



HAL
open science

Influence de la structure d'exercice dans la capacité de gestion des urgences en ville

Christophe Lacroix

► **To cite this version:**

Christophe Lacroix. Influence de la structure d'exercice dans la capacité de gestion des urgences en ville. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03482855

HAL Id: dumas-03482855

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03482855>

Submitted on 16 Dec 2021

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.

**Influence de la structure d'exercice dans la capacité de gestion des urgences
en ville**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 15 Décembre 2021

Par Monsieur Christophe LACROIX

Né le 23 août 1993 à Compiègne (60)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur GARIBOLDI Vlad

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé GUIDA Pierre

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Influence de la structure d'exercice dans la capacité de gestion des urgences
en ville**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 15 Décembre 2021

Par Monsieur Christophe LACROIX

Né le 23 août 1993 à Compiègne (60)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur GARIBOLDI Vlad

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé GUIDA Pierre

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON



ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- **1^{er} cycle** : **Madame Estelle BOISSIER**
- **2^{ème} cycle** : **Madame Cécile NINA**

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- **Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle** : **Madame Béatrice CAORS**
- **Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle** : **Madame Joannie HENRY**
- **Mutualisation des enseignements** : **Madame Géraldine DEPRES**

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- **Chargée de mission** : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**
- **Chargé de mission** : **Monsieur Christophe ROMAN**

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUBE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
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

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

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

2016

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

2017

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

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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

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 retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
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 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	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	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	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>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) <i>SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité</i></p>	<p>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) <i>RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre</i></p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p><i>BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021</i> FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
<p>GUEDJ Eric (PU-PH)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH)</p>

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

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

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI 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)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAP

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)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET 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)
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)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5

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)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-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)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 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)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

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)

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)

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 Caroline (MCF) (1ère 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)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 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)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (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)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (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)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

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)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

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)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

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)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

PETIT Philippe (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
A. AUX MEMBRES DU JURY DE THESE	4
B. A MA FAMILLE	5
C. AUX PROFESSIONNELS RENCONTRES EN STAGE	7
D. AUX AMIS	8
SUMMARY	11
LISTE DES ABREVIATIONS	12
I. INTRODUCTION	13
A. CONTEXTE DE L'ETUDE.	13
1. <i>La saturation des services d'urgences</i>	13
B. L'EVOLUTION DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE LIBERALE	14
C. LA DEFINITION DE L'URGENCE	15
D. LES SOINS URGENTS OU CONSULTATIONS NON PROGRAMMES	15
1. <i>Les structures d'exercice médical déjà existante, participant aux soins urgents</i>	15
2. <i>L'organisation de l'urgence dans le planning d'un médecin généraliste</i>	16
3. <i>La réorganisation des soins non programmés</i>	16
E. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	17
F. LES OBJECTIFS DE CETTE ETUDE :	18
II. METHODE	19
A. LE TYPE D'ETUDE.....	19
B. CRITERES D'INCLUSIONS ET D'EXCLUSIONS	19
C. LE QUESTIONNAIRE :	19
D. LA POPULATION SOURCE :	20
E. L'ECHANTILLON :	20
F. LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET LE RECUEIL DE DONNEES :	20
G. L'EVALUATION ET LA DESCRIPTION DES DONNEES :	20
1. <i>La description des données</i>	21
2. <i>Les tests statistiques utilisés</i>	21
H. ASPECT LEGISLATIF ET ETHIQUE	21
1. <i>Loi Jardé</i>	21
2. <i>Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)</i>	22
III. RESULTATS	23
A. TAUX DE REPONSES AU QUESTIONNAIRE	23
B. ÉTAT DES LIEUX.....	24
1. <i>Description des médecins ayant répondu au questionnaire</i>	24

2.	<i>Situation géographique des structures d'exercice des répondants</i>	25
3.	<i>Mode d'exercice des médecins</i>	25
4.	<i>L'accueil des patients</i>	26
a)	La prise de rendez-vous	26
b)	Les créneaux de consultations	27
c)	Assistance au médecin.....	28
5.	<i>Les formations et activités annexes des médecins</i>	28
6.	<i>L'équipement du cabinet médical</i>	29
C.	LES URGENCES NON VITALES DES CABINETS DE VILLE.....	29
1.	<i>Le volume de patients</i>	29
2.	<i>La régulation des appels pour consultation de patient se disant urgents</i>	30
3.	<i>La présentation des patients dans la structure de soin</i>	31
4.	<i>La gestion des patients se disant urgents</i>	32
5.	<i>Les types d'urgences gérés en cabinet de ville</i>	33
6.	<i>Les cotations des urgences</i>	34
D.	LA GESTION DES URGENCES VITALES DANS LES CABINETS DE VILLE	34
1.	<i>Le volume de patients</i>	34
2.	<i>La fréquence d'accueil des urgences vitales</i>	34
3.	<i>L'équipement du cabinet</i>	35
4.	<i>Le ressenti des médecins</i>	35
E.	LES FACTEURS POUVANT ETRE ASSOCIES AVEC LE VOLUME DE CONSULTATION EN URGENCE RELATIVE	36
IV.	DISCUSSION	38
A.	LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDES CONFRONTES A LA LITTERATURE.	38
1.	<i>Le taux de réponses au questionnaire</i>	38
2.	<i>Caractéristiques démographiques de la population étudiée</i>	39
3.	<i>Influence de la structure d'exercice</i>	39
4.	<i>Influence du mode d'exercice</i>	40
5.	<i>Age des médecins et durée d'installation</i>	42
6.	<i>Localisation de la structure de soin</i>	42
a)	La répartition des médecins sur le territoire étudié	42
b)	La distance d'un SAU.	43
7.	<i>L'exercice médical</i>	44
a)	L'organisation des soins non programmés	44
b)	La prise en charge des patients présentant une urgence n'engageant pas le pronostic vital	45
c)	Le volume de consultation	45
d)	Les visites à domicile	47
8.	<i>Le ressenti des médecins</i>	47
9.	<i>Les cotations</i>	48

10. <i>L'équipement des cabinets</i>	48
B. LES FORCES, LES BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	49
1. <i>Les forces de l'étude</i>	49
2. <i>Les limites et biais de l'étude</i>	50
a) Le biais de sélection.....	50
b) Le biais méthodologique.....	50
c) Le biais de mémoire.....	51
C. LES STRUCTURES DEJA EN COURS D'ELABORATION ET A PRIVILEGIER.....	51
V. CONCLUSION	53
TABLE	54
A. FIGURES.....	54
B. TABLEAUX.....	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	61
A. ANNEXE 1.....	61
B. ANNEXE 2.....	62
SERMENT D'HIPPOCRATE	77
RESUME	1

Remerciements

A. Aux membres du jury de thèse

Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX : Président du Jury de Thèse.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail. La saturation des services d'accueils des urgences est une situation que vous vivez au quotidien. J'espère que la thématique de la gestion des urgences en amont des SAU aura su attirer votre attention. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Monsieur le Professeur Vlad GARIBOLDI

Je vous remercie d'avoir répondu présent à ma sollicitation lors de la constitution de mon jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude. Merci de votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

Monsieur le Professeur Pierre GUIDA

Après m'avoir fait confiance dans la gestion de vos patients lors de remplacements, vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour tous vos conseils et votre investissement dans la formation des étudiants de l'ouest varois. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Didier THERY : Directeur de Thèse

Ce travail de thèse a débuté il y a deux ans, pendant lesquelles vous avez su me guider dans sa rédaction. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et pour votre temps passé. Je vous suis extrêmement reconnaissant pour tout le travail accompli ensemble.

B. A ma famille

A mes parents, cela va faire un peu plus de 10 ans que vous me suivez, m'épaulez, me supportez dans ces longues années d'études, avec des hauts et aussi des bas. Vous avez su être à l'écoute, prendre le temps de me remotiver dans les moments difficiles. Merci de m'avoir soutenu dans le changement de spécialité. Vous m'avez enseigné et inculqué un savoir-être, qui font de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Pour un peu plus de légèreté, merci de m'avoir transmis la passion du nautisme, du dépassement de soi et de l'apéro ! Merci pour tous les moments partagés ensemble !

Merci pour les multiples relectures de cette thèse, les corrections des 2-3 (10^x) fautes d'orthographe. A vous d'estimer ce petit x.

Milles MERCI mes vieux ! (Encore une partie de l'héritage qui se dissipe pour moi)

Si jamais vous craignez d'avoir le spleen des études médicales, ne vous inquiétez pas ! Marion en a encore pour quelques années !

A Marion, parfois surnommé le crabe. Ma sœur, 27 ans que tu partages ma vie, que tu me suis presque comme un poisson pilote, que tu me fais l'honneur d'être parmi tes confidents, avec tout ce que cela implique. On a fait le même choix d'étude, ce qui nous a permis d'être encore plus proche, et même de partager une colocation rue des frères Lumières, puis une quasi-colocation rue Saint-Maximin, puis après tu m'auras volé mon appart à Mermoz. On en aura passé des bons moments, des soirées, des vacances, beaucoup de bons souvenirs.

Profite du beau temps de Lyon cette année avant de retourner dans la grisaille Réunionnaise ! Merci d'être toi sœur, tu es irremplaçable !

A Laure, Tu partages ma vie depuis plus de 3 ans. Durant ce laps de temps nous n'avons pas perdu de temps : tu as quitté Paname pour la ville la plus propre de France, tu as vécu avec moi ces formidables années d'internats, un changement de spécialité, trois déménagements. Nous avons adopté de multiples animaux de gabarit différents (Ramses n'étant pas le plus lourd). Tu m'as initié à l'équitation, avec ses tenues vestimentaires... Je ne pensais pas un jour mettre un leggin.

Ton dépassement de toi par exemple lors de la Sainté-Lyon, ta rigueur professionnelle, ta manière d'être au quotidien, ont été et sont un exemple pour moi.

Merci de m'avoir supporté pendant tout le temps de rédaction de cette thèse, d'avoir toi aussi participé aux relectures et à la correction des fautes d'orthographe !

Merci pour ce bout de chemin parcouru ensemble ! Tu me fais passer énormément de bon temps à tes côtés. Je t'aime.

A Dr. Kristine RIMANIOL, ou Kitou, merci pour ces moments de joie que tu nous as fait vivre avec Marion lors des différentes réunions de famille, pour tes blagues pas toujours au-dessus de la ceinture. Un grand merci pour ce dernier stage d'externat, durant lequel tu m'as transmis ta passion de la médecine générale, le suivi de patients, mais aussi ton empathie. Cela fait partie des moments importants pour mon choix de carrière ! Un grand merci aussi à **Bernard** pour ces moments partagés, tes anecdotes, tes blagues, pour ces discussions autour de ta passion de la chasse et des chiens. Pour tous les petits plats auvergnats qui m'ont permis d'affronter la fin de l'hiver. Ces quelques semaines Figeacoises à vos côtés ont été un réel plaisir.

A Papy et Mamy, un grand merci pour votre soutien, et les multiples souvenirs avec vous, qu'ils soient Argelésiens à Saint-Pierre-Dels-Forcats, sur le bateau avec les pêches (trop) matinales, ces voyages. Un grand merci pour votre gentillesse et votre joie de vivre ! Tu le ne diras jamais assez : « Avec Mamy, on rit ! »

A Nanou, à toi aussi un grand merci pour ton soutien, ainsi que les souvenirs Montpelliérains. Nos longues discussions philosophiques lors de mes passages ces dernières années m'ont permis d'essayer de devenir un des successeurs de Platon ou autre. Cependant, j'ai vite compris que la philo n'était pas mon domaine de prédilection, mais que la médecine était plus sûre pour moi ! Un grand merci.

A Sophie, pour tous les moments partagés depuis le Lycée ou je venais manger chez toi, pour ces souvenirs à Grenoble, ces multiples déménagements, bien que je pense en avoir loupé quelques-uns, ou bien en vacances avec **Charlotte** à Madrid ! A ton petit rayon de soleil avec **Arnaud, Albane** qu'il me tarde de recroiser le soir de cette soutenance !

A la famille LACROIX-D'AVIGNON, à ces petits apéros non programmés (cela reste dans le thème de la thèse) que nous avons pu partager ces dernières années à Ajaccio ou Bandol ! A la belle journée de ski passé avec **Louis**, et **Lena, Lucien** n'étant pas encore avec nous à cette époque. J'étais très heureux d'avoir pu partager quelques descentes avec Louis ! Un grand merci pour ces moments.

A Manou et Nicolas, à tous ces moments partagés à Lyon avant l'arrivés des rayons de soleils **Louis** et **Clément** ! Nous nous sommes éloignés géographiquement, mais toutes nos retrouvailles comme celle à Marseille au vallon des Auffes ont été des moments qui seront gravés dans ma mémoire.

A Julie, tu as sûrement fait partie des raisons de mon choix de carrière. Ces souvenirs de joie de vivre, de gentillesse, de persévérance m'ont permis d'avancer, et sans doute de devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Un grand merci pour tout. Tu es toujours dans nos cœurs, j'espère que tu es fière de moi depuis ton Paradis Blanc.

A **la famille Brestoïse, Michèle, Capucine, Clémentine et Charlotte**. Merci pour ces moments de joies partagés, ces réunions de famille, vous retrouver à toujours été un plaisir.

A **Pierre**, merci pour ces souvenirs des réunions de famille que tu organisais à Saint-Thomas, à ton initiation à la conduite de quad... Mon Parrain, merci d'être là dans les moments importants comme ce soir.

A **Ma belle Famille, Anne, Jérôme, Élisabeth, Sébi et Ceci**. Merci de m'avoir accepté dans vos familles. Les différentes réunions de familles ont été de grand challenge avec un travail de mémorisation de tous les noms. Mais aussi des moments d'échanges, et de défis imposés par des « tu préfères » de **Sébi**. Il ne faudrait pas omettre les moments de chant de ces réunions, avec comme chant principal le ban bourguignon. Dont j'espère maîtriser les paroles à la perfection après ces trois ans à vos côtés. Merci pour votre accueil et votre gentillesse.

C. Aux professionnels rencontrés en stage

A l'équipe de mon premier stage d'internat en médecine interne à Nord. A Consti, Tristan, Philippe pour le 7B, mais aussi au co-interne du 6B, Claire et Raphael, Ces 6 mois ont été intense, mais la solidarité entre nous aura été sans faille. Merci pour tous ces petits moments de craquage, de vanne. Un grand merci à l'équipe encadrante, **Professeur Brigitte GRANEL, Professeur Pascal ROSSI, Manon SCAFI, Audrey BENYAMINE**, pour avoir su me guider dans mes débuts. Mais aussi un grand merci à **Fanny BERNARD et Mélanie GOMEZ** pour votre accueil en cours de stage au 6B, votre rigueur et suivi de patient m'ont permis de me structurer dans ma pratique. Ces premiers 6 mois ont été décisifs.

Aux co-internes des Urgences de La Timone, ce fut un stage éprouvant là aussi, mais j'ai appris beaucoup auprès de vous. La team pilier de bar, ne vous inquiétez pas je parle de vous plus tard ;) Merci à l'équipe médicale et paramédicale de la Timone, vous nous avez accueilli malgré un contexte tendu. Un grand merci à **Chloé TAGUET, Véronique PEQUIGNOT, Camille BARALLA, Thomas GEORGES, Damien PERRUCHETTI, ainsi que tous les médecins de la Timone**, d'avoir partagé vos connaissances, mais aussi de m'avoir soutenu dans mon droit au remord. Merci à Professeur Pierre MICHELET pour votre soutien.

A l'équipe médicale et paramédicale de l'hôpital d'Ajaccio. Merci de nous avoir fait confiance dans la gestion des urgences gynécologique ! Merci de nous avoir ouvert les portes du Bloc opératoire et de nous avoir initié à de nombreuses techniques chirurgicales. Merci à toutes les sages-femmes du service de la maternité pour l'encadrement de quelques accouchements et la réalisation d'un accouchement à 4 mains, vous m'avez permis de désacraliser ce moment ! Un grand merci à Dr. **Stéphane ODEN, Dr. Marion JOUBERT, Dr. Laetitia RUTILY-JULIEN** pour m'avoir

permis d'assister à vos consultations, de réaliser des gestes comme la liposuction mais en musique, et l'initiation à l'esthétique.

