

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

SCHICK Julia
Née le 24 juin 1986

Présentée et soutenue publiquement le 26 Avril 2016

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'INCIDENCE DE PAÏS
(PLATEFORME ALTERNATIVE D'INNOVATION EN SANTÉ)
SUR LE RECOURS AUX URGENCES ENTRE
TROIS COMMUNAUTÉS DE COMMUNES EN
LOIR-ET-CHER.

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur PERROTIN

Membres du jury : Monsieur le Docteur GBADAMASSI

Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ

Monsieur le Professeur MAILLOT

Monsieur le Docteur TRABUT

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

SCHICK Julia
Née le 24 juin 1986

Présentée et soutenue publiquement le 26 Avril 2016

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'INCIDENCE DE PAÏS
(PLATEFORME ALTERNATIVE D'INNOVATION EN SANTÉ)
SUR LE RECOURS AUX URGENCES ENTRE
TROIS COMMUNAUTÉS DE COMMUNES EN
LOIR-ET-CHER.

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur PERROTIN
Membres du jury : Monsieur le Docteur GBADAMASSI
Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ
Monsieur le Professeur MAILLOT
Monsieur le Docteur TRABUT

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZE - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Yvon LEBRANCHU
Professeur Elisabeth LECA
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Gérard LORETTE
Professeur Michel ROBERT
Professeur Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – G. GINIES – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
	HANKARD Régis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie

MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
	MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
	Mme MARJANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
	Mme MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	ODENT Thierry	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mmes	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire

M.	BOISSINOT Éric	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MM.	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
	TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	IVANES Fabrice	Cardiologie
----	----------------------	-------------

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire Orthophoniste
MM. GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
MONDON Karl Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
M. MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Perrotin,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, merci de votre enseignement si précieux dont j'ai pu profiter tout au long de mes études et notamment pendant ces 4 derniers mois dans votre service. Je tiens à vous témoigner toute ma reconnaissance.

À Madame le Professeur Lehr-Drylewicz,

Merci pour votre formation durant ces années d'internat ainsi que votre aide dans mon parcours. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères

À Monsieur le Professeur Maillot ,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Gbadamassi,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vous m'avez guidé tout au long de ce travail avec enthousiasme, toujours présent malgré vos nombreuses charges. C'était un grand plaisir de travailler sous votre direction, je vous en suis sincèrement reconnaissante et vous remercie vivement.

À Monsieur le Docteur Trabut : François, merci de m'avoir orientée vers ce sujet. Tu as toujours répondu présent lorsque j'en avais besoin. Merci pour tes précieux conseils et de me faire l'honneur de siéger dans mon jury.

Au Docteur Brun-Zerrouk :

Ma mentor, merci d'avoir cru en moi, merci pour tes conseils. Je te dois beaucoup.

Au Docteur Hilal :

Merci pour ton accueil, pour ta confiance et ta gentillesse.

Au Dr Yves Marot :

Merci pour tes conseils avisés.

À toute l'équipe des urgences de Vendôme :

Merci pour votre incroyable accueil et tout les bons moments passés avec vous au milieu du tumulte des urgences.

À l'équipe de Mr Duvallon du CHU de Tours , à l'équipe de Mr Flachat du CH de Blois, à Mr Expert du CH de Blois, à Mr Junin du CH d'Amboise, à Mr Cantel et Mme Roux du CH de Saint-Calais, à Mr Jeannot, Gigi et Nathalie (que j'ai beaucoup embêté) du CH de Vendôme, au Dr Lorencki de Savigny.

Merci d'avoir répondu à mes sollicitations et de m'avoir fourni les données nécessaires à mon étude.

À mes parents

Merci pour votre amour inconditionnel pour votre soutien de chaque jour, vous avez toujours été là quand il le fallait. Vous avez supporté mon parcours un peu chaotique, les remises en question assez fréquentes, il faut bien l'avouer. J'ai une bonne nouvelle, je crois que j'ai décidé, je vais être médecin.

À Henri et Madeleine que j'aurais aimé avoir à mes côtés ce jour.

À ma grand-mère toujours attentive à mon parcours.

À Nathalie merci pour les dépannages, les conseils, les cadeaux surprises les baby sitting et tout le reste.

À Céline et Gautier : j'ai de la chance d'avoir des amis comme vous. Céline merci pour toutes les heures de révisions et toutes les soirées de non révisions. Les moments partagés avec vous sont précieux, j'espère en vivre beaucoup d'autres.

À Nomnom ma consoeur, la thèse du post-partum n'a plus de secret pour nous.

À Anne-Catherine merci pour ton soutien, et tes conseils toujours très sages.

À toi mon Jules Merci Merci Merci !!! Merci pour ta patience, merci d'être mathématicien, merci d'être fort en mise en page, merci de m'avoir soutenue ces derniers mois dans la gestion un peu laborieuse de ma thèse, merci surtout de m'avoir supportée.

J'ai une chance incroyable de t'avoir dans ma vie, tu me rends infiniment heureuse .

Je t'aime

Enfin à toi mon Crapouillou même si, il faut être honnête, tu n'as pas été d'une grande aide (tu m'as quand même appris à faire de la bibliographie en donnant un biberon). Tu as bouleversé toute ma vie et tu lui as donné un sens merveilleux.

RESUME

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'INCIDENCE DE PAÏS (PLATEFORME ALTERNATIVE D'INNOVATION EN SANTÉ) SUR LE RECOURS AUX URGENCES ENTRE TROIS COMMUNAUTÉS DE COMMUNES EN LOIR-ET-CHER.

Le système de santé Français doit faire face à de nouvelles contraintes socio-médico-démographiques, liées à l'évolution de la population et aux changements de pratiques des professionnels de santé. De ce fait, les structures d'urgences hospitalières connaissent une progression moyenne annuelle du nombre de passage de 4%. En France, depuis 2012, plus de 18 millions de passages sont enregistrés chaque année.

Notre travail se propose d'étudier PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé), un dispositif créé pour permettre une optimisation de la médecine de proximité. Grâce à un renforcement du secrétariat et en se restructurant au sein de leurs territoires respectifs, les généralistes adhérents parviennent à dégager des plages d'astreintes dédiées aux demandes inopinées.

Nous avons confronté le nombre de recours aux urgences et au SAMU des habitants du territoire PAÏS à ceux de deux autres communautés de communes, Vallées Loire et Braye et Colline du Perche, situées dans le nord du département, ayant une organisation médicale classique.

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective de 2011 à 2015, comparant les demandes des populations bénéficiant ou non de PAÏS et ayant recours majoritairement à 5 centres hospitaliers (Amboise, Blois, Vendôme, Tours et Saint Calais).

Tous les passages aux urgences ou appels au SAMU entre mai 2011 et mai 2015 de patients dont le code postal d'habitation correspond aux 3 communautés de communes précisées, ont été inclus.

Plusieurs sous-groupes ont été étudiés selon l'heure de passage (jour ou nuit) et l'âge des patients (plus de 75 ans et moins de 14 ans).

Les appels SAMU (15) ont été classés selon les types de réponses proposées : ambulance, orientation vers le médecin généraliste, SMUR.

Les résultats montrent une diminution globale du nombre de recours aux urgences des patients du territoire bénéficiant de PAÏS comparativement aux deux autres. La différence est plus marquée pour les patients de plus de 75 ans. En revanche les moins de 14 ans consultent plus aux urgences dans le territoire PAÏS. Les appels en provenance du SAMU émis des zones médicalement structurées sont adressés majoritairement aux médecins généralistes contribuant à une réduction des transports sanitaires vers les urgences.

En plus de son impact sur la fréquentation des urgences ce dispositif permet aux généralistes de mener des actions de prévention et d'éducation. Il favorise également la création d'un réseau de professionnels de santé et constitue un excellent moyen pour attirer de jeunes généralistes dans ces territoires.

Mots clés : Recours aux urgences, PAÏS, Loir-et-Cher, Organisation de la médecine de proximité.

SUMMARY

COMPARATIVE STUDY OF THE INCIDENCE OF PAÏS (ALTERNATIVE PLATFORM OF HEALTH INNOVATION) ON THE EMERGENCY RECOURSE BETWEEN THREE TOWN COMMUNITIES IN LOIR-ET-CHER

Overcrowded emergency department is a multifactorial society problem. Aging population, aging general practitioners and the disparity of their geographical repartition have contributed to an average annual increase of 4% of the number of patients in the emergency department. Our work intends to study PAIS (Alternative Platform of Health Innovation), a proximity structured medical organization started in the town community of Cher à la Loire. GPs who join this organization are taking turns to cover unexpected consultations. At the same time we studied the classical medical organization of two other town communities: Vallées Loir et Braye, and Collines du Perche, located in the north of the department. We confronted the number of utilization of the emergency department and SAMU (emergency ambulance service) in communities with classical medical organizations, and communities using PAIS.

It is a retrospective quantitative study from 2011 to 2015, comparing the emergency utilization of the population with and without PAIS in five hospitals centers (Amboise, Blois, Vendôme Saint Calais and Tours).

All the emergency's users and SAMU calls from the people who are living in one of the three town community have been included.

Several sub groups have been differentiated: time of arrival (night or day), age (more than 75 years old and less than 14 years old).

The emergencies phone calls were classified according to the type of solution sent: classical ambulance, general practitioners, medical ambulance.

The results point a reduction of utilization of emergency department in PAÏS territory comparatively with the two other territories especially for the more than 75-years-old patients. However the less-than-14-years old users from PAIS territory are consulting more the emergencies.

The emergencies calls from Cher à Loire are most of the time send to the general practitioner which reduce the number of ambulances.

Besides of the impact on the emergency department, this platform allows practitioner to conduct prevention and playful actions. It is creating a connection between the health professionals, in a way to attract new general practitioners to work in this rural territory.

Keywords : Emergency recourse, PAÏS, Loir-et-Cher, general medicine organization.

