital afin d'élaborer un parcours de santé coordonné entre le secteur public et les professionnels de santé en ville (32). Plusieurs propositions de la FHF ont été citées dans ce rapport. L'une d'elle serait la création d'un accueil de soin non programmé à l'hôpital. Celui-ci fonctionnerait 24h sur 24 contrairement aux MMG.

Une autre proposition serait l'existence d'un « guichet de numéros uniques » qui permettrait au MT de joindre facilement un spécialiste de l'hôpital. Il est également évoqué le partage d'informations. Il pourrait être astucieux qu'une plateforme commune permette l'échange de

données d'un patient en temps réel lors de son hospitalisation. L'utilisation plus large du dossier médical partagé pourrait y contribuer.

Selon la FHF, il serait judicieux d'avoir une régulation par un numéro unique de santé pour orienter au mieux les patients et vers une offre de soin adéquate (33). Toujours selon la FHF, la régulation permet dans 2/3 des cas d'apporter un conseil téléphonique pour éviter un passage aux urgences voire une consultation médicale. Suite à l'appel, il pourrait y avoir des transports remboursables par l'Assurance maladie vers des centres, en contrat avec l'ARS (34).

V. Conclusion

On observe une augmentation de la fréquentation des urgences de façon générale. Le CH de Maubeuge suit la même tendance, avec cependant une inflexion moins prononcée de la courbe aux urgences adultes voire une inversion entre 2017 et 2018 pour la pédiatrie (année du rapprochement de la MMG vers les urgences). L'année 2017 correspond également à la période où l'agent de tri a eu la possibilité d'orienter les patients des urgences vers la MMG.

Notre étude montre que dans l'intervalle d'un an, le flux d'utilisateurs, CCMU 1 pour la pédiatrie et CCMU 1 et 2 pour les adultes, a été réorienté vers les soins ambulatoires. Cela a permis de recentrer l'activité des urgences dans son cœur de métier, à savoir des patients plus graves et consommateur de soins.

Si bien qu'il existe une différence significative de la durée de passage aux urgences et des CCMU chez les adultes et en pédiatrie.

Les patients plus graves restent donc plus longtemps aux urgences, et entraînent une augmentation des hospitalisations.

En parallèle, on observe une augmentation de la fréquentation de la MMG d'année en année.

Face à ce constat, il serait intéressant de promouvoir l'implantation des MMG, notamment au sein des centres hospitaliers afin de ne pas engorger les urgences. Il s'agit de pouvoir proposer un avis médical présentiel.

La moyenne d'âge des patients qui consultent aux urgences et à la MMG appartient à la population active. Il serait judicieux de leur offrir une offre de soin adaptée. S'envisage la promotion de la télémédecine.

Une forte proportion de personnes âgées ont recours aux urgences. On pourrait ainsi envisager un suivi par des infirmiers en pratique avancée pour ces patients et des équipes

mobiles de gériatrie mixtes (hospitalier et ambulatoire).

Un numéro unique réservé aux médecins traitants permettrait également une meilleure orientation des patients lorsqu'ils présentent un problème de santé aigu.

De plus, une meilleure coordination ville-hôpital aiderait à améliorer le parcours de santé des patients avec notamment la création d'une plateforme commune.

Cela permettrait l'échange rapide et simple des informations des patients.

L'organisation architecturale et coordonnée d'un service d'accueil des urgences avec une maison médicale de garde contribue à un service rendu efficient à la population du bassin de vie.

VI. Références bibliographiques

1. Virginie Chasles. La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise — Géoconfluences. [cité 2 avr 2020]; Disponible sur: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html>
2. Angus M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012 [Internet]. 2018 mai. (Etudes & Résultats Drees). Report No.: 1061. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf
3. Barlet M, Chaput H, Marbot C, Monziols M. démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf
4. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. 2014 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
5. Blandine Legendre. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population [Internet]. 2020 février [cité 8 mai 2020]. (Etudes et Résultats Drees). Report No.: 1144. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf>
6. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Rev Fr Aff Soc.* 2005;1(1):17.
7. Frélaut M. Les déserts médicaux. *Regards.* 11 sept 2018;N° 53(1):105-16.
8. Duclos-Grisier A. Urgences médicales comment prendre en charge des patients plus nombreux [Internet]. *Vie publique.* 2020 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-urgences-medicales-comment-prendre-en-charge-des-patients-plus-nombreux>
9. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. 2019 février [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
10. David R. Baisse de 7% du nombre de médecins généralistes en 2018 : « Ça va continuer à s'aggraver » [Internet]. *Europe 1.* 2018 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.europe1.fr/societe/baisse-de-7-du-nombre-de-medecins-generalistes-en-2018-ca-va-continuer-a-saggraver-3814688>
11. Ordre des médecins. Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale [Internet]. 2018 déc [cité 9 mai 2020]. Report No.: 16. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf
12. Payne K, Dutton T, Weal K, Earle M, Wilson R, Bailey J. An after hours gp clinic in regional Australia: appropriateness of presentations and impact on local emergency

department presentations. BMC Fam Pract. 11 sept 2017;18(1):86.