A **Dr. Christelle AMBROSI** et **Dr. Guillaume GORINCOUR**, Merci de m'avoir reçu chaleureusement dans vos consultations d'échographies vasculaires et pédiatriques.

A **Dr. Dominique ROCCA** et **Dr. François REYNARD**, pour votre rigueur dans l'examen clinique pédiatrique que je suis maintenant à la lettre lors de mes consultations.

A **Dr. Alexandra NUCCIO-LEVEQUE**, merci de m'avoir permis d'assister à tes consultations pendant près d'un an. Ces consultations de dermatologie et tes avis téléphoniques sont d'une aide qui est inestimable.

A **Dr. Christophe BAIN**, tu as été avec Ketty un maître de stage formidable, avec une empathie envers tes patients exceptionnelle. Ta gentillesse, ton savoir-faire, et tes manipulations d'ostéopathie auront été très bénéfiques à ma pratique et à mon ouverture d'esprit sur des sujets non abordés dans les bouquins de la fac.

A tous les professionnels de santé, médecin ou paramédicaux, que j'ai pu rencontrer durant ma formation, que ce soit en tant qu'interne, externe, voire en stage de P1, vous avez contribué de près ou de loin à ma formation. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

D. Aux amis

A **Yannick**, plus de 10 ans qu'on se connaît, et qu'on abime ou entraîne nos foies ensemble ! Merci de m'avoir fait rencontrer ce merveilleux **Mamadou d'Antoine**, qui a participé avec grand plaisir à nos entraînements hépatiques ! Quel parcours olympique on a pu avoir, Monplaisir, La grande Motte (#chippendale), Milan, et j'en passe... A très vite pour les prochains entraînements ! Merci à **Arnaud P**, **Kevin R** de s'être joint à ce périple sportif ! Merci à vous d'avoir été là. Un petit mot pour **Sarah**, qui a supporté une partie de nos bêtises, Merci pour ta gentillesse et ton rire inimitable.

Petite mention spéciale à **Nono**, aussi connu sous le nom du **Duch**, on ne s'est pas quitté depuis cet amphi C, très belle rencontre le frère ! Toi aussi on a pu en faire des soirées et des petites vacances ensemble ! Merci pour ces 9 ans à tes côtés.

A l'équipe P1 : **Cidjy**, **Thibault**, **Manon**, **Yannick** vous risquez d'apparaître dans plusieurs groupes ! Mais ces 2 années de galères ont été beaucoup plus douce à vos côtés.

A la **team Schlag**, et le **groupe des plus beaux internes**, avec **Thibault**, **Manon**, **Romain S**, **Cécile**, **Romain L**, **Arnaud**, **VV**, **Chloé**, **Tom**, **Raphael**, **Marie**, **Justin** et **Mathilde**. Merci pour ces années d'externat passé ensemble, dans le travail,

et les apéros dans un des fiefs de Monplaisir, ou dans ce sublime PMU « A La Belle Époque », ou j'ai probablement passé le Karaoké le plus WTF de toute ma vie. A ce fabuleux voyage en Thaïlande et aux visites des hôpitaux Thaïlandais pour VV, non pas pour l'opération de transsexualité mais pour ses vaccins antirabiques ! A la mémoire de ces soirées, et de celles à venir ! Merci pour ces années de pure folie !

A la Team Révision d'Agora, **Pauline, Marine H et Marine L** ! Merci pour le soutien mutuel des dernières années d'externat ! On en a passé du temps dans cette petite salle ! Heureusement que l'on avait pu profiter de temps plus joyeux avant ! Vous aussi vous faites parties des plus vieilles connaissances de médecine. Merci pour tout.

A la **team dentaire, Clément, Pierre, Tom**, sans oublier **Elisa, Lea, Bertille**. Merci pour les discussions bagnoles, les soirées et nouvel an passés ensemble !

A la **team Piliers de Bar, Camille, Cécile, Mélanie, Fanny, Emma, Clara, Marion L, Audrenne, Caro, Marine, Sophie, Pierre**, Merci à tous, plutôt toutes, pour ce semestre aux urgences ! Pour ces apéros, pour les gardes de chats, pour les 160 messages en un heure de cours, pour les RCP Whatsapp... Merci de partager tous ces moments de joies !

A la **team gynéco Ajaccio : Sandra, Hélène, Charles, JF, Pauline** ! Merci pour ce semestre, vous avez été de super co-internes, j'espère que ma mère ne vous manque pas trop, ou ce magnifique surnom de Jean-Kev non plus ! A **Axelle, Émilie, Coline, Lisa, Laulau**, Merci de m'avoir fait passer un semestre formidable en Corse !

A la **team Trop d'apéro d'Ajaccio**, aussi connu sous le nom de **Massilia on the Rock : Pauline, Charles, Célie, Flo, JF, Mathilde, Mellie, Oriane, Laétitia, Alan** ! La liqueur de myrte aura été une très bonne découverte, j'aurai même découvert qu'un de ses effets secondaires est de chanter « il pleut bergère » dans une piscine. Ce fut un grand plaisir de découvrir La Corse avec vous, et vous revoir sur le continent a toujours un petit gout du maquis.

A **Pierre Rioux et Dior**, merci pour vos nombreux accueils à Paris ! Merci d'avoir accompagné Laure dans l'aventure de la Sainté Lyon ! Promis on retournera prendre des glaces à Draguignan avant un concert de Mickael Jones !

A **Dr. François DUFOUR**, Merci pour la découverte du village de la Cadière d'Azur lors de ce SASPAS, de m'avoir montré l'étendue des gestes réalisables en médecine générale, de m'avoir fait confiance et de m'avoir confié ta patientèle. Je te suis extrêmement reconnaissant pour ces 6 mois, pour ta bonne humeur, ton humour, mais aussi ton professionnalisme. Tu m'auras permis de faire connaissance avec ma future associée, **Dr. Marine SIBLOT**, ainsi que **Dr. Mathilde GARCIA THEIL**. Je suis honoré de pouvoir prendre ta suite d'ici quelques temps. **Marine**, merci de m'accueillir à bras ouvert dans ce projet de création de maison médicale. **Mathilde**, merci pour tes précieux conseils lors de la rédaction de ce travail.

A **Dr. Nicolas ZELLER**, Merci pour ces 6 mois de stage. Merci d'avoir poursuivi ma formation clinique et sémiologique, de m'avoir initié à la consultation non programmée, de m'avoir ouvert l'esprit sur différentes techniques médicales. Ta vision de l'équilibre pro-perso va m'être importante dans les années à venir ! J'ai bien compris que le Wing-foil était le sport d'avenir sur le littoral varois !

A **Dr. Ketty AUGIER-REILLER**, Merci pour ces 6-7 mois, et ces quelques remplacements. Tu ne le sais peut-être pas mais c'est pendant un de tes rempla que nous avons trouvé notre maison. Merci pour m'avoir transmis tes connaissances et ton savoir être avec les patients. Je pense qu'il est obligatoire de te remercier pour ces visites faites en scooter avec toi, surtout celle faite par temps de tempête marseillaise ! Je m'en souviendrai toute ma vie.

Merci à tous de m'avoir conseillé et guidé durant ces années, et de me permettre de devenir l'homme et le médecin que je suis aujourd'hui.

Summary

Title: Influence of medical exercise's structure on the city's emergency management capacity.

Introduction: The saturation of emergency services was an unavoidable subject in 2012-2020. Numerous papers have been published in the mainstream and specialized press. The French government has proposed the "Pacte de refondation des urgences" in order to contain and reduce saturation in emergency services. One of its missions is to reorganize the medical care of patients to avoid a systematic unscheduled examination in emergency services at the hospital. The literature is very sparse concerning the influence of medical exercise structure and their ability to treat relative emergencies in town medicine: the aim of this study was to carry out an audit of general practitioners and their practices.

Methods: This study has been carried with a descriptive cross-sectional quantitative methodology thanks to a Microsoft Form[®] survey sent by emails to doctors who agreed to participate in. A reminder was sent once a month to participants in case of no response to survey. The data registration timebox was from November 2020 to May 2021, each response has been anonymized after the extraction of results. The target population is composed by general practitioners from Bouches-du-Rhône or Var which an activity of patients following up.

Results: 97 responses were collected, with a response rate of 39,4%. The survey population was representative of the source population. 95% of the doctors are working in liberal medicine. Among them, 50 are working in a group structure and 42 in isolated structure. This study did not show any statistically significant difference between the different medical structures in the volume of patients monitored by doctors for a relative emergency. However, young practitioners are treating more patients for relative emergencies in comparison to older practitioners

Conclusion: The new medical structure proposed by the French Government, such as "MSP", would not increase the volume of patient received in unscheduled consultations by themselves. 80% of general practitioners already have an appointment organization in order to receive unscheduled patients for relative emergency. Will the coordination of exercise structure by the CPTS allow to optimize unscheduled consultation windows on a geographic area? And, will the CPTS be able to reduce the flow of patient in the emergency room?

KEY-WORDS: Emergency, Exercise structure, General practice, general practitioner, unscheduled care.

Liste des abréviations

AMELI : Assurance Maladie En Ligne.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

CdS : Centre de Santé.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé.

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels.

DAE : Défibrillateur Automatique Externe.

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

HPST : Hopital, Patients, Santé, Territoire.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

MSP : Maison de santé pluri-disciplinaire.

PDSA : Permanence de Soins ambulatoires.

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données.

SAS : Service d'accès au soin.

SAU : Service d'Accueil des Urgences.

WONCA : World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

I. Introduction

A. Contexte de l'étude.

1. La saturation des services d'urgences

Sujet incontournable dans la presse en 2019-2020 (1), avec la grève de son personnel, la saturation des services d'urgences a fait l'objet de nombreux écrits, débats et discussions. Qu'ils s'agissent de la presse spécialisée ou grand public, le manque de ressources humaines, financières ou matérielles dans les services d'accueil des urgences est systématiquement évoqué (2)(3)(4). Comme le montre l'article de Mme Claire GEORGES-TARRAGANO (4), différentes hypothèses permettraient d'expliquer ce phénomène en milieu hospitalier :

- En premier lieu, la mauvaise orientation des patients en l'absence de structure médico-sociale adaptée,
- Les épidémies saisonnières,
- Le manque de lits d'aval des urgences,
- La démographie médicale.

Comme le mentionne le rapport des sénateurs Mmes Laurence COHEN, Catherine GENISSON et M. René-Paul SAVARY « les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé » (5)(6), on constate une évolution des modes d'exercices de médecine libérale :

- Tendance au regroupement des professionnels de santé,
- Augmentation du temps partiel,
- Augmentation des consultations sur rendez-vous,
- Augmentation des délais de rendez-vous.

Ces changements d'organisations sont largement plébiscités par la nouvelle génération de médecins. Néanmoins ils ne permettraient pas de répondre à la demande de soins urgents (ou non programmés), malgré une activité soutenue de ces cabinets.

B. L'évolution de l'exercice de la Médecine Générale libérale

Dans son étude de thèse, Dr. Catherine MOUSSEL a montré une évolution de la perception et de la place du médecin généraliste au cours de l'histoire (7). Tout au long du précédent siècle, le rôle du médecin généraliste a considérablement évolué.

Au début du XXème siècle, le médecin généraliste était un médecin de famille, qui travaillait 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, assurant des soins sur une zone géographique large. Ce médecin généraliste faisait partie du cercle familial, connaissait tous les membres d'une même famille. A cette époque, le médecin adoptait une attitude paternaliste dans sa relation médecin-malade. C'était un médecin polyvalent surtout en campagne, capable d'assurer des actes de petites chirurgies, ainsi que des accouchements en même temps que le suivi de ses patients.

Dans les années 1970, les évolutions sociologiques telles que les séparations géographiques ou maritales remettent en cause la place centrale occupée par le médecin généraliste dans la famille (8). Les relations médecins-patients évoluent : l'attitude paternaliste des médecins envers leurs patients s'atténue et les patients commencent à développer un esprit critique vis-à-vis des médecins. De plus, les médecins cherchent à se regrouper afin d'organiser des tours de garde pour les nuits et les week-ends.

Avec la spécialisation de la Médecine Générale, le rôle et la perception du médecin généraliste évoluent. La World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) définit un médecin généraliste comme (9) « un médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie ». Il accepte aussi de coordonner les soins de ses patients, et présente un rôle de prévention. Cette définition de la médecine générale est reprise par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (10), et est inscrite dans le code de Santé Publique à l'article L. 4130.1 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) (11).

Le CNOM a réalisé en 2019 une étude sur les critères discriminants dans le choix d'installation des jeunes médecins (12). La population étudiée était composée

d'internes, de médecins remplaçants et de médecins installés. Cette étude révélait un fort attrait de la part des jeunes médecins pour les structures de groupe à proximité d'un complexe hospitalier et 72% des internes interrogés envisageaient une installation libérale (totale ou mixte) dans des cabinets de groupe. Enfin, la qualité de vie induite par le choix des horaires et/ou rythme de travail ressort comme facteur déterminant dans le choix du lieu et du mode d'installation des jeunes médecins.

C. La définition de l'urgence

Le Dr. E. LESIGNE a mis en évidence dans son étude de thèse que la définition de l'urgence est différente en fonction de la personne interrogée (13) :

- Pour le médecin urgentiste, la définition de l'urgence sera l'urgence engageant le pronostic vital et nécessitant une prise en charge immédiate.
- Pour le médecin généraliste, l'urgence est plutôt définie par une consultation non programmée interrompant son activité et générant une désorganisation du planning de consultation.
- Pour le patient, la définition de l'urgence est synonyme de la rapidité de l'action, sans forcément qu'il existe une notion de gravité médicale. La rapidité de la prise en charge est une des préoccupations premières (14).

En 1993, le Pr. Adolphe STEG a proposé une définition de l'urgence médicale du point de vue du patient comme « un phénomène qui touche la santé de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète le patient et son entourage » (15).

D. Les soins urgents ou consultations non programmés

1. Les structures d'exercice médical déjà existante, participant aux soins urgents

Pour obtenir une consultation urgente, les patients nécessitant un soin médical urgent ont plusieurs possibilités. En dehors des services d'accueil des urgences (SAU), ils peuvent consulter dans les cabinets médicaux, individuels ou de groupe, assurant leur suivi habituel. De manière générale, les médecins de ville y exercent en libéral. Cependant devant l'accroissement des déserts médicaux, des municipalités ont aussi décidé de proposer des contrats salariés à des médecins (16).

Les patients peuvent également avoir recours à la permanence de soin ambulatoire (PDSA) : il s'agit d'un dispositif de prise en charge des patients nécessitant des soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture classiques des cabinets médicaux. Ces permanences de soins peuvent être en lien avec le centre de réception et de régulation des appels du SAMU (CRRA centre 15). La PDSA est gérée de manière autonome, et est régie par un planning de garde validé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Les patients peuvent aussi être orientés vers des maisons médicales de garde, à proximité ou non d'une structure hospitalière, ou vers le cabinet du médecin de garde (17). Les médecins participant à la PDSA perçoivent une rémunération spécifique (18)(19).

Enfin, les patients peuvent se tourner vers des structures ou organismes ne réalisant que des soins non programmés comme SOS Médecin, association très connue, qui réalise des visites à domicile et propose des permanences dédiées aux consultations non programmées. Bien que moins connues, certaines structures libérales d'exercice groupé et établissements privés à but lucratifs se concentrent exclusivement à l'accueil des soins non programmés (5).

2. L'organisation de l'urgence dans le planning d'un médecin généraliste

La plateforme Doctolib® a réalisé en 2017 une étude sur l'activité des médecins généralistes (20). Sur la base de ses données, elle a pu mettre en évidence que les médecins généralistes sont les médecins qui, individuellement, réalisent le plus de consultations quotidiennes, avec en moyenne 22 consultations par jour et par médecin. Cela représenterait sur le territoire un volume de 2.000.000 de consultations par jour en médecine générale. Toujours sur la base des données Doctolib®, 19% du planning d'un médecin généraliste est consacré à des consultations d'urgences, soit 380.000 consultations non programmées par jour.

3. La réorganisation des soins non programmés

Pour répondre à la problématique de saturation des urgences, l'État a mis en place en Septembre 2019, un plan d'aide pour la restructuration des services d'urgences de 750 millions d'euros : « Le pacte de refondation des urgences » (21). Parmi les douze mesures (Annexe 1) de ce plan, cinq concernent l'organisation des

soins de ville en amont des urgences, et deux concernent plus spécifiquement les médecins libéraux de premier recours.