Table des matières

1 Introduction.....	5
2 Contexte.....	8
2.1 Le Loir-et-Cher face à sa démographie médicale.....	8
2.1.1 État des lieux	8
2.1.1.1 Régional	8
2.1.1.2 Départemental	8
2.1.2 La permanence des soins du Loir-et-Cher.....	9
2.1.3 Les Maisons de santé pluridisciplinaires dans le Loir-et-Cher.....	10
2.2 La plateforme alternative d'innovation en santé : PAIS.....	11
2.2.1 Présentation.....	11
2.2.2 Fonctionnement	11
2.2.3 Financement.....	12
2.2.4 États des lieux de PAIS.....	12
3 Matériel et méthode.....	13
3.1 Type d'étude.....	13
3.2 Lieux et populations étudiés	13
3.3 Recueil du nombre de passages aux urgences	14
3.4 Recueil du nombre d'appels SAMU.....	15
3.5 Méthodologie.....	15
3.5.1 Étude.....	15
3.5.2 Statistiques	16
4 Résultats.....	17
4.1 Résultat de la requête.....	17
4.2 Répartition par territoires des passages dans les centres hospitaliers.....	17
4.3 Étude du nombres de passages aux urgences	19
4.3.1 Résultats sans sous groupe	19
4.3.2 Résultats des plus de 75 ans.....	22
4.3.3 Résultats des moins de 14 ans.....	23
4.4 Évolution sur 4 années	24
4.5 Résultats des appels SAMU.....	26
5 Discussion.....	29
5.1 Analyse des résultats.....	29
5.1.1 Généraux	29
5.1.1.1 Patients de plus de 75 ans.....	29
5.1.1.2 Patients de moins de 14 ans.....	30
5.1.1.3 L'évolution sur 4 ans.....	30
5.1.2 Les appels SAMU	30
5.2 Forces et Faiblesses.....	31
5.2.1 Forces.....	31
5.2.2 Faiblesses.....	31
5.3 Comparaison.....	32
5.4 Ouverture.....	33
6 Conclusion	35

1 Introduction

Le système de santé en France doit faire face à de nouvelles contraintes socio-médico-démographiques, notamment liées à l'évolution de la population et aux changements des pratiques des professionnels de santé.

Le vieillissement de la population française est l'une des difficultés importantes face à laquelle notre dispositif de soins doit s'organiser. En 2060 les projections font état d'une augmentation de plus de 80 % des plus de 60 ans [1]. Les patients mieux informés et plus vigilants sont plus exigeants concernant leur santé, les professionnels de santé sont confrontés à l'apparition d'un consumérisme médical à l'origine d'une surconsommation des soins [2].

Les structures hospitalières connaissent une progression majeure du recours aux services d'urgences. En France les chiffres de la Cour des Comptes font état de plus de 18 millions de passages aux urgences en 2012 [3]. Entre 1996 et 2012 le nombre de passages a augmenté de 85,15 % passant de 10,1 millions à 18,70 millions (alors que la population française n'a augmenté conjointement que de 9,67 %) [1]. La fréquence de passage en France est d'environ 28%. La tendance se poursuit avec une progression annuelle moyenne de 4% de passages en plus [4]. C'est un phénomène aux causes multiples qui touche tous les pays développés [5] [6].

Le manque de personnel, les démissions régulières des urgentistes sont le quotidien des services sous tension. Dans un contexte économique difficile, les restrictions budgétaires entraînent la fermeture des lits d'aval. Les places d'hospitalisation sont difficiles à obtenir (le dernier plan urgences du Ministère de la Santé doit permettre la mise en œuvre de gestionnaires de lits afin de pallier à ce problème [7] [8]). Paradoxalement le système tarifaire mis en place (T2A) par la réforme du plan Hôpital 2007 incite plus à augmenter l'activité qu'à la réguler [3].

La DREES a menée plusieurs enquêtes afin de mieux cerner le profil des patients, les motifs de consultation et leurs parcours. La dernière enquête de juin 2013, a récolté les données de tous les passages aux urgences auprès de 736 (736 sur 738) centres nationaux sur 24h (52018 passages ont été analysés) [9]. Pour 20% des patients, la venue aux urgences se fait par défaut, en raison de l'insuffisance de l'offre de ville (impossibilité de rendez vous, nécessité d'examen complémentaires...).

De nombreux patients pourraient être pris en charge en ambulatoire mais les soins de premier recours sont également dans une situation préoccupante. Les médecins généralistes vieillissent, avec une moyenne d'âge qui est de 51,7 ans [10]. On observe une diminution des vocations, la baisse du nombre de généralistes est de -10,3% en 8 ans et de moins -6,8% d'ici 2020 [10]. Le mode d'exercice évolue, les jeunes médecins souhaitent concilier qualité de vie professionnelle et personnelle. Ils sont prêts à exercer et à s'installer dans des zones dites déficitaires à la conditions de trouver un tissu social et des services de proximité autour de leur lieu d'exercice [11]. Les praticiens souhaitent également une organisation de travail en coordination avec d'autres acteurs de santé (laboratoire d'analyses médicales, pharmacie, praticiens paramédicaux libéraux et des structures sanitaires permettant une prise en charge ambulatoire) [12]. Mais les tâches administratives de plus en plus prenantes n'incitent pas les jeunes diplômés à s'installer (l'âge de la première installation recule) et beaucoup se tournent vers le salariat.

Dans ce contexte et dans le cadre de l'encouragement de la prise d'initiative par les états généraux de l'offre de soins de 2007 , une organisation innovante entre médecins généralistes exerçant dans un même territoire a été imaginée. Partant d'un constat simple : beaucoup de passages aux urgences pourraient être évités si la médecine de proximité s'organisait différemment, le Docteur Isaac Gbadamassi, praticien au centre hospitalier de Blois, SAMU-CRRA 15, en collaboration avec Patrick Expert, directeur-adjoint au centre hospitalier de Blois et administrateur du GCS Télésanté Centre, ont proposé la mise en place en 2009 du dispositif PAIS [13].

La Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) est un dispositif créé pour permettre une optimisation du temps des généralistes installés. Grâce à un renforcement du secrétariat et en se restructurant au sein de leurs territoires respectifs, ils parviennent à dégager des plages d'astreintes dédiées aux demandes inopinées.

Une première thèse réalisée par le Dr François Trabut en 2012 avait étudié l'impact de la mise en place de PAIS sur le recours aux urgences des hôpitaux de Blois Tours et Amboise [14]. Son travail interrogeait la différence de fréquentation des services d'urgences 1 an avant et 1 an après la mise en place de PAIS (soit sur la période 2009 à 2011). Son étude montrait une différence significative de la fréquentation des services d'urgences avant et après le début de PAIS. Depuis 2011 deux autres médecins ont rejoint la plateforme PAIS à Saint Georges-sur-Cher. Le dispositif est un succès auprès des patients et fait la fierté des élus locaux.

Mon travail dans le prolongement de celui du Dr Trabut s'interroge sur l'impact de PAIS entre 2011 et 2015 en comparant le recours aux urgences et au SAMU de 3 communautés de communes . La Communauté de communes du Cher à Loire qui bénéficie du système PAIS, et les communauté de communes Vallées Loir et Braye et Collines du Perche. Ces deux territoires bénéficient d'un système de soins « classique » avec des Maisons de santé pluridisciplinaire. La plateforme PAIS devait s'implanter: 7 médecins dont 2 jeunes remplaçants étaient très favorables à cette organisation. Toutefois le système n'a pas reçu l'approbation des élus indispensable pour le financement.

Nous étudierons donc le nombre de recours aux urgences et au SAMU des trois communautés de communes dont l'une bénéficie de PAIS.

2 Contexte

2.1 Le Loir-et-Cher face à sa démographie médicale.

2.1.1 État des lieux

2.1.1.1 Régional

La Région Centre est la région de France la plus déficitaire en matière de démographie médicale avec une densité de 130 médecins généralistes pour 100000 habitants dont (89 /100000 libéraux), la moyenne nationale est de 156 (dont 106 libéraux) [15]. Le nombre de médecins en activité régulière a baissé de 2,9% entre 2007 et 2013. L'âge moyen des médecins est le plus élevé des régions métropolitaines: 52 ans et 56 % des généralistes ont 55 ans ou plus [16].

D'après l'Insee la population régionale devrait progresser de 2,6 % d'ici 2020 et les personnes âgées de plus de 70 ans de 16,5 % [1]. Pour y faire face, le besoin d'ici 2020 serait de 1150 nouveaux médecins généralistes soit plus de la moitié des effectifs actuels uniquement pour maintenir la même offre de soins [16].

2.1.1.2 Départemental

Le Loir-et-Cher compte au 31 décembre 2014, 274 médecins généralistes (dont 251 en secteur 1). La densité est de 87 médecins généralistes libéraux pour 100000 habitants. Le nombre moyen d'habitants pour un médecin généraliste est de 1315 et 208 communes (soit 71,5% des communes) du Loir-et-Cher n'ont pas de médecin traitant [17]. Les praticiens travaillent pour 43 % en exercice regroupé et 7 maisons de santé sont implantées sur le département [16] (Annexe 1).

C'est un département en surmortalité prématurée (soit avant 65 ans) par rapport au reste du territoire (les 3 grandes causes sont: tumeurs, maladie de l'appareil circulatoire et suicides). L'espérance de vie est inférieure de 0,5 ans à celle de la métropole [16].

2.1.2 La permanence des soins du Loir-et-Cher.

C'est une organisation de l'offre de soins qui permet de répondre aux besoins des patients aux heures de fermeture des cabinets médicaux, soit entre 20h et 8h en semaine, ainsi que les dimanches et jours fériés. L'organisation est départementale et le département est sectorisé. Chaque secteur plus ou moins grand, est couvert par un médecin libéral de garde.

L'accès au médecin de garde se fait via le SAMU-CRRA 15 qui régule l'appel avant le transfert au médecin. Les déplacements des praticiens sont devenus rares imposant, in fine au SAMU, un transfert en ambulance privée vers les urgences hospitalières pour les personnes à mobilité réduite, âgées et/ ou seules à leur domicile.

Ce système est cher à financer pour un résultat mitigé (La CPAM a versé 84 213 € de forfait d'astreintes pour le premier semestre 2015 dans le Loir-et-Cher) [18] Ce dispositif fait face à de nombreuses difficultés. La répartition de la population est très hétérogène, le territoire est étendu. Le Loir-et-Cher est passé de 27 secteurs en 2004 à 6 secteurs en 2016. Dans le secteur de Blois, le médecin est seul d'astreinte de 20h à 22h pour 95000 habitants. La participation se fait sur la base du volontariat, mais le système s'épuise avec une baisse constante du nombre de volontaires. Les sujets d'insatisfaction sont nombreux: les recours inappropriés à la permanence des soins liés à l'insuffisance de la continuité des soins, (exemple des EHPAD), des territoires trop vastes, des obligations qui alourdissent la garde (certificat de décès, examen de gardés à vue ...). Dans 67 % du territoire national, la permanence des soins n'est pas assurée après minuit [19].

Dans les trois communautés de communes étudiées, la permanence des soins n'est pas assurée en semaine. Concernant le territoire PAIS après deux ans de fonctionnement de la plateforme, il a été relevé une forte diminution du recours des habitants au 15 (environ un appel tous les 3 jours entre 20h et minuit). Il a été mis un terme à la permanence des soins en semaine après 20h. Désormais, tous les appels après 20h sont gérés par le SAMU-Centre-15 selon une convention établie entre les médecins Païsois (adhérents à PAÏS) et le centre hospitalier de Blois, siège du SAMU-CRRA 15. En revanche les gardes de week end sont assurées jusqu'à 20h dans ce territoire. Les communautés de communes de Vallées Loir et Braye et Collines du Perche n'ont pas de permanence de soins faute de volontaires.