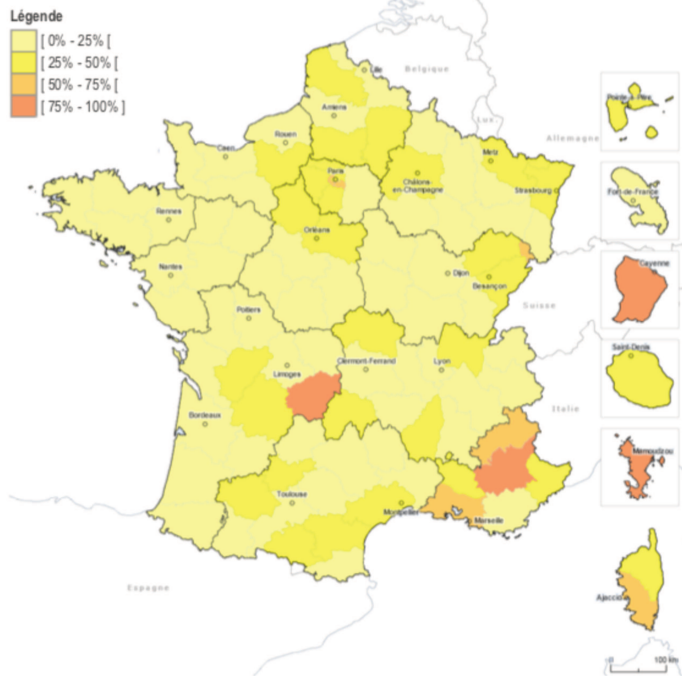
13. Grière M. La Maison Médicale de Garde de Douai pour assurer la permanence des soins ambulatoires dans le Douaisis. Evaluation de l'adaptabilité du dispositif et de la satisfaction des usagers. [Internet]. Lille 2 droit et santé; 2017 [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ef0f2362-f88a-42df-a995-298d8d570cc2>
14. ARS. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2018 août [cité 2 mai 2020]. Report No.: 234. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/content/download/49088/325228/file/Recueil%20n%C2%B0%20234%20du%206%20ao%C3%BBt%202018.pdf>
15. Enquête ELABE auprès des médecins sur la permanence des soins ambulatoires [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2018>
16. Chevillard G. Enjeux territoriaux de l'accessibilité aux médecins généralistes. Belveder + [Internet]. févr 2020 [cité 26 juill 2020];(6). Disponible sur: <https://www.revue-belveder.org/index.php/enjeux-territoriaux-de-laccessibilite-aux-medecins-generalistes/>
17. Code de la santé publique - Article R730. Code de la santé publique.
18. Kossivi D. Les patients de la maison médicale de garde et ceux des urgences pédiatriques : deux populations différentes ? [Internet]. [Sambre-Avesnois à Maubeuge]: Lille 2 droit et santé; 2016 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/619ce10f-0d05-4dbe-a487-83389b12b6f1>
19. Boisguérin B, Brilhault G, Ricroch L, Chaput H, Vuagnat A. Structures des urgences hospitalières: premiers résultats de l'enquête nationale. 2013 juin p. 17. (DREES).
20. Foulst M. La CPAM pourra obliger un médecin traitant à soigner un patient qui en est dépourvu, ont voté les députés. 14 mars 2019 [cité 12 sept 2020]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/la-cpam-pourra-obliger-un-medecin-traitant-soigner-un-patient-qui-en-est-depourvu-ont-vote-les>
21. Ribaut PL. Permanence des soins ambulatoires, déterminants de consultation, et évaluation de l'intention d'un recours à un service d'urgence. 2015.
22. Université Médicale Virtuelle Francophone. L'épidémiologie [Internet]. Unf3s. 2012 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-publique/epidemiologie/site/html/4.html>
23. Bonnet M. Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste. [Bordeaux]; 2018.
24. van der Straten LM, van Stel HF, Spee FJM, Vreeburg ME, Schrijvers AJP, Sturms

