



HAL
open science

État des lieux des permanences des soins ambulatoires au Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre : Istres, Miramas et Salon-de-Provence

Camille Dumas

► **To cite this version:**

Camille Dumas. État des lieux des permanences des soins ambulatoires au Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre : Istres, Miramas et Salon-de-Provence. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02921577

HAL Id: dumas-02921577

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02921577>

Submitted on 25 Aug 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

**Etat des lieux des permanences des soins ambulatoires au Nord-Ouest de
l'Etang-de-Berre : Istres, Miramas et Salon-de-Provence**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 4 Février 2020

Par Madame Camille DUMAS

Née le 22 mars 1990 à Ollioules (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur THIRION Xavier

Président

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Docteur GUERCIA Olivier

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Etat des lieux des permanences des soins ambulatoires au Nord-Ouest de
l'Etang-de-Berre : Istres, Miramas et Salon-de-Provence**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 4 Février 2020

Par Madame Camille DUMAS

Née le 22 mars 1990 à Ollioules (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur THIRION Xavier

Président

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Docteur GUERCIA Olivier

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

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

Chargés de mission :

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

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
BERLAND Yvon
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
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
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

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
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
JUN 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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
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
SARLES 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

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

EMERITAT

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

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	KERBAUL François
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OOUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

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 DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**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)
MACAGNO Nicolas (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)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Sumombre*
 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 Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCIN Julien (PU-PH)

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Sumombre*
 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)

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 VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Sumombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*
 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)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (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)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (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)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
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)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

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) Surnombre
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

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

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)

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

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

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

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

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

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

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)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NEUROCHIRURGIE 4902

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

NUTRITION 4404

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

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

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

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*

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

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

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

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

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

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

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Xavier THIRION,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Messieurs les Assesseurs,

Pr Patrick GERBEAUX,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère gratitude.

Pr Sébastien ADNOT,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Dr Olivier GUERCIA,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour ta disponibilité, ta relecture, ton enseignement et tes conseils. Merci de ta confiance.

À toutes les personnes qui ont participé à ce travail de thèse. Merci pour votre temps.

À tous les médecins et professionnels de santé qui ont contribué à ma formation et plus particulièrement :

Au Dr Maurice NGAMBE,

Merci pour ton enseignement, pour ta patience et ta confiance. Tu apportes un esprit critique sur nos connaissances et sur notre pratique médicale. Nos échanges me font grandir et évoluer.

Au Dr Anne-Catherine CORDEL,

Merci pour ta confiance et ton enseignement. Merci pour ton accueil au sein de ton cabinet, où j'exerce régulièrement avec plaisir et sécurité malgré mon manque d'expérience.

A Sylvie, femme et secrétaire hors pair,
Merci pour ton aide et ta bienveillance.

Aux différents services qui m'ont accueillie tout au long de mon internat,
Au service de Gériatrie de l'hôpital de Manosque.
Aux services des Urgences adultes de l'hôpital de Cavaillon et d'Avignon.
Aux services de Rééducation de la clinique Provence Bourbonne.
Aux services d'Urgences pédiatriques de l'hôpital Nord et de Gynécologie de la
Conception du CHU de Marseille.
Au Dr Irina TUDOSE, au Dr Gerald LAVAIL et au Dr Philippe CORNESSE.

À mes parents, et mes sœurs,
Pour l'éducation que vous m'avez apportée. Pour la vie que vous m'avez offerte. Pour
votre soutien sans relâche et votre aide au quotidien. Pour vos sacrifices durant toutes
ces années. Sans vous je n'aurais jamais pu surmonter toutes ces épreuves et être
celle que je suis aujourd'hui. Vous êtes exemplaires et je suis fière de faire partie de
cette famille.

À Nabil,
Merci d'exister. Grâce à toi, tout est simple ou le devient.

À ma grande tante, mes oncles et tantes,
Pour leurs encouragements.

Aux familles Bey, Bord, Chaumartin,
Pour cette si merveilleuse enfance, pour votre amitié, pour toutes ces aventures
exceptionnelles et pour vos encouragements et soutiens.

À ma belle-famille,
Je ne pouvais espérer mieux. Merci pour votre aide, vos encouragements et conseils.
Merci également pour votre bonne humeur au quotidien.

À mon beau-frère et confrère,

Pour m'avoir offert un neveu si craquant. Pour ton aide, ta franchise et tes précieux conseils.

À mes amis, de la maternelle jusqu'à la faculté, vous vous reconnaissez,

Merci pour ce que vous êtes, pour ce que vous m'apportez et pour les moments que nous vivons.

À Elise, ma Lilou qui me manque tant.

.

TABLE DES MATIERES

I	INTRODUCTION	4
II	CONTEXTE	6
II.1	Généralités/définition.....	6
II.1.1	L'ARS	6
II.1.2	La permanence de soins.....	6
II.1.3	Les urgences.....	6
II.2	Histoire de la PDSA et cadre législatif.....	7
II.2.1	Instauration du principe de gardes (12)(13)	7
II.2.2	Code pénal	7
II.2.3	Code de déontologie médicale (15).....	7
II.2.4	Le code de santé publique	8
II.3	Organisation des PDSA en région PACA.....	9
II.3.1	Le cahier des charges	9
II.3.2	Les acteurs	9
II.3.3	Les horaires de la PDSA.....	10
II.3.4	La rémunération.....	10
II.3.5	La maison médicale de garde.....	10
II.3.6	Bouches-du-Rhône, et plus particulièrement le Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre	11
III	MATERIEL et METHODE	14
III.1	Schéma d'étude, protocole	14
III.2	Site de l'étude.....	14
III.3	Population étudiée	14
III.4	Recueil des données	14
III.5	Analyse statistique.....	15
III.6	Respect des règles éthiques	15
IV	RESULTATS	16
IV.1	Recueil des données	16
IV.2	PDSA d'Istres	17
IV.2.1	Généralités.....	17
IV.2.2	Les effecteurs.....	19
IV.2.3	Le patient	22
IV.2.4	Le fonctionnement.....	23
IV.2.5	Les offres de soins.....	25
IV.2.6	Le financement	26

IV.2.7	Réponses libres des responsables des PDSA.....	27
IV.3	La PDSA de Miramas	29
IV.3.1	Généralités.....	29
IV.3.2	Les effecteurs.....	30
IV.3.3	Le patient.....	34
IV.3.4	Le fonctionnement.....	34
IV.3.5	Les offres de soins.....	35
IV.3.6	Le financement.....	36
IV.3.7	Réponses libres des responsables de PDSA.....	38
IV.4	La PDSA de Salon-de-Provence.....	39
IV.4.1	Généralités.....	39
IV.4.2	Les effecteurs.....	41
IV.4.3	Le patient.....	44
IV.4.4	Le fonctionnement.....	45
IV.4.5	Les offres de soins.....	47
IV.4.6	Le financement.....	48
IV.4.1	Réponses libres des responsables des PDSA.....	49
IV.5	Comparaison des PDSA du Nord-Ouest de l'Etang-de-Berre	50
IV.5.1	Généralités.....	50
IV.5.2	Les effecteurs.....	53
IV.5.3	Le patient.....	56
IV.5.4	Le fonctionnement.....	57
IV.5.5	Les offres de soins.....	58
IV.5.6	Le financement.....	60
IV.5.7	Comparaison au modèle prévu par le cahier des charges.....	60
V	DISCUSSION.....	64
V.1	Rappel des principaux résultats.....	64
V.2	Limites et biais.....	66
V.3	Discussion sur les résultats.....	66
V.4	Confrontation avec les données existantes.....	69
V.5	Discussion sur l'applicabilité des résultats dans la pratique courante.....	71
VI	CONCLUSION.....	72
VII	INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES.....	75
VIII	BIBLIOGRAPHIE.....	77
IX	ANNEXES.....	81
	ANNEXE 1 - Géopolitique des territoires de la Métropole Aix-Marseille.....	81

ANNEXE 2 - Territoire de PDSA	82
ANNEXE 3 - Questionnaire adressé aux responsables des PDSA.....	83
ANNEXE 4 -Provenance des patients ayant recours aux PDSA.....	96
X LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	97

I INTRODUCTION

L'accès aux soins primaires en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, particulièrement les week-ends et jours fériés, apparaît comme un véritable problème aujourd'hui.

Les urgences sont surchargées. Le temps d'attente pour les patients est important. On compte, par exemple, près de 4h d'attente aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la Timone à Marseille, 5h au CHU de Nantes... (1). Or pour un grand nombre d'entre eux, cela ne nécessite pas de soins dits « d'urgences ».

Le rapport de la cour des comptes mentionne une augmentation continue d'accès aux services des urgences ne demandant pas, par la suite, une hospitalisation. En 2007, 33% de la population se présentant aux urgences sont venus pour des consultations « non appropriées » (2).

Ceci serait en partie lié à un mauvais fonctionnement de la médecine de ville face aux demandes de la population actuelle en terme de santé comme l'exprime un de ces rapports (3).

Cette augmentation est observée depuis de nombreuses années. Dans le rapport de la cour des comptes de la sécurité sociale de 2007, il est précisé que « le nombre de passages dans les services d'urgence a doublé de 1990 à 2004, passant de 7 à 14 millions » ; et dans celui de 2019 que « le dernier nombre de passages annuels connu, de 2016, est de 21,2 millions (contre 18,4 millions en 2012) » (1)(4).

Pour pallier ce problème, des Permanences Des Soins Ambulatoires (PDSA) sont ouvertes les week-ends et en dehors des horaires d'ouverture de cabinets. Elles sont destinées aux patients ayant besoin de consultations simples, non programmées, lorsque que le cabinet de leur médecin généraliste est fermé (5).

Or, certaines PDSA ne semblent pas remplir pleinement leur rôle. C'est ce que j'ai pu constater pendant mon stage d'internat en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) à Miramas, dans la région Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre. Je me suis rendue compte qu'il existait une forte demande d'accès aux soins de la part des habitants en semaine, mais surtout le week-end et jours fériés, alors que les praticiens de garde à la PDSA de Miramas ne recensaient que très peu

d'appels au cours de leur journée de travail. Les urgences de Salon-de-Provence quant à elles, drainent environ 42 000 passages par an (6).

Est-ce le cas pour les autres communes voisines, comme Salon-de-Provence et Istres, fortement liées à Miramas sur le plan géographique, compte tenu de leur proximité ?

Cette étude fera l'état des lieux des PDSA dans le Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre, comprenant les communes de Istres, Miramas et Salon-de-Provence.

II CONTEXTE

II.1 Généralités/définition

II.1.1 L'ARS

L'ARS, Agence Régionale de Santé, est « chargée du pilotage régional du système de santé. Elle définit et met en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. » Elle a pour rôle d'organiser les PDSA (7).

II.1.2 La permanence de soins

La permanence de soins (PDS) est définie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) comme « une mission de service public inscrite dans la loi. Elle se caractérise par un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés, la nuit, les week-ends et les jours fériés. » (8).

La permanence des soins ambulatoires est définie par l'ARS comme « un service médical rapide et de proximité, assuré en ville par les médecins généralistes, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux libéraux (le soir, la nuit, les week-ends et les jours fériés). » (7).

Elle peut être fixe, comme les maisons médicales de garde, mobiles par les visites à domicile ou mixtes.

II.1.3 Les urgences

Le service des urgences, quant à lui, a pour rôle d'accueillir et de prendre en charge les personnes en situation d'urgence, c'est-à-dire lorsque le patient présente une pathologie dans laquelle « un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » (9) et ce, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept (10)(11).

Selon l'organisation des territoires et l'activité des urgences, celles-ci peuvent pratiquer des actes de soins non programmés. En particulier en nuit profonde.

II.2 Histoire de la PDSA et cadre législatif

II.2.1 Instauration du principe de gardes (12)(13)

Les premiers services de garde se sont mis en place au cours de la 3ème République. En 1876, à Paris, le Dr PESSANT dénonce l'absence de prise en charge des patients la nuit. Les médecins ne veulent pas se déplacer pendant cette plage horaire pour des patients qu'ils ne connaissent pas.

Les gardes sont alors instaurées par la municipalité, avec l'aide de la police municipale. Elles sont basées sur le volontariat. C'est le début des permanences de soins.

Cette initiative se généralise au sein des autres villes après la seconde guerre mondiale.

C'est en 1950, en milieu urbain, qu'apparaît la notion d'Aide Médicale d'Urgence (AMU) et la création du Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR). Se développent également, face à une demande de soins croissante, des associations pour assurer les soins dits d'urgences, en dehors des horaires de consultations et de visites des médecins généralistes. En 1966 est alors créé, à Paris par le Dr Marcel LASCAR, SOS Médecins.

Dans les zones rurales, l'organisation est différente. Les habitants sont plus méfiants vis-à-vis de la médecine et les médecins sont plus isolés. Avant les années 1950, c'est le médecin de famille seul, qui assure la continuité des soins. Il est de garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. On parle d'exercice solidaire. Après 1950 comme dans les villes, la demande de soins s'intensifie. Il se met alors en place des tours de garde.

II.2.2 Code pénal

La notion de « non-assistance à personne en danger » apparaît pour la première fois dans la loi du 25 octobre 1941 du code pénal (14).

II.2.3 Code de déontologie médicale (15)

La notion de « devoir déontologique » du médecin est évoquée le 28 juin 1947 dans le code de déontologie puis en 1950 avec la notion « d'organisation de PDS ».

Le décret du 6 septembre 1995 du code de déontologie médicale précise le devoir déontologique du médecin (10).

L'article 47 évoque l'obligation d'assurer la continuité des soins.

L'article 77 explique que « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. »

L'article 9 quant à lui, décrit que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. ».

II.2.4 Le code de santé publique

De novembre 2001 à juin 2002, les médecins généralistes libéraux lancent un mouvement de grève « des gardes de nuit » dénonçant des « conditions d'exercices devenues insupportables et exigent des honoraires décents » (13)(16).

En 2002 se met en place alors un cadre juridique, afin d'organiser au mieux la PDS, avec la réforme dite « Mattei ».

Les gardes s'organisent de manière collective, sur la base du volontariat. On parle de notion de « mission de service publique » (17) et non plus « d'obligation déontologique ». L'article L. 6314-1 définit le rôle de la permanence des soins ambulatoires.

En 2009, la loi HPST (18), réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé, et aux Territoires. Elle vise à mieux répartir les médecins sur l'ensemble du territoire et souhaite réduire les inégalités d'accès aux soins notamment en réorganisant les PDSA et en créant l'ARS.

II.3 Organisation des PDSA en région PACA

II.3.1 Le cahier des charges

L'ARS est chargée de rédiger le cahier des charges régional. Ce dernier « définit les principes d'organisation et de rémunération de la PDSA sur le territoire régional. » (7).

Ce cahier des charges (19) a été rédigé avec l'aide de plusieurs groupes : le Conseil de l'Ordre des Médecins, l'Union Régionale des Professions de Santé Médecins Libéraux (URPS-ML), le représentant des Maisons Médicales de Garde (MMG), SOS médecins, le représentant des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU)-centre 15 et des régulateurs libéraux.

Sa première publication date de 2013 et est réévaluée chaque année.

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) joue un rôle dans l'élaboration et l'amélioration de ce cahier des charges. Il veille au bon fonctionnement des PDSA. Il étudie les incidents qui ont été déclarés afin de rectifier les erreurs et répondre aux besoins sanitaires de la population (20).

II.3.2 Les acteurs

La régulation, au sein du SAMU-centre 15 est effectuée par des médecins libéraux et oriente les patients selon les besoins. Elle est en lien direct avec la régulation des urgences.

Cette régulation doit couvrir la totalité des plages horaires des PDSA.

Les PDSA peuvent être contactées via le numéro 15 ou via un numéro spécifique (17).

Les effecteurs sont les médecins de garde. L'effectif est basé sur le volontariat. Ils exercent dans les cabinets médicaux, maisons de santé. Ce sont aussi des professionnels exerçant dans les associations de permanence de soins. Ils peuvent également être salariés (7).

Selon les territoires et les horaires, la PDSA est assurée par le service des urgences.

L'organisation de la régulation et de l'effectif varient selon le département, en fonction des besoins, des offres de soins disponibles et de la population présente.

Les tableaux de gardes sont élaborés via le logiciel « Ordigard ».

II.3.3 Les horaires de la PDSA

Selon le décret du 13 juillet 2010 (21), les horaires de la PDSA sont les suivants :

- Tous les soirs de 20h00-8h00
- Les samedis de 12h00-20h00
- Les dimanches et jours fériés de 8h00-20h00
- Les longs week-ends comprenant un jour férié

II.3.4 La rémunération

La rémunération des régulateurs et des effecteurs sur le territoire est identique par principe d'équité. Elle se fait via le logiciel « Pgarde » pour les effecteurs.

Le certificat de décès relève d'une rémunération spéciale régit par le décret du 10 mai 2017 et s'élève à 100 euros.

II.3.5 La maison médicale de garde

Le modèle privilégié par le cahier des charges est la MMG. Elle est définie selon plusieurs critères principaux :

- La lisibilité pour le patient
- Le confort de l'exercice
- La proximité directe des services d'urgence souhaitables
- Le lieu fixe
- Les horaires de la PDSA
 - o Les soirs de 20h00-24h00
 - o Les samedis après-midi
 - o Les dimanches et Jours Fériés (JF)
 - o Plus ou moins les nuits profondes
- La prestation des actes par un médecin généraliste
- Une activité médicale non programmée
- Un lieu d'accueil pour les étudiants et internes

II.3.6 Bouches-du-Rhône, et plus particulièrement le Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre

II.3.6.1 Géopolitique

Le Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre fait partie de la Métropole Aix-Marseille-Provence depuis janvier 2016. Il comprend le territoire salonais composé de dix-sept communes dont Salon-de-Provence, Eyguières, Sénas, Alleins, Vernègues, Aurons, La Barben, Berre-l'Étang, Charleval, La Fare-les-Oliviers, Lamanon, Lançon-de-Provence, Mallemort, Pelissanne, Rognac, Saint-Chamas et Velaux, ainsi que le territoire Istres-Ouest-Provence incluant six communes dont Istres, Fos-sur-Mer, Cornillon-Confoux, Grans, Miramas et Port-Saint-Louis-du-Rhône. Ils sont régis par l'article 55, de la loi 2015-991 du 7 août 2015 et définissent une nouvelle organisation territoriale de la République. Elle est basée sur « un pacte de gouvernance, financier et fiscale » (22).

Le territoire salonais comprend 146 131 habitants dont Salon-de-Provence avec 45 574 habitants et le territoire Istres-Ouest-Provence est constitué de 97 719 habitants dont Istres avec 42 925 habitants et Miramas avec 25 756 habitants (23).

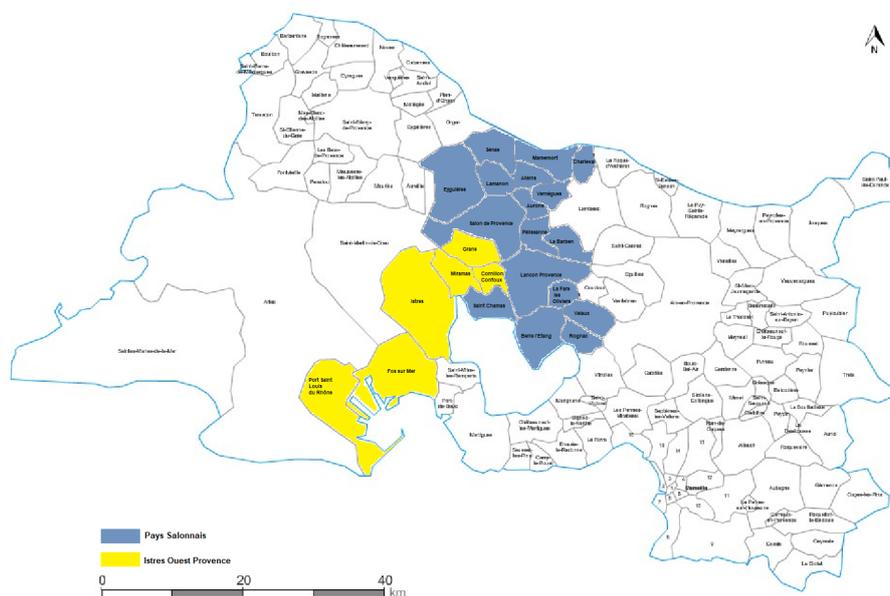


Figure 1-Géopolitique des territoires de la Métropole Aix-Marseille (Annexe 1)

II.3.6.2 Sanitaire

Les villes existantes sur le territoire salonais et le territoire Istres-Ouest-Provence sont réparties différemment selon le cahier des charges régional de PDSA de la région PACA. En effet, Miramas, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Saint-Chamas, Rognac, Berre-L'Etang et Fos-sur-Mer sont des territoires de PDSA. Le territoire de Salon est divisé en deux, avec d'un côté Salon centre et de l'autre Pelissanne comprenant Pelissanne, Aurons, La Barben, Cornillon-Confoux, Lançon-de-Provence, et Grans. Le territoire de Sénas, quant à lui, intègre Eyguières, Lamanon et Sénas. Les villes d'Entressen et Istres forment le territoire de PDSA d'Istres. Alleins, Charleval, Mallemort et Vernegues appartiennent au territoire de PDSA de la Vallée Durance. Le territoire de Velaux s'articule en partie avec les villes de La Fare-les-Oliviers et Velaux (19).