2.1.3 Les Maisons de santé pluridisciplinaires dans le Loir-et-Cher

Il existe 7 maisons de santé pluridisciplinaire dans le Loir-et-Cher toutes très récentes [15]. C'est une entité définie par le code de santé publique. Lorsque des financements publics sont sollicités, la structure doit répondre à un cahier des charges, soit au minimum 3 professionnels de santé dont 2 médecins généralistes et 1 paramédical [20]. Il faut un projet de santé commun aux professionnels, une continuité des soins avec une large amplitude horaire d'ouverture, une coordination interne à la structure et une garantie d'offre de premier recours. Un système d'information, de gestion et de partage des dossiers fait également partie des critères. Le développement des maisons de santé, favorise l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles que sont l'éducation thérapeutique et les actions de prévention de la population. Les médecins exerçant dans une MSP doivent s'impliquer dans le fonctionnement de la structure.

Plusieurs études ont été faites sur ce mode d'exercice. Un rapport de l'IRDES montre l'impact du développement des maisons et pôles de santé sur la démographie médicale [21]. Il constate une moindre diminution de la densité des médecins généralistes dans des zones défavorisées en terme d'offre de santé. De plus l'exercice pluri-professionnel en maisons, pôles et centres de santé montre une performance supérieure comparativement à l'exercice « standard » (amélioration des soins et services rendus ambulatoires).

Mais cette forme d'exercice a aussi des limites et le projet de santé doit être porté par les professionnels. Plusieurs cas sont ainsi rapportés, d'élus locaux, préoccupés par la désertification médicale, qui ont construit, dans la précipitation, des bâtiments qui restent vides. L'investissement pour les communes est souvent très lourd [22].

Dans la communauté de communes des Collines du Perche, la maison de santé de Mondoubleau neuve est restée vide plusieurs mois avant qu'un généraliste de 58 ans ne s'y installe. Les élus très tentés par cette « vitrine » de leur commune se retrouvent démunis lorsque les médecins font défaut. Une étude menée par la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) dresse le constat de la majoration des coûts de l'exercice en maison de santé, liés principalement aux salaires et charges salariales ainsi qu'aux loyers plus lourds [23]. Ce surcoût est évalué, en moyenne, à 4400 euros annuels par médecin exerçant en maison de santé [23]. La commune de Montrichard a construit une maison de santé en 2012 mais elle ne parvient pas à attirer des généralistes. Elle a fait le choix de salarier trois médecins généralistes depuis le 1er septembre 2014.

À Saint Georges sur Cher les médecins ont évolué différemment devant le bon fonctionnement de PAÏS ils ont décidé de créer une SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) et donc d'évoluer en Maison de Santé Pluridisciplinaire en complément de PAÏS car ils relevaient des critères pré-requis. (Annexe 1)

2.2 La plateforme alternative d'innovation en santé : PAIS

2.2.1 Présentation

Dispositif mis en place en 2009 sur l'initiative du Docteur Isaac Gbadamassi, praticien au centre hospitalier de Blois, SAMU-CRRA 15 en collaboration avec Patrick Expert, directeur-adjoint au centre hospitalier de Blois et administrateur du GCS Télésanté Centre [13].

Leur projet s'inscrit dans le cadre de l'encouragement de la prise d'initiative par les états généraux de l'offre de soins de 2007, ainsi que dans la nouvelle loi de la sécurité sociale de 2008 qui prévoit le financement de nouveaux modes de rémunération des professionnels libéraux.

Leur constat est simple : beaucoup de passages aux urgences pourraient être évités si la médecine de proximité s'organisait différemment.

2.2.2 Fonctionnement

PAIS est un contrat local de santé signé entre l'ARS, les collectivités territoriales et les médecins. Il comprend plusieurs volets :

- Un secrétariat médical commun pour les médecins adhérents à PAIS. C'est un secrétariat renforcé avec une présence de 8h à 20h les jours de semaine et le samedi matin. Les secrétaires bénéficient d'une formation par le SAMU. Cela leur permet de hiérarchiser les urgences, de filtrer les appels et de donner un rendez vous de façon rapide aux patients qui le nécessitent. Ce renforcement du secrétariat décharge les médecins des tâches administratives et leur fait gagner du temps.
- Les praticiens d'un même territoire s'organisent, à tour de rôle, pour apporter une réponse aux demandes des imprévus, de 8h à 20h en semaine puis le samedi de 8h à 12h. Le fait de pouvoir prendre en charge dans la journée les patients diminue fortement le recours à la permanence des soins.
- Les médecins ont également plus de temps pour mener des actions de prévention et d'éducation collective par exemple : la formation du personnel des EHPAD, la mise en place de consultation d'éducation thérapeutique pour les patients BPCO et diabétiques, l'organisation d'activité physique des patients diabétiques sur Saint Georges...
- Un équipement informatique assure la mise en partage des dossiers médicaux des patients entre les médecins signataires de la convention PAIS, ce qui facilite l'accès aux antécédents et l'histoire médicale du patient lors d'une astreinte.

La mise en place de PAIS ne nécessite pas la construction de locaux car elle prend en l'état l'existant et peut se déployer en 2 mois dès lors que les différents financeurs ont donné leur accord.

2.2.3 Financement

L'ARS finance le secrétariat sur 3 ans (100%, 60% puis 30%) avant son retrait total. Après ces 3 ans, les communautés de communes prennent entièrement le relais. Le FIR (Fonds d'Intervention Régional) permet d'assurer ce financement selon les modalités prédéfinies. Les journées d'imprévus sont financées d'emblée, par les communautés de communes Celles-ci doivent s'engager à assurer ce financement avant le lancement du dispositif.

Il y a également une participation privée (la Mutualité Française du Centre et Harmonie Mutualité, le groupement de coopération sanitaire *Télesanté Centre*), qui financent partiellement et épisodiquement le pilotage, les études afférentes à l'organisation et apportent une aide matérielle pour les rencontres avec des partenaires médico-sociaux. Enfin , les actions de prévention et d'éducation sont rémunérées via le Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information en Santé (FNPEIS).

2.2.4 États des lieux de PAÏS

En juin 2015, 24 médecins sont signataires du dispositif. Dans la communauté de communes du Cher à la Loire, 11 médecins sont impliqués: 9 médecins adhèrent de façon totale au dispositif, un praticien n'a pas de secrétariat renforcé et un autre a quitté le dispositif en octobre 2014 pour rejoindre la MSP de Montrichard et y être salarié.

Dans la communauté de communes de la grande Sologne 5 médecins sont signataires et appliquent PAIS (2 depuis 2012 et 3 depuis 2015).

Dans la nouvelle communauté de communes du Val de Cher Controis 9 médecins sont signataires mais seuls 2 médecins peuvent appliquer PAIS. Dans ce territoire faute de financement pérenne la plateforme pourrait être amenée à disparaître en dépit de la grande satisfaction des usagers et des élus locaux.

3 Matériel et méthode

3.1 Type d'étude

C'est une étude quantitative rétrospective de 2011 à 2015 portant sur 3 communautés de communes ayant recours à 5 services d'urgences.

3.2 Lieux et populations étudiés

Je me suis intéressée à trois communautés de communes situées dans le Loir-et-Cher (Annexe 2). La communauté de communes du Cher à la Loire territoire de référence de mon étude (code postal 41400) qui bénéficie du système PAIS depuis sa création. Les territoires « témoins étudiés » sont :

- la communauté de communes de Vallées Loir et Braye (code postal 41800 et 41360), créé par fusion des communautés de communes des Coteaux de la Braye et du Pays de Ronsard en janvier 2014. Ce regroupement fait suite à la volonté gouvernementale de réduire le nombre de communauté de communes et au Schéma Départemental de Coopération Intercommunale (SDCI) proposé par le préfet.

- la communauté de communes des Collines du Perche

Les données concernant les populations des communauté de communes ont été récoltées auprès l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Les chiffres par commune du recensement de 2013 ont été additionnés afin d'obtenir les résultats pour chaque communauté de communes.

Comme le montre le Tableau 1 La communauté des Collines du Perche a le plus petit effectif : 5808 habitants, les communautés de communes Vallées Loir et Braye et Cher à la Loire ont respectivement 14685 et 14894 habitants.

Les populations sont comparables sur le plan démographique. Il n'y a pas de différence significative entre les tranches d'âge des populations des 3 communautés de communes (test du Chi2 : pas de différence $p > 0,14$)

Tableau 1: Population de chaque communauté de communes, détaillée par classe d'âge exprimée en chiffre brut et en pourcentage.

Lieu	Population	Total	Moins de 14 ans	Plus de 75 ans
Cher à la Loire		14894	2358	2415
Cher à la Loire %		100 %	15,83 %	16,21 %
Colline du Perche		5808	893	891
Colline du Perche %		100 %	15,37 %	15,34%
Vallées Loir et Braye		14685	2284	2332
Vallées Loir et Braye%		100	15,55 %	15,88 %
France métropolitaine		63375972	11635706	5806165
France métropolitaine %		100 %	18,35 %	9,10 %

3.3 Recueil du nombre de passages aux urgences

Concernant les passages aux urgences les données ont été récoltées auprès des services informatiques de 5 centres hospitaliers les plus près géographiquement des territoires étudiés. Service informatique des Urgences de Trousseau pour le CHU de Tours , des urgences de Saint Calais, des urgences Vendôme, des urgences de Blois et des urgences d'Amboise.

La requête faite auprès des informaticiens était : tous les passages entre le 1er mai 2011 et le 1er mai 2015 des patients dont le code postal de lieu de résidence commence par 41 . Il était également demandé leur âge et leur heure d'admission aux urgences .

3.4 Recueil du nombre d'appels SAMU

Les résultats transmis par le SAMU CENTRE du 41 étaient les suivants : tous les appels entre mai 2011 et mai 2015 émis d'une commune du Loir-et-Cher. La commune du lieu d'appel était précisée et le moyen mis en œuvre également :

- conseils simples téléphoniques
- orientation vers un généraliste
- envoi d'une ambulance (ATSU Association départementale des transports sanitaires urgents)
- envoi d'un Véhicule Secours Assistance aux Victimes (VSAV)
- envoi d'une équipe SMUR.

3.5 Méthodologie

3.5.1 Étude

Tous les passages des patients dont le code postal du lieu de résidence est 41400, 41170, 41800, 41360 ont été pris en compte. Tous les autres codes postaux étaient exclus. Les patients venus plusieurs fois ont été comptés comme nouveau passage. Ils ont été regroupés par communauté de communes.

41400 : Cher à la Loire

41170 : Collines du Perche

41360 et 41800 : Vallées Loir et Braye.

