

Maison médicale de garde et service des urgences du pays d'Arles : quels bénéfices en matière de satisfaction des usagers

Thomas Papaleonidas

▶ **To cite this version:**

Thomas Papaleonidas. Maison médicale de garde et service des urgences du pays d'Arles : quels bénéfices en matière de satisfaction des usagers. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02512614

HAL Id: dumas-02512614

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02512614

Submitted on 19 Mar 2020

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

Maison médicale de garde et service des urgences du pays d'Arles : Quels bénéfices en matière de satisfaction des usagers?

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 19 Novembre 2019

Par Monsieur Thomas PAPALEONIDAS

Né le 21 janvier 1990 à Arles (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	**Président**
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GONZALEZ Jean-Michel	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BARGIER Jacques	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix+Marseille Université

Maison médicale de garde et service des urgences du pays d'Arles : Quels bénéfices en matière de satisfaction des usagers?

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 19 Novembre 2019

Par Monsieur Thomas PAPALEONIDAS

Né le 21 janvier 1990 à Arles (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	**Président**
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GONZALEZ Jean-Michel	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BARGIER Jacques	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine :** Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique :** Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation :** Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières :** Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- 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 :

- 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3eme 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 Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI
Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

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

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain

MM FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
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
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 T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (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)

PROFESSEURS EMERITE

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	VIALETTES 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	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (disponibilité)
AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RESSEGUIER Noémie
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
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

MATHIEU Marion
REVIS Joana

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)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-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)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

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

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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
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)
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)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

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 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) Disponibilité
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)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (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)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

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)
CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

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

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

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

GUERIN Carole (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)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-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 ; BRÛLOLOGIE *5004*

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

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
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)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

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)
CHRETIEN Anne-Sophie (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 D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-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)

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)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM 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 Stépahne (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)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (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*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (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)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

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

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE 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)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

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

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (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)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI 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 (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
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 présidente de jury

Madame le professeur Stéphanie GENTILE,

Cher Pr Gentile,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous suis reconnaissant pour votre aide dans l'élaboration de ce travail.

Je vous prie de trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A notre juge

Monsieur le professeur Patrick GERBAUX

Cher Pr Gerbeaux,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous suis reconnaissant de prendre de votre temps pour partager vos connaissances et votre expérience.

Soyez bien assuré de toute ma gratitude.

A notre juge

Monsieur le Dr (MCU-PH) Jean-Michel GONZALEZ

Cher Jean-Michel,

Tu me fais l'honneur et le plaisir de juger ce travail.

Comme lors de ma première année, ta présence et ton soutien, offerts avec tant de gentillesse, me touche beaucoup.

Veux bien recevoir ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux et amicaux.

A notre directeur et juge

Monsieur le Docteur Jacques BARGIER

Cher Jacques,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail.

Je te remercie profondément pour l'amitié et le précieux soutien que tu m'as offerts tout au long de mes études.

Sans ton aide, je n'aurais, je pense, jamais terminé (voire commencé) cette thèse.

Je te prie de trouver ici le témoignage de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Je tiens à remercier également les personnes suivantes :

-Le Dr Noémie DEPARIS pour ses explications et son aide, dispensées avec beaucoup de gentillesse, concernant le traitement des données statistiques de ce travail.

-Le Dr Pierre NIGOGHOSSIAN pour son aide dans l'élaboration du sujet de cette thèse.

-L'ensemble des membres du service des urgences du CH d'Arles dont la présence et le soutien ont rendu mon recueil de données bien plus agréable, et qui s'acquittent quotidiennement de ce travail épuisant mais indispensable avec une bonne humeur qui force le respect.

Sur un plan plus personnel, je remercie tous mes amis, « civils » ou médecins, pour leur présence et leur affection, offertes malgré mes graves lacunes dans l'art de prendre ou donner des nouvelles.

À mes parents

À Stéphanie

À Manon et Emmanuelle

À mes grands-mères et grands-pères, oncles et tante

Listes des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CH : Centre Hospitalier

CODAMU : Comité Départementale de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

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

ETPR : Equivalent Temps Plein Rémunéré

FIR : Fond d'Intervention Régional

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Missions Régionales de Santé

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PSA : Parti Sans Avis

RMMG : Relevant d'un Motif de Médecine Générale

TU : Terminal Urgence

Table des matières

1. Introduction 4
1.1. La Permanence des soins ambulatoires 5
1.1.1. Définition 5
1.1.2. Contexte d'émergence 6
1.1.3. Problématiques 6
1.1.3.1. Démographie médicale 6
1.1.3.2. Vieillissement de la population française 7
1.2. Cadre règlementaire de la PDSA et ses évolutions 7
1.2.1. Cadre déontologique 7
1.2.2. Cadre juridique 8
1.3.Organisation et financement de la PDSA 8
1.3.1. Cahier des charges régional 8
1.3.2. Horaires 9
1.3.3. Sectorisation 9
1.3.4. Régulation 10
1.3.5. Tableaux de Garde 10
1.3.6. Financement 11
1.4. Engorgement des services d'urgences 12
1.4.1. Quantification 12
1.4.2. Causes identifiées 12
1.4.2.1. Nombre de passages 12
1.4.2.2. Temps de passage 13
1.4.2.3. Difficultés de sortie 14
1.4.3. Conséquences 14
1.5. Les Maisons Médicales de Garde 15
1.5.1. Définition 15
1.5.2. Historique et Evolution 15
1.5.3. Objectifs et Avantages 16
1.5.4. Organisation et cadre règlementaire 17

1.5.5. Financement 17
1.6. La MMG du Pays d'Arles 19
1.6.1. Création 19
1.6.2. Contexte Territorial 19
1.6.3. Fonctionnement 20
1.7. Objectifs et Hypothèses de l'étude 21
1.7.1. Question de recherche 21
1.7.2. Objectif principal 22
1.7.3. Objectifs secondaires 22
1.7.4. Hypothèse principale 22
1.7.5. Hypothèses secondaires 23
2. Matériel et Méthode 24
2.1. Type d'étude 24
2.2. Population étudiée 24
2.3. Lieu de recueil 25
2.4. Période de Recueil 25
2.5. Données Recueillies 26
2.5.1. Critère Principal 26
2.5.2. Critères secondaires 28
2.5.3. Données annexes 28
2.6. Analyses statistiques 29
3. Résultats 30
3.3. Population incluse 30
3.3.1. Effectif 30
3.3.2. Sexe 31
3.3.3. Age 31
3.3.4. Distance du domicile 32
3.3.5. Catégories socio-professionnelles 32
3.3.6. Régulation avant consultation 33
3.3.7. Destination 33
3.4. Critère Principal, Evaluation de la satisfaction 34
3.5. Critères secondaires, Temps et PSA des sujets inclus 36

3.5.1. Temps de passage total, temps d'attente et temps d'examen 36
3.5.2. Nombre de PSA 37
4. Discussion 38
4.1. Résultat principal 38
4.2. Résultats secondaires 40
4.3. Force de l'étude 41
4.4. Biais de l'étude 42
4.5. Conclusion 43
5. Bibliographie 45
6. Annexes 52
6.2. Questionnaire 52
6.3. Classification CCMU 54
6.4. Photos 55

1. Introduction

En France, au 1er janvier 2018, 226 000 médecins sont en activité. Parmi eux, 45 % sont des médecins généralistes (1). Dans le contexte d'une activité libérale devant s'adapter aux évolutions de la société, l'une de leurs missions, établie sur le plan déontologique et juridique, est de participer à la permanence des soins (2)(3). Cette participation des médecins généralistes à la permanence des soins, désignée sous le terme de permanence des soins ambulatoires (PDSA), a connu plusieurs étapes et modalités. L'une d'elles, d'apparition relativement récente (4), est l'exercice en maison médicale de garde (5).

Dans le contexte actuel d'engorgement des services d'urgences, qui connaissent une augmentation exponentielle du nombre de passages (6), cette participation prend toute son importance et il existe un continuum et une complémentarité entre la permanence des soins de la médecine ambulatoire et les services des urgences (7).

En effet, une part significative de ces passages aux urgences est représentée par des demandes de soins non programmés non urgents (8,9) ou correspondant à une « urgence ressentie » (10) et si l'évaluation précise du nombre de passages évitables reste sujette à controverse, on peut estimer que 10 à 20 % des patients, n'ayant nécessité aucun acte complémentaire d'imagerie ou de biologie médicale lors de leur passage, auraient pu bénéficier d'une prise en charge en ville en médecine générale (6).

Cet engorgement des services d'urgence, qui n'est pas spécifique au système français, est devenu un enjeu majeur de santé publique, mis en évidence et étudié depuis plusieurs années à travers le monde (11,12).Outre ses effets financiers, il impacte significativement la qualité des soins apportés aux patients dans ces services (13,14).

Les maisons médicales sont l'une des solutions proposées à ce dysfonctionnement (15), et les patients considérés comme « non-urgents » semblent globalement favorables à une réorientation (16).

La satisfaction de ces patients, bien que mesurée de manière hétérogène (17), est l'une des dimensions incontournables à prendre en compte pour évaluer le fonctionnement de ces structures de soins (18).

1.1. La Permanence des soins ambulatoires

1.1.1. Définition

Selon le rapport du Sénateur Descours du 22 Janvier 2003, texte de référence dans l'organisation et la définition de la permanence des soins telle qu'elle est actuellement mise en place :

« La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. […] La permanence des soins est une mission d'intérêt général. » (4).

Au sein de l'organisation de la PDS, est distinguée l'activité des médecins libéraux qui définit la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Selon la circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003, il existe un continuum et une complémentarité entre la permanence des soins de la médecine ambulatoire et les services des urgences.

Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux et les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel (19).

1.1.2. Contexte d'émergence

L'émergence du concept et la mise en place de l'organisation moderne de la PDS interviennent à la suite de la grève des médecins généralistes survenue en 2002, avec le rapport du Sénateur Descours (4).

L'une des revendications de cette grève concerne le système de garde, jusqu'alors régi de manière confraternelle ,basé sur l'article 77 du code déontologie médicale édité en 1995 (20).

Le système de garde, à ce moment-là non régulé par le 15, est à l'origine d'une surcharge de travail et de pénibilité pour les médecins généralistes dont le rapport mentionne les difficultés :

« La garde [n'est pas] la satisfaction de toute demande émanant d'un usager. La pratique a conduit de plus en plus le médecin de garde à se déplacer au domicile du patient, sans que cette modalité d'intervention ne constitue une obligation déontologique pour le médecin, ni toujours une nécessité médicale. » (4).