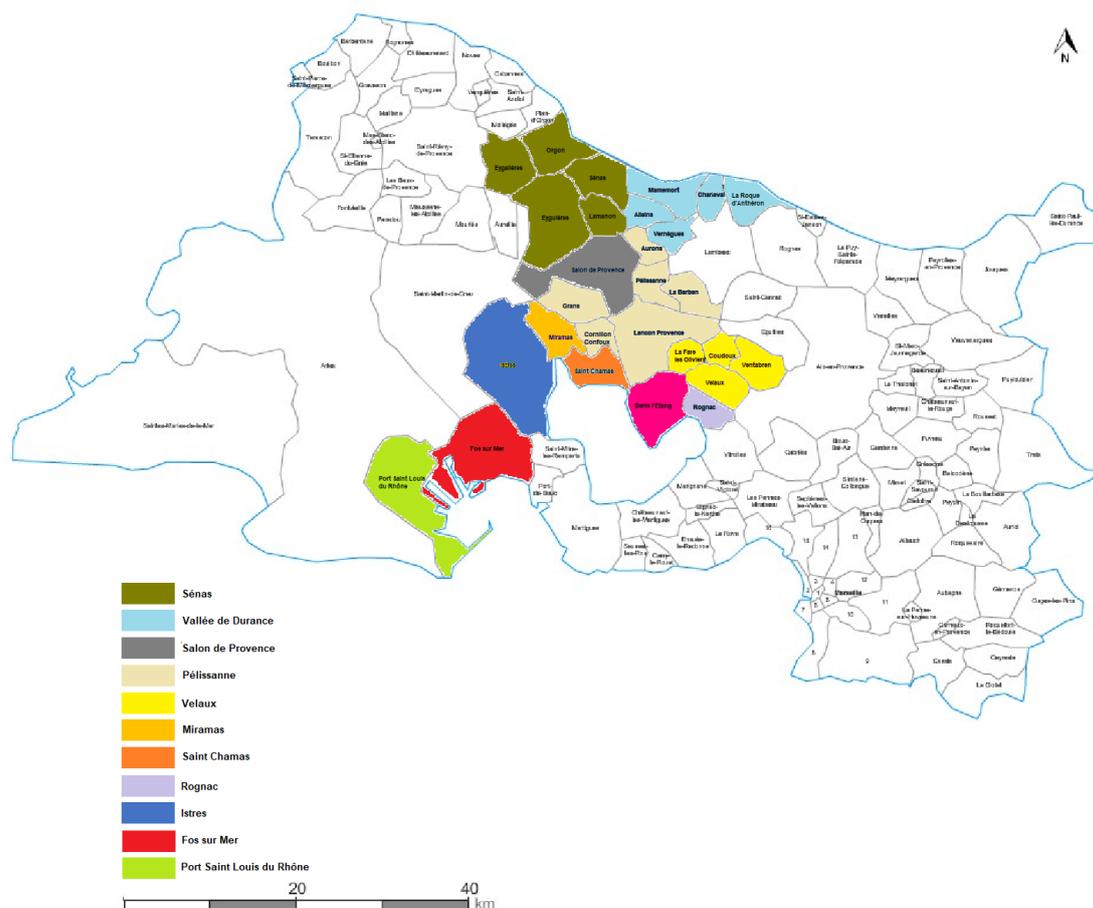


Figure 2-Territoire de PDSA (Annexe 2)

On observe donc que les secteurs de PDSA ne sont pas superposables à ceux de la géopolitique des territoires de la région.

En 2016, on recense vingt services d'urgence dans les Bouches-du-Rhône dont deux au Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre, répartis au sein de la clinique d'Istres et du centre hospitalier (CH) de Salon-de-Provence (24).



Figure 3-Services d'urgences dans les Bouches-du-Rhône

Il existe en 2018, six MMG sur le territoire de PDSA des Bouches-du-Rhône, dont celles de Salon-de-Provence et d'Istres (19).

III MATERIEL et METHODE

III.1 Schéma d'étude, protocole

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive multicentrique à la fois quantitative, dans sa majorité et qualitative.

III.2 Site de l'étude

Elle a été réalisée dans la région Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre, englobant les villes d'Istres, de Miramas et de Salon de Provence.

III.3 Population étudiée

Une correspondance avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), des recherches internet, ainsi que l'outil « Ordigard » (gestion administrative des tableaux de gardes) ont permis de déterminer le nombre de PDSA au sein de cette zone géographique et de pouvoir alors contacter les responsables de chaque PDSA afin de répondre au questionnaire de l'étude.

III.4 Recueil des données

Un questionnaire (Annexe 3) dédié aux responsables des PDSA citées précédemment leur est adressé par mail ; une deuxième relance, si nécessaire, est envoyée par un nouveau mail ou appel téléphonique.

Ce document comprend des questions à réponses fermées, à choix multiples. Il est composé de six parties :

- I. Organisation de la PDSA
- II. Les effecteurs
- III. Le fonctionnement de la PDSA
- IV. Les offres de soins
- V. Le financement

La 6ème partie comprend trois questions à réponses libres concernant le fonctionnement de la PDSA ainsi que des remarques portant sur le questionnaire lui-même.

Ce dernier a été réalisé à partir du cahier des charges régional de la PDSA de la région PACA et s'inspire d'un questionnaire déjà réalisé pour une thèse sur le sujet (19)(25).

III.5 Analyse statistique

L'analyse des résultats a été réalisée en étudiant indépendamment chaque PDSA puis en les comparant entre elles ainsi qu'avec les recommandations préconisées par le cahier des charges.

III.6 Respect des règles éthiques

Compte tenu du respect de l'anonymat des responsables des PDSA, aucune démarche auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a été nécessaire.

IV RESULTATS

IV.1 Recueil des données

Le questionnaire (Annexe 3) dédié aux responsables de chaque PDSA citées précédemment, a été envoyé par e-mail, avec en pièce jointe la description du projet, afin de collecter les données nécessaires au travail effectué.

Une première relance a été effectuée par mon directeur de thèse, une deuxième par moi-même, ainsi qu'une troisième par un appel téléphonique.

Une fois les questionnaires complétés et rendus, une nouvelle correspondance par mail s'est avérée nécessaire pour compléter les réponses ou les manques.

De plus, devant l'absence de réponse ou incohérence des données reçues, il a fallu se rendre sur place pour compléter et préciser les données.

IV.2 PDSA d'Istres

Les résultats non datés font référence, pour la plupart du temps, à l'année 2018.

IV.2.1 Généralités

IV.2.1.1 Date de création de la PDSA

La PDSA d'Istres est créée en 2002. Elle est donc antérieure à la première édition du cahier des charges régional de la PDSA de la région PACA.

IV.2.1.2 Démographie médicale

Le Tableau 1 ci-dessous décrit la provenance des patients qui accèdent à la PDSA d'Istres, le nombre d'habitants par ville qui ont accès à celle-ci, le nombre de médecins dans chaque ville pouvant être effecteurs à la PDSA et les résultats qui en découlent.

		Population en 2016 (INSEE)(23) (Nbre d'habitants)	Nombre de médecins généraliste en 2019 (CDOM)(26)	Distance entre la ville et la PDSA (km)
Provenance des patients	Istres	42 925	37	0
	Miramas	25 756	15	10
	Fos-sur-Mer	15 608	16	12
	Saint-Chamas	8 418	11	12
	Port-Saint-Louis-du-Rhône	8 519	8	29

Tableau 1-Démographie des villes de provenance des patients à la PDSA d'Istres

Les patients qui consultent à la PDSA d'Istres viennent de différentes villes alentours : Istres, Miramas, Fos-sur-Mer, Saint-Chamas et Port-Saint-Louis-du-Rhône.

La distance moyenne nécessaire aux patients pour accéder à la PDSA est de 12,5 km.

La population totale pouvant être brassée par la PDSA d'Istres est de 101 226 habitants.

Le nombre moyen d'effecteurs sur la période 2014-2018 est de 27 médecins.

En 2018, 61 médecins généralistes sont en mesure de participer au fonctionnement de la PDSA d'Istres. Ce nombre est calculé sans tenir compte des médecins exerçant dans les villes de Miramas et de Saint-Chamas car ils sont sollicités respectivement vers les PDSA de Salon-de-Provence et Miramas.

En 2018, 42% des médecins généralistes sont concernés par la PDSA d'Istres.

IV.2.1.3 Structure

Le Tableau 2 ci-dessous permet de détailler le type de structure, sa localisation et sa proximité avec le service d'urgences.

Type de PDSA	Mixte	
Local	Communal	
Structures d'urgences à proximité	Type	Distance
	Clinique	1 km
	CH	15 km

Tableau 2-Structure de la PDSA d'Istres

Il s'agit d'une structure mixte, intégrant les consultations au sein de la PDSA ainsi que des visites à domicile (VAD).

Elle se trouve à proximité des services d'urgence de la clinique d'Istres qui se situe entre 1 et 3 km. Le CH, se trouvant à Salon-de-Provence, est plus éloigné. Il est distant de plus de 10 km.

IV.2.1.4 Accès aux soins et horaires d'ouvertures

La PDSA est accessible via le 15, via le numéro de la structure ou en se rendant directement sur place.

Elle est ouverte le samedi de 12h00 à minuit et toute la journée de 8h00 à minuit les dimanches et jours fériés ; mais elle est fermée en semaine, quels que soient les horaires préconisés par le cahier des charges de l'ARS.

IV.2.2 Les effecteurs

IV.2.2.1 Le nombre de médecins effecteurs

La pratique médicale est axée sur la base du volontariat.

La Figure 4 ci-dessous présente la variation du nombre d'effecteurs au cours des années 2014-2019.

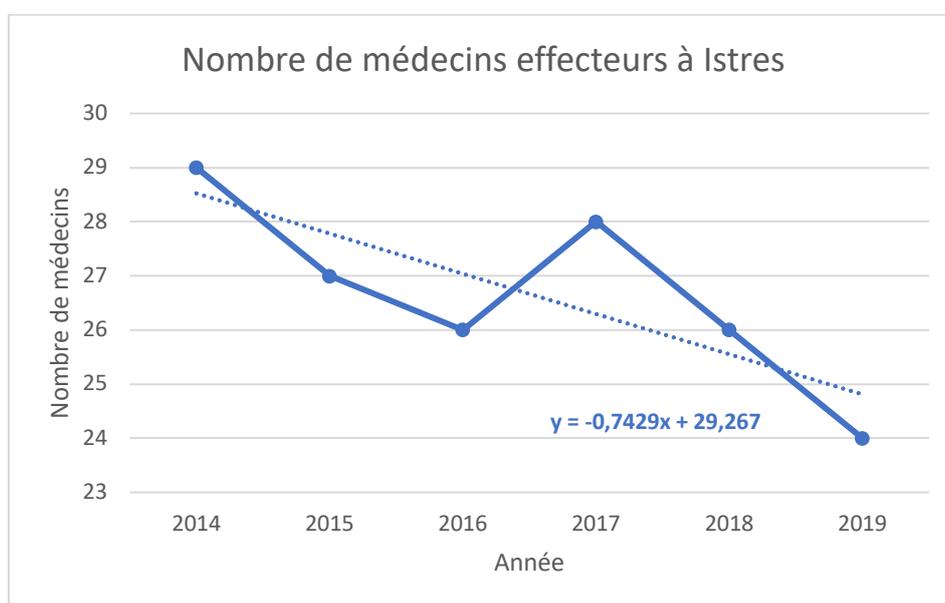


Figure 4-Nombre de médecins effecteurs à Istres au cours des années

On constate une régression moyenne de 0,74 effecteur par an sur l'intervalle 2014-2019, plus marquée encore sur les années 2017-2019 puisqu'elle diminue de 2 médecins par an.

IV.2.2.2 Le profil des effecteurs

La Figure 5 ci-dessous permet d'établir la répartition des effecteurs en fonction de leur mode d'exercice, de leur sexe et de leur âge.

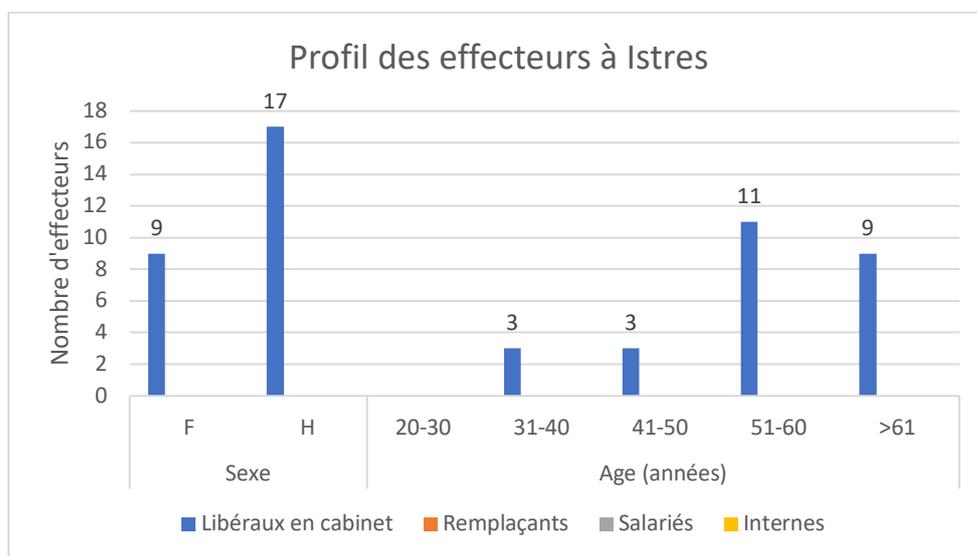


Figure 5-Profil des effecteurs à Istres en 2018

Les effecteurs sont des médecins travaillant uniquement en cabinet libéral situé au sein de la ville d'Istres. Les médecins des autres villes couvertes par la PDSA n'y participent pas. Il y a plus d'hommes que de femmes, avec un ratio de 66% d'hommes contre 34% de femmes.

La moyenne pondérée des âges des médecins travaillant à la PDSA est de 55 ans.

IV.2.2.3 Le nombre de gardes par an

La Figure 6 ci-dessous décrit le nombre de gardes par effecteur en 2018.

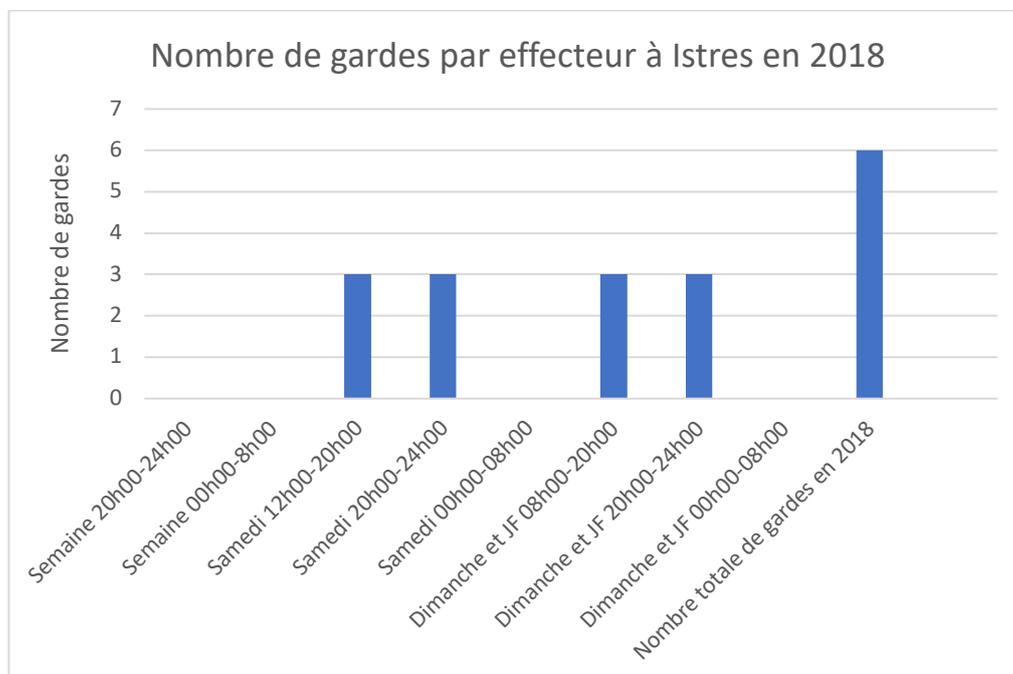


Figure 6-Nombre de gardes des effecteurs à Istres en 2018

En moyenne, les effecteurs réalisent 6 gardes par an soit en moyenne une garde tous les 2 mois en fonction des disponibilités de chacun. C'est le même effecteur qui est impliqué pour tout le week-end.

IV.2.2.4 La rémunération

La rémunération des effecteurs à Istres est :

- Le samedi de 12h00 à 20h00, de 100 euros.
- Le samedi soir de 20h00 à 24h00, soit une tranche horaire de 4h, de 50 euros.
- Le dimanche et jours fériés, de 150 euros.

IV.2.2.5 La réquisition

Aucune réquisition n'est nécessaire au sein de cette PDSA.

IV.2.2.6 Les renforts saisonniers

La PDSA fait appel à un renfort lors des mois de décembre 2018 et janvier 2019.

IV.2.2.7 La rétrocession

A ce jour, la PDSA ne sollicite pas de rétrocession d'honoraires de la part de ses adhérents pour financer son fonctionnement.

IV.2.3 Le patient

IV.2.3.1 Le dossier médical

Le dossier médical au sein de la PDSA est informatisé ou sur papier, laissé à la convenance du prescripteur de garde selon ses habitudes.

L'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP) n'est toujours pas mis en place.

IV.2.3.2 Le temps d'attente

Le temps d'attente est court, allant de 0 à 15 minutes.

IV.2.3.3 La répartition des âges

La patientèle de la maison médicale d'Istres se concentre plutôt sur une population pédiatrique.

IV.2.4 Le fonctionnement

IV.2.4.1 Les locaux

La Figure 7 détaille l'organisation des locaux de PDSA.

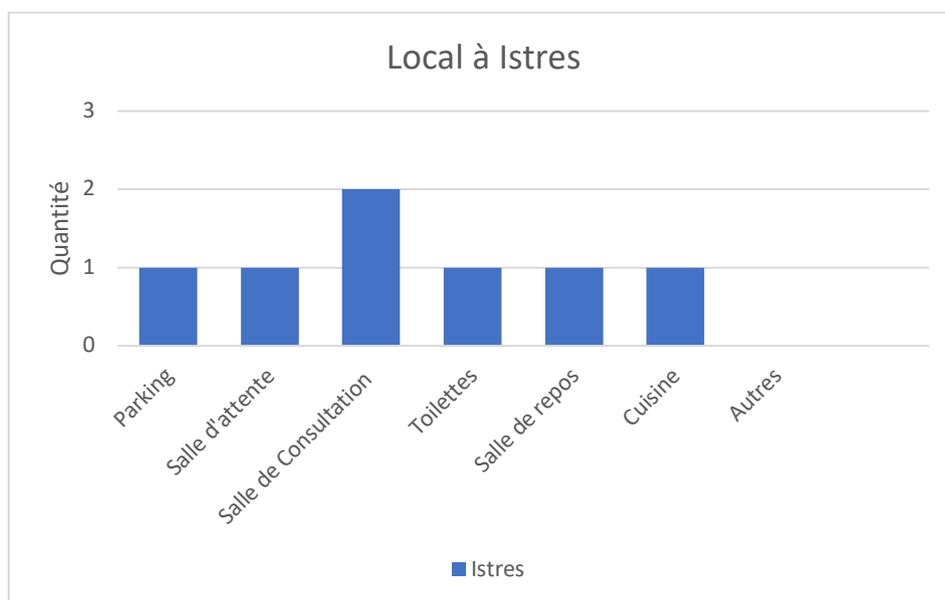


Figure 7-Aménagement des locaux de la PDSA d'Istres

Les locaux de la PDSA permettent un accueil confortable des patients grâce à l'existence d'un parking situé à proximité, d'une salle d'attente, des toilettes et deux salles de consultation. Le personnel a accès à une salle de repos ainsi qu'à une cuisine.

IV.2.4.2 Les autres professionnels

La Figure 8 présente les autres professionnels y exerçant.