En parallèle de ce plan, la ministre de la santé Mme Agnès BUZIN a demandé un rapport (22) concernant le pacte de refondation des urgences afin « de traiter en profondeur la question des urgences et de trouver des solutions durables ». Les grandes idées de ce rapport, dont certaines sont déjà en cours d'application, sont la création d'organisations de coordination d'un territoire via :

- La création de multiples Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS),
- La création de Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) ou de centre de santé (CdS).

Ces structures permettraient de mettre en place un Service d'Accès aux Soins (SAS), pour répondre à des demandes de consultations considérées comme urgentes par les patients sur tout le territoire.

E. Justification de l'étude

Ces différents rapports et plans réalisés par l'État vont dans le sens d'une réorganisation des relations entre les médecins. Ils prônent la constitution de structures d'exercices coordonnés pour répondre à la demande de soins non programmés et considérés comme urgents par le patient. Cette réorganisation doit intégrer les structures d'exercices déjà existantes. Mais peu d'études s'intéressent à la capacité de gestion en volume des urgences relatives (ou consultations non programmées) en fonction de la structure d'exercice du médecin.

Pour évaluer l'efficacité des structures réalisant des soins de suivi dans la gestion des soins urgents, il est nécessaire d'en étudier les différentes caractéristiques (de manière non exhaustive) : méthodes de gestion des urgences des praticiens, caractéristiques du praticien, cabinet isolé ou de groupe, exercice libéral ou salarié, proximité ou non d'un centre hospitalier, équipement en matériel de santé diagnostique ou thérapeutique. L'étude de ces caractéristiques permettra de réaliser un état des lieux de ces structures, de les classer et d'éventuellement identifier un

profil de structure plus à même d'absorber un volume important de patient nécessitant un soin urgent.

F. Les objectifs de cette étude :

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un audit des médecins de ville et des structures dans lesquelles ils exercent à propos de la gestion des urgences. L'étude a été réalisée sur le territoire des Bouches-du-Rhône (13), et du Var (83) et se focalise sur les médecins réalisant un suivi au long cours de patients.

L'objectif secondaire est de rechercher des facteurs pertinents qui seraient associés avec la capacité de gestion des urgences relatives n'engageant pas le pronostic vital, ou des consultations non programmées.

II. Méthode

A. Le type d'étude

L'étude réalisée était une étude quantitative descriptive transversale.

B. Critères d'inclusions et d'exclusions

Les critères d'inclusion de cette étude étaient :

- Exercer en tant que médecin généraliste ou omnipraticien installé.
- Exercer dans le département des Bouches-du-Rhône (13) ou dans le Var (83).
- Prendre en charge des patients sur le long cours, c'est-à-dire prendre en charge des patients présentant des pathologies chroniques et en assurer le suivi.

Les critères de non-inclusion de l'étude étaient :

- Les praticiens réalisant exclusivement des remplacements.
- Les praticiens exerçant uniquement dans des structures de consultations non programmées type SOS-médecin, ainsi que les médecins exerçant uniquement dans des structures d'accueil des urgences d'hôpitaux.

C. Le questionnaire :

Un questionnaire de 37 questions a été réalisé avec le logiciel Microsoft Forms®, (Annexe 2). Le questionnaire a été testé avec l'aide de confrères médecins, pour un temps de réponse moyen de 8 minutes. Le questionnaire n'a plus été modifié après le début des inclusions.

Le questionnaire se était constitué en quatre parties permettant de /d' :

1. Identifier le répondant en recueillant son adresse électronique.
2. Connaître les données démographiques du médecin et de sa structure d'exercice.
3. Identifier les méthodes de prises en charge des urgences non vitales.
4. Identifier les méthodes de prises en charge des urgences vitales

D. La population source :

Un site en open-source (23) se basant sur les données de l'assurance maladie au 1^{er} Janvier de l'année en cours, nous a permis d'obtenir une liste des 2999 médecins généralistes exerçant dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Var, sous la forme d'un tableau Excel[®].

E. L'échantillon :

A l'aide de l'outil de calcul du site SurveyMonkey[®](24), le nombre de réponses nécessaires a été calculé à 94, pour un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de représentativité de la population source de 10%.

D'après la littérature, le taux de réponses dans une population équivalente à celle étudiée est de 30% (25). Un autre article publiait un taux de réponses par mail pouvant osciller entre 20 et 30% en population générale. Nous avons donc décidé d'estimer le taux de réponses selon l'hypothèse la plus pessimiste, soit 20%. La liste de diffusion ou population à interroger devait donc comprendre 470 praticiens.

F. La diffusion du questionnaire et le recueil de données :

A l'aide de la fonction ALEA du logiciel Microsoft Excel[®], une sélection aléatoire de 470 praticiens parmi les 2999 praticiens extraits a été réalisée. Chaque praticien a été contacté par téléphone sur le numéro disponible sur le portail annuaire santé ou sur Google[®] pour obtenir un accord de principe de réponse au questionnaire. Dans le même temps, il était demandé de communiquer leur adresse électronique afin de pouvoir transmettre le questionnaire.

Les adresses électroniques devaient permettre d'effectuer un suivi des répondants. Une relance mensuelle a été effectuée pour les praticiens ayant donné leur accord de principe de réponse. Cette relance mensuelle a été effectuée jusqu'à obtention du nombre de réponses requises.

G. L'évaluation et la description des données :

Les réponses données ont été anonymisées dès l'extraction du fichier Excel[®] depuis le logiciel Microsoft Form[®], en supprimant les adresses mails, et en réalisant

une copie du fichier après suppression. Le fichier initial a été supprimé après la réalisation de l'anonymisation des réponses.

1. La description des données

Le logiciel EasyMedStat® en ligne a été utilisé afin de réaliser une étude descriptive et analytique des données obtenues.

2. Les tests statistiques utilisés

Pour répondre à l'objectif secondaire de cette étude, les différents tests statistiques ont été réalisés en ligne avec le logiciel BiostaTGV®. Les tests statistiques réalisés sont :

- Le test de Kruskal-Wallis (échelle quantitative) pour analyser l'association entre variable qualitative ordinale indépendante avec une variable quantitative.
- Le test de Student pour analyser l'association entre une variable qualitative ayant 2 groupes avec une variable quantitative.
- Le test de Chi-2 pour analyser l'association entre une variable qualitative indépendante avec une variable qualitative nominale.
- Le test exact de Fischer pour analyser l'association entre deux variables qualitatives nominales.

Le risque alpha est défini à 5%. Donc une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative.

H. Aspect législatif et éthique

1. Loi Jardé

L'étude n'impliquant pas la personne humaine, au sens de la loi Jardé (26), il n'a pas été nécessaire de réaliser une demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes.

2. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Les données étant anonymisées de façon irréversible, l'étude est en dehors du cadre de la Loi Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (27), et ne nécessite pas de démarche auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

III. Résultats

A. Taux de réponses au questionnaire

Les envois du questionnaire ont été faits du 21 Novembre 2020 au 18 Mai 2021, sur une période de 6 mois. La dernière réponse au questionnaire a été enregistrée le jeudi 27 Mai 2021. Il y a eu quatre-vingt-dix-sept répondants au questionnaire.

Parmi les quatre-cent-soixante-dix médecins de la population à interroger, les contacts de trois-cent-trente-six médecins ont été recherchés.

Quatre-vingt-dix médecins n'ont pas pu être joint :

- Soixante-neuf médecins n'ont pas répondu aux appels (deux fois de suite et deux jours différents), avait un numéro non attribué, ou bien il était impossible de retrouver leur numéro sur une recherche GOOGLE, page jaune, ou annuaire AMELI.
- Vingt-et-un médecins étaient à la retraite ou étaient en cessation d'activité. La retraite ou cessation d'activité a été vérifiée sur le site société.com®.

Deux-cent-quarante-six médecins ont pu être joints soit directement soit via leur secrétariat téléphonique :

- Cent-soixante-quatre médecins ont donné leur accord à l'oral pour répondre au questionnaire en me transmettant leurs coordonnées mails.
- Quarante-trois médecins ne m'ont pas recontacté malgré un premier contact auprès de leurs secrétariats.
- Trente-neuf médecins ont refusé de répondre soit directement, soit via leur secrétariat.

Parmi les deux-cent-quarante-six médecins qui ont pu être contactés, quatre-vingt-dix-sept médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 39,4%.

Le temps de réponse moyen au questionnaire était de 11 minutes et 33 secondes.

B. État des lieux

1. Description des médecins ayant répondu au questionnaire

Parmi les répondants trente-cinq (36,1%) étaient des femmes, et soixante-deux (63,6%) étaient des hommes.

La moyenne d'âge des répondants était de 52,4 ans (IC 95% = 50,0 – 54,8). La médiane d'âge des répondants était de 56 ans. Le plus jeune médecin ayant répondu au questionnaire était âgé de 29 ans, le plus âgé avait 79 ans.

En moyenne, les médecins étaient installés depuis 21,9 ans [19,4 – 24,5]. La durée médiane d'installation était de 26 ans. La plus longue installation retrouvée était de 49 ans.

Les médecins ayant répondu au questionnaire réalisaient en moyenne 26,6 consultations par jour [25,0 – 28,1], avec une médiane à 25 consultations par jour.

Trente-sept (38%) médecins interrogés travaillaient 7 à 8 demi-journées par semaine, 38 (40%) travaillaient 9 à 10 demi-journées par semaine.

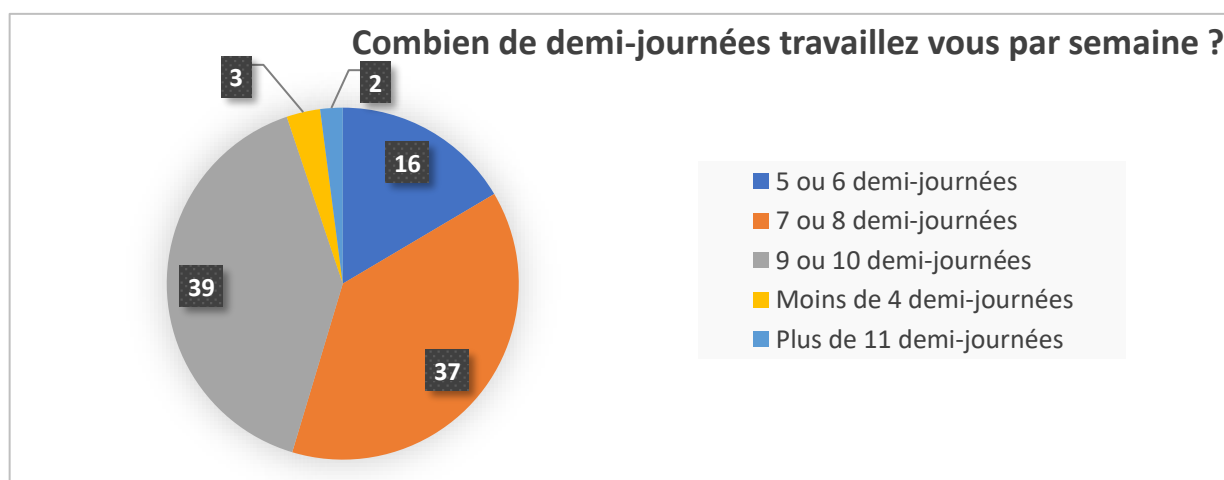


Figure 1 : Effectif des médecins en fonction du nombre de demi-journées travaillées.

2. Situation géographique des structures d'exercice des répondants.

Cinquante-quatre médecins (56%) exerçaient dans un territoire urbain, treize (13%) médecins exerçaient en zone rurale et trente (31%) exerçaient en zone semi-rurale.

En moyenne, les structures d'exercice médical se situaient à 14,2 minutes [12,6 – 15,9] d'un service d'accueil des urgences (SAU). La structure la plus éloignée d'un service d'accueil des urgences se situait à 42 min d'un SAU. Soixante-sept (69%) médecins ayant répondu se situaient à moins de 20 minutes d'un SAU. Huit médecins (8%) se trouvaient à plus de 30 minutes d'un SAU.

En réalisant des classes de temps (0-20 minutes, 21-30 minutes, plus de 31 minutes) sur le temps de route vers un SAU, le test de Kruskal-Wallis a montré une association statistique ($p < 0,0001$) entre le temps de route vers les urgences et la situation géographique du cabinet.

3. Mode d'exercice des médecins

Quatre-vingt-douze médecins (95%) interrogés travaillaient en tant que médecins libéraux. Cinq médecins étaient salariés. Parmi ces cinq médecins, trois travaillaient dans des structures de groupe sans contrat avec l'État, et deux travaillent dans des structures d'exercice médical isolé (Figure 2). Aucun des médecins répondants ne travaillait en tant que médecin salarié d'une structure d'exercice de soin coordonné (type MSP, CdS) ayant un contrat avec l'État.

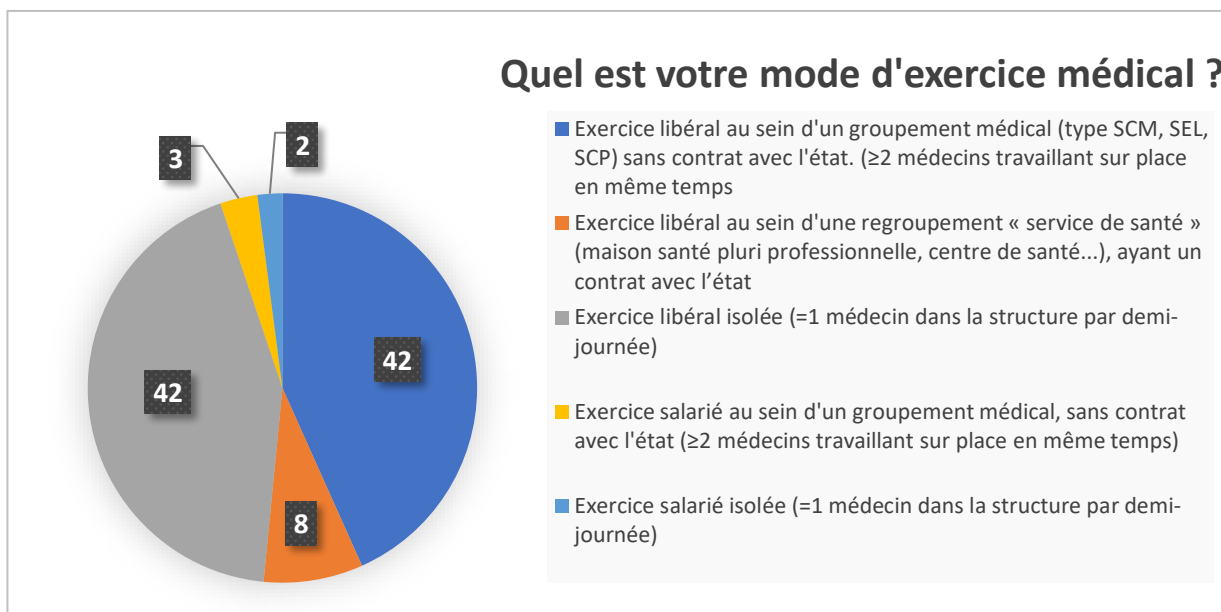


Figure 2 : répartition des modes d'exercices des médecins ayant répondu à l'étude

Cinquante-trois (54,6%) médecins ont répondu travailler dans des structures ou plus de deux médecins peuvent exercer simultanément. Dans ces structures de groupe, en moyenne 3,1 [2,7 – 3,4] médecins pouvaient exercer en même temps. Parmi eux, cinquante et un (96,3%) répondants déclaraient que la file active de patients est homogène au sein de leur structure d'exercice de groupe.

Quatre-vingt-six (89%) médecins réalisaient des visites aux domiciles de leurs patients, et quarante-trois (44%) médecins communiquaient leur numéro de téléphone personnel à leur patient. La réalisation d'un test exact de Fischer ne retrouvait pas d'association entre le fait de réaliser des visites au domicile des patients et le fait de communiquer le numéro de téléphone personnel, $p=0,75006$.

Trente (31%) médecins interrogés faisaient partis d'un réseau de permanence de soin.