1.1.3. Problématiques

1.1.3.1. Démographie médicale

Le rapport du Dr Grall de 2006 (5) sur les maisons médicales de garde pointe parmi les causes de difficultés de la PDSA une évolution de la démographie médicale.

Les problématiques décrites sont :

-Une diminution de la densité médicale par habitant (335 médecins pour 100000 habitants en 2002 contre 284 pour 100000 en 2016 (21)).

-Un vieillissement de la population des médecins en activité (d'actualité jusqu'en 2012 d'après les chiffres de la DREES (22)).

-Une féminisation de la profession (23) et des aspirations sociologiques nouvelles, une installation plus tardive, une baisse d'attrait du mode d'activité libérale et une aspiration à la réduction du temps de travail pour les nouvelles générations de médecins généralistes (24).

1.1.3.2. Vieillissement de la population française

Comme les autres pays d'Europe, la France est confrontée à un vieillissement de sa population, et la part des personnes de 65 ans ou plus dans l'ensemble de la population a augmenté de quatre pour cent depuis 1990, passant de 13,9% à 17,9% en 2013 (25).

Ce vieillissement est associée à une augmentation du nombre de patients dépendants, polypathologiques et poly-médiqués, qui complexifie la prise en charge médicale et augmente le recours aux soins (26).

1.2. Cadre règlementaire de la PDSA et ses évolutions

1.2.1. Cadre déontologique

Sur le plan déontologique, la participation à la permanence des soins est définie par l'article 77 du code de déontologie médicale, repris dans le code de la santé publique sous la référence R4127-77 (20) :

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

La notion du cadre de « lois et règlements » de cet article a été ajoutée en 2003. Selon l'ordre national des médecins, cette modification traduit la place qu'entend prendre l'Etat pour garantir l'accès aux soins qui ne saurait relever des seules initiatives individuelles.

Le devoir des médecins vis-à-vis des patients est donc subordonné à l'organisation sanitaire dans laquelle il s'inscrit.

Les médecins participent à la mise en place de cette organisation, l'Etat en est le garant et adopte, avec les instances professionnelles compétentes, les modalités paraissant les plus appropriées. Le devoir du médecin variera suivant les lois et règlements en vigueur et les conditions locales de leur mise en œuvre.(2)

1.2.2. Cadre juridique

Sur le plan juridique, à la suite du rapport du groupe de travail du sénateur Decours, la permanence des soins est d'abord encadrée en 2003 par le Décret n°2003-880 et 881 du 15 septembre 2003 puis modifiée par le Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 du code de santé publique, qui posent les bases de son organisation actuelle.

Y sont inscrits la notion de mission d'intérêt général, la participation des médecins sur la base du volontariat, la définition de ses horaires, la mise en place d'une régulation centralisée directement ou interconnectée avec le centre 15, son organisation et sectorisation à l'échelle départementale par les comité départementaux de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU) (renommés à cette occasion comité départementaux de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins (CODAMUPS)) devant être validée par arrêté préfectoral, ses modalités pratiques et son financement.(4).

Depuis 2009,l'organisation et la mise en place de la permanence des soins relève de la responsabilité des agences régionales de santé (ARS), créées par la loi n° 2009-879 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, selon l'article 118 du 21 juillet 2009 (27) .

1.3. Organisation et financement de la PDSA

1.3.1.Cahier des charges régional

Selon l'article R6315-6 du Code de santé publique, les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le cahier des charges régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit l'organisation de la régulation des appels et précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

Indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, il précise également la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique (28).

Ce cahier des charges régional est élaboré en concertation avec les CODAMUPS et il est soumis pour avis aux conseils départementaux de l'ordre des médecins et au préfet (28).

1.3.2. Horaires

La permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés. En outre, elle peut concerner, le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, et le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié (29).

En cas d'activité faible, en nuit profonde notamment, un relais par les établissements des soins peut être mis en place, conditionné par la proximité de ces structures (30).

1.3.3. Sectorisation

Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de permanence des soins, aux besoins de la population.

La carte des secteurs fait l'objet d'un réexamen annuel (29).

1.3.4.Régulation

L'accès au médecin participant à la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (le 116 et le 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (le 15).

L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels.

A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite (29).

1.3.5.Tableaux de Garde

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

Dans chaque secteur, un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet.

Ce tableau est transmis au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice (29).

Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence tenant compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins.

1.3.6. Financement

Un fond d'intervention régional (FIR) finance, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, les structures concourants à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire (31).

Les médecins participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale téléphonique reçoivent une rémunération forfaitaire, déterminée par le cahier des charges régional, financée par le FIR , indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission (28).

La rémunération de ces actes relève de l’assurance maladie et donne lieu à des majorations dites « majorations spécifiques de nuit, milieu de nuit, dimanche et jours fériés » définies et cotées dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) (32).

1.4. Engorgement des services d'urgences

Enjeu majeur de santé public, l'engorgement des services d'urgence représente actuellement l'une des principales problématiques de la demande de soin non programmé et mérite une analyse détaillée.

1.4.1. Quantification

Le rapport du Dr Grall de 2006 pointe une évolution des modes de consommation de soins par la population, avec un recours croissant aux services d'urgence hospitaliers (plus 43% entre 1990 et 1998) (10), des comportements consuméristes se traduisant par une venue directe dans les services d'urgence pour près de trois quarts des usagers (5).

Le rapport de la Cour des Comptes de 2019 décrit lui une activité des services d'urgence qui n'a cessé de croître pour atteindre 21,2 millions de passages en 2016, soit une augmentation de près de 15 % en 4 ans (6).

De plus, jusqu'à 15% des patients admis dans les services d'urgence sont classés comme ne nécessitant pas de recours à des examens complémentaires (10).

1.4.2. Causes identifiées

1.4.2.1. Nombre de passages

Les recours inappropriés aux services d'urgence par des patients relevant de la médecine générale ou qualifiés de « non urgents » représentent l'une des causes de l'augmentation du nombre de passages.

Les facteurs décrits comme favorisant un recours inapproprié sont les caractéristiques socio-économiques des patients (jeunesse, précarité, immigration récente, faible niveau de revenus et de diplômes, isolement), l'absence de suivi habituel par un médecin généraliste, le niveau de couverture maladie, la mauvaise perception des symptômes, un accès plus facile au plateau technique, un désir accru de sécurité (10), l'absence de prise d'avis ou de régulation avant la consultation aux urgences (8).

Parmi ces différents facteurs, les conditions d'accès aux médecins libéraux (horaires et honoraires) et donc l'organisation et les limites de la PDSA sont particulièrement désignés par les pouvoirs publics comme cause de l'engorgement des urgences (6,33,34).

Les périodes d'épidémie grippale sont également associées à une augmentation significative du nombre de passages (13).

Enfin, les progrès de la médecine, associés au vieillissement de la population, entrainent l'accroissement du nombre de patients atteints de maladies chroniques nécessitant des soins d'urgences en cas d'exacerbations, qui sont également à l'origine d'une augmentation des passages aux urgences (33).

1.4.2.2. Temps de passage

Celui-ci est augmenté par les difficultés liées à un effectif inadapté au nombre de passages, parmi le personnel médical (associé à un recours croissant aux intérimaires (33)) , infirmier (14), mais également paramédical, notamment celui impliqué dans les tâches administratives. Il est à noter qu'une part de ces tâches administratives est redistribuée aux médecins et devient réductrice du temps de travail médical (33).

Le recours à des examens paracliniques, également lié aux progrès technologiques de la médecine, nécessitant un temps d'attente élevé (imagerie et biologie principalement) est également associé à un allongement du temps de passage (13,14). Le délai d'accès aux avis spécialisés est également à prendre en compte, notamment dans les services d'hôpitaux périphériques.

La nécessité de traçabilité, l'informatisation et l'exigence d'une tenue exhaustive du dossier médical, devenue de plus en plus prégnante dans la prise en charge des patients, est également à l'origine de temps de passage plus longs (33).

La complexité des situations cliniques est également en cause du fait d'un plus grand nombre de patients polypathologiques et atteint de multiples maladies chroniques (14).

Un renouvellement fréquent du personnel (14), la configuration des locaux et un espace inadapté au nombre de passages, sont également associés à un temps de passage plus long (33).

1.4.2.3. Difficultés de sortie

La diminution des lits d'hospitalisation disponibles favorise l'engorgement des urgences (14). En France, dans une optique d'équilibrage budgétaire, d'adaptation organisationnelle et de virage ambulatoire, entre 2003 et 2015, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 408 000 (35).

La prise en charge de situations complexes dans le service des urgences plutôt qu'en service d'hospitalisation, liée à une amélioration des moyens à dispositions des urgentistes, et parfois dans une optique de sortie directe afin d'éviter une hospitalisation (14), est également à l'origine d'un engorgement des urgences.

Enfin, un temps d'installation en service élevé (36) est également associé à un engorgement plus important.

1.4.3. Conséquences

La première et la plus importante des conséquences de cet engorgement des services d'urgences est une augmentation de la morbi-mortalité des patients durant leur prise en charge aux urgences (12,13) et dans les suites de leur passage (37).

Il est également à l'origine d'une diminution de la qualité des soins avec un délai d'administration plus important (13), un mauvais contrôle de la douleur, une augmentation du taux de complications (12), des transferts des patients dans d'autres structures plus éloignées en cas de tension trop élevée augmentant les temps de transports (13) et une augmentation des erreurs médicales (12).

Il est associé à une augmentation du nombre de patients quittant les urgences sans avoir été examinés (13).

Il entraine également une dégradation des conditions d'exercices du personnel des urgences à l'origine d'un mal-être professionnel, avec augmentation des cas de burnout (38).

Enfin cet engorgement est à l'origine de pertes financières qui sont la conséquence d'une mobilisation de personnel plus longue pour chaque patient et donc un passage plus coûteux (13) et d'une augmentation du nombres de plaintes et de recours légaux (12).

1.5. Les Maisons Médicales de Garde

1.5.1. Définition

Selon la Circulaire nº 2007-137 du 23 mars 2007, relative aux maisons médicales de garde (MMG) et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, une MMG se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée (39).

1.5.2. Historique et Evolution

L'ouverture de la première MMG de France date de 2001 (40).

Dans les deux années suivantes, après une phase expérimentale, elles commencent à se multiplier et leur pic de création se situe en 2003, année durant laquelle elles sont estimées au nombre de 98 en activité (41).

Il existe depuis un accroissement importante du nombre de MMG, lié à de nombreuses ouverture associée à un faible taux de fermeture (cinq fermetures relevées en trois ans de 2003 à 2006 dans le rapport Grall) et 198 sont comptabilisées en 2006 (5).