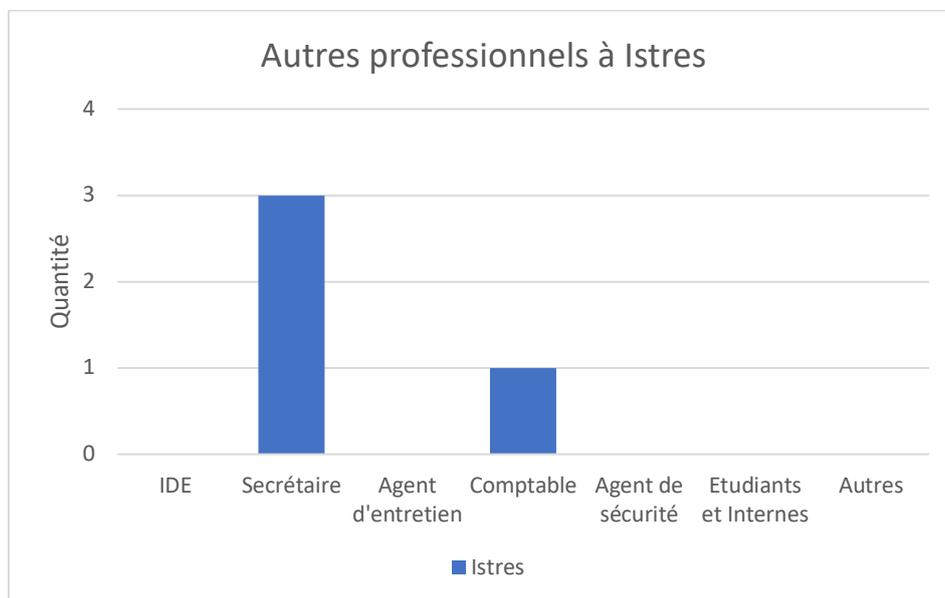


Figure 8-Autres personnels travaillant à la PDSA d'Istres

Ce personnel est composé de trois secrétaires et d'un comptable, tous exerçant à temps partiel.

La PDSA d'Istres n'accueille à ce jour aucun étudiant en médecine.

IV.2.4.3 Le matériel

Le matériel non médical, les outils diagnostics, les médicaments et le matériel de soins sont en partie fournis par la PDSA. Certains professionnels préfèrent utiliser les leurs.

IV.2.4.4 Le règlement

Tous les modes de paiement sont possibles au sein de la PDSA. La Carte Bleue (CB) peut être utilisée lorsque l'effecteur possède son propre matériel.

Le Tiers-Payant (TP) (part Sécurité Sociale (SS)) est appliqué selon les médecins. Le TP intégral n'est pas mis en place.

IV.2.5 Les offres de soins

IV.2.5.1 Le nombre de passages par an

La Figure 9 ci-dessous présente le nombre de passages par an durant les années 2014 à 2018.

Les données de 2014 ne sont pas inscrites car manquantes.

Dans l'ensemble, on remarque une perte moyenne de 31 passages par an sur l'intervalle 2015-2018. Mais la courbe présente des discontinuités. De 2015 à 2017, on trouve une augmentation de 200 consultations par an. Puis cette activité baisse brutalement à 600, au cours de l'année 2018.

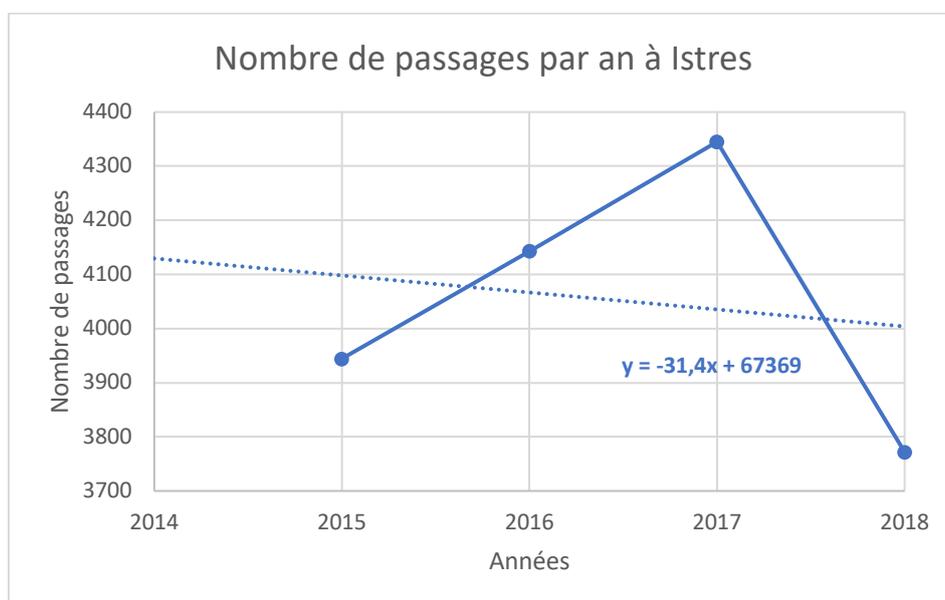


Figure 9-Nombre de passages par an entre 2014 et 2018 à la PDSA d'Istres

Sur l'année 2018, une moyenne de 3,7% de la population a accès à la PDSA. Ce taux retrouve le niveau de 2015 dont la valeur était de 3.9%

IV.2.5.2 Le nombre d'actes sur le mois de janvier 2018

Quatre-cent-quarante actes médicaux sont réalisés au cours du mois de janvier 2018.

IV.2.5.3 Le nombre d'actes par jour

En moyenne, entre 30 et 40 actes sont effectués par jour d'ouverture de la PDSA.

IV.2.5.4 Les autres actes

Les autres actes réalisés par la PDSA sont les visites en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les certificats de décès et les réquisitions.

IV.2.6 Le financement

IV.2.6.1 La création de la PDSA

Le coût de la création de la PDSA d'Istres s'élève à 50 000 euros.

IV.2.6.2 Le budget annuel de la PDSA

Le budget annuel s'élève à 45 000 euros.

Jusqu'en 2014, il se composait de la façon suivante :

- Cotisation des adhérents
- Sponsors
- Aides de l'ARS

Depuis 2015 ce sont les collectivités locales qui participent au financement de la PDSA d'Istres.

IV.2.6.3 Le coût moyen

Le coût moyen de la PDSA est réparti selon la Figure 10 ci-dessous.

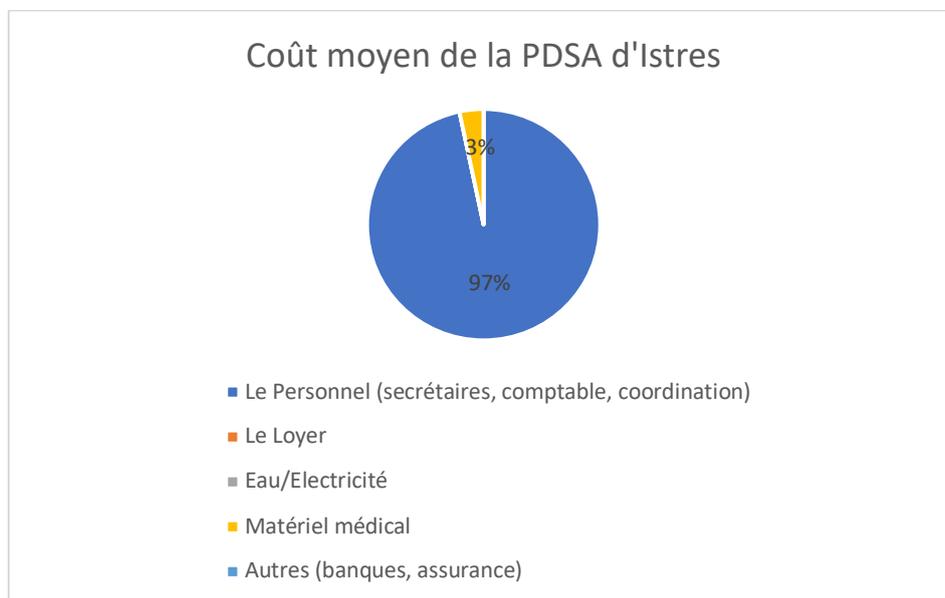


Figure 10-Répartition du coût moyen de la PDSA d'Istres

La majorité des dépenses se trouve dans le financement du personnel avec 43 500 euros, soit 97% des dépenses.

Le matériel médical coûte en moyenne 1 500 euros par an, soit 3% des dépenses.

Ces dépenses sont couvertes par le budget annuel.

Le loyer, l'eau et l'électricité sont financés par la mairie d'Istres.

IV.2.7 Réponses libres des responsables des PDSA

IV.2.7.1 Fonctionnement de la PDSA

Trois problèmes sont soulevés. Le premier est lié à la baisse du nombre de médecins volontaires ; le deuxième, à la difficulté de gestion des dossiers et les paiements des prestations ; et le troisième à des problèmes de sécurité du personnel.

IV.2.7.2 Améliorations possibles

Des subventions que pourrait fournir l'ARS permettraient de maintenir la viabilité de la MMG.

De plus, pour pérenniser le nombre d'effecteurs, il faudrait inciter le recrutement par des primes exceptionnelles ou par une déclaration de zone franche.

IV.3 La PDSA de Miramas

Les résultats non datés font référence, pour la plupart du temps, à l'année 2018.

IV.3.1 Généralités

IV.3.1.1 Date de création de la PDSA

La PDSA de Miramas est créée avant les années 1990. Elle est donc antérieure à la première édition du cahier des charges régional de la PDSA de la région PACA.

IV.3.1.2 Démographie médicale :

Ce Tableau 3 ci-dessous décrit le nombre d'habitants par ville qui ont accès à la PDSA de Miramas, le nombre de médecins pouvant être effecteurs de la PDSA et les résultats qui en découlent.

		Population en 2016 (INSEE) (Nbre d'habitants)	Nombre de médecins généralistes en 2019 (CDOM)	Distance entre la ville et la PDSA (km)
Provenance des patients	Miramas	25 756	15	0

Tableau 3-Démographie des villes en provenance des patients à la PDSA de Miramas

La PDSA de Miramas prend en compte exclusivement des personnes vivant à Miramas, sans apport de patientèle provenant des villes alentours.

La population totale pouvant être brassée par la PDSA de Miramas est donc de 25 756 habitants.

Le nombre moyen d'effecteurs sur la période 2014-2018 est de 12 médecins.

En 2018, 10 médecins généralistes participent au fonctionnement de la PDSA de Miramas, soit 66% des médecins généralistes de Miramas.

IV.3.1.3 Structure

Le Tableau 4 ci-dessous permet de détailler le type de structure, sa localisation et sa proximité avec le service des urgences.

Type de PDSA	Mobiles	
Local	Aucun	
Structures d'urgences à proximité	Type	Distance
	Clinique	12 km
	CH	12 km

Tableau 4-Structure de la PDSA de Miramas

Il s'agit d'une structure mobile, faisant des VAD.

Elle se trouve éloignée d'un service d'urgences puisque Miramas dépend de celles de la clinique d'Istres ou du CH de Salon-de-Provence dont les distances sont supérieures à 10 km.

IV.3.1.4 Accès aux soins et horaires d'ouvertures

Seul l'appel du 15 permet d'accéder à la PDSA de Miramas.

Elle est ouverte le samedi de 12h00 à 20h00 et de 8h00 à 20h00 les dimanches et jours fériés, mais elle est fermée en semaine, quels que soient les horaires préconisés par le cahier des charges de l'ARS.

IV.3.2 Les effecteurs

IV.3.2.1 Le nombre de médecins effecteurs

La pratique médicale est axée sur le volontariat.

La Figure 11 ci-dessous présente la variation du nombre d'effecteurs au cours des années 2014-2019.

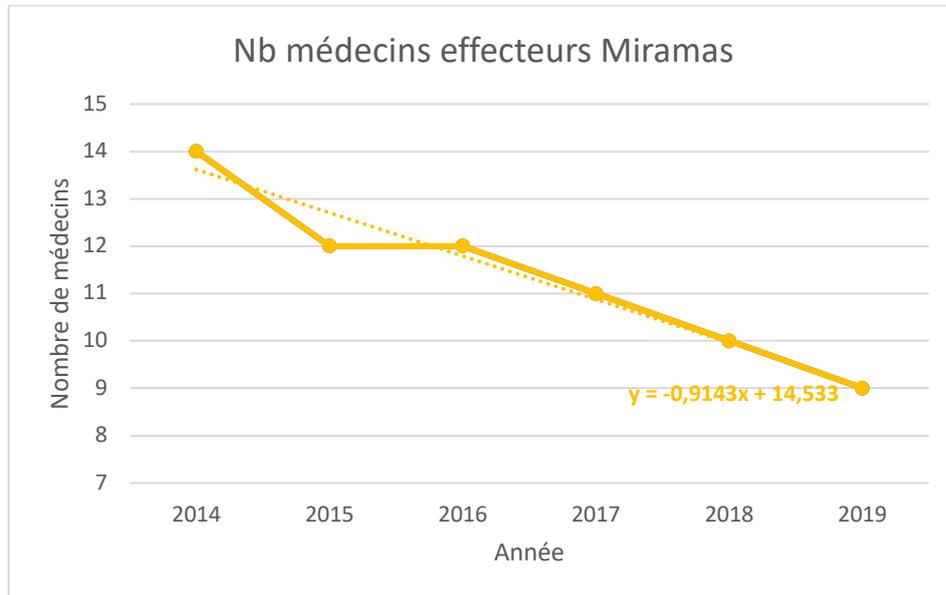


Figure 11-Nombre de médecins effecteurs à Miramas au cours des années

Il existe une régression très forte du nombre de médecins volontaires de garde puisque la PDSA perd en moyenne 0,9 médecin par an sur l'intervalle 2014-2019.

IV.3.2.2 Le profil des effecteurs

La Figure 12 ci-dessous permet d'établir la répartition des effecteurs en fonction de leur mode d'exercice, de leur sexe et de leur âge.

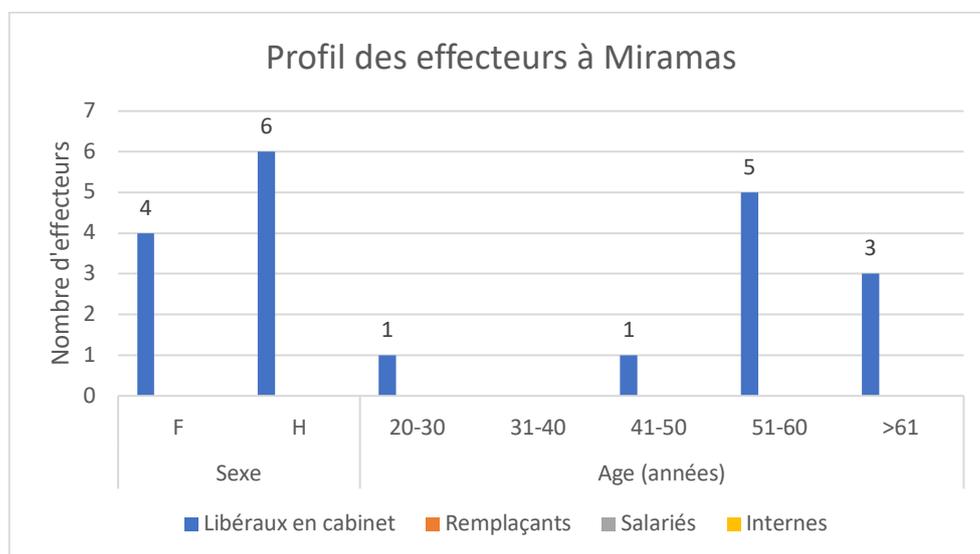


Figure 12-Profil des effecteurs à Miramas en 2018

Les effecteurs sont des médecins travaillant uniquement en cabinet libéral au sein de la ville de Miramas. Il y a plus d'hommes que de femmes, avec un ratio de 60% d'hommes contre 40% de femmes.

La moyenne pondérée des âges des médecins travaillant à la PDSA est de 55 ans.

IV.3.2.3 Le nombre de gardes par an

La Figure 13 ci-dessous décrit le nombre de gardes par effecteur en 2018.

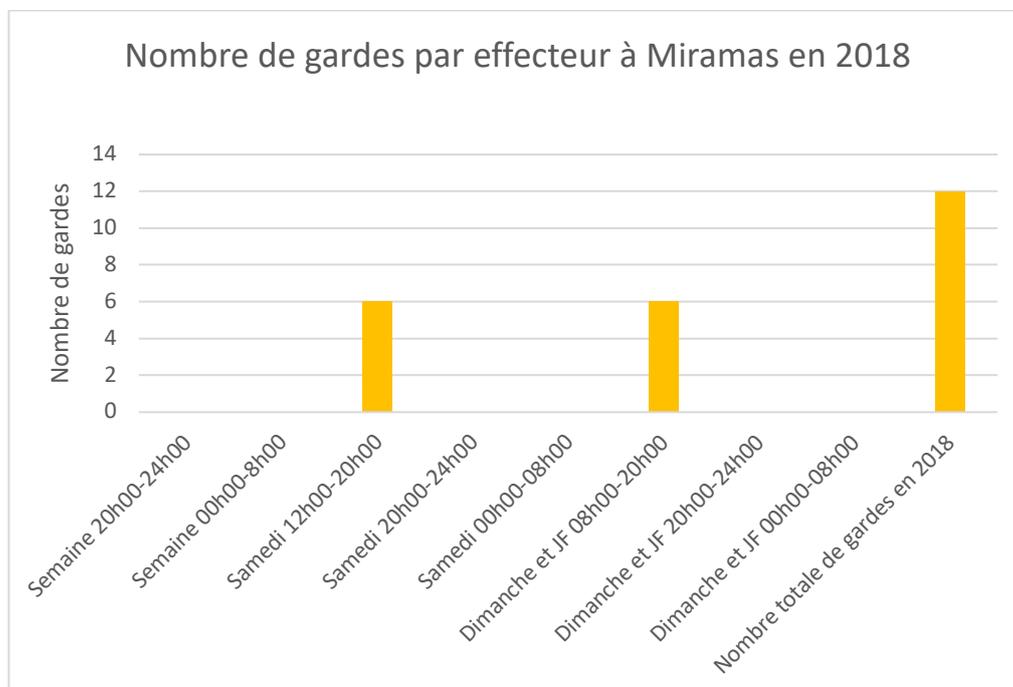


Figure 13-Nombre de gardes par effecteurs à Miramas en 2018

En moyenne, les effecteurs de Miramas réalisent 12 gardes par an, soit 6 week-ends, un seul effecteur étant impliqué par week-end.

IV.3.2.4 La rémunération

La rémunération des effecteurs à Miramas est :

- Le samedi de 12h00 à 20h00, de 100 euros.
- Le dimanche et jours fériés, de 150 euros.

IV.3.2.5 La réquisition

Il est nécessaire de réquisitionner des médecins effecteurs pour les gardes du 24 et 25 décembre 2018.

IV.3.2.6 Les renforts saisonniers

Aucun renfort saisonnier n'est demandé.

IV.3.2.7 La rétrocession

Actuellement, la PDSA ne sollicite pas de rétrocession d'honoraires de la part de ses adhérents pour financer son fonctionnement.

IV.3.3 Le patient

IV.3.3.1 Le dossier médical

Il n'y a aucune tenue de dossier médical pour les patients qui ont recours au service de la PDSA.

L'utilisation du DMP n'est toujours pas mis en place.

IV.3.3.2 Le temps d'attente

Le temps d'attente à Miramas est estimé entre 30 et 60 minutes.

IV.3.3.3 La répartition des âges

La patientèle qui a recours à la PDSA de Miramas est hétérogène.

IV.3.4 Le fonctionnement

IV.3.4.1 Les locaux

Il n'existe pas de local à disposition.

IV.3.4.2 Les autres professionnels

Aucun autre professionnel ne participe à la PDSA.

La PDSA de Miramas n'accueille à ce jour aucun étudiant en médecine.

IV.3.4.3 Le matériel

Le matériel médical utilisé appartient au médecin effecteur de garde.

IV.3.4.4 Le règlement

Tous les modes de paiement sont possibles au sein de la PDSA. La CB peut être utilisée lorsque l'effecteur possède son propre matériel.

Le TP (part SS) est appliqué selon les médecins. Le TP intégral n'est pas mis en place.

IV.3.5 Les offres de soins

IV.3.5.1 Le nombre de passages par an

La Figure 14 ci-dessous présente le nombre de passages par an entre les années 2014 et 2018.

Dans l'ensemble, on remarque une perte moyenne continue de 87 passages par an sur l'intervalle 2014-2018.

