



Étude de la continuité des soins en médecine libérale dans les départements des Alpes de Haute Provence et les Alpes Maritimes

Merzak Loukal, Mohamed Boukhari

► To cite this version:

Merzak Loukal, Mohamed Boukhari. Étude de la continuité des soins en médecine libérale dans les départements des Alpes de Haute Provence et les Alpes Maritimes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02096735

HAL Id: dumas-02096735

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096735>

Submitted on 11 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix✶Marseille Université

**Étude de la continuité des soins en médecine libérale dans les
départements des Alpes de Haute Provence et les Alpes Maritimes**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 19 Décembre 2018

Par Monsieur Mohamed BOUKHARI

Né le 13 septembre 1970 à Alger (ALGERIE)

Et par Monsieur Merzak LOUKAL

Né le 18 juillet 1971 à El Biar Alger (ALGERIE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Directeur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix✶Marseille Université

**Étude de la continuité des soins en médecine libérale dans les
départements des Alpes de Haute Provence et les Alpes Maritimes**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 19 Décembre 2018

Par Monsieur Mohamed BOUKHARI

Né le 13 septembre 1970 à Alger (ALGERIE)

Et par Monsieur Merzak LOUKAL

Né le 18 juillet 1971 à El Biar Alger (ALGERIE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Directeur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiatisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTÉY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEHGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUBE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERTGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAÏM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
 LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 KERBAUL François (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MARTIN Claude (PU-PH) *Surnombre*
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 ENJALBERT Alain (PU-PH) *Surnombre*
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) *Surnombre*
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLES Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS :

A notre Président de Jury, Monsieur le Professeur GERBEAUX, vous nous faites l'honneur de présider notre thèse.
Nous vous présentons nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre Juge, le Docteur GENTILE, merci d'avoir accepté de juger notre travail.
Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre thèse.
Soyez assuré de notre respectueuse considération.

A notre Juge, le Docteur ROUSSEAU DURAND, merci d'avoir accepté de juger notre travail.
Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre thèse.
Soyez assuré de notre respectueuse considération.

A notre Directeur de thèse, le Docteur CASANOVA, merci d'avoir accepté de diriger notre travail de thèse et de nous avoir confié la rédaction ce travail.
Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

Grâce à vous que ce travail de thèse a pu aboutir.

Merci au **D.U.M.G.** pour son aide dans l'aboutissement de ce travail.

A toutes les équipes médicales et paramédicales avec lesquelles on a eu la chance de travailler au cours de cet internat.

A mes parents, qui ont toujours su me faire confiance dans mes choix de vie. Vos valeurs familiales m'ont toujours poussé à faire ce que j'avais envie d'entreprendre et je vous en remercie. Votre soutien m'a toujours aidé. Merci pour tout.

A ma famille, pour m'avoir soutenu lors des trop nombreux moments difficiles de ces dernières années, et leur présence malgré les trop nombreux kilomètres qui nous séparent.

Je dédie ce travail à mon binôme et meilleur ami **Mohamed** qui traverse des moments très difficiles suite à l'hospitalisation de sa mère pour un AVC massif.

A mes **amis**, pour m'avoir permis d'être ce que je suis à présent.

Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai croisé lors mon parcours Vous m'avez appris ce que représentait un travail d'équipe et tout ce que cela pouvait apporter.

A mes **co-internes**.

Merzak.

Je pense en premier lieu à **ma mère** qui m'a toujours accompagné et soutenu pendant tout mon parcours, qui a accepté le déchirement de notre séparation pour ma réussite et la réalisation de mon rêve et qui est actuellement hospitalisée suite un AVC massif, de ce fait elle ne pourra malheureusement pas assister à la soutenance de ma thèse.

Malgré le mauvais pronostic donné par l'équipe médicale, je te souhaite maman un prompt rétablissement afin de pouvoir revenir parmi nous.

Je t'écris cette lettre :

« Maman,

Tu ne sais pas combien je t'aime et je t'aimerai. Tu es la personne que j'admire le plus parce que je te dois tout dans la vie. Tu es une femme si forte de caractère, mais aussi très douce. Tu es accueillante et sympathique. Tu aimes aider les autres. Tu ne veux pas voir d'autres personnes souffrir près de toi, surtout tes proches et les personnes qui t'entourent. Tu as toujours fait passer les besoins des autres avant les tiens alors que c'est toi qui es malade et diminuée. J'ai beaucoup de chance que tu sois encore dans ma vie, malgré la gravité de ton état clinique actuel.

Je voudrais devenir comme toi. Tu es une source d'inspiration, de force et de courage, non seulement pour moi, mais pour l'ensemble de la famille.

Tu n'es pas seulement ma mère, ma protectrice, mais aussi, ma confidente, mon enseignante de vie et avant tout mon éternelle meilleure amie. Tu as toujours su comment veiller sur moi quand j'en avais besoin. Tu as pris soin de mes blessures du corps et du cœur, en guérissant avec tes bisous et tes câlins, toutes mes douleurs. Je peux tout te dire.

Je veux te dire merci pour tout, car tu m'as aidé à devenir quelqu'un de bien. C'est grâce à toi que suis devenu l'homme que je suis aujourd'hui. Tu m'as appris le respect, la générosité, l'indépendance et l'amour pour les autres. Tu seras toujours la personne que j'admire le plus, puisque c'est toi qui m'a transmis les belles valeurs que je possède maintenant. Tu es une personne extraordinaire à mes yeux.

Tu as semé des valeurs importantes d'être humble et loyale. Tu as formé mon attitude et ma personnalité, mais tu influences aussi les relations avec le monde qui m'entoure. Mais avant tout, tu es la personne qui me connaît le mieux. C'est pourquoi qu'il arrive souvent que tu ressenties mes tristesses et mes joies. Tu me conseilles, me guide et m'aides. Comme l'ange gardien, tu te trouves toujours auprès de moi, quand j'ai besoin de toi. C'est un réconfort d'être aussi proche de toi, car j'oublie tous mes soucis et je pense à la joie, à la paix et à l'amour qui te caractérise ».

Je dédie ce travail à mon **père**, qui n'a jamais cessé de m'encourager. Je te remercie infiniment d'être pour moi un exemple de générosité, altruisme et de tolérance.

A mes **frères** et **sœurs** j'adresse toute ma reconnaissance pour leurs amours et leur encouragement dans toutes les étapes de ma vie.

Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai croisé lors mon parcours Vous m'avez appris ce que représentait un travail d'équipe et tout ce que cela pouvait apporter.

A mes **co-internes**.

Mohamed.

Enfin on dédie cette thèse à toutes les personnes par tout dans le monde qui croient au partage culturel et humain, refusant toute forme de discrimination et prônant l'égalité et fraternité entre les Hommes.

Merzak et Mohamed.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	2
I. INTRODUCTION	3
I.1. Contexte	3
I.1.1. La permanence des soins ambulatoires	3
I.1.1.1. Définition de la PDSA	3
I.1.1.2. PDSA concept et organisation des soins	3
I.1.1.3. La gestion de la PDSA	5
I.1.1.4. La sectorisation	5
I.1.2. L'état des lieux de la PDSA	5
I.1.2.1. Au niveau national	5
I.1.2.2. Contexte régional de la région PACA	6
I.1.2.3. La démographie médicale dans la région Alpes de Haute Provence et les Alpes Maritimes	6
I.1.2.4. Les territoires de PDSA et leur couverture	6
I.1.2.5. Cartographie de la PDSA	7
I.2. Objectifs	8
II. MATERIEL ET METHODE	9
II.1. Population	9
II.2. Type d'étude	9
II.3. Critères de jugement	9
II.4. Analyse statistique	9
III. RESULTATS	11
III.1. Caractéristiques de la population	11
III.2. Présentation des résultats	12
III.2.1. Critère de jugement principal	12
III.2.2. Critères de jugements secondaires	13
IV. DISCUSSION	17
IV.1. Principaux résultats	17
IV.2. Validité de l'étude	17
IV.2.1. Validité interne	17
IV.2.2. Validité externe	18
IV.3. Pertinence clinique et perspectives	22
IV.3.1. Organisation des médecins hors horaires de PDSA	22
IV.3.2. Horaire de PDSA mise en place par l'ARS	22
IV.4. La PDSA repose sur des références scientifiques et impacte sur la pratique	25
IV.5. Exemples Européens et comparaison internationale	27
V. CONCLUSION	35
VI. BIBLIOGRAPHIE	36
VII. ANNEXES	39
VIII. ABSTRACT	41

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ADELI : Automatisation DEs Listes : Système d'information national répertoriant les Professionnel de Santé qui relève de la Santé Publique.

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

CPS : Carte de Professionnel de Santé.

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

CSP : Code de Santé Publique.

CODAMUPS-TS : COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

EBM : Evidence Based Medicine.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HSPT : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires.

MMG : Maison Médicale de Garde.

MRS : Mission Régionale de santé.

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur.

PDS : Permanence Des Soins.

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires.

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.

RTT : Réduction Temps de Travail.

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgences.

SNIIR-AM : Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie.

SNP : Soins Non Programmés

I. INTRODUCTION

I.1. Contexte

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) promulguée en 2009 prévoit que « l'ARS organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 CSP.

Désormais le cahier des charges de l'ARS organise la PDSA à l'échelle régionale, il détermine les modalités de son fonctionnement et les rémunérations forfaitaires des régulateurs et des effecteurs.

I.1.1. La permanence des soins ambulatoires

I.1.1.1. Définition de la PDSA

La mission de PDSA comprend la régulation libérale et l'organisation de l'effectif. Conformément au décret du 13 juillet 2010 relatif à la PDSA (article R. 6315-1 CSP) elle a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

- tous les soirs de 20h à 8h ;
- le samedi de 12h à 20h ;
- le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h ;
- le vendredi lorsqu'il suit un jour férié ;
- le samedi matin lorsqu'il suit un jour férié ainsi que le samedi matin qui suit un jeudi férié.
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié.

Cependant en fonction des besoins constatés, l'ouverture peut être réduite aux samedis après-midi et dimanches. Les horaires peuvent être élargis en fonction de l'afflux saisonnier ou d'une crise sanitaire.

La régulation libérale est organisée sur l'intégralité des horaires de PDSA. L'effectif est assuré soit par un médecin de garde sur tout ou partie des horaires de PDSA, soit par l'accès aux services d'urgence.

Lorsqu'un tableau de garde est organisé sur une plage horaire, il doit l'être sur l'intégralité de cette plage horaire, soit : 20h/24h, 24h/8h, le samedi 12h/20h et/ou le dimanche et fériés 8h/20h.

I.1.1.2. PDSA concept et organisation des soins

C'est en août 2007 que le Docteur Jean-Yves GRALL, alors conseiller général des établissements de santé, remet à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, son rapport intitulé « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins ».

La permanence des soins (PDS), définie en 2003, doit être appréhendée dans un contexte d'évolution défavorable de la démographie médicale, mais surtout d'une mauvaise répartition des médecins sur le territoire avec un double gradient : nord/sud, rural/urbain. Les changements sociétaux que ce soit pour les médecins (féminisation, effet « RTT ») ou pour la population en général, expliquent les nécessaires adaptations de l'exercice professionnel.

Il se base lui-même sur 5 rapports mettant en évidence l'échec du système qualifié alors de non efficient, ne résolvant pas le problème de la fréquentation des urgences, coûteux et irrégulier. Il fait état de dépenses inadaptées.

Le mode de pilotage du dispositif y est critiqué avec mise en évidence d'une dichotomie entre le pouvoir exécutif (préfet) responsable du dispositif sans aucune prise sur le financement, et l'Assurance Maladie qui répartit les ressources financières ne permet pas de garantir la fiabilité ou la pérennité du système, dans un contexte de jeux d'acteurs, favorisé par le fait que la PDS est effectuée par les médecins sur la base du volontariat, avec des conseils départementaux de l'ordre des médecins dont l'implication, bien que potentiellement déterminante, est inégale..

De plus, un désengagement de la part de certains médecins libéraux y est évoqué ainsi qu'un défaut de fréquentation des structures de PDSA en seconde partie de nuit (après minuit) posant la question du rapport utilité/coût de ces structures sur cette période.

L'une des recommandations du rapport GRALL est d'établir un pilotage cohérent et opérationnel de la PDS au niveau régional en confiant à la Mission Régionale de Santé (MRS), ayant un rôle de coordinateur entre État et Assurance Maladie, le pilotage du dispositif.

Le 21 juillet 2009 la loi HPST (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) entre en vigueur. Il en résulte la création des ARS le 1er avril 2010. La mise en place d'une supervision de l'État par le biais des ARS à des fins pratiques et économiques constitue une évolution majeure dans la gestion du système de PDS. La permanence des soins est alors reconnue comme une mission de service public.

L'organisation de la permanence des soins est confiée aux ARS, dont le directeur général a désormais en charge le pilotage du dispositif, la partie forfaitaire de son financement, et la définition des territoires de PDSA.

Par ailleurs, le décret du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins formalise les principes généraux sur lesquels se fonde l'organisation du dispositif de PDSA, ainsi que les déclinaisons opérationnelles pour chaque département. Les principes sur lesquels reposaient le dispositif de PDSA sont maintenus à savoir le volontariat des médecins y participant, l'accès médicalement régulé au médecin de permanence, la territorialisation et la rémunération forfaitaire.