Leur création relevant parfois d'initiatives individuelles fédérant secondairement autour d'un projet et non d'un processus systématique, leur répartition ou « essaimage » peut être qualifiée de très variable et inégale sur le territoire (5).

En 2015, derniers chiffres retrouvés dans la littérature consultée, leur nombre continuait de progresser et elles étaient au nombre de 407 selon le rapport de la DGOS (42).

1.5.3.Objectifs et Avantages

L'un des premiers objectifs de la création des MMG est d'améliorer les conditions de participation à la PDSA des médecins généralistes et constitue en effet l'une des réponses aux problématiques soulevées par la grève en 2002. Elles permettent un exercice plus sécurisé , particulièrement important en contexte de féminisation de la profession, une mise à disposition de locaux spécifiques, parfois de personnel, et une diminution de fréquence et de charge de travail de la PDSA (5).

Elles sont présentées comme l'une des solutions à la désertification des zones rurales et leurs difficultés d'accès aux soins, et permettent à certains praticiens réticents à l'installation en zone rurale d'exercer dans ces zones sans s'y installer à plein temps (5).

Un de leurs objectifs essentiels est également la participation au désengorgement des services d'urgences. Elles sont l'une des solutions présentées pour diminuer le nombre de passages en réorientant et prenant en charge les patients « non urgents » relevant de la médecine générale.

Ceci est particulièrement vrai pour les MMG installées dans l'enceinte ou à proximité d'un centre hospitalier disposant d'un service d'urgence, ce qui est le cas dans près de la moitié des cas (5).

Le rapport du sénateur Grall signale cependant que l'une des conditions au succès de ce désengorgement est une organisation concertée et un protocole clair de réorientation à l'arrivée et à l'enregistrement du patient (5).

Enfin, et toujours selon le rapport du sénateur Grall, le dispositif d'une MMG bien identifiée par la population représente un point fixe lisible de santé et peut être utilisé et intégré dans divers plans de soins incluant de la prévention ou un recours en cas de pandémie par exemple (5).

Plusieurs dérives sont cependant possibles avec ce dispositif, raison de l'encadrement juridique et de la standardisation minimum de ces MMG.

Il est mentionné notamment le risque de créer une offre de soins supplémentaires dans un contexte consumériste, à l'origine d'une augmentation du nombre de consultations qui ne relèveraient pas de la PDSA, et donc ne participant pas au désengorgement des services d'Urgence.

Une mise en place opportuniste ne répondant pas une demande réelle , une absence de pérennité ou de fiabilité et une majoration des coûts de fonctionnement par un budget « non raisonnable » sont également citées comme des dérives possibles (5).

1.5.4. Organisation et cadre règlementaire

À la suite du rapport du sénateur Grall sur les MMG, la circulaire nº 2007-137 du 23 mars 2007, relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, donne le cadre de création et de fonctionnement des MMG actuelles.

Elles doivent fonctionner uniquement aux horaires de la PDSA et répondre à un besoin bien identifié. Leur fonctionnement est basé sur un cahier des charges contractualisé avec les ARS (anciennement MRS) (39).

Selon la circulaire, il est souhaitable que l'accès à la MMG puisse être en grande partie médicalement régulé et la régulation téléphonique par le 15 doit être privilégiée.

La possibilité d'afflux saisonniers ou de crise sanitaire doit être abordée dans le cahier des charges et peut conduire à modifier les horaires d'ouverture ou à renforcer la présence médicale à la MMG.

Concernant l'évaluation et la motivation d'un projet création d'une MMG les éléments pris en compte sont, entre autres, l'état des lieux de la PDS existante (offre hospitalière ou libérale, fonctionnement des structures d'urgence...), la population couverte, le rayon d'action, la sectorisation et le nombre de médecins susceptibles de participer. Enfin l'objectif principal devra en être identifié (Structuration de la PDS en milieu rural ou défavorisé ou désengorgement des urgences par exemple) (39).

Il est recommandé que la MMG soit située dans une enceinte hospitalière ou à contiguïté d'une structure d'urgence. En milieu rural de préférence au sein d'un hôpital local, d'un EHPAD ou d'une maison de retraite. A défaut, elle devra être proche d'autres structures effectuant une permanence (pompiers, police, gardiennage), pour des raisons de sécurité (39).

1.5.5. Financement

Après plusieurs modifications des modalités de financement, depuis 2012, suite à l'article 65 de la loi n° 2011-1906 de financement de la sécurité sociale, le financement des MMG est assuré par le FIR et relève donc des ARS (43).

Le financement concerne :

-Les locaux avec un budget pour leur mise aux normes et pour leur réfection en cas de nécessité. Lorsque les locaux sont mis à disposition par un établissement de santé, celui-ci perçoit un loyer si la MMG est établi sur le domaine privé ou une redevance si elle est établie sur le domaine public.

-Les coûts d'investissement comprenant le matériel médical, le matériel informatique et téléphonique et le mobilier.

-Les coûts de fonctionnement avec une enveloppe prenant en charge les consommables et petit matériel.

-Les charges de personnel. Une personne préposée à l'accueil téléphonique et physique peut être nécessaire, pour des raisons d'activité ou de sécurité. Par ailleurs, une prestation de ménage peut être envisagée.

-La coordination du fonctionnement de la MMG (39).

1.6. La MMG du Pays d'Arles

1.6.1. Création

La MMG du pays d'Arles est située dans l'enceinte des urgences du Centre Hospitalier (CH) Joseph Imbert à Arles depuis le 03 janvier 2015. Sa mise en place a été réalisée à l'initiative de l'association des médecins libéraux du pays d'Arles (AMLPA) présidée par le Dr Jacques BARGIER, en convention avec l'hôpital d'Arles.

Elle regroupe et fusionne quatre secteurs de garde (les secteurs du Pays d'Arles, de la Vallée des Baux, de Fontvieille et de St Remy de Provence).

Ces quatre secteurs fonctionnaient jusqu'alors selon un tour de garde classique avec régulation téléphonique par le 15, comprenant tous les soirs de la semaine de 20h à minuit et le week-end, samedi de midi à minuit et dimanche de 8h à minuit.

1.6.2. Contexte Territorial

En 2016, selon, la dernière estimation disponible sur le site de l'INSEE, la population des communes dont le premier recours est le CH d'Arles correspond à environ 109 000 habitants (44).

L'Hôpital Joseph Imbert est un hôpital périphérique ouvert depuis 1974 et il comprend actuellement au total 289 lits et places (45).

En 2017, son service d'urgence comprenait 11.3 urgentistes seniors en équivalents temps plein rémunéré (ETPR) et 27 ETPR infirmières diplômées d'état (IDE) (46).

En termes d'activité, pour l'année 2017, environ 18 500 hospitalisations et 36 500 passages aux urgences ont étés comptabilisés et 1341 sorties SMUR ont été effectuées (46).

Depuis sa création, en 2015, le nombre de passages par an à la MMG du Pays d'Arles a augmenté régulièrement, passant de 1761 l'année de sa création à 2054 en 2016 puis 2941 en 2018 (document interne à la MMG consultable en annexe).

1.6.3. Fonctionnement

Le local de la MMG est situé dans le Hall d'accueil du service d'urgence du CH d'Arles. Il s'agit d'un module préfabriqué aménagé en salle d'examen, comportant un bureau informatisé et équipé de petit matériel médical.

Les gardes sont assurées sur la base du volontariat par les médecins généralistes des quatre secteurs regroupés pour sa création et selon un tour de garde organisé annuellement.

La MMG du pays d'Arles est ouverte le samedi de midi à minuit, le dimanche de 8h à minuit et les jours fériés de 8h à minuit.

A ces horaires d'ouverture, chaque patient éligible à la MMG se présentant à l'accueil des urgences se voit proposer, au moment de son examen par l'infirmière d'accueil de d'orientation (IAO), de consulter le généraliste de garde plutôt que de passer par le circuit classique des urgences. C'est donc l'IAO qui oriente les patients vers la MMG selon un protocole établi nécessitant que le motif de consultation relève bien de la médecine générale, qu'un prélèvement sanguin systématique ne soit pas nécessaire et que le patient ne présente pas de signe de gravité immédiat, classé CCMU 1 ou 2 selon la classification CCMU actuellement utilisé dans la plupart des services d'urgence français (47). Enfin les préférences et compétences du praticien de garde sont prises en compte et la réorientation de patients nécessitant des gestes de petite chirurgie type suture par exemple est discutée au cas par cas avec ce dernier par l'IAO.

Cette réorientation n'est pas obligatoire et les patients peuvent refuser d'être vus par le généraliste de garde. Dans la plupart des cas, la réorientation est bien acceptée et le frein le plus fréquent est financier puisque les droits des patients doivent être à jour pour bénéficier du tiers payant et de la dispense d'avance des frais, ce qui n'est pas obligatoire lors d'un passage par le circuit classique des urgences.

La MMG, en plus de prendre en charge les usagers relevant de la médecine générale consultant aux urgences, assure également la charge de la PDSA à ses horaires d'ouverture par l'intermédiaire de la régulation téléphonique. Cette dernière, accessible en composant le 15, est assurée sur le département des Bouches du Rhône par le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU 13 (48).

Les patients des quatre secteurs de garde dépendants de la MMG qui composent le 15 à ses horaires ouverture et dont le motif relève de la médecine générale seront donc invités à se rendre à la MMG et ne seront pas vus à domicile. Ils devront également s'enregistrer auprès de l'IAO du service des urgences avant d'être examiné par le praticien de garde.

Tous les jours de semaine, du lundi au vendredi, la MMG est fermée et la PDSA des quatre secteurs est assurée par les médecins généralistes de chaque secteur de 20h à minuit, selon un tour de garde établi annuellement, également régulé téléphoniquement par le 15.

En période de nuit profonde (de minuit à 8h) les patients contactant la régulation téléphonique et nécessitant des soins sont invités à se rendre ou sont transportés au service d'urgence du CH d'Arles qui assure alors le relais de la PDSA.

1.7. Objectifs et Hypothèses de l'étude

Les MMG sont donc considérées comme l'une des solutions à l'engorgement des services d'urgences (5,15). Cependant sans le cadre d'étude de ces structures de soins, la comparaison d'un passage en maison médicale de garde plutôt qu'aux urgences pour motif de médecine ambulatoire a été peu étudiée sur le versant de la satisfaction des usagers de soins (49) qui semble pourtant un élément important nécessaire au succès de ces structures et permettant d'appréhender partiellement le point de vue des patients sur celles-ci. Bien que difficile à mesurer (17,50), elle est également l'un des gages de qualité de ces structures(18).

1.7.1. Question de recherche

La question de recherche de notre étude est donc la suivante :

La satisfaction des patients consultant aux urgences du CH d'Arles pour motif de médecine générale est-elle meilleure lors de la prise en charge par la maison médicale de garde plutôt que lors de la prise en charge par la filière classique des urgences ?