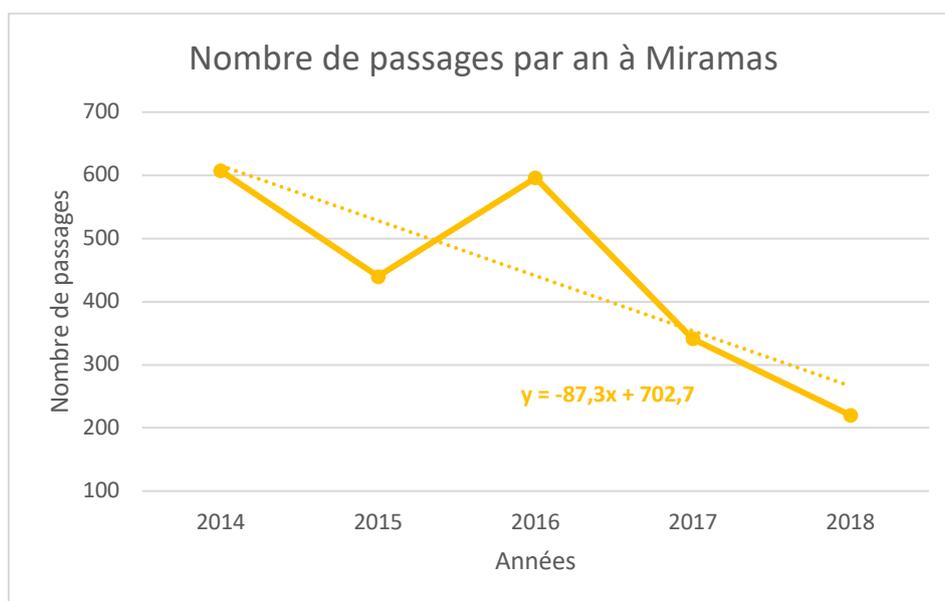


Figure 14-Nombre de passages par an entre 2014 et 2018 à la PDSA de Miramas

En 2018 on compte 220 passages pour 25 756 habitants. Ce qui donne une moyenne de 0,85 % de la population ayant accès à la PDSA alors qu'elle était de 2.3% en 2014.

IV.3.5.2 Le nombre d'actes sur le mois de janvier 2018

Seuls 20 actes sont réalisés au cours du mois de janvier 2018.

IV.3.5.3 Le nombre d'actes par jour

On trouve moins de 10 actes effectués par jour d'ouverture de la PDSA.

IV.3.5.4 Les autres actes

Les autres actes réalisés par la PDSA sont les visites en EHPAD et les certificats de décès. Il n'y a pas de demande de réquisition.

IV.3.6 Le financement

IV.3.6.1 La création de la PDSA

La création de la PDSA de Miramas n'a pas été financée.

IV.3.6.2 Le budget annuel de la PDSA

Aucun budget n'est alloué à la PDSA de Miramas.

Aucune aide financière n'est mise en place.

IV.3.6.3 Le coût moyen

Le coût moyen de la PDSA est réparti selon la Figure 15 ci-dessous.

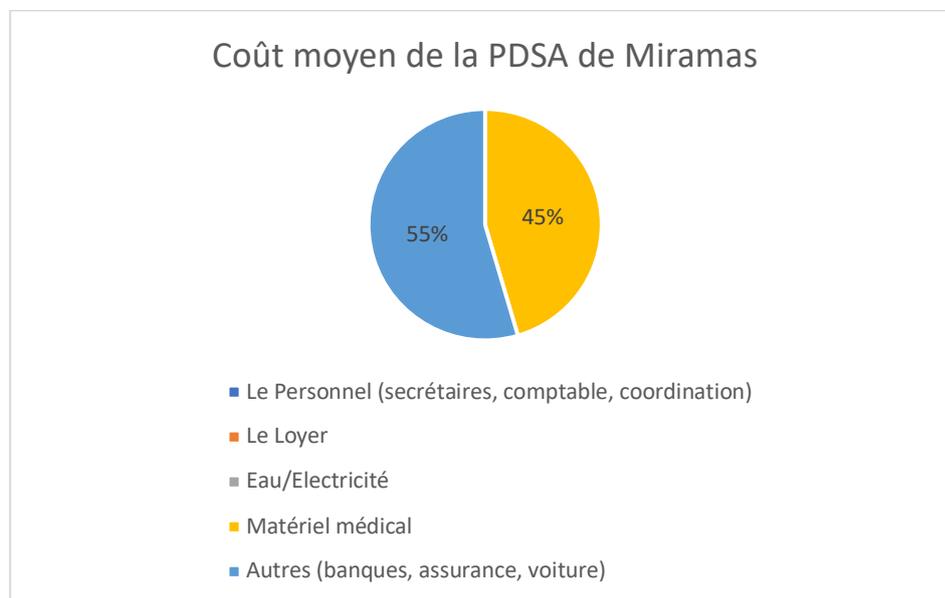


Figure 15-Répartition du coût moyen de la PDSA de Miramas

La majorité des dépenses est liée au matériel médical et aux autres dépenses type assurances, frais véhicules, dont le coût total s'élève, en moyenne, à 550 euros par an et par médecin.

Le coût des visites à domicile, dont le trajet se fait en voiture, s'élève en moyenne à 300 euros par an et par médecin, soit 55% des dépenses. Les 45% restants sont attribués aux dépenses pour le matériel personnel.

On voit donc que le financement de la PDSA se fait exclusivement grâce aux effecteurs dont les dépenses de fonctionnement ne sont pas défrayées.

IV.3.7 Réponses libres des responsables de PDSA

IV.3.7.1 Fonctionnement de la PDSA

Les effecteurs ont un sentiment de sous-utilisation des ressources humaines dû aux contraintes du nombre de gardes élevé et de la faible charge de travail au cours de ces gardes.

Ce problème semble lié à la régulation du Centre 15. Les médecins sont sollicités pour des consultations de confort et ne pratiquent plus d'actes d'urgence de médecine générale. Exemple : coliques néphrétiques, laryngites etc...

IV.3.7.2 Améliorations possibles

Il est souhaitable d'avoir à faire à une structure fixe, visible, avec des horaires clairement définis pour dispenser aussi des VAD. Par ailleurs, un regroupement avec une autre MMG voisine permettrait de rentabiliser la structure. De plus, il faudrait faire participer tous les médecins généralistes du secteur et rendre l'activité attractive par le biais d'incitations fiscales.

IV.4 La PDSA de Salon-de-Provence

Les résultats non datés font référence, pour la plupart du temps, à l'année 2018.

IV.4.1 Généralités

IV.4.1.1 Date de création de la PDSA

La PDSA de Salon-de-Provence est créée en 2011. Elle est donc antérieure à la première édition du cahier des charges régional de la PDSA de la région PACA.

IV.4.1.2 Démographie médicale

Le Tableau 5 décrit le nombre d'habitants par ville qui ont accès à la PDSA de Salon-de-Provence, le nombre de médecins dans chaque ville pouvant être effecteurs et les résultats qui en découlent.

		Population en 2016 (INSEE) (Nbre d'habitants)	Nombre de médecins généralistes en 2019 (CDOM)	Distance entre la ville et la PDSA (km)
Provenance des patients	Salon-de-Provence	45 574	56	0
	Saint-Chamas	8 418	11	17
	Pélissanne	10 217	8	5
	Grans	4 911	4	5
	La Barben	853	0	8
	Aurons	542	0	10
	Lançon-de-Provence	8 885	7	8
	Cornillon-Confoux	1 372	1	10

Tableau 5-Démographie des villes de provenance des patients à la PDSA de Salon-de-Provence

Les patients venant consulter à la PDSA de Salon-de-Provence viennent des agglomérations de Salon-de-Provence, Saint-Chamas, Pélissane, Grans, La Barben, Aurons, Lançon-de-Provence et Cornillon-Confoux.

La distance moyenne nécessaire aux patients pour accéder à la PDSA est de 8 km.

La population totale pouvant être brassée par la PDSA de Salon-de-Provence est de 80 772 habitants.

Le nombre moyen d'effecteurs sur la période 2014-2018 est de 63 médecins.

En 2018, 87 médecins généralistes sont en mesure de participer au fonctionnement de la PDSA de Salon-de-Provence. Ce nombre est calculé en tenant compte des médecins exerçant à Saint-Chamas car ils sont sollicités par la PDSA de Salon-de-Provence.

Ce qui correspond à 71% des médecins généralistes concernés par la PDSA de Salon-de-Provence.

IV.4.1.3 Structure

Ce Tableau 6 ci-dessous permet de détailler le type de structure, sa localisation et sa proximité avec le service des urgences.

Type de PDSA	Sur place	
Local	CH	
Structures d'urgences à proximité	Type	Distance
	CH	0 km

Tableau 6-Structure de la PDSA de Salon-de-Provence

Il s'agit d'une structure fixe.

Les consultations ont lieu dans un local dédié qui se trouve au sein du service des urgences du CH de Salon-de-Provence.

IV.4.1.4 Accès aux soins et horaires d'ouvertures

La PDSA est accessible via le 15, via les urgences ou en se rendant directement sur place. Elle n'a pas de numéro d'appel spécifique.

Elle est ouverte le samedi de 12h00 à minuit et toute la journée de 8h00 à minuit les dimanches et jours fériés, mais elle est fermée en semaine, quels que soient les horaires préconisés par le cahier des charges de l'ARS.

IV.4.2 Les effecteurs

IV.4.2.1 Le nombre de médecins effecteurs

La pratique est axée sur le volontariat.

La Figure 16 présente la variation du nombre d'effecteurs au cours des années 2014-2019.

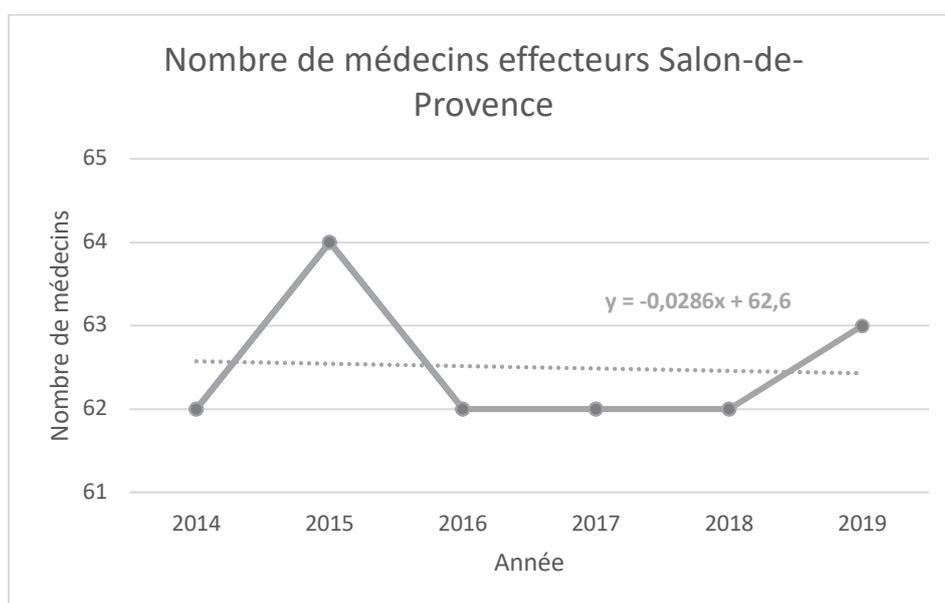


Figure 16-Nombre de médecins effecteurs à Salon-de-Provence au cours des années

Les effectifs restent stables comme l'indique une variation de moins 0,0286 médecin par an sur la période 2014-2019.

Cette figure ne tient pas compte des remplaçants qui pallient les absences.

IV.4.2.2 Le profil des effecteurs

La Figure 17 ci-dessous permet d'établir la répartition des effecteurs en fonction de leur mode d'exercice, de leur sexe et de leur âge.

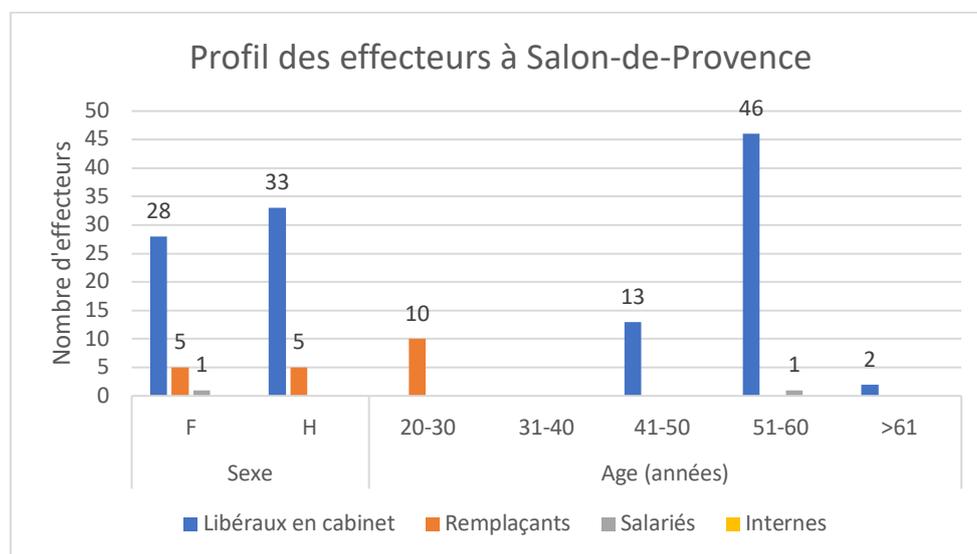


Figure 17-Profil des effecteurs à Salon-de-Provence en 2018

Les pratiques extérieures des effecteurs de la MMG de Salon-de-Provence sont multiples : 85% d'entre eux ont un mode d'exercice libéral, 14% sont remplaçants et seul 1% est salarié. Il y a presque autant d'hommes que de femmes, avec un ratio de 53% d'hommes contre 46% de femmes.

La moyenne pondérée des âges des médecins travaillant à la PDSA est de 49 ans.

IV.4.2.3 Le nombre de gardes par an

La Figure 18 ci-dessous décrit le nombre de gardes par effecteur en 2018.

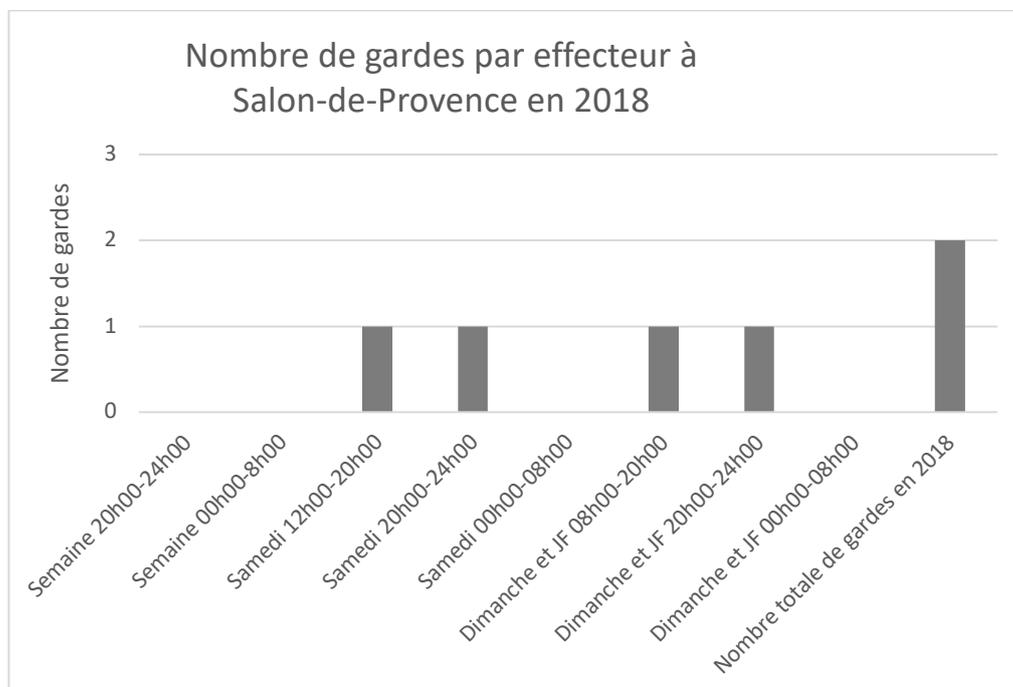


Figure 18-Nombre de gardes des effecteurs à Salon-de-Provence en 2018

En moyenne, les effecteurs réalisent 2 gardes par an, soit le samedi, soit le dimanche.

IV.4.2.4 La rémunération

La rémunération des effecteurs à Salon-de-Provence est :

- Les soirs de semaine, soit une tranche de 4h, le forfait est de 50 euros.
- Le samedi de 12h00 à 20h00, de 100 euros.
- Les dimanches et jours fériés, de 150 euros.

IV.4.2.5 La réquisition

Aucune réquisition n'est nécessaire au sein de cette PDSA.

IV.4.2.6 Les renforts saisonniers

Aucun renfort saisonnier n'est demandé.

IV.4.2.7 La rétrocession

Actuellement, la PDSA ne sollicite pas de rétrocession d'honoraires de la part de ses adhérents pour financer son fonctionnement.

IV.4.3 Le patient

IV.4.3.1 Le dossier médical

Le dossier médical au sein de la PDSA est uniquement sur papier.

L'utilisation du DMP n'est toujours pas mis en place.

IV.4.3.2 Le temps d'attente

Le temps d'attente est en moyenne de 30 à 60 minutes.

IV.4.3.3 La répartition des âges

La patientèle de la maison médicale de Salon-de-Provence est à la fois pédiatrique et adulte. La gériatrie n'est que faiblement représentée.

IV.4.4 Le fonctionnement

IV.4.4.1 Les locaux

La Figure 19 détaille l'organisation des locaux de PDSA.

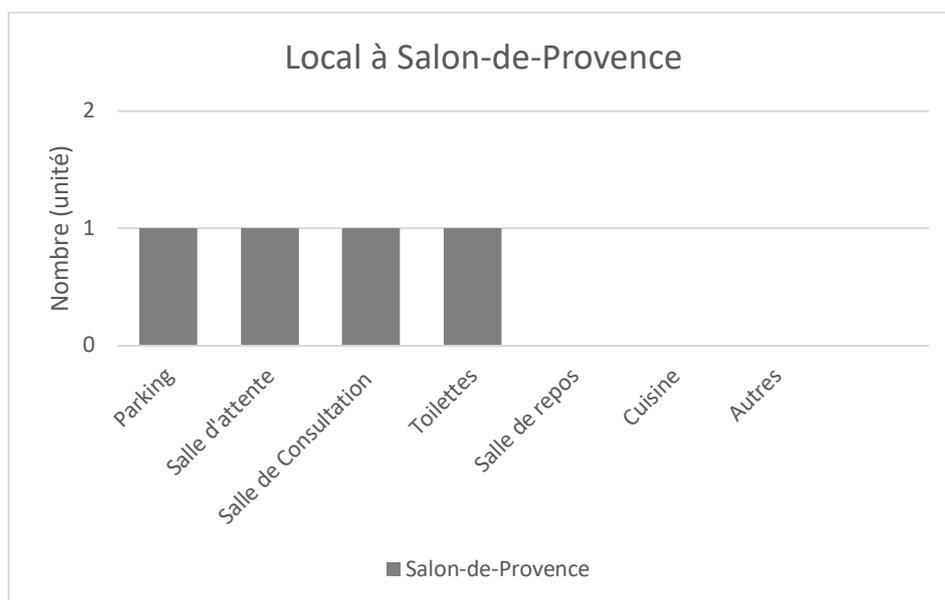


Figure 19-Aménagement des locaux de la PDSA de Salon-de-Provence

Les locaux permettent un accueil confortable des patients grâce à l'existence d'un parking situé à proximité, d'une salle d'attente, des toilettes et d'une salle de consultation.

IV.4.4.2 Les autres professionnels

La Figure 20 présente les autres professionnels de santé exerçant à la PDSA.

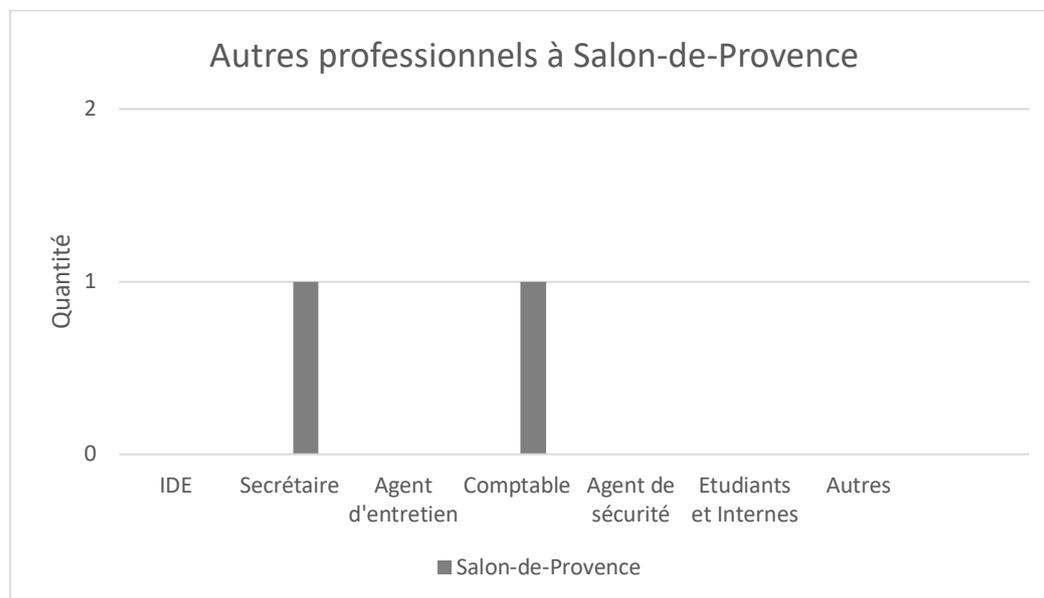


Figure 20-Autres professionnels travaillant à la PDSA de Salon-de-Provence

Ce personnel est composé d'une secrétaire et un comptable, tous deux exerçant à temps partiel.