Tous les appels du 15 émis d'une commune dont le code postal était 41800, 41400, 41170, 41360 ont été analysés. Les appels ont été regroupés par communauté de communes.

J'ai choisi de faire figurer dans ce travail uniquement les appels ayant abouti à l'envoi d'une ambulance, d'un véhicule SMUR, ou d'une orientation vers un généraliste. Les envois de véhicule de secours assistance aux victimes (sapeurs pompiers) qui prennent en charge surtout les accidents sur la voie publique n'ont pas été analysés, de même les conseils simples.

3.5.2 Statistiques

Les données étudiées correspondaient au nombre brut de passages sur 4 ans. Elles ont été rapportées sur 10000 habitants, en fonction du nombre d'habitants de chaque communauté de communes pour permettre une comparaison. La variation de population sur 4 ans n'a pas été pris en compte.

Les appels du 15 ont été rapportés sur 10000 habitants , les chiffres ont été laissés sur 4 ans.

Les nombres de passages aux urgences et d'appels SAMU de la communauté de communes du Cher à la Loire ont été considérés comme nombre de référence. Les différences de résultats avec les deux autres communauté de communes ont été exprimées en pourcentage.

4 Résultats

4.1 Résultat de la requête

Les résultats de la requête auprès des services informatiques d'urgences des 5 hôpitaux ont été les suivants.

Blois : 178 493 passages d'utilisateurs du 41 entre 2011 et 2015

Tours : 8146 passages d'utilisateurs du 41 entre 2011 et 2015

Saint Calais : 31086 passages d'utilisateurs du 41 entre 2011 et 2015

Vendôme : 73098 passages d'utilisateurs du 41 entre 2011 et 2015

Amboise : 9920 passages d'utilisateurs du 41 entre 2011 et 2015

Le nombre d'appels du 15 en provenance du Loir-et-Cher entre 2011 et 2015 s'est élevé à 4654.

4.2 Répartition par territoires des passages dans les centres hospitaliers.

Les habitants de la communauté de communes du Cher à la Loire (PAÏS) ont principalement consulté dans les centres hospitaliers d'Amboise (52%) et Blois (35%) comme le montre la *Figure 1*.

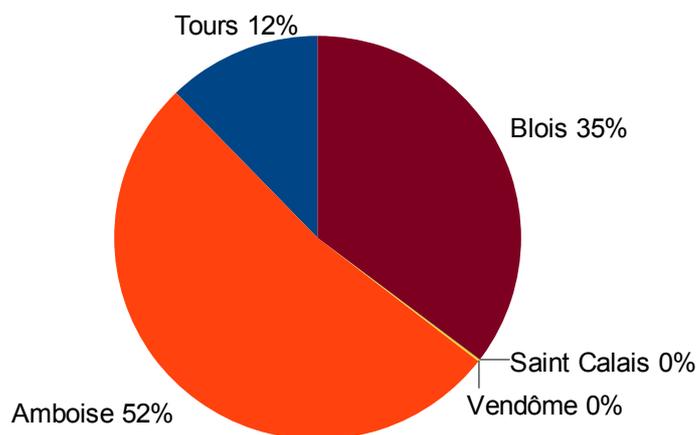


Figure 1: Services d'urgences fréquentés par les habitants du Cher à la Loire

Les habitants des communautés de communes des Collines du Perche et Vallées Loir et Braye ont consulté eux majoritairement les centres hospitaliers de Vendôme et de Saint Calais. (Figure 2 et Figure 3)

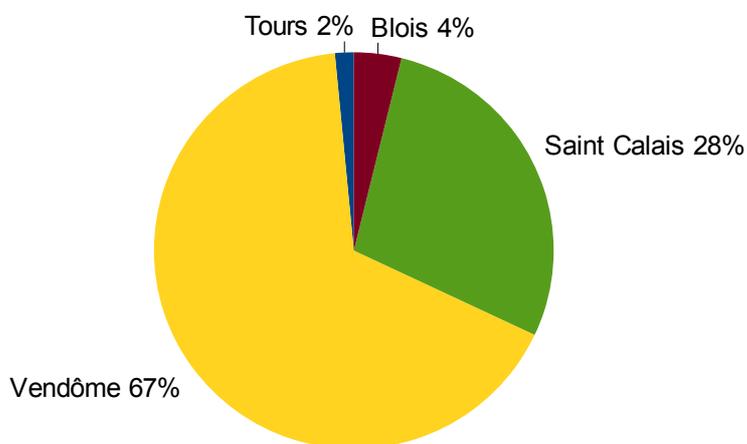


Figure 2: Services d'urgences fréquentés par les habitants des Collines du Perche

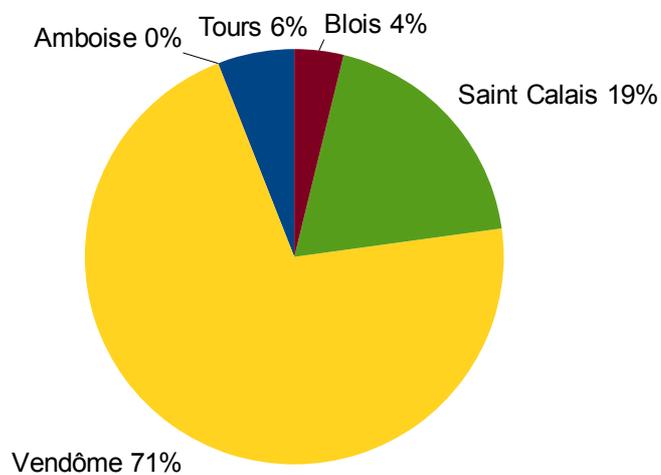


Figure 3: Services d'urgences fréquentés par les habitants de Vallées Loir et Braye

4.3 Étude du nombres de passages aux urgences

4.3.1 Résultats sans sous groupe

Comme le montre le Tableau 2, la fréquence de passage aux urgences pour les habitants de la communauté de communes du Cher à la Loire est de 23,20% par an tout âge confondu. Chez les plus de 75 ans la fréquence de passage est de 31%, chez les moins de 14% la fréquence de passage est de 32%.

Dans la communauté de communes Collines du Perche, la fréquence de passage par an est de 28,5% tout âge confondu. Chez les plus de 75 ans la fréquence de passage est de 51,76% et chez les moins de 14% la fréquence de passage est de 29,3%.

Dans la communauté de communes de Vallées Loir et Braye, la fréquence de passage par an est de 26,6% tout âge confondu. Chez les plus de 75 ans la fréquence de passage est de 43,90% et chez les moins de 14% la fréquence de passage est de 28,57%.

Tableau 2: Fréquence de passage par an pour chacune des trois communautés de communes selon l'âge.

	Total	<14 ans	> 75 ans
Cher à la Loire	23,20 %	32,00 %	31,00 %
Collines du Perche	28,50 %	29,30 %	51,76 %
Vallées Loir et Braye	26,60 %	28,57 %	43,90 %

Entre 2011 et 2015 il y a eu 13840 passages de patients dont le code postal était 41400 dans les cinq services d'urgences étudiés. Cela représentait 2323 passages/an pour 10000 habitants pour les habitants de la communauté de communes du Cher à la Loire (PAÏS).

Pour les habitants de la communauté de communes Collines du Perche, on a retrouvé 2855 passages/an pour 10000 habitants, soit 22,92% de passages en plus que pour le territoire PAÏS.

Pour la communauté de communes Vallées Loir et Braye, il y a eu 2660 passages/an pour 10000 habitants soit 14,49 % de plus que la communauté de communes du Cher à la Loire.

Tableau 3: Nombre total de passages aux urgences des 5 centres hospitaliers étudiés entre 2011 et 2015 des patients habitant les communautés de communes Cher à la Loire, Collines du Perche et Vallées Loir et Braye.

	Nombre total pour 4 ans	Nombre pour 10000 habitants/ année	% comparaison avec CC Cher à la Loire
Cher à la Loire (14894 habitants)	13840	2323	
Collines du Perche (5808 habitants)	6634	2855	+ 22,92 %
Vallées Loire et Braye (14685 habitants)	15623	2660	+ 14,49 %

Le nombre de passages de jour soit entre 8h et 20h des patients habitants la communauté de communes du Cher à la Loire (PAÏS) était de 10134 en 4 ans soit 1701 passages/10000 habitants par an. Les habitants de la communauté de communes des Collines du Perche ont consulté 24,75% de plus que ceux du Cher à la Loire.

Les habitants de la communauté de communes Vallées Loir et Braye ont consulté 15,58% de plus que ceux du Cher à la Loire.

Tableau 4: Nombre total de passages aux urgences de jour (entre 8h et 20h) dans les 5 CH entre 2011 et 2015.

	Nombre total pour 4 ans	Nombre pour 10000 habitants/ année	% comparaison avec CC Cher à la Loire
Cher à la Loire (14894 habitants)	10134	1701	
Colline du Perche (5808 habitants)	4930	2122	+ 24,75%
Vallées Loir et Braye (14685 habitants)	11549	1966	+ 15,58%

L'étude du nombre de passages de nuit soit entre 20h et 8h a montré 17,90% de passage en plus des patients habitants la communauté de communes des Collines du Perche comparativement aux habitants du Cher à la Loire. Et 11,49% de passages en plus des habitants de la communauté de communes Vallées Loir et Braye par rapport à la communauté de communes du Cher à la Loire.

Tableau 5: Nombre total de passages aux urgences de nuit (20h-8h) dans les 5 CH entre 2011 et 2015.

	Nombre total pour 4 ans	Nombre pour 10000 habitants/ année	% comparaison avec CC Cher à la Loire
Cher à la Loire (14894 habitants)	3706	622	
Colline du Perche (5808 habitants)	1704	733	+ 17,90%
Vallées Loir et Braye (14685 habitants)	4074	693	+ 11,49%

4.3.2 Résultats des plus de 75 ans

Le nombre de passages de jour (8h-20h) aux services des urgences des habitants de la communauté de communes des Collines du Perche âgés de plus de 75 ans était de 55,0% plus important que le nombre de passages de la même tranche d'âge des habitants du territoire PAÏS. Concernant les habitants de Vallées Loir et Braye leur nombre de passages était supérieur à ceux du territoire de PAÏS de 34,81%.

Tableau 6: Nombre total de passages aux urgences de jour (8h- 20h) des habitants âgés de plus de 75 ans dans les 5 centres hospitaliers entre 2011 et 2015.