1.7.2. Objectif principal

L’objectif principal de notre étude est le suivant :

Comparer, dans la population des patients relevant d’un motif de médecine générale (RMMG), consultant à l'accueil des urgences du CH d'Arles, la satisfaction des patients pris en charge par la MMG et celle des patients pris en charge par le circuit classique des urgences

1.7.3. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude sont les suivants :

Comparer, dans la population des patients RMMG consultant à l'accueil des urgences du CH d’Arles : Le temps de passage total (compris entre l’enregistrement à l’accueil et la sortie du service), le temps d'attente (compris entre l’enregistrement à l’accueil et la rencontre du praticien) et le temps d’examen (compris entre la rencontre du praticien et la sortie du service) des patients pris en charge par la MMG et ceux des patients pris en charge par le circuit classique des urgences.

Comparer, dans la population des patients RMMG consultant à l'accueil des urgences du CH d’Arles le nombre de « partis sans avis » (PSA) parmi les patients pris en charge par la MMG et parmi patients pris en charge par le circuit classique des urgences.

1.7.4. Hypothèse principale

Appuyée sur une revue de la littérature évoquant les différents facteurs de satisfaction des usagers de soins (17,49–51), l’hypothèse principale de notre étude était que la satisfaction des patients RMMG consultant aux urgences du CH d'Arles, concernant leur prise en charge, serait meilleure s'ils étaient pris en charge par la MMG plutôt que par le circuit habituel des urgences.

1.7.5. Hypothèses secondaires

Appuyée sur plusieurs études existantes, nos hypothèses secondaires étaient que, pour les patients RMMG, le temps de passage total, d'attente et d'examen seraient plus courts (15,52,53), et que le nombre de PSA moins élevé (54–56) s'ils étaient pris en charge par la MMG plutôt que par le circuit habituel des urgences.

2. Matériel et Méthode

2.1. Type d'étude

Notre étude est une étude quantitative prospective analytique observationnelle réalisée dans l'enceinte des urgences du CH d'Arles et de la maison médicale de garde du Pays d'Arles située dans les mêmes locaux.

2.2. Population étudiée

Lors des jours de recueils, tous les patients consultant à l'accueil des urgences du CH d'Arles, et classés comme RMMG ont été inclus.

Les patients mineurs étaient inclus après accord de la personne accompagnante responsable.

Les patients RMMG pris en charge par le praticien présent à la MMG à ses jours et horaires d'ouvertures ont été inclus dans le « groupe MMG ».

Les patients RMMG pris en charge par le circuit classique urgences, lors des jours de fermeture de la MMG, ou en cas de refus de réorientation à ses jours et horaires d'ouverture, ont été inclus dans le « groupe Urgence ».

La qualification d'un patient RMMG et donc son inclusion devait initialement être définie par l'orientation de l'IAO, et donc par la proposition de réorientation vers la MMG lors de ses jours d'ouverture, ou par la qualification sur le logiciel Terminal Urgence (TU) en classement CCMU 1 ou 2 en cas de passage par le circuit classique des urgences. Ces deux catégories CCMU correspondent à un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé stable.

Cependant, lors des premiers instants de recueil, il est apparu que les jours de fermeture de la MMG un grand nombre de patients qui consultaient pour un véritable motif relevant de la médecine générale était classés par l'IAO en dehors des catégorie CCMU 1 et 2. Afin de ne pas perdre un nombre important de sujets, l'inclusion des patients RMMG du « Groupe Urgence » a donc finalement été réalisée sur l'avis du praticien urgentiste prenant en charge le patient. Les patients classés RMMG par l'urgentiste en charge étaient ensuite inclus dans le « Groupe Urgence ».

2.3. Lieu de recueil

La MMG du Pays d'Arles étudiée est située dans les locaux du hall d'enregistrement et d'attente du service des urgences du CH d'Arles, en face de l'accueil administratif et du local de l'IAO.

L'inclusion des patient RMMG du « Groupe MMG » était réalisée au moment de la proposition de réorientation par l'IAO, formulée dans le local d'accueil après recueil du motif de consultation, des constantes cliniques et des antécédents médicaux.

L'inclusion des patients RMMG du « Groupe Urgence » était réalisée dans l'enceinte du service d'urgence au cours de leur prise en charge par l'urgentiste.

2.4. Période de Recueil

L'inclusion des patients du « Groupe MMG » a été réalisée pendant quatre weekends du samedi 10/11/18 au dimanche 02/12/18 inclus soit 8 jours de recueil, aux horaires d'ouverture de la MMG du Pays d'Arles c'est-à-dire de midi à minuit le samedi et de 8h à minuit le dimanche. Les patients RMMG refusant la réorientation étaient inclus dans le « Groupe Urgence ».

L'inclusion des patients du « Groupe Urgence » a été réalisée pendant quatorze jours du Lundi 12/11/18 au Vendredi 21/12/18, en jours de semaine, la MMG étant fermée, et à des horaires comparables au « Groupe MMG » de 8h à minuit.

L'objectif de nombre de sujet inclus dans chaque groupe était d'au moins 150, pour une population incluse totale d'au moins 300 sujets.

2.5. Données Recueillies

2.5.1. Critère Principal

La satisfaction des sujets inclus, critère principal de l'étude, était recueillie par questionnaire. Celui-ci a été inspiré de plusieurs études de satisfaction réalisées dans le cadre de soins d'urgence, ambulatoires et hospitaliers (17,49,50,57,58) en l'adaptant aux spécificités et différences de prise en charge en MMG et dans un service d'urgence.

Le questionnaire de l'étude était composé de 10 items.

Les Items numéros 1, 8 et 9 évaluaient la satisfaction globale des sujets concernant leur prise en charge, en utilisant trois approches différentes (quantification directe de la satisfaction globale, re-consultation dans le service si besoin et recommandation à un proche).

Les items numéros 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 10 évaluaient la satisfaction des sujets concernant spécifiquement différents aspects de leur prise en charge (confidentialité, communication, temps de consultation, consignes de surveillance, temps d'attente, compétence du praticien, demande d'un second avis).

Les réponses étaient recueillies selon une Echelle de Likert, fréquemment utilisée et citée dans les études et revues de la littérature concernant la satisfaction des patients(17,50).

La formulation des cinq premiers items du questionnaire était la suivante :

1-Etes-vous satisfait(e) globalement de votre prise en charge ?

2-Etes-vous satisfait(e) du respect du secret médical et de la confidentialité ?

3-Etes-vous satisfait(e) de la communication et de l'échange d'information avec le médecin ?

4-Etes-vous satisfait(e) du temps de consultation ?

5-Etes-vous satisfait(e) de la transmission des consignes de surveillances **?**

Les réponses proposées à chacun de ces items étaient : « Pas du tout satisfait(e) », « Plutôt pas satisfait(e) », « Sans avis », « Plutôt satisfait(e) » et « Complètement satisfait(e) ».

Elles étaient ensuite converties en valeurs numériques de 1 à 5, la valeur 1 correspondant à la réponse « Pas du tout satisfait(e) » et la valeur 5 à « Complétement satisfait(e) ».

La formulation des cinq derniers items du questionnaire était la suivante :

6-Estimez-vous le médecin compétent ?

7-Estimez-vous votre temps d'attente justifié ?

8-Reconsulteriez-vous au même endroit si besoin ?

9-Recommanderiez-vous le service à un proche ?

10-Pensez-vous reconsulter votre médecin traitant pour un deuxième avis ?

Les réponses proposées à chacun de ces items étaient :« Pas du tout d'accord », « Plutôt pas d'accord », « Sans avis », « Plutôt d'accord » et « Complètement d'accord ».

Elles étaient ensuite converties en valeurs numériques de 1 à 5, la valeur 1 correspondant à la réponse « Pas du tout d'accord » et la valeur 5 à « Complètement d'accord ».

Au moment de son inclusion, après présentation de l'étude et recueil de données annexes, le sujet était informé que le questionnaire de satisfaction lui serait soumis au terme de sa prise en charge.

Au moment de son départ du service d'urgence ou de la MMG les questions lui étaient énoncées oralement et ses réponses retranscrites par écrit.

Concernant les sujets mineurs, le questionnaire était soumis à la personne accompagnante responsable.

2.5.2. Critères secondaires

Le temps de passage total, d'attente et d'examen de chaque sujet RMMG inclus étaient recueillis à la fin de la journée de recueil grâce au logiciel TU.

Ces temps étaient calculés grâce à trois repères horodatés par le logiciel : l'enregistrement du patient par la secrétaire d'accueil, le début de la prise en charge par un praticien autodésigné et la sortie du service.

Le nombre de PSA du « Groupe MMG » et du « Groupe Urgence » étaient mesurés grâce à la cotation informatique spécifique du logiciel TU.

2.5.3. Données annexes

Les données annexes recueillies oralement lors de l'inclusion de chaque sujet RMMG étaient l'âge, le sexe, le code postal du domicile, la catégorie socio-professionnelle et la régulation avant consultation.

La destination de chaque sujet a également été relevée au moment de son départ.

2.6. Analyses statistiques

Concernant la comparaison de la satisfaction, elle a été réalisée pour chaque item du questionnaire, en comparant la moyenne des réponses des deux groupes, cotées sous forme d'échelle de Likert.

La comparaison des moyennes des réponses était ensuite réalisée en utilisant le test statistique de Student. Celui-ci est utilisé pour comparer une variable quantitative dans deux groupes définis par une variable qualitative, à la condition classiquement énoncée d'obtenir un échantillon suffisant, supérieur à trente sujets, ce qui était le cas dans notre étude.

Les comparaisons des temps de passage totaux, temps d'attente et d'examen, étaient réalisées en comparant la moyenne en minutes de ces temps dans chaque groupe en utilisant également le test de Student.

Le nombre de PSA de chaque groupe, dans un souci de comparabilité, était exprimé sous forme de pourcentage, correspondant au nombre de PSA pour cent patients enregistrés. La comparaison du pourcentage des deux groupes a été réalisée en utilisant le test du Chi 2.

Les analyses statistiques et les diagrammes d'illustration ont été réalisées au moyen du logiciel informatique Statal C15.

3.3. Population incluse

3.3.1. Effectif

Lors de notre recueil 379 sujets ont été inclus dont 165 dans le « Groupe MMG » et 214 dans le « Groupe Urgence ».

Quatre sujets du « Groupe MMG » et quatre sujets du « Groupe Urgence », soit huit sujets au total ont refusé de répondre au questionnaire.

Un sujet du « Groupe Urgence » n'a pu répondre au questionnaire du fait de difficultés de traduction.