La PDSA de Salon-de-Provence n'accueille à ce jour aucun étudiant en médecine.

IV.4.4.3 Le matériel

Le matériel non médical, les outils diagnostics, les médicaments et le matériel de soins sont entièrement fournis par la PDSA. Les médecins de garde n'ont donc pas à apporter le leur.

IV.4.4.4 Le règlement

Tous les modes de paiement sont possibles. La CB peut être utilisée lorsque l'effecteur possède son propre matériel.

Le TP (part SS) est appliqué selon les médecins. Le TP intégral n'est pas mis en place.

IV.4.5 Les offres de soins

IV.4.5.1 Le nombre de passages par an

Figure 21 ci-dessous décrit le nombre de passages par an durant les années 2014 à 2018.

Sur cette période l'activité en perd en moyenne 122 par an.

Le graphe décrit deux phases. La première de 2014 à 2017 où elle est quasi constante avec 3600 consultations en moyenne. Alors que pour la seconde, de 2017 à 2018, elle chute brutalement de 800.

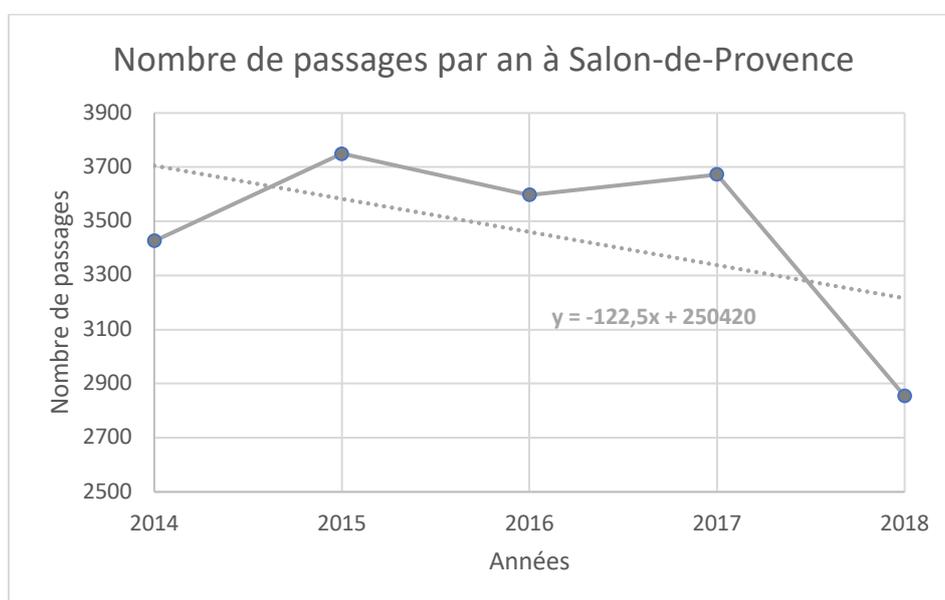


Figure 21-Nombre de passages par an à Salon-de-Provence entre 2014 et 2018

Sur l'année 2018, une moyenne de 3,5% de la population a accès à la PDSA alors qu'elle était de 4,6% en 2014.

IV.4.5.2 Le nombre d'actes sur le mois de janvier 2018

Quatre-cent-sept actes médicaux sont réalisés au cours du mois de janvier 2018.

IV.4.5.3 Le nombre d'actes par jour

En moyenne, entre 20 et 30 actes sont effectués par jour d'ouverture de la PDSA.

IV.4.5.4 Les autres actes

Les autres actes réalisés par la PDSA sont les certificats de décès. Il n'y pas de visite en EHPAD ni de demande de réquisition.

IV.4.6 Le financement

IV.4.6.1 La création de la PDSA

Le coût de la création de la PDSA de Salon-de-Provence s'élève à 12 300 euros.

IV.4.6.2 Le budget annuel de la PDSA

Le budget annuel s'élève entre 5 000 et 11 000 euros selon les années.

Il est constitué à partir :

- Des cotisations des adhérents
- Des subventions municipales allouées par les différentes villes concernées par la PDSA.

IV.4.6.3 Le coût moyen

Le coût moyen de la PDSA est réparti selon la Figure 22 ci-dessous.

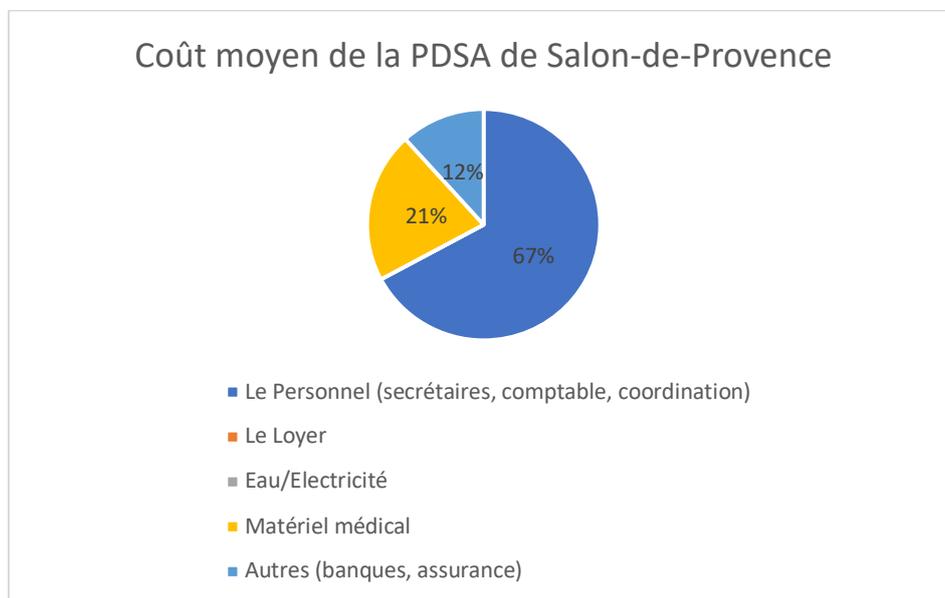


Figure 22-Répartition du coût moyen de la PDSA de Salon-de-Provence

La majorité des dépenses se trouve dans le financement du personnel avec 2 995 euros, soit 67% du coût total.

Le matériel représente quant à lui, 21% des dépenses, soit 941 euros.

Le loyer, l'eau et l'électricité sont pris en charge par le CH de Salon.

IV.4.1 Réponses libres des responsables des PDSA

IV.4.1.1 Fonctionnement de la PDSA

Aucun problème lié au fonctionnement de la MMG de Salon-de-Provence n'est relevé.

IV.4.1.2 Améliorations possibles

Aucune remarque n'est faite à ce sujet.

IV.5 Comparaison des PDSA du Nord-Ouest de l'Etang-de-Berre

Ce chapitre a pour but de mettre en évidence les similitudes, les différences et les écarts constatés par rapport au cahier des charges entre les trois PDSA d'Istres, Miramas et Salon-de-Provence.

Les résultats non datés font référence, pour la plupart du temps, à l'année 2018.

IV.5.1 Généralités

IV.5.1.1 Démographie médicale

En réponse au questionnaire, la carte de la Figure 23 ci-dessous, fait apparaitre que le territoire de la PDSA de Miramas est également absorbé par celui d'Istres. De même, les patients de Saint-Chamas vont à la fois à Salon-de-Provence et/ou à Istres.

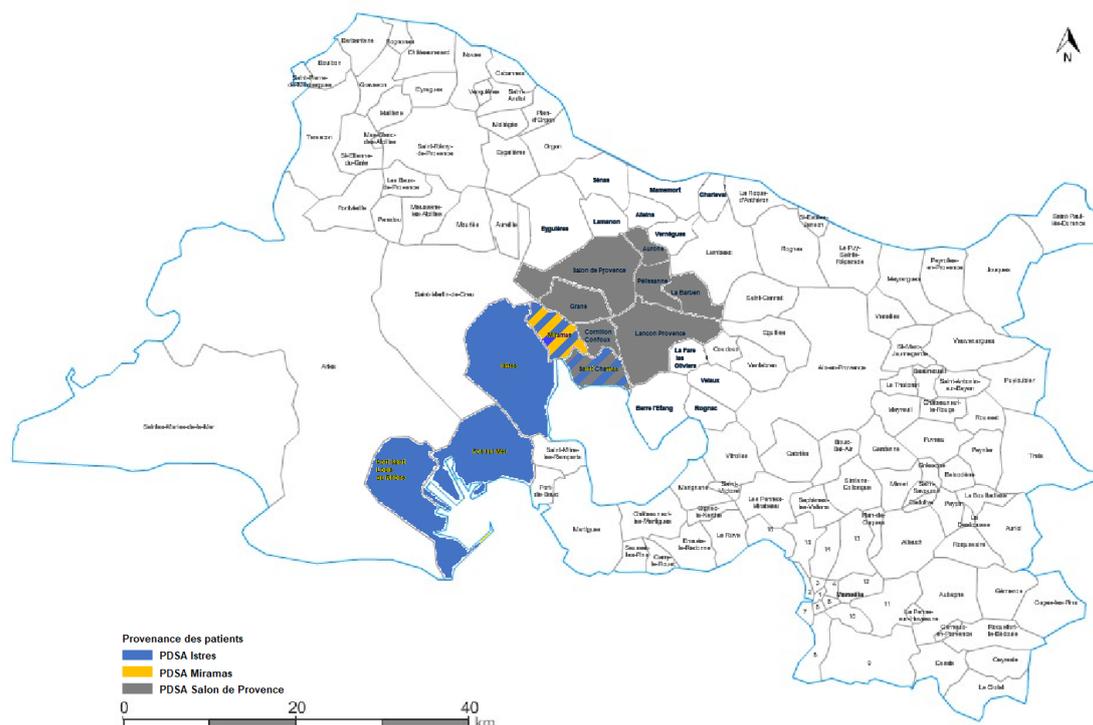


Figure 23-Provenance des patients ayant recours aux PDSA (Annexe 4)

La Figure 24 ci-dessous montre le nombre de médecins généralistes volontaires exerçant sur les territoires drainés par les trois PDSA.

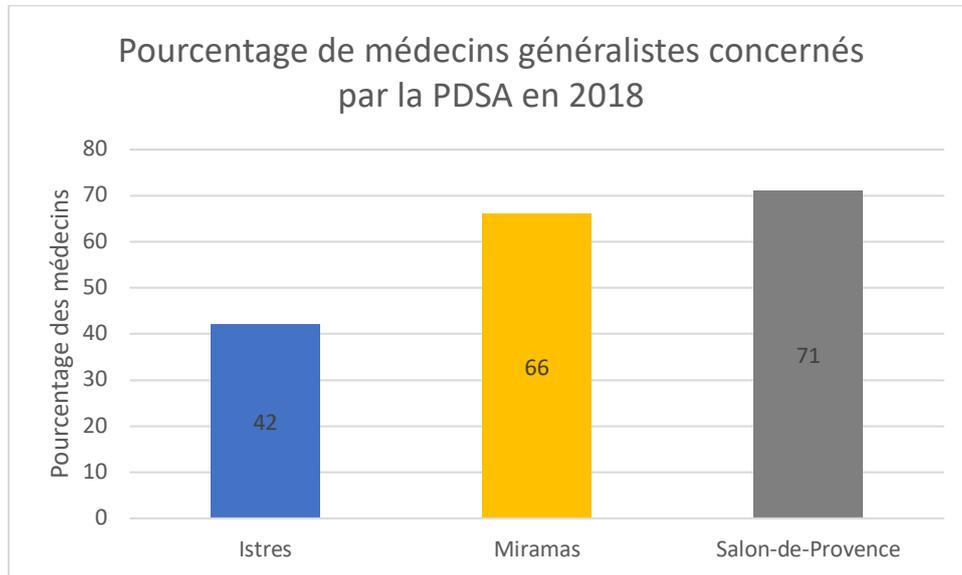


Figure 24-Pourcentage de médecins généralistes effecteurs par rapport aux médecins généralistes travaillant sur le territoire

Comme vu dans les chapitres « généralités » précédents, on constate que seulement 42% des médecins généralistes sont volontaires sur le territoire d'Istres, 66% sur le territoire de Miramas et 71% sur le territoire salonais.

IV.5.1.2 Accès aux soins et horaires d'ouvertures

Le Tableau 7 synthétise les modes d'accès aux PDSA.

	Istres	Miramas	Salon-de-Pce
Appel du 15	X	X	X
Redirigé par les urgences			X
Appel téléphonique à la PDSA	X		
Accès direct à la PDSA	X		X
Autres			

Tableau 7-Mode d'accès aux PDSA

Toutes les PDSA sont régulées par le SAMU-centre 15.

Seuls les patients ayant recours aux PDSA d'Istres ou de Salon-de-Provence peuvent s'y rendre directement.

Seule celle d'Istres possède un numéro de téléphone direct.

À Salon-de-Provence, les patients qui se présentent aux urgences peuvent être redirigés vers la MMG.

Le Tableau 8 présente les horaires d'ouverture des trois PDSA.

	Istres	Miramas	Salon-de-Pce
Sem 20h00-24h00			
Sem 00h-08h00			
Sam 12h00-20h00	X	X	X
Sam 20h00-24h00	X		X
Sam 00h00-08h00			
Dim-et JF 08h00-20h00	X	X	X
Dim et JF 20h00-24h00	X		X
Dim et JF 00h00-08h00			

Tableau 8-Horaires des PDSA

Les trois PDSA sont ouvertes les week-ends et jours fériés jusqu'à minuit pour Istres et Salon-de-Provence, et jusqu'à 20h00 pour Miramas.

Aucune n'est ouverte les soirs de semaine de 20h00 à 24h00 et n'accueille de patients en nuit profonde.

IV.5.2 Les effecteurs

IV.5.2.1 Le profil des effecteurs

En ce qui concerne le mode d'exercice des effecteurs, quasiment tous sont des médecins généralistes libéraux.

À Salon-de-Provence, d'autres statuts apparaissent tels que médecins salariés et médecins remplaçants. Ces derniers restent très minoritaires.

En ce qui concerne le genre, on constate qu'il y a toujours plus d'hommes que de femmes dans des proportions comparables comme le présente la Figure 25.

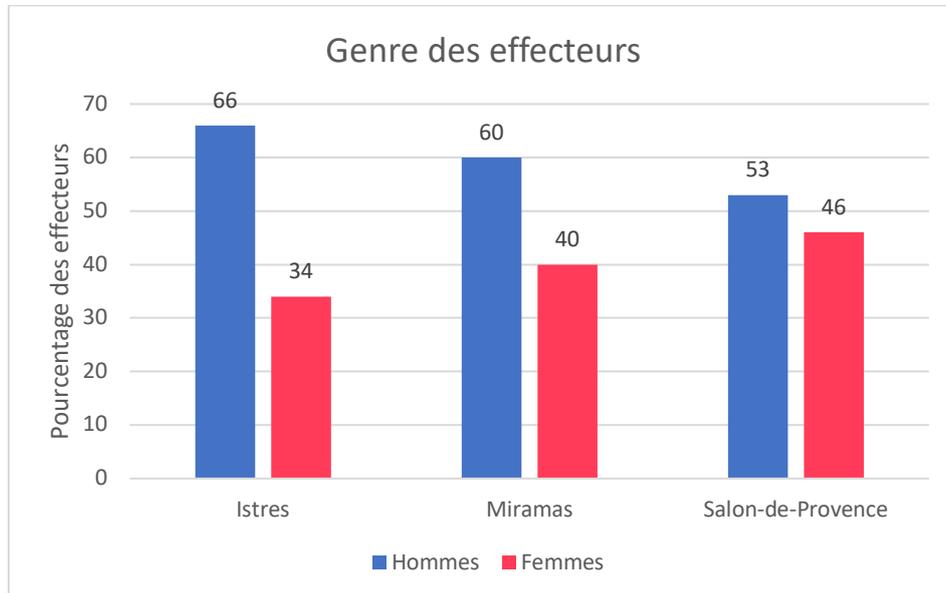


Figure 25-Répartition du genre des effecteurs

Enfin, concernant la répartition des âges, la plupart des médecins effecteurs ont entre 51 et 60 ans comme l'exprime la Figure 26 ci-dessous.

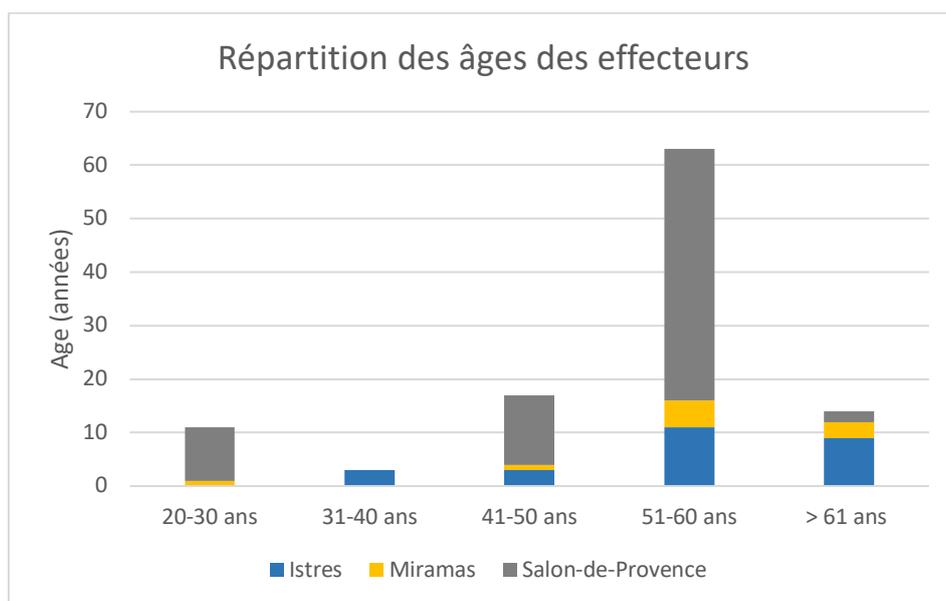


Figure 26-Répartition des âges des effecteurs

IV.5.2.2 Le nombre de gardes par an

La Figure 27 ci-dessous décrit le nombre de gardes par effecteur lors de l'année 2018.

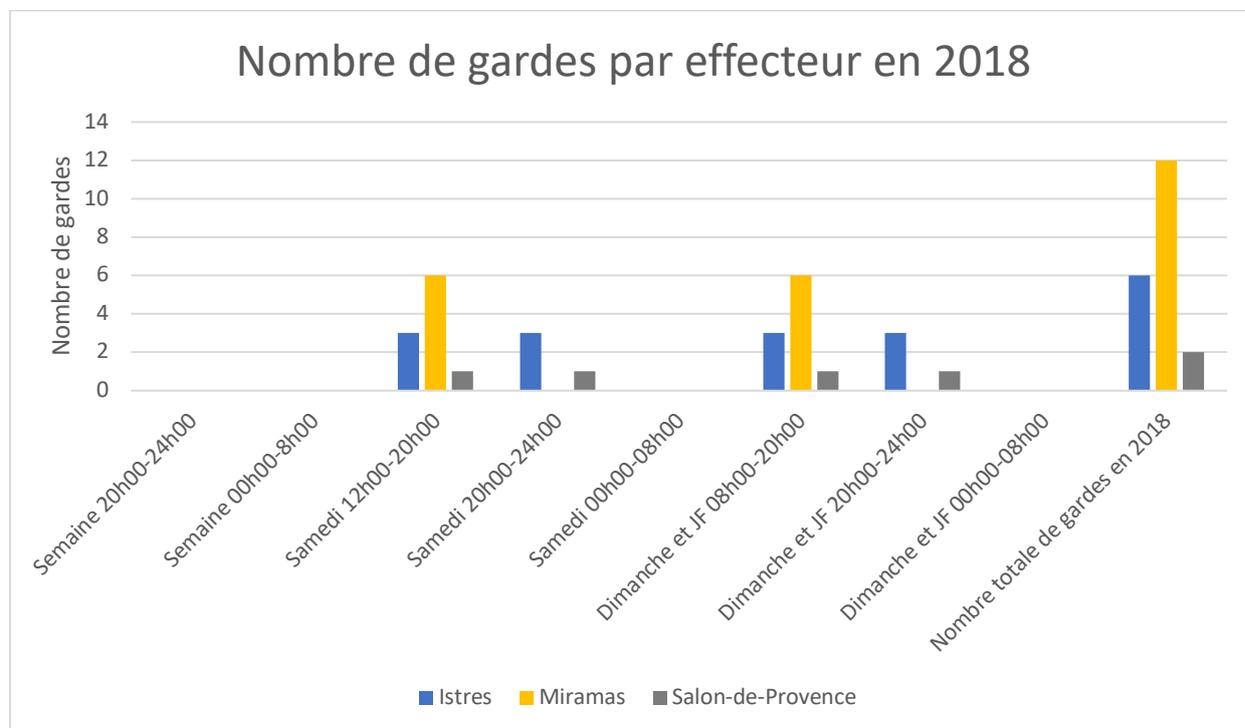


Figure 27-Nombre de garde par effecteur en 2018

Ces gardes s'effectuent exclusivement les week-ends. Leurs nombres sont très disparates selon le territoire concerné puisqu'il peut aller de 2 gardes par an et par effecteur à Salon-de-Provence, et à 12 gardes par an et par effecteur à Miramas.