Ainsi, les ARS ont désormais la compétence de définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins participant à la permanence des soins ambulatoires. Les majorations spécifiques applicables durant les périodes de permanence des soins sont fixées par la convention médicale.

Signalons en outre, que le décret du 13 juillet 2010 autorise la prescription médicale téléphonique par le médecin régulateur. « En dehors des cas relevant de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur peut donner des conseils médicaux, notamment thérapeutiques, pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone. Il peut également procéder à une telle prescription lors de situations nécessitant en urgence l'adaptation d'une prescription antérieure. Lorsque la prescription nécessite l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci est adressée à une pharmacie. La prescription, d'une durée limitée et non renouvelable, est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé relatives à la prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale ».

La création d'un forfait pris en charge par l'assurance maladie pour l'établissement des certificats de décès est désormais codifié à l'article L.162-5-14-2 du code de la sécurité sociale : « Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès {...} réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixées par décret, sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les médecins sont tenus de respecter ces tarifs ».

I.1.1.3. La gestion de la PDSA

Depuis la création des ARS, la PDSA s'organise de façon régionale et non plus départementale. L'ARS reçoit le pouvoir de déterminer la rémunération des médecins (astreintes) à l'exception de celle des actes réalisés pour lesquels l'assurance maladie reste compétente. Les limites des territoires de garde sont arrêtées par le directeur général de l'ARS selon les principes définis dans le cahier des charges régional.

I.1.1.4. La sectorisation

La PDSA est organisée dans le cadre départemental et divisée en secteurs sur le principe de l'organisation des soins. Chaque secteur, nommé « territoire de PDSA », est fixé par arrêté préfectoral après avis du CODAMUPS, CDOM, des syndicats et associations professionnelles.

La zone d'action de la MMG est définie :

- selon la population, avec au minimum 60 à 70 000 personnes en zone urbaine,
- selon le rayon d'action, avec en zone rurale 30 à 35 km autour de la MMG,
- selon le nombre de médecins susceptibles d'y participer.

I.1.2. L'état des lieux de la PDSA

I.1.2.1. Au niveau national

La France métropolitaine compte 67 704 médecins généralistes en activité libérale ou mixte, soit 108 médecins / 100 000 habitants. Parmi eux, 30 354 médecins ont 55 ans ou plus.

En janvier 2016, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a établi un état des lieux national qui démontre que l'organisation est loin d'être homogène et optimale. Fin 2015, la France regroupe 1631 territoires de PDSA.

Ce nombre de territoires tend à être réduit en fonction des besoins effectifs de la population et de la capacité des médecins à y répondre.

I.1.2.2 Contexte régional de la région PACA

La région PACA se distingue par un niveau élevé d'offre de soins, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière.

Cette caractéristique est aussi valable pour les acteurs susceptibles de prendre en charge l'activité de permanence des soins ambulatoires.

Cependant, la répartition géographique de cette offre présente de fortes disparités qui suivent les inégalités territoriales de répartition de la population.

L'organisation de la réponse varie donc fortement selon le territoire : urbain, peuplé et pourvu en offre de soins ou rural, à faible démographie de population et de professionnels de santé.

La présence de zones de montagne et de territoires à forte attractivité touristique est aussi un élément à prendre en compte dans l'organisation de la réponse à la demande de soins ambulatoires non programmée.

Enfin, à l'instar des autres régions françaises, le vieillissement de la population médicale est un élément à prendre en compte.

I.1.2.3 La démographie médicale dans la région Alpes de Haute Provence et les Alpes Maritimes

Dans les Alpes Maritimes, la densité départementale des médecins généraliste en activité régulière est 163.4/100.000 habitants.

En 2017, le nombre des médecins généralistes en activité régulière est de 1690.

Dans les Alpes de haute Provence, elle est de 167.7/100000 habitants.

En 2017, le nombre des médecins généralistes est de 266.

I.1.2.4. Les territoires de PDSA et leur couverture

Le département des Alpes de Haute Provence est divisé en 21 territoires permanents de PDSA (+ 1 territoire interdépartemental rattaché à la Drôme) et 4 territoires saisonniers.

Le nombre de médecins de garde sur chaque territoire peut varier selon les horaires de permanence de soins (1 médecin de garde = 1 ligne de garde).

Dans les Alpes de Haute Provence, l'organisation est la suivante:

- les soirs de semaine de 20h à minuit : 16 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de weekend end de 20h à minuit : 17 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de semaine de minuit à 8h : 15 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de weekend de minuit à 8h : 14 lignes de garde sont actives ;
- les samedis après-midi : 15 lignes de garde sont actives ;

- les dimanches, fériés en journée et journées de pont : 18 lignes de garde sont actives.

De plus, il existe un secteur interdépartemental avec les Alpes-Maritimes (04005 : Entrevaux Puget-Théniers) rattaché à la PDSA des Alpes-de-Haute-Provence. Il n'existe aucune maison médicale de garde sur le département.

Le département des Alpes Maritimes est divisé en 24 territoires de PDSA (+1 secteur interdépartemental rattaché aux Alpes de Haute Provence). Dans les Alpes Maritimes, l'organisation est la suivante:

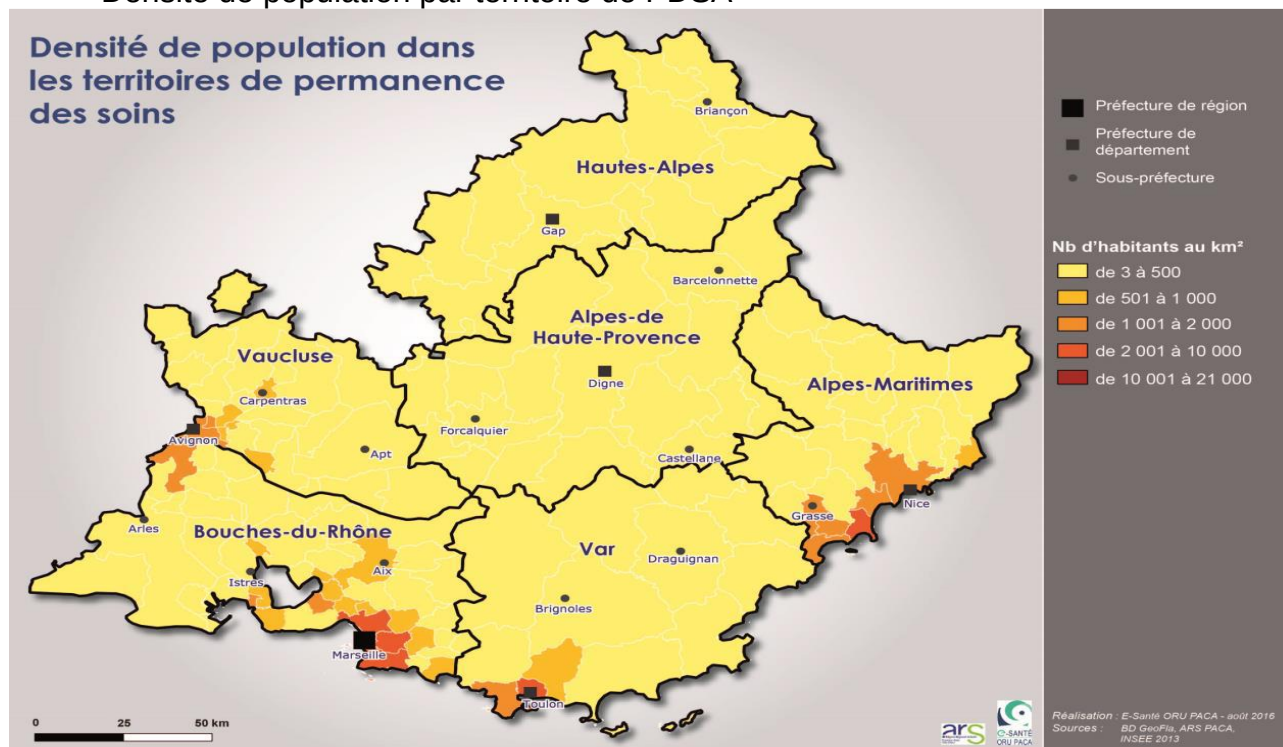
- les soirs de semaine de 20h à minuit : 39 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de weekend de 20h à minuit : 41 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de minuit à 8h (semaine et weekend end) : 29 lignes de garde sont actives ;
- les samedis après-midi, dimanches et fériés en journée et les journées de pont : 44 lignes de garde sont actives.

Il existe 4 maisons médicales de garde sur le département :

- maison médicale de Grasse (CH de Grasse)
- maison médicale de Cannes (CH de Cannes)
- maison médicale Saint Roch (CHU Nice)
- maison médicale d'Antibes (CH d'Antibes).

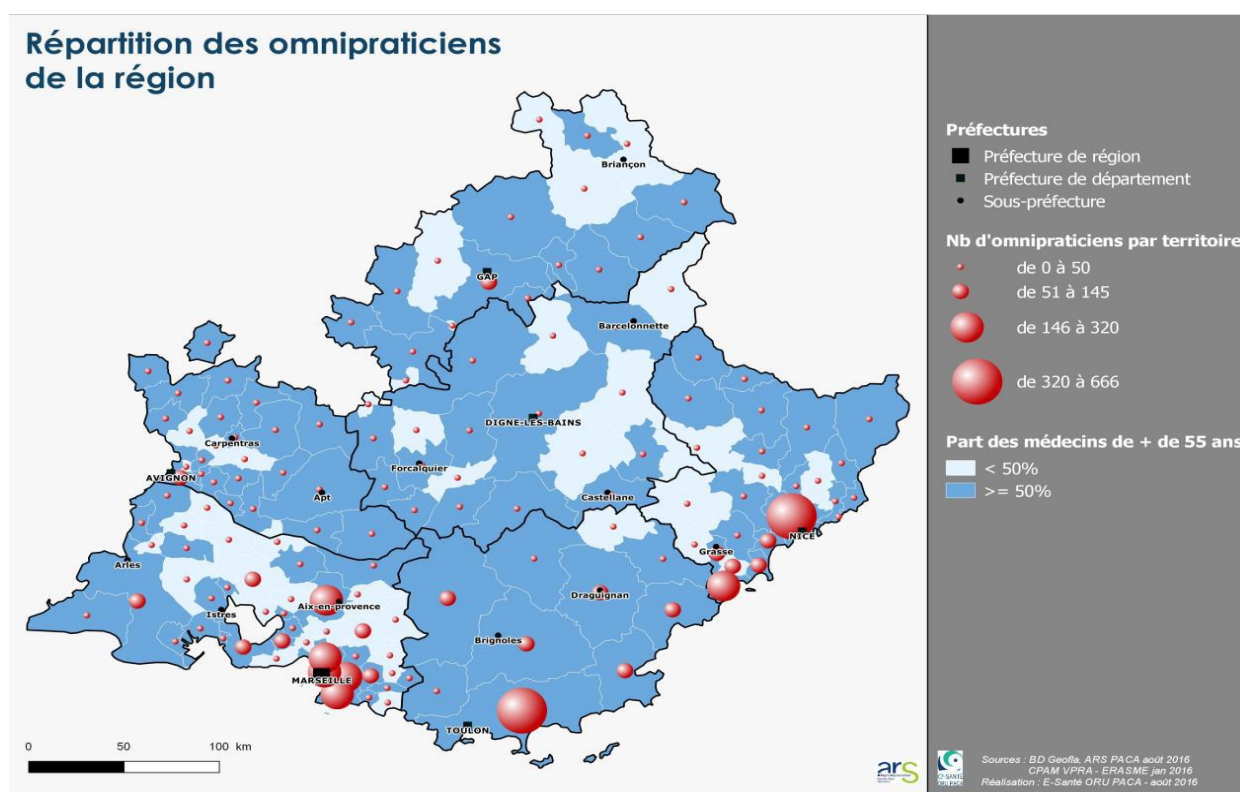
1.1.2.5. Cartographie de la PDSA

Densité de population par territoire de PDSA



Source : ARS : Cahier des charges régional de la PDSA région PACA

Effectif et âge des omnipraticiens par territoire de PDSA



Source : ARS : Cahier des charges régional de la PDSA région PACA

I.2. Objectifs

L'objectif principal était d'étudier la continuité des soins des cabinets médicaux hors horaires de PDSA dans les deux départements des Alpes maritimes 06 et les Alpes de Haute Provence 04, en recueillant le temps de consultations des médecins généralistes libéraux.

L'objectif secondaire était de démontrer à partir de ce recueil, qu'il faudrait élargir les horaires de PDSA pour évoluer vers un vrai système de continuité des soins.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1. Population

L'étude portait sur la population de médecins généralistes libéraux installés dans les deux départements de la région PACA : les Alpes Maritimes 06 et les Alpes de Haute Provence 04.

Critère d'inclusion :

L'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant dans les Alpes Maritimes et les Alpes de Haute Provence recensé sur le site internet de l'assurance maladie (<http://www.ameli.fr>).

Critère d'exclusion :

L'ensemble des médecins n'ayant pas communiqué leurs horaires de consultation sur le site de l'assurance maladie.

II.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, quantitative, observationnelle et transversale basée sur l'analyse descriptive et rétrospective d'un recueil de données.