Enfin le nombre de PSA était de 2 dans le « Groupe MMG » et de 34 dans le « Groupe Urgence » et ces 36 sujets perdus de vue n'ont pas non plus pu être interrogés.

3.3.2.Sexe

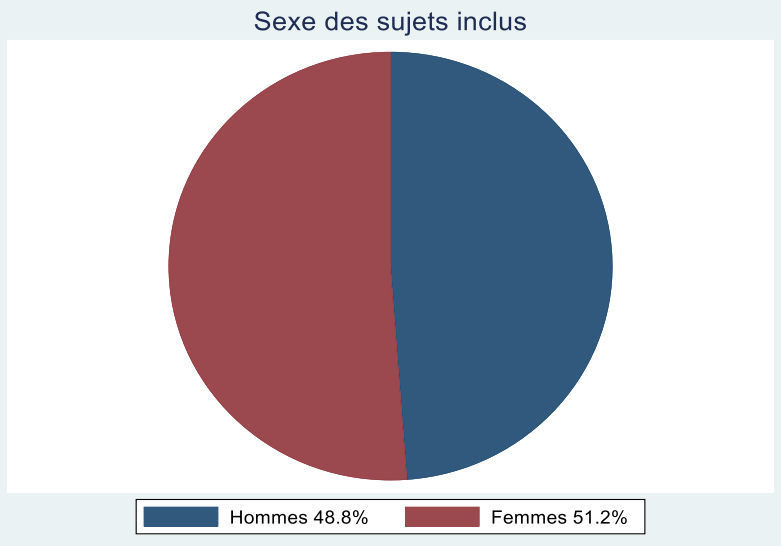


Figure 1 : Sexe des sujets inclus

3.3.3.Age

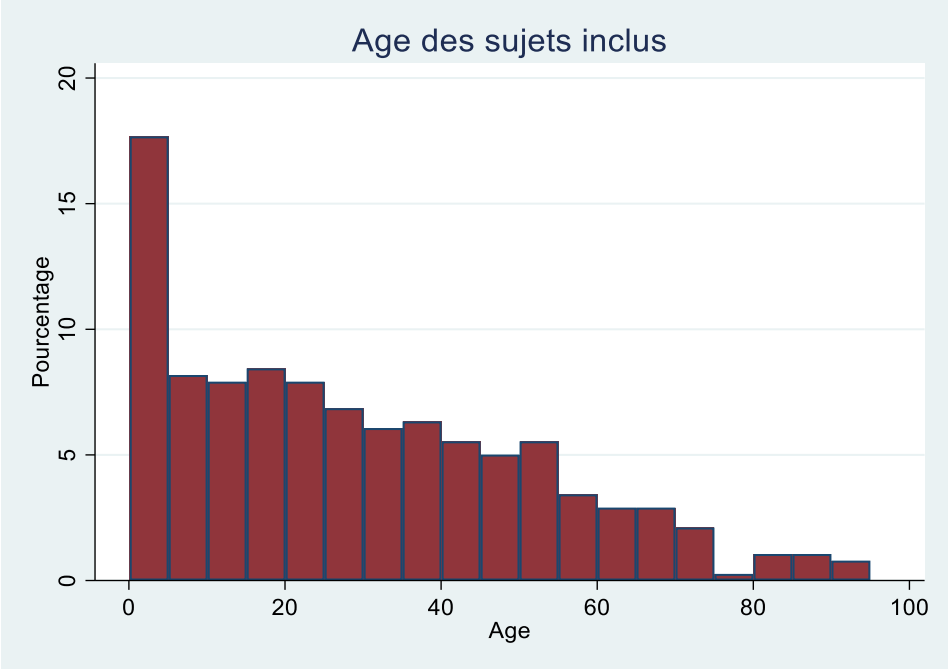


Figure 2: Age des sujets inclus exprimé en années

3.3.4.Distance du domicile

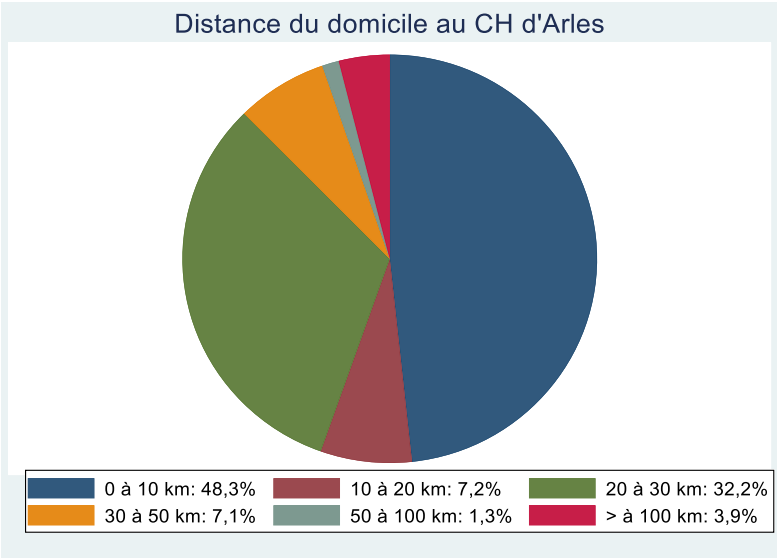


Figure 3: Distance du domicile des sujets inclus au CH d'Arles

3.3.5.Catégories socio-professionnelles

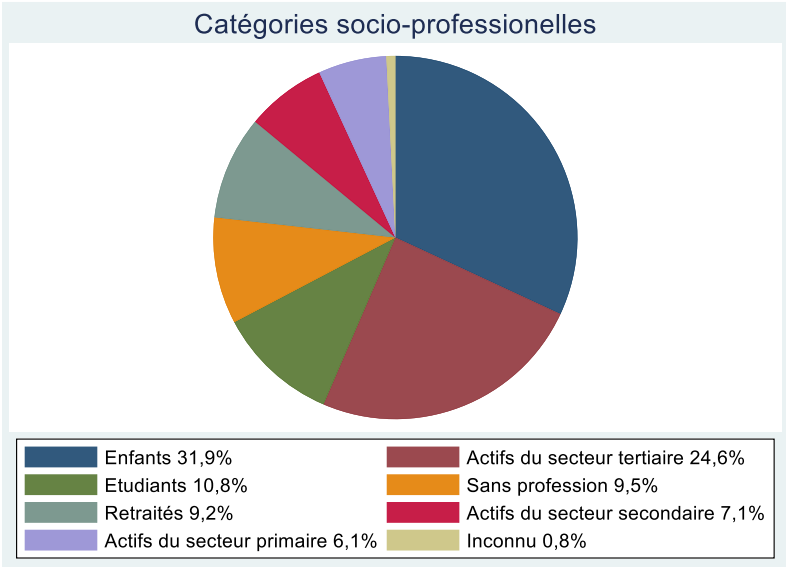


Figure 4: Catégories socio-professionnelles des sujets inclus

3.3.6. Régulation avant consultation

Concernant la régulation avant consultation aux urgences, 337 sujets se déclaraient auto-adressés, 41 y avaient été dirigés après régulation téléphonique par le centre 15 et un sujet y était adressé par son médecin traitant.

3.3.7. Destination

Toujours parmi les 379 sujets inclus, 334 sont sortis à domicile (soit 88.12%), 4 ont été adressés directement en consultation spécialisée (soit 1.06%), 4 ont été adressés au dentiste de garde (soit 1.06%), 36 sont sortis sans avis (soit 9.50%) et 1 a été hospitalisé (soit 0.26%).

3.4. Critère Principal, Evaluation de la satisfaction

Concernant notre critère principal, la comparaison de la satisfaction des patients du « Groupe Urgence » et du « Groupe MMG », mesurée par les réponses au questionnaire cotées de un à cinq par échelle de Likert, les résultats étaient les suivants :

	Groupe Urgence *	Groupe MMG *	Différence de Moyenne	Valeur de t	Degrés de liberté	Valeur du p
Question 1	4.256	4.919	0.657	9.174	214	<0.001
Question 2	4.891	4.981	0.089	2.823	220	0.005
Question 3	4.829	4.994	0.164	3.654	182	<0.001
Question 4	4.681	4.943	0.261	3.988	229	<0.001
Question 5	4.754	4.897	0.142	2.288	290	0.023
Question 6	4.886	5	0.114	3.932	175	<0.001
Question 7	2.971	4.810	1.838	15.629	248	<0.001
Question 8	4.278	4.899	0.620	7.307	272	<0.001
Question 9	4.074	4.804	0.730	7.024	287	<0.001
Question 10	2.256	1.835	-0.420	-2.513	334	0.012

**Moyenne des réponses du groupe exprimées sur une échelle de Likert de 1 à 5.*

Figure 5 : Comparaison des moyennes des réponses au questionnaire de satisfaction par le test de Student.

La comparaison des moyennes des réponses des deux groupes, réalisée selon le test de Student, montre une différence significative en faveur du « Groupe MMG » concernant chaque item du questionnaire.

La différence de moyenne la plus élevée, concernait la Question 7, relative au temps d'attente, mesurée à 1.838 point (Ttest=15.629, ddl=248, p<0.001).

Les trois autres items montrant une différence de moyenne de satisfaction supérieure à 0.5 point étaient les questions 1, 8 et 9 qui évaluaient la satisfaction globale des sujets concernant leur prise en charge (quantification directe de la satisfaction globale, re-consultation dans le service si besoin et recommandation à un proche) avec des résultats respectifs de 0.657 point (Ttest=9.174, ddl=214, p<0.001), 0.620 point (Ttest=7.307, ddl= 272, p<0.001) et 0.730 point (Ttest=7,024 ddl=287, p<0.001).

La différence de moyenne la moins élevée, mesurée à 0.089 point (Ttest=2.823, ddl=220, p=0.005) concernait la question 2, relative au secret médical.

Enfin, la comparaison des réponses à la question 10, seul résultat exprimé en valeur négative dans le tableau, -0.420 point (Ttest=-2.513, ddl=334, p=0.012), montre une moyenne plus élevée dans le « Groupe Urgence » concernant l'intention de reprendre un second avis auprès du médecin traitant.

3.5. Critères secondaires, Temps et PSA des sujets inclus

3.5.1. Temps de passage total, temps d'attente et temps d'examen

La comparaison des moyennes de temps de passage total, d'attente et d'examen des patients du « Groupe Urgence » et du « Groupe MMG », réalisée par test de Student, a montré les résultats suivants :

	Moyenne « Groupe Urgence »	Moyenne « Groupe MMG »	Différence de Moyenne	Valeur de t	Degrés de liberté	Valeur du p
Temps de passage total*	243.66	51.03	192.62	23.124	206	<0.001
Temps d'attente*	146.23	31.65	114.58	16.589	215	<0.001
Temps d'examen*	97.43	19.44	77.99	15.172	184	<0.001

**Exprimés en minutes*

Figure 6 : Comparaison des moyennes de temps de passage total, d'attente et d'examen par le test de Student.