	Nombre total pour 4 ans	Nombre pour 10000 habitants/ année	% comparaison avec CC Cher à la Loire
Cher à la Loire (14894 habitants)	2372	398	
Colline du Perche (5808 habitants)	1357	584	+ 55,00 %
Vallées Loir et Braye (14685 habitants)	3088	526	+ 34,81 %

Concernant les passages de nuit comme mentionnés dans le Tableau 7, il a été constaté 105,0% de consultations aux urgences en plus la nuit (20h-8h) des patients de plus de 75 ans, habitant les Collines du Perche par rapport aux patients de la même tranche d'âge habitant dans le territoire PAÏS. Les habitants de plus de 75 ans de Vallées Loir et Braye ont consulté eux, 61,7% de plus aux urgences la nuit que ceux du Cher à la Loire.

Tableau 7: Nombre total de passages aux urgences de nuit (20h- 8h) des habitants âgés de plus de 75 ans dans les 5 centres hospitaliers entre 2011 et 2015.

	Nombre total pour 4 ans	Nombre pour 10000 habitants/ année	% comparaison avec CC Cher à la Loire
Cher à la Loire (14894 habitants)	645	108	
Colline du Perche (5808 habitants)	488	210	+ 105,00 %
Vallées Loir et Braye (14685 habitants)	1007	171	+ 61,7 %

4.3.3 Résultats des moins de 14 ans

En revanche concernant la pédiatrie les enfants âgés de moins de 14 ans, habitants les Collines du Perche, ont consulté 2,97% de moins les services d'urgences entre 8h et 20h que ceux du Cher à la Loire (territoire PAÏS). Et les enfants habitant la communauté de communes Vallées Loir et Braye ont consulté 7,95% de moins que ceux du territoire PAÏS.

Tableau 8: Nombre total de passages aux urgences de jour (8h-20) des enfants de moins de 14 ans dans les 5 centres hospitaliers entre 2011 et 2015.

	Nombre total sur 4 ans	Nombre pour 10000 habitants/ année	% comparaison avec CC Cher à la Loire
Cher à la Loire (14894 habitants)	2131 (dont 21%< 2ans)	358	
Colline du Perche (5808 habitants)	783 (dont 13%< 2ans)	337	- 2,97%
Vallées Loir et Braye (14685 habitants)	1900 (dont 15%<2ans)	323	- 7,95%

La nuit (20h-8h) les enfants habitants le territoire Colline du Perche ont consulté 25,7% de moins aux urgences que ceux du Cher à la Loire. Et 22,7% en moins des enfants de Vallées Loir et Braye se sont rendus aux urgences par rapport à ceux du territoire PAÏS.

Tableau 9: Nombre total de passages aux urgences de nuit pour les moins de 14 ans dans les 5 centres hospitaliers.

	Nombre total sur 4 ans	Nombre pour 10000 habitants/ année	% comparaison avec CC Cher à la Loire
Cher à la Loire (14894 habitants)	950	160	
Colline du Perche (5808 habitants)	267	115	- 25,70%
Vallées Loir et Braye (14685 habitants)	711	121	- 22,70%

4.4 Évolution sur 4 années

L'augmentation du nombre de passages des habitants de la communauté de communes du Cher à la Loire en 4 ans (2011–2015) est de 18,28%. La fréquence du nombre de passages a également augmenté de 21% de passages en 2011 à 25% de passages en 2015.

Tableau 10: Évolution du recours aux urgences des patients de la communauté de communes du Cher à la Loire entre 2011 et 2015.

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Total	3178	3373	3523	3759
Fréquence par habitant	0,21	0,23	0,24	0,25
Évolution par rapport à 2011		+ 6,10%	+ 11,9 %	+ 18,28 %

L'augmentation du nombre de passages des habitants de la communauté de communes des Collines du Perche en 4 ans (2011–2015) est de 33,04%. La fréquence du nombre de passage a également augmenté de 24,51% de passages en 2011 à 33,04% de passages en 2015.

Tableau 11: Évolution du recours aux urgences des patients de la communauté de communes des Collines du Perche entre 2011 et 2015.

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Total	1424	1551	1743	1919
Fréquence par habitant	24,51%	26,70%	30,01%	33,04%
Évolution par rapport à 2011		+ 8,91 %	+ 22,40 %	+33,76 %

L'augmentation du nombre de passages des habitants de la communauté de communes de Vallées Loir et Braye en 4 ans (2011–2015) est de 6,08%. La fréquence du nombre de passages a également augmenté de 25,74% de passages en 2011 à 27,30% de passages en 2015.

Tableau 12: Évolution du recours aux urgences des patients de la communauté de communes de Vallées Loir et Braye entre 2011 et 2015.

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Total	3780	3913	3782	4010
Fréquence par habitant	25,74%	26,64%	25,75%	27,30%
Évolution par rapport à 2011		+3,51 %	+0,05 %	+6,08 %

L'augmentation du nombre de passages de tous les habitants du Loir-et-Cher exceptés les habitants de la communauté de communes du Cher à la Loire (PAÏS) en 4 ans (2011–2015) est de 21,03,08%.

Tableau 13: Évolution du recours aux urgences des patients dont le code postal commence par 41, excepté les habitants dont le code postal est 41400, dans les 5 CH étudiés.

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Total	59679	62926	65035	72231
Évolution par rapport à 2011		+ 5,48 %	+ 8,97 %	+ 21,03%

4.5 Résultats des appels SAMU

L'analyse des appels du 15 montre que dans la communauté de communes du Cher à la Loire (PAÏS) le total des appels rapportés sur 10 000 habitants est plus élevé (3526 / 10000 hbts) que pour les communautés de communes de Vallées Loir et Braye (2703/ 10 000 hbts) et Collines du Perche (3295/10000 hbts).

Dans le territoire PAÏS 51,8% des appels sont dirigés vers un médecin généraliste contre 33% et 43% pour Collines du Perche et Vallées Loir et Braye.

Dans le territoire PAÏS (Cher à la Loire) 39,8% des appels nécessitent l'envoi d'une ambulance et 8,4% celui d'un SMUR.

Dans le territoire Collines du Perche 55,9% des appels nécessitent l'envoi d'une ambulance et 10,8% celui d'un SMUR

Dans le territoire Vallées Loir et Braye 44,8 des appels nécessitent l'envoi d'une ambulance et 12,2% celui d'un SMU

Tableau 14: Nombre d'appels du 15 par communauté de communes et rapportés pour 10000 habitants et répartition selon les moyens mis en œuvre (MG =Médecin Généraliste, ATSU= Association de transport sanitaire d'urgence, SMUR= Service mobile d'urgence et de réanimation)

	MG	ATSU	SMUR	Total
Collines du Perche	1098 (33,3%)	1841 (55,9%)	356 (10,8%)	3295/ 10000 habitants
Vallées Loir et Braye	1164 (43%)	1210 (44,8 %)	329 (12,2%)	2703/ 10000 habitants
Cher à la Loire	1826 (51,8%)	1405 (39,8%)	295 (8,4%)	3526/ 10000 habitants

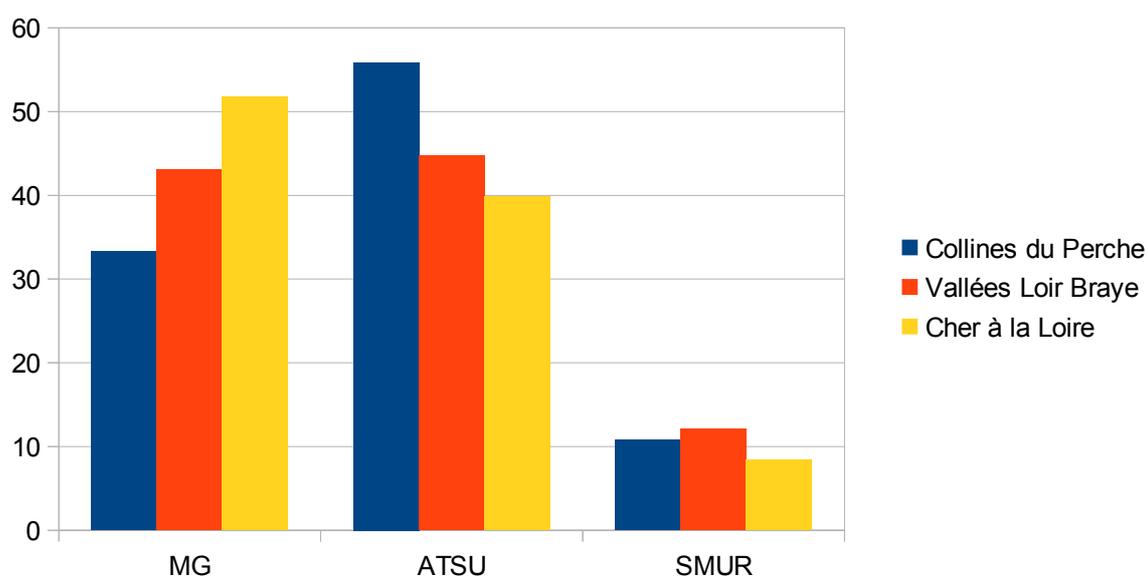


Figure 4: Répartition en % des moyens mis en œuvre suite à l'appel du 15 des patients des 3 communautés de communes (MG =Médecin Généraliste, ATSU= Association de transport sanitaire d'urgence, SMUR= Service mobile d'urgence et de réanimation)

5 Discussion

5.1 Analyse des résultats

5.1.1 Généraux

Le nombre total de recours aux urgences est inférieur dans la communauté de communes du Cher à la Loire qui bénéficie de PAÏS comparativement aux deux autres.

La prise en charge des demandes d'imprévus de la journée permet de réduire le recours global au service des urgences.

Les résultats par sous groupes précisent l'impact de cette plateforme. On note une disparité forte selon les âges et les heures de consultations.

5.1.1.1 Patients de plus de 75 ans

Le recours aux urgences des personnes de plus de 75 est bien plus important dans les territoires sans PAÏS.

En ambulatoire les consultations pour ces populations sont plus longues, 6 % plus longues pour les plus de 70 ans et lorsque le patient présente une ALD, la durée de consultation est supérieure de 12 %, et de 24 % pour deux ALD [24]. Or les maladies chroniques touchent 30,5 % des 65-69 ans, 45,0 % des 75-79 ans, jusqu'à 64,9 % des 90 ans et plus [25]. Ces patients ont besoin de praticiens disponibles qui peuvent se déplacer au domicile.

PAÏS facilite cette prise en charge, le médecin d'astreinte se déplace également en EHPAD la journée, assurant ainsi la continuité des soins. Les patients sont pris en charge rapidement sans avoir à attendre le passage hebdomadaire du praticien.

De plus le gain de temps des généralistes adhérents à PAÏS a permis de mener un travail avec le personnel des EHPAD, notamment de nuit. Ils ont été formés à la gestion des urgences, à la prise des constantes afin d'informer au mieux le régulateur du 15.