4. L'accueil des patients

a) La prise de rendez-vous

Quarante-neuf (50%) médecins interrogés avaient un secrétariat sur leur lieu d'exercice, joignable soit physiquement soit par téléphone pour la prise de leur rendez-vous. Vingt-trois (23%) médecins avaient opté pour un secrétariat délocalisé, et vingt-

deux (22,6%) médecins ont une prise de rendez-vous uniquement par internet. (Graphique 4)

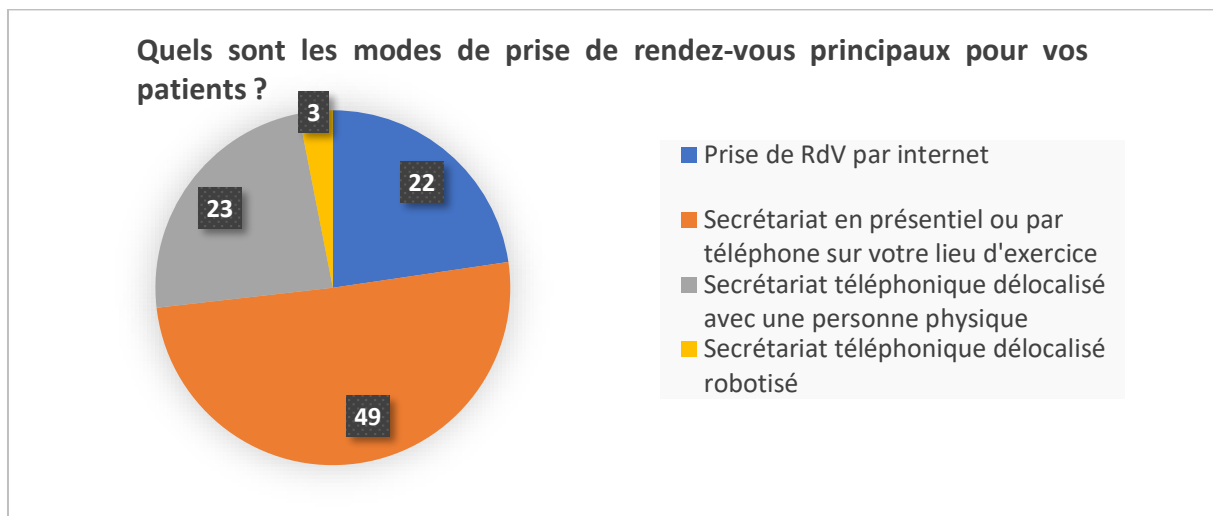


Figure 3: répartition des effectifs des modalités de prise de rendez vous

b) Les créneaux de consultations

Quarante-cinq (46,4%) médecins interrogés prévoient des créneaux de consultations urgentes dans leur plage de consultations, et seize (16,5%) médecins faisaient une alternance de plages de consultations programmées et de consultations non programmées. Quinze (15,5%) médecins recevaient leurs patients uniquement en consultation non programmées. Vingt-et-un (21,6%) répondants déclaraient ne prendre que des rendez-vous programmés, sans avoir de créneau ouvert pour les consultations non programmées.

De manière générale, dans votre exercice médical, vous travaillez :

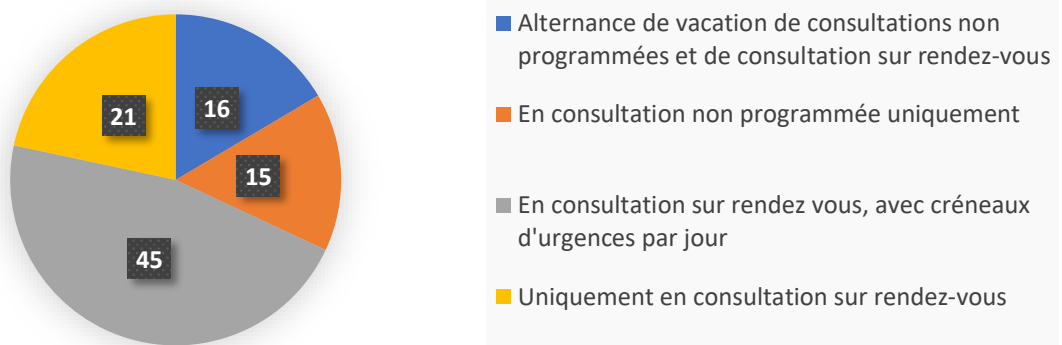


Figure 4 : Répartition des effectifs des organisations des créneaux de consultations

c) Assistance au médecin.

Soixante-sept (69%) médecins avaient une secrétaire ou une assistante médicale sur place qui serait en mesure de surveiller un patient nécessitant un transfert aux urgences dans l'attente d'un transport.

5. Les formations et activités annexes des médecins.

Parmi les médecins interrogés :

- Douze avaient un diplôme de traumatologie et de médecine du sport.
- Six avaient la capacité de Médecine d'Urgence.
- Deux étaient médecins correspondant du SAMU.
- Onze avaient suivi au cours de leur carrière, des formations concernant les urgences en cabinet de médecine de ville.
- Un médecin avait suivi une formation concernant les brûlures.
- Soixante-six médecins n'avaient pas suivi de formation ayant de relation avec la gestion des urgences en plus de leur cursus universitaire. Six médecins déclaraient avoir suivi des diplômes universitaires spécifiques comme la capacité de gériatrie, ou le diplôme interuniversitaire de gynécologie.

Parmi les médecins interrogés 23 (24%) avaient fait des vacations dans un service d'accueil des urgences. Un (1%) seul médecin réalisait encore des vacations dans un service d'urgence lors de la diffusion du questionnaire.

6. L'équipement du cabinet médical

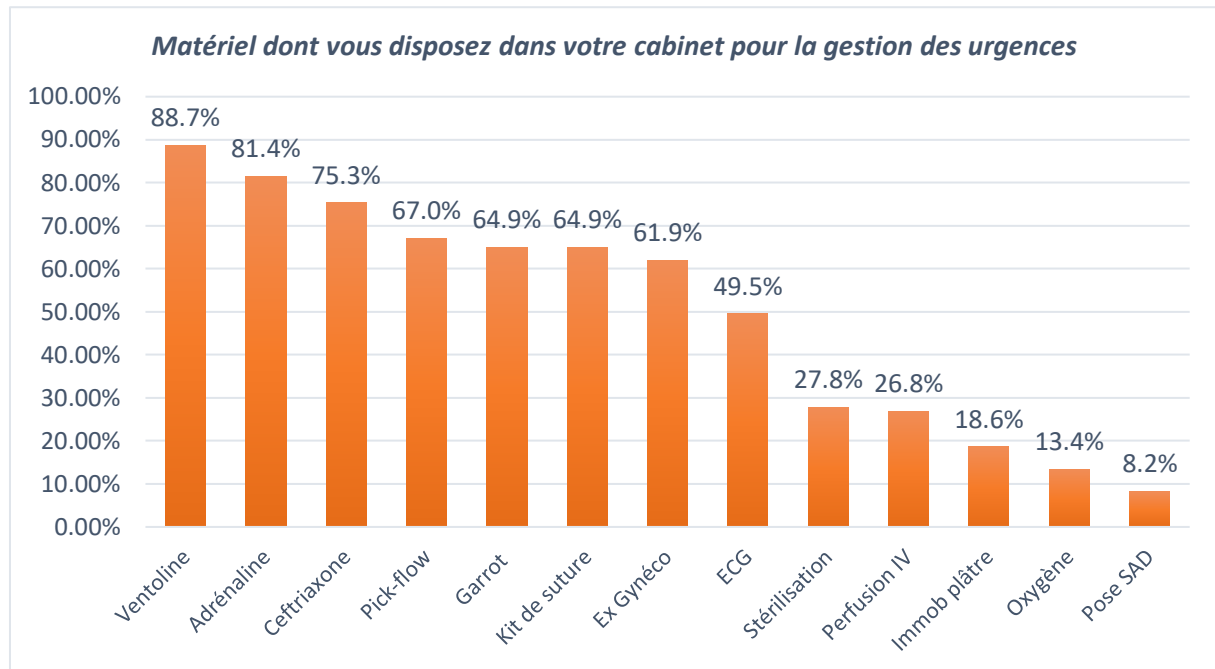


Figure 5 : Proportion des équipements présents dans les cabinets des médecins ayant répondu.

C. Les urgences non vitales des cabinets de ville

1. Le volume de patients

De manière déclarative, cinquante-sept (59%) médecins recevaient moins de 10 patients par mois pour des consultations d'urgences non vitales, ou consultations non programmées. Dix (10%) médecins recevaient plus de 50 consultations d'urgences non vitales, ou consultations non programmées, en un mois.

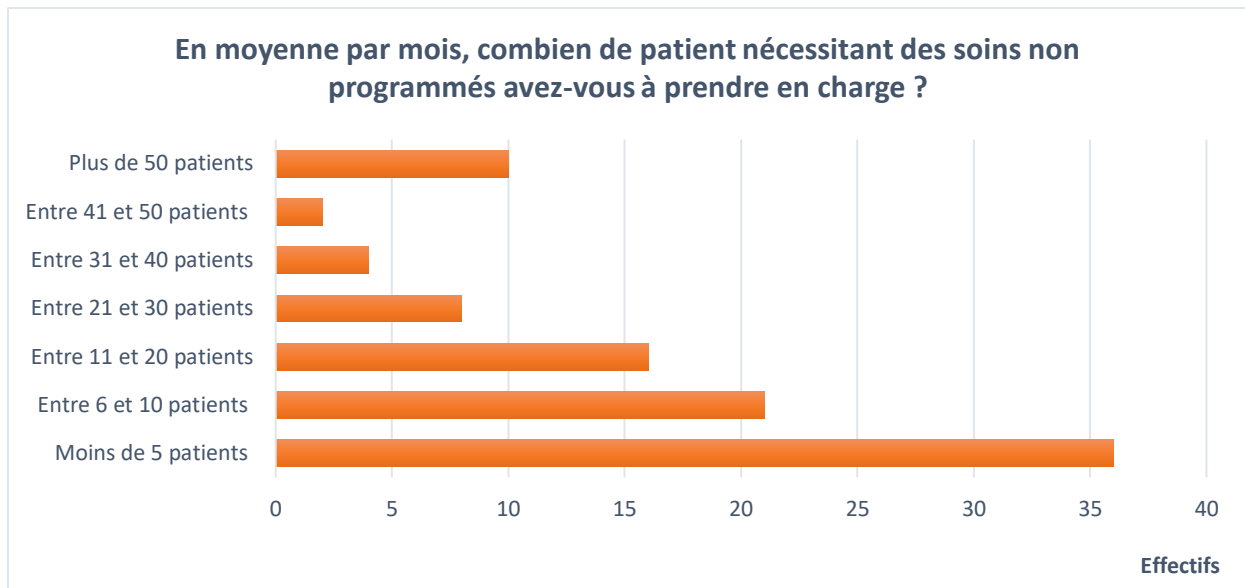


Figure 6 : Effectif cumulé du volume de patients nécessitant des soins non programmés en lien avec une pathologie urgente n'engageant pas le pronostic vital

Parmi les médecins interrogés, 73 (75,3%) réalisaient des soins urgents directement à leur cabinet.

2. La régulation des appels pour consultation de patient se disant urgents

En cas de régulation d'un appel téléphonique d'un patient par le médecin généraliste, dans 92% des cas ce patient serait vu par ce même médecin, soit par une consultation au cabinet, soit par une visite à domicile du patient.

Dans 8% des cas, le patient serait transféré aux urgences :

- Soit après l'appel du SAMU centre 15 par le médecin ou le patient,
- Soit directement après l'appel au médecin.

Aucun des médecins interrogés déclarait ne pas recevoir d'appel de patient se disant urgent du fait de l'organisation de son cabinet.

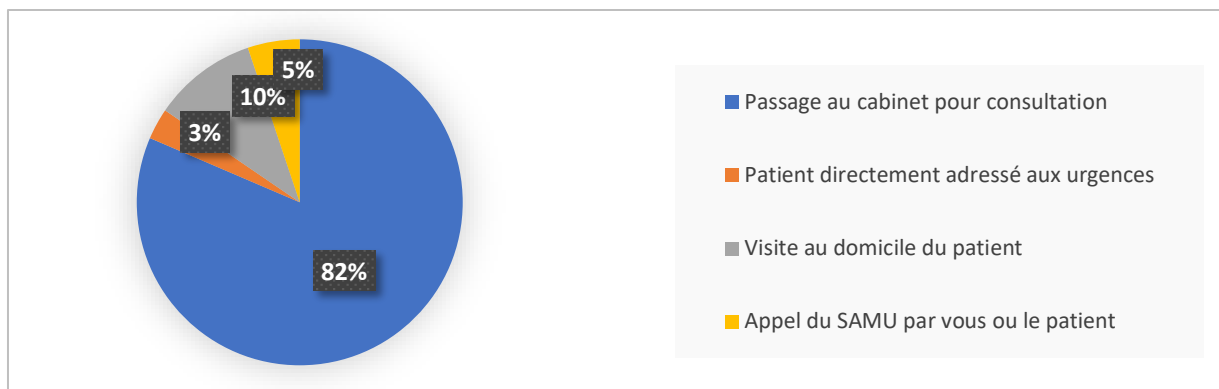


Figure 7 : Mode de prise en charge des patients nécessitant une consultation non programmée relative à un soin urgent n'engageant pas le pronostic vital à la suite d'une régulation d'un appel téléphonique par le médecin.

Quinze médecins (15,4%) déclaraient avoir eu une formation à la régulation des appels téléphoniques que ce soit au cours de stage d'internat, lors de DPC ou autre. Quatre-vingt-deux médecins interrogés (84,5%) n'ont jamais eu de formation concernant la régulation des appels.

3. La présentation des patients dans la structure de soin

Pour cinquante-trois médecins (54%), les patients se présentaient de manières spontanées dans la structure de soins.

Chez quarante-deux médecins (43,3%), les patients se présentaient après avoir eu un appel téléphonique auprès de la secrétaire de la structure de soin.

Un médecin (1%) déclarait recevoir les patients adressés par le SAMU centre 15, et un médecin déclarait recevoir les patients nécessitant une consultation non programmée après l'avoir vu en téléconsultation. Il est présenté le récapitulatif dans la Figure 8.

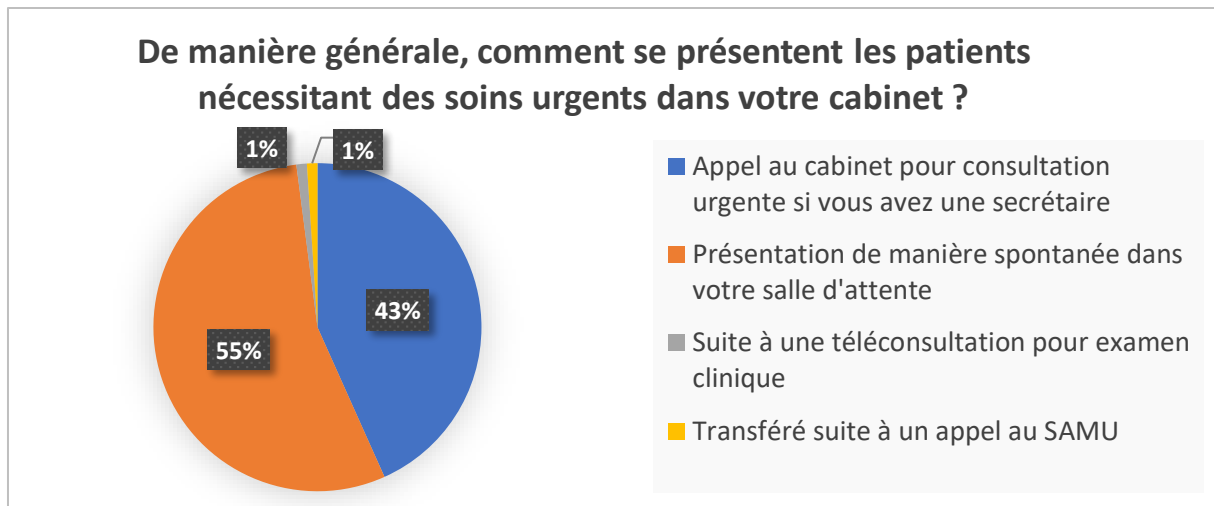


Figure 8 : Répartition des effectifs selon les modalités de présentation de patients nécessitant un soin en urgence relative

4. La gestion des patients se disant urgents

Lors d'une consultation non programmée et dans le cas où le pronostic vital du patient n'était pas engagé :

- Trente-six (37,1%) médecins essaient de réaliser une prise en charge en ambulatoire, soit en entamant une thérapeutique sans avis spécialisé, ou bien en contactant un spécialiste pour une coordination de prise en charge.