II.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le nombre d'heures non ouvertes à la consultation en dehors des horaires de PDSA par médecin.

Les critères de jugements secondaires étaient :

- Le nombre de journées et demi-journées non ouvertes à la consultation hors horaires de PDSA par médecin ;
- L'ouverture ou non du cabinet de 8h à 20h ;
- La fermeture du cabinet à 20h ;
- Le ou les jours de la semaine non ouvert(s) à la consultation hors horaire de PDSA par médecin.

II.4. Analyse statistique

Le recueil de ces données a été fait par deux investigateurs sur une période de 4 mois de juillet à août 2017 pour le 06 et du juillet à août 2016 pour le 04.

Les emplois du temps des médecins généralistes libéraux installés dans les Alpes maritimes 06 et les Alpes de Haute Provence 04 ont été recueillis par département grâce aux données indiquées sur le site de l'assurance maladie (<http://annuaire.sante.ameli.fr>).

Depuis le 1^{er} janvier 2012, et dans le cadre de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), le site internet de l'assurance maladie (<http://www.ameli.fr>) met à disposition du médecin généraliste un outil de saisie, qui lui permet de renseigner des informations sur l'organisation de son cabinet.

Le nombre théorique d'heures ouvertes à la consultation de façon hebdomadaire hors horaire de PDSA est de **64 h**. Ces 64 h correspondaient à la totalité des heures de consultations hors horaire de PDSA : **12h par jour (de 8h à 20h) x 5 jours** (du

lundi au vendredi) + 4h (de 8h à midi pour le samedi matin). Ainsi, le nombre d'heures non ouvertes à la consultation durant cette même période a été obtenue par soustraction du **nombre d'heures réellement ouvertes** à la consultation au nombre de 64.

L'ensemble des données de l'étude a été répertorié dans le logiciel Excel pour permettre ensuite l'analyse univariée de ces données quantitatives en précisant leurs paramètres de position (médiane, moyenne, quartiles, mode et écart-type).

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques de la population

En 2 mois (de Juillet à Août 2017), les emplois du temps des 1000 médecins généralistes libéraux des Alpes Maritimes (06) ont été étudiés, 897 ont été inclus et 103 ont été exclus par défaut de communication de leurs horaires de consultations auprès du site internet de l'assurance maladie.

En deux mois (Juillet à août 2016), les emplois du temps des 197 médecins généralistes libéraux des Alpes de Haute Provence (04) ont été étudiés, 142 ont été inclus et 55 exclus par défaut de communication de leurs horaires de consultations auprès du site internet de l'assurance maladie.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population des médecins généralistes libéraux étudiés

Sexe, n (%)	Alpes Maritimes (n =897)	Alpes de Haute Provence (n=142)
Hommes	595 (66.4%)	97(68.3%)
Femmes	302 (33.6%)	45 (31.7%)

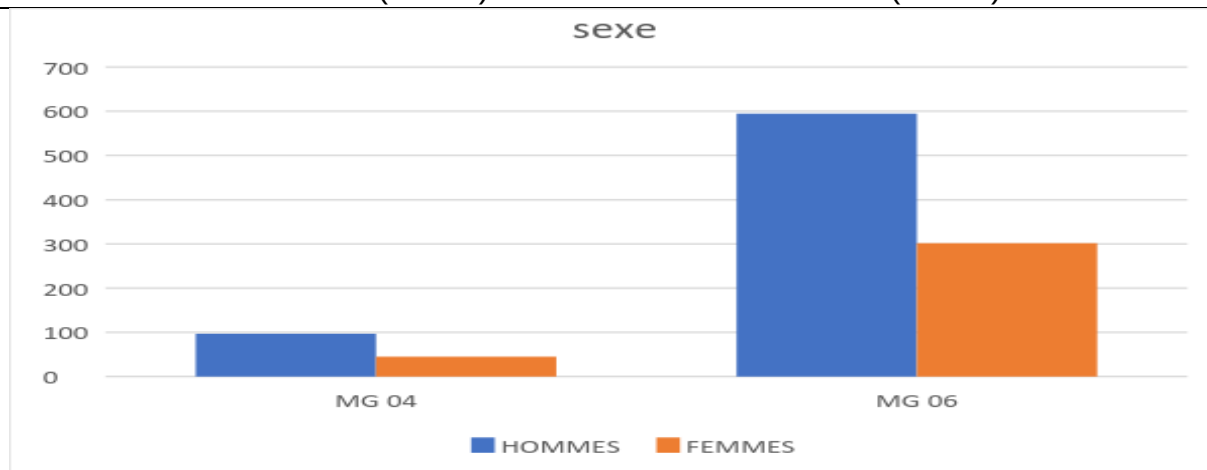


Figure 1 : Caractéristiques de la population des médecins généralistes libéraux

III.2. Présentation des résultats

III.2.1. Critère de jugement principal

Le **nombre d'heures non ouvert à la consultation hors horaires PDSA par médecin**, est une variable quantitative connue que l'on décrit par sa moyenne, sa médiane et son mode.

Tableau 2 : Description du critère de jugement principal

Heures non ouvertes à la consultation hors horaires de PDSA		
Moyenne	32heures Alpes Maritimes	31heures Alpes de Haute Provence
Médiane	33heures Alpes Maritimes	31heures Alpes de Haute Provence
Mode	36heures Alpes Maritimes	35.5heures Alpes de Haute Provence

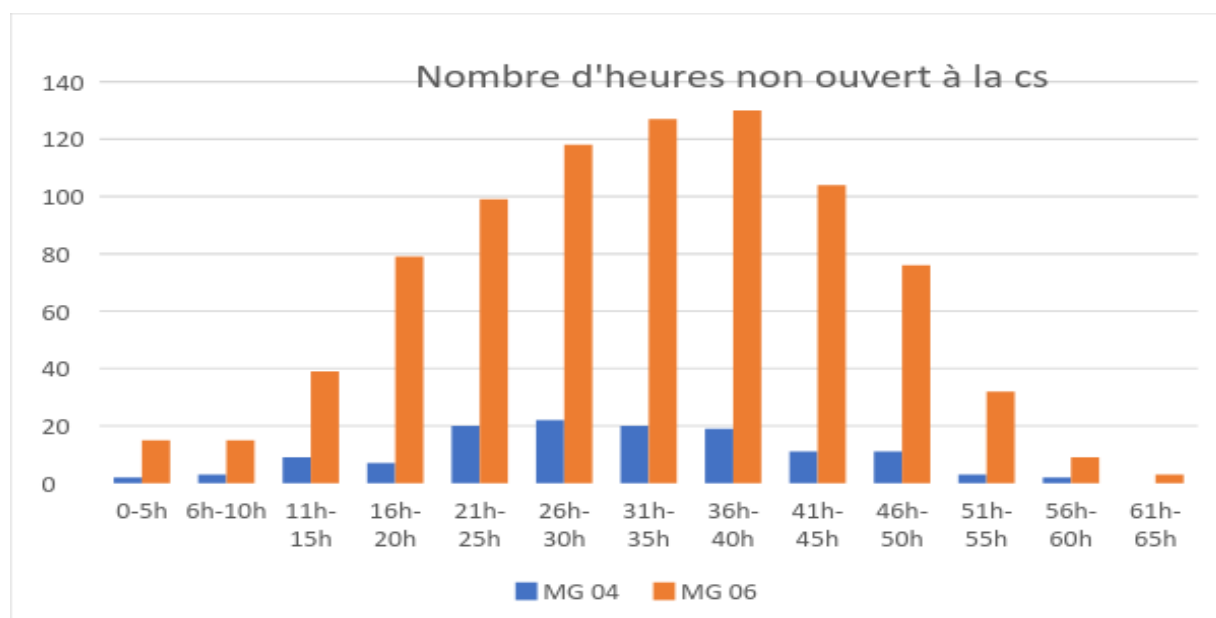


Figure 2 : Représentation de la distribution des heures non ouvertes à la consultation hors horaires PDSA

III.2.2. Critères de jugements secondaires

Secondairement nous avons étudié la répartition de ces heures non ouvertes à la consultation au cours de la semaine.

Tableau 2 : Nombre de **demi-journées non travaillées** par semaine

Nombre de demi-journées non travaillées	Alpes Maritimes	Alpes de Haute Provence
0	120	15
1	248	35
2	196	40
3	133	20
4	49	10
5	52	8
6	58	8
7	30	2
8	5	0
9	5	3
10	1	0
11	0	1

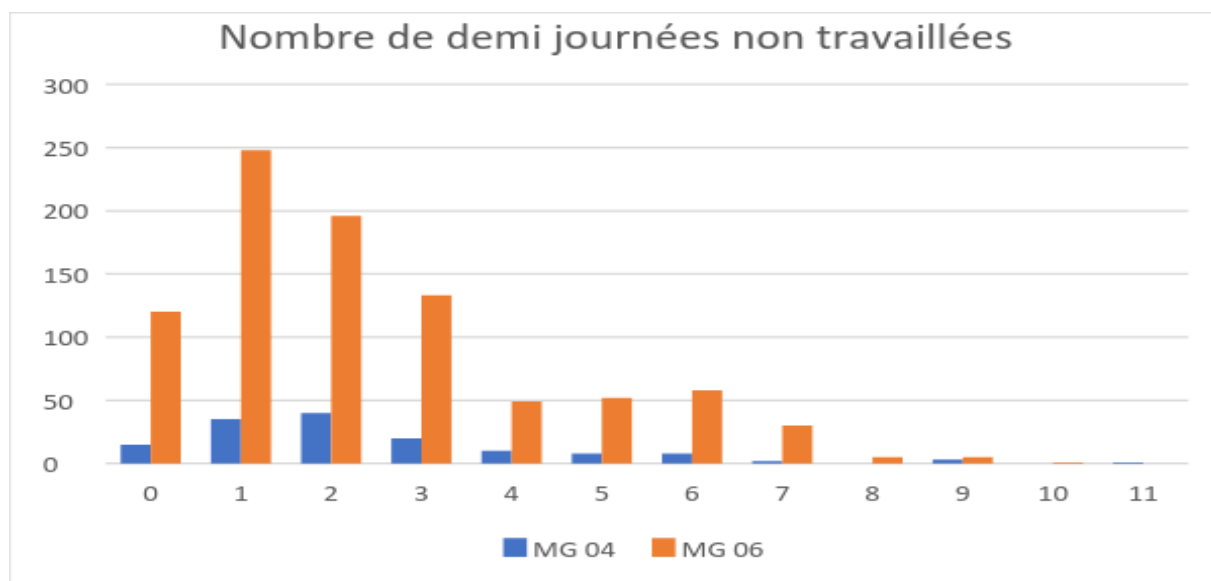


Figure 3 : Nombre de demi-journées non travaillées par semaine dans le 04 et le 06.

Tableau 3 : Nombre de **journées fermées** aux consultations par semaine

	Alpes maritimes	Alpes de Haute Provence
0	615	87
1	228	45
2	33	4
3	18	2
4	3	3
5	0	1

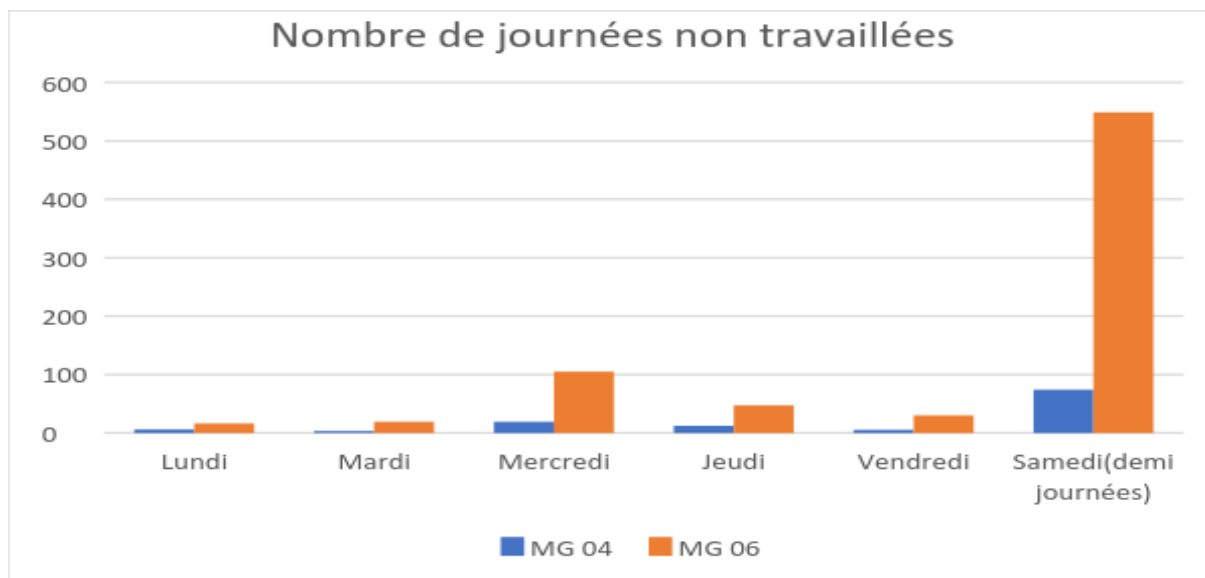


Figure 4 : Nombre de journées non travaillées dans le 04 et le 06

Tableau 4 : **Fermeture du cabinet à 20h**

	Nombre de fermeture à 20h dans les alpes Maritimes	Nombre de fermeture à 20h dans les Alpes de Haute Provence
OUI	56	17
NON	841	125