Dans les autres territoires lorsque les patients sont institutionnalisés les EPHAD sont contraintes d'envoyer par ambulance leur résidents aux urgences. La nuit, le personnel des institutions est très réduit et non formé. Il ne peut prendre en charge des problèmes même mineurs. Ils ont recours au SAMU qui mobilise une ambulance. Les urgences de Vendôme reçoivent beaucoup de patients institutionnalisés la nuit par défaut de prise en charge la journée, 50% des patients institutionnalisés reçus aux urgences de Vendôme le sont après 20h. L'interrogatoire de ces malades est parfois difficile, avec peu d'informations sur les motifs de recours.

Aux urgences les malades de plus de 75 ans sont souvent les plus difficiles. La prise en charge des polyopathologies nécessite la réalisation d'examens complémentaires. Le temps d'attente souvent de plusieurs heures sur des brancards sans soins de nursing compromet la récupération et peut aggraver les pathologies. L'enquête de la DREES montre que les plus de 70 ans ont un taux d'hospitalisation de 55 % et des critères de gravité supérieurs au reste de la population [8]. Les services hospitaliers hyper-spécialisés sont réticents à leur admission dans leurs lits, ne pouvant assurer complètement la prise en charge de toutes les pathologies observées. L'obtention d'un lit d'hospitalisation est souvent un travail laborieux. De plus le retour parfois impossible au domicile, rallonge de facto leur hospitalisation.

5.1.1.2 Patients de moins de 14 ans

En pédiatrie les chiffres augmentent dans le territoire du Cher à la Loire et notamment la nuit. Mais la plus grande proximité du territoire PAÏS des deux hôpitaux pédiatriques de Tours (Clocheville) et Blois est à prendre en compte. En cas d'inquiétude parentale la nuit, si l'hôpital pédiatrique est proche les parents hésitent moins à s'y rendre. Le nombre de passages d'enfants la nuit est difficile à diminuer même avec une bonne disponibilité des généralistes. L'enquête de la DREES au niveau national montre un nombre important de consultations la nuit d'enfants de moins de 14 ans avec dans cette classe d'âge 48% de recours aux urgences [8] ainsi qu'un faible taux d'hospitalisation (10%) et des motifs de consultations en moyenne moins graves que ceux des adultes.

De plus d'après l'enquête nationale le motif de recours le plus fréquent entre 10 ans et 14 ans concerne la traumatologie [8]. Ce motif nécessite souvent un plateau technique (difficulté à obtenir des clichés radiologiques rapides en ville, manque d'habitude des manipulateurs de radiologie de la réalisation des clichés pédiatriques, pas de matériel en cabinet permettant d'immobiliser) et les urgences pédiatriques sont un recours indispensable, permettant également d'organiser le suivi orthopédique. Malgré un bon maillage de santé il semble que le recours des moins de 14 ans aux urgences soit difficilement réductible.

5.1.1.3 L'évolution sur 4 ans

L'évolution du nombre de passages sur 4 ans est de 18% dans le territoire PAÏS (en considérant que la population est la même) , la plateforme n'endigüe pas cette augmentation qui est nationale. Les causes de la fréquentation des urgences sont multiples l'organisation de la médecine de proximité à elle seule ne permet pas d'inverser cette tendance.

En France les chiffres de fréquentation de 2015 ne sont pas encore connus mais la tendance d'augmentation annuelle moyenne depuis 1996 est de 4% [9].

La communauté de communes Vallées Loir et Braye ne connaît pas cette tendance mais les fréquences de passages sont élevées dès 2011.

Les Collines du Perche qui ont connus plusieurs changements de généralistes obtiennent des fréquences de passages d'un tiers de la population.

5.1.2 Les appels SAMU

Concernant les appels du SAMU, le nombre d'appels est plus élevé dans la communauté de communes du Cher à la Loire. Mais 51 % des appels sont adressés vers un généraliste évitant ainsi d'envoyer le patient aux urgences. Le SAMU, qui dispose du planning d'astreinte des païsois, appelle directement le généraliste et lui adresse le patient. C'est un indicateur fiable de l'effet PAÏS qui peut « absorber » beaucoup de demandes de consultations non programmées.

5.2 Forces et Faiblesses

5.2.1 Forces

Cette étude rétrospective est menée sur 4 années et permet donc d'analyser avec du recul l'effet de PAÏS, la plateforme étant effective depuis 2010 .

Elle porte sur un nombre important de données (300743 passages ont été analysés).

La comparaison de ces trois communautés de communes est pertinente car les populations sont comparables sur le plan démographique ainsi que sur leur état de santé.

En effet en 2010 un travail réalisé par l'Observatoire Régional de Santé (O.R.S.) «Inégalités cantonales de santé en région Centre : une répartition territoriale des déterminants de santé » avait classé les cantons de la région centre en 5 classes de typologie selon 57 indicateurs socio-démographiques, de mortalité, d'offre de soins, de séjours hospitaliers et d'admissions en affection de longue durée [16].(Annexe 3)

Les trois territoires étudiées sont les trois cantons Canton de classe E du Loir-et-Cher : Ruraux - Surmortalité générale et par suicide - Très faible offre de soins. Cette classe représente 9.33% de la population.

Cette étude n'a pas été menée de nouveau après 5 années de mise en place PAÏS mais l'évolution des indicateurs pourrait être une étude intéressante.

Les chiffres de fréquence des urgences sont proches des chiffres nationaux ce qui permet de penser que l'analyse des cinq centres hospitaliers couvre la quasi totalité des passages des habitants de ces territoires.

L'étude de l'entité communauté de communes est pertinente car tous les usagers du territoire Cher à la Loire sont sous la couverture médicale de PAÏS (Pontlevoy avec 2 médecins, Bourré avec 1 médecin et St-Georges avec 7 médecins)

Peu d'études sont menées sur l'impact qu'ont les généralistes sur la fréquentation des urgences. Les études faites portent plus facilement sur les motifs de consultation aux urgences. Mais la mesure de « l'effet médecin » reste très difficile car il y a de nombreux biais.

5.2.2 Faiblesses

La différence de densité de médecins par territoire ne permet pas de mesurer « l'effet PAÏS » seul. Les densités sont les suivantes : communauté de communes Collines du Perche 1 médecin pour 1659 habitants, du Cher à la Loire 1 médecin pour 1354 habitants, Vallées Loir et Braye 1 médecin Pour 1631 habitants [15].

La communauté de communes des Collines du Perche compte de nouveau 4 médecins mais depuis peu. Un des médecins parti à la retraite a été remplacé temporairement. Mais face à la charge de travail les praticiens ne restent que peu de temps. La maison de santé pluridisciplinaire de Mondoubleau peine à fonctionner. .

La communauté de communes de Vallées Loir et Braye connaît également une importante baisse du nombre de praticiens exerçant (perte de 17 médecins en 10 ans) les difficultés à recruter sont les mêmes que pour le territoire des Collines du Perche.

En revanche la communauté de communes du Cher à la Loire possède une densité de médecins proche du niveau national, le dispositif PAÏS ayant attiré des jeunes praticiens (2 ont rejoint le dispositif en 2010). De plus le territoire est bien desservi par les axes routiers et proche de Tours.

Le recrutement des patients n'est pas complet, en effet pour avoir les chiffres exacts il aurait fallu analyser tous les passages aux urgences de tous les hôpitaux de la région afin d'être très exhaustifs, mais le but de ce travail est de montrer une tendance (la distance médiane nationale entre le lieu de résidence et le lieu de prise en charge aux urgences est de 7,4km) [3]. De plus les centres privés n'ont pas été sollicités par choix. En effet la polyclinique de Blois ne prend en charge ni les pathologies neurologiques, ni cardiologiques, ni pédiatriques. Les résultats sont donc difficilement interprétables.

Une demande a été également faite auprès des hôpitaux de Château du Loir et de Romorantin mais leurs chiffres de passages des usagers des territoires concernés étant inférieurs à 1 % des résultats totaux, j'ai choisi de ne pas exploiter ces données.

La position géographique du territoire PAÏS étudié « attire » une patientèle d'autres communauté de communes et d'Indre et Loire non étudiées. L'impact de la plateforme est donc probablement plus large. Toutefois l'étude par zone géographique et donc par code postal permet une étude avec un grand nombre de données.

5.3 Comparaison

4 travaux ont été réalisés sur la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé.

La thèse du Dr Trabut portait sur la différence de fréquentation aux urgences un an avant et un an après la mise en place de PAÏS des habitants des communes 41400 comparativement aux autres communes du Loir-et-Cher. Son travail retrouvait une différence significative de la fréquentation des services d'urgences de Blois Amboise et Tours des patients provenant des communes 41400 avant et après le début de PAÏS. La proportion des patients bénéficiant de PAÏS consultant aux urgences de Blois et de Tours avait significativement diminué, les plus de 70 ans étaient les plus concernés par cette baisse (près de 20%) [14].

La thèse du Dr Figwer qui portait sur les hôpitaux de Blois et de Romorantin-Lanthenay, étudiait les fréquentations au service d'accueil des urgences des patients de 3 communautés de communes bénéficiant de PAÏS. Elle a comparé le nombre de passages en 2009 au nombre de passages en 2012 sur les 3 centres. Son travail retrouvait une diminution significative du nombre de passages des habitants des communes 41400, concernant les deux autres territoires où PAÏS était implanté la différence n'était pas mise en évidence [26].

Comme pour mon travail ces deux études mettaient en exergue l'impact de PAÏS sur les patients de plus de 70 ans.

Une étude qualitative réalisée en 2014 par Mme Santos croisait les données de la bibliographie de la nouvelle loi santé (« service public territorial de santé » rapport Devictor annexé au projet de loi) et les réponses d'entretien semi-dirigé d'acteurs de PAÏS. Les résultats montraient des corrélations entre les objectifs de la nouvelle loi de santé, l'organisation du dispositif PAÏS. Elle présentait PAÏS comme une expérience réussie et une alternative reconnue à la désertification médicale en milieu rural [27].

Enfin une étude menée en 2012 par le Dr Helye s'était attachée à évaluer l'effet de la prise en charge des « imprévus » en journée par les médecins généralistes sur les coûts de santé au niveau d'un bassin de vie. Il avait également étudié les 3 cantons de Montrichard, Mondoubleu et Montoire-sur-le-Loir (toutefois avant sa fusion avec Savigny-sur-Braye) en se basant sur l'étude de l'ORS et la similitude de leur état de santé. Son travail à partir des données du P.M.S.I. régional fournies par l'A.R.S. s'était heurté à la différence entre le code PMSI, parfois différent du code postal. Son étude avait pris en compte les centres hospitaliers d'Amboise-Château Renault, Blois, Vendôme, Romorantin-Lanthenay, le CHU de Tours et les cliniques Saint Gatien (Tours), de l'Alliance (Saint-Cyr-sur-Loire) et Saint Cœur (Vendôme).