- Soixante et un (62,8%) médecins déclarent transférer leurs patients aux urgences. Parmi eux, il existe plusieurs manières de gérer ces situations :

- Certains transfèrent leurs patients aux urgences après avoir initié une thérapeutique.
- D'autres transfèrent leurs patients aux urgences avec une ambulance, d'autres par les propres moyens du patient.

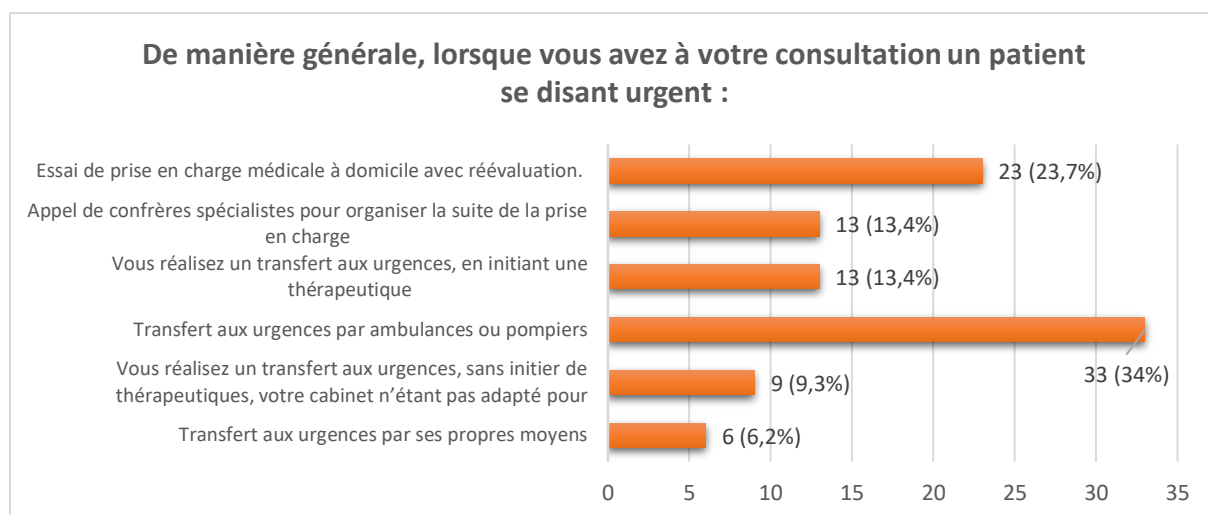


Figure 9 : Modalité de gestion des urgences relative en fonction des praticiens interrogés.

5. Les types d'urgences gérés en cabinet de ville

Dans le tableau 1, sont listées les différentes catégories d'urgences médicales que les médecins généralistes déclaraient avoir l'habitude de prendre en charge :

De manière générale, quelles sont les urgences que vous avez l'habitude de prendre en charge :	Effectif	Pourcentage
<i>Infectiologie</i>	87	89,7
<i>Urologie</i>	83	85,6
<i>Petite traumatologie</i>	79	81,4
<i>Brûlure</i>	69	71,1
<i>Gynécologie</i>	33	34
<i>Cardiologie</i>	9	9,3
<i>Pneumologie</i>	3	3,1
<i>Digestif</i>	4	4,1
<i>Psychiatrie</i>	3	3,1
<i>Neurologie</i>	1	1
<i>Dermatologie</i>	1	1
<i>Toutes les urgences non vitales</i>	1	1

Tableau 1 : Panel des différentes urgences gérées en cabinet par les médecins généralistes de ville

6. Les cotations des urgences

Quatre-vingt-un médecins (83,5%) déclaraient ne pas connaître les cotations CCAM des différentes urgences qui se présentaient à leur consultation.

D. La gestion des urgences vitales dans les cabinets de ville

1. Le volume de patients

Dans la figure 8 est présenté le volume de patients présentant une pathologie engageant le pronostic vital que les médecins avaient à gérer par an, en moyenne depuis leur installation.

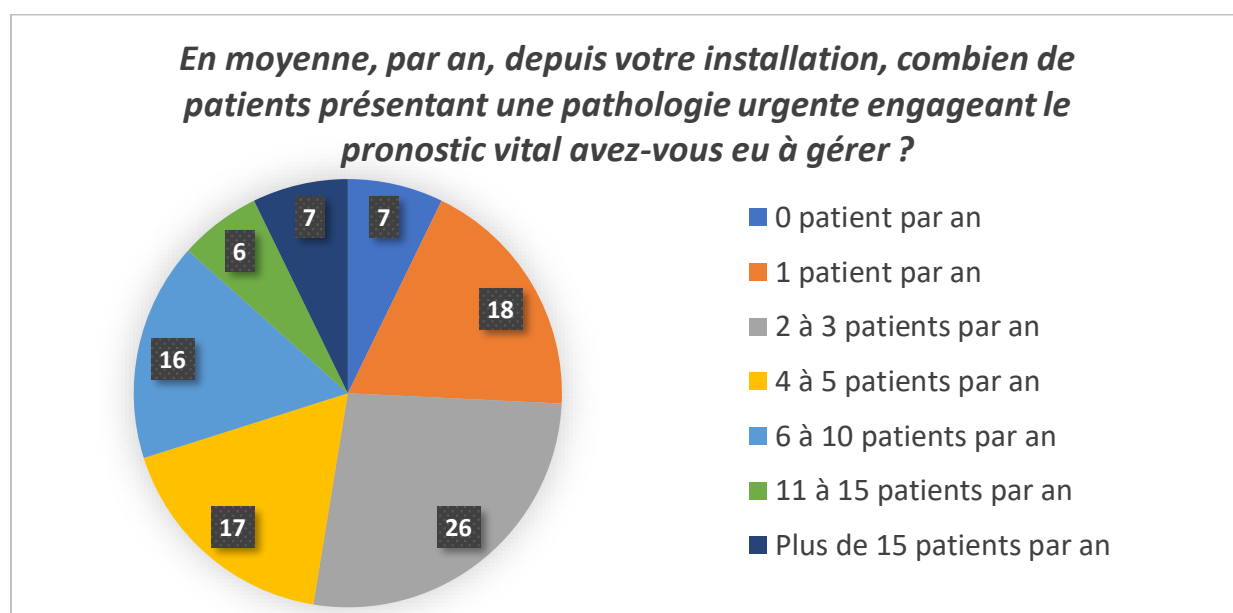


Figure 10 : Effectif cumulé du nombre d'urgences vitales rencontrées en moyenne par an

2. La fréquence d'accueil des urgences vitales.

Quarante-neuf médecins (50,3%) déclaraient recevoir en moyenne une fois par an un patient présentant une pathologie urgente engageant le pronostic vital.

Trente-et-un médecins recevaient en moyenne un patient par mois présentant une urgence engageant le pronostic vital. Treize médecins (13,4%) déclaraient recevoir moins d'une fois par an un patient présentant une pathologie engageant le pronostic vital. Deux médecins recevaient une urgence engageant le pronostic vital

par semaine, et deux recevaient plus d'une urgence engageant le pronostic vital par semaine (figure 11)

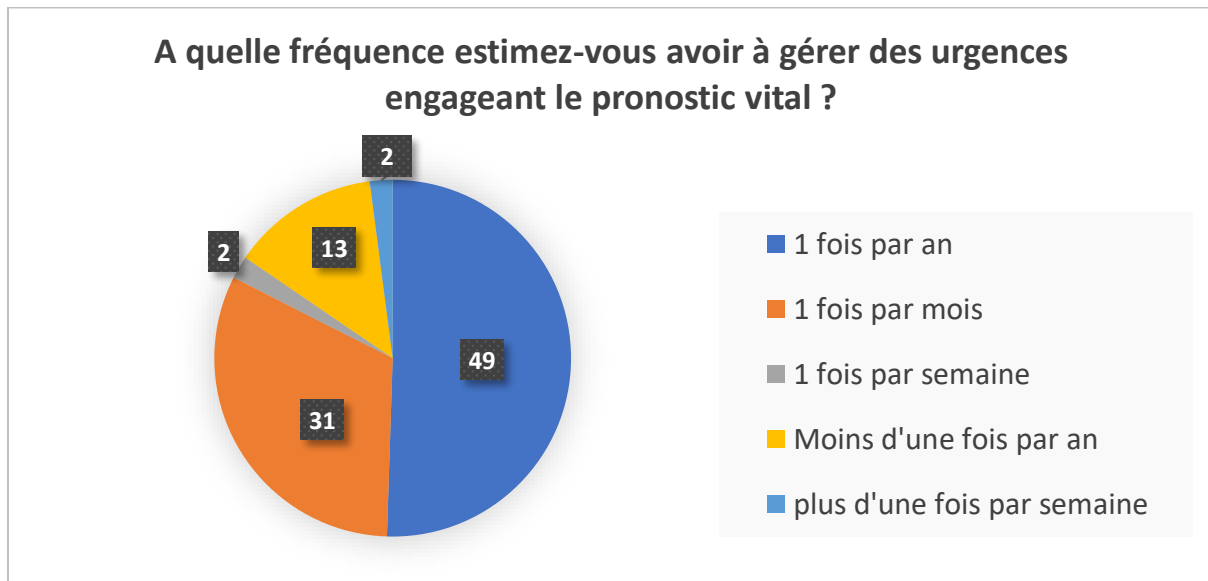


Figure 11 : Répartition des effectifs de fréquence de gestion d'urgences vitales par les médecins interrogés.

Durant les 12 mois précédant les réponses au questionnaire, 60 médecins (61,9%) déclaraient avoir eu à prendre en charge un patient présentant une pathologie urgente engageant le pronostic vital.

3. L'équipement du cabinet

Vingt-neuf médecins (29,9%) déclaraient que leur structure de soin était équipée pour réaliser un massage cardiaque externe. Et 11 médecins (11,3%) déclaraient que leur structure était équipée d'un défibrillateur externe automatique.

4. Le ressenti des médecins

Soixante-quatre médecins (66%) déclaraient ne pas être à l'aise avec la gestion et la prise en charge d'une urgence vitale.

Quatre-vingt-deux médecins (84,5%) déclaraient ne pas connaître les cotations d'une réanimation en cabinet.

E. Les facteurs pouvant être associés avec le volume de consultation en urgence relative

Il n'était pas possible de conclure à une association statistique ($p=0,97$) entre volume de consultations en urgences relatives (consultations non programmées) et la structure d'exercice du praticien.

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistique entre l'exercice au sein d'une structure isolé et l'exercice au sein d'une structure de groupe dans le volume de consultation pour des urgences relatives, $p=0,2003$.

Le test exact de Fischer n'a pas mis en évidence de différence significative entre ces sous-groupes en fonction du volume de consultations pour des urgences relatives n'engageant pas le pronostic vital.

Il existait une association significative ($p=0,00529$) entre le volume de consultations en urgences relatives (consultations non programmées) et l'âge du praticien. Le nombre de consultations non programmées ayant une prévalence plus élevée chez les médecins les plus jeunes.

Il existait aussi une association significative ($p=0,00386$) entre la durée d'installation et volume de consultation en urgences relatives (consultation non programmé) vu par le praticien. Les médecins s'étant installés récemment voyaient plus de patients présentant une pathologie en urgence relative n'engageant pas le pronostic vital.

Il existait une association statistique entre la distance d'un service des urgences et volume de consultation en urgences relatives (consultation non programmé, $p=0,0231$).

Il semblait exister une différence significative entre la localisation du cabinet et volume de consultations en urgences relatives (consultations non programmées), $p=0,00494$. Du fait d'un effectif trop faible dans certaine catégorie (inférieur à 5), les conditions de validité du test de Chi2 n'étaient pas remplies.

La réalisation d'un test de Kruskal-Wallis montrait une différence significative ($p=0,0141$) du volume de consultations en urgences relatives

(consultations non programmées) en fonction du temps de route d'un SAU. Les médecins gérants entre 20 et 50 consultations non programmés mensuels pour motif urgent n'engageant pas le pronostic vital se situait à plus de 15 minute des urgences.

Il n'existait pas de différence significative ($p=0,2020$) entre le nombre de consultations journalières d'un praticien et volume de consultations en urgences relatives (consultations non programmées).

Il n'existait pas de différence significative ($p=0,97198$) entre le mode d'accueil des patients chez le praticien (consultations non programmées, sur rendez-vous...) et volume de consultations en urgences relatives.

Il semblait exister une association entre le fait de faire partie d'une permanence de soin et volume de consultation en urgences relatives (consultation non programmé) vu par le praticien, $p=0,0417$. Cependant, du fait d'un effectif trop faible dans certaine catégorie (inférieur à 5), les conditions de validité du test de Chi2 n'étaient pas remplies.

IV. Discussion

A. Les principaux résultats de l'études confrontés à la littérature.

1. Le taux de réponses au questionnaire

Le taux de réponses au questionnaire était d'environ 40% des médecins ayant pu être joints. Ce taux de réponses est supérieur à celui escompté. Il existe plusieurs hypothèses pour expliquer un taux de réponses supérieur aux données retrouvées dans la littérature. La première est l'appel systématique des cabinets où exerçaient les médecins à interroger juste avant l'envoi du mail. La seconde est liée au respect strict de la méthodologie, par le renvoi mensuel du questionnaire aux médecins ayant donné leur accord de réponse, mais n'ayant pas encore répondu au questionnaire.

Il aurait été possible d'augmenter encore le taux de réponses au questionnaire en demandant systématiquement aux secrétaires de transmettre l'appel au médecin. Ceci n'a pas été fait pour ne pas interrompre les médecins dans leur exercice.

Le document utilisé pour extraire la population source comprenait un nombre non négligeable de médecin à la retraite lors de la diffusion du questionnaire. Cela peut être expliqué par la difficulté à trouver un document à jour des médecins exerçant dans les Bouches-du-Rhône et le Var. La loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (RGDP) (27), ne permettant pas aux différentes instances, que ce soit le CDOM, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), l'Agence Régionale de Santé (ARS) de communiquer les coordonnées mails ou personnelles des médecins exerçant sur leurs territoires de compétence. Les données en open source des médecins sont extraites annuellement, au 1^{er} Janvier, à partir des fichiers de l'annuaire santé de l'Assurance Maladie En Ligne (AMELI). La diffusion du questionnaire a donc débuté environ 11 mois après la réalisation de l'extraction de ces données, expliquant que l'on ait retrouvé vingt-et-un médecins à la retraite ou en cessation d'activité.

2. Caractéristiques démographiques de la population étudiée

Caractéristiques démographiques des groupes étudiés.	Population interrogée	Population source (Médecins des Bouches-du-Rhône et du Var)
Moyenne d'âge	52,4	52,3
Effectif des femmes	35	1284
Proportion de femmes et IC à 95%	36 [26,53 ; 45,64]	44 [41,91 ; 45,50]
Effectif des médecins généralistes de moins de 40 ans	20	401
Proportion des praticiens de moins de 40 ans, et IC à 95%	21 [12,57 ; 28,67]	14 [12,41 ; 14,89]
Effectif de médecins généralistes de plus de 60 ans	39	854
Proportion des praticiens de plus de 60 ans et IC à 95%.	40 [30,45 ; 49,96]	29 [27,43 ; 30,71]
Effectif total	97	2938

En se basant sur les données démographiques des médecins des départements des Bouches-du-Rhône et du Var, édité en 2015 par le CNOM (28), il n'est pas mis en évidence de différence entre la population source et la population interrogée.

La concordance entre les données démographiques de la population source et la population interrogée nous permet, avec un niveau de confiance de 90% et une marge d'erreur de 5%, d'extrapoler les résultats de la population interrogée à la population source.

3. Influence de la structure d'exercice

Cette étude n'a pas mis en évidence de différences dans la gestion des patients vus pour des urgences n'engageant pas le pronostic vital en fonction de la structure d'exercice des médecins. Il n'est pas non plus possible de conclure à une tendance

dans le type de structure permettant une augmentation de volume de consultations en urgence relative par médecin. Ces résultats ne permettent pas d'envisager de structures médicales à privilégier dans le futur pour accroître le volume de patients vus pour des urgences non vitales par médecin.

