



**Évaluation de la part des soins non programmés qui
pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire
assurée par le Service des Urgences de l'Hôpital de
Brignoles (Centre-Var) et impact sur les perspectives
d'offres alternatives libérales et ambulatoires pour leur
prise en charge**

William Benamu

► **To cite this version:**

William Benamu. Évaluation de la part des soins non programmés qui pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire assurée par le Service des Urgences de l'Hôpital de Brignoles (Centre-Var) et impact sur les perspectives d'offres alternatives libérales et ambulatoires pour leur prise en charge. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03028267

HAL Id: dumas-03028267

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03028267>

Submitted on 27 Nov 2020

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

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

Evaluation de la part des soins non programmés qui pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire assurée par le Service des Urgences de l'Hôpital de Brignoles (Centre-Var) et impact sur les perspectives d'offres alternatives libérales et ambulatoires pour leur prise en charge.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 19 Novembre 2020

Par Monsieur William BENAMU

Né le 7 novembre 1990 à Marseille 12ème (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CHAMPSAUR Pierre

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Monsieur le Docteur BOURIAUX William

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Evaluation de la part des soins non programmés qui pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire assurée par le Service des Urgences de l'Hôpital de Brignoles (Centre-Var) et impact sur les perspectives d'offres alternatives libérales et ambulatoires pour leur prise en charge.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 19 Novembre 2020

Par Monsieur William BENAMU

Né le 7 novembre 1990 à Marseille 12ème (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CHAMPSAUR Pierre

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Monsieur le Docteur BOURIAUX William

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

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

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

AHERFI Sarah (MCU-PH)
 ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)
 DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

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

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

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

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

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

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)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

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

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

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 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)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
Trousse Delphine (MCU-PH)

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

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

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

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
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)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

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

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

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

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

MEDECINE D'URGENCE 4805

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)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)
 DRH Campus Timone

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

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

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

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

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 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

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)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOIR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

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

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

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

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre Champsaur, votre soutien fut sans faille tout au long de mon cursus universitaire et je vous en suis infiniment reconnaissant. Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et donc de clôturer ce parcours, j'en suis grandement touché. Soyez assuré de ma réelle gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrick Disdier, nous ne nous connaissions pas mais vous avez pourtant accepté de juger mon travail. Je vous suis grandement reconnaissant pour votre gentillesse et votre écoute .

A Monsieur le Professeur Patrick Gerbeaux, vous avez accepté de juger ce travail, je vous remercie grandement pour l'honneur que vous me faites et la gentillesse dont vous avez fait preuve à mon égard.

A Monsieur le Docteur William Bouriaux, William ... quelle coïncidence... comme si nous devions nous rencontrer. Déjà plus de trois années de collaboration et surtout d'amitié. Je te dois beaucoup dans mon parcours professionnel et mon cheminement personnel. Cette thèse n'aurait certainement pas vu le jour sans notre rencontre. Je prends enfin mon envol après ces trois années au fil desquelles on aura partagé tant de choses. Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir donné l'opportunité de travailler à tes côtés. Nous formons une formidable équipe et j'en suis fier. A notre amitié éternelle (et nos repas à la Guinguette avec Nathalie !).

A Monsieur le Docteur Christian Bar, pour votre soutien et votre aide dans mon parcours professionnel et dans la réalisation de mes travaux de thèse et de mémoire. Mon expérience dans votre service en tant qu'interne aura changé ma vie, je vous en suis très reconnaissant. A nos collaborations à venir.

A Monsieur le Directeur du Centre hospitalier de Brignoles – Le Luc en Provence, pour votre aide, votre disponibilité et votre écoute. En espérant avoir la chance de pouvoir continuer à travailler avec vous pour les années à venir et concrétiser nos projets.

A mes maîtres de stage du petit village de Barjols le Dr Dugas et le Dr Terrasson, vous m'avez transmis votre passion pour ce métier. Maxime je garderai toujours à l'esprit ton dynamisme et ton énergie. Tu restes un de mes modèles.

Au Dr Vincey et au Dr Favel de Martigues, mon premier cabinet en tant que remplaçant. Je vous suis reconnaissant de l'opportunité que vous m'avez offerte. Je garde ce passage dans votre ville dans mon cœur.

Aux confrères de la Maison médicale de Saint-Maximin-La-Sainte-Baume, vous m'avez donné l'opportunité de mettre un pied dans le monde de la permanence des soins. Je vous en suis très reconnaissant.

A l'ORU PACA, qui m'a permis d'avoir accès aux données statistiques pour le CH Brignoles et pour la région PACA.

A tous les confrères et personnels soignants du CH Brignoles et en ville avec qui je travaille déjà depuis quelques années.

A Lucille ma tendre épouse, tu as changé ma vie et nous a offert le plus beau cadeau notre bébé Léo. Tu as toujours été là pour moi et a su me mettre un coup de pied aux fesses pour terminer cet internat de médecine. Je t'en suis éternellement reconnaissant. Sans toi je n'en serai pas là aujourd'hui. Nous voilà embarqué pour les nuits blanches et les couches et j'étais loin de m'imaginer tout cela il y a encore quelques années de cela... tu as fait de moi un Homme et je suis heureux de me lancer dans cette merveilleuse aventure de la vie avec toi ma Lulu. Aux bons et tendres moments que la vie nous réserve à nous trois. Je vous aime.

A mes parents, papa et maman je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait et sacrifié ces dix dernières années (et bien avant !) pour me voir arriver là aujourd'hui. Alfred l'accompagnateur (« I don't forget »). Je vous aime... sans oublier Garfield compagnon de galère qui m'a accompagné souvent sur mon bureau pendant plus de 8 ans.

A mon frère Charlie, tu m'auras supporté toutes ces années de cohabitation dans la chambre d'à coté. Merci de ta patience ! Félicitation pour ton parcours je suis très fier de toi. Merci à Léa également et sa famille pour leur gentillesse.

A ma grand-mère Reine, quelle fierté pour toi de voir ton petit fils devenir Docteur ! Tu as toujours été là pour moi depuis la préparation des filets de sole que papi allait chercher à Saint-Loup jusqu'aux révisions finales dans la chambre de tata yoyo. Je t'aime.

A Papi, tu dois être le plus fier des hommes en haut. Une pensée pour toi lulu. Quel grand homme...

A ma belle-famille, Marc, Sylvia, Muriel, « coco », « tatak », « toast » et « titchou » bien sûr, je suis très heureux de faire désormais parti de votre famille. Aux joyeux moments que la vie nous réserve.

A mon oncle dédédé, tata Line, Coralie, Pauline et les enfants, merci d'avoir toujours été là pour moi.

A Fiona et Julien, mes amis et désormais confrères Varois. Nous nous sommes rapprochés par hasard ici dans la petite ville de Brignoles. Je suis heureux que nos chemins se soient croisés. A notre amitié.

A tous mes amis de Marseille et notamment les voisins du Bâtiment O2, je me fais plus rare en territoire marseillais mais vous restez dans mon cœur.

A Benjamin, merci mon ami pour ton aide dans la finalisation de ce travail.

A tous ceux que j'ai pu oublier et que j'ai pu rencontrer dans ma vie personnelle ou professionnelle.

Table des matières

INTRODUCTION	4
I - Evolution du recours aux urgences.....	5
A- Généralités	5
B- Démographie Française et évolution annuelle des passages aux urgences.....	6
C- Evolution de la demande de soins non programmés (SNP) aux urgences.....	7
D- Part des soins non programmés en ville	7
II- Hypothèses avancées pour expliquer la dynamique croissante du nombre de passages aux urgences	8
A- Une offre de soins de ville en décroissance et irrégulièrement répartie sur le territoire.....	8
B- Une insuffisante régulation en amont des passages et le phénomène d'urgence ressentie	10
C- L'aspect pratique des urgences.....	11
III- La permanence des soins ambulatoires	12
A- Définition	12
B- Historique de la PDS	12
C- Organisation actuelle de la PDS	14
D- Les Maisons Médicales de Garde.....	16
IV- Offre de soins sur le secteur de Brignoles (centre-Var)	18
A- Données démographiques départementales.....	18
B- Démographie du secteur de Brignoles.....	19
C- L'Offre de soins sur le secteur de Brignoles	19
D- La PDS sur le secteur de Brignoles	20
MATERIELS ET METHODES	23
I- Objectifs.....	23
II- Méthodologie.....	23
RESULTATS	27
ETUDE N°1 : Analyse descriptive et rétrospective de l'activité globale des urgences et de la maison médicale de Brignoles pour les années 2017, 2018 et 2019	27
A- Comparatif du nombre de passages à la MMG et aux urgences sur les trois années.....	27
B- Comparatif du nombre de passages par tranche d'âge et par sexe sur les trois années pour le pôle urgences/MMG	31
C- Comparatif du nombre de passages selon les horaires de la permanence de soins sur les trois années pour le pôle urgences/MMG.....	35
D- Comparatif du nombre de passages selon les heures d'enregistrement à la MMG pour les trois années.....	37
E- Comparatif des CCMU des passages pour le pôle urgences/MMG sur les trois années	41

F-	Diagnostics retenus pour le pôle urgences/MMG sur les trois années	43
G-	Devenir des patients pour le pôle urgences/MMG sur les trois années	44
H-	Comparatif des durées moyennes de séjour (DMS) et durées moyennes d'attente	45
	(DMA) pour le pôle urgences/MMG sur les trois années	45
	ETUDE N°2 : Analyse rétrospective de la population dite ambulatoire consultant au SAU en semaine et le samedi matin	47
A-	Population de l'étude.....	47
B-	Caractéristiques démographiques de l'échantillon : âge et sexe.....	49
C-	Caractéristiques géographiques de l'échantillon : communes d'origine	51
D-	Proportion de patients de l'échantillon ayant pu être pris en charge par la MMG	53
E-	Répartition des passages en fonction de la permanence de soins	54
F-	Répartition des passages en fonction du jour de la semaine et de l'heure d'enregistrement ..	55
G-	Répartition des consultations selon les motifs de recours	58
H-	Répartition des passages selon les scores de gravité IOA	60
I-	Répartition des passages selon les diagnostics retenus.....	63
J-	Répartition des passages selon le stade de CCMU retenu	66
K-	Répartition des passages selon les durées moyennes de séjour	68
L-	Répartition des passages selon les durées moyennes d'attente.....	72
	ETUDE N°2 bis : Analyse rétrospective de la population ambulatoire ayant consulté EN DEHORS des horaires de la PDS (8h-20h en semaine et les samedi matins) – Actes réalisés aux urgences et taux de patients potentiellement adressable à une consultation de soins non programmés de journée.....	75
A-	Examens d'imagerie réalisés dans l'échantillon.....	76
B-	Bilans biologiques réalisés dans l'échantillon.....	76
C-	Acte thérapeutique/médication.....	76
D-	Patients adressables à la MMG selon critères et actes retenus	77
	ETUDE N°3 : Analyse rétrospective de la population dite ambulatoire consultant au SAU en journée de semaine en période d'ouverture exceptionnelle de la maison médicale de garde (période dite d'« extension de la PDSA »)	78
A-	Population de l'étude et rappel méthodologique	78
B-	Caractéristiques démographiques de l'échantillon : âge et sexe.....	80
C-	Répartition des passages selon les heures d'enregistrement pour les urgences et la MMG. .	82
D-	Répartition des passages selon les scores de gravité IOA en journée.....	85
E-	Répartition des passages selon les scores de CCMU en journée	86
F-	Répartition des passages selon les durées moyennes de séjour	87
G-	Répartition des passages selon les durées moyennes d'attente.....	88
	DISCUSSION.....	90
A-	Forces et limites des études	90

B-	Analyse de l'activité globale des pôles urgences et MMG (ETUDE N°1) : points intéressants	92
1)	Dynamique du nombre de passage	92
2)	Caractéristiques démographiques des patients consultant la MMG et les urgences	94
3)	Répartition des passages aux urgences selon la PDS	94
4)	Fluctuations horaires des passages à la MMG.....	95
5)	Répartition des CCMU /diagnostics retenus /orientations.....	96
6)	Evolution des durées moyennes de séjour et des durées moyennes d'attente sur les 3 années.	97
C-	Analyse rétrospective de la population dite ambulatoire consultant au SAU en semaine et le samedi matin (ETUDE N°2 et 2 bis) et impact de l'ouverture de la maison médicale en journées de semaine (ETUDE 3).....	99
1)	Caractéristiques démographiques et géographiques des échantillons	99
2)	Proportion des patients ayant pu être pris en charge par la MMG.....	100
3)	Répartition des passages selon les heures d'arrivée	101
4)	Répartition des consultations selon les motifs de recours	103
5)	Répartition des passages selon les scores de gravité IOA et scores de CCMU	103
6)	Répartition des passages selon les diagnostics retenus.....	105
7)	Répartition des passages selon les durées moyennes de séjour	106
8)	Répartition des temps d'attente avant premier contact médical	108
D-	Perspectives pour la création d'une consultation de soins non programmés en journée	109
	CONCLUSION.....	112
	BIBLIOGRAPHIE	114
	ANNEXES	119
	ABREVIATIONS	142

INTRODUCTION

J'ai été amené au cours de mon internat à travailler dans un service d'urgences, celui de la ville de Brignoles. Ce stage fut une réelle découverte tant par rapport à la médecine d'urgence que par rapport aux soins dits non programmés pour lesquels j'ai développé un réel intérêt. Mon implication depuis maintenant plus de deux ans au sein de la maison médicale de garde de Brignoles (MMGB) mais aussi aux urgences auxquelles cette dernière est rattachée m'a conduit à vouloir réaliser mon mémoire et ma thèse sur l'organisation de la prise en charge des soins non programmés. Par ces deux travaux, je souhaitais ainsi approfondir mes connaissances et dégager de nouveaux projets notamment pour le fonctionnement de la MMG.

Un des rôles du médecin généraliste, en plus d'assurer le suivi de ses patients chroniques, est d'assurer la continuité des soins en assumant son rôle dans la prise en charge des soins non programmés (demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville). Il s'agit à la fois d'une mission de service public mais également d'une obligation déontologique [1].

L'organisation de la prise en charge des soins non programmés a considérablement évolué depuis ces dernières décennies avec le florissement d'associations de médecins travaillant en groupe dans des structures spécifiques. C'est le cas des maisons médicales de garde ou encore de structures type SOS médecins qui ont comme « cœur de métier » la prise en charge de ses soins « semi-urgents »

Par ailleurs, on note depuis une dizaine d'années un bouleversement de la démographie médicale avec une nette diminution du nombre de médecins généralistes en France [2] concomitante à une forte augmentation de la demande de soins non programmés par la population [3]. Cette demande pèse fortement sur les services de santé hospitaliers, et particulièrement, les services d'urgences qui enregistrent une forte dynamique dans leurs nombres annuels de passages.

De nombreuses études sont ainsi parues ces dernières années afin de mieux comprendre ce phénomène d'embolisation des services d'urgences. Une des plus abouties constitue l'enquête DRESS en date de 2013 [4]. Ainsi il était mis en évidence qu'une part conséquente des passages aux urgences était en fait inadéquate vis-à-vis de leur la mission première comme rapporté dans les derniers rapports parlementaires notamment celui du député Mesnier (2018) [5]. Parmi les solutions avancées par ce rapport, le fonctionnement de type

maison médicale de garde semble être un des plus adéquats à la prise en charge des soins non programmés. Les MMG hospitalières semblent particulièrement plébiscitées de par leurs aspects pratiques. Cependant ces structures répondent à un cahier des charges bien précis fixé par l'ARS ; Ainsi le fonctionnement en vigueur dans la majorité des cas reste bien limité aux horaires de la permanence de soins (PDS) c'est-à-dire en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville (20h- minuit en soirées de semaine et les week-ends). Le pacte de refondation des urgences (mars 2019) [6] semble accorder un rôle primordial à ces MMG hospitalières.

Nous nous sommes donc interrogés dans ce travail de thèse sur la part des soins ambulatoires dans l'activité du service des urgences de l'hôpital de Brignoles notamment en journée et sur le rôle que pourrait jouer la MMG implanté dans l'hôpital dans leur prise en charge.

I - Evolution du recours aux urgences

A- Généralités

Maillon clé du système de santé dans notre société, les services d'urgences ont véritablement commencé leur structuration dans les années 2000 avec notamment la création d'un « plan urgence » en 2004 qui aboutira à la publication de deux décrets en 2006 [7]. Ces derniers posent les bases de l'organisation des urgences telles que nous les connaissons aujourd'hui c'est-à-dire individualisées par des services dédiés avec des professionnels spécialisés dans la médecine d'urgence.

Le rôle et les missions des services d'urgences ont par ailleurs fortement évolué au fil des années. Initialement en charge majoritairement des urgences vitales et de la traumatologie grave, les passages enregistrés semblent progressivement se diriger vers la prise en charge des pathologies chroniques ou socio-sanitaires ainsi que des situations relevant parfois plus de la médecine de ville.

B- Démographie Française et évolution annuelle des passages aux urgences

Selon le dernier bilan publié par les services de l'INSEE le 14 janvier 2020 [8], plus de 20% de la population sur le territoire est âgée de 65 ans. Cette proportion a bondi depuis le milieu des années 2010 avec l'arrivée à ces âges de la génération du baby-boom.

Les derniers chiffres de l'organisme de statistiques montrent que l'espérance de vie a augmenté de 2 ans pour les hommes et de 1,2 an pour les femmes sur les dix dernières années. L'espérance de vie pour les hommes à la naissance est ainsi passée de 77,7 ans en 2009 à 79,7 ans en 2019. Chez les femmes, elle est passée de 83,7 ans à 84,9 ans

La population vieillit et le nombre de maladies chroniques croît et par conséquent la demande de soins augmente parallèlement.

Un reflet de cette augmentation de la demande de soins correspond au fort dynamisme de l'évolution de la fréquentation des services hospitaliers d'urgences.

Selon l'enquête nationale réalisée par la DRESS [4], on recensait en 2013 plus de 18 millions de passages annuels aux urgences ce chiffre s'élevait à 19,7 millions de passages en 2014, soit une évolution de 4 % en un an.

Selon la DRESS, la fréquentation annuelle des services d'urgences a atteint 20,3 millions de passages en 2015, soit 42 % de plus qu'en 2002, et 3 % de plus qu'en 2014.

Les dernières données sur le sujet sont retrouvées dans le panorama 2018 sur les établissements de santé réalisé par la DRESS [9]: Ainsi en 2016, les 719 structures des urgences françaises ont pris en charge 21 millions de passages soit encore 3,5 % de passages de plus qu'en 2015.

29 000 patients par an sont accueillis en moyenne dans les services d'urgences, le nombre moyen de passages est plus faible dans les services pédiatriques que pour les urgences générales (26 000 passages environ par an contre 29800). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé. Les petits et moyens services d'urgences sont les plus nombreux : 20 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 63 % d'entre elles, moins de 30 000

C- Evolution de la demande de soins non programmés (SNP) aux urgences

On entend par demande de soins non programmés une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville [10].

Les derniers rapports parlementaires sur les services d'urgences témoignent d'une certaine surcharge de travail ressentie par un grand nombre de professionnels de santé aux urgences. Cette surcharge de travail peut s'expliquer en partie par la prise en charge d'une importante patientèle qui relève de la médecine de ville.

Une estimation intéressante des passages inappropriés aux urgences hospitalières est contenue dans l'enquête DRESS de 2013 [4] :

Cette enquête de la DRESS se base sur le critère de la gravité de l'état des patients, évaluée au travers du référentiel de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) établi par la société française de médecine d'urgence (SFMU) – les patients relevant de la catégorie CCMU 1 ayant pu être réorientés vers la médecine de ville.

La proportion de passages dits inappropriés serait évaluée à 43 % des cas dont :

- ☐ 29 % auraient justifié d'une simple consultation chez le généraliste
- ☐ 6 % d'une consultation chez le généraliste suivie d'un examen
- ☐ 8 % auraient justifié d'une consultation d'un spécialiste.

L'enquête a par ailleurs mis en évidence que de nombreuses consultations relèvent de la médecine ambulatoire avec près de 48 % des patients qui passent moins de deux heures aux urgences [11].

D- Part des soins non programmés en ville

Devant les parts importantes de soins non programmés aux urgences il est donc légitime de se demander si la médecine de ville remplit son rôle dans le traitement de ces soins ambulatoires.

Peu d'études ont été menées sur le thème des soins non programmés par la médecine de ville. Pourtant force est de constater qu'une des raisons du report des consultations vers les urgences résulte d'un nombre important de ce type de demandes de soins qui ne peuvent plus être absorbées par la médecine de ville. Selon l'enquête menée par la DRESS [12], auprès de 1 400 médecins de ville, les recours urgents ou non programmés constituent 12% de l'activité totale

des médecins libéraux. Ils concernent particulièrement des enfants de moins de 13 ans (22% des patients reçus dans ce cadre) et des adultes de 25 à 45 ans (26%). L'activité urgente des médecins généralistes est essentiellement diurne, dont 18% en dehors des heures d'ouverture de cabinet. Près de 80% de ces recours concernent une affection aiguë et, à la différence des urgences hospitalières, ils sont principalement motivés par des problèmes somatiques.

L'étude de l'URPS Île-de-France de juin 2015 [13] menée sur 2 822 professionnels, toutes spécialités confondues est également très intéressante pour apprécier le degré de prise en charge des SNP en ville – Ainsi on notait que 26 % des professionnels acceptaient des consultations de SNP. Près de 7 consultations de SNP étaient gérées quotidiennement par les médecins généralistes de cette enquête et seulement 4.2 % des professionnels déclaraient rejeter toute demande de SNP.

En résumé, l'exercice libéral semble donc jouer un rôle majeur dans la prise en charge de ces soins ambulatoires cependant le volume constamment croissant de ces consultations ne permet pas d'empêcher le report d'une partie d'entre elles sur les services d'urgences.

II- Hypothèses avancées pour expliquer la dynamique croissante du nombre de passages aux urgences

A- Une offre de soins de ville en décroissance et irrégulièrement répartie sur le territoire

L'enquête de la DRESS de 2013[14] permettait de mettre en évidence que 6 % des personnes interrogées se rendaient aux urgences car leur médecin traitant était absent, et 5 % du fait de l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour réaliser des examens complémentaires (radiographies notamment).

De manière générale on note une diminution des médecins actifs. Les données du conseil national de l'ordre des médecins [2] font état de :

□ Depuis 2010, le nombre de médecins (toutes spécialités confondues) inscrits a augmenté en faveur des retraités actifs (+67.6%) tandis que les médecins en activité régulière ont diminué de 0.9%.

□ Le pourcentage des médecins en activité régulière parmi l'ensemble des médecins inscrits au tableau a baissé depuis 2010 de 9 points et depuis 2017 de 1,3 point (66,7% vs 68%). Depuis 2017, le pourcentage des médecins retraités actifs a augmenté de 0,1% (5,9% vs 5,8%).

□ Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) ; soit une diminution des effectifs depuis 2010 et 2017 respectivement de 7% et de 0,4%

On note un vieillissement et une féminisation de la profession :

□ L'âge moyen des médecins généralistes en France est de 53 ans. La part des médecins ayant 60 ans et plus représente 30 % des médecins généralistes libéraux et mixtes.

□ Chez les médecins généralistes les femmes représentent 67% des moins de 34 ans.

Par ailleurs, les inégalités territoriales en terme d'offre de soins primaires se creusent. : En effet au 1er janvier 2018, la densité médicale métropole et DOM était de 270.3 médecins pour 100 000 habitants. Les DOM recensaient la plus faible densité avec 185.4 médecins pour 100 000 habitants tandis que la région Provence Alpes Côte d'Azur avait la plus forte densité avec 343.9 médecins pour 100 000 habitants.

Pour l'hexagone, le rapport de variation entre la densité de la région la plus faiblement peuplée et celle la plus densément peuplée était de 1.5 (PACA /Centre val de Loire).

Les plus fortes inégalités de répartition étaient toutefois infra-départementales ; Les concentrations de professionnels de santé libéraux étant à la fois littorales et urbaines.

Ce sont aussi les modes d'exercice qui évoluent, pour la médecine générale le CNOM fournit les chiffres suivants :

□ 62% des médecins nouvellement inscrits en 2018 exercent une activité salariée,

□ 23% sont remplaçants

□ 12% sont libéraux

A cela viennent s'ajouter la généralisation des consultations sur rendez-vous, la diminution des visites à domicile, l'allongement des délais de rendez-vous , la réduction du temps d'exercice et la progression du temps partiel chez les nouvelles générations de médecins.

Le temps médical dédié à la prise en charge de soins non programmés en cabinet est amené de fait à diminuer au fil du temps

B- Une insuffisante régulation en amont des passages et le phénomène d'urgence ressentie

La France est un des pays de l'OCDE mettant en jeu les urgentistes avant même l'arrivée aux urgences, dès la prise en compte de la demande en urgence d'un patient. C'est le principe de la régulation médicale mise en place dès les années 1970 et qui fait appel à un numéro de téléphone dédié (le 15 en France).

Le tri des patients est effectué avant même l'arrivée à l'hôpital permettant ainsi de n'adresser aux urgences que les patients qui le nécessitent et de diriger immédiatement le patient dans la bonne filière de soins.

La régulation médicale est effectuée dans un CRRA (Centre de réception et de régulation des appels, aussi appelé « Centre 15 ») « installé au sein d'un Service d'aide médicale urgente », qui « peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente » et qui peut fonctionner « avec le concours de médecins d'exercice libéral » notamment pour la prise en charge de la permanence de soins ambulatoires.

L'accès au médecin de permanence passe par la régulation préalable du SAMU depuis 2003 [15].

L'orientation effectuée par le médecin régulateur contribue au bon déroulement de la prise en charge des SNP, ce dernier pouvant :

- Proposer une consultation médicale ou l'envoi d'un effecteur
- Donner un simple conseil médical ou rédiger une ordonnance de médicaments
- Proposer un moyen de transport médicalisé ou non
- Renvoyer l'appel vers un régulateur de l'AMU en cas de consultation à caractère urgent
- Conseiller sur les gestes de premier secours

Les données de l'étude DRESS 2013 [14] mettent en évidence des défaillances dans le système de régulation médicale. Selon l'étude 62 % des patients décident de se rendre dans un service d'urgence de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche ; 24 % viennent sur le conseil

d'un médecin (traitant ou autre) et 15 % seulement sur le conseil du SAMU ou des sapeurs-pompiers

Aussi, bien qu'essentiellement assurée par les centres 15, La régulation médicale est dans certains territoires gérée par des médecins libéraux via un numéro dédié tel que le 116-117, à cela s'ajoute des régulations privées mises en place par des structures de type SOS médecins. Ce foisonnement de moyens de régulation peut-être de par son aspect confusiogène une des explications à l'insuffisante régulation des passages aux urgences.