Il retrouvait, contrairement à son attente, une augmentation des forfaits accueil et traitement des urgences (ATU) du territoire PAÏS par rapport aux autres territoires. Mais l'absence de prise en compte de Saint Calais était un biais important. En effet les cantons étudiés sont limitrophes de la Sarthe [28].

Une étude menée par un géographe de la santé est en cours. Elle a pour but de retracer le parcours de soins de patients bénéficiants de PAÏS et d'étudier l'impact financier de cette plateforme. Les données sur l'activité de médecine libérale sont en cours de récupération auprès de la CPAM et de la MSA. Les premiers résultats seront connus en juin.

5.4 Ouverture

Afin de mieux étudier les causes de l'engorgement des urgences, la Cour des Comptes a demandé un système permettant l'acquisition de données fiables. Le réseau OSCOUR « Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences Réseau » a été ainsi créé, il renseigne les profils des patients (âge, sexe, motif d'entrée, motif de recours, diagnostic, soins reçus, mode de sortie) [29]. Toutefois les données extraites sont incomplètes faute d'adhésion de tous les hôpitaux, et le système n'est effectif que depuis le 1er juillet 2014. L'informatisation de certains centres est encore très récente (Amboise : novembre 2015). L'analyse des données du type hospitalisation, transfert vers un autre établissement, code CCMU est encore difficile. Mais bientôt des études plus fines pourront être menées grâce à ce réseau notamment sur les forfaits de passages CCMU (classification clinique des maladies des urgences) et leur degré de gravité.

La Cour des Comptes cite PAÏS dans son rapport sur la sécurité sociale de 2014 [3]. Dans le Chapitre « les urgences hospitalières une fréquentation croissante une articulation avec la médecine de ville à repenser » comme un nouveau mode d'accès à des soins non programmés en ville.

Récemment le projet PAÏS a été évoqué au Sénat comme une intéressante alternative aux maisons de santé, offrant plus de souplesse.

À l'heure où la démographie médicale est devenue un véritable défi, PAÏS est un outil permettant d'attirer les jeunes généralistes dans des zones sous dotées. Elle offre des conditions de travail rassurantes, une organisation en réseau, un secrétariat renforcé, le partage des dossiers et surtout le soutien des élus.

De nombreuses études sur le souhait du mode d'exercice des jeunes généralistes montrent que le milieu rural n'est pas à frein à l'installation [30] [12]. PAÏS est exactement ce à quoi les jeunes médecins aspirent : l'association d'une qualité de vie professionnelle et personnelle .

6 Conclusion

Cette étude montre l'impact de PAÏS sur le recours aux urgences. Elle confirme que l'un des moyens de limiter l'engorgement des urgences est d'organiser la médecine de proximité. La mise en réseau des généralistes, la facilité de la prise en charge des imprévus la journée, les visites au domicile et les actions de prévention et de formation du personnel en EPHAD réduisent considérablement le recours aux structures hospitalières des patients de plus de 75 ans. Le SAMU profite également du dispositif en adressant beaucoup plus facilement les patients au généraliste d'astreinte et diminue le nombre de transports sanitaires.

La médecine de proximité a aussi ses limites. La traumatologie représente la plus grande partie des raisons des passages. La présence d'un plateau technique, la réalisation de clichés radiologiques, de petits gestes de chirurgie sont des freins à la prise en charge ambulatoire. L'attrait des urgences pédiatriques pour des parents est également important.

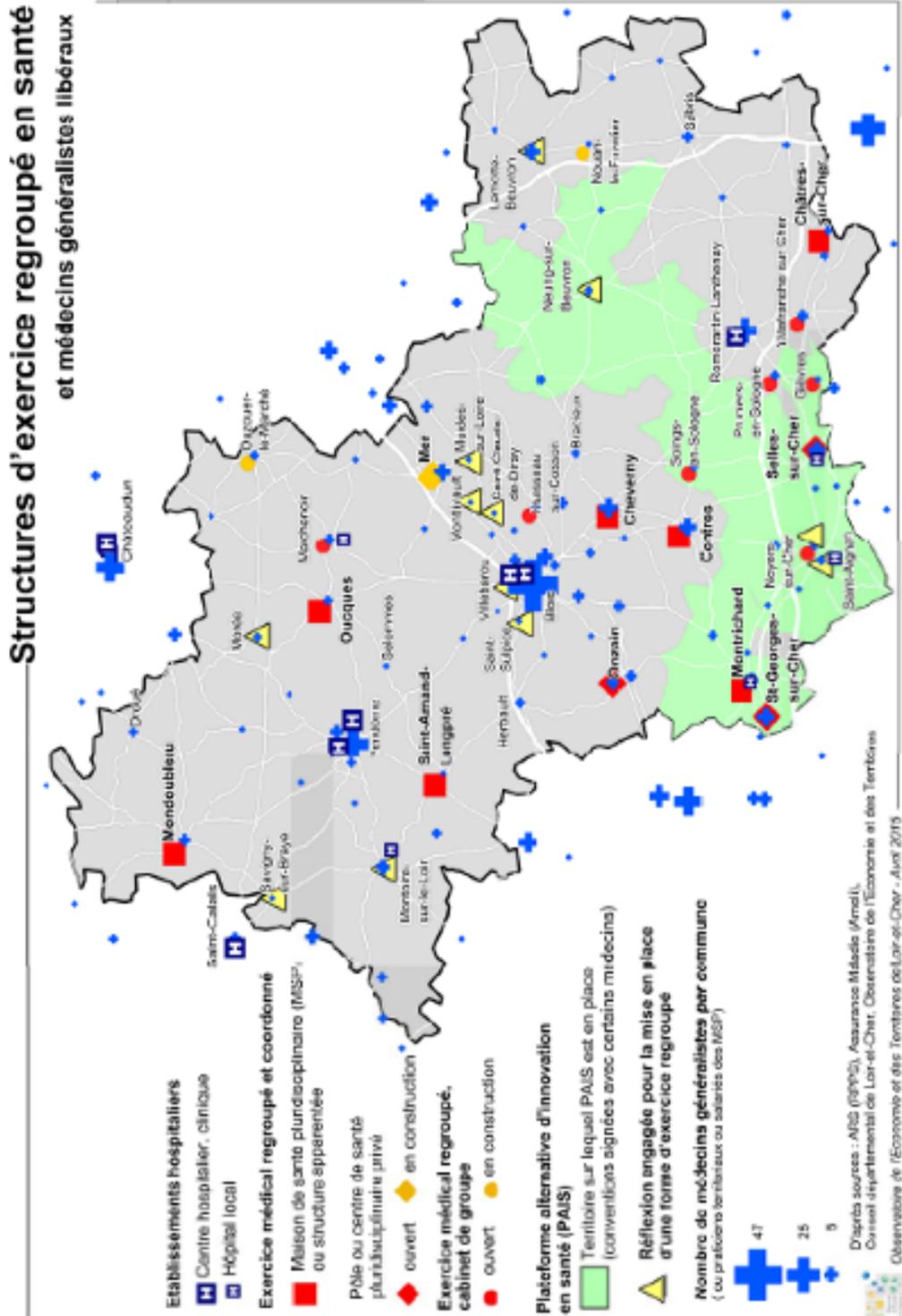
Dans une époque où les économies du système de santé sont une priorité, restreindre l'hospitalo-centrisme en facilitant les prises en charge via les généralistes par le biais de cette plateforme devrait pouvoir s'étendre à d'autres territoires.

Bibliographie

- 1: INSEE, Population légale , 2013
- 2: BERANGER J., La communication éthique d'une société consumériste d'information,
- 3: COUR DES COMPTES, Rapport : les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, 2014
- 4: CASH E., CASH R., DUCASSÉ JP., HAULT C., MATTHIEU F., RICHARD T., Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières, 2013
- 5: TRZECIAK S. RIVERS EP., Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health,
- 6: FATOVICH DM, Recent developments: emergency medicine,
- 7: GRALL.JY., Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence, 2015
- 8: DREES CARASCO.V, BAUBEAU.D, Enquête : les usages des urgences hospitalières, 2003
- 9: DREES BOISGUERIN.B., VALDELIEVRE.H., Enquête nationale sur la structure des urgences hospitalières, 2014
- 10: CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Atlas national de la démographie médicale, 2015
- 11: CAROL.G., Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région Pays de la Loire , 2014
- 12: ISNAR-IMG, enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale , 2011
- 13: GBADAMASSI.I, EXPERT.P, Le dispositif PAÏS :pour « vivre et se soigner au pays »,
- 14: TRABUT.F., Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois, Amboise et Tours., 2010
- 15: OBSERVATOIRE DE L'ÉCONOMIE ET DES TERRITOIRES , Plateforme d'information territoriale du Loir et Cher,
- 16: ARS Centre DAMIE.P, Plan territorial de santé du Loir et Cher 2013-2016, 2013
- 17: DREES L'OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES, Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux, 2012
- 18: CPAM BLANC. C, Analyse des dépenses liées à la permanence des soins., 2016
- 19: CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, La permanence des soins Etat des lieux au 1er janvier 2015,
- 20: DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier,
- 21: IRDES MOUSQUÈS J. BOURGUEIL Y., L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012,
- 22: JUILHARD.JM,CROCHEMORE.B,TOUBA.A, VALLANCIEN.G., Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, 2009
- 23: FEDERATION FRANCAISE DES MAISONS ET POLES DE SANTE, Note concernant les frais des médecins généralistes en maisons de santé, 2013
- 24: DREES, La durée des séances des médecins généralistes, 2006
- 25: HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, Vieillesse, longévité, et assurance maladie, 2010
- 26: FIGWER. T, Retentissement de la Plateforme Alternative en Innovation Santé (pais) sur la fréquentation aux services d'urgences de Blois et de Romorantin-Lanthenay entre 2009 et 2012,
- 27: SANTOS. MA, Nouvelle réforme de santé et continuité des soins en milieu rural : l'expérience de la Plateforme Alternative d'Innovation en santé (PAIS) en Loir-et-Cher, 2014
- 28: HELYE. JP, évaluation de l'impact sur l'organisation des soins, des nouveaux modes de