Cette étude n'a pas non plus mis en évidence de différence entre les structures d'exercice isolé et les structures de groupe dans leur capacité de gestion des urgences relatives n'engageant pas le pronostic vital. Au vu de ces résultats, l'augmentation du nombre des structures de groupe n'influerait pas sur le nombre d'urgences relatives vues par les médecins. Il ne semble pas intéressant de privilégier plus une structure d'exercice de groupe qu'une structure d'exercice isolée dans l'objectif d'augmenter le volume de consultations en urgence relative.

4. Influence du mode d'exercice

Il n'a pas été mis de différence significative dans le volume de patients vus en urgences relative pour des urgences non vitales par rapport au mode d'exercice (salaire ou libéral) du médecin. L'absence de significativité peut être due aux effectifs très différents entre les groupes. Les médecins salariés étaient au nombre de 5, pour 92 praticiens libéraux. Chez les médecins salariés, le maximum de consultations pour des urgences relatives était de 20 consultations par mois. Dix médecins libéraux déclaraient recevoir en consultations non programmées plus de 50 patients présentant une pathologie urgente n'engageant pas le pronostic vital. Il pourrait être intéressant de s'intéresser aux différences entre les médecins salariés et libéraux dans leur volume de consultations non programmées en urgences relatives.

Dans cette étude, 95% des médecins exerçaient sous le régime libéral. Dans une étude de 2021 s'intéressant à l'évolution de la démographie des professions médicales et pharmaceutiques (29), la DREES retrouvait une part de 65% de libéraux chez les médecins généralistes, ainsi que 15% de salarié, et 20% de salarié des hôpitaux chez les praticiens en médecine générale. Cet écart peut être expliqué par la sélection de la population étudiée, avec exclusion de certains praticiens, comme les praticiens exerçant uniquement dans des centres d'urgences médicales. Les médecins salariés, comme l'explique la DREES dans son article, peuvent aussi travailler dans des centres médico-sociaux, comme des établissements d'accueils

pour personnes âgées dépendantes, ou établissements pour personnes handicapées, mais aussi dans des centres de préventions. Cette population de médecins généralistes n'a donc pas été prise en compte dans notre recueil, ce qui explique la différence entre nos chiffres et ceux de la DREES.



Figure 12 : Répartition des modes d'exercices chez les médecins généralistes entre 2012 et 2021. Source DREES / les autres salariés sont des professionnels dont toutes les activités sont salariées, et au moins une en dehors de l'hôpital.

Dans cette étude, l'exercice de groupe était défini par la possibilité de travailler en même temps qu'un autre médecin généraliste, sur une même plage horaire de consultations. Cinquante-trois médecins travaillaient en exercice de groupe, soit 54,6% des effectifs.

Ces données sont concordantes avec une étude réalisée par le DREES (30) en 2019 s'intéressant aux médecins généralistes en France. Dans leur travail, il est mentionné que 57% (Figure 13) des praticiens interrogés travaillaient avec au moins un autre praticien spécialiste en médecine générale. Dans cette même étude, on retrouve un taux d'exercice isolé à 39% chez les médecins généralistes en France. Ce chiffre représente les médecins généralistes travaillant dans un local sans autre professionnels de santé. Quand on inclut les praticiens travaillant avec d'autres professionnels de santé (paramédicaux ou médecins spécialistes en excluant les médecins généralistes), on retrouve un chiffre d'exercice isolé de 43%. Ce chiffre est similaire à celui retrouvé dans notre étude (45%).

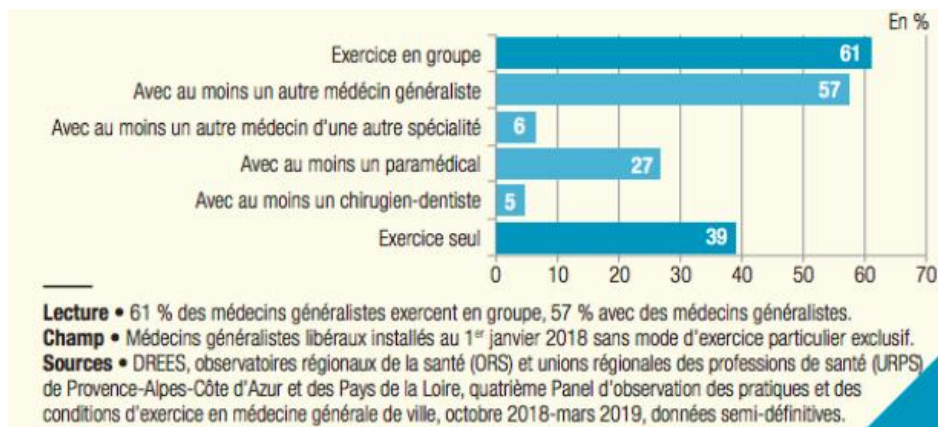


Figure 13 : répartition des médecins généralistes libéraux, selon les professionnels avec lesquels ils exercent

5. Age des médecins et durée d'installation

Cette étude a mis en évidence que le volume de patients vus en consultations non programmées pour des urgences relatives n'engageant pas le pronostic vital était statistiquement associé avec le fait d'être jeune médecin, et récemment installé. Il semble donc important pour la gestion des urgences relatives n'engageant pas le pronostic vital de travailler avec des médecins récemment diplômés, et d'avoir de nouveaux médecins de manière régulière dans les structures d'exercice de groupe afin d'accroître le volume de consultations non programmées pour des pathologies en urgence relative.

Je n'ai pas trouvé d'étude s'intéressant à la relation entre l'âge du praticien et le suivi de patient chronique, ou le volume de consultations non programmées. Une des hypothèses, qui semble assez logique est que les médecins en milieu ou fin de carrière ont une patientèle constituée et fidèle, remplissant les consultations programmées et ne laissant que peu de place aux consultations non programmées.

6. Localisation de la structure de soin.

a) *La répartition des médecins sur le territoire étudié*

Les territoires d'installations des médecins ne semblent pas avoir évolué sur la dernière décennie. En 2011, l'étude de M. DUMONTET (31) montrait qu'à l'échelle nationale : 50,9% des médecins exerçaient en territoire urbain, 35,6% exerçaient en banlieue, et 13,5% exerçaient en zone rurale. Ces chiffres sont similaires à ceux de

notre étude, et ne tendent pas à montrer une modification des zones d'installation des médecins.

Cette étude montrait que le temps de route jusqu'à un SAU était supérieur à 30 minutes chez 8% des médecins interrogés. Ces données sont concordantes avec l'analyse réalisée par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2017 (32), dans laquelle il est mis en évidence que 11% de la population des Bouches-du-Rhône se trouvent à plus de 30 minutes de route d'un SAU.

Comme nous pouvions le supposer, les médecins travaillant en zone rurale se situent à un temps de route plus important des urgences que les autres. Cette donnée a été confirmée par la réalisation d'un test de Kruskal-Wallis ($p < 0,0001$), retrouvant une association statistique entre ces variables.

b) La distance d'un SAU.

La distance d'un service d'accueil des urgences est une variable qui est ressortie comme significativement associée avec un volume plus important de consultations non programmées pour une pathologie urgente n'engageant pas le pronostic vital. Le test de Kruskal-Wallis, montre que les médecins gérants entre 20 et 50 consultations non programmées mensuelles pour motif urgent n'engageant pas le pronostic vital se situent à plus de 15 minutes des urgences. Pour les médecins recevant plus de 50 consultations non programmées pour des urgences relatives, le test ne montre plus de significativité. En réalisant des groupes (0 ;10, 11 ;20, >20 min) dans la variable de temps, puis en réalisant un test exact de Fischer, on retrouve également une association significative entre le temps de route d'un service des urgences et le volume de consultations non programmées pour urgence relative.

Il est possible que ces résultats ne soient pas dûs au médecin ou à sa structure, mais aux habitudes des patients qui, face à la proximité d'un SAU, préfèrent aller dans ce type de structure plutôt que de consulter leur médecin généraliste. L'étude de Dr. Laure MEUNIER de 2009 confirmait cette hypothèse (33). Dans son étude, 49,7% des patients ayant répondu à son questionnaire s'étaient présentés au SAU du fait de la proximité avec celui-ci, et 71,9% d'entre eux habitaient à proximité des urgences. L'étude réalisée en 2018 par le Dr. Maxime BONNET (34) ne retrouvait pas de

différence statistiquement significative entre la distance d'un SAU et la consultation au SAU. Cependant chez 47% des patients ayant répondu au questionnaire de son étude, la proximité d'un SAU était un des facteurs ayant amené à le consulter. De leur côté, Les Drs. Thibault PARENT et Clément HOUZE (35), dans leur thèse d'exercice mettent en évidence que 71% des patients mettent moins de 20 minutes pour se rendre aux urgences.

Ces données sont concordantes avec notre étude, où l'on retrouve que les médecins se situant à plus de 15 minutes d'un SAU réalisent significativement plus d'actes de consultations non programmées pour des motifs d'urgences relatives.

7. L'exercice médical

a) *L'organisation des soins non programmés*

Cette étude montre que 78,5% des médecins, du fait de leur organisation de cabinet, étaient en capacités de répondre à une demande de soin urgent n'engageant pas le pronostic vital. Soixante-et-un médecins prévoyaient, dans leur planning, des créneaux ou des demi-journées pour les patients se disant urgents. Quinze médecins recevaient leur patient uniquement sur un mode de consultation sans rendez-vous.

Donc, sur le territoire étudié, environ quatre médecins sur cinq (80%) organisent leurs créneaux de consultations, de manière à être en capacité recevoir des consultations d'urgences, ou consultations non programmées pour pathologie urgente n'engageant pas le pronostic vital.

Autre point intéressant de notre étude, lorsqu'un médecin reçoit l'appel d'un patient se disant urgent et lorsqu'il présente un motif d'urgence n'engageant pas le pronostic vital, dans plus de 90% des cas, ce patient sera vu par le médecin ayant reçu l'appel. Seulement sept médecins ayant répondu au questionnaire transféraient leur patient systématiquement aux services d'accueil des urgences s'ils régulaient l'appel. Ces données ne sont pas concordantes avec l'étude réalisée par la DREES, qui montrait que 54% des patients ayant contacté un professionnel de santé étaient orientés vers les urgences. Cependant les populations interrogées sont différentes, la DREES s'étant intéressée aux patients et non aux professionnels de santé. De plus,

la définition d'un professionnel de santé était plus large que dans notre étude, englobant les pharmaciens et les médecins.

Dans cette étude, 73% des médecins avaient un secrétariat soit sur le lieu d'exercice (49% des répondants), soit un télé secrétariat (24% des répondants). Le secrétariat permet aux patients de pouvoir joindre la structure de soin en cas de nécessité de consultations non programmées pour une urgence non vitale. Les secrétaires pouvant contacter le médecin afin de lui exposer la problématique, et savoir si ce dernier peut recevoir le patient se disant urgent.

Parmi les vingt-six médecins ayant une prise de rendez-vous par secrétariat robotisé ou par internet, quinze prévoient des créneaux d'urgences dans leur plage de consultation, et quatre réalisaient une alternance de consultations programmées et non programmées.

b) La prise en charge des patients présentant une urgence n'engageant pas le pronostic vital

Cette étude a montré que dans 75% des cas, les médecins réalisaient des actes urgents dans leur cabinet. Parmi eux, les deux tiers initiaient une thérapeutique avant de réaliser soit un transfert vers un service d'accueil des urgences, soit vers un spécialiste, soit une réévaluation rapide du patient.

Quand on questionne les médecins généralistes sur les pathologies qu'ils ont le plus l'habitude de recevoir, une réponse s'est démarquée du lot. A cette question, de nombreux médecins ont coché plusieurs catégories de pathologies urgentes qu'ils avaient l'habitude de recevoir. Une réponse libre résume la pratique des médecins interrogés : « toutes les urgences non vitales ». Cette notion de globalité de prise en charge se retrouve dans la définition de la médecine générale par le WONCA (9) : « ... assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient...gère simultanément les problèmes de santé aigus et chronique de chaque patient ».

c) Le volume de consultation

Les chiffres de l'étude Doctolib® (20) à propos du nombre de consultations journalières des médecins généralistes sont similaires à une étude de 2019 menée

par la société de statistique indépendante IQVIA® pour la revue spécialisée « le Médecin Généraliste » (36). Dans ces deux études, les médecins réalisent en moyenne 22 consultations par jour. Notre étude retrouve un nombre moyen plus élevé que les résultats nationaux, avec en moyenne 26,6 consultations quotidiennes et une médiane à 25 consultations quotidiennes.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a réalisé en 2018 une étude concernant l'activité des médecins généralistes (37). Cette étude a mis en évidence que les médecins généralistes travaillaient en moyenne 9,5 demi-journées par semaines. Avec un total horaire ouvré supérieur à 50h pour les deux tiers des médecins, et une moyenne de 44,5 heures dédiés aux soins.

Fait surprenant, cinquante-six médecins déclarent travailler moins de 8 demi-journées par semaine, soit 57% des répondants. Nous n'avons pas pu réaliser de moyenne concernant le nombre de demi-journées travaillées, les modalités de réponse de notre questionnaire n'étant pas adapté pour. De plus, le nombre d'heures travaillées n'a pas été demandé dans notre questionnaire d'étude. Il aurait été intéressant de savoir si les médecins des départements où nous avons réalisé notre étude réalisent des plages horaires plus importantes pour combler les demi-journées non ouvrées, comme pourrait le laisser supposer le nombre de consultation plus important que la moyenne nationale.

La réalisation d'un test de Kruskal-Wallis ne retrouve pas d'association entre l'âge et le nombre de demi-journées de travail. Ce résultat semble aller dans le même sens que l'étude réalisé par le CNOM en 2019 (12). Les médecins auraient une tendance à vouloir un équilibre horaire entre la vie professionnelle et personnelle. À la vue de nos résultats, il serait même possible de penser que même les médecins plus âgés ont une tendance à privilégier leur qualité de vie.

Il est important de rappeler que cette étude a été réalisé pendant la pandémie COVID 19. Une étude de la DREES (38) de Mai 2020 confirme qu'il y a eu une modification des pratiques lors de ce contexte pandémique, avec une diminution du temps de travail estimé entre 13% et 24% chez neufs médecins généralistes sur dix. Les données des deux articles cités dans cette sous-partie étant antérieurs à la pandémie COVID 19, il semble intéressant de connaître l'évolution du temps de travail

des médecins généralistes en France en post pandémie, et si la diminution du temps de travail perdure.

d) Les visites à domicile

Contrairement aux idées reçues rapportées par un grand nombre de patients, 89% des médecins réalisaient toujours des visites aux domiciles de leurs patients. De plus la réalisation d'un test de Student bilatéral ne trouve pas de différence significative entre la moyenne d'âge des médecins ne réalisant pas de visite et la moyenne d'âge des médecins réalisant des visites au domicile de leur patient, $p=0,165$. La pratique des visites à domiciles est donc un acte qui est toujours réalisé par les médecins généralistes, quel que soit la génération. Cependant dans notre étude, nous n'avons pas questionné les médecins vis-à-vis de leur modalité de visites à domicile, le nombre de visites qu'ils réalisent, la moyenne d'âge des patients qui sont visités.

Dans son étude datant de 2016, Dr. Antonice COLIN (39) montrait, en se basant sur les données de la CPAM, que le volume de visite diminuait, mais que cependant le taux de médecin réalisant des visites à domicile était de 96%, soit similaire à celui retrouvé dans notre étude. Ces données semblent être confirmées par une autre étude menée par l'URPS des Médecins Libéraux d'Île de France en 2017 (40), qui retrouvait un taux de 90% de médecins généralistes réalisant des visites à domicile.

La revue de littérature réalisée par le Dr. Leslie ROGEAU(41), dans le cadre de sa thèse d'exercice, a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs expliquant la diminution du nombre de visites à domicile par les médecins généralistes. Parmi eux, on retrouve la collaboration du couple soignant infirmier-médecin, qui permet de réduire le nombre de visites à domicile. Il a aussi été identifié que les téléconsultations, et télésurveillances permettaient une diminution du nombre de visites à domicile.