Par ailleurs cette régulation n'est pour le moment pas effective 24h/24 sur tout le territoire. Certaines ARS ont récemment changé leur cahier des charges pour la PDSA en généralisant la régulation médicale en journée et en semaine (exemple de la région Bourgogne Franche - comté). Une généralisation de la régulation pourrait limiter le flux de soins non programmés arrivant aux urgences.

Enfin et non des moindres le phénomène d'« urgence ressentie » constitue une des explications majeure au recours excessif aux urgences certains patients ayant tendance à percevoir leur problème de santé comme urgent face à l'angoisse provoquée par le problème en cause.

Ainsi dans l'enquête de la DRESS de 2013[14], 27 % de la fréquentation des urgences était liée à un besoin ressenti de règlement rapide du problème.

Le livre blanc édité par l'association Samu-Urgences de France [16] définit cette urgence ressentie de la manière suivante: « l'urgence en matière de santé est définie par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse ailleurs à son problème de santé »

C- L'aspect pratique des urgences

L'aspect de commodité constitue également un élément parfois retrouvé comme motif de passage aux urgences.

La possibilité de trouver un lieu de consultation gratuit, près de chez-soi, ouvert 24h/24 et profitant d'un plateau technique permettant la réalisation d'examens complémentaires est de plus en plus souvent évoquée dans nos sociétés consuméristes où la nécessité d'immédiateté est omniprésente.

On peut encore une fois reprendre les chiffres de la DRESS de 2013 [4] :

-59 % des personnes interrogées évoquaient la commodité du recours aux urgences comme un motif de leur présence dans le service. Parmi elles :

-23 % ont avancé la possibilité de réaliser des examens complémentaires au sein du service

-22 % ont privilégié la proximité géographique de l'hôpital

-12 % ont privilégié l'accès offert à un médecin spécialiste

III- La permanence des soins ambulatoires

A- Définition

La permanence des soins en médecine ambulatoire correspond à « une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi » [17]

Il existe une véritable complémentarité entre la permanence de soins et la mission des urgences, d'où l'intérêt d'une proximité de ces deux types de structures.

B- Historique de la PDS

Dès la fin du 19^{ème} siècle l'organisation de la PDS se met en place chez les médecins généralistes par le biais d'un tour de garde. Il était ainsi coutume de réaliser une liste de médecins volontaires quartier par quartier et de fournir cette liste aux autorités locales (police...). Le médecin dit de garde était susceptible d'être contacté nuit et jour durant sa garde.

Une grève éclate en 2001, la profession évolue et les médecins demandent une revalorisation de leur travail et une amélioration de ses conditions.

Le 22 janvier 2003, le rapport Descours [18] donne lieu à une réforme sur la permanence de soins mettant ainsi en place les modalités d'organisation de la PDS, par le décret du 15 septembre 2003 avec pour points clés [19] :

- La définition du volontariat pour la participation au tour de garde

- La définition des horaires de la PDS (comme vu ci-dessus)
- La sectorisation des territoires de garde : la détermination du nombre et des limites des secteurs est définie par arrêté préfectoral après avis du CODAMUPS-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires).
- Les modalités d'accès au médecin de garde : de manière réglementaire l'accès doit désormais se faire via la régulation médicale par le centre 15 du département. Cette régulation peut également se faire par le centre d'appel de l'association de permanence des soins interconnecté au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).
- L'organisation du tour de garde : les médecins doivent s'inscrire sur un tableau de garde, qui sera transmis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). En cas de tableau de garde incomplet, le préfet du département pourra procéder à la réquisition de médecins du secteur.

Dès 2007, les premiers dysfonctionnements ressortent comme le souligne le travail du sénateur Jean-Yves GRALL [10]. Son rapport intitulé « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins » a pour mission de faire un état des lieux et d'améliorer le dispositif de PDS.

Il ressort déjà que le financement des astreintes et des actes en MMG n'est pas toujours assuré ce qui amène à un désengagement des volontaires.

Les médecins ruraux paraissent plus volontaires pour assurer la PDS par rapport aux médecins des villes, avec un désengagement en deuxième partie de nuit (ou nuit profonde) et de ce fait un afflux vers les services d'urgences de proximité ou des associations type SOS médecins. Le problème des nuits profondes avec un faible nombre d'actes est mis en évidence par les réquisitions effectuées dans de multiples régions devant l'absence de volontaires.

Un constat semble se dégager, celui de l'engouement des français pour l'organisation de la PDS sous forme de maison médicale. Les MMG dites hospitalières c'est-à-dire à proximité immédiate d'un service d'urgences sont particulièrement plébiscitées.

C- Organisation actuelle de la PDS

A partir de 2009 et de la loi HPST - ou loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [20] - le fonctionnement de la PDSA est régi régionalement par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Les principes de ce fonctionnement découlent d'un cahier des charges arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé qui conformément à l'article R6315-6 [21] du code de santé publique précise :

- le fonctionnement de la régulation médicale des appels (centre 15, numéro dédié à la PDSA selon les régions)
- l'organisation générale de l'offre de soins ambulatoires assurant la prise en charge des demandes de soins non programmées aux horaires de la PDSA
- les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département
- les lieux fixes de consultation (MMG, centres de santé, maisons pluridisciplinaires...)
- la rémunération forfaitaire des médecins participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale.

L'évaluation du fonctionnement de la PDSA se fait tout au long de l'année par différents comités dont les rôles sont également définis par le cahier des charges, on citera :

- Au niveau régional le cahier des charges PACA 2019 [22] évoque « la création d'une Direction des Soins de Proximité en 2018 dans le cadre de la nouvelle organisation de l'ARS PACA et la relance d'un travail partenarial, qui aboutira à la création prochaine d'une Instance Collégiale Régionale (ICR) dédiée à la PDSA et aux soins non programmés.
- L'article L 6313-1 du code de la santé publique [23] indique que « dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population ».

Ainsi, au niveau départemental, tous les projets susceptibles de modifier l'organisation de la PDSA (effectif et régulation) sont présentés dans les mêmes termes devant les six CODAMUPS.

Depuis 2009 et la mise en place d'une organisation de la permanence des soins confiée aux ARS peu d'évaluations du système de PDSA ont été effectuées. Or les derniers travaux à ce sujet tendent à montrer que cette organisation est loin d'être idéale...

Un des travaux les plus aboutis constitue l'état des lieux de la PDSA en 2018 par le CNOM [24] on notait ainsi parmi les changements importants : la réduction du nombre de territoires de PDSA par resectorisation (avec le risque que cela comporte pour les médecins couvrant un grand secteur de garde de se désengager devant une charge de travail trop importante ou des distances trop grandes à parcourir) , l'élargissement de la régulation au samedi matin , l'arrêt de la PDSA en nuit profonde pour un nombre grandissant de territoires, la remise en question des gardes de soirées en semaine sur de nombreux secteurs.

Le CNOM jugeait ainsi fragile la participation des médecins à la PDSA en 2018 avec une part croissante de territoires couverts par moins de 5 médecins volontaires ce notamment du fait des resectorisations récentes.

La démographie médicale est un facteur majeur de fragilisation des organisations de PDSA : elle tient à la faiblesse de la densité médicale (dans les zones rurales notamment) mais aussi au vieillissement des médecins en exercice.

Ainsi dans les zones peu pourvues en médecins libéraux la surcharge de travail en ville peut conduire à un désengagement de la PDSA de la part de ces médecins.

De nouveaux phénomènes se mettent en place telles que la généralisation de l'effectif des gardes par des médecins remplaçants ou encore la professionnalisation de la PDSA avec des médecins dont l'activité de PDSA devient le « cœur de métier ».

Sur de tels secteurs, où l'offre de soins est déficitaire, commence à se poser la question d'une révision des horaires de PDSA avec une notion d'extension des horaires dans ces structures dédiées à la prise en charge de ces patients.

Depuis la fin de l'année 2018 on note notamment des demandes de la part de plusieurs syndicats médicaux pour une reconnaissance du samedi matin en PDSA, et une revalorisation des actes étiquetés SNP vus dans les horaires d'ouverture des cabinets libéraux ce qui a entraîné récemment des mouvements de grève [25].

L'expérimentation du forfait réorientation Hôpital/Ville qui devrait se mettre rapidement en place dans plusieurs établissements (publication du Journal Officiel du 3 janvier 2020) [26] nous laisse nous interroger sur le devenir des patients réorientés vers la médecine de ville dans des zones sous-dotées médicalement telles que Brignoles. La création de structures dédiées aux SNP en journée (ou dans des locaux pré-existants) pourrait constituer une des solutions.

D- Les Maisons Médicales de Garde

La définition d'une MMG est : « un lieu d'accueil physique des patients, ouvert à la population sans discrimination, sans prise de rendez-vous aux heures de fermeture des cabinets médicaux, les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultation » [27]

Elle propose des prestations de médecine générale, avec un cahier des charges précis et des conditions d'exercice bien définies pour les médecins de garde.

La circulaire n°2007-137 du 23 mars 2007 [28] définit la MMG comme un « lieu fixe, déterminé, de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDS et assurant une activité de consultation médicale non programmée ». A cela doit s'ajouter un accès médicalement sécurisé et régulé des demandes de soins, soit par le centre 15 ou par une IOA si la MMG se situe dans ou à proximité d'un service d'urgence d'un établissement de santé.

Elles peuvent être hébergées dans les locaux d'un hôpital ou d'une clinique ou, au contraire, être éloignées de l'offre de soin hospitalière.

Lorsqu'elles sont proches d'un service d'urgences, voire accolées à un établissement de santé, les MMG ont ainsi vocation à accueillir en toute sécurité les patients dont l'état de santé ne nécessite qu'une simple consultation doublée, le cas échéant, d'actes techniques ne nécessitant pas d'équipement lourd. Ces MMG permettent de désengorger le flux de patients relevant des SNP admis aux urgences, après un simple tri infirmier.

Le pacte de refondation des urgences [6] proposé par la ministre de la santé Agnès Buzin souligne tout l'intérêt porté par les autorités à ce type de structure. Il précise que « Les ARS devront s'assurer de la présence d'une MMG à proximité directe de tous les services d'urgence les plus importants – c'est-à-dire ceux totalisant plus de 50 000 passages par an – ce qui

permettra d'accueillir à toute heure les patients réorientés vers le libéral ». Ce sont ainsi 50 MMG supplémentaires qui devraient être financées.

Les MMG concentrent en général plusieurs « anciens » secteurs de garde, notamment en milieu rural (moyenne de 5 à 6 secteurs par MMG). Ceci permet de regrouper les acteurs médicaux et d'éviter la multiplication des lignes de garde ce qui représente également des économies pour la sécurité sociale.

Les horaires de fonctionnement peuvent être :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures (« soirée » et « nuit profonde »),
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

L'enquête ELABE pour le Conseil national de l'Ordre des médecins en date de Mars 2019 [29] retrouvait ainsi que 2 médecins sur 3 interrogés préféraient un exercice de la PDSA en MMG.

L'aspect « pratique » de ces maisons médicales a ainsi conduit à leur généralisation mais aussi l'ouverture en journée de certaines d'entre elles à l'instar de la MMG du Gapençais (Gap, Hautes Alpes) créée en 2001 et réinstallée au sein de l'hôpital en 2014 qui a vu un aménagement de ses horaires après accord de l'ARS.

Le rapport sénatorial de 2017 [30] sur les urgences hospitalières tend à nuancer ce fonctionnement idéal. Ainsi bon nombre de dysfonctionnements auraient été recensés par les rapporteurs sur un certain nombre de MMG hospitalières : manque de moyens (notamment pour la réalisation d'examens paracliniques), mauvaise communication avec les urgences, absence de protocoles ...

IV- Offre de soins sur le secteur de Brignoles (centre-Var)

A- Données démographiques départementales

Avec une surface de 5 973 km², soit 19 % de la superficie régionale, le Var est le 2^e plus grand département de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, derrière les Alpes-de Haute-Provence [31]. C'est un territoire très contrasté, sur le plan géographique et démographique, avec une frange littorale très urbanisée et une partie nord du département plus rurale avec des densités de population beaucoup plus faibles.

Le moyen Var est situé entre Saint-Maximin la sainte Baume et Draguignan, le long d'axes autoroutiers reliant Marseille, Aix en PCE, Toulon et Nice. Les principales villes de ce territoire sont Brignoles et Draguignan.

Au 1^{er} janvier 2020, d'après les estimations de l'INSEE [32], le département du Var comptait 1 073 836 habitants.

La croissance démographique est plus importante dans le moyen Var avec un taux de natalité plus élevé.

Le département présente de grandes disparités socio-économiques [31] :

En 2013, près de 60 000 varois résidaient dans un quartier prioritaire, soit 5,8 % de la population, presque moitié moins que dans la région (10,3 %). Cependant, ils représentaient 1 habitant sur 5 dans les communes de Brignoles (21,9 %) et de la Seyne-sur-Mer (19,2 %). Avec respectivement 67,2 % et 65,4 % de la population disposant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté.

L'offre de soins sur le territoire reste assez inégalitaire [31] :

En 2017, 1 074 médecins généralistes libéraux étaient en exercice dans le Var, soit une densité de 103,4 médecins pour 100 000 habitants, la deuxième la plus faible de la région (108,8 pour 100 000 habitants) derrière le Vaucluse (92 pour 100 000).

En 2017, environ la moitié des médecins en exercice étaient concentrés sur le littoral varois, entre Saint-Cyr-sur-Mer et Hyères. A l'inverse, 43 communes du département, soit plus d'1 commune sur 4 (28,1 %), ne comptaient aucun médecin généraliste et 25, soit environ 1 sur 6 (16,3 %) n'en comptaient qu'un seul. Ces communes étaient pour la plupart localisées dans le Moyen et dans le Haut-Var.

B- Démographie du secteur de Brignoles

Les données de l'observatoire régional de santé PACA [33] permettent de dresser un portrait sociodémographique du secteur de Brignoles.

Brignoles (83170) est situé dans la partie dite du Moyen-Var du département, elle constitue la sous-préfecture. Elle est la capitale de l'agglomération Provence-Verte avec 27 communes alentours.

La population recensée en 2016 était de 17500 habitants avec une densité de population de 247 hab/km² (contre 159 hab/km² pour la région PACA)

Les indicateurs démographiques montrent que ce secteur connaît une croissance démographique soutenue. Ainsi on note un taux de natalité de 13.7 naissances pour 1000 habitants (contre 11.4 naissances pour 1000 habitants en région PACA) ; la population y est plus jeune que dans le reste de la région (part des moins de 20 ans correspond à 27.8% de la population contre 22.7 % pour la région PACA).

C'est aussi une population plus précaire et qui consomme plus de soins :

Le taux de chômage chez les 15-64 ans est de 19.9 % contre 15 % pour la région PACA.

La part des assurées de moins de 65 ans bénéficiant de la CMUC est de 15% contre 10% pour la région PACA

En 2018, le nombre d'assurés ayant eu recours à un médecin généraliste était de 10 675 – soit un ICR (indice comparatif de recours aux professionnels de santé libéraux) de 101 (contre 100 pour la région PACA) avec un recours plus fréquent aux soins infirmiers (ICR 106) ce qui reflète un plus grand nombre de pathologies chroniques nécessitant des soins récurrents.

C- L'Offre de soins sur le secteur de Brignoles

On recensait en 2018 un effectif de 25 médecins généralistes sur le canton de Brignoles soit une densité de 62 médecins pour 100 000 habitants contre une moyenne de 107 pour la région PACA. Brignoles est donc catégorisée comme zone d'action complémentaire sur le plan de l'offre de soins : zones où le nombre de consultations accessibles par an par habitant est compris entre 2,5 et 4 consultations, lorsque tous les médecins de 65 ans et moins de cette zone sont pris

en compte et bénéficiant d'aides supplémentaires [34] C'est une zone dite « sous dense » en termes de démographie médicale.

De plus, les médecins exerçant dans cette zone sont majoritairement âgés ce qui fragilise l'offre de soins à moyen terme.

Le CDOM 83 a ainsi réalisé un croisement entre les secteurs de la PDS et la démographie des Médecins Généralistes en 2013 [35]. Pour le secteur de PDS de Brignoles, on ne notait pas moins de 44 médecins de plus de 55 ans pour un total de 73 médecins en exercice.

D- La PDS sur le secteur de Brignoles

Le territoire de PDS de Brignoles est vaste et est défini par l'ARS via le cahier des charges de la PDSA [ANNEXE 1].

Le Secteur de Brignoles (83001) regroupe ainsi les communes de Besse-sur-Issole, Brignoles, Cabasse, Camps la Source, Le Cannet des Maures, Carcès, Carnoules, La Celle, Correns, Cotignac, Flassans, Forcalqueiret, Garéoult, Gonfaron, Le Luc, Les Mayons, Méounes, Monfort sur Argens, Néoules, Pignans, Puget ville, Rocbaron, La Roquebrussane, Ste Anastasie, Le Thoronet, Le Val, Vins sur Caramy.

Du fait de l'absence de tour de garde régulier au début des années 2000, la PDS sur ce secteur a longtemps été seulement assurée par l'Hôpital de Brignoles via son Service d'Urgences. Depuis 2007, la Maison Médicale de Garde assurera des permanences le Week-End puis en soirées de semaine.

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) créé en 2001 a dû être entièrement rénové en 2017/2018 pour faire face à un accroissement constant du nombre de passages. De 288 m², les locaux sont passés à 1 612 m². Le service dispose désormais de 10 boxes conventionnels dont un box PEDIA et 2 salles SAUV complémentaires (salle d'accueil des urgences vitales) avec une gestion du flux des patients totalement repensé (2 circuits patients différents pour les patients valides ou brancardés) Il dispose par ailleurs de son propre SMUR. L'équipe sous la direction du chef de service le Dr Christian Bar a été renforcée à 88 Equivalent Temps Plein (ETP).

Après plusieurs années d'absence de tours de garde en ville, la Maison Médicale de Garde de Brignoles a été créée en 2007 afin de proposer dans le cadre de la nouvelle organisation de la PDSA, une offre libérale de soins primaires le week-end en journée. Une convention [ANNEXE 2] a été signée entre les médecins libéraux volontaires, regroupés au sein d'une association de PDSA et le CHB stipulant notamment que le CHB mettrait gracieusement à disposition les locaux et que l'accès des patients à la MMG ne pourrait se faire qu'après un tri infirmier assuré par le Service des Urgences, ce qui perdura jusqu'à l'ouverture des nouveaux locaux au sein des urgences rénovés fin 2018,

La MMG fonctionne actuellement sous la forme d'une association type loi 1901 présidée par le Dr William BOURIAUX qui est le coordinateur de la MMG ; l'Association MMGB est à ce jour composée de 4 médecins adhérents, dont deux médecins généralistes installés en cabinet de ville sur le secteur ; ils assurent l'intégralité du planning de garde. Des locaux neufs ont été attribués à la MMG au sein des nouveaux locaux des urgences à compter du 27 novembre 2018.

Depuis cette date, les patients qui le désirent ont la possibilité de demander une consultation avec le médecin de garde à la MMG après un simple enregistrement par l'agent d'accueil des Urgences.

L'accueil des patients y est possible aux horaires suivants :

Soirée de semaine : 20h00-23h30

Samedi : 13h30-23h30

Dimanche et jours fériés : 9h30-23h30

On comprend donc que les urgences font face à un afflux important de patients et notamment de patients relevant d'une prise en charge ambulatoires d'où le rôle majeur des structures prenant en charge les soins dits non programmés.

Or le secteur de PDSA de Brignoles doit se contenter de deux structures pour la prise en charge des SNP que sont la maison médicale de Brignoles et celle du Luc-en-Provence aux heures de PDSA le Week-end, et seulement d'une structure, la MMG de Brignoles, pour les soirées de semaine.

La PDSA en nuit profonde (0h00 – 8h00) étant assurée par le Service d'Accueil des Urgences de Brignoles.

Nous nous sommes donc interrogés sur la proportion de passages relevant des soins non programmés et de la médecine de ville aux urgences de Brignoles et sur l'intérêt potentiel d'une consultation de journée dédiée qui pourrait les prendre en charge.

Notre hypothèse de départ était la suivante : « *La création d'une offre de soins dédiée aux soins non programmés aux horaires d'ouverture des cabinets de ville est justifiée car un grand nombre de patients consulte sur ces plages horaires aux urgences pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire de ville* ».

MATERIELS ET METHODES

I- Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de quantifier rétrospectivement la part des patients ambulatoires (c'est-à-dire ceux étant rentré à domicile à l'issu de la consultation au SAU) aux urgences de Brignoles aux horaires d'ouverture des cabinets de ville et ceci sur une période spécifique pré-établie.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Etudier cette population spécifique sur le plan démographique, sur les motifs de consultation, sur les gravités IOA et les CCMU et diagnostics retenus à l'issu des passages
- Etudier les différents temps d'attente (durée moyenne de séjour, délai avant premier examen médical) pour cette population spécifique
- Etudier l'impact d'une ouverture d'une structure de type permanence de soins non programmés en semaine notamment sur les temps d'attente pour la filière ambulatoire par l'analyse de deux périodes expérimentales d'extension de la PDSA (vacances scolaires Noel 2019 et vacances de pâques 2019).
- Réaliser via une analyse rétrospective des consultations de journée aux urgences une extrapolation des patients qui auraient pu être admis en filière MMG selon application stricte des critères de tri IAO.

II- Méthodologie

Type de l'étude

Il s'agissait de deux types d'études :

- Une étude rétrospective descriptive et quantitative concernant l'activité globale des urgences et de la MMG entre 2017 et 2019.

- Une étude rétrospective quantitative et qualitative sur la part des patients ambulatoires ayant consulté aux urgences sur plusieurs périodes distinctes.

Matériel de l'étude :

- La première étude rétrospective descriptive et quantitative était une analyse de l'activité globale des urgences et le MMG entre 2017 et 2019 – cette analyse portait sur tous les patients ayant consulté au SAU et à la MMG de Brignoles entre le premier janvier 2017 et le 31 décembre 2019.

Le recueil des données avait été fait auprès de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) PACA auprès de qui nous nous sommes rapprochés afin d'obtenir les résumés de passage aux urgences (RPU) qui sont un recueil standardisé des données médicales issues des Services d'Accueil des Urgences en milieu hospitalier.

En plus du décompte du nombre de passages annuels et mensuels pour les deux structures, les variables suivantes avaient été étudiées :

1. Sexe et âge ;
2. Heure d'enregistrement (selon la PDS, par tranche horaire)
3. CCMU / diagnostics
4. Devenir du patient (retour à domicile/mutation/transfert)
5. Durée moyenne de séjour et durée moyenne en zone d'attente

Cette étude avait pour but de contextualiser les données plus limitées dans le temps de notre étude notamment en disposant d'une meilleure connaissance de l'activité des urgences et de la MMG sur les trois dernières années : nombre de passages moyen, pics d'activité horaires, journaliers, ou saisonniers, estimation du nombre de patients « ambulatoires ».

L'exploitation des données avait été faite via le logiciel MICROSOFT EXCEL 2019, de même que pour la réalisation des figures statistiques qui en découlent.

- Les deuxièmes et troisièmes études étaient rétrospectives quantitatives et qualitatives.

On avait inclus tous les patients valides avec retour à domicile à l'issu du passage enregistré par l'agent d'accueil du lundi au vendredi et le samedi de 8h à 12h. (les patients mis en zone ZHTCD n'ont pas été retenus).

Nous avons par ailleurs réparti les patients en plusieurs groupes distincts selon qu'ils aient été enregistrés pendant la PDS (20h- 8h) ou hors PDS (8h-20h).

Le recueil des données brutes avait été fait via le terminal des urgences (TU) après requête auprès du chef de service le Docteur Christian Bar.

Les données brutes avaient été par la suite filtrées selon les variables désirées via le logiciel MICROSOFT EXCEL 2019

On s'était proposé d'étudier les passages sur les 6 premiers jours de semaine (du lundi au samedi matin) de chaque mois sur 5 mois de 2019 (juin, juillet, août, septembre et octobre) [ETUDE N°2] puis de manière distincte nous avons analysé les passages sur 6 jours en décembre et mai 2019 pendant lesquels la MMG avait été ouverte en journée (extension de la PDSA) [ETUDE N°3].

Les variables étudiées dans l'ETUDE 2 ET 3 étaient les suivantes :

- Variables démographiques : date de naissance, sexe, âge, commune, code postal,
- Variables de temps : date et heure d'enregistrement à l'accueil des urgences, jour de la semaine.
- Variables de durée de prise en charge : date de sortie, heure de sortie, délai avant-première évaluation médicale (connexion d'un médecin sur le dossier informatisé), délai avant fin de prise en charge (Durée moyenne de séjour ou DMS)
- Variables de tri par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IOA) : Classification par gravité (gravité 5 à 1), motif de consultation.
- Variables de prise en charge (qualitatives) : biologie, acte de radiologie standard, acte de radiologie échographique ou TDM, acte thérapeutique ou électrocardiogramme, diagnostic principal (selon CIM-10), CCMU, orientation (« hospitalisation », « retour à domicile », « sortie sans avis médical »).

Nous avons par ailleurs réalisé une enquête complémentaire [ETUDE 2 BIS] effectuée sur la précédente période (5 semaines retenues entre juin et octobre) en reprenant au cas par cas les dossiers médicaux tirés du terminal urgences pour l'ensemble des patients enregistrés sur les journées de semaine entre 8h et 20h (et les samedi matins). A l'aide des critères d'adressage à la MMG actuellement utilisés par le SAU de Brignoles, nous avons identifié les patients qui auraient pu, si elle avait existé, être adressés à une consultation de soins non programmées effectuée par des médecins généralistes en journée. Nous avons ainsi réparti les patients en deux groupes : les « patients adressables » et les « patients non adressables ».

RESULTATS

ETUDE N°1 : Analyse descriptive et rétrospective de l'activité globale des urgences et de la maison médicale de Brignoles pour les années 2017, 2018 et 2019

A- Comparatif du nombre de passages à la MMG et aux urgences sur les trois années

La période requêtée pour notre première partie était comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre inclus pour chacune des années 2017, 2018 et 2019 que nous avons individualisées pour mettre en évidence une éventuelle évolution sur les différentes variables retenues.

Ces données ont été obtenues après demande formelle auprès de l'Observatoire Régional des Urgences PACA, organisme intégré au groupement d'intérêt public GIP-e-santé – ORU qui met en place des systèmes d'informations et de récoltes des données sur l'activité hospitalière et les urgences.

Tableau 1 : Nombre de passages annuels et parts d'activités respectives MMG et urgences (2017-2019)

	2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%
MMG	4 265	13.85	4 422	14.50	5 696	16.70
SAU	26 518	86.15	26 083	85.50	28 451	83.3
TOTAL	30 783	100	30 505	100	34 147	100

Si l'on s'intéresse à l'activité globale en termes de passages annuels des deux structures que sont la MMG et les urgences on note :

- Pour la MMG : L'activité globale est passée de 4 265 passages annuels en 2017 à 5 696 passages en 2019 soit une augmentation de 33.5 %. La croissance en termes d'activité était de 3.7 % entre 2017 et 2018 et de 28.8 % entre 2018 et 2019

- Pour les Urgences : L'activité globale est passée de 26518 passages annuels en 2017 à 28451 passages en 2019 soit une augmentation de 7.3 % - L'activité a diminué de 1.6% entre 2017 et 2018 pour retrouver une croissance à 9.1% entre 2018 et 2019

En termes de part d'activité :

En 2017 : L'activité de la MMG représentait 14 % de l'activité totale versus 86 % pour les urgences.