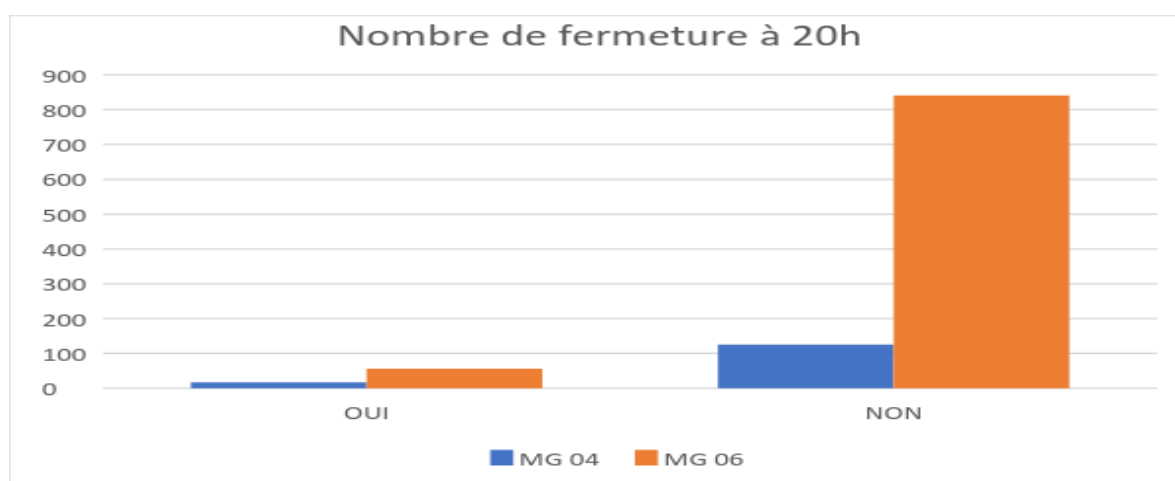


Figure 5 : Fermeture du cabinet à 20h dans le 04 et le 06

Tableau 5 : **Consultations ouvertes de 8h à 20h**

	Nombre d'ouverture 8h-20h dans les Alpes Maritimes	Nombre d'ouverture 8h-20h dans les Alpes de Haute Provence
OUI	29	12
NON	868	130

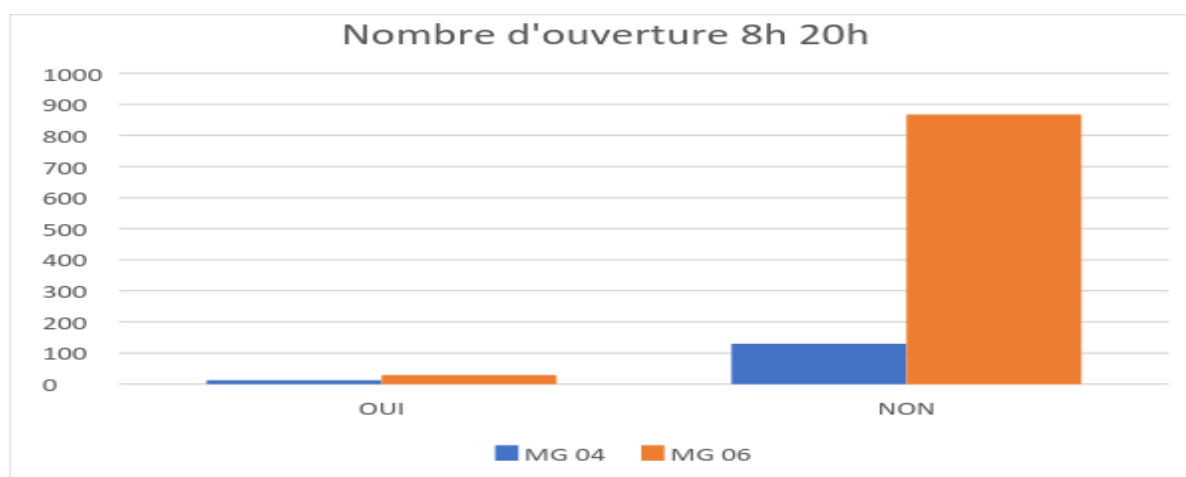


Figure 6 : Nombre de consultation ouverte de 8h-20h dans le 04 et le 06.

Enfin, il a été recherché parmi les médecins fermant une ou plusieurs journées de consultations par semaine, quels étaient les jours de la semaine concernée

Tableau 6 : La ou les **journée(s) concernée (s)** par la **fermeture hebdomadaire** du cabinet

	Journées non travaillées dans les Alpes Maritimes	Journées non travaillées dans les Alpes de Haute Provence
Lundi	16	6
Mardi	19	3
Mercredi	105	19
Jeudi	47	12
Vendredi	30	5
Samedi	549	74

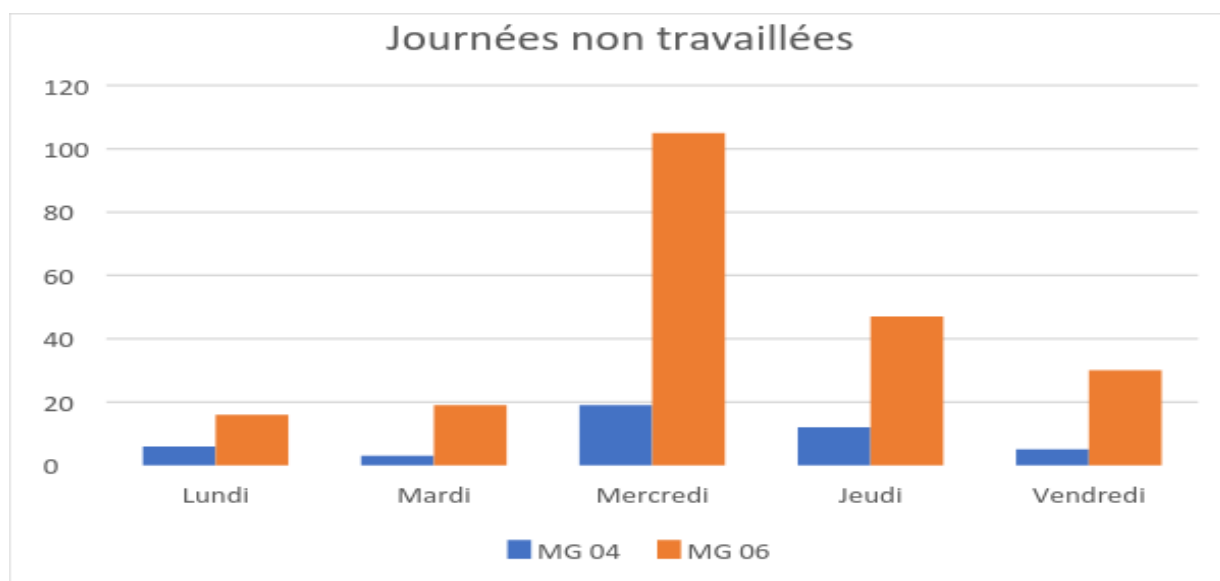


Figure 7 : Journée(s) concernée (s) par la fermeture hebdomadaire du cabinet dans le 04 et le 06

IV. DISCUSSION

IV.1. Principaux résultats

Conformément à la loi HPST de 2009 relative à la continuité des soins et notamment l'organisation de la PDSA, ce qui permet de répondre aux demandes de soins non programmées pendant des tranches horaires définies en dehors des 64 heures de continuité des soins assurée par les médecins généralistes libéraux.

Selon notre étude, les médecins généralistes des Alpes Maritimes ferment leurs consultations en moyenne **32h** par semaine contre **31h** pour leurs confrères des Alpes de Haute Provence.

Soit une continuité des soins assurée en moyenne de **32h sur les 64h** théoriques dans les Alpes Maritimes et **33h** pour leurs confrères des Alpes de Haute Provence

Ils ne sont que **13.3%** à consulter les **11 demi-journées par semaine** dans les Alpes Maritimes et **10.5%** dans les Alpes de Haute Provence.

Près de 68% des médecins généralistes ne ferment pas de journées entières aux consultations dans les Alpes Maritimes et près de 61% dans les Alpes de Haute Provence.

Près de 25% des généralistes des Alpes Maritimes ferment leurs consultations un jour entier par semaine et près de 32% pour leurs homologues des Alpes de Haute Provence.

En terme de **demi-journées non travaillées**, on retrouve des résultats concordants pour les deux départements, les médecins généralistes ferment leurs consultations une à trois demi-journées du lundi au samedi.

Ceci peut avoir comme explication le temps consacré aux autres activités non cliniques (Formation Médicale Continue, vie privée.).

Dans les Alpes Maritimes ils sont près de **6% à fermer leur cabinet à 20h** et **12%** dans les Alpes de Haute Provence.

Dans les Alpes Maritimes près de **3% l'ouvrent de 8h à 20h** alors qu'ils sont près de **8%** dans les Alpes de Haute Provence.

48% proposent une offre de soins le **samedi matin de 08h à 12h** dans les Alpes de Haute Provence contre **39%** dans les Alpes Maritimes.

IV.2. Validité de l'étude

IV.2.1. Validité interne

On a constaté un biais de sélection des médecins généralistes dans les deux départements étudiés par cette étude car seuls les médecins ayant

déclaré leurs horaires sur le site ameli.fr ont été comptabilisés dans cette étude.

La méthodologie de notre étude implique un biais d'information car les données recueillies sur le site ameli.fr sont des données déclaratives des médecins généralistes, ce sont des horaires théoriques qui ne prennent pas en considération les différents facteurs impactant ces horaires : les soins non programmés, les visites à domicile d'urgence et les consultations d'urgence.

Par ailleurs, nous n'avons pas tenu compte de la variabilité saisonnière liée au tourisme qui est en forte augmentation en période estivale.

Il aurait été plus logique de raisonner par territoire que par département.

En plus, nous n'avons pas exclu de notre base de sondage les médecins ne participant pas aux soins primaires ou ayant un mode d'exercice particulier exclusif non déclaré à l'assurance maladie (exemples : médecins esthétiques, acupuncture.).

Il est de même pour les médecins ayant des projets de cessation ou de déménagement.

IV.2.2. Validité externe

Des travaux de thèse similaires ont été réalisés selon la même méthodologie par Dr Bencherit en 2015 dans le Var et neuf thèses en 2016 : par les binômes suivants et par un ordre chronologique : Dr Guillaume Freyburger et Dr Thomas Lenotte dans le Limousin, Dr Anais Villard et Dr Sarah Rampal dans les départements de l'Ardèche, de la Drôme, de la Haute Savoie, de la Savoie et du Rhône, du Dr Elsa Leclercq et Dr Guillaume Forest dans les Bouches du Rhône, le Vaucluse, du Dr Loris Limido et Guy Lombardo en Lorraine, Anne-Sophie Carre et Grégory Herrera dans la région Centre-Val de Loire, Florian Carrat et Maxime Limonier dans les départements de Paris, Hauts-de-Seine et Essonne,

Thomas Verchere et Hannah Derksen dans les départements de l'Ain, la Loire et l'Isère, Guillaume Cheminal et Oriane Guignabaudet dans la région Languedoc-Roussillon, Caroline Huet et Margot Pinsac-du Reau en Bretagne et sur le plan national avec le travail de Thomas George

Ces travaux estiment que les médecins généralistes libéraux ferment en moyenne leurs consultations respectivement :

35 heures par semaine dans le Var ;

24 heures par semaine dans le Limousin ;

26.4 heures par semaine en l'Ardèche, de la Drôme, de la Haute Savoie, de la Savoie et du Rhône ;

32.5 heures dans les Bouches du Rhône et 31 heures dans le Vaucluse;

**30.1 heures par semaine en Lorraine ;
24.5 heures par semaine dans le Centre-Val de Loire ;
27.17 heures par semaine dans Paris, Hauts-de-Seine et Essonne ;
24, 33 et 26 heures par semaine respectivement dans l'Ain, la Loire et l'Isère ;
25.5 heures par semaine en Bretagne ;
28 heures par semaine dans la région Languedoc-Roussillon ;
Et 28.32 par semaine à l'échelle nationale.**

Les résultats de notre étude sur les deux départements des Alpes Maritimes et Alpes de Haute Provence sont respectivement de 32h et 31h, confortent ces tendances comparativement aux autres départements étudiés par les autres binômes.

L'enquête nationale du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2016 démontre une nouvelle fois que les médecins continuent à assumer vis-à-vis de la population cette mission de service public sur l'ensemble du territoire national bien que l'on constate une légère baisse du volontariat.

16

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le territoire national a peu évolué en 2016 :

- Exemple : Des renforcements de régulateurs libéraux, notamment en région PACA et Ile de France ;

Il est impératif de repenser aux modalités d'organisation de la PDSA, comme organiser la PDSA en fonction des bassins de proximité (évoquée dans les propositions du Conseil national de l'Ordre des médecins), élargir ses horaires aux mercredis et les jeudis, notamment pour les MMG, cette perspective pourrait permettre de s'adapter à l'offre de soins et d'assurer la continuité des soins.