IV.5.2.3 La rémunération

La rémunération est identique dans chaque PDSA sur les mêmes plages horaires et répond en cela au cahier des charges régional.

IV.5.2.4 La rétrocession

Actuellement, les PDSA ne sollicitent pas de rétrocession d'honoraires de la part de leurs adhérents pour financer leur fonctionnement, contrairement à d'autres plateformes telles que SOS médecins. Mais à Salon le financement est en partie réalisé à partir des cotisations d'adhérents.

IV.5.3 Le patient

IV.5.3.1 Le dossier médical

Les PDSA d'Istres et de Salon-de-Provence établissent des dossiers médicaux sous forme informatique ou encore papier.

Miramas ne tient aucun dossier sur ses pratiques.

Aucune PDSA n'a accès au DMP.

IV.5.3.2 Le temps d'attente

Le temps d'attente est identique pour les PDSA de Salon-de-Provence et Miramas. Bien que la structure de la première soit fixe, alors que celle de la seconde est mobile, ce temps peut prendre de 30 minute à 1 heure.

Celui d'Istres est très court, entre 0 et 15 minutes.

IV.5.3.3 Répartition des âges

La patientèle est hétérogène selon les PDSA. Istres consulte principalement une population pédiatrique, Salon-de-Provence voit très peu de population gériatrique, alors que Miramas prend en charge des patients de tous âges.

IV.5.4 Le fonctionnement

IV.5.4.1 Les locaux

Les locaux existants sont aménagés de sorte que la MMG d'Istres et de Salon-de-Provence accueillent les patients dans des conditions agréables et permettent un exercice confortable pour les praticiens. La PDSA de Miramas n'a quant à elle pas de local, puisqu'elle pratique uniquement des VAD.

IV.5.4.2 Les autres professionnels de la PDSA

La Figure 28 présente les autres professionnels exerçant dans chaque PDSA.

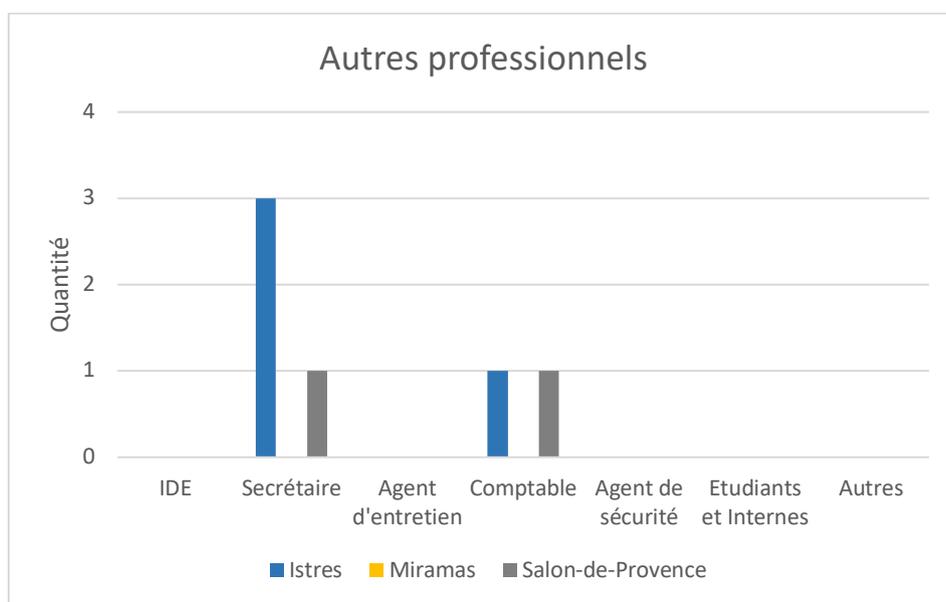


Figure 28-Autres professionnels au sein des PDSA

Contrairement au souhait du cahier des charges de la PDSA, aucune d'entre elles n'accueille des étudiants et des internes en médecine.

IV.5.4.3 Le matériel

La fourniture du matériel est variable :

À Istres, il est fourni en partie par la PDSA et par les médecins eux-mêmes.

À Salon-de-Provence, il est entièrement mis à disposition par la structure.

À Miramas, les médecins effecteurs se doivent d'apporter leur propre matériel.

IV.5.4.4 Le règlement

Divers moyens de paiements sont possibles : CB, chèque, espèce.

Elles pratiquent toutes le TP (part SS) et non TP intégral (SS et Mutuelle).

IV.5.5 Les offres de soins

IV.5.5.1 Le nombre d'actes par jour

La Figure 29 ci-dessous exprime le nombre moyen d'actes réalisés par jour de gardes.

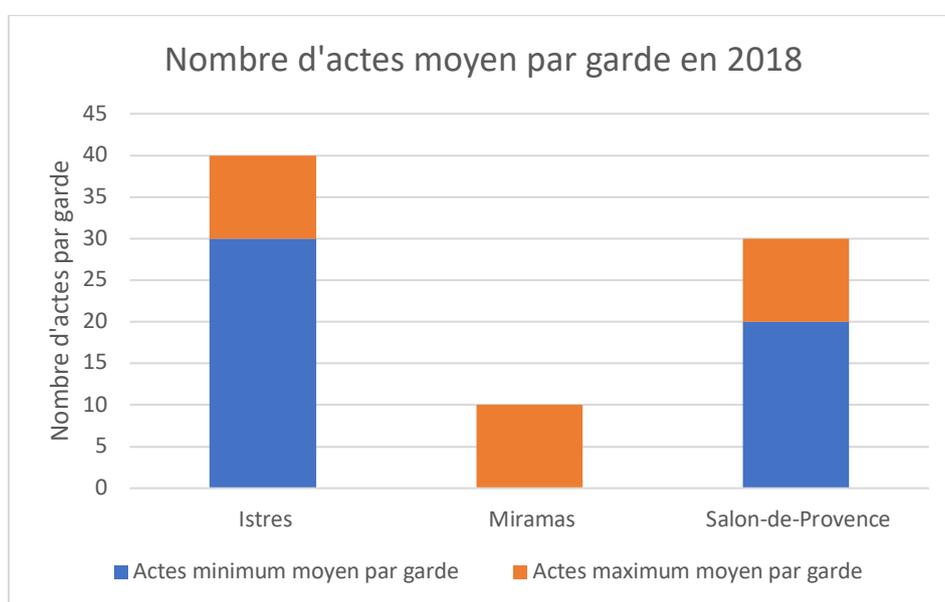


Figure 29-Nombre d'actes moyen par garde, en 2018

En moyenne, de 30 à 40 actes sont effectués par jour d'ouverture de la PDSA d'Istres, moins de 10 actes à Miramas et de 20 à 30 actes à Salon-de-Provence.

IV.5.5.2 Les autres actes

D'autres actes peuvent être pratiqués par les médecins effecteurs comme présentés dans le Tableau 9 ci-dessous.

	Istres	Miramas	Salon-de-Pce
Visites en EHPAD	X	X	
Certificat de décès	X	X	X
Réquisitions	X		

Tableau 9-Autres actes pratiqués par les PDSA

Toutes effectuent les certificats de décès. Deux d'entre elles font des visites en EHPAD (Istres et Miramas) et seule Istres répond aux réquisitions.

IV.5.6 Le financement

IV.5.6.1 La création

Le coût moyen de chaque PDSA est indiqué par la Figure 30 ci-dessous.

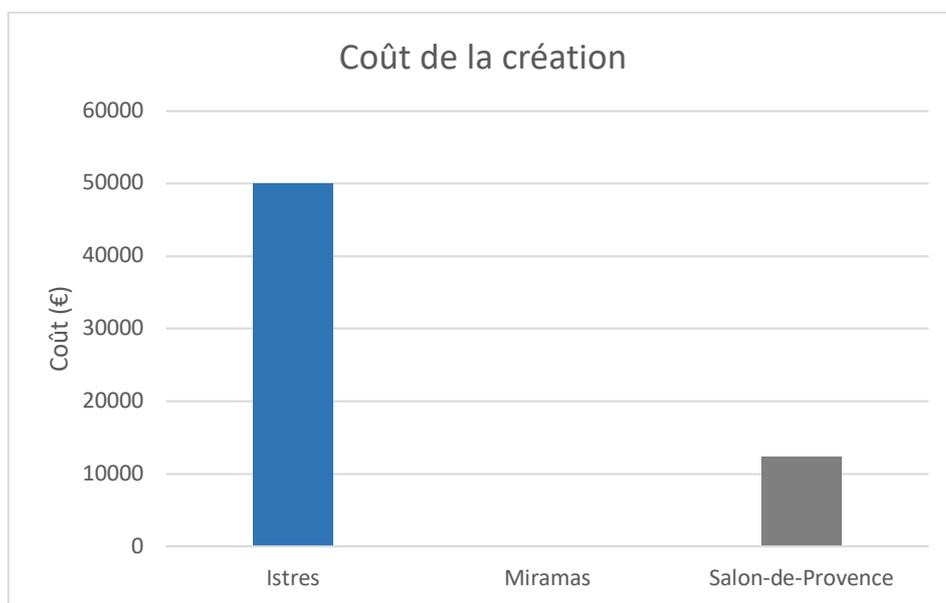


Figure 30-Coût de création des PDSA

On observe une inégalité du coût de la création des PDSA selon le territoire.

IV.5.7 Comparaison au modèle prévu par le cahier des charges

D'après le cahier des charges de la PDSA, nous retenons les critères suivants pour caractériser la qualité des MMG :

1. La lisibilité pour le patient avec un accueil direct, via le 15, via un numéro dédié à la MMG, via les urgences
2. Le confort de l'exercice pour les professionnels : salle de repos, cuisine, parking etc...
3. La proximité directe des services d'urgence souhaitable
4. Un lieu fixe

5. Les horaires de la PDSA :
 - Les soirs de 20h00-24h00
 - Les samedis après-midi
 - Les dimanches et JF
 - Les nuits profondes
6. La prestation des actes par un médecin généraliste
7. Une activité médicale non programmée
8. Un lieu d'accueil pour les étudiants et internes

Tous ces critères sont reportés dans le Tableau 10 ci-dessous.

		Istres	Miramas	Salon-de-Pce
Lisibilité par les patients		X		X
Confort de l'exercice		X		X
Proximité des urgences		X		X
Lieu fixe		X		X
Horaires	Sem 20h00-24h00			
	Nuits profondes			
	Sam 12h00-20h00	X	X	X
	Sam 20h00-24h00	X		X
	Dim et JF 08h00-20h00	X	X	X
	Dim et JF 20h00-24h00	X		X
Prestation par un MG		X	X	X
Activité médicale non programmée		X	X	X
Accueil des étudiants				

Tableau 10-Critère de la MMG selon le cahier des charges de l'ARS

1. La possibilité d'accès aux soins dépend en partie de la lisibilité des PDSA. En effet, les consultations de la PDSA de Miramas ne peuvent-être effectuées que via le 15. Alors que pour les deux autres, un panel de possibilités existe comme cité dans les chapitres précédents.
2. Istres et Salon-de-Provence ont des locaux dans lesquels le praticien peut exercer dans un certain confort.
- 3/4. Les MMG d'Istres et de Salon-de-Provence sont situées en un lieu fixe, à proximité des urgences. Pour Salon, elle est au sein de l'hôpital, à côté des urgences. Pour Istres, elle se trouve à 1km de la clinique.
5. Toutes travaillent les week-ends et jours fériés. Istres et Salon-de-Provence effectuent leurs gardes jusqu'à minuit, alors qu'à Miramas elles prennent fin à 20h00.
- 6/7. Toutes ont une activité médicale non programmée, exercée par un médecin généraliste.
8. Aucune structure n'accueille les étudiants et internes en médecine.

Mais, comme décrit par le cahier des charges, seule les PDSA d'Istres et de Salon-de-Provence ont le statut de MMG. Celle de Miramas est, quant à elle, organisée sur le principe de tour de gardes.

Une approche quantifiée de la conformité aux critères de la MMG est présentée par la Figure 31 ci-dessous. Elle est obtenue en totalisant les réponses aux critères ci-dessus.

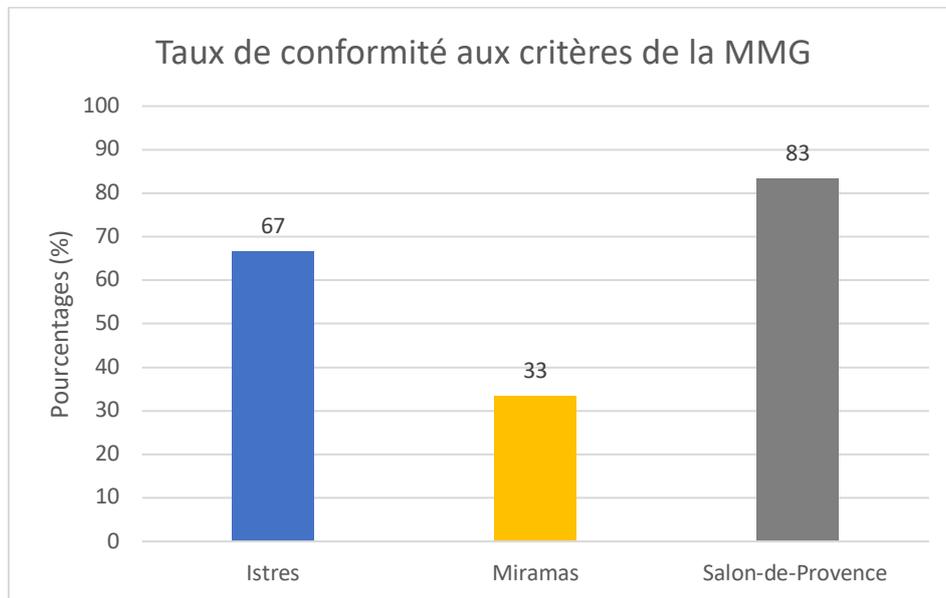


Figure 31-Taux de conformité à la MMG selon le cahier des charges de l'ARS

Selon le cahier des charges qui définit ces critères :

- La PDSA de Salon-de-Provence y répond à 83%.
- La PDSA d'Istres à 67%.
- La PDSA Miramas à 33%.

V DISCUSSION

V.1 Rappel des principaux résultats

Les PDSA sont créées avant l'élaboration du cahier des charges de l'ARS et succèdent aux tours de gardes instaurés par les médecins généralistes, selon un « devoir déontologique ».

À ce jour, toutes les gardes effectuées se pratiquent sur la base du volontariat, avec la notion de « mission de service public ».

Les trois PDSA ne sont ouvertes que les week-ends et jours fériés jusqu'à minuit pour Istres et Salon-de-Provence, et jusqu'à 20h00 pour Miramas. Mais la réponse aux recommandations du cahier des charges n'est que partiellement réalisée puisqu'aucune n'effectue les gardes en semaine et en nuits profondes (19).

Conformément aux préconisations de l'ARS, deux des trois PDSA sont des MMG. Il s'agit d'Istres et de Salon-de-Provence. La première se présente sous la forme d'une structure mixte, l'autre est exclusivement fixe. Toutes deux se situent à proximité d'un service d'urgences. Leurs moyens d'accès sont multiples, sans régulation obligatoire préalable du SAMU-centre 15, favorisant ainsi leur visibilité et donc l'accès aux soins. Celle de Miramas ne comprend pas de service d'urgences à proximité ; la clinique de Miramas étant fermée depuis 2008. De plus, son accès se fait exclusivement par la régulation du centre 15 et oblige le médecin à se déplacer chez la patientèle.

La plupart des médecins généralistes semblent impliqués par ce mode d'exercice. Cependant l'activité tend à diminuer au cours des années comme le montre la baisse du nombre de médecins effecteurs à Istres et Miramas. Ce qui est confirmé par la nécessité de réquisitionner des médecins les 24 et 25 décembre 2018 sur le secteur de Miramas.

Les effecteurs sont des médecins exerçant en cabinet libéral pour la plupart des PDSA. Seul Salon-de-Provence a recours à des remplaçants. Leur âge moyen se situe entre 51 et 60 ans, avec encore plus d'hommes que de femmes, et ce malgré la très forte et récente féminisation de la profession (27).

Le nombre de gardes est faible au sein de chaque PDSA, avec toutefois une charge plus importante pour les effecteurs de Miramas. De plus, pour celles d'Istres et de

Miramas, il risque d'augmenter du fait de la baisse continue du nombre de médecins participants.

Concernant la rémunération des effecteurs, celle-ci est identique au sein des trois PDSA et se trouve en totale conformité avec les recommandations du cahier des charges.

La prise en charge des patients est différente selon les PDSA. En effet, seule celle de Miramas s'occupe de population gériatrique, alors que la patientèle d'Istres est principalement pédiatrique. L'étude montre qu'une partie des patients résidant à Miramas vient consulter à la PDSA d'Istres. Istres et Salon-de-Provence ont également subi une forte baisse du nombre de passages sur l'année 2018. À Istres, la demande reste ponctuellement forte, compte tenu de la nécessité de renforts pour les périodes de janvier et février.

Le temps d'attente est long aux PDSA de Miramas et Salon-de-Provence, alors que celui d'Istres est court avec un nombre de passages plus important.

D'une PDSA à l'autre, le nombre d'actes par jour n'est pas homogène. Celui de Miramas est très faible en valeur absolue ainsi que par rapport à celui de ses voisines.

Les structures des PDSA étant différentes, celles-ci ne bénéficient pas de la même panoplie d'équipements mis à leur disposition, Miramas étant dépourvu de tout équipement, hormis le matériel personnel des médecins. Toutes cependant permettent un mode de paiement varié et pratiquent le TP (part SS). Aucune ne pratique le TP intégral. Le DMP n'est également pas utilisé.

Aucune n'accueille d'étudiants en médecine.

Concernant le financement, aucune aide ne provient de l'ARS. Pour la PDSA d'Istres, ces aides ont été résiliées en 2015. Seules les collectivités locales et les cotisations des adhérents assurent leur financement. De plus, le fait qu'elle soit au sein d'une structure hospitalière la rend moins coûteuse, comme le témoigne le budget de Salon-de-Provence qui est moins important que celui d'Istres.

V.2 Limites et biais

Nous avons pu relever au cours de ce travail certains limites et biais.

La constitution de ce questionnaire présente des biais de méthodologie. Le nombre de questions est important et nécessite la recherche de données plus ou moins correctement archivées. Ce qui aboutit à un recueil d'informations parfois fausses ou incohérentes et même à l'absence de réponse. De plus, l'utilisation d'un questionnaire peut être à l'origine d'incompréhension de la part de la personne sollicitée et de réponses subjectives. Pour tenter de rectifier ce biais et récolter un maximum de données manquantes, il a fallu procéder à de nombreuses relances par courriel ou appels téléphoniques et même se rendre sur place. Malgré tout, ceci implique le recueil d'un nombre de données douteuses.

Il existe également un biais de classement, par le fait que les données soient répertoriées par un seul intervenant : le responsable des PDSA. Il existe donc une incertitude sur les réponses. Mais il semblait être la personne la plus qualifiée à répondre.

De plus, le questionnaire à réponses fermées a permis de les standardiser pour mieux les étudier.

La rectification des biais précédents peut aboutir à un biais d'intervention dû au recueil de données, autres que celui du questionnaire. Mais il semblait plus important d'avoir une collecte aussi large et précise que possible pour réaliser au mieux ce travail.

V.3 Discussion sur les résultats

La forte participation des médecins effecteurs est probablement motivée par un nombre de gardes peu important sur l'année. Cependant, avec la baisse des effecteurs, le nombre de médecins généralistes impliqués risque de s'affaiblir s'ils sont trop sollicités, ceci étant l'une des raisons de la grève de 2001.

Malgré tout, il est force de constater qu'il existe à Istres et Miramas, sur la période 2014-2019, une baisse régulière et manifeste du nombre de médecins. Ceci peut s'expliquer par une baisse du volontariat de la part des jeunes médecins qui ont un mode d'exercice différent. Ils sont en quête d'une activité professionnelle plus

confortable au regard de générations précédentes. Ceci peut également se justifier par un départ conséquent de médecins généralistes à la retraite. On l'observe déjà et ce phénomène aura tendance à se renforcer au cours des années à venir. Malgré un nombre plus important d'hommes que de femmes, la profession se féminise et favorise le changement de rythme (27). En effet, en 2020, on s'attend à recenser seulement 5 effecteurs à la PDSA de Miramas.

En revanche, à la PDSA de Salon, le nombre de médecins effecteurs reste stable sur la période étudiée. La baisse d'activité observée à Istres et Miramas peut également s'expliquer par le manque d'attractivité des deux villes qui restent dans l'esprit des gens des « villes industrielles ». Salon, quant à elle, est une grande ville plutôt « bourgeoise » qui n'est pas limitrophe de l'Étang-de-Berre et de ses usines.