8. Le ressenti des médecins

La question du ressenti des praticiens vis-à-vis de l'urgence n'a été posée que dans la partie des urgences vitales. Cependant Il est intéressant de noter que dans le cadre d'une urgence vitale, 66% des médecins déclaraient ne pas être à l'aise avec leur prise en charge.

Une étude réalisée en 2008 par la Revue Médicale Suisse (42) sur le canton de Neuchâtel retrouvait que 49% des médecins n'étaient pas à l'aise vis-à-vis de la gestion des urgences vitales. Il faut noter que le système de soins Suisse est organisé différemment, les médecins étant astreints à réaliser des gardes dans le service des urgences jusqu'à 65 ans. Cela peut expliquer la différence retrouvée. Dans notre étude, seul un médecin réalisait des gardes aux urgences, et il déclarait être à l'aise avec la gestion des urgences vitales.

9. Les cotations

Lors de la réalisation du questionnaire, nous avons identifié les cotations, ou codages des gestes urgents comme un potentiel frein à la prise en charge des urgences. Les prises en charge des urgences qu'elles soient vitales ou relatives sont réalisées par les médecins généralistes, qui dans plus de 80% des cas ne réalisent pas les cotations de leurs actes urgents.

Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Dr. Aurélien STENECK (43) réalisé en 2020 dans le cadre de sa thèse d'exercice qui s'intéressait aux codages en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône. Dans ses conclusions, on retrouve que les médecins n'étaient globalement pas assez formés et informés vis-à-vis des cotations. En regardant un peu plus précisément les résultats, on retrouve que la cotation des actes urgents semblait être les actes les plus méconnus du système de codage.

10. L'équipement des cabinets

Fait surprenant, uniquement 75% des médecins ayant répondu à l'étude déclarent détenir au sein de leur cabinet une ampoule de ceftriaxone. Selon les instructions de la DGS de 2014 relative au méningites à méningocoque (44) : « l'important est de réaliser en urgence un antibiotique : de préférence la ceftriaxone ... ». Devant ces recommandations claires, qui ne constituent pas une obligation pour autant, nous pensions que près de 100% des médecins interrogés auraient dans leur structure de quoi administrer un antibiotique dans le cadre d'une méningite à méningocoque. L'épidémiologie de l'infection à méningocoque étant très faible, de l'ordre de 1,2/100.000 habitants, soit 500 à 700 cas pour toute la France, peut expliquer que des médecins ne s'équipent pas de ceftriaxone.

Concernant les urgences vitales, nous nous sommes intéressés à l'équipement disponible dans les cabinets. Onze médecins déclaraient que leur cabinet étaient équipés de dispositifs automatiques électriques (DAE) nécessaires à la réalisation d'un choc électrique dans le cadre d'un massage cardiaque. Ces chiffres sont concordants avec l'étude réalisée par Dr. Pauline REMY en 2016 dans la région Aquitaine (45), qui trouvait que 8,8% des médecins de la région aquitaine étaient équipés de DAE. Elle concluait que l'équipement en DAE des médecins était insuffisant au regard du risque de faire face à un arrêt cardiaque dans sa carrière. La loi n° 2018-527 du 28 Juin 2018 (46) impose à tous les établissements de soin de s'équiper au plus tard au 1^{er} Janvier 2022 d'un DAE. Logiquement, devant une telle obligation, l'équipement des cabinets médicaux en DAE devrait sensiblement augmenter. Il serait intéressant de réévaluer ce point à une ou deux années de mise en place de cette législation.

B. Les forces, les biais et limites de l'étude.

1. Les forces de l'étude

Il existe de nombreuses études qualitatives ou quantitatives sur le thème de l'urgence en médecine générale, permettant de quantifier et de mesurer les différentes urgences rencontrées par les médecins ainsi que la manière dont ces derniers ont pris en charge ces urgences. Dans sa thèse d'exercice, le Dr. Julie DUMOUCHEL (47) avait réalisé une étude qualitative sur les facteurs pouvant influencer la gestion des urgences en médecine générale auprès des médecins généralistes. Dans ses résultats, on pouvait supposer que le mode d'exercice en groupe facilitait la gestion des urgences.

Notre travail de bibliographie ne nous a pas permis de trouver de littérature s'intéressant spécifiquement à l'influence de la structure d'exercice dans le thème de la gestion des urgences en médecine générale de ville. C'est donc, à notre connaissance, la première étude à s'intéresser spécifiquement à ce point, ce qui fait une des forces de cette étude.

Cette étude quantitative nous a permis de réaliser un audit des structures et des praticiens y exerçant, vis-à-vis du nombre d'urgences relatives ou vitales qu'ils ont à gérer. La méthodologie employée pour réaliser cette étude semblait être la plus adaptée pour répondre aux questions de recherche.

Le taux de réponses plus élevé que prévu initialement, et le nombre de réponse important, sont des forces de cette étude. La concordance entre les données démographiques de la population source et la population interrogée est une autre force de cette étude.

Les résultats de cette étude sont concordants avec les résultats de nombreux autres travaux, ce travail présente donc une bonne validité externe.

2. Les limites et biais de l'étude

Une des limites de cette étude est secondaire à la période de diffusion du questionnaire, qui a pu influencer les pratiques de la population à interroger.

a) Le biais de sélection

Du fait de la liste de médecins exerçant sur les territoires qui est mise à jour de manière annuelle, les médecins qui se sont installés entre le 1^{er} Janvier 2020 et le début de la diffusion du questionnaire le 21 Novembre 2020, n'ont pas pu être intégrés à la population source. Les praticiens étant partis à la retraite durant cette même période entraînent aussi un biais de sélection.

b) Le biais méthodologique

Des questions ont pu être mal comprises par les médecins ayant répondu malgré le fait que ce questionnaire a été testé avant sa diffusion. Les confrères ayant répondu à mon questionnaire étaient au courant de mon travail de recherche, et certains avaient pu être influencés par les discussions que nous avons pu avoir.

Nous avons relevé dans les questions concernant le volume d'urgence vitale annuel et la fréquence des urgences vitales gérées annuellement une discordance. Dans le premier cas, dix-huit médecins déclaraient recevoir en moyenne un patient présentant une urgence vitale par an. Dans le cas de la fréquence des urgences vitales, quarante-neuf médecins répondaient avoir en moyenne une urgence vitale à gérer annuellement. Les réponses proposées n'étaient peut-être pas suffisantes, obligeant les répondants à se tourner vers une réponse approximative.

Le sujet étant très vaste, avec de nombreux points à aborder, il a été décidé de réaliser 37 questions. Ce nombre élevé de question a peut-être lassé des répondants potentiels. Le logiciel utilisé ne permettant pas de savoir si des personnes n'ont pas terminé le questionnaire.

c) Le biais de mémoire

Dans le questionnaire, il a été demandé de réaliser des moyennes depuis le début de l'installation des praticiens. Ce type de questions entraîne un biais de mémoire.

C. Les structures déjà en cours d'élaboration et à privilégier.

Le plan de restructuration des urgences (22) prévoit d'améliorer la prise en charge des patients nécessitant une consultation non programmée, que nous avons assimilé dans ce travail à une consultation pour une urgence relative. Il est prévu dans ce plan de créer de nombreuses MSP sur tout le territoire afin de pouvoir répondre au besoin de la population, et permettre de désengorger les SAU en s'appuyant sur ces structures plus locales.

Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et les centres de santé (CdS), sont des structures de premier recours, regroupant en son sein des professionnels médicaux ou paramédicaux, avec un projet de santé commun. Les CdS se distinguent des MSP par le fait qu'ils n'ont pas obligatoirement des professionnels médicaux dans leur structure. Que ce soit les MSP ou les CdS, ces structures peuvent recevoir un financement de la part de l'Assurance Maladie (48). Il est intéressant de noter que les MSP peuvent être constituées de plusieurs locaux situés à des endroits différents sur un même territoire, ce type de structure est appelé MSP multi-sites.

Afin de coordonner ces structures, le plan de restructuration des urgences (22) prévoit de créer des structures de coordination du territoire : les Communauté professionnelles territoriales de santé (CPTS). Une CPTS englobe généralement plusieurs villages ou villes. Dans les villes ayant plusieurs arrondissements, il existe plutôt une CPTS par arrondissement.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont des associations regroupant des professionnels sur un territoire donné. Ces professionnels peuvent être médicaux ou paramédicaux, ainsi que des professionnels sociaux. Ils ne travaillent pas forcément dans les mêmes structures de soins, mais ont des missions communes. Les missions données aux CPTS sont la facilitation de l'accès à un médecin traitant, l'organisation de l'accès à des soins non programmés, l'organisation et fléchage d'un parcours pluri professionnel, la prévention en santé, une amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, ainsi qu'un accompagnement des professionnels (22). Les CPTS sont financées par l'assurance maladie.

Un des rôles de la CPTS, intéressant notre travail, est l'organisation du SAS. Ce service vise à permettre aux patients en tout endroit du territoire de consulter un médecin généraliste pour une requête urgente.

Notre étude a mis en évidence un point qui est essentiel à la réussite de ce projet de SAS : 80% des médecins généralistes du territoire des Bouches-du-Rhône et du Var sont déjà organisés pour recevoir des consultations non programmées pour des motifs d'urgences relatives. Cependant, chaque médecin organise son cabinet de manière isolée. Le SAS doit donc s'appuyer sur l'organisation de cabinet déjà mise en place par les médecins, pour les référencer, les coordonner, et ensuite les proposer aux patients nécessitant une consultation non programmée qui n'est pas nécessairement à réaliser par le médecin traitant du patient.

Il sera donc intéressant d'étudier l'évolution des capacités de gestion en volume de consultations non programmées pour des motifs d'urgences relatives, avec la mise en place des SAS dans les différentes CPTS.

V. Conclusion

Cette étude quantitative avait pour objectif principal de réaliser un audit des médecins et des structures dans lesquelles ils exercent concernant les urgences relatives. Son objectif secondaire était de rechercher un facteur pouvant influencer sur le volume de consultation non programmée, pour un motif d'urgence relative, en cabinet de médecine générale. La population étudiée était les médecins réalisant un suivi chronique de patient, sur les départements des Bouches-du-Rhône et du Var. Quarante-vingt-dix-sept réponses ont pu être recueillies avec un taux de réponses de 39,4%.

Il n'a pas été mis en évidence de structure plus à-même de permettre aux médecins de recevoir un volume plus important de consultations non programmées pour des urgences relatives. La création de MSP, comme le prévoit les différents textes et rapports ministériels, ne semble pas, à travers nos résultats, permettre à elle seule d'augmenter le volume de consultations non programmées pour des urgences relatives.

Cette étude a mis en évidence que 80% des médecins généralistes ont déjà une organisation de rendez-vous permettant l'accueil de patient se disant urgent. Cependant, ces organisations sont articulées afin de répondre à la demande de la patientèle du médecin ou de sa structure. Les CPTS, ayant la charge de l'organisation du SAS pour les populations de leur territoire, devront probablement s'appuyer sur les organisations des cabinets médicaux déjà mises en place. Et ce, afin de coordonner l'offre de consultations non programmées de manière plus globale, dans le but d'augmenter l'efficacité des soins non programmés sur un territoire.

Il semblerait donc que l'organisation de l'offre de soins non programmés sur un territoire par les CPTS passe par la mutualisation des créneaux de consultations d'urgences des médecins généralistes de ce territoire. Afin de permettre à ces CPTS de pouvoir coordonner l'offre de soins non programmés, pour en améliorer l'efficacité, et de peut-être diminuer le flux de patients aux urgences.

Table

A. Figures

FIGURE 1 : EFFECTIF DES MEDECINS EN FONCTION DU NOMBRE DE DEMI-JOURNEES TRAVAILLEES.....	24
FIGURE 2 : REPARTITION DES MODES D'EXERCICES DES MEDECINS AYANT REPONDU A L'ETUDE	26
FIGURE 3: REPARTITION DES EFFECTIFS DES MODALITES DE PRISE DE RENDEZ VOUS	27
FIGURE 4 : REPARTITION DES EFFECTIFS DES ORGANISATIONS DES CRENEAUX DE CONSULTATIONS	28
FIGURE 5 : PROPORTION DES EQUIPEMENTS PRESENTS DANS LES CABINETS DES MEDECINS AYANT REPONDU.	29
FIGURE 6 : EFFECTIF CUMULE DU VOLUME DE PATIENTS NECESSITANT DES SOINS NON PROGRAMMES EN LIEN AVEC UNE PATHOLOGIE URGENTE N'ENGAGEANT PAS LE PRONOSTIC VITAL.....	30
FIGURE 7 : MODE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS NECESSITANT UNE CONSULTATION NON PROGRAMMEE RELATIVE A UN SOIN URGENT N'ENGAGEANT PAS LE PRONOSTIC VITAL A LA SUITE D'UNE REGULATION D'UN APPEL TELEPHONIQUE PAR LE MEDECIN.	31
FIGURE 8 : REPARTITION DES EFFECTIFS SELON LES MODALITES DE PRESENTATION DE PATIENTS NECESSITANT UN SOIN EN URGENCE RELATIVE	32
FIGURE 9 : MODALITE DE GESTION DES URGENCES RELATIVE EN FONCTION DES PRATICIENS INTERROGES. ...	33
FIGURE 10 : EFFECTIF CUMULE DU NOMBRE D'URGENCES VITALES RENCONTREES EN MOYENNE PAR AN	34
FIGURE 11 : REPARTITION DES EFFECTIFS DE FREQUENCE DE GESTION D'URGENCES VITALES PAR LES MEDECINS INTERROGES.	35
FIGURE 12 : REPARTITION DES MODES D'EXERCICES CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES ENTRE 2012 ET 2021. SOURCE DREES / LES AUTRES SALARIES SONT DES PROFESSIONNELS DONT TOUTES LES ACTIVITES SONT SALARIEES, ET AU MOINS UNE EN DEHORS DE L'HOPITAL.....	41
FIGURE 13 : REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX, SELON LES PROFESSIONNELS AVEC LESQUELS ILS EXERCENT	42

B. Tableaux

TABLEAU 1 : PANEL DES DIFFERENTES URGENCES GEREES EN CABINET PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE VILLE	33
--	----

Bibliographie

1. Urgences : 154 services en grève, nouvelle mobilisation pour « maintenir la pression » [Internet]. Le Quotidien du médecin. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/urgences-154-services-en-greve-nouvelle-mobilisation-pour-maintenir-la-pression>
2. Laure Cometti. Hôpitaux: Pourquoi les services des urgences sont-ils saturés dans plusieurs villes de France? 20Minutes [Internet]. 19 mars 2018 [cité 12 juill 2021]; Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/2239611-20180319-hopitaux-pourquoi-services-urgences-satures-plusieurs-villes-france>
3. ANNE BAYLE-INIGUEZ. Services saturés, patients brancardés, personnels grévistes : rien ne va plus aux urgences. Le Quotidien du médecin [Internet]. 19 mars 2018 [cité 12 juill 2021]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/services-satures-patients-brancardes-personnels-grevistes-rien-ne-va-plus-aux-urgences>
4. Georges-Tarragano C, Pierru F, de Celeyran FT, Mechali D, Rochefort J. Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass. Trib Santé. 2013;39(2):87-95.
5. Thomas MESNIER. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 mai [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
6. COHEN L, GENISSON C, SAVARY R-P. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. SENAT; 2017 juill [cité 5 juill 2021]. Report No.: 685 (2016-2017). Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html
7. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain. 2009;214.