En 2018 : L'activité de la MMG représentait 14.5 % de l'activité globale versus 85.5 % pour les urgences.

En 2019 : L'activité de la MMG représentait 17 % de l'activité globale versus 83 % pour les urgences.

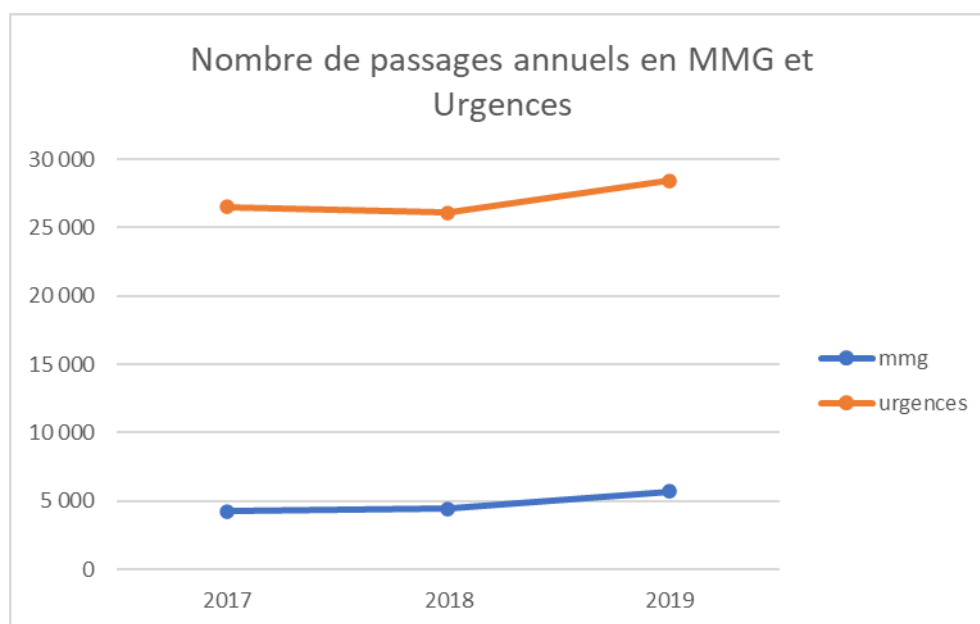


Figure 1 : Nombre de passages annuels MMG et urgences (2017-2019)

Si l'on s'intéresse au nombre moyen de passages journaliers par mois pour les urgences et la MMG confondus (pôle urgence/mmg), on retrouve :

En 2017 : 75 passages/jour comme valeur minimale en novembre et 93 passages/jour comme valeur maximale pour le mois de juin avec un nombre moyen de 84 passages journaliers par an.

En 2018 : 74 passages/jour comme valeur minimale en mars et 91 passages/jour en décembre comme valeur maximale pour le mois de décembre avec un nombre moyen de 83 passages journalier par an (- 1 passage par jour par rapport à 2017).

En 2019 : 85 passages/jour comme valeur minimale en avril et 99 passages/jour comme valeur maximale pour les mois de juin, juillet, août et décembre. 93 passages par jour étant la moyenne de passage sur l'année (+ 10 passages par jour par rapport à 2018).

Tableau 2 – Nombres de passages journaliers par mois (2017-2019)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	moyenne de l'année
2017	82	77	83	85	86	93	91	91	82	79	75	84	84
2018	82	78	74	83	87	86	90	89	85	80	77	91	84
2019	90	93	88	85	94	99	99	99	90	93	89	99	94

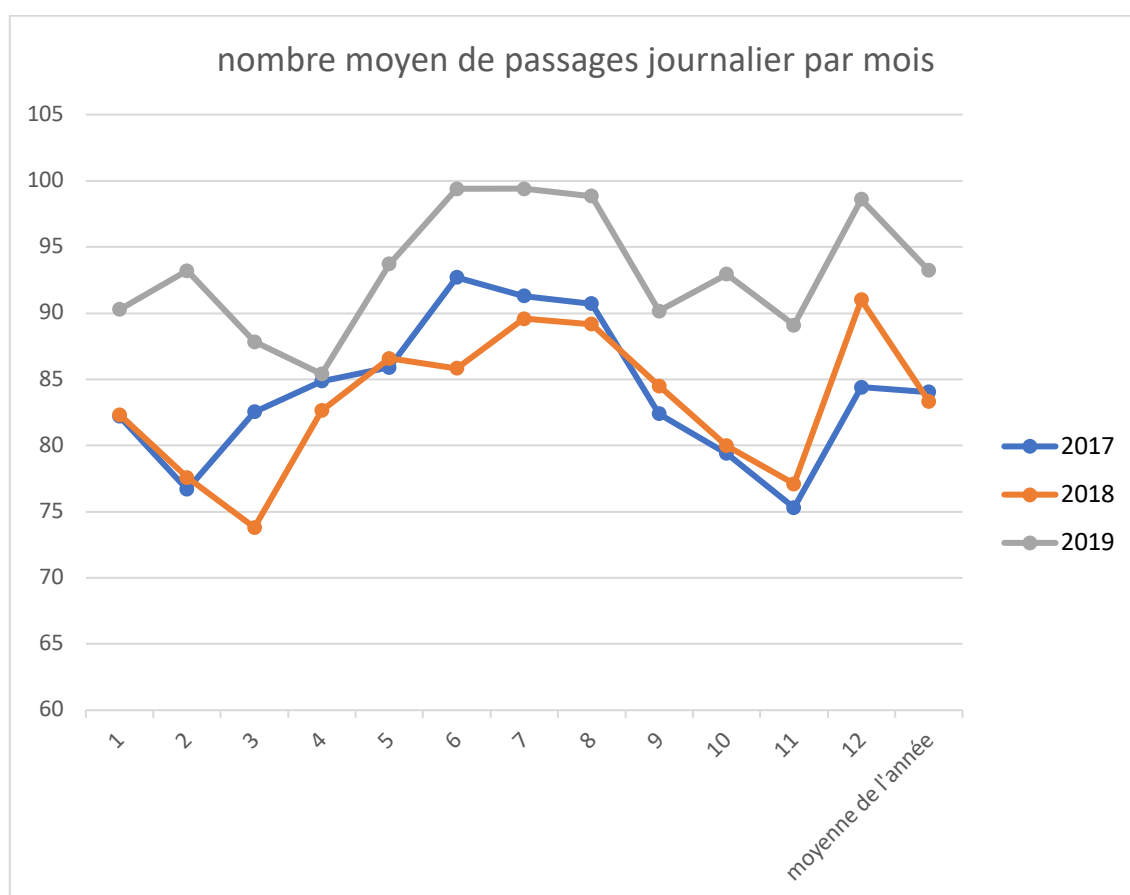


Figure 2 – Nombres de passages journaliers par mois (2017-2019)

Nous pouvons également isoler les passages moyens annuels journaliers des urgences de ceux de la MMG pour obtenir les résultats suivants :

- Pour la MMG : 11 passages en moyenne par jour pour 2017 ; 12 passages par jour en 2018 ; 16 passages par jour en moyenne en 2019.
- Pour les Urgences : 73 passages en moyenne par jour en 2017 ; 71 passages par jour en 2018 et 77 passages par jour en 2019.

Tableau 3 : Nombre de passages journaliers par année (2017-2019)

	2017	2018	2019
mmg	11	12	16
urgences	73	71	77
Total	84	83	93

Nous avons enfin réalisé une analyse plus détaillée des passages mensuels pour la MMG sur les 3 années afin de mettre en évidence des fluctuations saisonnières pour cette structure :

En 2017 : les trois mois où l'on enregistrait le plus de passages étaient mai (412), juin (407) et juillet (442) – les trois mois où l'on enregistrait les passages les plus bas étaient février (239), mars (289) et novembre (316)

En 2018 : les trois mois où l'on enregistrait le plus de passages étaient mai (459), juillet (403) et décembre (529) - les trois mois où l'on enregistrait les passages les plus bas étaient novembre (294), septembre (297), octobre (305)

En 2019 : les trois mois où l'on enregistrait le plus de passages étaient mai (609), juin (513) et décembre (691) - les trois mois où l'on enregistrait les passages les plus bas étaient février (401), mars (402) et avril (405).

Tableau 4 – Nombre de passages mensuels en MMG (2017-2019)

%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2017	345	239	289	363	412	407	442	397	322	331	316	402
	8.09 %	5.60 %	6.78 %	8.51 %	9.66 %	9.54 %	10.36 %	9.31 %	7.55 %	7.76 %	7.41 %	9.43 %
2018	366	334	326	380	459	360	403	369	297	305	294	529
	8.28 %	7.55 %	7.37 %	8.59 %	10.38 %	8.14 %	9.11 %	8.34 %	6.71 %	6.90 %	6.65 %	11.96 %
2019	408	401	402	405	609	513	449	484	442	447	445	691
	7.16 %	7.04 %	7.06 %	7.11 %	10.69 %	9.00 %	7.88 %	8.50 %	7.76 %	7.85 %	7.81 %	12.13 %

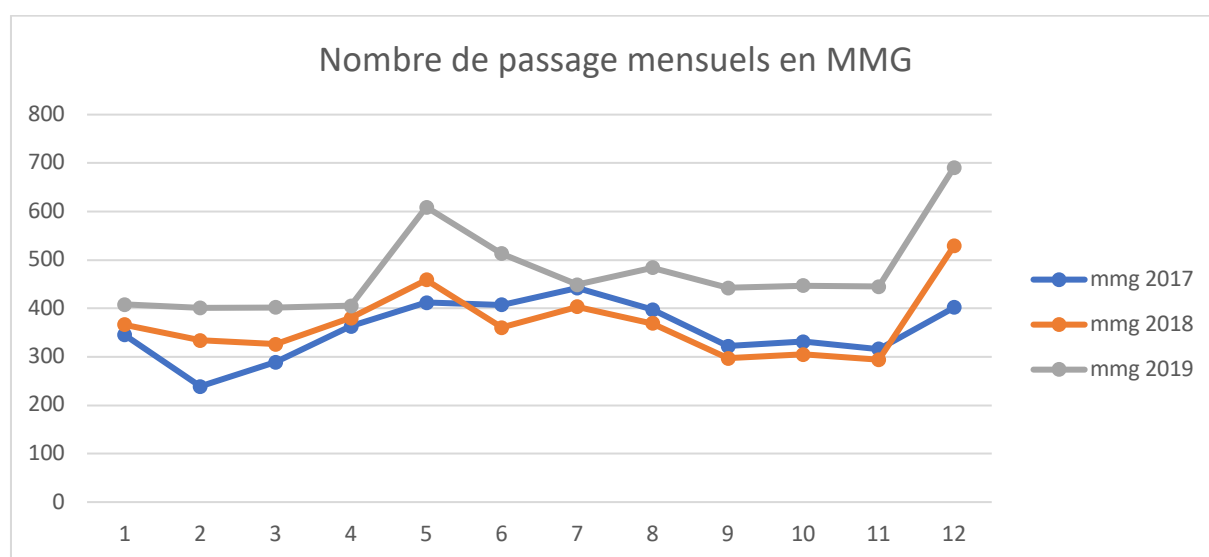


Figure 3 – Nombre de passages mensuels en MMG (2017-2019)

B- Comparatif du nombre de passages par tranche d'âge et par sexe sur les trois années pour le pôle urgences/MMG

Concernant la proportion de passages pour le pôle urgences/MMG selon l'âge :

En 2017 : on comptait 7 746 patients de moins de 20 ans soit 25% des passages enregistrés. La population pédiatrique (moins de 18 ans) étant évaluée à 22 %.

Les patients de 75 ans et plus (4761 passages) représentaient quant à eux 15.5% des passages enregistrés

L'âge moyen des passages était de 42 ans.

En 2018 : on comptait 7305 patients de moins de 20 ans soit 24% des passages enregistrés. La population pédiatrique (moins de 18 ans) était évaluée à 21%.

Les patients de 75 ans et plus (4771 passages) représentaient 15.7 % des passages

L'âge moyen des passages était de 42 ans.

En 2019 : on comptait 8738 patients de moins de 20 ans soit 26% des passages enregistrés. La population pédiatrique (moins de 18 ans) était évaluée à 23% des passages.

Les patients de 75 ans et plus (4977 passages) représentaient 15% des passages.

L'âge moyen des passages était de 41 ans.

Tableau 5 – Nombre de passages annuels urgences/MMG par tranches d'âge (2017-2019) [ANNEXES – Tableau V bis]

	2017	2018	2019
[0-5[	2 278	2 124	2 759
[5-10[	1 518	1 457	1 785
[10-15[	1 794	1 669	1 924
[15-20[	2 156	2 055	2 270
[20-25[	2 085	2 005	2 318
[25-30[	2 060	2 027	2 185
[30-35[	1 984	1 966	2 345
[35-40[	1 710	1 830	1 932
[40-45[	1 679	1 622	1 717
[45-50[	1 669	1 679	1 855
[50-55[	1 571	1 648	1 832

[55-60[	1 420	1 407	1 587
[60-65[	1 225	1 323	1 415
[65-70[	1 428	1 413	1 509
[70-75[	1 272	1 352	1 533
[75-80[	1 202	1 193	1 205
[80-85[	1 270	1 242	1 309
[85-90[	1 250	1 299	1 377
[90-95[	756	777	817
[95-100[	266	242	254
[100-120]	17	18	15
Total	30 610	30 348	33 943

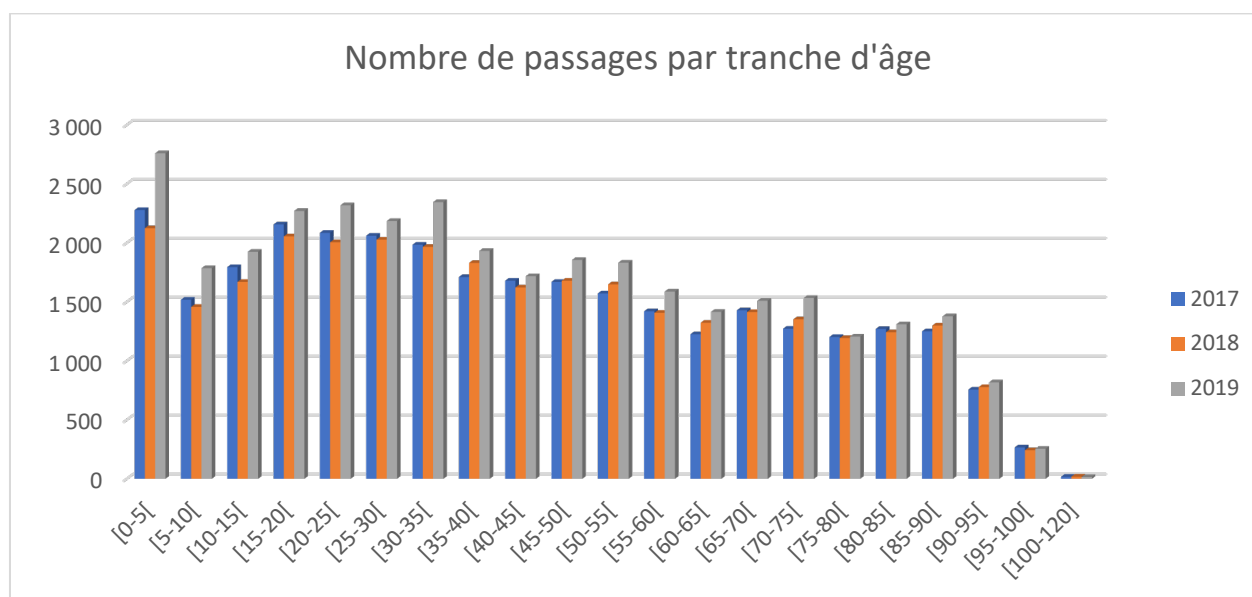


Figure 6 – Nombre de passages annuels urgences/MMG par tranches d'âge (2017-2019)

Concernant la proportion des passages pour le pôle urgences/MMG selon le sexe :

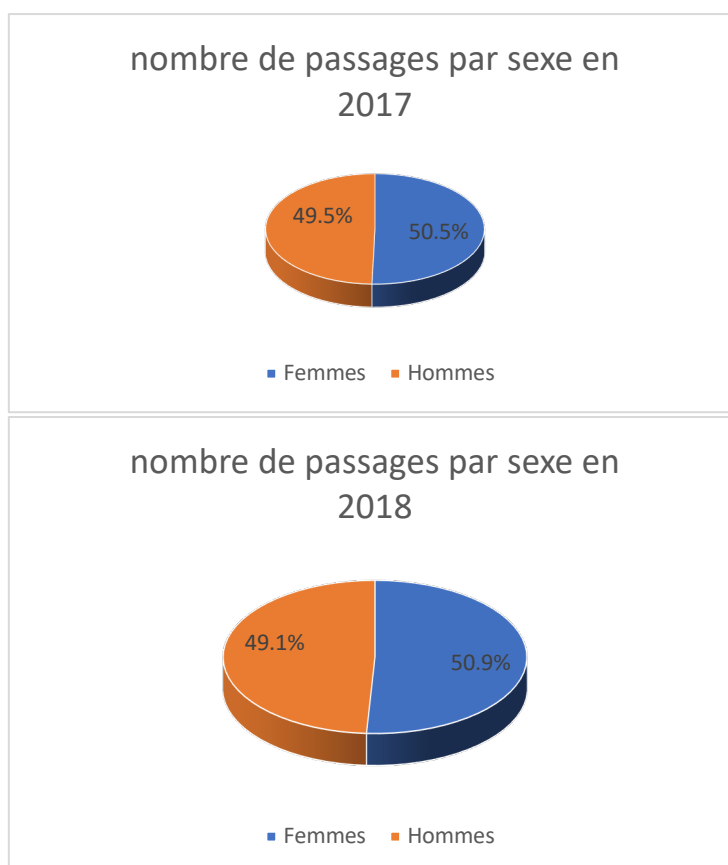
Tableau 6 – Nombre de passages annuels urgences/MMG par sexe (2017-2019)

	2017	2018	2019
Femmes	15 440	15 445	17 185
Hommes	15 169	14 903	16 757
Total	30 609	30 348	33 943

En 2017 : Les femmes (15 440 passages) représentaient 50.5 % des enregistrements ; les hommes (15 169 passages) représentaient 49.5% des enregistrements.

En 2018 : Les femmes 15 445 passages représentaient 50.9 % des enregistrements ; contre 49.1% pour les hommes (14 903 passages).

En 2019 : Les femmes (17 185) représentaient 50.6 % des enregistrements ; contre 49.4% pour les hommes (16 757 passages).



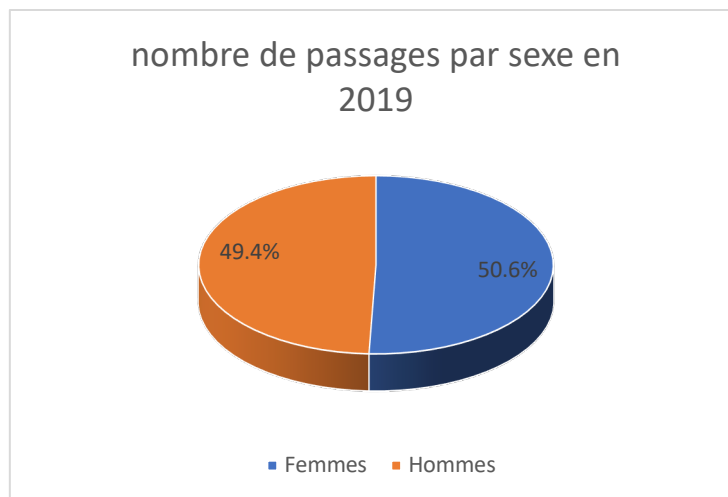


Figure 7 – Nombre de passages annuels urgences/MMG par sexe (2017-2019)

C- Comparatif du nombre de passages selon les horaires de la permanence de soins sur les trois années pour le pôle urgences/MMG

Nous avons dans cette section comparé le nombre de passages global (urgences + MMG) selon que l'enregistrement se soit effectué aux horaires de la permanence de soins de soirée (20h-minuit), de la PDS en « nuit profonde » (minuit – 8 h), hors PDS (8h-20h) ou en PDS de week-end (à partir du samedi midi).

Tableau 7 – Nombres de passages annuels urgences/MMG selon les horaires de PDS (2017-2019) [ANNEXES – Tableau 7 bis]

	2017	2018	2019
Hors PDS	15 299	14 830	17 741
PDS nuit profonde	3 619	3 875	4 028
PDS soirée	5 145	5 114	5 779
PDS week-end et fériés	6 547	6 529	6 395
Total	30 610	30 348	33 943

En 2017 : 15 299 passages soit 50 % des passages se sont effectués hors PDS

3 619 passages (12%) ont eu lieu en PDS nuit profonde

5 145 passages (17%) ont eu lieu en PDS soirée

6 547 passages (21%) ont eu lieu en PDS week-end

Au total, 21 846 passages ont eu lieu en journée (8h-20h) soit 71 % des passages

En 2018 : 14 830 passages soit 48% des passages se sont effectués hors PDS (-2% vs 2017)

3 875 passages (13%) ont eu lieu en PDS nuit profonde (+ 1% vs 2017)

5 114 passages (17%) ont eu lieu en PDS soirée (+0% vs 2017)

6 529 passages (22%) ont eu lieu en PDS Week-end (+1% vs 2017)

Au total 21 359 passages ont eu lieu en journée soit 70% des passages.

En 2019 : 17 741 passages soit 52 % des passages se sont effectués hors PDS (+4% vs 2018)

5 028 passages (12%) ont eu lieu en PDS nuit profonde (-1% vs 2018)

5 779 passages (17%) ont eu lieu en PDS soirée (+0% vs 2018)

6 395 passages (19%) ont eu lieu en PDS Week-end (-2%)

Au total 24 136 passages ont eu lieu en journée soit 71% des passages

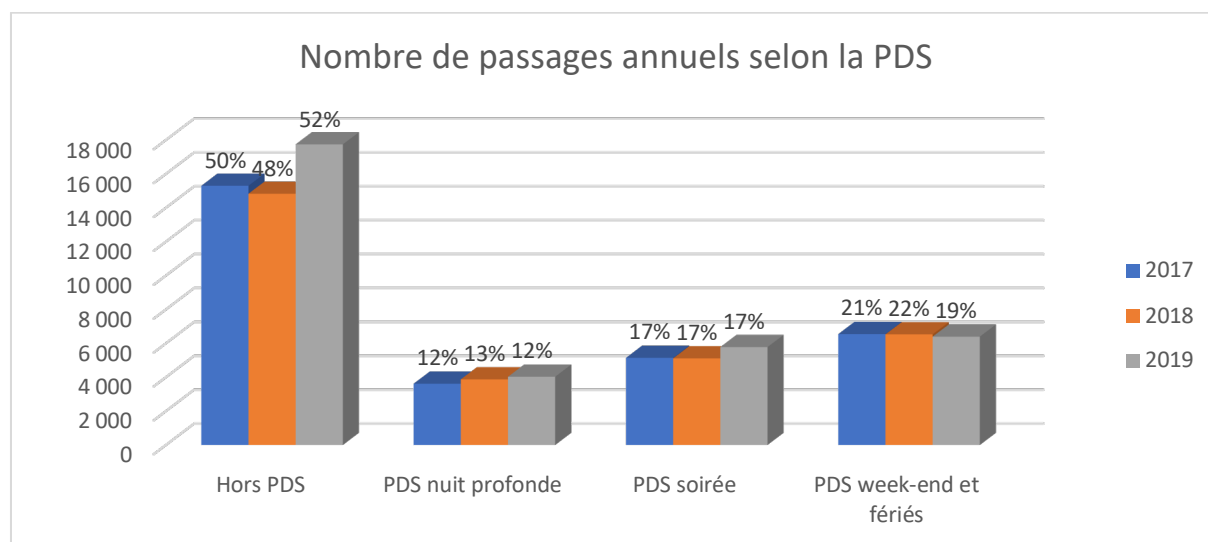


Figure 8 – Nombre de passages annuels urgences/MMG selon les horaires de la PDS (2017-2019)

D- Comparatif du nombre de passages selon les heures d'enregistrement à la MMG pour les trois années

Nous avons réalisé dans cette section une analyse détaillée des passages par tranche horaire de une heure chacune de 8h à minuit pour la MMG en 2017-2018-2019 [ANNEXES – Tableau VIII bis].

En 2017, pour les horaires de la PDS de soirée on note que 656 passages (38.4% des passages de soirée) ont eu lieu dans la plage horaire d'« ouverture » de la MMG entre 20h et 21 h – 108 passages (6.3% des passages de soirée) ont eu lieu dans la plage horaire de fermeture de la MMG entre 23h et minuit

Pour les horaires de PDS correspondant aux Week-ends et JF (8h-20h), on notait que les trois plages horaires enregistrant le plus de passages étaient comprises entre 17 h et 20h avec 1138 passages soit 44.5% des passages entre 8h et 20h.

446 passages ont été enregistrés en matinée (8h-12h)

On totalise 975 passages (38% des passages de 8h à 20h) pour la période « après midi » (12h-17h) avec un pic d'activité entre 14 et 15h (231 passages).