Il est crucial de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour encourager les médecins généralistes libéraux, mais aussi les médecins salariés et les remplaçants à participer à la PDSA.

Les inquiétudes des conseils départementaux de l'ordre des médecins portent sur les effets délétères d'une diminution du nombre des médecins, le vieillissement des médecins assurant les gardes, sur le manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libérale mais aussi sur les rémunérations des astreintes jugées insuffisantes.

Un retour sur l'assemblée de l'Ordre des Médecins du 04/04/2018

Le Président Patrick Bouet a exprimé l'urgence pour le Gouvernement de prendre des mesures pour réformer le système de santé dans un rapport annuel sur la permanence des soins ambulatoires : il y a urgence à réorganiser la PDSA en se fondant sur les territoires :

Dans la 15^{ème} enquête annuelle sur la permanence des soins ambulatoires, présentée par le Dr. Jean-Yves Bureau, président de la commission PDSA de l'Ordre des médecins, a confirmé la tendance constatée depuis plusieurs années d'une dégradation lente et progressive de la permanence des soins ambulatoire. La situation dans certains départements est d'ores et déjà critique, et elle le deviendra dans d'autres territoires si aucun changement n'intervient en termes d'organisation ou de fonctionnement de la PDSA.

On comptait en 2017 dix-neuf territoires supplémentaires dans lesquels la PDSA n'était pas assurée en nuit profonde ; en deux ans le nombre de territoires couverts entre minuit et huit heures du matin a diminué de 11%. Ainsi, l'organisation actuelle de la permanence des soins repose sur un nombre de médecins de plus en plus réduit et la place dévolue aux établissements publics de santé devient de plus en plus importante.

De manière globale, le volontariat des médecins s'est maintenu en 2017, 61 départements comptant un taux de volontariat supérieur à 60%, contre 60 départements en 2016. Ce taux connaît cependant de grandes disparités : il est par exemple de 90% dans la Nièvre, et de 10% à Paris.

Les indications démographiques montrent cependant une grande fragilité. Dans 15% des territoires, la PDSA est effectuée par 5 médecins ou moins. L'âge moyen des effecteurs est aujourd'hui de 50 ans, et celui des régulateurs de 55 ans. Il n'existe par ailleurs que 13 départements dans lesquels les salariés de centres de santé participent à la PDSA.

Dès lors, le maintien de la participation des médecins à la permanence des soins malgré ces tensions démographiques interroge sur la pérennité d'un dispositif reposant essentiellement, dans un certain nombre de territoires, sur des médecins généralistes installés déjà très fortement sollicités. Il serait urgent de réorganiser la permanence des soins en se fondant sur un diagnostic précis des besoins de la population et des ressources médicales disponibles. L'Ordre rappelle à cet égard que c'est au plus près des territoires que doit être définie l'organisation de la PDSA, comme l'organisation des soins dans son ensemble.

Enfin, l'Ordre appelle une nouvelle fois les pouvoirs publics à organiser une campagne d'information auprès de la population sur l'organisation encore méconnue de la permanence des soins et sur le rôle clef du médecin régulateur. L'objectif d'une action de ce type serait de mieux expliquer à nos concitoyens que le déplacement du médecin au domicile du patient, ou que le déplacement du patient sur le lieu d'exercice du praticien, n'est pas systématiquement nécessaire.

Le Panel I d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale réalisé en 2007 par la DREES auprès de 1901 médecins généralistes libéraux exerçant dans cinq régions (PACA, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne et Pays de la Loire), la base de sondage a été constituée à partir du répertoire ADELI qui recensait les professionnels de santé à exercice réglementé pour en retenir les médecins généralistes tirant leurs revenus professionnels principalement de l'exercice libéral de la médecine et n'exerçant pas de façon exclusive un mode d'exercice particulier.

L'étude évoquait une durée hebdomadaire moyenne de travail de 55.4 heures à 59.6h, à la différence de notre étude ce résultat incluait les heures consacrées aux gardes, astreintes, en plus du temps consacré aux consultations médicales et aux visites à domicile.

Le Panel II d'observation réalisé en 2011 auprès de 2200 médecins tirés au sort, la base de sondage constituée à partir du répertoire ADELI, apparié à des données provenant du SNIR-AM (les médecins ayant un mode d'exercice particulier exclusif non déclaré à l'assurance maladie ou ceux qui ont un projet de cessation ou de déménagement à moins d'un an sont repérés par un filtre lors du recrutement et non pris en compte dans le champ du panel).

Les médecins généralistes ont déclaré avoir travaillé en moyenne 57h durant la semaine précédant l'entretien téléphonique (ce résultat incluait toutes les activités professionnelles).

A partir de cette étude, il a été estimé un temps hebdomadaire de 33h passé au contact des patients dans leur cabinet.

Cela concorde avec les résultats de notre étude qui retrouve une moyenne de 32h dans les Alpes Maritimes et 31h dans les Alpes de Haute Provence. Notre étude inclut les consultations à domicile en plus du temps passé au cabinet médical au contact du patient.

IV.3. Pertinence clinique et perspectives

Notre étude a démontré que les médecins généralistes libéraux dans les deux départements des Alpes Maritimes et des Alpes de Haute Provence consultent respectivement en moyenne **32 heures** et **33 heures** par semaine ce qui au regard des études suscitées ne semble pas représenter leur temps de travail total.

Il paraît difficile que les médecins généralistes assurent la continuité des soins en dehors des horaires de PDSA.

IV.3.1. Organisation des médecins hors horaires de PDSA

Les études suscitées montrent que l'exercice de la médecine générale ne se résume pas aux activités de soins de la patientèle du cabinet : elle inclut également des temps de formation et tâches de gestion (secrétariat, comptabilité, accueil des visiteurs médicaux...) qui leur incombent en tant que professionnel de santé libéral et qui s'entrecroisent avec les consultations.

Exemple : Panel II de la DREES de 2011, **4 heures** en moyenne par semaine est dédiées aux tâches de gestion et du secrétariat, **44%** des médecins généralistes ne disposent pas de secrétariat pour la prise des rendez-vous, les formalités administratives ou la prise en charge des appels téléphoniques, une situation inquiétante surtout qu'on sait que dans certains cas ces appels manqués ou ces rendez-vous mal gérés peuvent avoir des répercussions dramatiques sur les patients.

Une étude pourrait analyser les facteurs impactant l'emploi du temps du médecin généraliste ce qui permettrait peut-être de mieux répartir le temps dédié aux formalités administratives au profit du temps consacré aux patients et la formation médicale continue.

IV.3.2. Horaire de PDSA mise en place par l'ARS

Horaires : Il serait souhaitable d'élargir les horaires de PDSA, les étendre par exemple aux journées non travaillées, le mercredi, le jeudi et le samedi matin.

Sa régulation : la promotion de la régulation téléphonique, en alternative à un passage direct aux urgences, qui permettra d'orienter les patients en fonction en adaptant la réponse aux structures disponibles dans le secteur en question. Il appartient aussi aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux de participer à l'information de la population sur la permanence des soins dans leur secteur.

Effecteurs : Elargir la PDSA à d'autres acteurs que les médecins généralistes en activité régulières : les internes de médecine, les médecins remplaçants (en nombre croissant), médecins retraités actifs, le personnel paramédical (par un transfert de compétences préconisé par la loi HPST, et favoriser l'installation en cabinets de groupe en incitant la collaboration avec d'autres spécialistes avec l'emploi d'un secrétariat efficient permettant de partager le

travail dédié aux tâches administratives de gestion en optimisant la répartition du temps de travail au profit d'un temps purement médical passé auprès du patient.

Une autre piste possible afin de soutenir le travail des médecins généralistes et améliorer l'accès aux soins de la population est le développement de **la télémédecine**. Elle permettra d'aider les médecins généralistes à être moins isolés et obtenir des avis de seconds recours plus rapidement. C'est la loi HPST qui a défini la télémédecine et lui a donné un cadre légal. Le pacte territoire santé mis en place depuis 2012 prévoit son déploiement. Plusieurs projets sont actuellement en cours de développement, l'exercice de la médecine semblant se diriger en ce sens dans les années à venir.

Récemment, la mise en place de nouveaux décrets dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2017, a permis de prolonger et d'étendre le cadre expérimental mis en place en 2014 pour seulement neuf régions pilotes, afin de tester le caractère soutenable des modèles tarifaires envisagés.

Son mode d'application : faciliter le transfert vers les points de PDSA hors SAU. Ouvrir les MMG.

Son financement : Le paiement à l'acte doit rester largement prépondérant mais doit s'ajouter à une part forfaitaire.

La généralisation du tiers payant en soins primaires et plus largement ambulatoire dans un cadre qui garantisse le paiement des médecins libéraux et des centres de santé : facilitateur de l'accès à la santé, le tiers payant est aussi avec la pratique en équipe, un vecteur de sécurisation de l'exercice de la médecine ambulatoire.

Revalorisation des actes aux horaires les moins pourvus de médecins.

Ses utilisateurs : Proposer aux patients un mode d'emploi des soins de santé primaires.

Dans un rapport d'information parlementaire sur « les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé » du 26/07/17, dresse un bilan sur l'organisation de la PDSA la qualifiant de confuse et contribuant au report des patients sur les urgences hospitalières.

Dans ce contexte, les rapporteurs ont souhaité formuler des propositions ponctuelles et pragmatiques sur trois points critiques, qui pourraient faire l'objet de réformes à court terme :

- **Propositions concernant l'organisation et le financement des périodes de garde**

Les entretiens conduits par les rapporteurs ont permis de faire émerger deux pistes d'évolution largement partagées par les professionnels

- Élargir les horaires de la PDSA au samedi matin.
- Expérimenter une exonération totale du ticket modérateur pour l'ensemble des patients consultants aux horaires de PDSA.

- **Propositions concernant le fonctionnement des MMG**

- Privilégier la proximité, voire l'adossement des MMG à un service d'urgences, et encourager la conclusion de protocoles de réadressage entre structures.
- Généraliser le tiers-payant intégral dans l'ensemble des MMG.

- **Propositions concernant la régulation médicale :**

- Revenir sur la mise en place du numéro 116 117 pour l'accès à la régulation médicale de la permanence des soins.
- Généraliser la mutualisation de la régulation médicale entre les équipes de l'aide médicale urgente et les professionnels libéraux.
- Mettre en place une formation initiale obligatoire et standardisée d'au moins deux ans, incluant des périodes de stage et sanctionnée par un diplôme qualifiant, pour l'exercice de la profession d'assistant de régulation médicale (ARM).

- **Proposition concernant le patient : Rendre le patient acteur de son parcours de soins et à même d'identifier les conditions d'un juste recours aux services d'urgences**

Il va de soi que l'ensemble des mesures proposées pour l'amélioration des prises en charges en amont des urgences ne pourront porter leurs fruits en l'absence d'implication des patients, qui plus est dans un contexte de démographie médicale contrainte et des moyens financiers limités pour les prochaines années.

- Renforcer l'information des patients sur les acteurs de la permanence et de la continuité des soins, ainsi que l'éducation des personnes sur la conduite à tenir en cas de problème de santé inopiné (s'agissant notamment des parents, des assistants maternels ou encore des personnels de crèche), dans le cadre d'une politique de prévention.

IV.4. La PDSA repose sur des références scientifiques et impacte sur la pratique

La sécurité des soins en médecine générale

La médecine générale, à la fois discipline scientifique et discipline d'exercice, doit être en capacité de répondre aux besoins de la population en termes de sécurité sanitaire, aux exigences de la démographie médicale et de l'accès aux soins.

Elle doit pouvoir développer des lieux de formation et de recherche en soins primaires, avec mise en œuvre de moyens prioritaires :

- L'existence d'un référentiel métier et d'un référentiel de formation, afin d'argumenter les démarches médicales adaptées.
- La nécessaire intrication entre le système de formation initiale et le développement professionnel continu (DPC)
- La diffusion de standards de qualité de soins et d'enseignements dans le cadre ambulatoire d'une discipline essentiellement clinique intégrant une démarche probabiliste.

La démarche de création des Maisons de Santé doit être avant tout d'origine professionnelle, accompagnée et soutenue par les politiques et les institutionnels. Un consensus entre professionnels et élus est requis pour répondre à la fois à un besoin de santé et aux aspirations professionnelles d'une meilleure qualité de travail, garants de la sécurité sanitaire et sociale.

Les compétences professionnelles

Des médecins peuvent s'enrichir au cours de leur vie professionnelle en fonction d'évolutions techniques dans les domaines diagnostiques et thérapeutiques.

Ces acquisitions nouvelles doivent pouvoir être favorisées, enseignées et valorisées.

Ainsi dans le domaine de la prise en charge ambulatoire de l'urgence, un nombre croissant de médecins se forment à l'échoscopie au lit du malade. Cette nouvelle technique accessible au médecin généraliste doit pouvoir obtenir une valorisation par l'Assurance Maladie, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

22

L'organisation de la médecine de proximité avec les autres disciplines

Les difficultés qui peuvent être rencontrées par la médecine de proximité avec les autres disciplines sont exacerbées en période de permanence de soins.