8. M. Schetgen. L'évolution de la médecine générale. Rev Médicale Bruxelles. 2006;3.
9. Dr Justin Allen, Professeur Jan Heyrman. Définition européenne de la médecine générale et de la médecine de famille. In: WONCA, éditeur. 2002. p. 52.
10. Nicodeme MR, Deau X. Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM. CNOM; 2008.
11. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de la Santé Publique, L4130-1 janv 28, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS. 2019;27.
13. Lesigne E. L'urgence et ses représentations: enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgence [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2001.
14. Munos J. Influence de l'urgence ressentie dans l'orientation vers une consultation aux urgences sur le Bassin d'Arcachon [Internet] [Thèse d'exercice]. université de Bordeaux; 2020 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962797>
15. STEG (Adolphe). Rapport sur la médicalisation des urgences. [Internet]. Commission nationale de la restructuration des urgences; 1993 sept. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=66505>
16. URPS-ML-PACA. 4 – Choisir son mode d'exercice – URPS Médecins Libéraux PACA [Internet]. [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.urps-ml-paca.org/4-choisir-son-mode-dexercice/>
17. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. La permanence et continuité des soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continue-des-soins/article/la-permanence-et-continue-des-soins>

18. ARS. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. 2017 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins>
19. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La permanence des soins [Internet]. [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
20. Doctolib. Comment travaillent les médecins généralistes ? Une étude de Doctolib sur l'activité des médecins généralistes [Internet]. 2017 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
21. Santé M des S et de la. Pacte de refondation des urgences [Internet]. oct 28, 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
22. MESNIER T, CARLI P. Pour un pacte de refondation des urgences. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 déc p. 259.
23. Annuaire et localisation des professionnels de santé [Internet]. OpenDataSoft. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://public.opendatasoft.com/explore/dataset/annuaire-des-professionnels-de-sante/table/?refine.libelle_profession=M%C3%A9decin+g%C3%A9n%C3%A9raliste
24. Calculer la taille de votre échantillon avec SurveyMonkey [Internet]. SurveyMonkey. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
25. Seguin R, Godwin M, MacDonald S, McCall M. E-mail or snail mail? Randomized controlled trial on which works better for surveys. *Can Fam Physician*. 1 mars 2004;50(3):414-9.
26. Article R1121-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de La Santé Publique juill 1, 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043723460/

27. LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (1). 2018-493 juin 20, 2018.
28. Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, Jean-François RAULT. La démographie médicale en région PACA, situation en 2015. In 2015. p. 75.
29. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
30. Chaput H, Monziols M. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. mai 2019;(1114):2.
31. Dumontet M, Samson A-L, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? Rev Francaise Econ. 2016;Vol. XXXI(4):221-67.
32. Accessibilité des services - Les Bouches-du-Rhône bien desservies, quelques zones à enjeux - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 42 [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2578214>
33. MEUNIER L. PARCOURS DE SOINS ET MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES HOSPITALIERES DE NANTERRE [Thèse d'exercice]. UNIVERSITE PARIS VII – DENIS DIDEROT; 2009.
34. Bonnet M. Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. université de Bordeaux; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01722006/document>
35. Parent T, Houzé C. Recours spontanés aux urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie sans consultation médicale préalable: étude descriptive de la population [Thèse d'exercice]. UNIVERSITE GRENOBLE ALPES FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE; 2016.
36. Les généralistes réalisent en moyenne 22 consultations par jour [Internet]. Le Généraliste. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/archives/les-generalistes-realisent-en-moyenne-22-consultations-par-jour>

37. Chaput H, Martin M, Lisa F, Pierre V. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES [Internet]. mai 2019 [cité 4 oct 2021];Mai 2019(1113). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
38. Monziols M, Chaput H. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. mai 2020;1150:5.
39. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Descartes- Faculté de Médecine; 2019 [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02505145>
40. BONNAUD F, LEROY N. Prise en charge des patients à domicile : Enquêtes [Internet]. Commission spécialistes de médecine générale; 2017 sept [cité 20 sept 2021] p. 2. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/etude/prise-charge-patients-a-domicile-deux-enquetes-soulignent-role-essentiel-medecin-liberal-pointent-ameliorations-necessaires/>
41. Rogeau L. Critères qualités de la gestion des visites à domicile du médecin généraliste : revue systématique de la littérature [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Nice Sophia Antipolis; 2018 [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01975649>
42. Hanhart, W, Kehtari, R., Gusmini, W. Attentes et besoins des médecins de premier recours face à l'urgence : une enquête neuchâteloise. Rev Med Suisse [Internet]. 12 nov 2008 [cité 25 oct 2021];(178). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-179/attentes-et-besoins-des-medecins-de-premier-recours-face-a-l-urgence-une-enquete-neuchateloise>
43. Steneck A. Connaissances et applications des principales cotations médicales. Études portant sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône [Internet] [Thèse d'exercice]. AIX MARSEILLE UNIVERSITE; 2020 [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968821>

44. INSTRUCTION N° DGS/RI1/DUS/2014/301 du 24 octobre 2014 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque - Légifrance [Internet]. [cité 29 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/38936>

45. Rémy P. Le défibrillateur cardiaque externe en pratique ambulatoire de médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes d'Aquitaine hors Gironde [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016 [cité 29 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01290795>

46. LOI n° 2018-527 du 28 juin 2018 relative au défibrillateur cardiaque (1). 2018-527 juin 28, 2018.

47. Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands [Internet] [Thèse d'exercice]. UNIVERSITE DE ROUEN; 2012 [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770075>

48. DGOS. L'exercice coordonné [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>

Annexes

A. Annexe 1

Mesures du pacte de refondation des urgences	Crédits supplémentaires sur 2019-22
1. Mettre en place le service d'accès aux soins	340
Priorité : créer en cabinet, en maison et centre de santé une alternative complète et attractive	275
2. Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé	10
3. Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences	75
4. Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients	-
5. Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences	175
6. Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU	15
Priorité : renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge dans les services d'urgence	34
7. Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés	-
8. Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences	29
9. Lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical	-
10. Réformer le financement des urgences	5
11. Renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences	-
Priorité : faciliter la sortie des patients des services d'urgence	105
12. Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées	105
Total	754

B. Annexe 2

Influence de la structure d'exercice dans la capacité de gestion des Urgences en ville.

Question de recherche : Dans quelle mesure la structure d'accueil et le mode d'exercice du Médecin Généraliste influencent-ils sa capacité de gestion de patients en situation d'urgence ?

Population étudiée :

- Médecin Généraliste ou Omnipraticien
- Installé en cabinet médical dans le département des Bouches-du-Rhône (83) et Var (83).

Critère d'exclusion :

- Médecin non installé réalisant uniquement des remplacements

* Obligatoire

1. Votre adresse mail : *

Afin de pouvoir vous envoyer les résultats de l'étude merci de renseigner votre adresse e-mail. Celle ci ne sera pas utilisée dans l'analyse des données.

Caractérisation du praticien et du cabinet

Caractérisation simple du répondant, ne permettant pas l'identification de celui ci.

2. Quel est votre sexe ? *

Masculin

Féminin

3. Quel est votre âge ? *

En année

La valeur doit être un nombre

4. Depuis combien d'années êtes-vous installés en cabinet ? *

En année

La valeur doit être un nombre

5. A combien de temps de route vous trouvez-vous d'un service d'accueil des urgences ? *

En minute

La valeur doit être un nombre

6. Quelle est la situation géographique de votre structure ? *

- Urbaine
- Péri-urbaine
- Rurale

7. Quel est votre mode d'exercice médical ? *

- Exercice libéral isolée (=1 médecin dans la structure par demi-journée)
- Exercice salarié isolée (=1 médecin dans la structure par demi-journée)
- Exercice libéral au sein d'un groupement médical (type SCM, SEL, SCP) sans contrat avec l'état. (≥2 médecins travaillant simultanément lors d'une demi-journée)
- Exercice salarié au sein d'un groupement médical, sans contrat avec l'état (≥2 médecins travaillant simultanément lors d'une demi-journée)
- Exercice libéral au sein d'une regroupement "service de santé" (maison santé pluri professionnelle, centre de santé...), ayant un contrat avec l'état / ARS.
- Exercice salarié au sein d'une regroupement "service de santé" (maison santé pluri professionnelle, centre de santé...), ayant un contrat avec l'état / ARS.

8. Vous travaillez dans une structure regroupant plusieurs médecins généralistes, avez-vous une patientèle de file active homogène ? *

- Oui
- Non

9. Combien de médecins généralistes peuvent travailler en même temps dans votre structure ? *

Veillez entrer un nombre supérieur ou égal à 2

10. Quels sont les modes de prise de rendez-vous principal pour vos patients ? *

- Secrétariat en présentiel ou par téléphone sur votre lieu d'exercice
- Prise de RdV par internet
- Secrétariat téléphonique délocalisé avec une personne physique
- Secrétariat téléphonique délocalisé robotisé

11. Combien de demi-journées travaillez-vous par semaine ? *

- 7 ou 8 demi-journées
- Moins de 4 demi-journées
- 5 ou 6 demi-journées
- Plus de 11 demi-journées
- 9 ou 10 demi-journées

12. En moyenne, combien de consultations réalisez-vous par jour ? *

Veillez entrer un nombre supérieur ou égal à 1

13. De manière générale, dans votre exercice médical, vous travaillez : *

- Uniquement en consultation sur rendez-vous
- En consultation sur rendez vous, avec créneaux d'urgences par jour
- En consultation non programmée uniquement
- Alternance de vacation de consultations non programmées et de consultation sur rendez-vous

14. Dans votre cabinet, avez-vous une secrétaire ou assistante médicale en mesure de surveiller vos patients en attente de transport vers les urgences : *

- Oui
- Non

15. Faites vous parti d'un réseau de permanence de soin ? *

Organisé par le conseil de l'ordre des médecins, l'URPS, l'ARS...

- Oui
- Non

16. Réalisez-vous des visites au domicile de vos patients ? *

Oui

Non

17. Communiquez-vous votre numéro de téléphone personnel (portable ou domicile) à vos patients ? *

Oui

Non

18. Lors de votre formation ou exercice, vous avez réalisé : *

Capacité de Médecine d'Urgence

Diplôme Universitaire de Traumatologie du Sport

Médecin correspondant du SAMU

DPC sur les urgences en Médecine Libérale

DPC ou DU sur les brûlures

Aucune des formations citées.

Autre

19. Faites vous, des vacations au service d'accueil des urgences ? *

Oui

Non

20. Avez-vous fait des vacations au service d'accueil des urgences ? *

Oui

Non

Concernant votre gestion des urgences NON VITALES, et l'équipement de votre cabinet.

Dans cette partie nous étudierons les patients se présentant pour des urgences non vitales (par exemple : plaie, infection bénigne, fièvre, douleur abdominale ...)

21. En moyenne par mois, combien de patients nécessitant des soins urgents relatifs à une pathologie urgente non vitale, avez-vous à prendre en charge ? *

- Moins de 5 patients
- Entre 6 et 10 patients
- Entre 11 et 20 patients
- Entre 21 et 30 patients
- Entre 31 et 40 patients
- Entre 41 et 50 patients
- Plus de 50 patients

22. Réalisez-vous des soins urgents directement dans votre cabinet ? *

- Oui
- Non

23. De manière générale, comment se présentent les patients nécessitant des soins urgents dans votre cabinet ? *

- Présentation de manière spontanée dans votre salle d'attente
- Appel au cabinet pour consultation urgente si vous avez une secrétaire
- Transféré suite à un appel au SAMU
- Suite à une téléconsultation pour examen clinique

24. Au cours de votre formation, avez-vous été formé à la régulation téléphonique ? *

Lors de stage d'internat, lors de DPC...

- Oui
- Non

25. De manière générale, si vous recevez l'appel d'un patient se disant urgent, comment gérez-vous l'appel ? *

Pour rappel : patient ne présentant pas de pathologie engageant le pronostic vital

- Passage au cabinet pour consultation en urgence
- Patient directement adressé aux urgences
- Visite au domicile du patient
- Appel du SAMU centre 15 par vous ou le patient
- Vous ne recevez pas ce genre d'appel, votre secrétariat transférant vers le centre 15 ou une maison médicale de garde

26. De manière générale, lorsque vous avez à votre consultation un patient urgent : *

- Transfert aux urgences par ses propres moyens.
- Vous réalisez un transfert aux urgences, sans initier de thérapeutique, votre cabinet n'étant pas adapté pour.
- Transfert aux urgences par ambulance ou pompiers.
- Vous réalisez un transfert aux urgences, en initiant une thérapeutique.
- Appel de confrère spécialiste pour organiser la suite de la prise en charge de votre patient
- Essai de prise en charge médicale à domicile de votre patient, avec réévaluation.

27. Cochez le matériel dont vous disposez dans votre cabinet pour la gestion des urgences : *

- Adrénaline
- Pick-flow
- ECG
- Matériel d'immobilisation orthopédique (attelle / plâtre)
- Kit de suture
- Ceftriaxone
- Matériel de sondage urinaire
- Matériel nécessaire à la réalisation de perfusion IV
- Garrot
- Oxygène
- Matériel d'examen gynécologique
- Matériel de stérilisation
- Ventoline

28. Quels sont les types d'urgences que vous avez l'habitude de gérer dans votre cabinet ? *

Infectiologie

Brûlure

Gynécologique

Urologie (Infection Urinaire, pyélonéphrite ...)

Petite Traumatologie

Autre

29. Cotez-vous systématiquement vos urgences selon la cotation CCAM ? *

Oui

Non

Concernant votre gestion et prise en charge des urgences VITALES.

Dans cette partie, nous nous intéressons aux patients présentant des pathologies pouvant engager le pronostic vital (exemple : syndrome coronarien, suspicion d'embolie pulmonaire, sepsis...)

30. En moyenne, par an, depuis votre installation, combien de patients présentant une pathologie urgente engageant le pronostic vital avez-vous eu à gérer ? *

- 0 patient
- 1 patient
- 2 à 3 patients
- 4 à 5 patients
- 6 à 10 patients
- 11 à 15 patients
- Plus de 15 patients

31. A quelle fréquence estimez-vous avoir à gérer des urgences engageant le pronostic vital ? *

- plus d'une fois par semaine
- 1 fois par semaine
- 1 fois par mois
- 1 fois par an
- Moins d'une fois par an

32. Avez-vous eu à gérer une urgence vitale dans les 12 derniers mois ? *

Oui

Non

33. Avez-vous déjà réalisé un massage cardiaque externe depuis votre installation ? *

Oui

Non

34. Avez-vous le matériel nécessaire à un massage cardiaque dans votre cabinet ? *

Oui

Non

35. Votre cabinet est-il équipé d'un défibrillateur externe (DEA) ? *

Oui

Non

36. Vous sentez vous à l'aise dans la gestion d'une urgence vitale ? *

Oui

Non

37. Connaissez-vous la cotation d'une réanimation en cabinet ? *

Oui

Non

Serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012.

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Résumé

Titre : Influence de la structure d'exercice dans la capacité de gestion des urgences en ville.

Introduction : La saturation des urgences a été un sujet incontournable en 2019-2020, avec de nombreux articles dans la presse grand public et spécialisée. Afin d'endiguer durablement cette saturation, l'État a proposé le « Pacte de refondation des urgences », dont l'une des missions est de réorganiser la prise en charge des patients en amont des urgences. L'influence de la structure d'exercice des médecins sur leur capacité à gérer des urgences relatives en ville a été peu étudiée dans la littérature. L'objectif principal de cette étude est de réaliser un audit des médecins généralistes et de leurs structures d'exercices vis-à-vis de la gestion des urgences.

Méthode : Ce travail de recherche était une étude quantitative descriptive transversale. Un questionnaire Microsoft Form® a été envoyé par mail aux médecins généralistes ayant donné leur accord de participation. Un renvoi systématique mensuel était organisé en cas de non-réponse. L'anonymisation des réponses a été réalisée dès l'extraction des données. La période de recueil a débuté en Novembre 2020 jusqu'en Mai 2021. La population étudiée était les médecins généralistes de ville installés, réalisant un suivi chronique de patients dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Var.

Résultats : 97 réponses ont été recueillies, avec un taux de réponses de 39,4%. La population interrogée était représentative de la population source. 95% des médecins interrogés exerçaient en libéral, parmi eux 50 travaillaient en structure de groupe, et 42 en structure isolé. Cette étude n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les différentes structures d'exercice dans le volume de patients reçus par médecins pour une urgence relative. Les jeunes médecins reçoivent statistiquement plus de consultations pour des urgences relatives que les médecins plus âgés.

Conclusion : Les nouvelles structures d'exercice proposées par l'État, comme les MSP, ne permettraient pas à elles seules d'augmenter le volume de patients reçus en consultations non programmées. 80% des médecins généralistes ont déjà une organisation de rendez-vous permettant l'accueil de patients se disant urgents. Une question se pose : La coordination des structures d'exercice par les CPTS permettra-t-elle d'optimiser les créneaux de consultations non programmées sur un territoire ? Et ces organisations arriveront-elles à diminuer le flux de patients dans les urgences ?

MOTS-CLES : Urgences, Structure d'exercice, médecine générale, médecin généraliste, soins non programmés.