Tableau 8 – Nombre de passages annuels à la MMG par heure (2017)

	2017
8-9h	28
9-10h	94
10-11h	159
11-12h	165
12-13h	142
13-14h	208
14-15h	231
15-16h	202
16-17h	192
17-18h	261
18-19h	357
19-20h	520
Total	2 559
	2017
20-21h	656

21-22h	562
22-23h	380
23-24h	108
Total	1 706

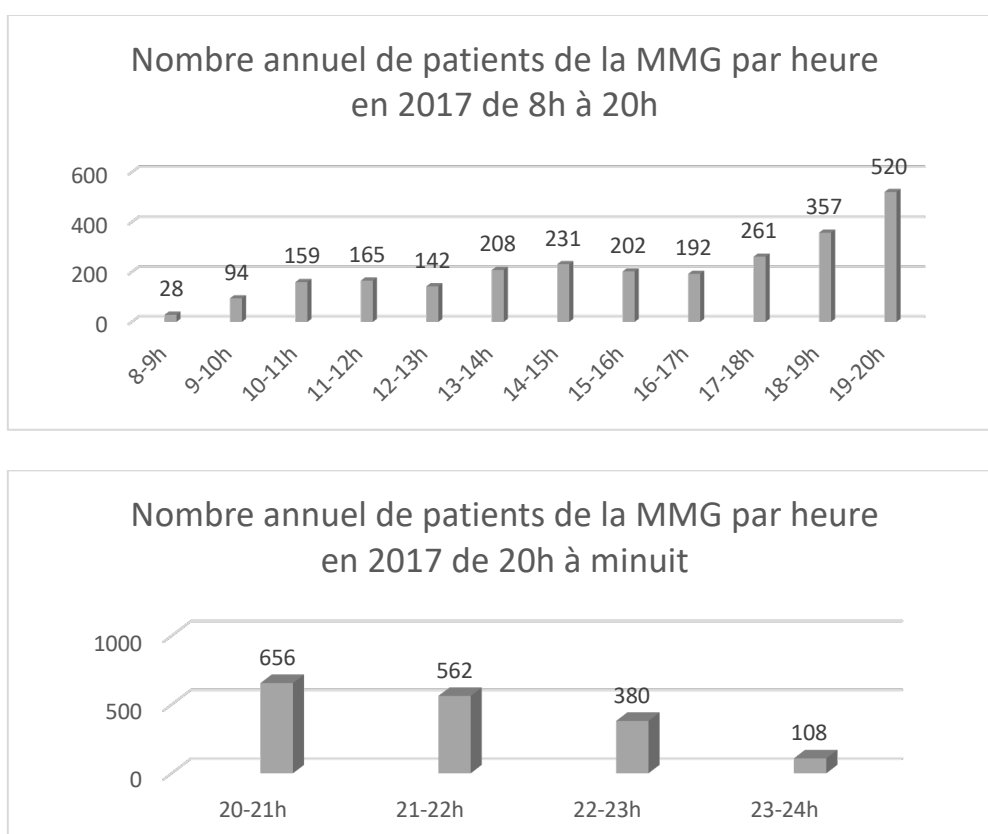


Figure 9 – Nombre de passages annuels à la MMG par heure (2017)

En 2018, pour les horaires PDS de soirée on note que 687 passages ont été enregistrés entre 20 h et 21 h soit 40.9 % des passages de soirée ; 93 passages ont eu lieu entre 23 h et minuit soit 5.5% des passages de soirée

En 2018, 1268 passages ont été enregistrés entre 17h et 20 h soit 46.2% des passages de la PDS de journée avec 566 passages pour la seule plage horaire 19-20 h.

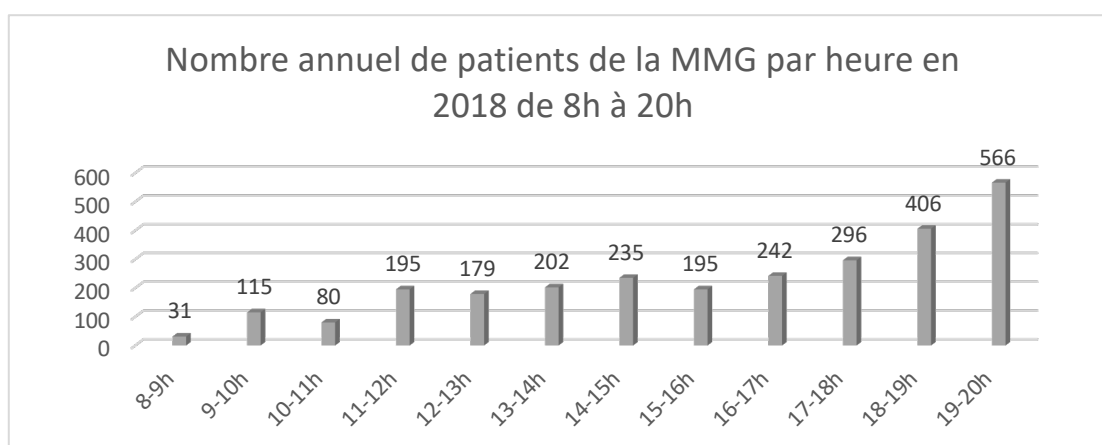
421 passages ont été enregistrés en matinée (8h-12h) (-5.6% vs 2017)

On totalise 1053 passages (38% des passages de 8h-20h) pour la période de 12h à 17h avec un pic entre 16 h et 17h (242)

Tableau 9 – Nombre de passages annuels à la MMG par heure (2018)

	2018
20-21h	687
21-22h	532
22-23h	368
23-24h	93
Total	1 680

	2018
8-9h	31
9-10h	115
10-11h	80
11-12h	195
12-13h	179
13-14h	202
14-15h	235
15-16h	195
16-17h	242
17-18h	296
18-19h	406
19-20h	566
Total	2 742



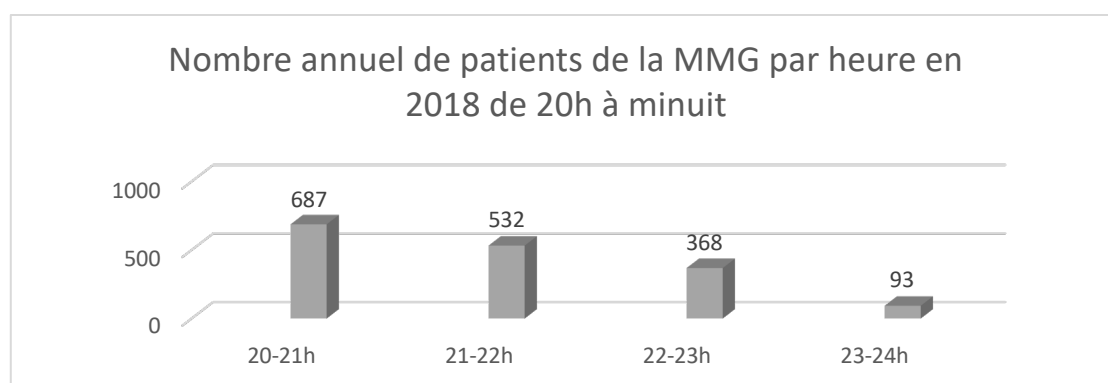


Figure 10 – Nombre de passages annuels à la MMG par heure (2018)

En 2019, pour les horaires de PDS de soirée on note que 800 passages ont eu lieu entre 20h et 21 h soit 41.7% des passages ; 98 passages ont eu lieu entre 23h et minuit soit 5.11% des passages de soirée.

En 2019, pour les horaires de PDS de journée 1622 passages soit 42.9% de l'ensemble des passages de 8h à 20h ont été enregistrés entre 17h et 20h avec 751 passages pour la seule plage horaire 19h-20h (+32.7% vs 2018).

724 passages ont été enregistrés en matinée (8h-12h) (+72% vs 2018)

On totalise 1242 passages (33% des passages de 8h à 20h) pour la période 12h-17h avec un pic entre 14 et 15h (353).

Tableau 10 – Nombre de passages annuels à la MMG par heure (2019)

	2019
8-9h	40
9-10h	193
10-11h	259
11-12h	232
12-13h	193
13-14h	292
14-15h	353
15-16h	303
16-17h	294
17-18h	363
18-19h	508

19-20h	751
Total	3 781

	2019
20-21h	800
21-22h	607
22-23h	410
23-24h	98
Total	1 915

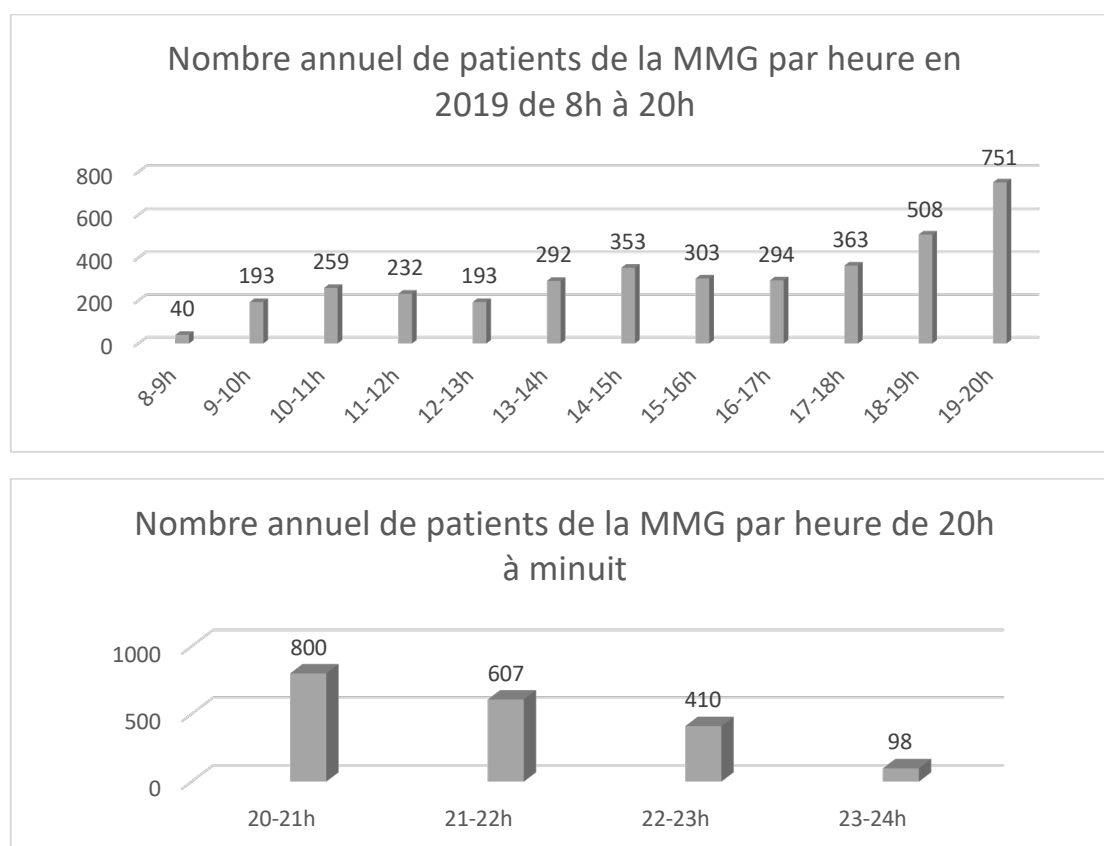


Figure 11 – Nombre de passages annuels à la MMG par heure (2019)

E- Comparatif des CCMU des passages pour le pôle urgences/MMG sur les trois années

Nous avons dans cette section comptabilisé les passages pour chacune des trois années 2017, 2018 et 2019 en fonction de l'état des patients selon leur degrés de gravité à l'issu de l'examen clinique initial et selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU).

On obtenait les résultats suivants :

En 2017 : CCMU1 :3 738 passages (12%) ; CCMU2 :18 563 passages (62%) ; CCMU3 : 5 880 passages (20%) ; CCMU4 : 340 passages (1%) ; CCMU 5 : 118 passages(1%)

En 2018 : CCMU1 :3 455 passages (12%) ; CCMU2 : 18 036 passages (59%) ; CCMU3 : 5 904 passages (20%) ; CCMU4 : 299 passages (1%) ; CCMU5 : 112 passages (1%)

En 2019 : CCMU1 : 5 415 passages (16%) ; CCMU2 : 18 001 passages (54%) ; CCMU3 :5 800 passages (17%) ; CCMU4 : 361 passages (1%) ; CCMU5 : 107 passages (1%)

Tableau 11 – Nombre de passages annuels urgences/MMG par CCMU (2017-2019)
[ANNEXE – Tableau 11 bis]

	2017	2018	2019
non renseignés	1 546	2 054	3 654
1	3 738	3 455	5 415
2	18 563	18 036	18 001
3	5 880	5 904	5 800
4	340	299	361
5	118	112	107
Total	30 185	29 860	33 338

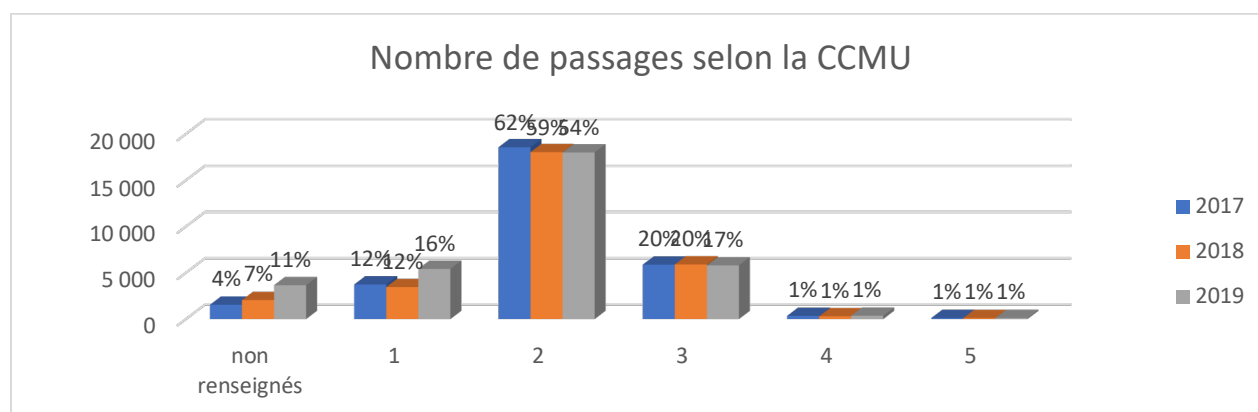


Figure 10 – Nombre de passages annuels urgences/MMG par CCMU (2017-2019)

F- Diagnostics retenus pour le pôle urgences/MMG sur les trois années

Nous avons dans cette section classé les passages pour chacune des trois années en fonction des diagnostics retenus à leur issu. Nous avons réparti les diagnostics en 6 catégories : Traumatologie, Médico-chirurgical, Psychiatrie, Toxicologie, autres recours et non renseigné.

En 2017 : la traumatologie représentait 9689 passages (32% de l'ensemble des passages), les diagnostics médico-chirurgicaux :16592 passages (55% de l'ensemble des passages). Venaient ensuite la psychiatrie (3% des passages), les autres recours (3%) et la toxicologie (1.5%).

1746 passages n'étaient pas renseignés (6% des passages)

En 2018 : la traumatologie représentait 8727 passages (29% des passages), les diagnostics médico-chirurgicaux correspondaient à 16378 passages (55% des passages). Venaient ensuite la psychiatrie (3% des passages), les autres recours (3%) et la toxicologie (1%).

2 587 passages n'avaient pas de diagnostics renseignés (9% des passages)

En 2019 : la traumatologie représentait 8905 passages (27% des passages), les diagnostics médico-chirurgicaux : 17175 passages (52%) – venaient ensuite la psychiatrie (3%), les autres recours (3%) et la toxicologie (1%).

4 809 passages n'avaient pas de diagnostics renseignés (14% des passages).

Tableau 12 – Nombre de passages annuels urgences/MMG par catégories diagnostiques (2017-2019)

	2017	2018	2019
traumatologie	9 689	8 727	8 905
médico chirurgical	16 592	16 378	17 175
psychiatrie	810	807	821
toxicologie	420	469	411
autre recours	928	892	1 217
non renseigné	1 746	2 587	4 809
Total	30 185	29 860	33 338

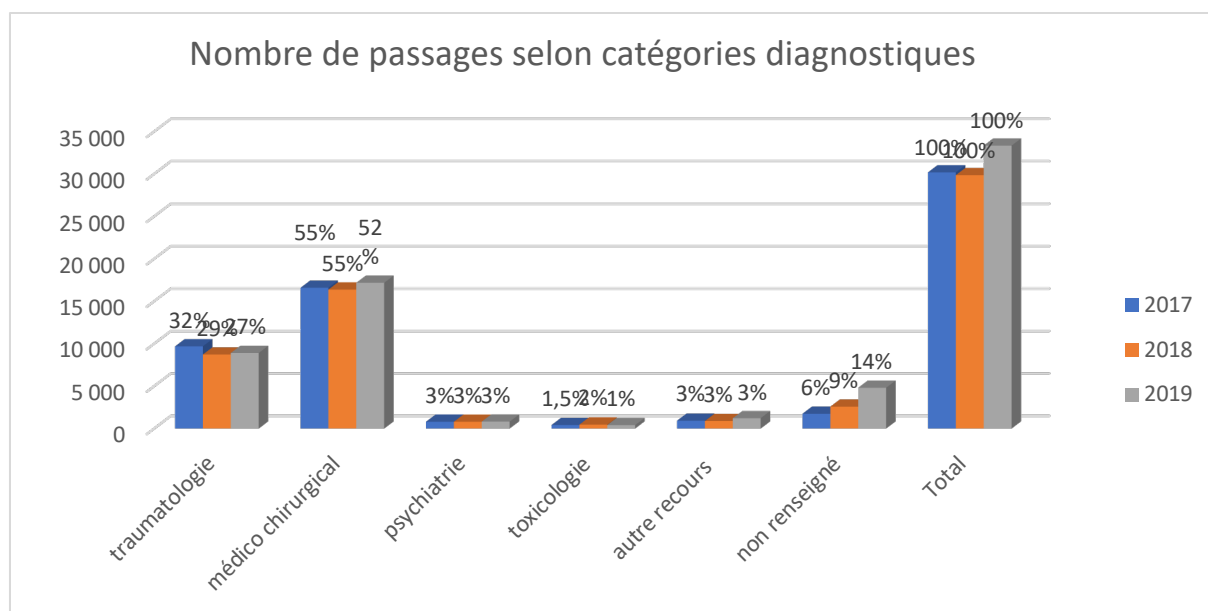


Figure 11 – Nombre de passages annuels urgences/MMG par catégories diagnostiques (2017-2019)

G- Devenir des patients pour le pôle urgences/MMG sur les trois années

En 2017 : 24 042 retours au domicile à l'issue du passage aux urgences (79% des passages) ; 6145 mutations vers un autre service intra-hospitalier (20%) et 415 transferts vers une autre structure (1%).

En 2018 : 23 905 retours au domicile à l'issue du passage aux urgences (79% des passages) ; 6088 mutations vers un autre service intra-hospitalier (20%) et 342 transferts vers une autre structure (1%).

En 2019 : 27 120 retours au domicile à l'issue du passage aux urgences (80% des passages) ; 6369 mutations vers un autre service intra-hospitalier (19%) et 454 transferts vers une autre structure (1%).

Tableau 13 – Nombre de passages annuels urgences/MMG selon orientation (2017-2019)

	2017	2018	2019
domicile	24 042	23 905	27 120
mutation	6 145	6 088	6 369
transfert	415	342	454
total	30 610	30 348	33 943

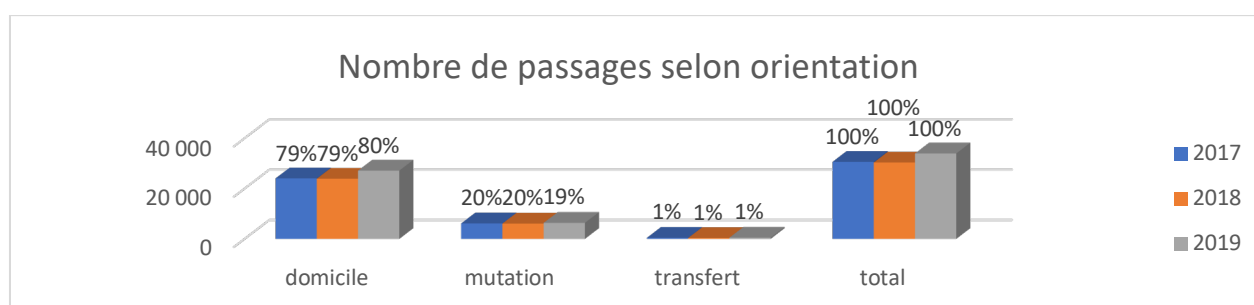


Figure 12 – Nombre de passages annuels urgences/MMG selon orientation (2017-2019)

H- Comparatif des durées moyennes de séjour (DMS) et durées moyennes d'attente (DMA) pour le pôle urgences/MMG sur les trois années

Nous avons dans cette section étudié les durées moyennes de séjour (délai entre la date/heure d'entrée et la date/heure de sortie) et les durées moyennes d'attente (délai entre la date/heure d'entrée et la date/heure d'examen) pour les trois années pour le pôle urgences/MMG; les résultats obtenus étaient les suivants :

Concernant la DMS :

2017 : 200 minutes de DMS

2018 : 222 minutes de DMS (+11% vs 2017)

2019 : 234 minutes de DMS (+5.4% vs 2018)

Tableau 14 – Durées moyennes de séjour (DMS) annuelles pour les passages urgences/MMG (2017-2019)

	2017	2018	2019
Durée moyenne de séjour en minutes	200	222	234

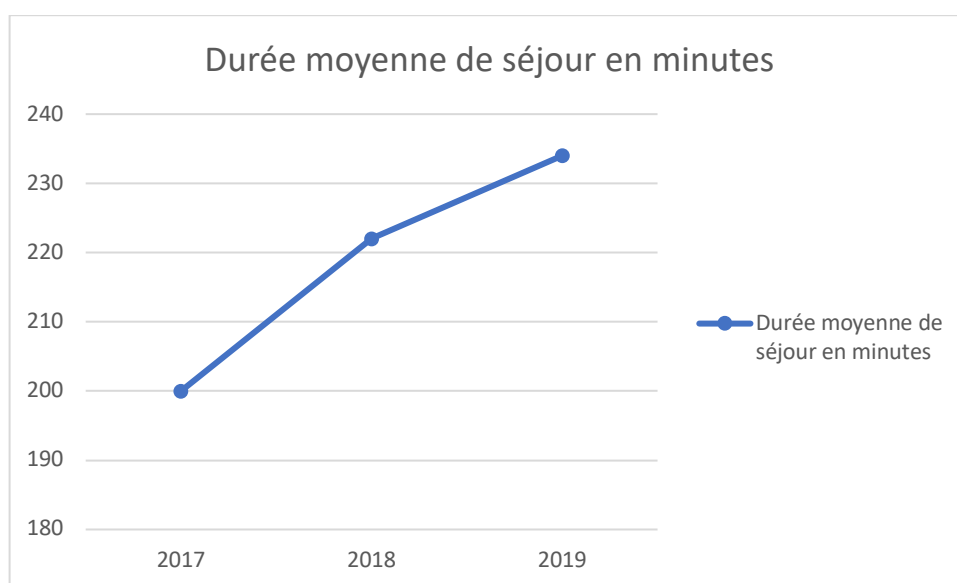


Figure 13 - Durées moyennes de séjour (DMS) annuelles pour les passages urgences/MMG (2017-2019)

Concernant la DMA :

2017 : 75 minutes de DMA

2018 : 82 minutes de DMA (+9.3% vs 2017)

2019 : 76 minutes de DMA (-7.3% vs 2018)

Tableau 15 – Durées moyennes d’attente (DMA) annuelles pour les passages urgences/MMG (2017-2019)

	2017	2018	2019
Durée d'attente en minutes	75	82	76

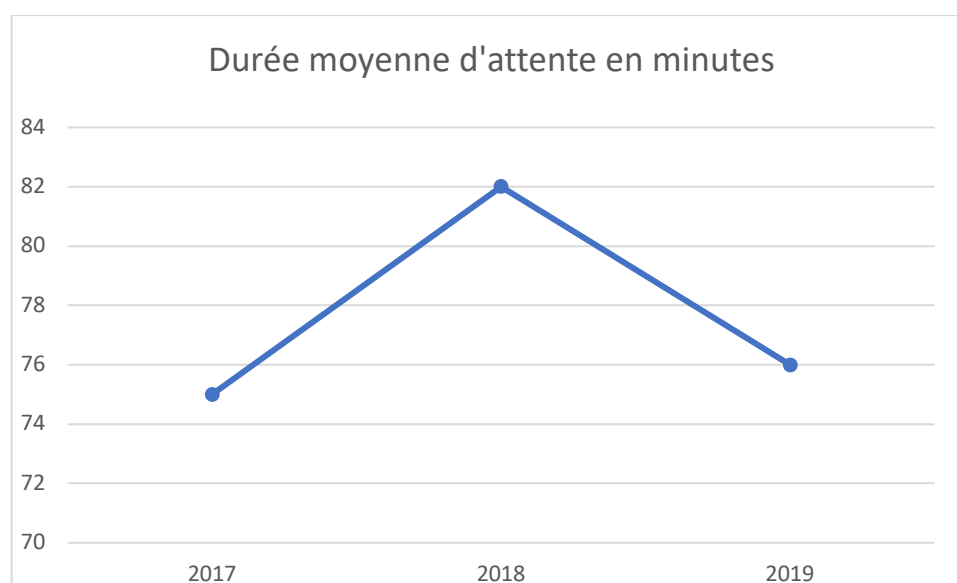


Figure 14 – Durées moyennes d’attente (DMA) annuelles pour les passages urgences/MMG (2017-2019)

ETUDE N°2 : Analyse rétrospective de la population dite ambulatoire consultant au SAU en semaine et le samedi matin

A- Population de l’étude

On s’est proposé de quantifier et d’étudier la population valide lors de l’enregistrement ayant pu bénéficier d’un retour à domicile à l’issu du passage (population dite « ambulatoire »). Les personnes arrivant au SAU via la filière « tri couché » via un VSAV ou une ambulance ou encore le vecteur SMUR ont été écartés de notre échantillon. Les patients placés en zone

ZHTCD, transférés dans une autre structure ou mutés dans un autre service de l'hôpital ont également été exclus.

Concernant les périodes retenues nous avons délibérément choisi les 6 premiers jours du lundi 8h au samedi midi des mois de juin, juillet, août, septembre et octobre 2019 ceci afin de réduire le nombre trop important de données à traiter tout en permettant d'obtenir un échantillon de taille significative ; les périodes étudiées étaient les suivantes :

-lundi 3 juin au samedi 8 juin 2019

-lundi 1er juillet au samedi 6 juillet 2019

-lundi 5 août au samedi 10 août 2019

-lundi 2 septembre au samedi 7 septembre 2019

-lundi 7 octobre au samedi 12 octobre 2019

Au total la période étudiée comportait 25 jours de semaines et 5 samedi matins.

Nous avons différencié les passages effectués entre 8h et 20 h (hors PDS) de ceux effectués entre 20h et minuit (PDS).

Ainsi pour remettre cette étude dans le contexte de l'objectif secondaire d'étudier la possibilité d'une création de consultation de soins non programmés en journée, nous détaillerons plus particulièrement nos données pour les passages entre 8h et 20 h c'est-à-dire ceux s'effectuant aux horaires d'ouverture des cabinets de ville.

Nombre de consultants inclus [ANNEXE – Diagramme de Flux – ETUDE 2]:

Notre échantillon brut initial extrait depuis le terminal urgences (TU) comprenait 2488 patients ; nous avons dans un premier temps appliqué un filtre pour les patients ayant comme destination leur domicile à l'issue du passage ce qui réduisait notre effectif à 1881 patients ambulatoires (soit 75.6% de l'échantillon initial). Enfin et afin de nous rapprocher le plus possible des conditions d'un centre de soins non programmés de ville où les patients arriveraient par leurs propres moyens, nous avons exclus les patients arrivant aux urgences via la filière tri couché soit 499 patients. 1382 patients ambulatoires étaient valides (soit 73.5% des patients ambulatoires)

Notre échantillon d'étude comportait donc 1382 patients valides ambulatoires (soit 55.5% de l'échantillon brut initial).