La comparaison de la moyenne des temps des deux groupes montrait une différence statistiquement significative de temps de passage total, de temps d'attente et de temps d'examen, tous trois plus courts dans le « Groupe MMG » que dans le « Groupe Urgence ».

Concernant le temps d'attente et le temps d'examen, dont la somme correspond au temps de passage total, le temps d'attente était le paramètre dont la différence entre les deux groupes était la plus élevée, mesurée à 114.58 minutes (Ttest=16.589, ddl= 215, p<0.001).

3.5.2. Nombre de PSA

Concernant le nombre de PSA, il était de 2 pour 165 sujets inclus dans le « Groupe MMG » soit 1.21% et de 34 pour 214 sujets inclus dans le « Groupe Urgence » soit 15.88%.

Le résultat de la comparaison des pourcentages des deux groupes, réalisée selon le test de Pearson Chi2, montrait une différence de 14.67% de PSA en moins dans le « Groupe MMG », statistiquement significative (Chi-deux= 23.3421, ddl=1, $p<0.001$).

4. Discussion

4.1. Résultat principal

Notre étude démontre donc une satisfaction plus élevée chez les patients consultant pour un motif de médecine générale lorsqu'ils sont pris en charge par la MMG plutôt que par le circuit classique des urgences.

Les réponses aux questions numéros 1, 8 et 9 qui évaluaient la satisfaction globale des sujets concernant leur prise, en utilisant trois approches différentes (quantification directe de la satisfaction globale, re-consultation dans le service si besoin et recommandation à un proche) montrent une satisfaction significativement plus élevée lors de la prise en charge par la MMG.

Ce résultat est d'autant plus important que, dans le système de fonctionnement actuel des MMG « appariées » avec un service d'urgence, la réorientation par l'IAO reste optionnelle et subordonnée à acceptation du patient.

Il est cependant nécessaire de préciser que, concernant ces mêmes items, les patients RMMG pris en charge par le circuit classique des urgences expriment une satisfaction globalement bonne et que la différence de plus d'un demi-point sur cinq s'explique par un score très élevé parmi les patients du « Groupe MMG ». Ces résultats ne sont donc pas « à charge » du service d'urgence, mais montrent plutôt une satisfaction globale encore meilleure dans le « Groupe MMG » que dans le « Groupe Urgence ».

Les réponses à la question numéro 10 du questionnaire, malgré une différence significative des deux groupes, montrent également une confiance élevée des usagers dans les services de soins qui globalement ne pensaient pas revoir leur médecin traitant pour un second avis(59).

Concernant les différents aspects de la prise en charge, explorés spécifiquement par les items numéros 2, 3, 4, 5, 6 et 7 du questionnaire, le temps d'attente, abordé par la question 7, semble être l'élément le plus déterminant dans la différence de satisfaction. En effet, concernant cette question, le score de satisfaction du « Groupe Urgence » est globalement négatif alors qu'il est très bon dans le « Groupe MMG » avec une différence de pratiquement deux points sur cinq. Le temps d'attente semble donc être l'avantage majeur de la MMG du point de vue des patients interrogés, ce qui parait être corrélé par les résultats des différents temps de passage mesurés dans notre étude et la littérature consultée (60).

Concernant la confidentialité, la communication, le temps de consultation, les consignes de surveillance, et les compétences du praticien, explorés respectivement par les items numéros 2, 3, 4, 5 et 6 du questionnaire, la différence de satisfaction des deux groupes était à chaque fois en faveur du système de la MMG.

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que le système de MMG est spécifiquement dédié à la prise en charge des patients RMMG, associé à un colloque singulier, en espace clos, réalisé en continu sans interruption, avec un seul patient pris en charge à la fois et plus proche d'une consultation chez un médecin généraliste, rapprochant cette expérience pour le patient de situations connues et habituelles.

Cependant ces différences, bien que statiquement significatives, n'excédaient pas 0.3 point sur cinq sur l'échelle de Likert et ces items étaient finalement bien notés dans les deux groupes. Cela nous amène à penser que ces différents aspects de la prise en charge sont moins déterminants que le temps d'attente aux yeux des sujets inclus.

4.2. Résultats secondaires

Les résultats concernant les temps de passage total, d'attente et d'examen montrent une prise en charge par patient environ quatre à cinq fois plus rapide pour la MMG que par le circuit classique des urgences pour les patients RMMG.

Devant ces résultats, il est toujours nécessaire de garder à l'esprit que la MMG est une filière spécifique au patient RMMG, alors que le recours au circuit des urgences est considéré classiquement comme un mésusage (15), l'algorithme de prise en charge des urgentistes et du TU favorisant logiquement la prise en charge rapide et efficace de patients « graves » et « urgents ».

Il est cependant intéressant de remarquer que, dans notre étude, le système de MMG permet qu'en moyenne, un seul praticien rencontre puis fasse sortir plus rapidement les patients RMMG que trois seniors urgentistes présents simultanément mais confrontés à la charge totale de travail des urgences (61).

Le nombre de PSA moins élevé dans la population du « Groupe MMG » représente également un indicateur objectif de qualité de la prise en charge par la MMG, même s'il est important de prendre en compte le fait que l'on étudie les patients RMMG et donc « non graves ». La décision du patient relevant d'un motif de médecine générale de partir sans avis lors de son passage dans un service d'urgence, généralement pour consulter son médecin généraliste dès que possible, pourrait être à l'extrême considérée comme une auto-réorientation finalement adaptée(55).

Cependant l'objectif de toute structure de soin, et particulièrement des services d'urgence, reste en toute circonstance de réduire au maximum le nombre de PSA (56), ce qui est bien le cas avec le système de MMG dans notre étude.

4.3. Force de l’étude

La force principale de notre étude est le nombre de sujets important, plus de trois cent cinquante inclus au total, qui permet de conclure de manière statistiquement significative, ce qui aurait parfois été difficile dans le cadre de différences de moyennes de réponse peu élevées pour certains items du questionnaire.

Le caractère prospectif de notre étude est également un critère de puissance à prendre en compte, ainsi que le recueil en personne qui, même s’il induit un possible biais, est un gage de qualité des réponses obtenues, en explicitant les questions aux sujets.

Les différents items du questionnaire, en questionnant la satisfaction globale des sujets, leur confiance dans la structure de soins, mais aussi en explorant spécifiquement leur satisfaction pour chaque aspect de leur prise en charge, permettent d’analyser de manière détaillée les points forts et faibles des deux filières de soins, et de faire ressortir par exemple nettement la problématique du temps d’attente.

On peut également citer l’utilisation dans notre questionnaire de l’échelle de Likert qui est considérée comme un instrument fiable et reconnu dans le domaine du recueil et de la mesure de la satisfaction des usagers (50,62,63).

Enfin les mesures des différents temps de passage et du nombre de PSA dans les deux groupes permettent d’ajouter des données complémentaires objectives, malgré un biais de mesure informatique possible, qui donnent un éclairage précis sur les différences de prise en charge de la MMG et du circuit classique des urgences. La mesure des différents temps de passage vient souligner nettement la problématique du temps d’attente exprimée par les patients dans leur réponse au questionnaire, et le nombre de PSA peut, entre autres, être considéré comme un reflet significatif du point de vue des patients.

4.4. Biais de l'étude

Plusieurs biais sont à souligner dans notre étude. Le premier et le plus important à notre sens est un biais de sélection concernant le caractère « RMMG » (relevant d'un motif de médecine générale) des patients. Il était initialement envisagé de les sélectionner selon leur classification CCMU 1 ou 2 sur le logiciel TU par l'IAO du service d'Urgence, ce qui semble être la méthode la plus objective. Cependant de nombreux patients RMMG véritables étaient finalement classés CCMU 3 selon l'algorithme de classification des urgences et de nombreux patients relevant de la traumatologie et nécessitant des examens radiologiques se retrouvaient inclus sans appartenir véritablement à la catégorie RMMG. Devant le nombre finalement trop réduit et peu représentatif de patients RMMG inclus dans le « Groupe Urgence », il a alors été décidé lors du premier jour de recueil d'attribuer le caractère RMMG au patient selon l'avis de l'urgentiste qui le prenait en charge. Cette méthode de sélection induit donc un niveau de subjectivité plus important dans le choix des patients et donc un biais de sélection, malgré le recours à un avis éclairé de professionnel des soins d'urgence.

Le deuxième biais de notre étude est un biais de recueil. Dans notre protocole, il a été décidé de recueillir directement par oral, l'avis des sujets inclus puis de le retranscrire plutôt que de leur remettre le questionnaire et de le leur laisser remplir. Plusieurs raisons ont mené à ce choix. Le recueil étant réalisé au moment du départ du service, parfois après plusieurs heures d'attente, les sujets étaient souvent pressés de partir et un questionnement oral rapide était mieux accepté. De plus, il permettait de mieux expliciter les questions, notamment chez certains sujets en difficultés à l'écrit, et également de recueillir plus de réponses. Malgré un exposé du caractère anonyme du recueil, et de la recherche d'avis authentiques, certains sujets interrogés peuvent potentiellement avoir modifié leurs réponses du fait d'un entretien en face à face.

Un biais de mesure peut être mentionné concernant la mesure des différents temps de passage, puisque le recueil de ces derniers était réalisé informatiquement en se basant sur l'horodatage du logiciel TU, et que certains praticiens ne notaient pas systématiquement en direct la rencontre ou le départ du patient. Cependant ces erreurs semblent minimes et une attention particulière est recommandée aux médecins du service concernant la mise à jour informatique de la situation du patient (en attente, vu ou sorti) afin que le logiciel TU reflète bien l'état réel du service.

Enfin, un autre bais de sélection nous semble également à signaler. Du fait du fonctionnement de la MMG limité aux week-ends et les jours fériés, les sujets du « Groupe MMG » ont tous été sélectionnés parmi la population des patients consultant aux urgences le week-end, et les sujets du « Groupe Urgence » pratiquement tous sélectionnés parmi la population des jours de semaine. On peut considérer que cela entraine une différence significative, notamment du fait de la disponibilité en semaine de la plupart des médecins généralistes, et induit donc un profil différent de patient RMMG consultant quand-même directement le service des urgences.

4.5. Conclusion

Ces résultats nous semblent cohérents avec la littérature existante (16,64,65) et logiques à la vue du fonctionnement de la MMG spécifiquement dédiée à la prise en charge des patients RMMG.