Que ces disciplines soient médicales (médecins spécialistes libéraux) ou paramédicales (kiné, infirmiers/ères), il y aurait beaucoup à faire pour faciliter l'accès des médecins de garde à ces disciplines en terme d'organisation d'un service de garde et de diffusion des numéros à joindre en cas de besoin ce qui éviterait le recours à l'hôpital pour des problèmes pouvant être pris en charge en ambulatoire.

La formation initiale

Dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisés (DES) de Médecine Générale, la formation pratique auprès d'un médecin généraliste agréé, membre d'une

association de permanence des soins permet de privilégier le terrain d'exercice des futurs généralistes : la médecine ambulatoire de soins primaires.

Elle permet d'accéder à une formation pratique aux soins primaires, à la médecine de premier recours, à l'urgence et à la permanence de soins.

Ce stage, pratiqué déjà dans un certain nombre d'associations SOS Médecins, s'inscrit dans une démarche globale de formation à la médecine générale en présentant les spécificités et la pratique de la PDS, en permettant de faire disparaître l'appréhension vis-à-vis de la prise en charge des urgences, en visite et en consultation et en préparant à la participation aux gardes ambulatoires de médecine générale.

Il est à noter que la grande majorité des internes passant par une formation pratique au sein d'une association de permanence de soins de type SOS Médecins prennent secondairement leur tour de garde, une fois installés.

Les enjeux de demain pour la formation médicale initiale en MG sont importants :

- Généraliser le stage de médecine ambulatoire de soins primaires en 2^{ème} cycle
- Généraliser le stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée
- Un DES à 4 ans avec une 4^{ème} année professionnalisante en médecine générale ambulatoire
- Réformer le post internat et créer les conditions nécessaires au développement des carrières universitaires dans la discipline médecine générale.

Des moyens humains en adéquation sont nécessaires pour recruter, former et encadrer les enseignants de MG.

Le développement de la recherche en médecine générale

La médecine « occidentale » est une médecine scientifique (EBM). Le recrutement d'un corps professoral en médecine générale permettra le développement d'une recherche en médecine générale.

Celle-ci devra être favorisée par un abondement et une simplification d'accès aux crédits de recherche. Et de cette recherche découlera les évolutions de notre système de soins, sa pertinence et son efficacité. Elle devra explorer l'ensemble du champ des compétences du métier de médecin généraliste. L'activité de médecine ambulatoire permet de suivre les patients dans leur milieu de vie, au plus près des réalités quotidiennes, et de recueillir des informations sur une base populationnelle. C'est un support pertinent de veille épidémiologiques et une source de données sur l'accès aux soins, les pratiques médicales et leur qualité, non exploités en France contrairement à ce qui est observé dans d'autres pays. Les indicateurs de terrain et les résultats issus de la recherche en soins de santé primaires peuvent orienter efficacement les décisions de santé publique, en explorant en particulier les facteurs d'inégalités sociales de santé. L'analyse des déterminants des pratiques des médecins et de leurs patients doit permettre de mieux identifier les freins et les moteurs du changement.

Des budgets dédiés sont nécessaires de type Programme Ambulatoire de Recherche Clinique (PARC), afin que soient réellement développés des travaux en rapport avec les soins primaires.

La valorisation, sur tous ses aspects et déclinaisons, de la médecine générale

Doit être une priorité aujourd'hui. Les institutions doivent favoriser l'accomplissement des missions. La profession doit se moderniser et trouver des modes d'exercice innovants et capable d'attirer les jeunes généralistes.

IV.5. Exemples Européens et comparaison internationale

✓ **Europe** (données de 2006)

▪ **Permanence des soins ambulatoires**

En Espagne, la PDSA est garantie par une organisation spécifique à chaque Région autonome partagée en zones de santé de base de 5 000 à 25 000 habitants. Chaque zone doit comprendre un centre de soins primaires, en principe pouvant être atteint en moins de trente minutes. Il existe également un centre d'appel unique. Dans le cas général, le médecin assurant ses fonctions dans le service public (la quasi-totalité des médecins) s'est engagé par contrat à assurer 50 heures de garde par mois, dont 12 durant le week-end. Les gardes sont obligatoires. Il existe des associations publiques de PDSA pour lesquelles des médecins travaillent à temps plein.

En Allemagne, le système est assez similaire à celui de la France. Il existe un centre d'appel unique. Il n'existe pas de système unique de PDSA, les adaptations régionales tenant compte des besoins locaux, de la configuration géographique et des lignes politiques définies par chaque État. Il existe plusieurs modèles :

- Un système traditionnel de tours de garde obligatoires, le roulement étant fixé par un zonage concernant l'ensemble des médecins ambulatoires ;
- Le « système urbain » allemand : équivalent des MMG françaises, où des soins sont proposés dans certains points de première urgence en ville.

Les services sont offerts par des médecins libéraux dans le cadre de leur tour de garde. Des médecins hospitaliers en contrepartie de forfaits et des médecins employés exclusivement dans ces services peuvent également y participer. Comme en France, il existe des associations privées de PDSA pour lesquelles des médecins travaillent à temps plein. L'indemnisation de cette PDSA est complexe et régulée par chaque région.

En Italie, l'autorité locale de santé garantit un accès permanent à des soins de médecine générale et fournit également des cabinets et des voitures de service. La PDSA est organisée dans chaque région par l'administration et les effecteurs. Elle est assurée par des médecins spécifiques de PDSA, en complément des services des urgences et d'un numéro d'urgence unique (mais ne régulant pas la PDSA). Les

médecins généralistes peuvent également être impliqués dans la PDSA s'ils le souhaitent. Le médecin de PDSA, payé sous la forme d'un forfait horaire, Par un revenu annuel plus bas que les médecins généralistes. Il s'agit souvent d'une activité de transition pendant 5 à 8 ans avant de s'installer. Le médecin de garde suit des protocoles et remet un feuillet qui devra être transmis au médecin traitant. Ses prescriptions nécessitent une confirmation auprès du médecin généraliste traitant dans les 48h.

Au Royaume-Uni, il s'agit d'une gestion entièrement publique. Les médecins généralistes ont le droit de choisir s'ils veulent faire partie du système de PDSA. S'ils ne veulent pas participer, les autorités de santé engagent des médecins salariés saisonniers. S'ils participent, les médecins sont rémunérés entre 72 et 118 euros de l'heure. Les médecins salariés assurant uniquement la PDS sont très bien rémunérés revenu annuel supérieur de 25% à celui d'un médecin généraliste. Des études ont montré que les usagers ne sont pas satisfaits par ce système, qui de plus entraîne un surcoût.

En Suède, la permanence des soins relève de la responsabilité du Conseil de comté exclusivement et les représentants des professions (tels que, par exemple, l'Association médicale suédoise), ne jouent pas de rôle dans la garantie de la permanence des soins. Les procédures sont fixées librement par chaque Conseil de comté en ce qui concerne la gestion des appels de patients et de l'utilisation des NTIC (Nouvelles Technologies de l'information et de la communication). L'organisation de la permanence des soins est toutefois contrainte par les règles professionnelles régissant l'activité des médecins, qui assurent officiellement une activité hebdomadaire de 40 heures par semaine.

Toute activité assurée au-delà de 17 heures les jours de semaine est évaluée en heures supplémentaires et rémunérée selon un forfait horaire, mais on doit noter que les heures de garde assurées au centre de soins primaires sont strictement limitées. De plus, les visites à domicile sont rares. La population doit habituellement attendre l'ouverture du centre de soins primaires, s'adresser à un service d'urgence hospitalier ou s'adresser à un médecin du secteur privé (moyennant une dépense à sa charge).

Tous les médecins employés par le secteur public dans les soins primaires (ainsi que les spécialistes) participent à la fourniture de services de permanence des soins, de manière obligatoire (pour les médecins du secteur privé, qui sont une minorité, tout dépend du contrat avec le Conseil de comté). Depuis quelques années, un maillage des soins a permis d'en assurer une meilleure coordination, notamment par l'introduction d'une hiérarchie dans le recours aux soins : centres de soins primaires, centres de soins primaires d'urgence (soins généralement offerts par des médecins généralistes, à raison d'une à deux gardes par mois), unités d'urgence hospitalières (soins de spécialistes). Chaque unité de soins primaires d'urgence dessert

habituellement 10 à 15 centres de soins primaires. Le nombre de visites représente environ 8 % du total des visites aux soins primaires en 2004. Ce nombre a diminué au cours des dernières années dans tous les comtés de Suède, probablement en raison de l'institution des centres d'appels d'information sur la santé.

En Europe, les systèmes ne donnent pas entière satisfaction et sont souvent responsables d'un surcoût. La tendance est à la réorganisation et à la centralisation vers un modèle unique.

Les usagers et les effecteurs ne sont pas satisfaits, les mesures incitatives financières sont peu efficaces : mésusage du système quand les soins sont gratuits, médecine à deux vitesses quand les soins sont chers.

Partout en Europe, la tendance est la création d'un système associant une PDSA et un numéro unique de régulation des appels d'urgences.

Les associations de PDSA doivent avoir un rôle central : organiser la PDSA au sein d'une structure (MMG) et faire le lien avec les cabinets privés de médecins, les centres de santé et l'hôpital. Ces structures d'urgences se développent de plus en plus chez nos voisins européens et permettent de désengorger les urgences d'autant plus s'ils sont à proximité d'un SAU, ce qui permet la réorientation rapide du patient d'une structure à l'autre si nécessaire, mais qui peut porter confusion auprès des usagers quand la MMG est adossée au SAU (incompréhension de la nécessité de deux structures).

▪ Visites à domicile

Dans les pays dont le système de santé est organisé selon un modèle hiérarchisé, qu'il soit normatif ou professionnel, les soins primaires sont largement assimilés à la médecine générale. Le médecin généraliste y exerce le plus souvent en groupe ou en centre de santé, avec d'autres professionnels paramédicaux. Il y est le pivot de l'organisation des soins, en collaboration avec des infirmiers ou des assistants médicaux. On voit apparaître depuis quelques années une diversification des services de soins infirmiers, voire parfois une délégation de tâches médicales.

Les médecins des services publics de santé n'interviennent que peu, voire pas du tout au domicile des patients. Traditionnellement, ce sont des infirmières qualifiées qui vont au domicile des malades, soit pour délivrer des soins, soit pour évaluer la situation d'un patient. Ainsi au Royaume-Uni le droit de prescription a été donné aux infirmières qualifiées, et il existe des services de garde téléphonique 24h/24 où des infirmières assistées par un logiciel d'aide au diagnostic orientent le patient (NHS direct). Il y existe également des centres d'accès aux soins primaires ouverts sept jours sur sept dans des endroits fréquentés, qui proposent un bilan réalisé par une infirmière (NHS walk-in center, NHS drop-in center). Les patients peuvent faire appels aux ambulances du NHS (publiques) pour se rendre dans leur centre de santé. Dans la plupart de ces pays, à l'exception peut-être de la Finlande, il persiste

une médecine libérale autonome privée, minoritaire (7% des médecins généralistes en Suède et 8% au Royaume-Uni), qui prodigue des soins à domicile, mais avec un coût direct pour le patient nettement supérieur.

Dans un rapport d'évaluation sur le recours à l'hôpital en Europe de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2009 :

Il existe deux modèles d'organisation des soins primaires en Europe :

- Le premier repose sur une délégation de la responsabilité de l'organisation au niveau local (municipalités ou comtés), sur des médecins de soins primaires principalement ou exclusivement généralistes, sur un mode de rémunération à la capitation ou au forfait, et sur un fort système d'orientation, encadrant l'accès aux spécialistes et/ou à l'hôpital. Ce modèle concerne le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède ;
- Le second repose sur un système de libre accès aux spécialistes et aux généralistes avec un niveau de responsabilité qui est celui de l'assurance-maladie, un mode de rémunération principalement à l'acte. Il s'accompagne d'un libre accès aux consultations externes des hôpitaux, ainsi qu'à une utilisation forte des services d'urgence comme recours aux soins primaires, notamment en dehors des heures ouvrables. Ce modèle concerne l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France et la Suisse.

L'organisation des soins primaires était très variable, certains pays s'appuyant sur des centres de santé multidisciplinaires (Grande-Bretagne, Suède, Portugal, Espagne, Finlande, Grèce) alors que d'autres reposent sur la pratique individuelle de praticiens en exercice libéral (France, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Pays-Bas, Suisse). Dans la plupart des pays, le médecin généraliste est considéré comme le point d'entrée à privilégier pour le premier recours.

On note ainsi que :

- Le recours à l'hôpital étant en partie lié aux difficultés d'accès aux soins primaires, en particulier en dehors des jours et heures ouvrables, des initiatives se sont multipliées afin d'y remédier. Le modèle des coopératives de médecins qui a pris la forme des maisons médicales de garde (MMG) en France est une des solutions.
Mais certains pays, comme le Royaume-Uni, sont allés plus loin en favorisant des unités de soins de premiers recours prenant en charge les petites blessures ou traumatismes jusque-là pris en charge par l'hôpital. Un modèle alternatif consiste à renforcer la plate-forme de services proposés à l'hôpital en y intégrant, à côté des services d'urgence, des services de soins primaires.
- La mauvaise orientation des patients au sein du système de soins est également soulignée. Pour l'améliorer, la Suède et la Grande-Bretagne ont développé des centres d'appels et d'orientation permettant d'effectuer un tri

des patients et de les orienter vers les structures de prise en charge les plus adaptées.