B- Caractéristiques démographiques de l'échantillon : âge et sexe

Dans notre échantillon de patients valides et ambulatoires sur la période étudiée :

- 420 patients avaient moins de 18 ans (30.37% de l'échantillon)
- 257 patients avaient entre 18 et 30 ans (18.58 %)
- 200 patients avaient entre 30 et 40 ans (14.46%)
- 171 patients avaient entre 40 et 50 ans (12.36%)
- 119 patients avaient entre 50 et 60 ans (8.60 %)
- 98 patients avaient entre 60 et 70 ans (7.09%)
- 72 patients avaient entre 70 et 80 ans (5.21%)
- 35 patients avaient entre 80 et 90 ans (2.53%)
- 10 patients avaient entre 90 et 100 ans (0.72%)

L'âge moyen des patients de notre échantillon était de 34 ans.

Tableau 16 – Répartition des passages par tranches d'âges dans l'échantillon

	nombre	pourcentage
[0-18[	420	30,37
[18-30[	257	18,58
[30-40[	200	14,46
[40-50[	171	12,36
[50-60[	119	8,60
[60-70[	98	7,09
[70-80[	72	5,21
[80-90[	35	2,53
[90-100[	10	0,72
Total	1 382	100

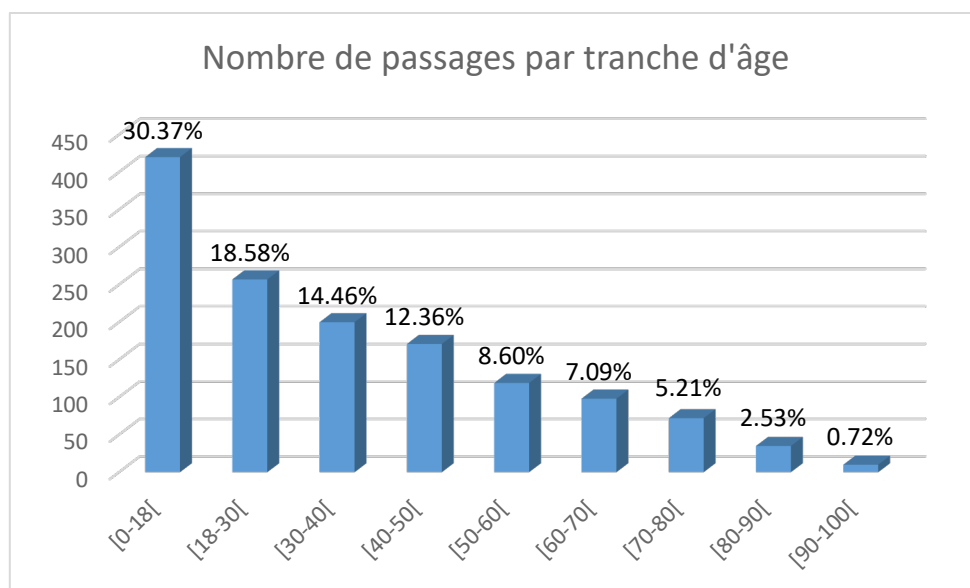


Figure 15 – Répartition des passages par tranches d'âges dans l'échantillon

Dans ce même échantillon :

-655 patients étaient de sexe féminin soit 47.40% de l'échantillon

-727 patients étaient de sexe masculin soit 52.60% de l'échantillon

Tableau 17 – Répartition des passages par sexe dans l'échantillon

	nombre	pourcentage
Femmes	655	47,40
Hommes	727	52,60
Total	1 382	100

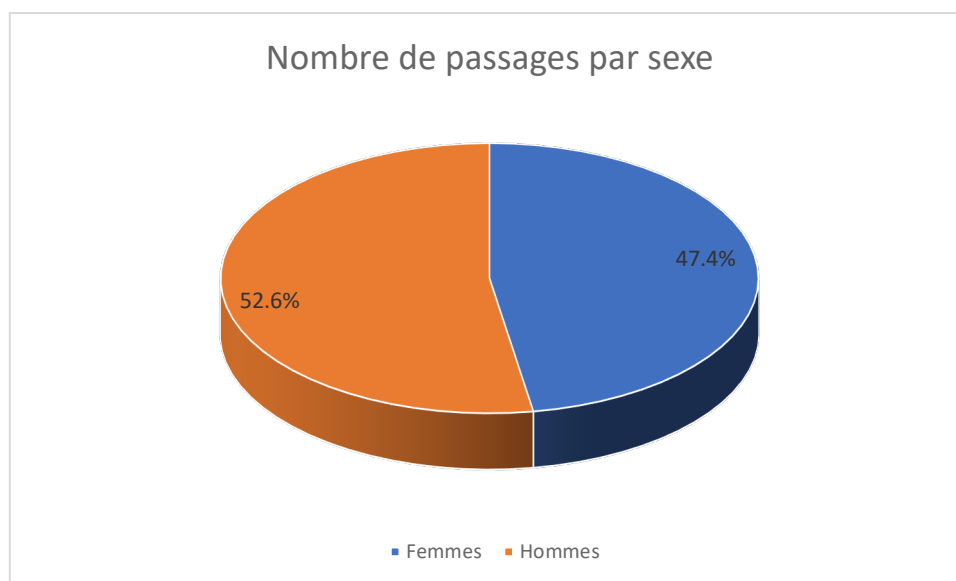


Figure 16 – Répartition des passages par sexe dans l'échantillon

C- Caractéristiques géographiques de l'échantillon : communes d'origine

Par ordre décroissant les communes les plus représentées chez les patients de notre échantillon sont :

- BRIGNOLES : 423 passages - 30,61% de l'échantillon
- LE LUC : 63 passages - 4,56%
- TOURVES : 45 passages - 3,26%
- LE VAL: 44 passages - 3,18%
- FLASSANS SUR ISSOLE : 43 passages - 3,11%
- CABASSE : 34 passages - 2,46%
- CARCES : 31 passages - 2,24%
- BRAS : 26 passages - 1,88%
- CAMPS LA SOURCE : 24 passages : 1,74%
- GAREOULT : 22 passages – 1.59%
- ROCBARON: 21 passages - 1,52%
- BESSE SUR ISSOLE : 20 passages - 1,45%
- BARJOLS : 16 passages - 1,16%
- LA ROQUEBRUSSANNE : 15 passages - 1,09%

- FORCALQUEIRET :15 passages - 1,09%
- CARNOULES :12 passages - 0,87%
- COTIGNAC :11 passages - 0,80%
- SEILLONS SOURCE D ARGENS : 11 passages - 0,80%
- PIGNANS : 11 passages - 0,80%
- SAINT MAXIMIN LA STE BAUME : 7 passages – 0.51 %

Par ailleurs 488 passages provenaient d'autres communes intra et extra-départementales.

Tableau 18 – Répartition des passages par communes d'origine des patients de l'échantillon

	nombre	pourcentage
FORCALQUEIRET	15	1,09
GAREOULT	22	1,59
LA ROQUEBRUSSANNE	15	1,09
ROCBARON	21	1,52
LE VAL	44	3,18
BRAS	26	1,88
BRIGNOLES	423	30,61
CAMPS LA SOURCE	24	1,74
TOURVES	45	3,26
CABASSE	34	2,46
FLASSANS SUR ISSOLE	43	3,11
LE LUC	63	4,56
SEILLONS SOURCE D ARGENS	11	0,80
ST MAXIMIN LA STE BAUME	7	0,51
CARCES	31	2,24
COTIGNAC	11	0,80
CARNOULES	12	0,87
BARJOLS	16	1,16
PIGNANS	11	0,80
BESSE SUR ISSOLE	20	1,45
autres communes	488	35,31
total	1 382	100,00

D- Proportion de patients de l'échantillon ayant pu être pris en charge par la MMG

Sur la période étudiée :

220 patients valides ambulatoires avaient relevé d'une consultation à la MMG (15.92% de l'échantillon)

1162 patients valides ambulatoires avaient relevé d'une consultation aux urgences (84.08% de l'échantillon)

Tableau 19 – Répartition des passages de l'échantillon selon prise en charge dans la filière urgences ou MMG

	nombre	pourcentage
mmg	220	15,92
urgences	1 162	84,08
total	1 382	100,00

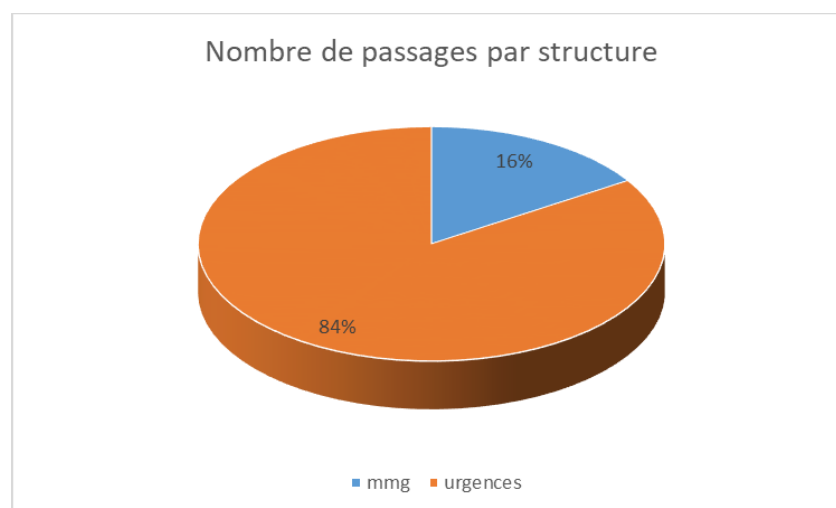


Figure 17 – Répartition des passages de l'échantillon selon prise en charge dans la filière urgences ou MMG

E- Répartition des passages en fonction de la permanence de soins

Pour notre échantillon de patients valides et ambulatoires et sur la période étudiée :

- 977 passages avaient eu lieu hors de la PDS : En semaine de 8h- 20h et le samedi de 8h à 12h (71% de l'échantillon)
- 238 passages avaient eu lieu dans les horaires de la PDS de soirée : 20h-minuit (17% de l'échantillon)
- 167 passages avaient eu lieu dans les horaires de la PDS en nuit profonde : minuit - 8h (12% de l'échantillon)

Tableau 20 - Répartition des passages de l'échantillon en fonction de la permanence de soins

	nombre	pourcentage
Hors PDS	977	71
PDS nuit profonde	167	12
PDS soirée	238	17
Total	1 382	100

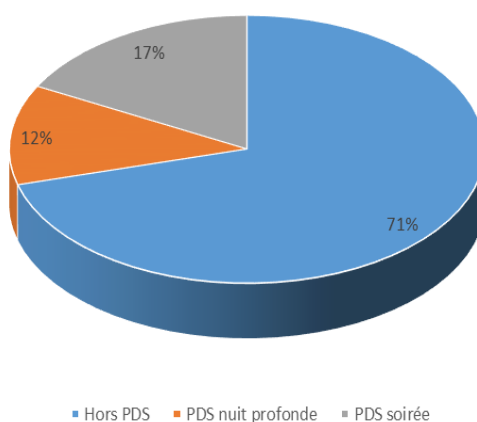


Figure 18 - Répartition des passages de l'échantillon en fonction de la permanence de soins

F- Répartition des passages en fonction du jour de la semaine et de l'heure d'enregistrement

Pour notre échantillon de patients valides et ambulatoires et sur la période étudiée :

En période « hors PDS »

55 passages (3.98%) avaient eu lieu entre 8h à 9h ; 102 passages (7.38%) entre 9h à 10h ; 96 passages (6.95%) entre 10h à 11h ; 99 passages (7.16%) entre 11h à midi ; 82 passages (5.93%) entre midi à 13h ; 65 passages (4.70%) entre 13h à 14h ; 87 passages (6.30%) entre 14h à 15h ; 68 passages (4.92%) entre 15h à 16h ; 61 passages (4.41%) entre 16h à 17h ; 82 passages (5.93%) entre 17h à 18h ; 76 passages (5.50%) entre 18h à 19h ; 97 passages (7.02%) entre 19h à 20h.

En période PDS de soirée

73 passages (5.28%) ont eu lieu entre 20h et 21h ; 78 passages (5.64%) entre 21h et 22h ; 53 passages (3.84%) entre 22h et 23h ; 33 passages (2.39%) entre 23h et minuit.

En période PDS de nuit profonde :

27 passages (1.95%) ont eu lieu entre minuit et 1h ; 30 passages (2.17%) entre 1h et 2h ; 22 passages (1.59%) entre 2h et 3h ; 9 passages (0.65%) entre 3h et 4h ; 13 passages (0.94%) entre 4h et 5h ; 15 passages (1.09%) entre 5h et 6h ; 21 passages (1.52%) entre 6h et 7h ; 38 passages (2.75%) entre 7h et 8h.

Tableau 21 - Répartition des passages de l'échantillon par heure d'arrivée

	nombre	pourcentage
[0h-1h[	27	1,95
[1h-2h[	30	2,17
[2h-3h[	22	1,59
[3h-4h[	9	0,65
[4h-5h[	13	0,94

[5h-6h[	15	1,09
[6h-7h[	21	1,52
[7h-8h[	38	2,75
[8h-9h[	55	3,98
[9h-10h[	102	7,38
[10h-11h[	96	6,95
[11h-12h[	99	7,16
[12h-13h[	82	5,93
[13h-14h[	65	4,70
[14h-15h[	87	6,30
[15h-16h[	68	4,92
[16h-17h[	61	4,41
[17h-18h[	82	5,93
[18h-19h[	76	5,50
[19h-20h[	97	7,02
[20h-21h[	73	5,28
[21h-22h[	78	5,64
[22h-23h[	53	3,84
[23h-24h[	33	2,39
Total	1 382	100

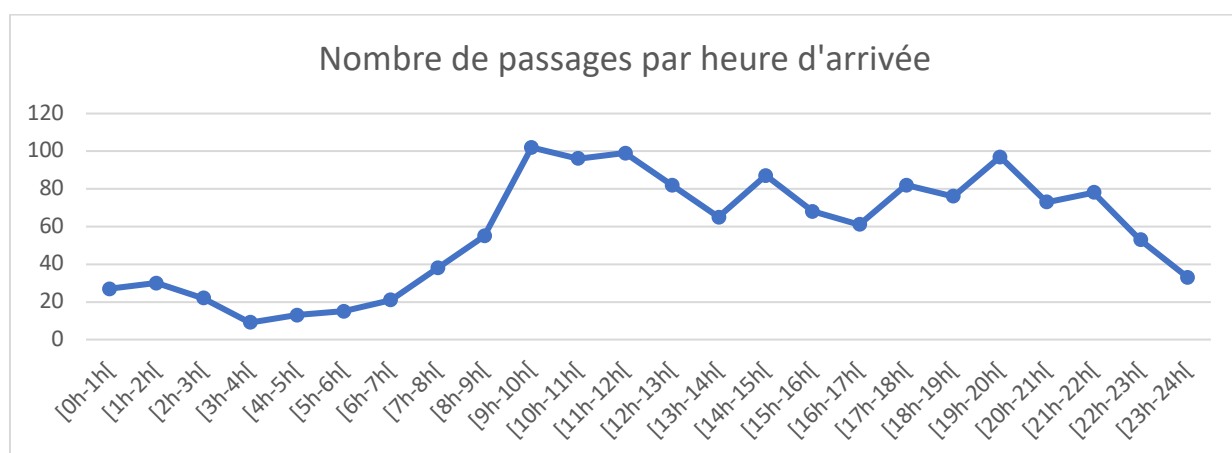


Figure 19 - Répartition des passages de l'échantillon par heure d'arrivée

La répartition des passages selon les jours de la semaine était la suivante :

270 passages le lundi (19.54% de l'échantillon) ; 238 passages le mardi (17.22% de l'échantillon) ; 254 passages le mercredi (18.38% de l'échantillon) ; 268 passages le jeudi (19.39% de l'échantillon) ; 262 passages le vendredi (18.96% de l'échantillon) ; 90 passages le samedi matin (6.51% de l'échantillon).

Tableau 22 – Répartition des passages de l'échantillon par jour de semaine

	nombre	pourcentage
Lundi	270	19,54
Mardi	238	17,22
Mercredi	254	18,38
Jeudi	268	19,39
vendredi	262	18,96
samedi 12h	90	6,51
Total	1 382	100

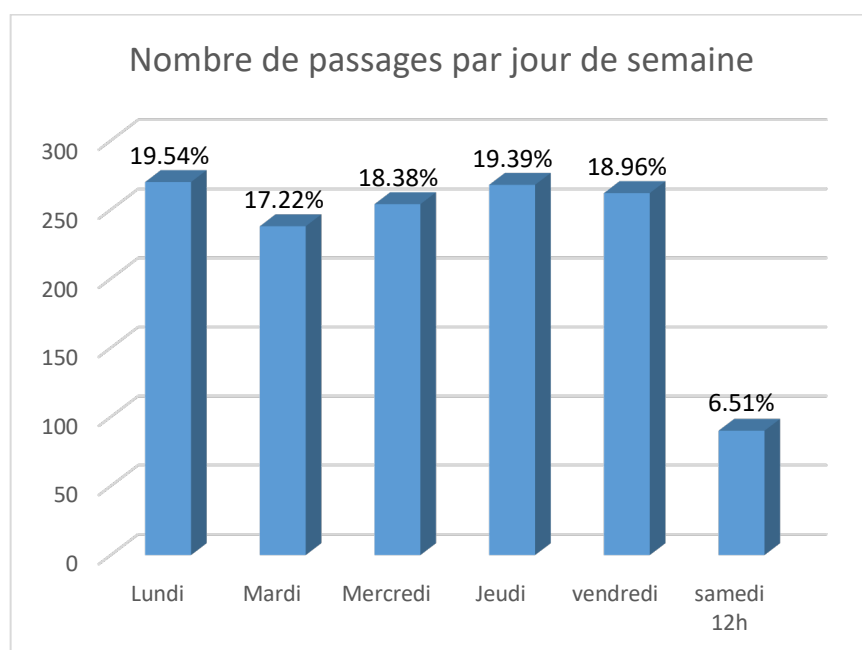


Figure 20 – Répartition des passages de l'échantillon par jour de semaine

G- Répartition des consultations selon les motifs de recours

Les motifs de consultations étant très variés, ils ont été regroupés en 24 grandes catégories (non renseignés à part).

Pour notre échantillon et dans la période étudiée, on retrouvait :

- 5 passages (0.36%) pour motif « brulures et gelures »
- 73 passages (5.28%) pour motif « cardio-vasculaire-rythme »
- 96 passages (6.95%) pour motif « dermatologie »
- 37 passages (2.68%) pour motif « divers-reconvocation »
- 7 passages (0.51%) pour motif « endocrino-métabolisme »
- 129 passages (9.33%) pour motif « gastro-entérologie »
- 35 passages (2.53%) pour motif « gynécologie »
- 2 passages (0.14%) pour motif « hématologie »
- 48 passages (3.47 %)pour motif « infectiologie »
- 6 passages (0.43%) pour motif « intoxication »
- 27 passages (1.95%) pour motif « neurologie »
- 17 passages (1.23%) pour motif « obstétrique »
- 105 passages (7.60%) pour motif « ophtalmologie-ORL-stomatologie »
- 44 passages (3.18%) pour motif « pneumologie »
- 23 passages (1.66%) pour motif « psychiatrie et trouble psychologiques »
- 87 passages (6.30%) pour motif « rhumatologie et douleurs »
- 6 passages (0.43%) pour motif « traumatologie abdomen/rachis lombaire »
- 12 passages (0.87%) pour motif « traumatologie cou/rachis cervical »
- 3 passages (0.22%) pour motif « traumatologie divers et grave »
- 179 passages (12.95%) pour motif « traumatologie membre inférieur »
- 204 passages (14.76%) pour motif « traumatologie membre supérieur »
- 88 passages (6.37%) pour motif « traumatologie tête »
- 25 passages (1.81%) pour motif « traumatologie thorax/rachis dorsal »
- 52 passages (3.76%) pour motif « uro-néphrologie »
- 72 passages (5.21%) n'avaient pas de motif renseigné

Tableau 23 – Répartition des passages de l'échantillon selon motifs de recours

	nombre	pourcentage
BRULURES et GELURES	5	0,36
CARDIO-VASCULAIRE-RYTHME	73	5,28
DERMATOLOGIE	96	6,95
DIVERS /RECONVOC	37	2,68
ENDOCRINO-METABOLISME	7	0,51
GASTRO-ENTEROLOGIE	129	9,33
GYNECOLOGIE	35	2,53
HEMATOLOGIE	2	0,14
INFECTIOLOGIE	48	3,47
INTOXICATION	6	0,43
NEUROLOGIE	27	1,95
OBSTETRIQUE	17	1,23
OPH-ORL- STOMATOLOGIE	105	7,60
PNEUMOLOGIE	44	3,18
PSYCHIATRIE et TROUBLES PSYCHOLOGIQUES	23	1,66
RHUMATO & DOULEURS	87	6,30
TRAUMATO ABDOMEN / RACHIS LOMBAIRE	6	0,43
TRAUMATO COU / RACHIS CERVICAL	12	0,87
TRAUMATO DIVERS et GRAVE	3	0,22
TRAUMATO MINF	179	12,95
TRAUMATO MSUP	204	14,76
TRAUMATO TETE	88	6,37
TRAUMATO THORAX / RACHIS DORSAL	25	1,81
URO-NEPHROLOGIE	52	3,76
non renseignés	72	5,21
Total	1 382	100,00

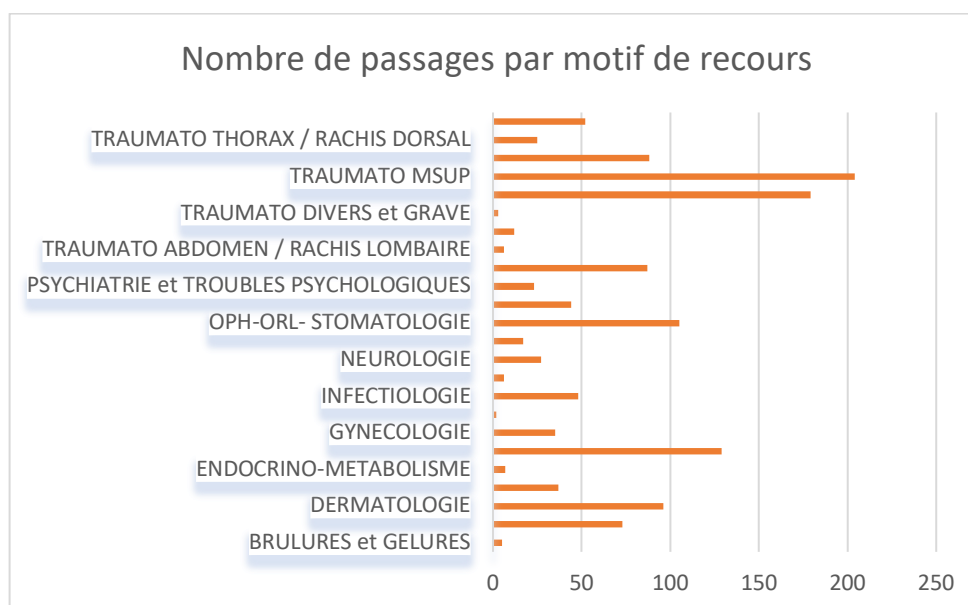


Figure 21 – Répartition des passages de l'échantillon selon motifs de recours

H- Répartition des passages selon les scores de gravité IOA

Le tri mis en place dans les structures d'urgences a pour objectif de cibler les patients dont l'état nécessite une prise en charge médicale rapide. Il organise le parcours de soins des consultants selon leur niveau de priorité permettant ainsi une optimisation des flux et des temps d'attente. Le tri repose sur les recommandations de la SFMU (2004) : les patients sont vus le plus rapidement possible après l'entrée aux urgences. Ils doivent être évalués dans les 10 minutes qui suivent leur arrivée.

La SFMU a proposé en 2004 une classification (Classification Infirmière des Malades aux Urgences) en 5 niveaux de gravité [ANNEXE 3]

Niveau I: pronostic vital en jeu. Situation qui menace la vie et qui demande une intervention médicale immédiate.

Niveau II : détérioration imminente des fonctions vitales, ou douleur sévère - L'état de santé du patient est assez grave ou se détériore si rapidement qu'il y a un risque potentiel à la survie, ou de défaillance organique, s'il n'est pas traité dans les dix minutes qui suivent l'arrivée. Le délai de prise en charge doit être inférieur à 10 minutes.

Niveau III : défaillance latente ou situation urgente. L'état de santé du patient risque de se dégrader et d'entraîner une défaillance organique ou d'un membre si la prise en charge dépasse 30 minutes.

Niveau IV : problème sérieux sans risque de décompensation vitale Patient présentant un état aigu mais stable. Délai de prise en charge 60 minutes.

Niveau V : motif de recours moins urgent correspondant à une simple consultation sans acte technique L'évolution de l'état du patient n'est pas déterminée par le facteur temps. Le délai de prise en charge peut attendre 2 heures.