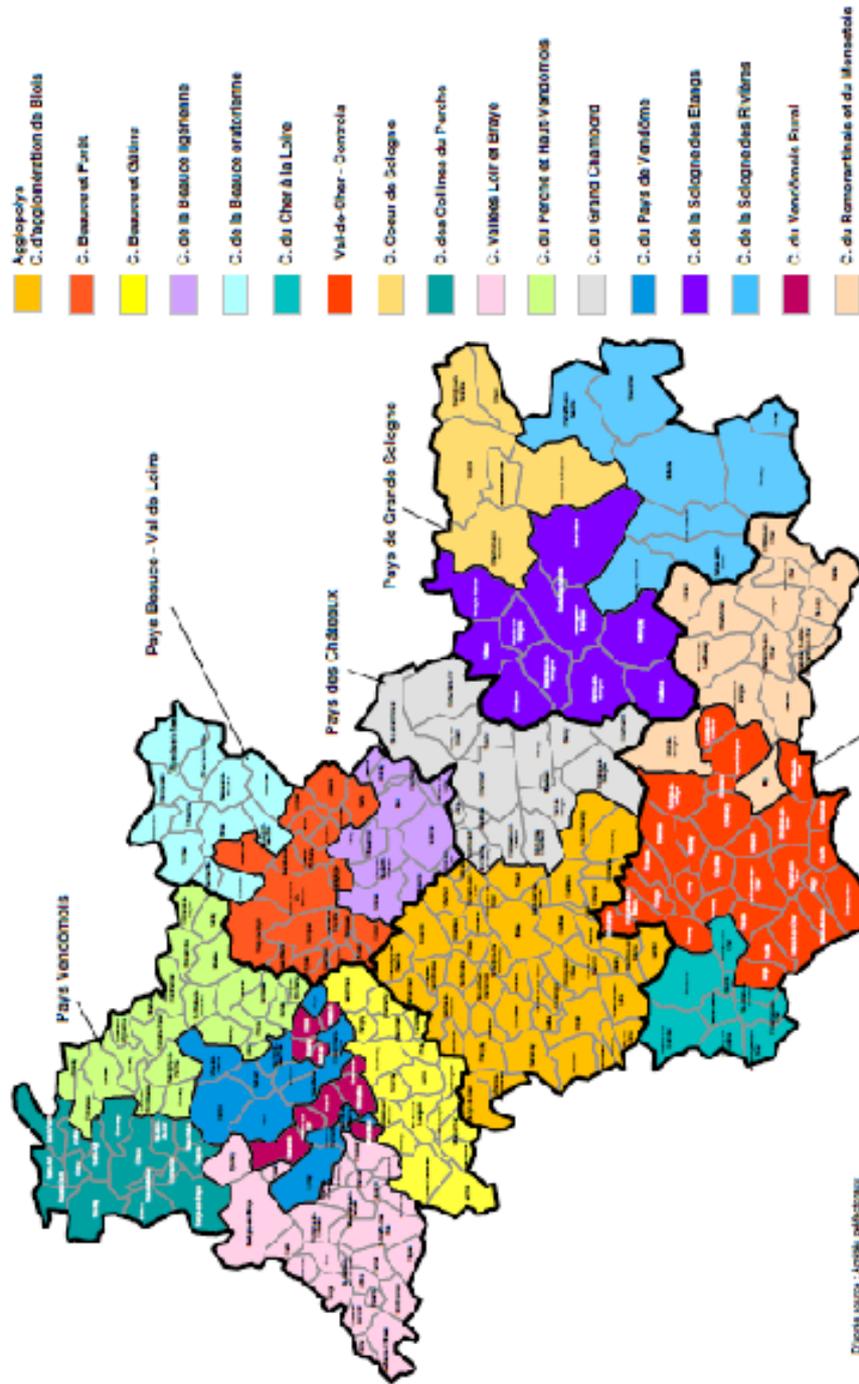
- financement en médecine de ville, a travers une expérimentation menée en region centre :la plateforme alternative d'innovation en santé(p.a.i.s.), 2013
- 29: InVS SANTE, le réseau OSCOUR organisation de la surveillance coordonnée des urgences, 2012
- 30: VEAUUVY.C., Installation des jeunes médecins en zone rurale,
- 31: SAUGMANN, Lutte contre la désertification médicale de nos campagnes 14ème législature,
- 32: HIRTZLIN I. RUMEAU-PICHON C., Le recours à l'hôpital en Europe, 2009
- 33: DAUTEL M. MONTSERRAT X. DE REZENDE P., Etude comparée de l'organisation des services d'urgence dans dix pays européens, 2002
- 34: DORY V. POUCHAIN D. BEAULIEU MD. PESTIAUX D. GAY B. ROCHER G. BOUCHER L., La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes., 2009
- 35: DESCOURS C., Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, 2000
- 36: PERICAUD.P., Evaluation des solutions à l'engorgement des urgences en France et à l'étranger (Royaume Uni, Canada, Etats-Unis). Revue internationale de la littérature, 2009
- 37: ALAIN CORDIER A, CHÊNE G, DUHAMEL G, DE HAAS P, HIRSCH E, PARISOT-LAVILLONNIÈRE F, PERROTIN D. , Un projet global pour la stratégie nationale de santé,19 Recommandations du comité des sages, 2013
- 38: MACHAON H., Installation des médecins généralistes en milieu rural : motivations, impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives, 2015
- 39: MINSOT J., Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences ?, 2009
- 40: ARNAUD C. THIRON P., Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés, 2013

Annexe 1



Annexe 2

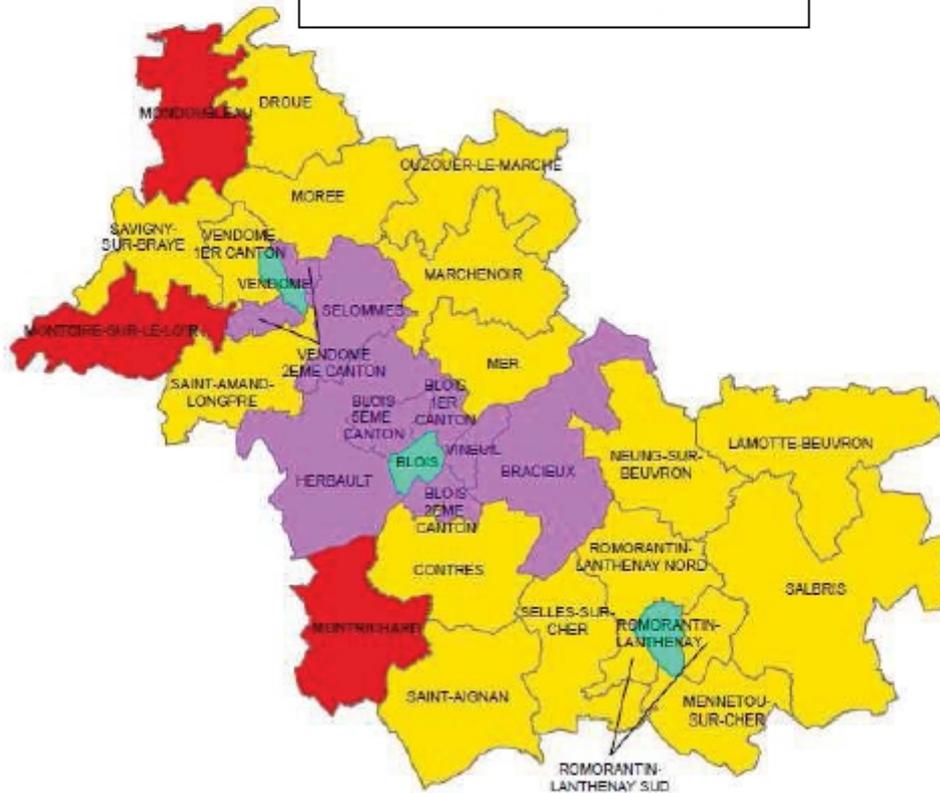
Communautés de communes et d'agglomération et syndicats mixtes de Pays



Annexe 3

Programme territorial de santé du Loir et Cher

Les inégalités cantonales de santé
ORS (août 2010)



Classe A

Socialement favorisés
Sous mortalité générale et prématurée
Offre de soins satisfaisante

Classe B

Villes centre forts contrastes sociaux
Surmortalité prématurée
Très bonne offre de soins

Classe C

Forte proportion de jeunes peu ou pas diplômés
Bcp de séjours hospitaliers et d'ALD,
Sous mortalité générale
Bien desservis par les services hospitaliers

Classe D

Faible offre de soins
Surmortalités par morts violentes

Classe E

Ruraux
Surmortalité générale et par suicide
Très faible offre de soins

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères

si j'y manque.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

Académie d'Orléans –Tours

Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

JULIA SCHICK

Thèse N°

49 pages, 14 tableaux, et 4 figures .

Présentée et soutenue publiquement le 26 Avril 2016

Résumé :

Le système de santé français doit faire face à de nouvelles contraintes socio-médico-démographiques, liées à l'évolution de la population et aux changements de pratiques des professionnels de santé. De ce fait, les structures d'urgences hospitalières connaissent une progression moyenne annuelle du nombre de passage de 4%. En France, depuis 2012, plus de 18 millions de passages sont enregistrés chaque année.

Notre travail se propose d'étudier PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé), un dispositif créé pour permettre une optimisation de la médecine de proximité. Grâce à un renforcement du secrétariat et en se restructurant au sein de leurs territoires respectifs, les généralistes adhérents parviennent à dégager des plages d'astreintes dédiées aux demandes inopinées.

Nous avons confronté le nombre de recours aux urgences et au SAMU des habitants du territoire PAIS à ceux de deux autres communautés de communes, Vallées Loire et Braye et Collines du Perche, situées dans le nord du département, ayant une organisation médicale classique.

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective de 2011 à 2015, comparant les demandes des populations bénéficiant ou non de PAIS et ayant recours majoritairement à 5 centres hospitaliers (Amboise, Blois, Vendôme, Tours et Saint Calais).

Tous les passages aux urgences ou appels au SAMU entre mai 2011 et mai 2015 de patients dont le code postal d'habitation correspond aux 3 communautés de communes précisées, ont été inclus.

Plusieurs sous-groupes ont été étudiés selon l'heure de passage (jour ou nuit) et l'âge des patients (plus de 75 ans et moins de 14 ans).

Les appels SAMU (15) ont été classés selon les types de réponses proposées : ambulance, orientation vers le médecin généraliste, SMUR.

Les résultats montrent une diminution globale du nombre de recours aux urgences des patients du territoire bénéficiant de PAIS comparativement aux deux autres. La différence est plus marquée pour les patients de plus de 75 ans. En revanche les moins de 14 ans consultent plus aux urgences dans le territoire PAIS. Les appels en provenance du SAMU émis des zones médicalement structurées sont adressés majoritairement aux médecins généralistes contribuant à une réduction des transports sanitaires vers les urgences.

En plus de son impact sur la fréquentation des urgences ce dispositif permet aux généralistes de mener des actions de prévention et d'éducation. Il favorise également la création d'un réseau de professionnels de santé et constitue un excellent moyen pour attirer de jeunes généralistes dans ces territoires.

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur PERROTIN

Membres du jury : Monsieur le Docteur GBADAMASSI

Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ

Monsieur le Professeur MAILLOT

Monsieur le Docteur TRABUT

Date de la soutenance : le 26 Avril 2016