Perspective proposée par l'HAS concernant la continuité des soins ambulatoires :

- Pour limiter le recours aux urgences de l'hôpital, la création de centres de soins primaires ouverts 24 heures/24 ayant des compétences générales, et réalisant des actes techniques (radiologie, laboratoire) devrait être mise à l'étude, notamment pour les zones où il existe une pénurie de médecins libéraux. Leur localisation reste à définir, mais l'intégration de ces services dans l'hôpital semble préférable. Elle pourrait également compléter l'offre de soins proposée dans les maisons médicales de garde et se situer au même endroit.

✓ **Sur le plan international**

Dans une étude récente (2018) de comparaison internationale portant sur six pays (Australie, Danemark, Angleterre, France, Allemagne et les Pays-Bas) sur la base d'une revue de la littérature et d'un questionnaire standardisé rempli par les différents experts nationaux permettant de recueillir des données sur l'organisation, le financement et les initiatives des réformes des soins urgents et des Soins Non Programmés (SNP).

➤ **L'organisation des deux services à travers les six pays :**

Dans les pays étudiés, les services de la permanence des soins sont fournis par des Centres de Soins Non Programmés (CSNP) et par des visites à domicile.

Au Danemark, Allemagne et les Pays-Bas, c'est la même institution qui coordonne les deux services alors qu'en Australie, la France et l'Angleterre les deux services fonctionnent indépendamment.

Quarante six centres de services de la PDS au Danemark, incluant les SNP et les visites à domicile assurés par les médecins de ces centres, centres localisés de plus en plus dans les hôpitaux locaux dans le but d'améliorer la coordination entre les SNP et les soins d'urgence.

La même tendance aux Pays-Bas, où les Centres de Soins Primaires (PCC) organisent quasi exclusivement les services de la PDS (SNP et les visites à domicile). Les PCC sont apparus progressivement depuis l'an 2000 en raison de la charge de travail importante des généralistes libéraux qui organisaient traditionnellement la PDS. Comme au Danemark, une meilleure coordination entre les SNP et les soins d'urgence est favorisée par le regroupement des centres de SNP dans des hôpitaux dotés de services d'urgence. En 2014, 71 des 122 PCC étaient situés dans l'une des 91 unités d'urgence du pays.

En Allemagne depuis 2016, les CSNP sont toujours en cours d'établissement (Portalpraxen) dans les hôpitaux qui vise également à améliorer la coordination entre les SNP et les soins d'urgence et l'accès aux SNP. Toutefois, les approches régionales de l'assurance maladie allemande varient en matière d'offre de soins en situation de PDS.

En Australie, en Angleterre et en France, les services des centres de SNP et les visites à domicile sont organisés séparément. Cependant, des tendances similaires sont observables. En Australie, des cliniques de type «GP-type 24 hrs clinics», situées à proximité des hôpitaux, mais indépendantes sur le plan organisationnel, ont été créées pour orienter, les patients qui ne nécessitent pas une prise en charge au sein des urgences, vers ces établissements. Les services de visites à domicile sont assurés par divers opérateurs, souvent privés à but lucratif.

En Angleterre, la disponibilité des centres de soins de première ligne d'urgence a été fortement renforcée grâce à la création de plusieurs types d'intervenants depuis la fin des années 90 (« Urgent care centers », « Minor injuries centers » et « Walk-in center »). Ceux-ci, comprennent les unités de soins pour les blessures mineures, les centres de consultation et les CSNP, qui sont de plus en plus situés dans des hôpitaux. En outre, les services de visites à domicile sont disponibles auprès des médecins généralistes libéraux.

En France, les MMG, de plus en plus adossées aux urgences, ont connu une croissance rapide. Les services de visites à domicile en France sont assurés par différents réseaux de médecins. SOS Médecins dans les zones urbaines et périurbaines.

Dans les zones rurales, des services similaires sont organisés par les conseils municipaux.

▪ **La régulation médicale :**

La France est le seul pays où existe un numéro unique pour la régulation téléphonique des SNP et des soins urgents, a été mis en place dans la plupart des régions (dans 70 des 95 départements).

Dans tous les autres pays, il existe au moins deux types de régulation téléphonique, l'un pour les SNP qui peut varier d'une région à l'autre et l'autre pour les soins urgents.

En Australie, l'objectif principal de la régulation téléphonique des SNP est de donner des conseils concernant la santé et des informations sur les visites à domicile mais n'organise pas les SNP, ni les visites à domicile.

Au Danemark, en Angleterre, en Allemagne et aux Pays-Bas, les centres de régulation téléphonique coordonnent tous les services des SNP et peuvent conseiller aux patients de se rendre dans un CSNP ou d'organiser une visite à domicile.

En outre, les régions danoises ont mis en place une application qui guide les patients vers des centres de services de PDS ouverts et fournit des informations sur les temps d'attente en temps réel dans les services d'urgences.

Dans certains pays, les centres de régulation téléphonique sont dotés d'infirmières ou de médecins généralistes qui conseillent les patients sur le plan médical.

▪ **Les réformes**

Dans les six pays suscités, les principales réformes ont été identifiées :

- **Etendre la disponibilité des Centres de Soins Non Programmés**

C'est l'Angleterre qui a le plus investi dans le déploiement de plusieurs CSNP, ce qui améliore l'accès aux soins mais la création de nouveaux centres est parfois considérée comme problématique, car elle rend complexe l'accès aux soins et pourrait être un facteur de confusion pour les patients pour identifier la structure la plus adaptée à leurs besoins.

- **Concentration/centralisation de l'offre des SNP**

La plupart des pays ont progressivement adopté un système d'offre de SNP dispensé dans un lieu central (Australie : GP-type 24hrs clinics, Danemark : Service centers de PDS et de visite à domicile, France : MMG, Pays-Bas : PCC).

Le passage à de grandes organisations couvrant une zone géographique plus grande présente plusieurs avantages : les patients disposent d'un point de contact central, les omnipraticiens bénéficient de moins de charge de travail, l'accès aux CSNP est régulé par une plate forme de la régulation téléphonique, souvent avec des protocoles de triage, ainsi que des infirmières et des ambulanciers, ce qui permet de donner une réponse plus systématisée et professionnelle.

Selon les auteurs, pour le Danemark avec des modèles de SNP plus centralisés se résulte par un plus grand nombre de patients recevant des conseils par téléphone et un nombre réduit de visites à domicile. Un emplacement au sein du service des urgences, une meilleure coopération entre les SNP et les soins urgents pourrait, toutefois, conduire à meilleure orientation et moins de patients se présentant d'eux-mêmes aux urgences.

- **Améliorer la coordination entre les SNP et les soins d'urgence**

Les pays étudiés ont pris diverses mesures pour promouvoir la coordination entre les SNP en période de PDS et les soins urgents. L'un des objectifs d'une meilleure coordination est d'orienter les patients vers l'opérateur le mieux adapté à leurs besoins.

Plusieurs études ont montré que les patients avaient une connaissance limitée de tous les opérateurs et intervenants offrant des SNP et les soins urgents.

Cette coopération a été renforcée sur le terrain en regroupant les opérateurs de SNP au sein des hôpitaux avec un triage commun des patients. Plusieurs études ont montré qu'une collaboration étroite réduisait le nombre de patients aux services d'urgence.

Au Danemark, il y a eu une vaste campagne d'information avec des courriers adressés à tous les citoyens danois, des applications et des campagnes médiatiques expliquant comment utiliser les services des SNP avec la mise en place d'un système d'orientation assuré par un référent soins non programmés "systematic referral" (une consultation préalable avec un médecin généraliste référent avant de se présenter aux services des Urgences). Les premiers résultats de cette réforme sont la baisse du nombre de passage aux urgences : moins de 27% dans la région centrale du Danemark, moins de 25% dans la région Zélande et moins de 10% dans le sud du Danemark.

En outre, il a été démontré qu'en raison de cette réforme (procédure de référence systématique et l'organisation coopérative des services de SNP en situation de PDS en lien avec les services d'Urgences), le nombre de consultations chez le généraliste a augmenté de 11% dans la région du Jutland central.

- ✓ **Les points forts de cette étude** comparative sur le plan internationale
- Les SNP sont en développement et de plus en plus centralisés, comme aux Pays-Bas.
- Il y a de plus en plus de coordination entre les SNP et les urgences, exemple en France.
- Une meilleure orientation des patients au sein du réseau et une réorganisation des Urgences et des SNP sont les mesures les plus importantes prises pour relever les défis actuels.

- La planification à l'échelle nationale de tous les intervenants de soins d'urgence, des réformes étroitement coordonnées et l'information des patients peuvent soutenir les réformes futures.

V. CONCLUSION

L'étude de la continuité des soins en médecine libérale dans les deux départements des Alpes Maritimes et Alpes de Haute Provence démontre **une discontinuité de l'offre de soins hors horaires de PDSA**.

La moyenne de fermeture hebdomadaire du cabinet de **32 heures** dans les Alpes Maritimes et de **31 heures** dans les Alpes de Haute Provence, ne permet pas d'assurer la mission de continuité des soins imposée par la loi HPST (**64 h**).

Il serait souhaitable d'élargir les horaires de PDSA, les étendre aux journées non travaillées, exemple le mercredi, le jeudi et le samedi matin.

Des mesures incitatives des pouvoirs publics sont les bienvenues afin de développer l'implication des médecins généralistes dans la PDSA en favorisant l'installation des jeunes diplômés, expérimenter une exonération totale du ticket modérateur pour l'ensemble des patients s'adressant à un professionnel de ville aux horaires de la PDSA, résoudre les difficultés de financement des MMG, revalorisation du montant des astreintes, un meilleur encadrement de la régulation médicale, le développement de la télémedecine, la protection juridique des effecteurs pendant cette mission de service public, faciliter aux médecins non installés la faculté de leur délivrer des cartes CPS et pourquoi pas défiscaliser les revenus générés dans le cadre des horaires de PDSA.

Rendre le patient acteur de son parcours de soins.

Les résultats obtenus dans notre étude et les autres études citées précédemment corroborent les publications existantes sur la réalité de l'exercice de la médecine générale libérale.

VI. BIBLIOGRAPHIE

ARS, Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte Azur. (page consultée le 02/07/17). Cahier des charges régional de la PDSA de la région Paca, 1^{er} septembre 2016, [En ligne]. https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/cahier_des_charges_regional_septembre_2016_PDSA.pdf

CNOM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 04/08/17). La démographie médicale en région Provence-Alpes Côte-d'Azur situation 2013, [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf

CNOM. (page consulté le 20/08/17). Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la Permanence Des Soins Ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2016, [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_enquete_pds_2016.pdf

Assurance Maladie. Recherche des professionnels de santé [En ligne] <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

DREES, Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (page consulté le 25/08/17). Panels d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [en ligne] <http://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medecine/>

Jakoubovitch S, Bournot M C, Cercier E, Tuffreau F. Etudes et RESULTATS n°797 – mars 2012, Les emplois du temps des médecins généralistes [En ligne], mars 2012, numéro 797, [consulté le 20/08/17]
Disponibilité : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>

Bencherit Y. Etude de la continuité des soins en médecine libérale dans le Var. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de médecine Aix-Marseille; 2015.

Freyburger G et Lenotte T. Etude de la continuité des soins en médecine libérale dans le Limousin. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille; 2016.

Villard A et Rampal S. Etude de la continuité des soins en médecine libérale dans le département de l'Ardèche, de la Drôme, de la Haute Savoie, de la Savoie et du Rhône. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille; 2016.

Carre A.S et Herrera G. Etude de la continuité des soins en médecine libérale dans la région Centre-Val-de-Loire. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille; 2016.

Carrat F et Limonier M. Etude de la continuité des soins en médecine libérale dans les départements : Paris, Yvelines, Hauts-de-Seine et Essonne. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille ; 2016

Verchere T et Derksen H. Etude de la continuité de la permanence des soins en médecine générale libérale dans les départements de l'Ain, la Loire et l'Isère. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille ; 2016.

Forest G et Lerclercq E. Etude de la continuité des soins en médecine libérale dans les Bouches du Rhône et le Vaucluse. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille; 2016.

Limido L et Lombardo G. Etude de la continuité des soins en médecine libérale en Lorraine. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille; 2016.

Cheminal G et Guignanbaudet O. Etude de la continuité des soins en médecine libérale dans les départements de la région Languedoc-Roussillon. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille; 2016.

Huet C et Pinsac-du Reau M. Etude de la continuité des soins en médecine générale libérale en Bretagne. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille; 2016.

George T. Evaluation de la continuité de soins en médecine libérale à l'échelle nationale. Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, Thèse article médecine générale]. Université de Médecine Aix-Marseille; 2018.

Hartmann L, al.. "Régulation de la demande de soins non programmés en Europe" Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Revue française des affaires sociales. 2006 février: p. 91-119.

Grall JY. (page consultée le 01/11/18). Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins Remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports Par le Docteur Jean-Yves GRALL Conseiller Général des Établissements de Santé Août 2007, [en ligne].

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/074000534.pdf>

Journal officiel de la République française. (page consultée le 01/11/18). Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, [en ligne].