Pour notre échantillon de patients valides et ambulatoires la répartition des passages selon la gravité retenue à l'issue du triage par l'infirmière de tri et d'orientation était la suivante :

Hors PDS (8h-20h) :

- Gravité 1 : 0 passage
- Gravité 2 : 24 passages (2.30% des passages de 8h à 20h)

- Gravité 3 : 266 passages (27.23 % des passages de 8h à 20h)
- Gravité 4 : 616 passages (63.05% des passages de 8h à 20h)
- Gravité 5 : 31 passages (3.17% des passages de 8h à 20h)
- Non renseigné : 54 passages (5.17%)

En période de PDS (soirée et nuit profonde – 20h à 8h le lendemain) :

- Gravité 1 : 0 passages
- Gravité 2 : 25 passages (6.17% des passages de la PDS)
- Gravité 3 : 63 passages (15.56% des passages de la PDS)
- Gravité 4 : 228 passages (56.30% des passages de la PDS)
- Gravité 5 : 38 passages (9.38% des passages de la PDS)
- Non renseigné : 51 passages (12.59% des passages de la PDS)

Tableau 24 - Répartition des passages de l'échantillon selon les scores de gravité IOA et la période de PDS

		nombre	pourcentage
hors pds	non renseigné	40	4,09
	1	0	0,00
	2	24	2,46
	3	266	27,23
	4	616	63,05
	5	31	3,17
	Total hors pds	977	100,00
pds	non renseigné	51	12,59
	1	0	0,00
	2	25	6,17
	3	63	15,56
	4	228	56,30
	5	38	9,38
	Total pds	405	100,00
Total		1 382	100,00

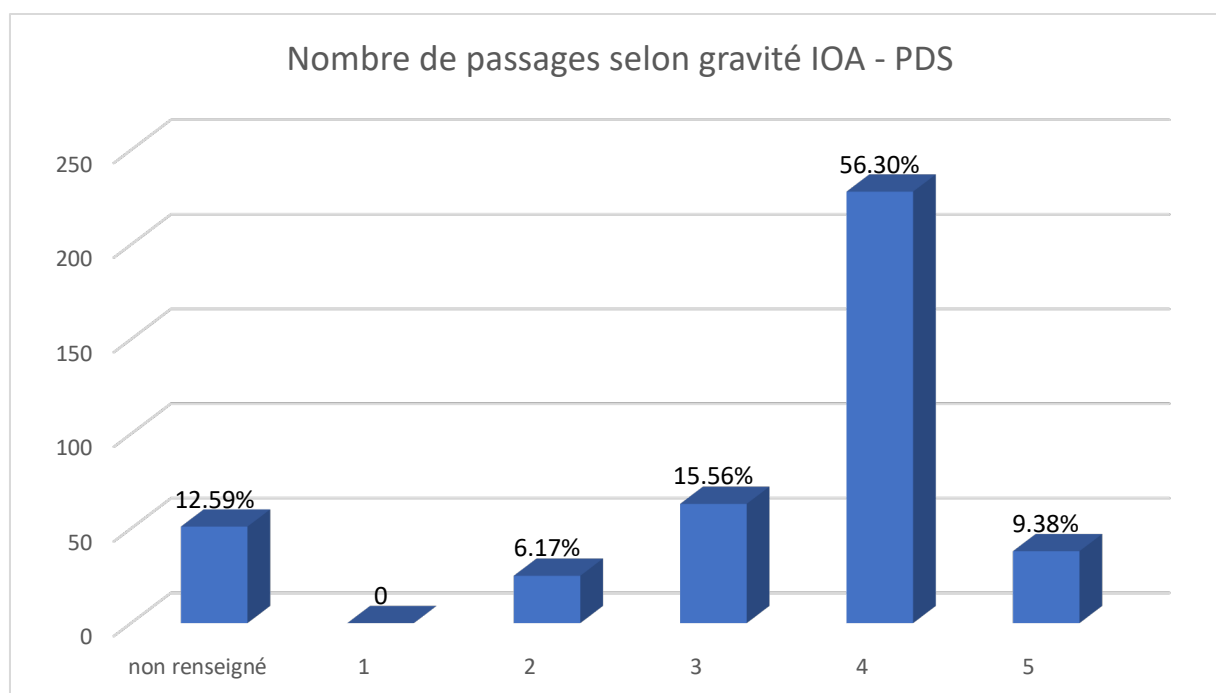
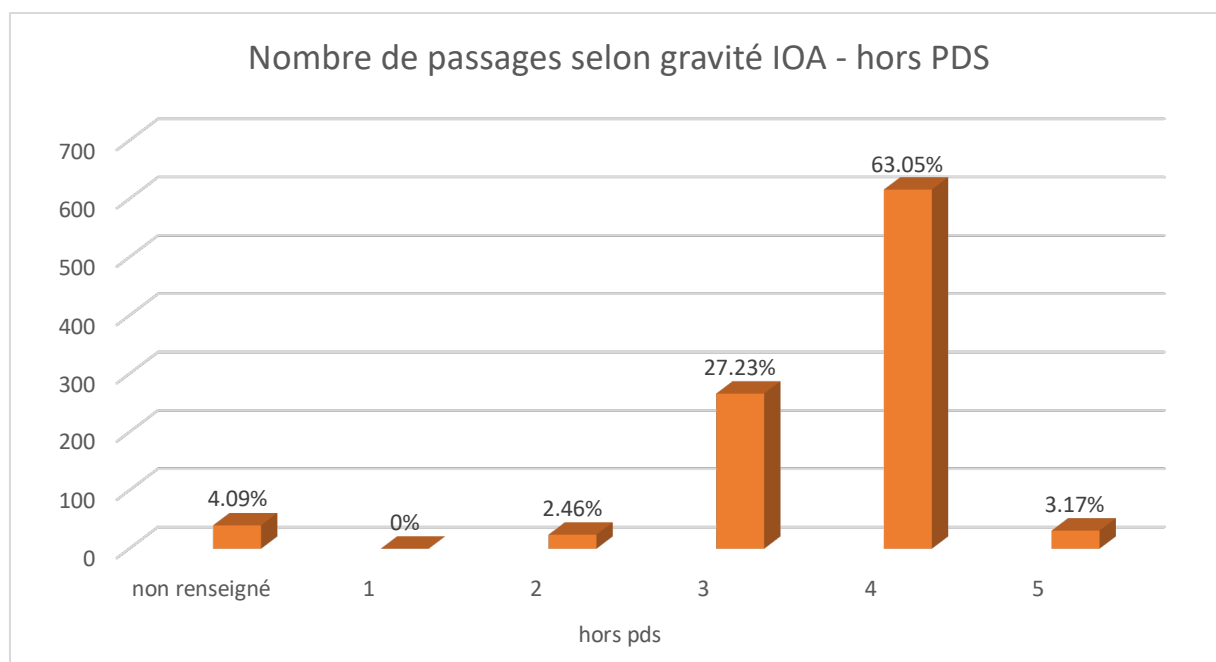


Figure 22 - Répartition des passages de l'échantillon selon les scores de gravité IOA et la période de PDS

I- Répartition des passages selon les diagnostics retenus

Les diagnostics étant très divers, nous les avons donc regroupés en 5 grandes catégories (autres recours, médico-chirurgical, psychiatrique, toxicologique, traumatologique) ; ces catégories étaient elles même divisées en 23 sous-catégories.

Au premier plan, on retrouvait :

- « Plaies » : 178 consultations soit 12.88% de l'échantillon
- « Signes généraux et autres pathologies » : 173 consultations soit 12.52% de l'échantillon
- « Traumatisme du membre inférieur » : 137 consultations soit 9.91% de l'échantillon
- « Traumatisme du membre supérieur » : 135 consultations soit 9.77% de l'échantillon
- « Douleurs abdominales, pathologies digestives » : 118 consultations soit 8.54% de l'échantillon
- « Traumatisme autre et sans précision » : 98 passages soit 7.09% de l'échantillon
- « douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie » : 80 passages soit 5.79% de l'échantillon
- « Dermato-allergologie et atteintes cutanéomuqueuses » : 76 passages soit 5.50 % de l'échantillon
- « ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aérodigestif » : 62 passages soit 4.49% de l'échantillon
- « Douleurs thoraciques – pathologies cardio-vasculaires » : 51 passages soit 3.69% de l'échantillon
-

Venaient ensuite :

- « Fièvre et infectiologie générale » : 45 passages soit 3.26 % de l'échantillon
- « Traumatisme thoraco-abdomino-pelvien » : 43 passages soit 3.11% de l'échantillon
- « Douleurs pelviennes – pathologies uro-génitales » : 40 passages soit 2.89% de l'échantillon
- « Dyspnée ; pathologies des voies aériennes inférieures » : 36 passages soit 2.60% de l'échantillon
- « Céphalées, pathologies neurologiques » : 23 passages soit 1.66% de l'échantillon

- « Troubles du psychisme, pathologies psychiatriques » : 22 passages soit 1.59% de l'échantillon.
- « Malaises, lipothymies, syncopes » : 20 passages soit 1.45% de l'échantillon
- « Soins de contrôle, surveillance et entretien » : 14 passages soit 1.01% de l'échantillon
- « Demande de certificats, dépistage, renouvellements » : 4 passages soit 0.29 % de l'échantillon

Tableau 25 – Répartition des passages de l'échantillon selon les diagnostics retenus

		nombre	pourcentage
Autre recours	Demande de certificats, de dépistage; renouvellement	4	0,29
	Soins de contrôle, surveillances et entretien	14	1,01
	Total Autre recours	18	1,30
Médico-chirurgical	Céphalées, pathologies neurologiques	23	1,66
	Dermato-allergologie et atteintes cutanéomuqueuses	76	5,50
	Douleurs abdominales, pathologies	118	8,54
	Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP	80	5,79
	Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales	40	2,89
	Douleurs thoraciques, pathologies cardio-	51	3,69
	Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	36	2,60
	Fièvre et infectiologie générale	45	3,26
	Malaises, lipothymies, syncopes,	20	1,45
	ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif	62	4,49
	Signes généraux et autres pathologies	173	12,52
	Total Médico-	724	52,39
Psychiatrique	Troubles du psychisme, pathologies	22	1,59
	Total Psychiatrique	22	1,59
Toxicologique	Intoxication alcoolique	1	0,07
	Intoxication médicamenteuse	5	0,36
	Intoxication par d'autres substances	0	0,00
	Total Toxicologique	6	0,43

Traumatologique	Traumatisme autre et sans précision	98	7,09
	Traumatisme de la tête et du cou	21	1,52
	Traumatisme du membre inférieur	137	9,91
	Traumatisme du membre supérieur	135	9,77
	Traumatisme thoraco-abdomino-pelvien	43	3,11
	Plaie	178	12,88
	Total traumatologie	612	44,28
Total		1 382	100,00

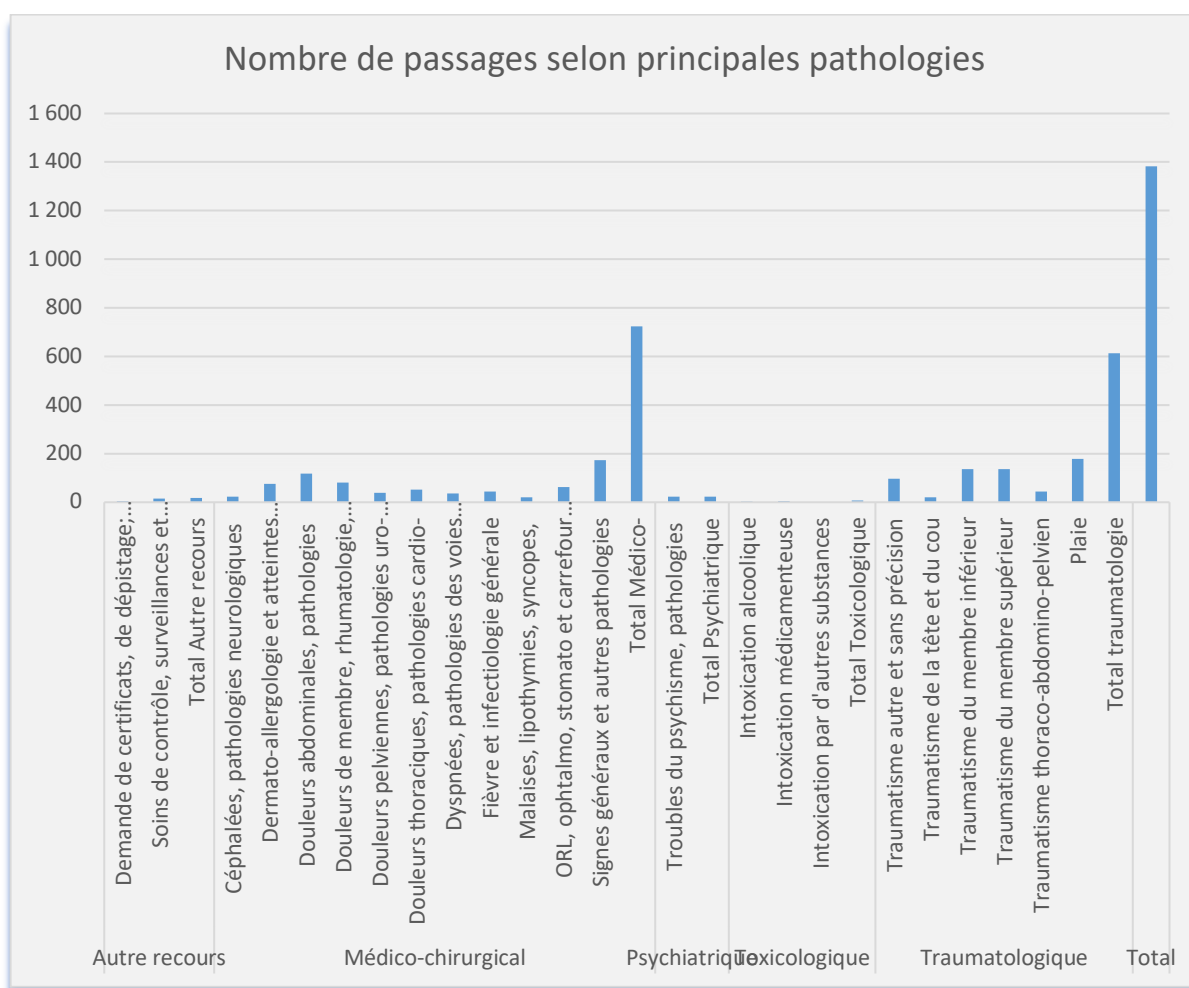


Figure 23 – Répartition des passages de l'échantillon selon les diagnostics retenus

J- Répartition des passages selon le stade de CCMU retenu

Nous avons dans cette section réparti les patients de notre échantillon en fonction de leur stade de CCMU renseigné dans le terminal urgences lors du codage du passage. La gravité de l'état des patients est ainsi évaluée au travers du référentiel de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) établi par la société française de médecine d'urgence (SFMU) [ANNEXE 4]. La classification CCMU divise les patients en 7 degrés de gravité selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial à l'issue de l'examen médical. Les deux premières incluent les malades dont l'état clinique est jugé stable, la classe III groupe les patients dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé, les classes V et IV comprennent les malades dont le pronostic vital est jugé engagé.

On obtenait les résultats suivants :

Hors PDS :

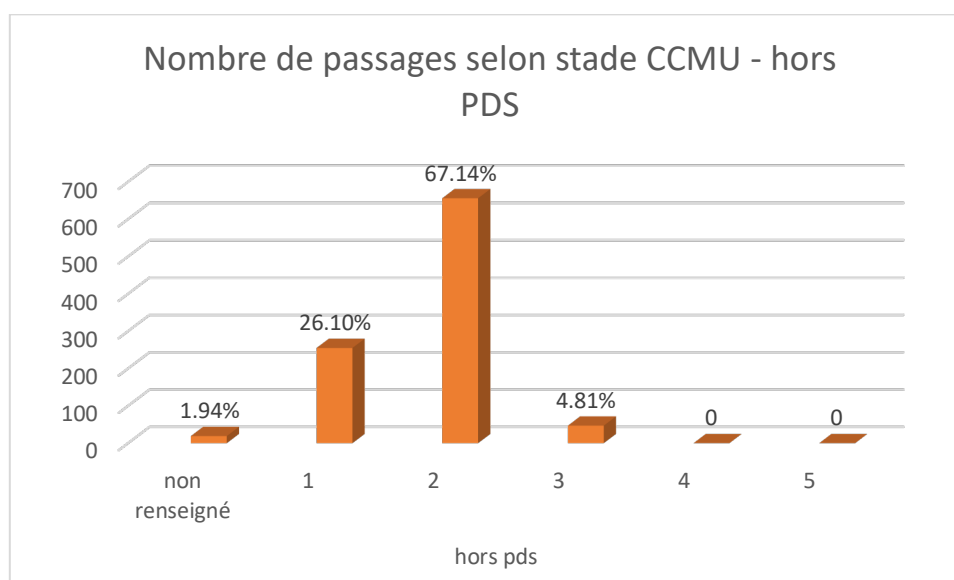
- CCMU I : 255 passages soit 26.10% de l'échantillon
- CCMU II : 656 passages soit 67.14% de l'échantillon
- CCMU III : 47 passages soit 4.81% de l'échantillon
- CCMU IV : 0 passages
- CCMU V : 0 passages
- 19 passages non renseignés : 1.94% de l'échantillon

En période de PDS :

- CCMU I : 169 passages soit 41.73% de l'échantillon
- CCMU II : 159 passages soit 39.26% de l'échantillon
- CCMU III : 31 passages soit 7.65% de l'échantillon
- CCMU IV : 0 passages
- CCMU V : 0 passages
- 46 passages non renseignés : 11.36% de l'échantillon

**Tableau 26 – Répartition des passages de l'échantillon selon le stade CCMU
retenu et la période de PDS**

		nombre	pourcentage
hors pds	non renseigné	19	1,94
	1	255	26,10
	2	656	67,14
	3	47	4,81
	4	0	0,00
	5	0	0,00
	Total hors pds	977	100,00
pds	non renseigné	46	11.36
	1	169	41.73
	2	159	39,26
	3	31	7,65
	4	0	0,00
	Total pds	405	100.00
Total		1 382	100,00



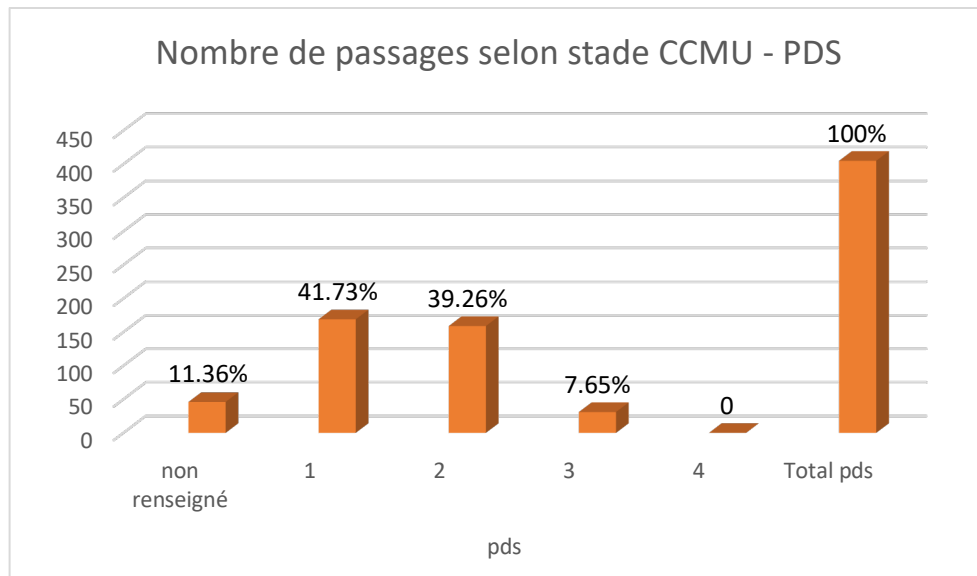


Figure 24 – Répartition des passages de l'échantillon selon le stade CCMU retenu et la période de PDSA

K- Répartition des passages selon les durées moyennes de séjour

Par durée moyenne de séjour, on entend la différence entre l'heure de sortie et l'heure d'arrivée du patient exprimée en minutes. Pour notre échantillon, on retrouvait les résultats suivants :

DMS par tranches de 60 minutes PDS et hors PDS confondus:

De 0 à 60 minutes : 127 patients soit 9.19 % de l'échantillon ; De 60 minutes à 120 minutes : 330 patients (23.88%) ; De 120 minutes à 180 minutes : 328 patients (23.73%) ; De 180 minutes à 240 minutes : 229 patients (16.57%) ; De 240 minutes à 300 minutes : 272 patients (19.68%) ; De 300 minutes à 360 minutes : 65 patients (4.70%) ; De 360 minutes à 420 minutes : 28 patients (2.03%) ; De 420 minutes à 480 minutes : 3 patients (0.22%).

La DMS pour l'ensemble de l'échantillon était de 203 minutes.

Tableau 27 : Répartition des passages de l'échantillon selon les durées moyennes de séjour (tranches de 60 minutes)

	nombre de patients	pourcentage
[0 min-60 min[	127	9,19
[60min-120 min[	330	23,88
[120 min-180 min[	328	23,73
[180 min-240 min[	229	16,57
[240 min-300 min[	272	19,68
[300 min-360 min[	65	4,70
[360 min-420 min[	28	2,03
[420 min-480 min[	3	0,22
Total	1 382	100,00

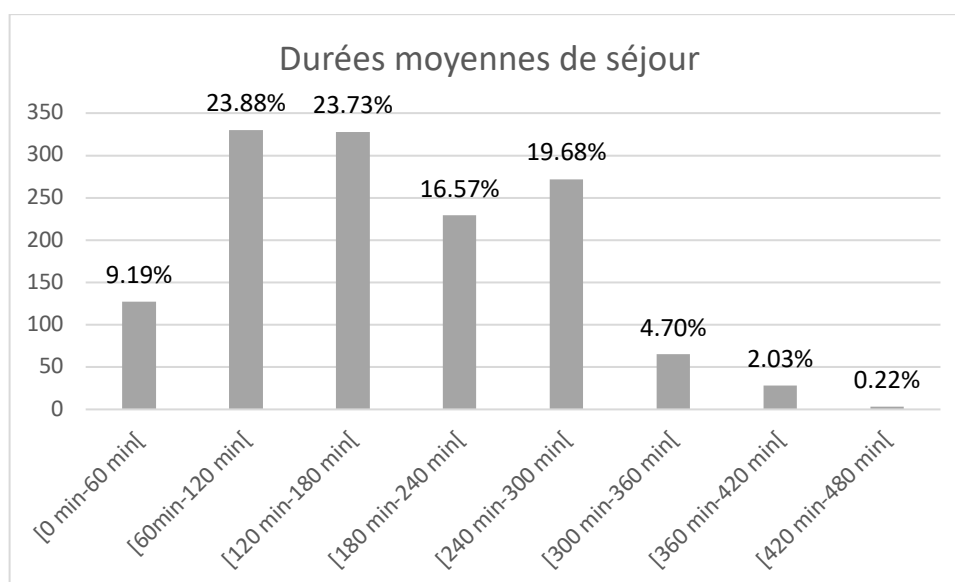


Figure 25 : Répartition des passages de l'échantillon selon les durées moyennes de séjour (tranches de 60 minutes)

DMS selon les stades de CCMU retenus

- Pour le stade CCMUI la DMS était de 138 minutes
- Pour le stade CCMUII la DMS était de 189 minutes
- Pour le stade CCMUIII la DMS était de 742 minutes
- Pas de CCMU IV ni de CCMU V comptabilisé dans l'échantillon

Tableau 28 - DMS calculées selon chaque stade CCMU pour l'échantillon étudié

	DMS en minutes
CCMU 1	138
CCMU 2	189
CCMU 3	742
CCMU 4	Pas de données
CCMU 5	Pas de données

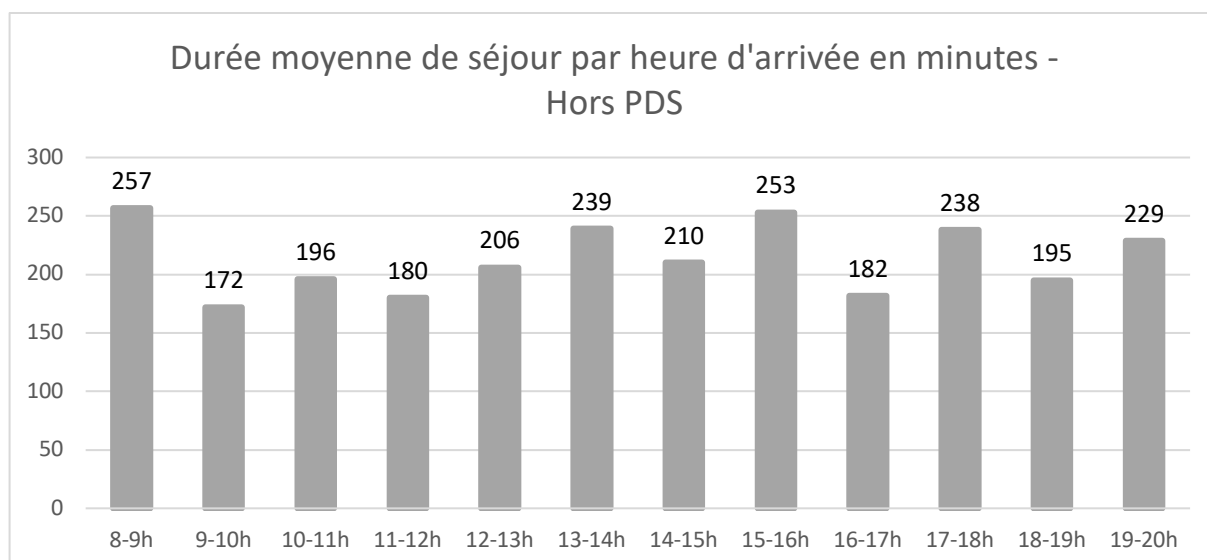
DMS selon les heures d'arrivée

HORS PDS :

De 8h à 9h la DMS était de 257 minutes ; De 9h à 10h la DMS était de 172 minutes ;
De 10h à 11h la DMS était de 196 minutes ; De 11h à 12h la DMS était de 180 minutes ;
De 12h à 13h la DMS était de 206 minutes ; De 13h à 14h la DMS était de 239 minutes ;
De 14h à 15h la DMS était de 210 minutes ; De 15h à 16h la DMS était de 253 minutes ;
De 16h à 17h la DMS était de 182 minutes ; De 17h à 18h la DMS était de 238 minutes ;
De 18h à 19h la DMS était de 195 minutes ; De 19h à 20h la DMS était de 229 minutes.

Tableau 29 - DMS calculées selon les heures d'arrivées des patients de l'échantillon
(HORS PDS)

	DMS en minutes
8-9h	257
9-10h	172
10-11h	196
11-12h	180
12-13h	206
13-14h	239
14-15h	210
15-16h	253
16-17h	182
17-18h	238
18-19h	195
19-20h	229
DMS Hors PDS	213



**Figure 26 - DMS calculées selon les heures d'arrivées des patients de l'échantillon
(HORS PDS)**

En période de PDS de soirée :

De 20h à 21h la DMS était de 192 minutes ; De 21h à 22h la DMS était de 168 minutes ; De 22h à 23h la DMS était de 118 minutes ; De 23h à minuit la DMS était de 152 minutes.

**Tableau 30 - DMS calculées selon les heures d'arrivées des patients de l'échantillon
(PDS de soirée)**

	DMS en minutes
20-21h	192
21-22h	168
22-23h	118
23-24h	152
DMS PDS SOIREE	158

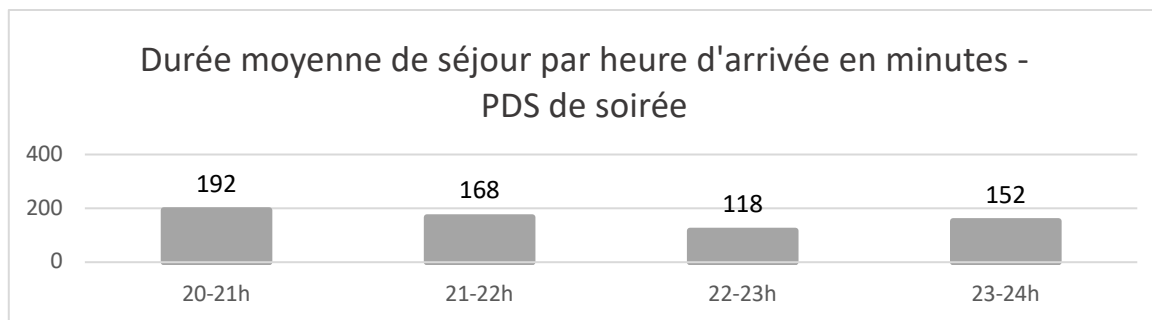


Figure 27 - DMS calculées selon les heures d'arrivées des patients de l'échantillon (PDS de soirée)

L- Répartition des passages selon les durées moyennes d'attente

Par durée moyenne d'attente on entend la durée entre la date et heure d'enregistrement et celle de premier contact médical (enregistrement du nom du médecin sur le dossier).