La notion du temps d'attente semble être l'étape de la prise en charge la plus discriminante dans la différence de satisfaction des deux groupes et il nous semble possible de l'interpréter de plusieurs façons. Elle peut être considérée comme une confirmation de la tendance aux comportements consuméristes évoquée par le rapport su sénateur Grall (5), associée à une culture de l'immédiateté et une mauvaise tolérance de l'attente de la part des usagers de soins. Cependant les résultats de la comparaison des temps d'attente des deux groupes démontrent qu'elle recouvre une réalité objective mesurable, et que le système de la MMG présente un réel avantage en terme de réduction du temps d'attente et de passage de ces patients RMMG, déjà mesurée dans plusieurs études (66–68).

Par ailleurs le fait que les autres domaines explorés par le questionnaire que sont la confidentialité, la communication, le temps de consultation, les consignes de surveillance, et les compétences du praticien soient évalués positivement dans le « Groupe Urgence », tend à montrer selon nous que , du point de vue des patients interrogés, le système de MMG réalise une prise en charge encore un peu meilleure que celui du circuit classique des urgences qui est déjà évalué comme satisfaisant globalement et dans ses différentes étapes.

Cependant, bien que la satisfaction des patients soit un élément essentiel, elle ne saurait en aucun cas suffire à démontrer à elle seule la qualité et l'efficacité d'un service ou d'une structure de soins d'urgence qui dépendent de nombreux autres facteurs (69).

Ensuite, malgré une satisfaction meilleure et des temps de passage plus courts, notre étude ne concerne que la population des patients RMMG et ne suffit donc pas à affirmer le succès d'un des objectifs principaux des MMG, à savoir le désengorgement des services d'urgence (5). En effet, l'effet réel de la réduction du nombre de patients RMMG sur l'engorgement des services d'urgence reste actuellement controversé dans la littérature consultée (67,70–73).

Enfin, au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas retrouvé d'études évaluant le possible effet « d'appel d'offre » des MMG, certains patients les consultant spécifiquement en l'absence d'urgence ressentie par convenance personnelle, par exemple par manque de temps disponible en jour de semaine aux horaires ouvrables de leur médecin traitant, sortant ainsi du cadre de la PDSA.

Pour conclure, le système de MMG situé dans l'enceinte des urgences nous semble donc présenter de nombreux points positifs, tant du point de vue des patients que de celui des professionnels de soins, mais ne saurait à lui seul représenter la solution à l'engorgement de ces services. Par ailleurs, une évaluation sur le plan national à plus grande échelle des effets de ces dispositifs sur les services dans lesquels ils sont installés nous semblerait adaptée afin d'appréhender plus objectivement leurs bénéfices.

5. Bibliographie

1. 10 000 médecins de plus depuis 2012 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012-11836

2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 77 du code déontologie médicale - Permanence de soins - obligations [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-77-permanence-de-soins-obligations-301#article

3. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) | Legifrance [Internet]. [cité 6 juin 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2003/9/15/SANH0322761D/jo/texte

4. DESCOURS C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. 22/01/2003 [Internet]. [cité 6 juin 2018]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf

5. Grall J. Les maisons médicales de garde [Internet]. Ministère de la santé et des solidarités; 2006. [Internet]. [cité 6 juin 2018]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2006/rapport_grall.pdf

6. Le rapport public annuel 2019 - Le suivi des recommandations - synthèse [Internet]. Cour des comptes; [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/RPA2019-synthese-Tome-2_0.pdf

7. Ministère de la santé. Bulletin Officiel n°2003-20 [Internet]. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm

8. Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? J Epidemiol Community Health. 1 août 1996;50(4):456-62.

9. Lee A, Lau F, Hazelett C, Kam C, Wong P, Wong T, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. HKMJ Vol 7 No 2. juin 2001;

10. Baubeau D, Joubert F, Girard LL. Les passages aux urgences de 1990 à 1998. DREES Etudes Résultats [Internet]. juill 2000 [cité 3 avr 2019];(72). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er072.pdf

11. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. The Use of Hospital Emergency Departments for Nonurgent Health Problems: A National Perspective. Med Care Res Rev. 1 déc 1995;52(4):453-74.

12. Richardson DB, Mountain D. Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. Med J Aust. 2009;190(7):369.

13. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Ann Emerg Med. août 2008;52(2):126-136.e1.

14. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: Complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med. 1 janv 2000;35(1):63-8.

15. Gentile S, Vignally P, Durand A-C, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Serv Res [Internet]. déc 2010 [cité 6 juin 2018];10(1). Disponible sur: http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-66

16. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Rev DÉpidémiologie Santé Publique. févr 2009;57(1):3-9.

17. Perruche F, Pourriat J-L, Claessens Y-E. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. J Eur Urgences. mars 2008;21(1):14-21.

18. HAS. Dossier de presse. Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2017 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France [Internet]. 2017 déc [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/presse_dp_satisfaction_patients_hospitalises_resultats_2017.pdf

19. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Bulletin officiel du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité mai 31, 2003.

20. Article 77. Code de déontologie médicale.

21. Le breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale 2016 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2016 [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

22. La demographie medicale a l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. J Pédiatrie Puériculture. juill 2009;22(4-5):245-53.

23. Kahn-Bensaude I. La Féminisation: une chance à saisir. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de décembre 2005. déc 2005 [cité 3 avr 2019]; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisation2005.pdf

24. L'exercice médical à l'horizon 2020. Rapport de la commission nationale permanente. [Internet]. 2004 juin [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf

25. Le vieillissement de la population et ses enjeux - L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux

26. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. mars 2015 [cité 3 avr 2019]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

27. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [Internet]. avr 7, 2005. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006051504

28. Article R6315-6 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006919309&dateTexte=&categorieLien=cid

29. Article R6315-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006919303&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090730&oldAction=rechCodeArticle

30. Lemorton C. Rapport d'information déposée par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Report No.: 2837. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp

31. Article L1435-8 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000025012731&dateTexte=&categorieLien=cid

32. ARS. Cahier des charges régional de la PDSA –Région PACA [Internet]. 2018 sept [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-09/CDCR%20PDSA%202018%20definitif_0.pdf

33. Cour des comptes. Rapport public annuel 2019 [Internet]. 2019 févr [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf

34. Practical Barriers to Timely Primary Care Access: Impact on Adult Use of Emergency Department Services | Emergency Medicine | JAMA Internal Medicine | JAMA Network [Internet]. [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/770345

35. Panorama de la DREES. Les établissements de santé. Édition 2017. 2017 [cité 15 mai 2019]; Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf

36. Schneider SM, Gallery ME, Schafermeyer R, Zwemer FL. Emergency department crowding: A point in time. Ann Emerg Med. août 2003;42(2):167-72.

37. Sprivulis PC, Silva J-AD, Jacobs IG, Jelinek GA, Frazer ARL. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. Med J Aust. 2006;184(5):208-12.

38. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 1 mars 2019;246:132-47.

39. Direction de l'hospitalisation, et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm

40. Casamayou L. La maison médicale de garde de Langon: son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins. Autour de deux enquêtes: quantitative observationnelle et qualitative à partir d'entretiens [Thèse]. Université Bordeaux 2; 2014.

41. l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes. Premier séminaire sur les Maisons Médicales de Garde. sept 2004 [cité 9 avr 2019]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seminaire_maisonsmedicales.pdf

42. DGOS. Les chiffres clés de l'offre de soins [Internet]. 2015 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/003254421c4e28867d44d

43. Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 [Internet]. 2011-1906 déc 21, 2011. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025005833&categorieLien=id

44. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=389190,5459921,230298,142227&c=indicator&i=pop_legales.popmun_&s=2016&view=map1

45. Annuaire de la fédération Hospitalière de France [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-site.php?id=4129&item=etablissement

46. Organisation des services d'urgence : Panorama 2017 [Internet]. E-Santé Observatoire Régionale des Urgences PACA. 2017 [cité 13 juin 2018]. Disponible sur: https://www.orupaca.fr/organisation-services-durgence-panorama-2017/

47. Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée (CCMU) [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf

48. APHM. Régulation du SAMU 13 [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: http://fr.ap-hm.fr/site/samu13/regulation

49. Reboul-Marty J, Thoreux P, Debien M, Roynard JL, Durand M, Languillat G. L'évaluation de la satisfaction des patients des services d'urgences est-elle possible? Réanimation Urgences. 1 août 2000;9(5):331-8.

50. Taylor C. Patient satisfaction in emergency medicine. Emerg Med J. 1 sept 2004;21(5):528-32.

51. Gentile S, Ledoray V, Blandinière D, Antoniotti S, Sambuc R. La satisfaction des patients au sortir des services des urgences. Réanimation Urgences. févr 1999;8(1):27-32.

52. Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Cochrane Database Syst Rev. 14 nov 2012;11:CD002097.

53. Labarbe V. La maison médicale de garde, organe de permanence des soins et filière courte des urgences de Saint-Pierre, CHU de l'île de la Réunion: quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge? 2014;70.

54. El batti A. Impact de la maison médicale de garde dans l'amélioration du flux aux urgences [Mémoire]. Faculté de médecine de marseille; 2015.

55. Magid D. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department: Bindman AB, Grumbach K, Keane D, et al JAMA 266:1091–1096 Aug 1991. Ann Emerg Med. 1 avr 1992;21(4):446.

56. Hsia RY, Asch SM, Weiss RE, Zingmond D, Liang L-J, Han W, et al. Hospital Determinants of Emergency Department Left Without Being Seen Rates. Ann Emerg Med. juill 2011;58(1):24-32.e3.

57. American Medical Group Association. Visit-Specific Satisfaction Instrument (VSQ-9) [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/vsq9.html

58. Deschanel G. Satisfaction et devenir des patients consultants aux urgences de Chambéry [Thèse]. Faculté de médecine de Grenoble; 2010.

59. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. Éthique Santé. sept 2008;5(3):165-72.

60. Thompson DA, Yarnold PR. Relating Patient Satisfaction to Waiting Time Perceptions and Expectations: The Disconfirmation Paradigm. Acad Emerg Med. 2(12):1057-62.

61. Bertrand F, Martinez P, Thiercelinl D, Fournier JP, Van L. Charge de travail des médecins des urgences: problème quantitatif ou qualitatif ? De la sérénité du médecin des urgences. Reanim Urgences 2000 9 492-7. :6.