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/SASH1006687D/jo>

Assemblée nationale. (page consultée le 01/11/18). Amendement, [en ligne].

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/amendements/3106/AN/851.pdf>

Drouais, P. L. (2015). La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Paris Collège de la Médecine Générale: 91.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (page consultée le 28/10/2018). Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la Télémédecine. [en ligne].

<http://esante.gouv.fr/services/reperes-juridiques/le-decret-du-19-octobre-2010-relatif-a-latelemedecine>.

Conseil des ministres. (page consultée le 28/10/2018). Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. [en ligne].

<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A10991>.

CNOM. (page consultée le 28/10/2018). Télémédecine et autres prestations médicales électroniques. 2016 févr. [en ligne].

https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/uberisation_de_la_sante.pdf.

CNOM. (page consultée le 11/11/2018). Retour sur l'Assemblée générale de l'Ordre des médecins. 04/04/2018. [en ligne].

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2713>

SENAT. (page consultée 2/11/2018). Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. [en ligne].

<http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6855.html>

HAS, Haute Autorité de Santé. (page consultée le 1/11/2018). RAPPORT D'EVALUATION. Le recours à l'hôpital en Europe. Argumentaire. Mars 2009, [en ligne].

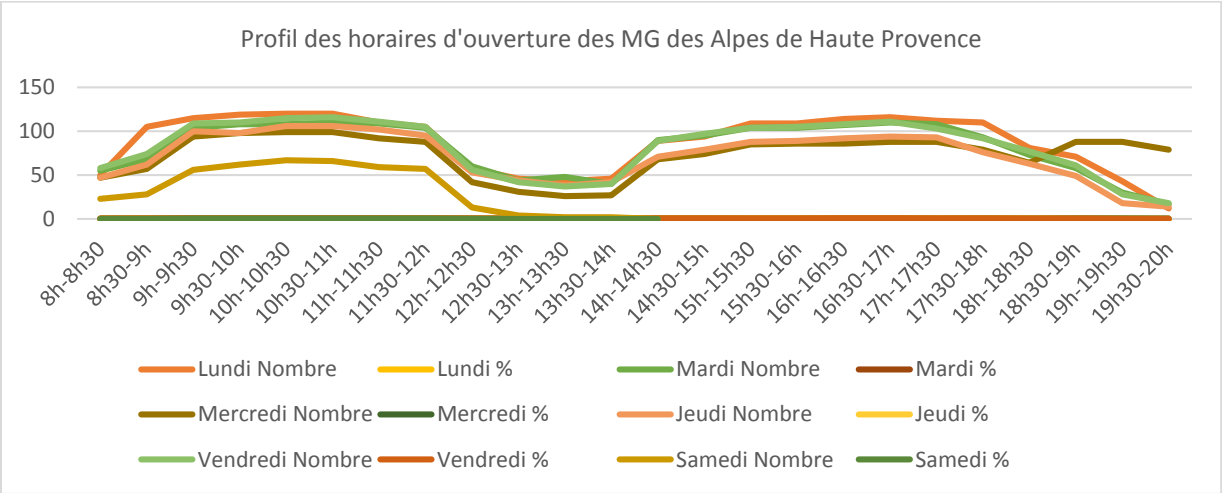
file:///F:/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85-HAS.pdf

Baier N, Geissler A, Bech M and al. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms. Healthpolicy (2018), <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001>

VII. ANNEXES

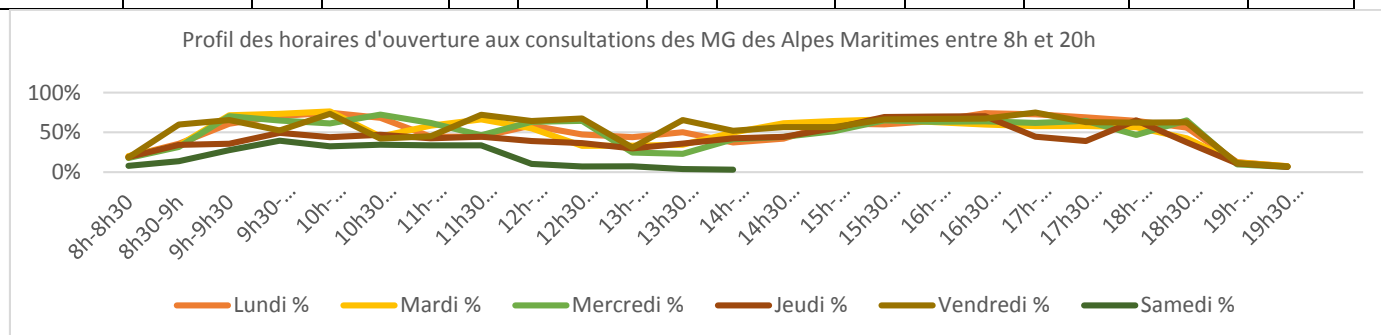
ANNEXE 1 : Tableau et courbe représentant le profil quotidien horaire d'ouverture aux consultations des MG des Alpes de Haute Provence entre 8h et 20h (ouverture par demi-heure).

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
8h-8h30	50	35%	55	39%	47	33%	47	33%	58	41%	23	16%
8h30-9h	105	74%	68	48%	57	40%	62	44%	74	52%	28	20%
9h-9h30	115	81%	104	73%	94	66%	100	70%	109	77%	56	39%
9h30-10h	119	84%	108	76%	98	69%	98	69%	110	77%	62	44%
10h-10h30	120	85%	108	76%	99	70%	106	75%	115	81%	67	47%
10h30-11h	120	85%	110	77%	99	70%	106	75%	116	82%	66	46%
11h-11h30	110	77%	109	77%	92	65%	102	72%	111	78%	59	42%
11h30-12h	105	74%	104	73%	88	62%	95	67%	105	74%	57	40%
12h-12h30	57	40%	60	42%	42	30%	53	37%	56	39%	13	9%
12h30-13h	46	32%	44	31%	31	22%	44	31%	42	30%	4	3%
13h-13h30	43	30%	48	34%	26	18%	38	27%	37	26%	2	1%
13h30-14h	46	32%	40	28%	27	19%	42	30%	40	28%	2	1%
14h-14h30	89	63%	90	63%	68	48%	71	50%	89	63%	0	0%
14h30-15h	94	66%	95	67%	74	52%	79	56%	97	68%		
15h-15h30	109	77%	104	73%	85	60%	88	62%	104	73%		
15h30-16h	109	77%	104	73%	86	61%	89	63%	105	74%		
16h-16h30	114	80%	107	75%	86	61%	92	65%	108	76%		
16h30-17h	116	82%	110	77%	88	62%	94	66%	111	78%		
17h-17h30	112	79%	108	76%	88	62%	93	65%	103	73%		
17h30-18h	110	77%	93	65%	79	56%	76	54%	92	65%		
18h-18h30	81	57%	73	51%	64	45%	63	44%	77	54%		
18h30-19h	71	50%	58	41%	88	62%	49	35%	61	43%		
19h-19h30	43	30%	30	21%	88	62%	18	13%	28	20%		
19h30-20h	12	8%	17	12%	79	56%	14	10%	18	13%		
MOYENNE	87	62%	81	57%	64	52%	72	50%	82	58%	52	23%



ANNEXE 2 : Tableau et courbe représentant le profil quotidien horaire d'ouverture aux consultations des cabinets des Alpes Maritimes entre 8h et 20h (ouverture par demi-heure).

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
8h-8h30	176	20%	182	20%	159	18%	171	19%	165	18%	72	8%
8h30-9h	321	36%	302	34%	284	32%	308	34%	536	60%	124	14%
9h-9h30	546	61%	641	71%	631	70%	320	36%	588	66%	248	28%
9h30-10h	633	71%	657	73%	581	65%	443	49%	470	52%	354	39%
10h-10h30	670	75%	685	76%	549	61%	394	44%	658	73%	292	33%
10h30-11h	613	68%	402	45%	648	72%	421	47%	378	42%	309	34%
11h-11h30	400	45%	524	58%	554	62%	382	43%	405	45%	302	34%
11h30-12h	400	45%	594	66%	415	46%	400	45%	647	72%	302	34%
12h-12h30	526	59%	494	55%	568	63%	350	39%	576	64%	92	10%
12h30-13h	424	47%	297	33%	578	64%	327	36%	605	67%	64	7%
13h-13h30	395	44%	299	33%	220	25%	268	30%	276	31%	66	7%
13h30-14h	450	50%	310	35%	206	23%	322	36%	588	66%	35	4%
14h-14h30	334	37%	447	50%	371	41%	382	43%	467	52%	28	3%
14h30-15h	377	42%	552	62%	398	44%	398	44%	507	57%		
15h-15h30	547	61%	576	64%	460	51%	495	55%	507	57%		
15h30-16h	539	60%	594	66%	583	65%	621	69%	595	66%		
16h-16h30	577	64%	564	63%	567	63%	627	70%	599	67%		
16h30-17h	664	74%	536	60%	572	64%	631	70%	604	67%		
17h-17h30	653	73%	518	58%	555	62%	400	45%	672	75%		
17h30-18h	617	69%	520	58%	578	64%	350	39%	564	63%		
18h-18h30	578	64%	506	56%	419	47%	584	65%	558	62%		
18h30-19h	503	56%	382	43%	584	65%	336	37%	562	63%		
19h-19h30	113	13%	109	12%	87	10%	98	11%	101	11%		
19h30-20h	65	7%	68	8%	58	6%	61	7%	64	7%		
MOYENNE	463	52%	448	50%	442	49%	378	42%	487	54%	176	20%



VIII. ABSTRACT

Title: Continuity of care study in General Practice in two french departments: Alpes de Haute Provence and Alpes Maritimes.

Background: The 2009th Hospital, Patients, Health, Territory (HPST) law defines the organization of care provision in ambulatory care and created Regional Health Agencies (ARS). It entrusts them with the public service mission of out-of-hours care services (PDSA), which responds to requests for unscheduled care, during the closing hours of General Practitioners (GPs) centers, in the evening from 8pm to 8am, on Saturdays from 12 am to 8 pm and the Sunday and public holidays from 8 am to 8 pm. Weekly available care access should reach 64 hours provided by the GPs.

Aim: to study the After-hours care offered by the GPs centers in two departments: Alpes de Haute Provence and Alpes Maritimes outside PDSA hours, by collecting their consultation hours.

Material and Methods: Inclusion criteria concerned GPs of both departments whom schedules were available on social security official website « ameli.fr ». We then conducted an observational, epidemiological, traversal and quantitative study. Our main criterion considered the number of weekly consulting hours per practitioner.

Result: In total, schedules of 1039 GPs were included. A mean of 31 hours weekly unavailable care hours was found in registered GPs in the Alpes de Haute Provence department, against 32 hours weekly for their colleagues in the Alpes Maritimes department on the theoretical (64h) sixty four hours weekly available healthcare access.

Conclusion: A lack ambulatory care continuity is emphasize in this study outside PDSA hours. The working time of GPs is impacted by many intrinsic and extrinsic factors. The GPs included in our study cannot ensure the public service mission of AHC imposed by the HPST's Law.

Keywords: HPST's Law, PDSA, General Practice, General Practitioners, Continuity of care.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction : La loi hôpital, patients, santé, territoire (HPST) de 2009 définit l'organisation de l'offre de soins en médecine ambulatoire et crée les Agences Régionales de Santé. Elle leur confie la mission de service public de Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA) qui répond aux **demandes de soins non programmés aux heures de fermeture des cabinets des médecins libéraux**, soit le soir de 20h à 8h, le samedi de 12h à 20h et le dimanche et jour férié de 8h à 20h, ce qui correspond à **soixante-quatre heures (64) hebdomadaires de continuité des soins assurés par les médecins libéraux**.

L'objectif de l'étude était d'étudier **la continuité des soins** proposée par les cabinets des médecins généralistes libéraux des deux départements des **Alpes de Haute Provence** et des **Alpes Maritimes hors horaires de PDSA**, en recueillant leurs horaires de consultation.

Matériels et méthode : la population de l'étude était l'ensemble des médecins généralistes des deux départements des Alpes de Haute Provence et des Alpes Maritimes ayant déclarés leurs horaires de consultations sur le site ameli.fr.

Il s'agit d'une étude épidémiologique, quantitative, observationnelle et transversale.

Le critère de jugement principal était le nombre d'heures non ouvertes à la consultation hors horaires de PDSA par médecin.

Résultat : **1039** médecins ont été inclus. En moyenne, les médecins généralistes des Alpes de Haute Provence ferment leurs consultations **31 heures** par semaine, contre **32 heures** pour leurs confrères des Alpes Maritimes sur les soixante-quatre heures théoriques.

Conclusion : l'étude de la continuité des soins dans les départements des Alpes de Haute Provence et des Alpes Maritimes démontre **une discontinuité des soins hors horaires PDSA**.

Le temps de travail des médecins généralistes libéraux est impacté par de nombreux **facteurs intrinsèques et extrinsèques**.

En fermant en moyenne leurs consultations **31 heures dans les Alpes de Haute Provence** et **32 heures dans les Alpes Maritimes**, les médecins inclus dans notre étude ne peuvent pas assurer la mission d'intérêt public de la continuité des soins imposée par la loi HPST.

Mots clés : Loi HPST, PDSA, médecine générale, médecins généralistes libéraux, continuité des soins.