Pour notre échantillon et sur les périodes Hors PDS et PDS confondues, la répartition des passages selon les durées moyennes d'attente était la suivante

De 0 minutes à 30 minutes : 261 patients soit 18.89% de l'échantillon ;

De 30 minutes à 60 minutes : 319 patients soit 23.08% de l'échantillon ;

De 60 minutes à 90 minutes : 260 patients soit 18.81% de l'échantillon ;

De 90 minutes à 120 minutes : 174 patients soit 12.59% de l'échantillon ;

De 120 à 180 minutes : 213 patients soit 15.41% de l'échantillon ;

De 180 minutes à 240 minutes : 102 patients soit 7.38% de l'échantillon ;

De 240 minutes à 360 minutes : 39 patients soit 2.82% de l'échantillon ;

14 passages non renseignés soit 1.01% de l'échantillon ;

Ainsi la durée moyenne d'attente était estimée à 87 minutes pour l'ensemble de notre échantillon d'étude.

Tableau 31 – Répartition des passages de l'échantillon selon les durées moyennes d'attente

	nombre patients	pourcentage
[0min-30min[	261	18,89
[30min-60min[	319	23,08
[60min-90min[	260	18,81
[90min-120min[	174	12,59
[120min-180min[	213	15,41
[180min-240min[	102	7,38
[240min-360min[	39	2,82
non renseigné	14	1,01
Total	1 382	100

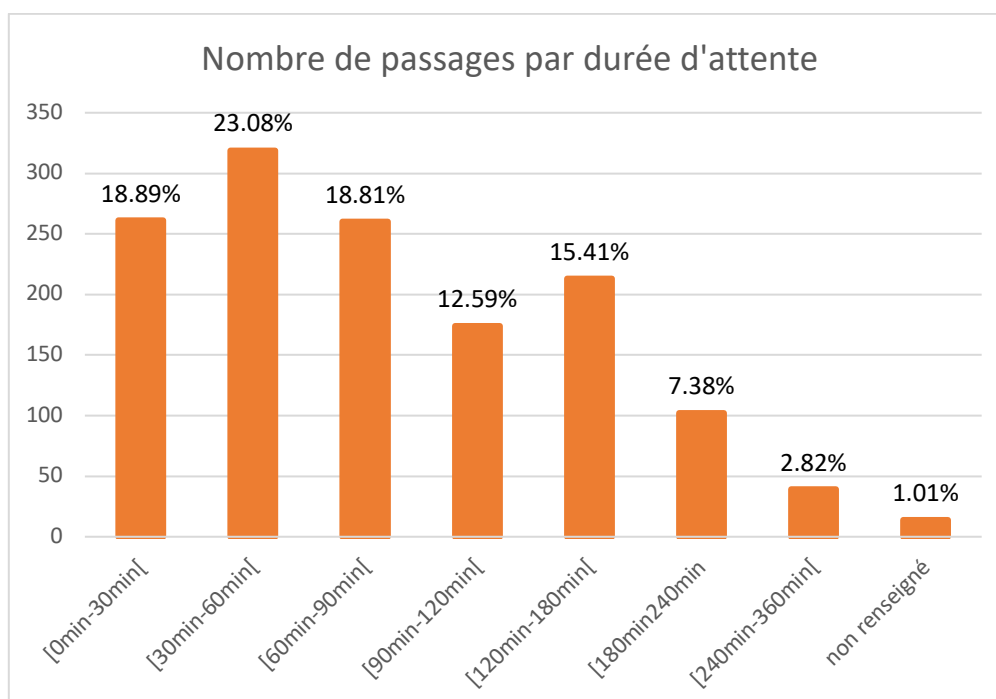


Figure 28 – Répartition des passages de l'échantillon selon les durées moyennes d'attente

Nous avons ensuite analysé la durée moyenne d'attente selon les stades de gravité attribués par l'IAO ; Pour notre échantillon et sur la période Hors PDS (8h-20h), on obtenait :

- Gravité 1 : pas de passages recensés
- Gravité 2 : durée moyenne d'attente de 40 minutes
- Gravité 3 : durée moyenne d'attente de 89 minutes
- Gravité 4 : durée moyenne d'attente de 90 minutes
- Gravité 5 : durée moyenne d'attente de 76 minutes

Tableau 32 - Durées moyennes d'attente (en minutes) calculées selon scores de gravité IAO (HORS PDS)

	nombre de minutes
Gravité 1	Pas de données
Gravité 2	40
Gravité 3	89
Gravité 4	90
Gravité 5	76

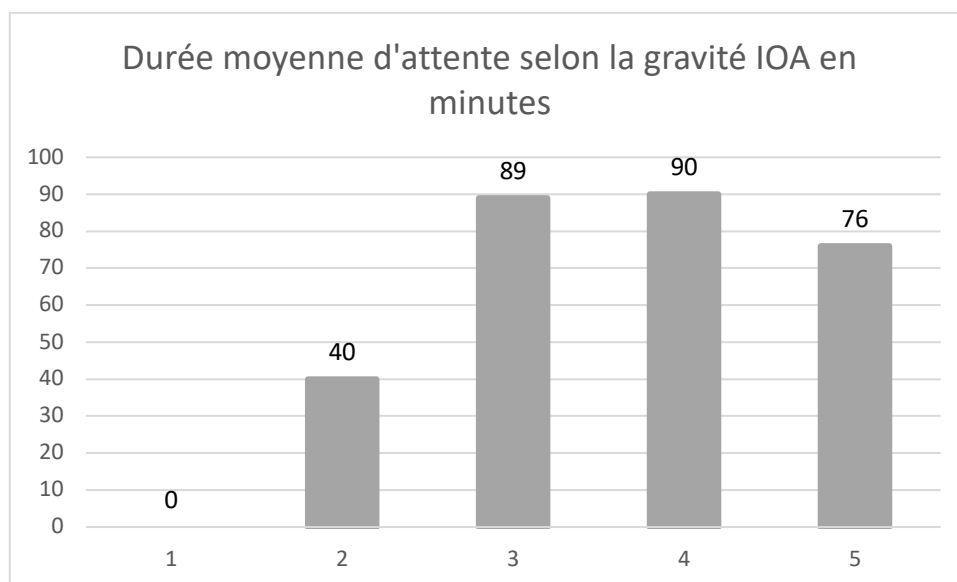


Figure 29 - Durées moyennes d'attente (en minutes) calculées selon scores de gravité IAO (HORS PDS)

ETUDE N°2 bis : Analyse rétrospective de la population ambulatoire ayant consulté EN DEHORS des horaires de la PDS (8h-20h en semaine et les samedis matins) – Actes réalisés aux urgences et taux de patients potentiellement adressable à une consultation de soins non programmés de journée.

Cette étude complémentaire avait été réalisée en reprenant au cas par cas les observations médicales retranscrites dans le TU pour chacun des passages de notre échantillon ayant eu lieu en dehors des horaires de la PDS. Son but était d'une part de connaître la répartition des actes effectués sur la population ambulatoire de journée (actes de la classification NGAP – Extraction impossible depuis la requête TU) et d'autre d'évaluer la part des patients hypothétiquement adressables à une consultation de soins non programmés qui aurait été ouverte en journée et qui fonctionnerait sur le modèle de l'actuelle MMG.

On rappelle que nous avons précédemment déterminé que 977 passages avaient eu lieu en journée (hors PDS).

Nous avons donc repris ces 977 dossiers médicaux afin d'étudier ceux qui auraient pu relever d'une prise en charge libérale par une structure similaire à l'actuelle MMG.

Notre analyse avait finalement permis de retenir 791 dossiers qui constituaient notre échantillon d'étude : 11 dossiers étaient inexploitable et 175 dossiers étaient en fait des dossiers de patients adressés à la MMG enregistrés avant 20h ; nous les avons exclus de l'étude.

Chaque dossier avait été classé comme adressable ou non adressable à la consultation MMG selon les critères d'admission au tri mais aussi en fonction des actes réalisés en aval du tri (actes appartenant à la classification NGAP : bilans biologiques, imageries, soins)

Les critères utilisés pour extrapoler une admission dans la filière libérale étaient les suivants [ANNEXE 5] :

CRITERES GENERAUX

Exclusion :

- tout patient adressé aux urgences par un médecin
- tout patient nécessitant un avis spécialisé
- tout patient admis par le SMUR
- tout patient nécessitant des investigations urgentes

- tout patient nécessitant des gestes techniques complexes
- tout patient non autonome

Inclusion :

- tout patient ne nécessitant pas d'examens complémentaires en urgences (hors ECBU)
- petite traumatologie, dont les sutures si le médecin les réalise
- problèmes médicaux sans critères de gravité évidente
- tout patient désirant une consultation de médecine générale
- demande de conseils médicaux ou renouvellement d'ordonnance

A- Examens d'imagerie réalisés dans l'échantillon

Dans l'échantillon retenu de 791 patients : 286 avaient bénéficié d'une radiographie standard soit 36.1% de l'échantillon.

48 patients soit 6.0 % avaient bénéficié d'un autre type d'examen d'imagerie (échographie ou TDM).

Au total 334 patients avaient bénéficié d'un examen d'imagerie (radiographie standard et/ou autre imagerie) soit 42.2% de l'échantillon.

B- Bilans biologiques réalisés dans l'échantillon

163 patients avaient bénéficié d'un bilan biologique au cours de leur passage (20.6% de l'échantillon).

C- Acte thérapeutique/médication

453 patients soit 57.2% de l'échantillon avaient bénéficié d'un acte thérapeutique ou s'étaient vu administrer un médicament (Voie per os, IV, IM confondus).

Tableau 33 – Répartition des passages ambulatoires HORS PDS selon actes réalisés aux urgences

	nombre	pourcentage
Patient avec acte de biologie	163	20,61
Patient avec radiographie standard	286	36,16
Patient avec une autre imagerie	48	6,07
Patient avec administration de médicaments ou soins	453	57,27
Nombre de patients admis en journée aux urgences	791	100

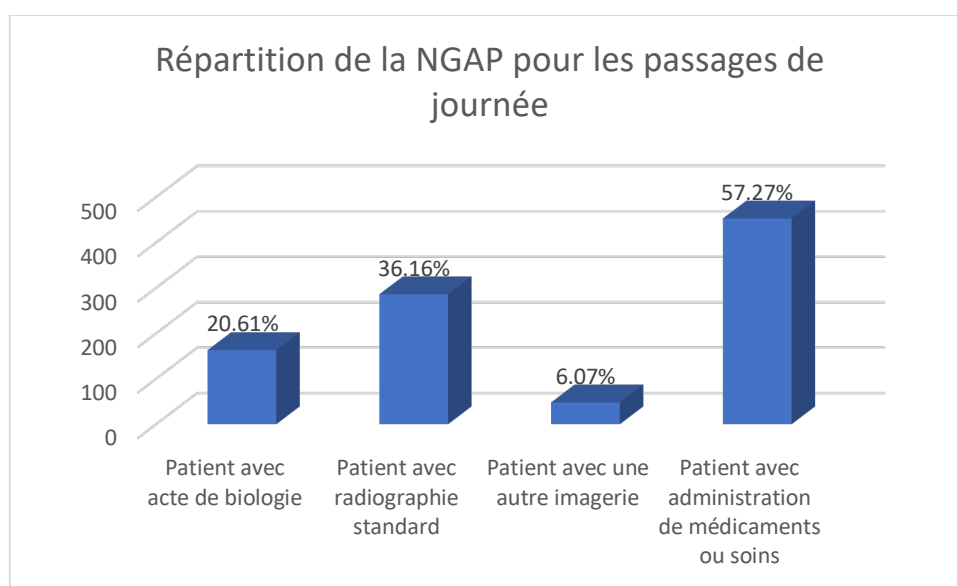


Figure 30 – Répartition des passages ambulatoires HORS PDS selon actes réalisés aux urgences

D- Patients adressables à la MMG selon critères et actes retenus

375 patients (47.4%) avaient été finalement retenus à posteriori comme potentiellement adressables à une consultation type MMG si elle avait été ouverte en journée. Nous avons exclu tous les patients ne répondant pas aux critères précédemment cités dans notre travail.

Parmi ces 375 patients qui auraient pu relever de cette consultation de journée 144 (38.4%) avaient bénéficié d'une radiographie standard.

ETUDE N°3 : Analyse rétrospective de la population dite ambulatoire consultant au SAU en journée de semaine en période d'ouverture exceptionnelle de la maison médicale de garde (période dite d'« extension de la PDSA »)

A- Population de l'étude et rappel méthodologique

Dans cette dernière étude, nous avons analysé une nouvelle fois la population valide à l'enregistrement et ambulatoire (retour au domicile à l'issue du passage) au SAU de Brignoles cette fois ci sur plusieurs périodes d'ouvertures exceptionnelles de la structure MMG et en journée uniquement. L'objectif était d'observer le retentissement de l'ouverture de la MMG sur différents paramètres de la filière ambulatoire aux urgences.

L'agence régionale de santé PACA par arrêté du 29 mars 2019 [36] a désigné les journées appartenant à la période du 2 au 7 mai 2019 (période dite des « ponts de mai ») comme appartenant à la période de PDSA au même titre que les jours fériés. Ainsi pour les journées du jeudi 2 mai, vendredi 3 mai, lundi 6 mai et mardi 7 mai, il avait été décidé d'ouvrir la MMG en journée après décision collégiale des membres de l'association MMGB.

Par ailleurs, les jeudi 26 décembre et vendredi 27 décembre ont également bénéficié à leur tour de cette mesure exceptionnelle dans le cadre des vacances scolaires et des fermetures habituelles des cabinets de ville à cette période.

Nous avons donc décidé de retenir ces 6 jours pour établir notre échantillon.

Nous avons pour population de départ l'ensemble des patients valides à leur enregistrement par l'agent d'accueil ayant pu rentrer à leur domicile (n= 336 patients). Les patients MMG devant obligatoirement s'enregistrer auprès de l'accueil étaient donc compris dans cette population de départ (161 patients).

Au total, 161 patients avaient été orientés vers la MMG sur la période de 6 jours soit 47.92% de la population de départ et 175 patients avaient été orientés vers les urgences soit 52.08% de la population de départ.

Tableau 34 – Répartition des passages urgences/MMG pendant la période retenue de 6 jours d'ouverture exceptionnelle de la MMG en journée de semaine

	nombre	pourcentage
mmg	161	47,92
urgences	175	52,08
total	336	100,00

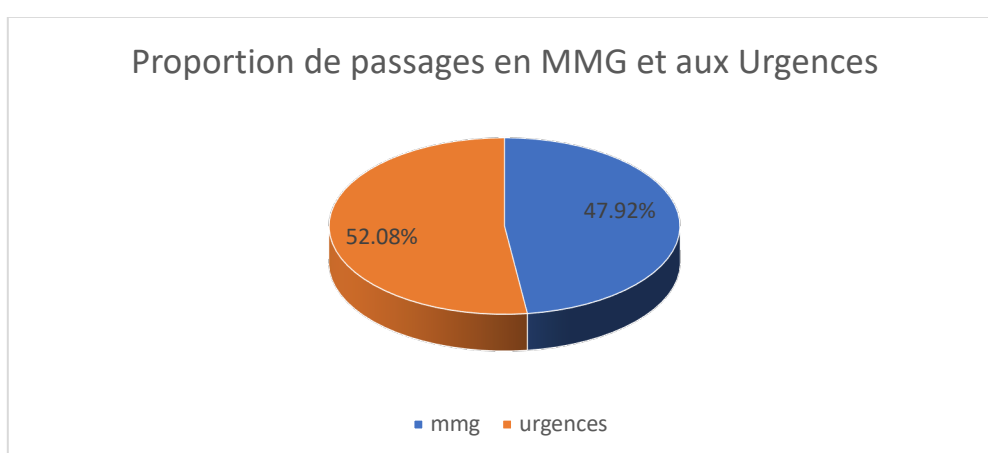


Figure 31 – Répartition des passages urgences/MMG pendant la période de 6 jours d'ouverture exceptionnelle de la MMG en journée de semaine

Nous avons ensuite retenu uniquement les 175 patients ayant consulté aux urgences, ils constituaient notre échantillon d'étude. Parmi ces 175 patients ayant consulté le SAU, 113 patients avaient par ailleurs consulté dans les horaires de journée (8h-20h) où la MMG est habituellement fermée : nous avons pour certaines variables étudiées (CCMU, Gravité IAO, temps d'attente avant contact médical) isolé ces 113 passages pour étudier un éventuel retentissement de cette ouverture sur la filière ambulatoire en journée.

B- Caractéristiques démographiques de l'échantillon : âge et sexe

Dans notre échantillon de patients valides et ambulatoires sur la période étudiée :

- 39 patients avaient moins de 18 ans (22.29% de l'échantillon)
- 39 patients avaient entre 18 et 30 ans (22.29 %)
- 29 patients avaient entre 30 et 40 ans (16.57%)
- 18 patients avaient entre 40 et 50 ans (10.29%)
- 13 patients avaient entre 50 et 60 ans (7.43 %)
- 18 patients avaient entre 60 et 70 ans (10.29%)
- 10 patients avaient entre 70 et 80 ans (5.71%)
- 8 patients avaient entre 80 et 90 ans (4.57%)
- 1 patients avaient entre 90 et 100 ans (0.57%)

L'âge moyen des patients de notre échantillon était de 38 ans

Tableau 35 – Répartition des passages de l'échantillon par tranches d'âges

	nombre	pourcentage
[0-18[	39	22,29
[18-30[	39	22,29
[30-40[	29	16,57
[40-50[	18	10,29
[50-60[	13	7,43
[60-70[	18	10,29
[70-80[	10	5,71
[80-90[	8	4,57
[90-100[	1	0,57
Total	175	100,00

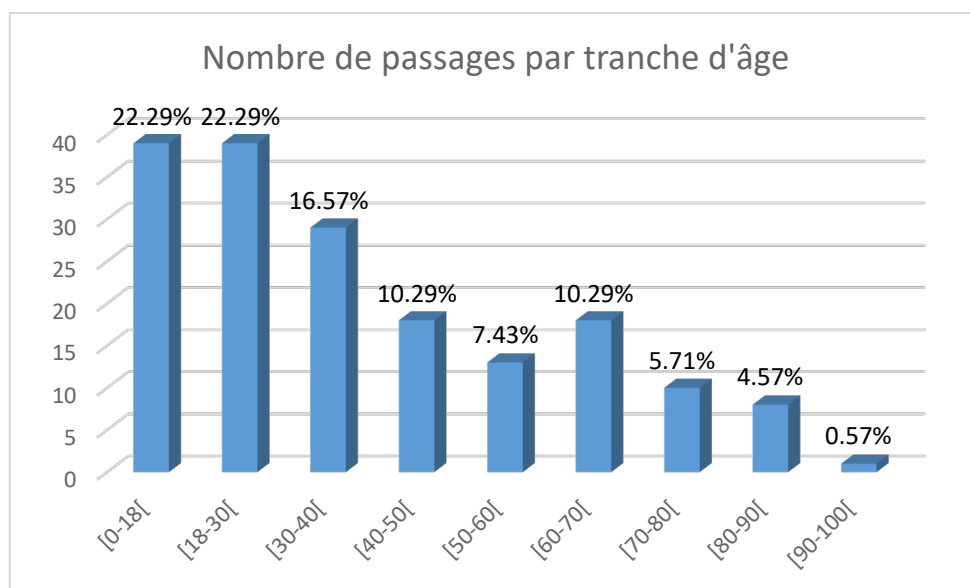


Figure 32 – Répartition des passages de l'échantillon par tranches d'âges

Dans ce même échantillon :

-84 patients étaient de sexe féminin soit 48% de l'échantillon

-91 patients étaient de sexe masculin soit 52% de l'échantillon

Tableau 36 – Répartition des passages de l'échantillon par sexe

	nombre	pourcentage
Femmes	84	48
Hommes	91	52
Total	175	100

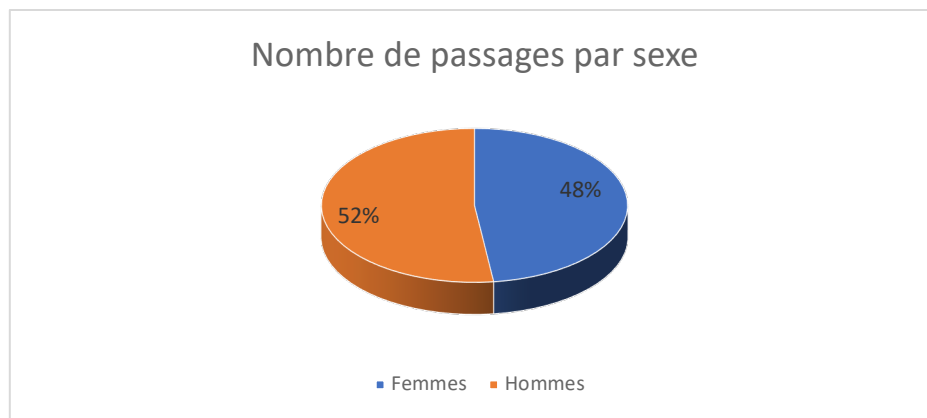


Figure 33 – Répartition des passages de l'échantillon par sexe

C- Répartition des passages selon les heures d'enregistrement pour les urgences et la MMG.

Nous avons dans cette partie identifié le nombre de passages aux urgences et à la MMG par tranches horaires de 1 heure.

Tableau 37 – Répartition des passages aux urgences par heure d'arrivée

<u>URGENCES :</u>	nombre	pourcentage
[0h-1h[	7	4,00
[1h-2h[	3	1,71
[2h-3h[	0	0,00
[3h-4h[	8	4,57
[4h-5h[	4	2,29
[5h-6h[	4	2,29
[6h-7h[	2	1,14
[7h-8h[	7	4,00
[8h-9h[	15	8,57
[9h-10h[	8	4,57
[10h-11h[	14	8,00
[11h-12h[	8	4,57
[12h-13h[	14	8,00
[13h-14h[	10	5,71

[14h-15h[	3	1,71
[15h-16h[	11	6,29
[16h-17h[	9	5,14
[17h-18h[	6	3,43
[18h-19h[	6	3,43
[19h-20h[	8	4,57
[20h-21h[	8	4,57
[21h-22h[	7	4,00
[22h-23h[	5	2,86
[23h-24h[	8	4,57
Total	175	100

Tableau 38 – Répartition des passages à la MMG par heure d’arrivée

<u>MMG :</u>	nombre	pourcentage
[8h-9h[	5	3,13
[9h-10h[	10	6,25
[10h-11h[	12	7,50
[11h-12h[	12	7,50
[12h-13h[	5	3,13
[13h-14h[	4	2,50
[14h-15h[	25	15,63
[15h-16h[	7	4,38
[16h-17h[	12	7,50
[17h-18h[	15	9,38
[18h-19h[	9	5,63
[19h-20h[	14	8,75
[20h-21h[	7	4,38
[21h-22h[	11	6,88
[22h-23h[	7	4,38
[23h-24h[	5	3,13
Total	160	100

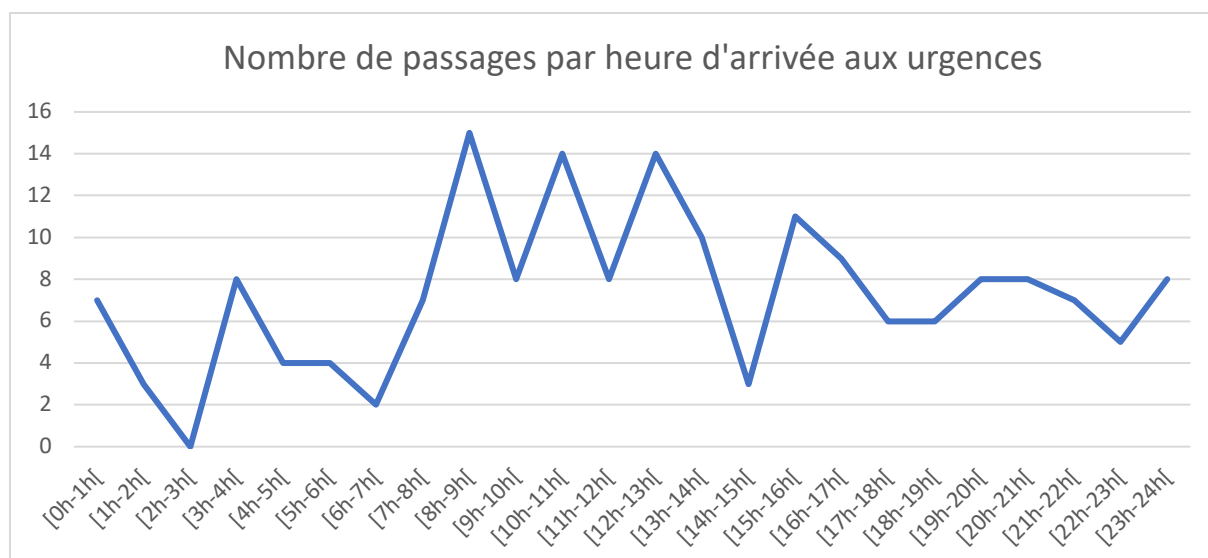


Figure 34 – Répartition des passages aux urgences par heure d'arrivée

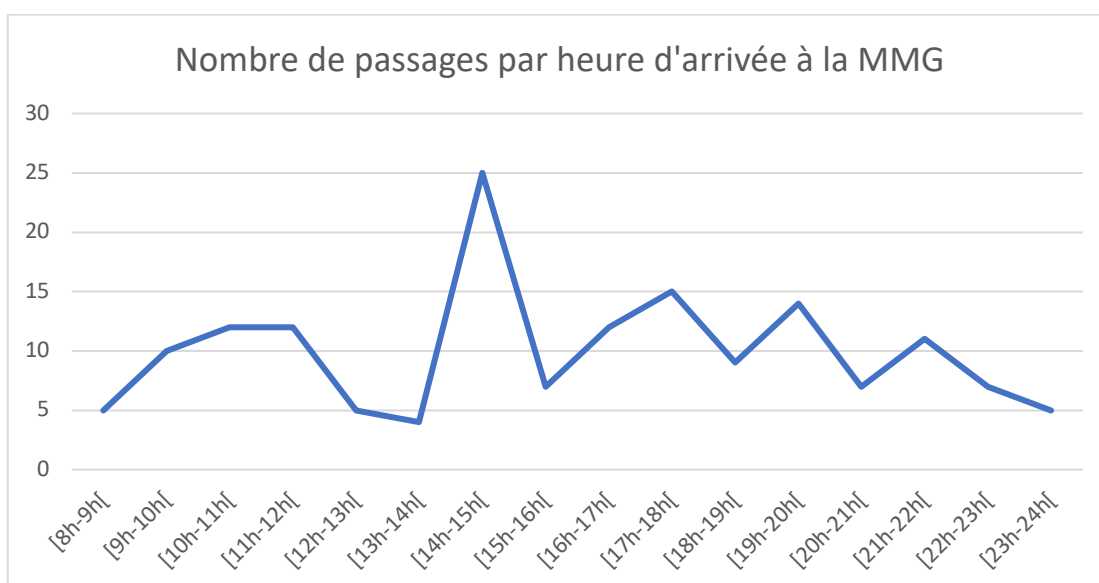


Figure 35 – Répartition des passages à la MMG par heure d'arrivée

D- Répartition des passages selon les scores de gravité IOA en journée

Nous nous sommes intéressés aux proportions de patients selon leur score de gravité après tri IOA en journée de 8h à 20h (habituellement hors pds) :