62. Demeuse M. Echelles de Lickert ou methode des classements additionnés [Internet]. Institut de Recherche sur l'Éducation; [cité 18 juin 2019]. Disponible sur: http://iredu.u-bourgogne.fr/images/stories/Documents/Cours_disponibles/Demeuse/Cours/p5.3.pdf

63. Rhee KJ, Bird J. Perceptions and satisfaction with Emergency Department care. J Emerg Med. 1 nov 1996;14(6):679-83.

64. Desmettre T, Prieur O, Gouret E, Lambert C, Khoury A, Faivre F, et al. Évaluation de la mise en place de deux maisons médicales de garde dans le Doubs. J Eur Urgences. 1 mai 2007;20(1, Supplement):50-1.

65. Arain M, Nicholl J, Campbell M. Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK; a cross sectional study. BMC Health Serv Res. 18 avr 2013;13(1):142.

66. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast-track area on emergency department performance. J Emerg Med. 1 juill 2006;31(1):117-20.

67. Considine J, Kropman M, Kelly E, Winter C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case–control study. Emerg Med J. 1 déc 2008;25(12):815-9.

68. Demonchy D, Tran A, Montaudie I, Gazzaz N, Gignoux L, Bailly-Piccini C, et al. SFP PC-55 - Réduire l'attente aux urgences pédiatriques : le circuit court ? Arch Pédiatrie - Vol 21 - N° 5S1 - P 945 [Internet]. 25 juill 2014 [cité 26 juin 2019]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/911065/

69. Critères d'évaluation des services d'urgences. Referentiel SFMU [Internet]. Commission d'Evaluation Société Française de Médecine d'Urgence; [cité 29 juin 2019]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/audit.pdf

70. Schull MJ, Kiss A, Szalai J-P. The Effect of Low-Complexity Patients on Emergency Department Waiting Times. Ann Emerg Med. 1 mars 2007;49(3):257-264.e1.

71. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. Health Policy. déc 2016;120(12):1337-49.

72. Sharma A, Inder B. Impact of co-located general practitioner (GP) clinics and patient choice on duration of wait in the emergency department. Emerg Med J. 1 août 2011;28(8):658-61.

73. Hanson DW, Sadlier HR, Knox IF. Bulk-billing GP clinics did not significantly reduce emergency department caseload in Mackay, Queensland. Med J Aust. 2004;180:8.

6. Annexes

6.2. Questionnaire

1- Etes-vous satisfait(e) globalement de votre prise en charge ?

◯ Pas du tout satisfait(e) ◯ Plutôt pas satisfait(e) ◯ Sans avis ◯ Plutôt satisfait(e) ◯ Complétement satisfait(e)

2- Etes-vous satisfait(e) du respect du secret médical et de la confidentialité ?

◯ Pas du tout satisfait(e) ◯ Plutôt pas satisfait(e) ◯ Sans avis ◯ Plutôt satisfait(e ◯ Complétement satisfait(e)

3- Etes-vous satisfait(e) de la communication et de l'échange d'information avec le médecin ?

◯ Pas du tout satisfait(e) ◯ Plutôt pas satisfait(e) ◯ Sans avis ◯ Plutôt satisfait(e) ◯ Complétement satisfait(e)

4- Etes-vous satisfait(e) du temps de consultation ?

◯ Pas du tout satisfait(e) ◯ Plutôt pas satisfait(e) ◯ Sans avis ◯ Plutôt satisfait(e) ◯ Complétement satisfait(e)

5- Etes-vous satisfait(e) de la transmission des consignes de surveillances ?

◯ Pas du tout satisfait(e) ◯ Plutôt pas satisfait(e) ◯ Sans avis ◯ Plutôt satisfait(e) ◯ Complétement satisfait(e)

6- Estimez-vous le médecin compétent ?

◯ Pas du tout d'accord ◯ Plutôt pas d'accord ◯ Sans avis ◯ Plutôt d'accord ◯ Complétement d'accord

7- Estimez-vous votre temps d'attente justifié ?

◯ Pas du tout d'accord ◯ Plutôt pas d'accord ◯ Sans avis ◯ Plutôt d'accord ◯ Complétement d'accord

8- Reconsulteriez-vous au même endroit si besoin ?

◯ Pas du tout d'accord ◯ Plutôt pas d'accord ◯ Sans avis ◯ Plutôt d'accord ◯ Complétement d'accord

9- Recommanderiez-vous le service à un proche ?

◯ Pas du tout d'accord ◯ Plutôt pas d'accord ◯ Sans avis ◯ Plutôt d'accord ◯ Complétement d'accord

10- Pensez-vous reconsulter votre médecin traitant pour un deuxième avis ?

◯ Pas du tout d'accord ◯Plutôt pas d'accord ◯Sans avis ◯ Plutôt d'accord ◯Complétement d'accord

6.3. Classification CCMU

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.
Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes : - CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

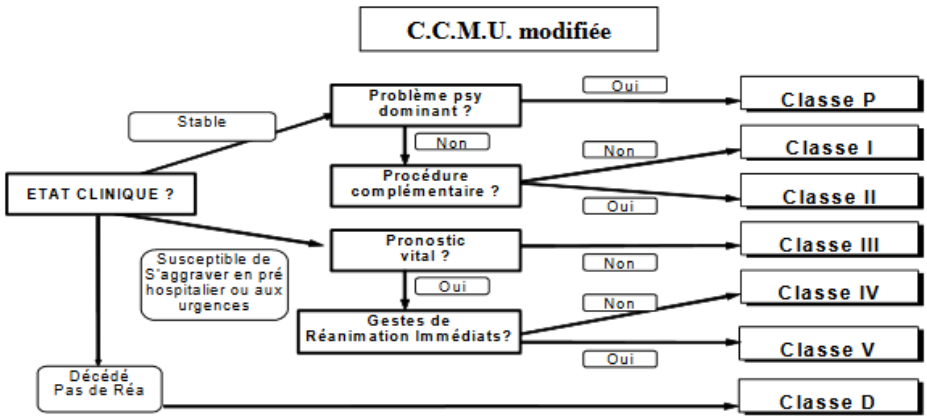
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G,Spo2, glycémie capillaire, Hématocrite par microméthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

6.4. Photos

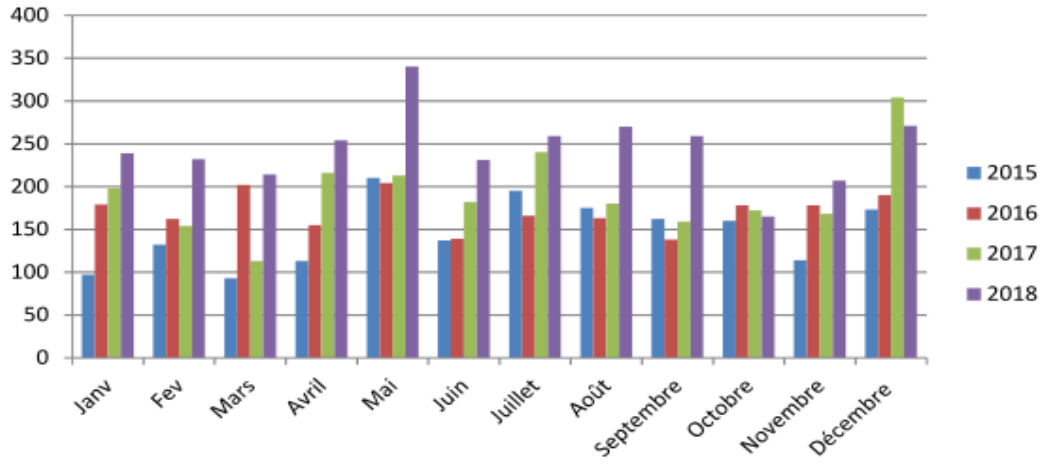
Extérieur de la MMG



Intérieur de la MMG



Evolution du nombre de consultations de la MMG du Pays d'Arles



	2015	2016	2017	2018
Janv	97	179	198	239
Fev	132	162	154	232
Mars	93	202	113	214
Avril	113	155	216	254
Mai	210	204	213	340
Juin	137	139	182	231
Juillet	195	166	240	259
Août	175	163	180	270
Septembre	162	138	159	259
Octobre	160	178	172	165
Novembre	114	178	168	207
Décembre	173	190	304	271
TOTAL	1761	2054	2299	2941
EVOLUTION EN %		**16,64**	**11,93**	**27,93**

MOYENNES CONSULTATIONS 2018	
MOYENNE SAMEDI :	**21.53**
MOYENNE DIMANCHE	**29.95**
MOYENNE JOURS FERIES	**23.76**

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 moeurs.

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.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Résumé :

Objectif : L'une des missions définies des médecins généraliste en France est la participation à la permanence des soins ambulatoires, particulièrement importante dans un contexte d'engorgement croissant des services d'urgence (SU). Les maisons médicales de garde (MMG) en représentent l'une des modalités d'apparition récente et il semble intéressant de mesurer la satisfaction des usagers concernant ces structures.

Méthode : Les patients se présentant au SU du centre hospitalier (CH) d'Arles et relevant d'un motif de médecine général (RMMG), étaient inclus dans le « Groupe MMG » s'ils étaient pris en charge par la MMG ou dans le « Groupe Urgence » s'ils étaient pris en charge par la filière « classique » du SU. Leur satisfaction était recueillie par un questionnaire comprenant 10 items explorant les différents aspects de leur prise en charge, cotée sur une échelle de Lickert de un à cinq, et comparée en utilisant un test de Student.

Résultats : 379 sujets ont été inclus dont 165 dans le « Groupe MMG » et 214 dans le « Groupe Urgence ». La moyenne de satisfaction globale était meilleure dans le « Groupe MMG » de 0.657 point (Ttest=9.174, ddl=214, $p<0.001$). La différence de moyenne des réponses aux neufs autres items du questionnaire était à chaque fois en faveur du « Groupe MMG », la plus élevée concernant l'item relatif au temps d'attente, mesurée à 1.838 point (Ttest=15.629, ddl=248, $p<0.001$). La moyenne de temps de passage des patients RMMG était de 192.62 minutes plus courtes dans le « Groupe MMG » (Ttest=23.124, ddl=206, $p<0.001$) et le taux de patients partis sans avis plus bas de 14.67% (Chi-deux= 23.3421, ddl=1, $p<0.001$).

Conclusion : les patients consultant le SU du CH d'Arles pour un motif de médecine générale expriment donc une satisfaction plus élevée lorsqu'ils sont pris en charge par la MMG plutôt que par le circuit classique des urgences. Bien que la satisfaction des patients soit un élément clé du succès de ces structures, elle ne saurait suffire à démontrer leur efficacité, et une évaluation à plus grande échelle sur le plan national nous semble nécessaire afin de mieux appréhender leurs bénéfices.

Mots clés :

Permanence des soins ambulatoires ; Maison médicale de garde ; Engorgement des services d'urgence ; Satisfaction des patients