La baisse du nombre de passages par an au cours de l'année 2018 à Istres peut être corrélée avec l'ouverture, à Fos-sur-Mer en début d'année 2018, d'un centre de santé, à horaires d'ouvertures élargis. Ce centre n'est pas répertorié dans le cahier des charges édité en 2018, car celui-ci ne correspond pas à une PDSA.

Concernant Miramas, cette baisse du nombre de patients peut s'expliquer par différents aspects. Tout d'abord son manque de visibilité. En effet, comme vu précédemment, seule la régulation par le SAMU-centre 15 peut programmer les visites. Les patients n'ont pas libre accès à la PDSA comme c'est le cas pour les deux autres. L'absence de service d'urgences à proximité limite probablement aussi les décisions de la régulation. En effet, la prise en charge nécessite une VAD, donc accroît le temps d'attente. Le centre de régulation essaie probablement de limiter les risques s'il est nécessaire par la suite d'adresser le patient aux urgences. Il s'agirait dans ce contexte d'une perte de chance pour ce dernier. Enfin, il n'existe pas de structure fixe, comme c'est le cas pour Istres et Salon-de-Provence. Ces MMG permettent un accueil pour le patient et un exercice plus confortable pour le médecin grâce à l'existence d'une structure avec fourniture du matériel. Les médecins sont également assistés par d'autres professionnels dont les secrétaires, et permettent ainsi de s'investir au mieux dans leur travail. Bon nombre de patients vivant à Miramas ont pris naturellement l'habitude de se déplacer vers Istres ou Salon-de-Provence qui présentent une meilleure visibilité et un mode d'accès moins restreint.

À ce jour, il n'existe pas d'élément pouvant expliquer objectivement la baisse du nombre de passages à Salon-de-Provence, en 2018. On peut supposer qu'elle est le fait d'une prise en charge directe par le service d'urgences de l'hôpital de Salon.

Les différents types de patientèle, au sein de chaque PDSA, peuvent s'expliquer par leur propre mode fonctionnement. En effet, seule celle de Miramas s'occupe de population gériatrique. Ce qui est probablement lié au fait que la PDSA est mobile. Les personnes âgées grabataires peuvent donc être prises en charge plus facilement sans se déplacer. L'absence de patient gériatrique à Istres et Salon-de-Provence peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit de personnes fragiles. Elles sont donc plus facilement dirigées vers les urgences pour faciliter la mise en place d'un traitement ou d'une hospitalisation si nécessaire. La population à Istres est principalement pédiatrique, probablement favorisée par un temps d'attente court et un accès direct.

Concernant la différence des temps d'attente au sein de chaque PDSA, elle se justifie à Miramas par le fait qu'elle est mobile. La durée du trajet augmente le temps d'attente des patients. En revanche, à Salon-de-Provence, ce temps long peut s'expliquer par la possibilité d'une modification dans le circuit de prise en charge avec un transfert des urgences vers une prise en charge simple à la MMG et inversement, puisque la PDSA est accolée au service des urgences.

Le nombre de passages très faible au sein de la PDSA de Miramas est le fait d'un exode des patients vers les PDSA d'Istres ou de Salon-de-Provence et probablement par une régulation prudente sur les éventuelles complications lors de la prise en charge comme expliqué précédemment.

Le mode de paiement des patients, avec l'utilisation du TP non intégral, permet à celui-ci de régler une consultation qui semble peu onéreuse. La possibilité de règlements multiples favorise une meilleure fluidité dans la prise en charge et donc une fidélisation du patient.

Le DMP mis en place récemment, généralisé en 2018, n'est toujours pas instauré à ce jour. Ceci est probablement dû au fait qu'il ne soit pas encore utilisé dans la pratique de chacun, du fait d'une mise en place trop récente. De plus, les PDSA comme Salon-de-Provence et Miramas n'ont pas le matériel informatique nécessaire à son utilisation.

On a pu observer au cours de cette analyse que les étudiants en médecine et les internes ne participent pas à la PDSA comme le préconise le cahier des charges. Les horaires ne sont sûrement pas propices à cet accueil. Néanmoins, les internes sont déjà présents aux urgences de Salon-de-Provence. Du fait de sa structure mobile et malgré la participation de 3 Maitres de Stage Universitaires (MSU) au tableau de garde, la PDSA de Miramas ne les reçoit pas.

Enfin, concernant le financement, les collectivités locales s'impliquent dans le développement et le maintien des PDSA. En effet, ces dernières permettent une prise en charge des habitants lorsque les cabinets libéraux sont fermés et favorisent le maintien des médecins au sein des villes alors que le nombre de médecins généralistes est en baisse.

V.4 Confrontation avec les données existantes

Les dysfonctionnements révélés par notre étude existent déjà depuis plusieurs années. En effet, trois thèses (25)(28)(29) datant de 2013, 2014 et 2017 sur l'étude de PDSA de 3 territoires différents, respectivement, en Ile-de-France, en milieu rural en Haute-Garonne et en Seine-et-Marne, rapportaient déjà des problèmes identiques, notamment ceux liés à la démographie médicale et à l'existence de structures non appropriées.

En effet, la thèse présentée en 2013, faisant l'« état des lieux de la permanence de soins ambulatoires en Iles de France » décrit que « plusieurs facteurs rendent l'ouverture et la pérennité d'une structure difficile, le principal étant la mobilisation limitée des effecteurs médecins généralistes libéraux. Ce recrutement est d'autant plus complexe que les structures ne sont pas adaptées. » (25).

Elle démontre également une baisse du nombre d'effecteurs au cours des années, avec un départ à la retraite important sans remplacement par les jeunes médecins. En effet, elle cite que « l'âge moyen élevé des médecins généralistes et la faible participation des jeunes médecins installés fragiliseront la viabilité des MMG dans les dix prochaines années. » (25). Cette idée est renforcée, d'une part, par la thèse concernant l'étude de la « permanence des soins ambulatoires en milieu rural en Haute-Garonne [...] » qui explique que « ses particularités démographiques et

territoriales défavorables créent des conditions particulièrement dissuasives à de nouvelles installations, dans un contexte de changement de mode d'activité chez les jeunes médecins. » (28). Et d'autre part, par le travail de thèse sur la « permanence de soins ambulatoires [...], une étude rétrospective en Seine-et-Marne » qui confirme que « les acteurs de la PDSA, qui assurent sur le terrain les consultations, sont de moins en moins nombreux. En effet l'offre de soins se tarit [...] » (29).

De plus, les structures manquent de visibilité. En effet, les patients et les professionnels de santé sont peu informés de l'existence et du fonctionnement des PDSA. Cette idée se retrouve dans les thèses citées précédemment, dans lesquelles « une information exhaustive et préalable auprès de la population et de tous les acteurs de santé est nécessaire pour développer ces futurs projets. » (25).

Ceci est appuyé par le rapport annuel de la PDSA du CNOM (30) du 20 mars 2019. Tout d'abord, il décrit une « démographie qui reste fragile » avec 32% de baisse du taux de participation entre 2017 et 2018. Cette baisse serait liée à la fois à la démographie médicale mais également à l'organisation des PDSA.

Comme notre travail, il décrit le fait que les médecins volontaires sont principalement des médecins libéraux : « au cours de l'année 2018, ils représentaient 93% des médecins participants à la PDSA. La part des médecins salariés exerçant en centres de santé participant à la PDSA n'était que de 1% et celle des médecins remplaçants exclusifs de 5%. »

De plus, ce rapport mentionne une étude menée par l'institut Elabe qui décrit les freins à cette participation tels que « un emploi du temps professionnel déjà chargé (81%), la fatigue induite par les gardes (68%) et la difficulté de concilier gardes et vie de famille (84%), surtout chez les médecins âgés de moins de 30 ans jusqu'à 40 ans. Elle rapporte également l'absence d'information auprès des professionnels. Seulement « 53% des médecins interrogés ont entendu parler de la PDSA pour la première fois au cours de leur formation ».

Enfin, concernant leur organisation, le rapport semble confirmer un attachement aux structures fixes et une relation de proximité avec le service des urgences. La MMG est la structure la plus adaptée d'après les médecins.

V.5 Discussion sur l'applicabilité des résultats dans la pratique courante

Cette étude ne s'applique qu'aux PDSA du Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre et permet de mettre en exergue les différents modes de fonctionnements de ces PDSA de proximité. Elle ne cherche pas à refléter ni à généraliser l'organisation des autres structures du département des Bouches-du-Rhône et plus largement de la région PACA. Pour cela, il aurait fallu évaluer un échantillon plus important. Il serait certainement intéressant d'élargir ce travail à l'ensemble des PDSA des Bouches-du-Rhône afin d'évaluer s'il existe des disparités au sein du département.

De plus, pour affiner et croiser les résultats, il serait judicieux de réaliser une étude comparable auprès des patients d'Istres, Miramas et Salon-de-Provence portant sur leurs connaissances des PDSA, leur lieu d'orientation (Istres, Miramas ou Salon, autres), leur mode d'accès, etc...

VI CONCLUSION

Les PDSA sont créées afin de permettre aux patients une prise en charge adaptée de soins non programmés, lorsque les cabinets libéraux des médecins généralistes sont fermés. Elles assurent également aux médecins généralistes de remplir leur mission de service public dans des conditions confortables et moins contraignantes comme ce fut le cas avant 2002, date d'établissement des PDSA.

Mais cette organisation reste fragile et en danger au Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre. En effet, elle dépend notamment du nombre de médecins effecteurs et donc du volontariat. Celui-ci se fait de plus en plus rare compte tenu du nombre de départ à la retraite important avec la génération « baby-boom » et de l'absence de renouvellement dans une zone peu attractive pour de jeunes médecins.

Pour se maintenir et rester dynamique, ces PDSA doivent absolument bénéficier d'une bonne visibilité. Pour cela, elles doivent pouvoir disposer d'un local et de divers modes d'accès tels que posséder un numéro de téléphone propre et répertorié sur un site dédié aux PDSA de la région, avoir un accès direct tout en maintenant une régulation sur place pour réserver les consultations aux besoins appropriés et non pour des consultations de « confort » et enfin sur appel du centre 15. De plus, un deuxième médecin effecteur pourrait être d'astreinte et pratiquer les actes exceptionnels comme les certificats de décès, les réquisitions, les visites en EHPAD, ainsi que des visites gériatriques à domicile ; le tout sous le contrôle et la régulation du 15.

La proximité avec un service d'urgences est également primordiale. Elle rassure à la fois les patients qui ont l'impression de recevoir une prise en charge hospitalière, les médecins effecteurs s'ils doivent faire face à une situation préoccupante et les régulateurs en assurant la sécurité de leurs décisions.

La solution d'un réseau liant des PDSA voisines est à envisager afin de créer une solidarité entre les professionnels de santé et ainsi mieux gérer les problèmes de carence en médecins, de surcharge de travail durant certaines périodes. En outre, cela éviterait la concurrence entre les PDSA qui tentent au maximum de maintenir une activité pour ne pas perdre leur service et les aides octroyées. Il serait donc judicieux de standardiser le fonctionnement de ces structures voisines : leurs horaires, leurs modes d'accès, leurs moyens de paiement, leur confort d'accueil et de travail,

l'informatisation des dossiers, dans le but de fidéliser la patientèle, et de maintenir une certaine équité.

La nécessité de subventions de l'ARS est primordiale pour apporter une sanctuarisation des budgets. En effet, à ce jour, les budgets alloués au fonctionnement des PDSA dépendent du bon vouloir des seules collectivités locales et de l'apport financier personnel des médecins effecteurs, sous forme de cotisations. Le maintien de ces PDSA dépend donc fortement des politiques locales mises en place. Ce qui aura pour conséquence, en cas de défaut de financement, la fermeture de MMG mal loties.

Plus précisément, il est clair que Miramas ne peut poursuivre son activité sous sa forme actuelle. Le nombre d'actes pratiqués est insuffisant et génère un sentiment d'inutilité de la part des médecins de garde. Le nombre de médecins effecteurs se poursuit inexorablement à la baisse. L'absence de structure définie et le manque de visibilité pour les patients induisent aussi cette perte d'activité.

Istres, quant à elle, s'inquiète aussi de la baisse importante du nombre de ses médecins.

Pour sa part, la PDSA de Salon semble être la plus pérenne.

Pour ajouter à la confusion, se sont créées de nouvelles structures privées à horaires d'ouvertures élargis. On trouve un centre médical privé à Fos-sur-Mer et à Salon-de-Provence (31). Ces derniers n'appartiennent pas au dispositif des PDSA tout en pratiquant des activités analogues. On peut donc se poser la question de leur bonne intégration dans le fonctionnement des PDSA.

À ce jour, en concertation avec l'ARS, l'URPS-ML, le CDOM, un modèle expérimental de PDSA a été défini sur les secteurs de Miramas et de Salon-de-Provence. Celui-ci propose l'établissement d'une première ligne localisée au sein de la MMG de Salon-de-Provence où seraient rattachés les médecins généralistes de Miramas ; suivi d'une seconde ligne mobile réalisant des déplacements pour établir les certificats de décès et autres actes sur le secteur.

Si la démographie de Miramas s'améliore, le Maire de la ville souhaiterait construire un local dédié à la PDSA. Ceci permettrait de répondre aux desideratas du responsable de la PDSA.

Pour se renforcer, celle d'Istres essaie d'attirer, non sans difficulté, de nouveaux médecins.

Afin d'améliorer l'attractivité de la profession, il serait envisageable d'attribuer des primes exceptionnelles, de défiscaliser les revenus des effecteurs et de créer des zones franches.

Pour conclure, il est évident que si certaines des PDSA du Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre cessent leur activité, la patientèle se tournera inmanquablement vers les urgences hospitalières et aggravera leur problème récurrent de surcharge et d'accueil.

VII INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1-Géopolitique des territoires de la Métropole Aix-Marseille	11
Figure 2-Territoire de PDSA	12
Figure 3-Services d'urgences dans les Bouches-du-Rhône	13
Figure 4-Nombre de médecins effecteurs à Istres au cours des années	19
Figure 5-Profil des effecteurs à Istres en 2018	20
Figure 6-Nombre de gardes des effecteurs à Istres en 2018	21
Figure 7-Aménagement des locaux de la PDSA d'Istres	23
Figure 8-Autres personnels travaillant à la PDSA d'Istres	24
Figure 9-Nombre de passages par an entre 2014 et 2018 à la PDSA d'Istres	25
Figure 10-Répartition du coût moyen de la PDSA d'Istres	27
Figure 11-Nombre de médecins effecteurs à Miramas au cours des années	31
Figure 12-Profil des effecteurs à Miramas en 2018	32
Figure 13-Nombre de gardes par effecteurs à Miramas en 2018	33
Figure 14-Nombre de passages par an entre 2014 et 2018 à la PDSA de Miramas.	35
Figure 15-Répartition du coût moyen de la PDSA de Miramas	37
Figure 16-Nombre de médecins effecteurs à Salon-de-Provence au cours des années	41
Figure 17-Profil des effecteurs à Salon-de-Provence en 2018	42
Figure 18-Nombre de gardes des effecteurs à Salon-de-Provence en 2018	43
Figure 19-Aménagement des locaux de la PDSA de Salon-de-Provence.....	45
Figure 20-Autres professionnels travaillant à la PDSA de Salon-de-Provence	46
Figure 21-Nombre de passages par an à Salon-de-Provence entre 2014 et 2018 ...	47
Figure 22-Répartition du coût moyen de la PDSA de Salon-de-Provence	49
Figure 23-Provenance des patients ayant recours aux PDSA.....	50
Figure 24-Pourcentage de médecins généralistes effecteurs par rapport aux médecins généralistes travaillant sur le territoire	51
Figure 25-Répartition du genre des effecteurs	54
Figure 26-Répartition des âges des effecteurs	54
Figure 27-Nombre de garde par effecteur en 2018	55
Figure 28-Autres professionnels au sein des PDSA.....	57
Figure 29-Nombre d'actes moyen par garde, en 2018	58
Figure 30-Coût de création des PDSA.....	60

Figure 31-Taux de conformité à la MMG selon le cahier des charges de l'ARS 63

Tableau 1-Démographie des villes de provenance des patients à la PDSA d'Istres . 17

Tableau 2-Structure de la PDSA d'Istres 18

Tableau 3-Démographie des villes en provenance des patients à la PDSA de
Miramas 29

Tableau 4-Structure de la PDSA de Miramas 30

Tableau 5-Démographie des villes de provenance des patients à la PDSA de Salon-
de-Provence 39

Tableau 6-Structure de la PDSA de Salon-de-Provence 40

Tableau 7-Mode d'accès aux PDSA 52

Tableau 8-Horaires des PDSA 53

Tableau 9-Autres actes pratiqués par les PDSA 59

Tableau 10-Critère de la MMG selon le cahier des charges de l'ARS 61

VIII BIBLIOGRAPHIE

1. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
2. Derame G, Kouri DE, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. Datarevues07554982003312-C1780 [Internet]. 29 févr 2008 [cité 1 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/101840>
3. Rapport annuel sur la permanence des soins ambulatoires | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3166>
4. rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf
5. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continue-des-soins>
6. Master W. Urgences [Internet]. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-salon.fr/urgences/>
7. Assurer la permanence des soins ambulatoires (PDSA) [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/assurer-la-permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa-0>
8. cnominfographiepds2014.pdf [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
9. Larousse É. Définitions : urgence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
10. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie

médicale. 95-1000 sept 6, 1995.

11. Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 97-615 mai 30, 1997.

12.

These_du_dr_Le_Queliec_Histoire_des_urgences_a_paris_de_1770_a_nos_jours.pdf [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur:

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/These_du_dr_Le_Queliec_Histoire_des_urgences_a_paris_de_1770_a_nos_jours.pdf

13. Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin xix^e siècle-2001). Ann Bretagne Pays L'Ouest Anjou Maine Poitou-Charente Touraine. 30 juin 2009;(116-2):217-29.

14. Loi du 25 octobre 1941 MODIFIANT LES ART. 228 ET 248 DU CODE PENAL ET PORTANT OBLIGATION DE DENONCER LES CRIMES OU PROJETS DE CRIMES ATTENTATOIRES AUX PERSONNES ET DE SECOURIR LES PERSONNES EN DANGER.

15. Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 1 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>

16. Les généralistes font
la grève en dormant. L'Obs [Internet]. [cité 1 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/societe/social/20011116.OBS0560/les-generalistes-font-la-greve-en-dormant.html>

17. Code de la santé publique - Article L6314-1. Code de la santé publique.

18. DICOM_Gabriel.DS, DICOM_Gabriel.DS. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 1 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>

19. CDCR PDSA 2018 definitif_0.pdf [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-09/CDCR%20PDSA%202018%20definitif_0.pdf
20. UDAF 21 - Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/pf/spip.php?article3661>
21. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.
22. LOI n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (1) - Article 55 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/8/7/RDFX1412429L/jo/article_55
23. Populations légales 2017 – Ces données sont disponibles sur toutes les communes de France hors Mayotte | Insee [Internet]. [cité 1 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/zones/4269674?geo=COM-13063&debut=0>
24. Panorama_2016_e-sante_orupaca_WEB_new.pdf [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: https://ies-sud.fr/wp-content/uploads/2019/03/Panorama_2016_e-sante_orupaca_WEB_new.pdf
25. 4517_FERNANDES_LOPES_these_Etats_des_lieux_de_la_Permanence_de_soins_ambulatoires_en_Ile-de-France.pdf [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4517_FERNANDES_LOPES_these_Etats_des_lieux_de_la_Permanence_de_soins_ambulatoires_en_Ile-de-France.pdf
26. Trouver un médecin [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 1 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>
27. Francione et Bissonnier - Avec la participation de .pdf [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/rrqr8o/atlas_paca_2015.pdf
28. PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN MILIEU RURAL EN HAUTE-GARONNE, EXEMPLE DU BASSIN DU COMMINGES : ETAT DES LIEUX,

ENJEUX ET PERSPECTIVES [Internet]. [cité 26 déc 2019]. Disponible sur:
<http://thesesante.ups-tlse.fr/534/1/2014TOU31076.pdf>

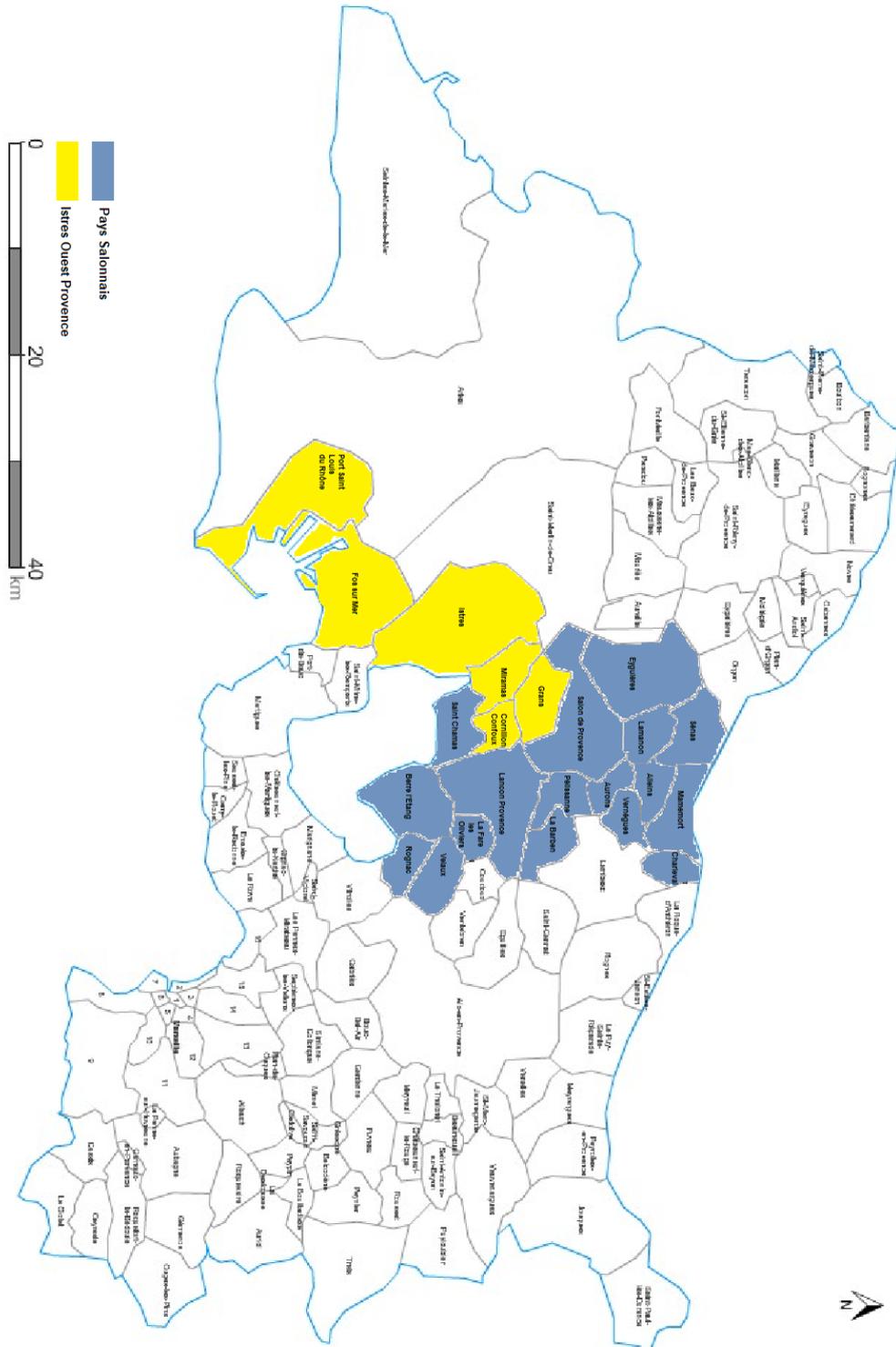
29. Bokobza R. Permanence des soins ambulatoires: comment la physionomie du territoire affecte-t-elle les volumes de demandes de soins non programmés et les types de réponses proposés par la régulation, une étude rétrospective en Seine-et-Marne [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01709317/document>

30. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins. 2014;59.

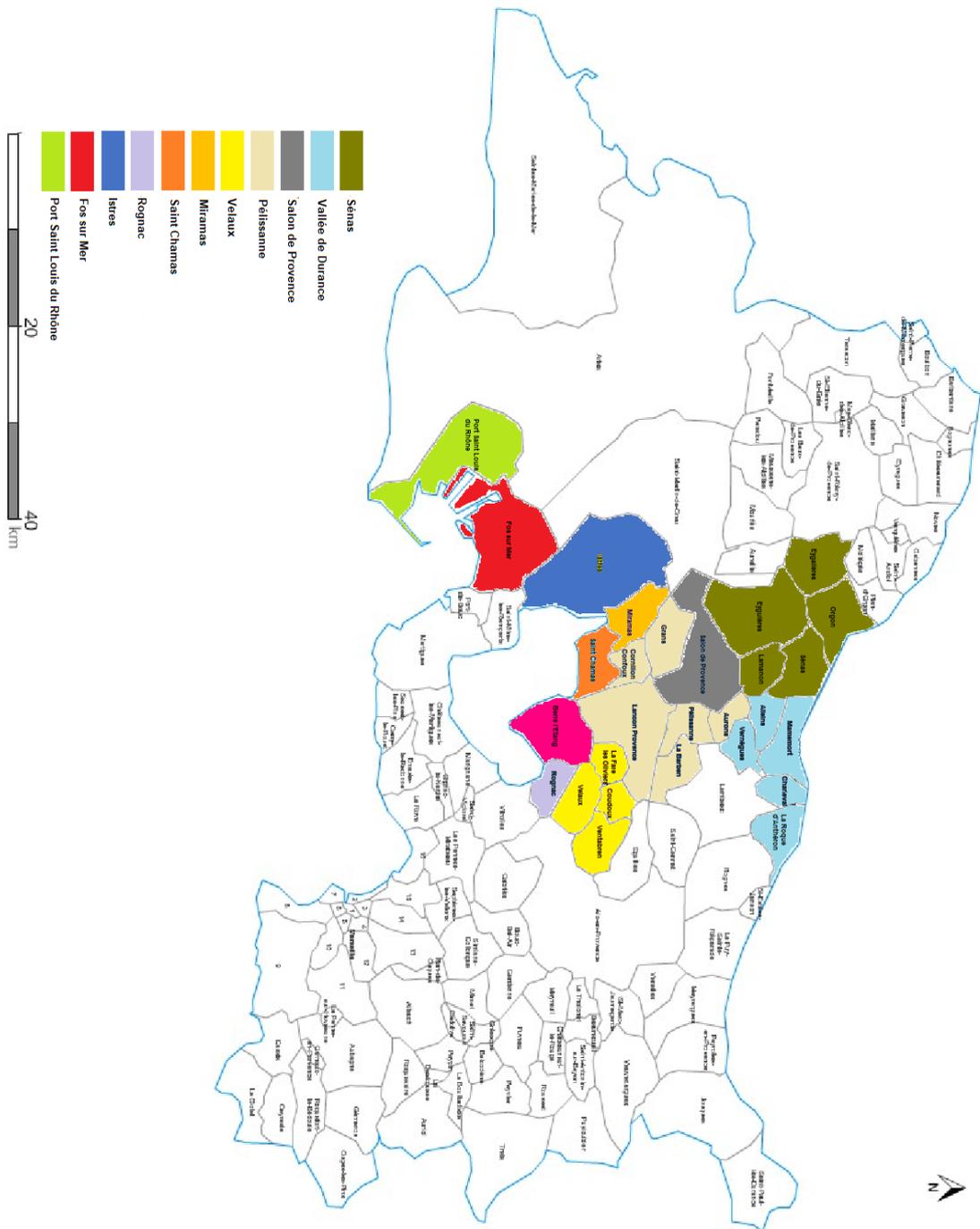
31. Centres Médicaux - Ouverts 365 jours/an sans rendez-vous [Internet]. Centres médicaux. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.permanences.fr/>

IX ANNEXES

ANNEXE 1 - Géopolitique des territoires de la Métropole Aix-Marseille



ANNEXE 2 - Territoire de PDSA



**ANNEXE 3 - Questionnaire adressé aux responsables des
PDSA**

Etat des lieux des PDSA
dans le Nord-Ouest de l' Etang de Berre :
Salon de Provence, Miramas, Istres

QUESTIONNAIRE
dédié
au responsable de la PDSA

I-Organisation de la PDSA :

- **Commune dans laquelle est située la PDSA :**

- **Année d'ouverture de la PDSA :**

- **De quelles communes proviennent les patients pris en charge dans cette PDSA ?**
 -
 -
 -
 -
 -

- **Type de structure :**
 - Effecteurs fixes (Maison médicale de garde)
 - Effecteurs mobiles (Visites à domicile)
 - Effecteurs mixtes (postés et mobiles)
 - Associations type SOS médecin
 - Autre (précisez).....
.....

- **Dans quel type de structure est établie la PDSA :**
 - Structure en milieu hospitalier
 - Structure mise à disposition par la commune
 - Cabinets libéraux
 - Autre (précisez).....
.....

➤ **Comment les patients ont-ils accès à la PDSA :**

- Via un régulateur, appel du 15
- Via les urgences
- Accès direct à la PDSA
- Via appel téléphonique à la PDSA (médecins libéraux régulateurs assistés par les permanenciers)

.....
.....

➤ **Existe-t-il un service d'urgence à proximité ?**

Oui Non

Si Oui, à combien de Km ?

- Sur place
- 1 à 5km
- 5 à 10km
- >10km

➤ **Existe-t-il d'autres lieux ou structures d'accueil à proximité :**

- Centre hospitalier
- Clinique
- Cabinets libéraux ouverts
- Autre (précisez)

.....
.....

➤ **Horaires de la PDSA :**

- Tous les soirs :
 - 20h00 - 0h00 : Oui Non
 - 0h00h - 8h00 (nuit profonde) : Oui Non
- Le samedi de 12h00-20h00 : Oui Non
- Dimanche et jours fériés de 8h00-20h0 : Oui Non

II-Les Effecteurs :

➤ **Nombre de médecins effecteurs :**

- Nombre de médecins effecteurs sur l'année 2014 :
- Nombre de médecins effecteurs sur l'année 2015 :
- Nombre de médecins effecteurs sur l'année 2016 :
- Nombre de médecins effecteurs sur l'année 2017 :
- Nombre de médecins effecteurs sur l'année 2018 :

➤ **Qui sont les effecteurs au sein de la PDSA :**

(Remplissez le tableau par le nombre de professionnels de santé ayant la caractéristique correspondant au sexe ou l'âge)

EFFECTEURS	SEXE		AGE				
	Féminin	Masculin	20-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60ans	>61 ans
Libéraux en cabinet							
Remplaçants							
Salariés							
Internes							

➤ **Dans quel type de structure travaillent habituellement les effecteurs :**

- Cabinets libéraux
- Maison de santé
- Pôle de santé
- Uniquement en PDSA
- Remplacement
- Hôpital
- Autre (précisez)

.....

➤ **Nombre de gardes par médecin par ans et durée/plage horaire de la garde/astreinte :**

- En semaine :

- En week-end et jours fériés :

- **A-t-il fallu réquisitionner des médecins pour compléter le planning de garde ?**
Oui Non

Si Oui, précisez les jours :

.....
.....

A-t-il fallu mettre en place des renforts, selon les saisons ?

Oui Non

Si Oui, quand ?

.....
.....

- **Rémunération de l'effecteur :**

Tous les soirs :

→ de 20h/24h :

→ de 0h/8h :

Le samedi de 12h/24h :

Le dimanche et jours fériés :

- **Existe-t-il une rétrocession des recettes des effecteurs pour le bon fonctionnement de la PDSA ?**

Oui Non

Si Oui, quel pourcentage ?

III-Fonctionnement de la PDSA :

III-1-Concernant les autres professionnels au sein de la PDSA :

➤ **Existe-il d'autres professionnels au sein de la PDSA ?**

- IDE
- Secrétaire
- Agent d'entretien
- Comptable
- Agent de sécurité
- Autres (précisez)

.....
.....

- Aucun

➤ **Existe-t-il un accueil des étudiants et internes en médecine générale ?**

Oui Non

III-2-Concernant le patient :

➤ **Comment est constitué le dossier médical ?**

- Papier
- Informatique

➤ **Avez-vous recours au dossier médical partagé (DMP) ?**

Oui Non

➤ **Quel est le temps d'attente moyen pour un patient ?**

- 0 -15min
- 15min -30min
- 30min -1h
- >1h

➤ **Age moyen des patients :**

- Pédiatrie
- 18-60 ans
- >60 ans
- Plutôt hétérogène

III-3-Concernant le matériel :

➤ **Le matériel non médical :**

→ *Ordinateur, Appareil Carte Vitale, Appareil Carte Bleue, Ordonnancier, etc...*

- Matériel fourni par la PDSA
- Matériel personnel

➤ **Les outils diagnostics :**

→ *Stéthoscope, ECG, marteaux, otoscope, thermomètre etc...*

- Matériel fourni par la PDSA
- Matériel personnel

➤ **Les médicaments :**

→ *Antalgiques, anti-inflammatoires, antihypertenseurs, antibiotiques, etc...*

- Matériel fourni par la PDSA
- Matériel personnel

➤ **Le matériel de soin :**

→ *Matériel de suture, matériel de pansements, matériel de plâtre, gants etc...*

- Matériel fourni par la PDSA
- Matériel personnel

III-4-Concernant les locaux :

➤ **Existe-il au sein de la structure :**

- Un parking
- Une salle d'attente
- Des toilettes
- Nombre de salle de consultation
- Salle de repos
- Cuisine
- Autre (précisez)

.....

.....

- Pas de local à disposition

III-5-Concernant le règlement :

➤ **Quel règlement est possible ?**

- Espèce
- Carte Bleue
- Chèque

➤ **Pratiquez-vous le TP (tiers payant) ?**

- Oui
 - TP part obligatoire (hors AME, CMU, ACS, ALD)
 - TP intégral (complémentaire)
- Non

IV-Les Offres de soins :

➤ **Nombre de passages par an :**

- Nombre de passage par an en 2014 :
- Nombre de passage par an en 2015 :
- Nombre de passage par an en 2016 :
- Nombre de passage par an en 2017 :
- Nombre de passage par an en 2018 :

➤ **Répartition/nombres des actes sur un mois : janvier 2018**

- En semaine :
- Le samedi :
- Le dimanche et jours fériés :
 - en journée :
 - la nuit :

➤ **Type de garde :**

- Sur appel
- Sur place

➤ **Visites à domicile :**

- Oui
- Non

➤ **Visites en EHPAD ?**

- Oui
- Non

➤ **Les actes exceptionnels ci-dessous sont-ils effectués ?**

- Certificat de décès
- Réquisition pour examen de garde à vue
- Autre (précisez) :
.....
.....

➤ **Selon vous, combien d'actes en moyenne, au cours de l'année 2018, relevaient d'actes d'urgences et non de soins non programmés ne relevant pas de l'urgence ?**

.....
.....

V-Le financement :

➤ **Coût de la création de la PDSA :**

.....

➤ **Budget annuel de la PDSA :**

.....

➤ **Aides pour le financement de la PDSA :**

- Collectivités locales :
- ARS :
- Effecteurs :
- Autres (précisez) :

.....

.....

➤ **Coût moyen :**

- Personnel :
- Loyer :
- Électricité/eau :
- Matériel médical :
- Autres (précisez) :

.....

.....

VI-Réponses libres :

- **Avez-vous le sentiment que la PDSA ne fonctionne pas de manière optimale ?**

Si oui, pour quelles raisons

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Avez-vous des propositions pour améliorer son fonctionnement ?**

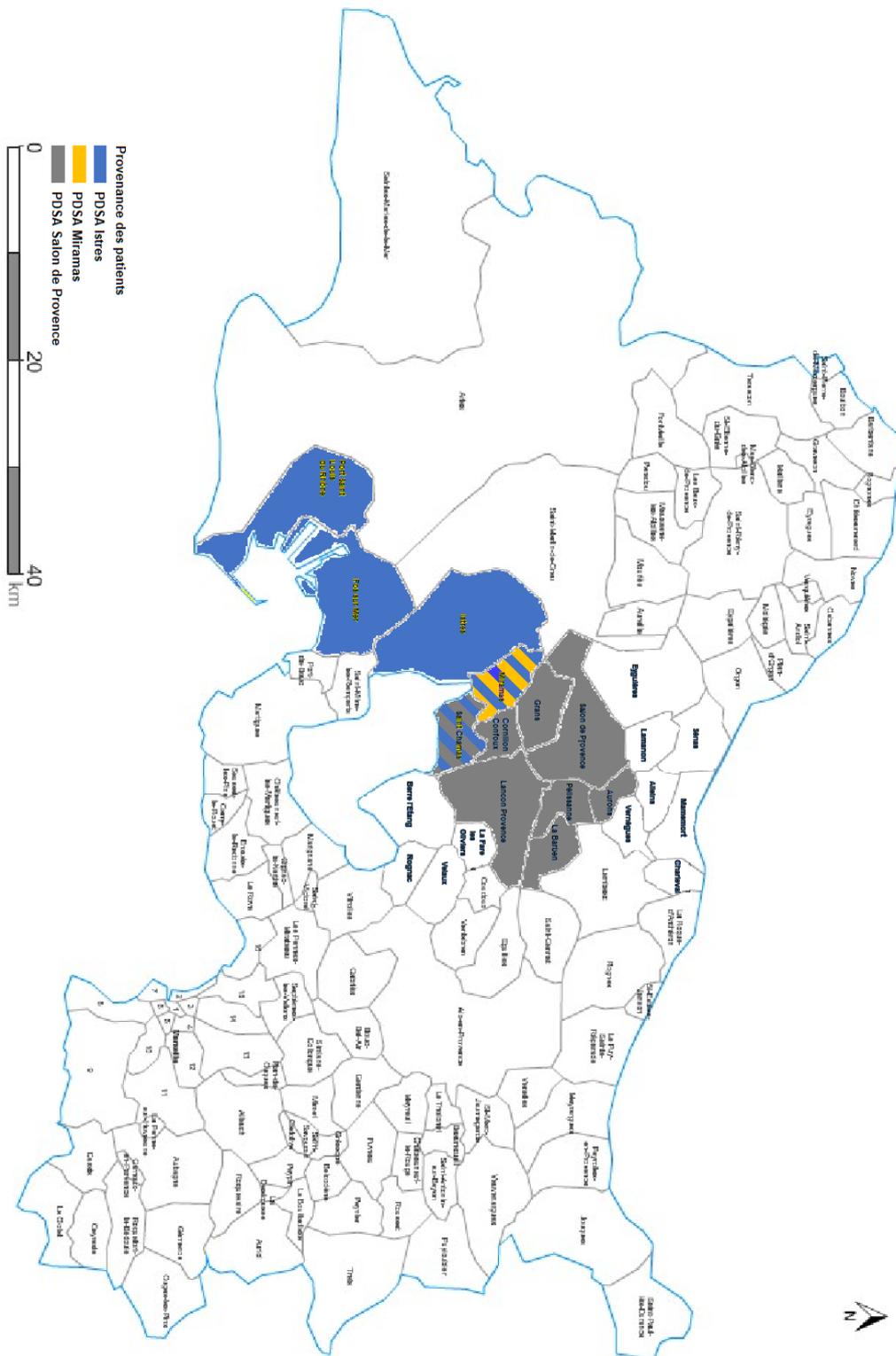
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Avez-vous des remarques concernant le questionnaire ou la PDSA ?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre.
Merci pour votre participation

ANNEXE 4 -Provenance des patients ayant recours aux PDSA



X LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMU : Aide Médicale d'Urgence

ARS : Agence Régionale de la Santé

CB : Carte Bleue

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

DMP : Dossier Médical Partagé

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

JF : Jours Fériés

MMG : Maison Médicale de Garde

MSU : Maître de Stage Universitaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SS : Sécurité Sociale

TP : Tiers Payant

URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé

URPS-ML : Union Régionale de Professionnels de Santé des Médecins Libéraux

VAD : Visites A Domicile

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESUMÉ

Introduction : L'accès aux soins primaires, hors horaires d'ouverture des cabinets libéraux, apparaît comme un véritable problème avec pour conséquence un nombre croissant de consultations aux urgences pour des soins non « urgents ». En 2012, l'ARS a édité un cahier des charges pour restructurer les Permanences Des Soins Ambulatoires (PDSA) déjà mises en place. Mais certaines d'entre elles ne semblent pas remplir pleinement leur rôle, ce que j'ai pu constater lors de mon stage de SASPAS à Miramas. Qu'en est-il pour les PDSA voisines ?

Objectif : C'est l'objet de cette thèse qui fait l'état des lieux des PDSA du Nord-Ouest de l'Étang-de-Berre, avec les villes d'Istres, Miramas et Salon-de-Provence.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, multicentrique, quantitative, dans sa majorité, depuis 2014.

Un questionnaire est adressé aux responsables des PDSA pour collecter les informations afin d'établir leur cohérence avec le cahier des charges et mettre en évidence leurs disparités.

Résultats : Elles diffèrent d'une part, par leur mode de fonctionnement puisque seules deux d'entre elles sont des Maisons Médicales de Garde (MMG) avec un service d'urgence à proximité. Elles sont fixes, mobiles ou mixtes avec divers modes d'accès. D'autre part, par leur activité : celle de Miramas décline et reste très faible au regard de ses voisines. Enfin, par le nombre d'effecteurs majoritairement en diminution sur la période.

Conclusion : Cette organisation reste donc fragile et difficile à appréhender. Elle dépend de leur fonctionnement, du nombre d'effecteurs, de leur visibilité et de leur financement.

Pour une meilleure efficacité, une nouvelle réorganisation de ces trois PDSA est à repenser.

Mots clés : Permanence des soins ambulatoires, Maison médicale de garde.