- LM. Safety and efficiency of triaging low urgent self-referred patients to a general practitioner at an acute care post: an observational study. *Emerg Med J.* nov 2012;29(11):877-81.
25. Mayer A. Urgences : un temps d'attente de deux heures [Internet]. Top santé. 2014 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.topsante.com/medecine/votre-sante-vous/acces-aux-soins/urgences-un-temps-d-attente-de-deux-heures-62729>
26. Franck von Lennep. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation - Ministère des Solidarités et de la Santé. juill 2014 [cité 22 juin 2020];(889). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
27. Or Z, Penneau A. A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. *Health Policy Amst Neth.* 2018;122(8):908-14.
28. Colineaux H, Pelissier F, Pourcel L, Lang T, Kelly-Irving M, Azema O, et al. Why are people increasingly attending the emergency department? A study of the French healthcare system. *Emerg Med J.* sept 2019;36(9):548-53.
29. Ben Othman S, Hammadi S, Quilliot A, Martinot A, Renard J-M. Health Care Decision Support System for the Pediatric Emergency Department Management. *Stud Health Technol Inform.* 2015;216:305-9.
30. Angoulvant F, Claudet I, Dauger S, Dubos F, Gajdos V, Gillet Y, et al. Création d'un réseau de recherche des services d'accueil des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie.* janv 2017;24(1):1-2.
31. Roucher D. Hôpital et personne âgée [Internet]. 2018 février [cité 23 juin 2020]. (Grand âge et autonomie). Report No.: 10. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf
32. Trocherie C. Renforcer le lien Ville-Hôpital [Internet]. Fédération Hospitalière de France. 2018 [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>
33. Velletoux, F, Briet Z. Urgences hospitalières, pour un plan d'actions global. [Internet]. 2019 sept [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/09/Urgenceshospitali%C3%A8res-Pourunplandactionsglobal.pdf>
34. Thomas Mesnier. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Paris; 2018 mai [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

VII. Annexes :

Cartographie 1

Cartographie 1 - Part des actes non régulés en 2017



AUTEUR : Nom : CRAEYE

Prénom : Juliette

Date de soutenance : 02 octobre 2020

Titre de la thèse : Impact du rapprochement géographique de la maison médicale de garde de Maubeuge sur les services d'urgences du Centre Hospitalier local

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : thèse pour le doctorat en médecine

DES + spécialité : DES de Médecine générale

Mots-clés : Maison médicale de garde – Urgences – Permanence des soins

Résumé

Contexte : Depuis plusieurs années, nous constatons une augmentation des consultations aux urgences, certainement corrélée au vieillissement de la population et au manque d'installation de médecins généralistes libéraux. Le gouvernement français, soutient la création de Maison Médicale de Garde (MMG) afin d'offrir une réponse alternative aux urgences en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. La MMG de Maubeuge s'est rapprochée de l'accueil des urgences en novembre 2017. L'objectif du travail est d'évaluer l'impact du rapprochement sur la fréquentation des urgences et de comparer la typologie des patients ayant consulté aux urgences adultes et pédiatriques en octobre 2017 et octobre 2018, soit avant et après le rapprochement de la MMG.

Méthodes : L'objectif principal était une étude d'activité. Pour les objectifs secondaires, nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique. Les données qualitatives ont été décrites par les fréquences, comparées par le test du Chi 2. Les données quantitatives ont été décrites par leur moyenne, comparées par le test de Student. Une analyse statistique multivariée a été réalisée par régression logistique binaire.

Résultats : De 2017 à 2018, nous constatons une augmentation moins importante du nombre de consultations aux urgences adultes et, une diminution du nombre de consultations aux urgences pédiatriques.

Nous observons, une différence significative de fréquentation des urgences ($p < 0,05$) pour l'âge, les CCMU, les modes de sorties et la durée aux urgences adultes. On retrouve une différence significative ($p < 0,05$) pour les CCMU et la durée aux urgences pédiatriques.

Conclusion : La diminution des CCMU 1 aux urgences pédiatriques et des CCMU 1 et 2 aux urgences adultes avec l'augmentation de la fréquentation de la MMG laissent penser l'intérêt d'un rapprochement des MMG au sein des Centres Hospitaliers. Il serait intéressant de personnaliser l'offre de soin pour les patients appartenant à la population active, pour les enfants et les personnes âgées vulnérables. De plus, l'élargissement des compétences et une meilleure organisation des soins contribueraient à un service rendu efficient à la population du bassin de vie.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric WIEL

Asseseurs : Madame le Professeur Florence RICHARD

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Madame le Docteur Nathalie de POUVOURVILLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain DEWILDE