- Gravité 1 : 0 passage
- Gravité 2 : 3 passages (2.65% des passages de 8h à 20h)
- Gravité 3 : 51 passages (45.13 % des passages de 8h à 20h)
- Gravité 4 : 54 passages (60.86% des passages de 8h à 20h)
- Gravité 5 : 3 passages (2.65% des passages de 8h à 20h)
- Non renseigné : 2 passages (1.77%)

Tableau 39 – Répartition des passages selon les scores de gravité IOA en journée

		nombre	pourcentage
Scores de Gravité IAO de 8h à 20h	non renseigné	2	1,77
	1	0	0,00
	2	3	2,65
	3	51	45,13
	4	54	47,79
	5	3	2,65
	Total hors pds	113	100,00

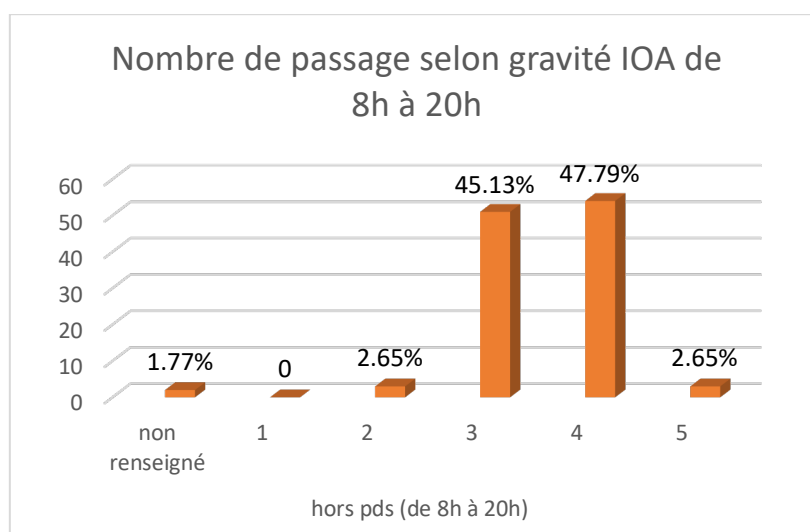


Figure 36 – Répartition des passages selon les scores de gravité IOA en journée

E- Répartition des passages selon les scores de CCMU en journée

La répartition des cotations CCMU pour les patients valides et ambulatoires ayant consulté aux urgences en journée (8h-20h) était la suivante :

- CCMU I : 269 passages soit 26.09% de l'échantillon
- CCMU II : 670 passages soit 64.99% de l'échantillon
- CCMU III : 61 passages soit 5.92% de l'échantillon
- CCMU IV : 0 passages
- CCMU V : 0 passages
- 31 passages non renseignés : 3.01% de l'échantillon

Tableau 40 – Répartition des passages selon les scores CCMU en journée

		nombre	pourcentage
hors pds (de 8h à 20h)	non renseigné	0	0,00
	1	12	10,62
	2	91	80,53
	3	10	8,85
	4	0	0,00
	5	0	0,00
	Total hors pds	113	100,00

F- Répartition des passages selon les durées moyennes de séjour

Dans notre échantillon d'étude, pour les patients ayant consultant en journée (8h-20h), nous avons calculé les DMS par heures d'arrivée.

Tableau 41- DMS calculées selon les heures d'arrivées des patients de l'échantillon en journée

	nombre de minutes
8-9h	342
9-10h	254
10-11h	256
11-12h	155
12-13h	302
13-14h	195
14-15h	198
15-16h	116
16-17h	183
17-18h	139
18-19h	276
19-20h	300
Total	226

La DMS pour l'ensemble des passages de journée était de 226 minutes

G- Répartition des passages selon les durées moyennes d'attente

Nous avons analysé la durée moyenne d'attente selon les stades de gravité attribués par l'IAO ;
Pour notre échantillon d'étude sur la période de journée (8h-20h), on obtenait :

- Gravité 1 : pas de passages recensés
- Gravité 2 : durée moyenne d'attente de 40 minutes
- Gravité 3 : durée moyenne d'attente de 74 minutes
- Gravité 4 : durée moyenne d'attente de 72 minutes
- Gravité 5 : durée moyenne d'attente de 35 minutes

Tableau 42 - Durées moyennes d'attente (en minutes) calculées selon scores de gravité IAO en journée

	nombre de minutes
Gravité 1	0
Gravité 2	45
Gravité 3	74
Gravité 4	72
Gravité 5	35

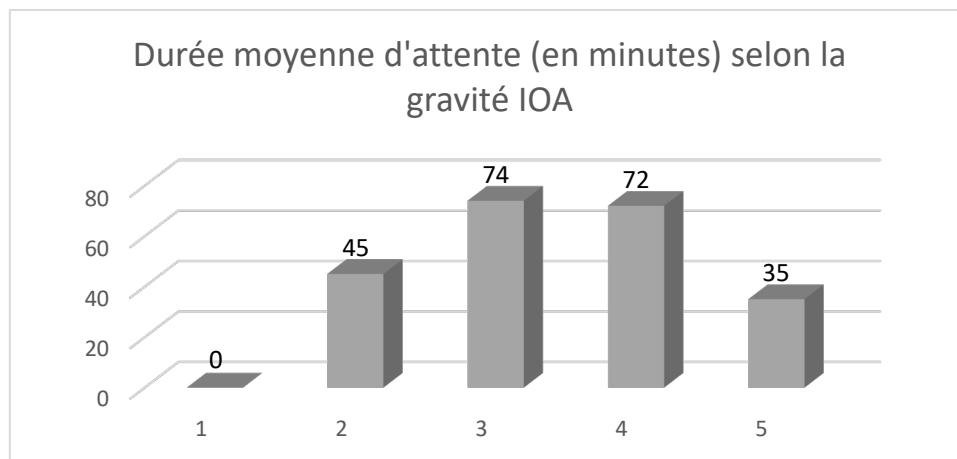


Figure 37- Durées moyennes d'attente (en minutes) calculées selon scores de gravité IOA en journée

DISCUSSION

A- Forces et limites des études

Les forces :

Nous avons réalisé une pré-étude via l'étude n°1 afin de contextualiser les données de notre seconde étude avec les données globales du CH. Il existe comme nous l'avons vu des spécificités propres à la population du bassin Brignolais et notre échantillon de patients ambulatoires a pu être mis à la fois en comparaison avec les données nationales et régionales mais également locales ce qui donne plus de légitimité et de cohérence à notre étude. Cette étude introductive avait été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) qui sont des données standardisées et pouvant être considérées comme particulièrement fiables.

Notre seconde et principale étude avait été réalisée par requête d'un fichier brut initial comportant 2488 patients et nous ayant permis au final de retenir un échantillon d'étude de taille significative avec 1382 patients.

Il s'agit enfin de la seule étude ayant été réalisé pour l'heure sur les soins non programmés sur le secteur de Brignoles et le centre Var.

Les limites

Biais d'information :

Il existait un biais d'information dans l'étude 2 et 3 ayant pu être identifié lors de l'extraction des données à partir du fichier brut initial requêté sur le TU. Nous avons pu en effet comptabiliser 132 lignes manquantes (probablement des « dossiers erreurs » et « tests ») sur le fichier Excel de l'étude 2 qui finissait par la ligne n° 2620 ce qui nous permettait de retenir au final 2488 patients pour notre étude. Cela représentait un taux d'exhaustivité de 94.7 % pour les passages recensés sur les 5 semaines choisies. Pour l'étude 3 le fichier Excel se terminait par la ligne N°359 pour 336 lignes comptabilisées soit un taux d'exhaustivité de 93.6%.

Concernant le recueil des données pour les durées moyennes de séjour (DMS) les résultats sont biaisés car leurs valeurs dépendent du temps mis par le médecin pour conclure ses dossiers sur le TU. Pour plus d'exhaustivité il nous faudrait recueillir l'information en temps réel. De même

que pour la durée moyenne d'attente (DMA) il arrive que le délai soit important entre la connexion du médecin sur le dossier et le contact médical réel avec le patient.

Biais de recrutement :

L'étude 2 bis est basée sur une extrapolation des consultations de journée réalisables à la maison médicale et répond aux critères bien spécifiques d'adressage vers l'actuelle MMG [ANNEXE 4]. Cette étude a été réalisée en reprenant les observations de l'IOA et du médecin sur chaque dossier. Il existe un biais de subjectivité dans le recrutement des patients qui auraient pu être adressé à la MMG qui est lié à l'expérience du soutenant dans l'exercice en maison médicale de garde. On peut penser que l'on aurait pu trouver des résultats différents si ces dossiers avaient été repris par un autre praticien.

Biais de confusion/échantillonnage : seront traités dans les chapitres concernés

Type d'étude et méthodologie statistique :

Dans notre troisième étude nous avons tenté de comparer deux échantillons de taille très différente (échantillon de 1382 patients de l'étude 2 et 175 patients pour l'étude 3) afin de pouvoir discerner un impact de l'ouverture de la MMG sur des variables telles que la DMS et la DMA notamment.

Malheureusement, la différence de taille entre ces deux effectifs ne permet pas l'utilisation d'un test statistique qui pourrait montrer une différence significative (ou pas) pour les critères de jugements étudiés.

Cette troisième étude donne seulement une tendance des répercussions que pourrait avoir sur la filière ambulatoire l'ouverture d'une consultation de soins non programmés en journée. L'expérimentation prochaine sur de plus grandes périodes de ces extensions d'ouverture de la maison médicale pourrait être l'opportunité d'un travail à part entière pour un étudiant volontaire. Une étude prospective comparative de type avant-après ouverture du centre de soins non programmés de journée serait l'option idéale pour ce projet de thèse.

B- Analyse de l'activité globale des pôles urgences et MMG (ETUDE N°1) : points intéressants

1) Dynamique du nombre de passage

Une des principales données qui ressort de notre première enquête est l'augmentation d'activité importante en termes de passages pour la MMG et les urgences entre 2018 et 2019. Les urgences de Brignoles ont ainsi bénéficié d'une rénovation majeure entre 2017 et 2018 avec des travaux importants et des aménagements provisoires et probablement source de confusions pour les patients, ce qui peut expliquer la baisse d'activité constatée (-1.6%) entre 2017 et 2018 à l'inverse de la tendance sur les SAU en PACA à cette même période (+1.6%) [37].

L'agrandissement des locaux et la création d'un nouveau cahier des charges avec optimisation des flux (création de boxs de circuit court, différenciation physique du flux « couché » et du flux « ambulatoire ») laissent prévoir une forte dynamique dans l'évolution des passages avec de surcroît un « effet nouveauté » propre à la création de nouvelles structures de soins (le nombre de passages attendu était alors estimé à 34000 pour 2019).

L'augmentation d'activité de 9.1% sur le nombre de passages aux urgences entre 2018 et 2019 confirmait bien ces prévisions. Le service enregistrait ainsi 34147 passages se situant dans la moyenne haute des services d'accueil des urgences de la région PACA [37]. Cette augmentation d'activité ne peut être expliquée qu'en partie seulement par la nouvelle organisation du service et l'attrait pour les nouveaux locaux ; la part croissante des soins non programmés dans les services d'urgences sur tout le territoire (augmentation de 3.5% en moyenne chaque année) [9] joue un rôle majeur dans cette dynamique.

De manière concomitante à la rénovation du service d'urgences la création d'une nouvelle maison médicale de garde avec des locaux dédiés et une meilleure visibilité dans le parcours de soin du patient a contribué également à une nette augmentation du nombre de passages sur cette structure (+28.8% entre 2018 et 2019).

Ainsi l'augmentation d'activité est bien supérieure à celle des urgences ; on peut interpréter ce phénomène de deux manières :

- Par effet de recrutement de la MMG : augmentation du nombre de passages ne nécessitant pas d'hospitalisation et création d'une patientèle propre à la MMG favorisée notamment par la

possibilité d'accès direct sans tri IOA préalable. Ainsi la part d'activité de la MMG dans l'activité globale (urgences+MMG) augmente (17% en 2019 vs 14% en 2017).

-Par effet d'absorption devant une croissance continue de la part de soins non programmés qui n'arrive pas à être traitée par la médecine de ville et qui se retrouve dans le système hospitalier des urgences comme le démontre l'étude de la DRESS sur la prise en charge des soins non programmés en ville [3].

Le rapport GRAAL [10] dément cependant un effet de recrutement des MMG par la forte proportion (45%) de patients qui déclarent qu'en l'absence de MMG ils se seraient présentés aux urgences.

Dans notre étude nous n'avons pas différencié les passages de MMG en semaine et les week-ends, cependant la moyenne de 16 passages par jour sur 2019 laisse entendre que la MMG a une activité très importante et satisfaisante pour les praticiens qui y exercent notamment dans le cas des soirées de semaine. L'enquête ELABE de 2018 sur la PDS [29] montrait ainsi que près de 30 % des médecins sondés jugeaient que le nombre d'acte étaient insuffisants les soirées de semaine. Comme le rappelait le rapport GRAAL sur les maisons médicales de garde les niveaux d'activité sont totalement dépendants de leur modalité d'accès et la localisation intra hospitalière de la MMG avec une possibilité d'accès direct est génératrice de passages à l'instar de la MMG de Gap.

Enfin il semble exister une saisonnalité dans le rythme des passages que ce soit pour les urgences ou la MMG avec une suractivité qui est surtout marquée l'été du fait de l'attrait touristique de la région Var (en conformité avec les données de l'ORU pour la région PACA [37] : + 12 % en 2018 sur la période estivale) et en fin d'année (décembre) phénomène cette fois ci lié aux fermetures des cabinets médicaux de ville. Notons également que le mois de mai est synonyme de forte activité notamment pour la MMG qui voit un afflux de soins non programmés de plus en plus important chaque année du fait des fermetures des cabinets de ville à la période des « ponts ». Les mois de mai et décembre sont ceux qui ont enregistré les plus fortes augmentations du nombre de passages entre 2017 et 2019 (respectivement 48% et 72% d'augmentation) ce qui peut en partie être expliqué par les fermetures sans remplacement de plus en plus fréquentes des cabinets de ville à ces périodes sur le secteur de Brignoles comme en témoignent les confrères des urgences.

2) Caractéristiques démographiques des patients consultant la MMG et les urgences

Les données recueillies concernant la répartition par âges des patients aux urgences de Brignoles sur ces trois années nous permettent de constater que la population qui consulte est globalement jeune et ceci de manière stable (entre 24% et 26% de patients de moins de 20 ans sur les 3 années) ce qui fait écho aux données de l'étude de la DRESS en 2013 [4] selon laquelle un quart des usagers des urgences avait moins de 15 ans et 43% moins de 25 ans.

Aussi les personnes âgées de plus de 75 ans sont plus faiblement représentées comme dans l'étude de la DRESS (environ 15% des passages pour les 3 années sur les urgences de Brignoles et 14% dans l'étude de la DRESS).

La tranche d'âge la plus représentée est celle de 0 à 5 ans pour les 3 années, elle représentait 8% des passages en 2019. L'étude de la DRESS soulignait ainsi que ce sont les nourrissons de moins de 1 an qui ont le taux de recours aux urgences le plus élevée.

Les femmes sont légèrement surreprésentées sur les 3 années ce qui va à l'encontre des données de la DRESS et de l'ORU PACA pour la région avec un sex-ratio en faveur des femmes oscillant entre 1.02 en 2017 et 1.04 en 2018 [37].

3) Répartition des passages aux urgences selon la PDS

La population qui consulte aux urgences de Brignoles le fait principalement dans la journée (71% des passages en 2019 et 2017, 70% en 2018) et près de la moitié des consultations se font hors des horaires de la PDS c'est-à-dire aux horaires d'ouverture des cabinets de ville (on note une augmentation de cette proportion en 2019 avec près de 52% des passages dans ces horaires).

Ce constat déjà fait dans le rapport sénatorial de 2017 [30] sur les urgences hospitalières tend à laisser penser qu'une part importante de soins non programmés n'arrive plus à être absorbée par la médecine de ville.

La proportion de passages ayant lieu le week-end et jours fériés est stable entre 19% et 22% ce qui est inférieur aux données de la DRESS de 2013 (28%) [4] et de l'ORU PACA 2018 (30%) [37].

L'activité de soirée est stable (17% sur les trois années) et conforme aux données pour la région PACA (16.7%) de même que pour la nuit profonde (environ 12% des passages sur le CH Brignoles et en PACA).

4) Fluctuations horaires des passages à la MMG

Nous avons préféré nous concentrer sur les variations de passages à la MMG afin de mieux cerner la demande en termes de soins non programmés sur le bassin Brignolais.

On faisait plusieurs constats :

La variation des passages à la MMG ne suit pas les fluctuations horaires habituelles des passages aux urgences étudiées dans de nombreux travaux [4], [38].

On note pour la première partie de la journée une évolution semblable à celle des urgences à savoir augmentation progressive des passages jusqu'en fin de matinée puis stagnation entre midi et 13h. Contrairement à la courbe de fréquentation aux urgences, on note d'abord un pic d'activité aux alentours de 14h qui est propre à l'activité du samedi avec une fermeture des cabinets de ville aux alentours de 13h et un afflux de patients de ville qui s'accumule dès l'ouverture de la MMG à 14h. A cela s'ajoute la réorientation par l'IOA des patients du matin enregistrés coté urgences vers la MMG dès la prise de poste du médecin le samedi.

On ne note pas de phénomène de plateau aux alentours de 18 h mais plutôt une phase d'augmentation progressive qui s'effectue dès 17h pour atteindre un véritable pic à 20 h : la première explication à cela se trouve dans le fait que l'activité de MMG de journée étudiée est une activité de Week-end. Les données de l'ORU [37] indiquent une forte proportion de passages en fin d'après-midi propre au week-end (30% des patients qui arrivent aux urgences de 16h à 20 h y arrivent le week-end).

Aussi une analyse interne menée par la MMG [ANNEXE] montre que la population qui consulte la MMG est jeune avec notamment beaucoup de pédiatrie or les études de la DRESS [4] et de l'ORU [37] montrent que la majorité des passages pour les premières tranches d'âges

s'effectuent en fin d'après-midi (1/3 des passages aux urgences s'effectuant entre 16 h et 20h concernent des patients de moins de 18 ans en PACA).

On note un pic de passages à 20h avec une franche augmentation entre 2018 et 2019 sur la plage 20h-21h (687 passages vs 800 passages soit une augmentation de 16%). Cette augmentation spécifique à cette plage horaire est concomitante aux modifications d'accès à la consultation de MMG (nov. 2018). Ainsi l'ouverture de la nouvelle MMG a été accompagnée d'une révision de la convention signée avec l'hôpital : il était entre autres désormais convenu que les patients qui souhaitent voir le médecin libéral pouvait le faire sans être triés préalablement par l'infirmière d'accueil. Ce processus pouvait auparavant dissuader les patients demandeurs de la MMG de venir à l'hôpital devant les temps d'attente liés au triage.

Cette nette augmentation sur cette plage horaire laisse penser que la MMG s'est constituée une véritable patientèle qui vient spécifiquement consulter la MMG dès son ouverture les soirs de semaine et qui ne serait pas venu consulter aux urgences en son absence. Le nombre important de passages entre 19 et 20 h (avec une nette augmentation sur cette plage également entre 2018 et 2019 : + de 30% d'augmentation) laisse penser que de nombreux patients viennent désormais s'enregistrer avant même son ouverture.

Il existe une diminution progressive du nombre de passage à la MMG en soirée jusqu'à atteindre un minimum entre 23h et minuit.

On note une forte augmentation du nombre de passages en matinée en 2019 qui est principalement lié au plus grand nombre de jours fériés et jours comptabilisés dans la PDSA (extensions de mai et décembre)

5) Répartition des CCMU /diagnostics retenus /orientations

Notre première étude retrouvait des proportions semblables aux principales études [4], [37] pour les répartitions de passages aux urgences de Brignoles selon la CCMU retenue. La CCMU2 c'est-à-dire un état stable avec décision d'acte thérapeutique et/ou diagnostic, arrivait

en tête (entre 62 et 59 % selon les années) mais dans des proportions moindres que dans les études de la DRESS (74% en 2013). Ceci pourrait être lié à une proportion de passages brignolais sans CCMU renseignée (11% en 2019).

Venaient ensuite les CCMU 3 (entre 17 et 20 %), les CCMU1 (entre 12 et 16%) et enfin les CCMU 4 et 5 (environ 1 % pour chacune d'entre elles pour les trois années).

On notait donc sur le CH de Brignoles une diminution des CCMU2 et 3 au profit des CCMU 1 (16% de CCMU1 en 2019 contre 12% en 2017 et 2018) notamment entre 2018 et 2019. Deux explications à ce phénomène : la première une augmentation de la part de soins non programmés avec des consultations relevant de la médecine de ville de plus en plus nombreuses aux urgences de Brignoles, la deuxième un effet recrutement de la MMG qui recrute une majorité de CCMU1.

Concernant les principaux diagnostics identifiés dans les Résumés de Passages aux Urgences sur le CH de Brignoles, on trouvait en tête les diagnostics médico-chirurgicaux (entre 52 et 55% des passages – 62% en 2018 pour la région PACA) venaient ensuite la traumatologie (entre 27 et 32% des passages selon les années en accord également avec les données de l'ORU PACA pour la région : 29% en 2018) puis les autres recours (3%), la psychiatrie (3%) et la toxicologie (1 à 1.5%).

Enfin, les taux d'hospitalisation étaient stables aux alentours de 20% sur les trois années conformément aux données nationales et régionales [9], [37]. Près de 80% des patients étaient ambulatoires c'est-à-dire qu'ils avaient bénéficié d'un retour à leur domicile à l'issue de la consultation aux urgences.

6) Evolution des durées moyennes de séjour et des durées moyennes d'attente sur les 3 années.

Les durées moyennes de séjour et les durées moyennes d'attente avant premier contact médical sont des paramètres souvent cités comme indicateurs de qualité de l'organisation des services d'urgences comme rapporté dans un important travail réalisé par la MEAH en 2005 [39].

On notait dans notre première étude un allongement global de la DMS entre 2017 et 2019 (17% d'augmentation avec une DMS évaluée à 234 minutes en 2019 – La DMS sur les urgences en PACA en 2018 étant de 222 minutes [37] donc similaire à celle du CH en 2018). Cependant, il

est important de noter que l'augmentation de la DMS s'est infléchi entre 2018 et 2019 (5.4% d'augmentation entre 2018 et 2019 vs 11% entre 2017 et 2018) et ceux malgré l'augmentation des passages aux urgences de Brignoles.

Les facteurs contribuant à la diminution de la DMS font l'objet de débats ; ainsi une étude de 2003 de l'ANAP [40] montrait que l'augmentation du nombre de passages de type CCMUI avait un impact positif sur le temps de passage moyen aux urgences ce qui pourrait expliquer l'infléchissement dans l'augmentation de DMS entre 2018 et 2019 du fait d'une augmentation de la part des CCMUI dans les passages.

A l'inverse, une étude américaine multicentrique de 2007 [41] sur près de 7 millions de passages montrait quant à elle que le nombre de patients non graves retentissait peu sur le temps d'attente avant premier contact médical et la durée moyenne de séjour pour les patients plus graves.

La durée d'attente moyenne avant premier contact médical variait entre 75 minutes en 2017 et 82 minutes en 2018. On remarquait une diminution de près de 7.3% de cette DMA entre 2018 et 2019 pour atteindre 76 minutes. Parmi les hypothèses avancées pour expliquer cette diminution du temps d'attente médical on peut citer l'augmentation du nombre de boxs dans les nouvelles urgences, la création de deux boxs dédiés à la filière courte et le recrutement d'un interne supplémentaire depuis 2019.

L'étude de la DRESS de 2013 sur les temps de passage aux urgences [11] retrouvait ainsi que le début effectif de la prise en charge médico-soignante se déroulait dans l'heure qui suivait pour sept patients sur dix.

Ces temps d'attente médicaux sont comparables avec l'étude de la MEAH [39] portant sur 8 hôpitaux français (nombre de passages moyen annuel estimé à 40000) où l'on retrouvait des valeurs entre 45 minutes et 1h30.

C- Analyse rétrospective de la population dite ambulatoire consultant au SAU en semaine et le samedi matin (ETUDE N°2 et 2 bis) et impact de l'ouverture de la maison médicale en journées de semaine (ETUDE 3).

1) Caractéristiques démographiques et géographiques des échantillons

La population ambulatoire (retour à domicile à l'issue du passage) retenue dans notre deuxième étude pour réaliser notre échantillon représentait 75.6% des passages sur les 5 semaines étudiées [ANNEXE – Diagramme de flux – Etude 2].

Ce chiffre est en accord avec le taux assez stable de 80% de retours à domicile à l'échelle régionale et nationale [9], [37]. Par ailleurs le pourcentage de patients arrivés par leur propre moyen dans cet échantillon de patients ambulatoires est de 73.5% donc assez similaire au taux de patients arrivant par leur propre moyen dans la population globale des consultants aux urgences : d'après la DRESS [4] trois quarts des usagers des urgences arriveraient par leur propre moyen, 14% en ambulance/VSAV et 3% par le SMUR et police secours. Les données de l'ORU PACA pour la région en 2018 [37] permettent de retrouver que 79% des patients ambulatoires étaient arrivés par leurs propres moyens.

La population valide ambulatoire étudiée sur les 5 semaines de juin à octobre était une population à prédominance masculine (52.6% de l'échantillon) jeune et visiblement plus jeune que la population générale consultant aux urgences de Brignoles (34 ans d'âge moyen vs 41 ans pour l'ensemble des passages aux urgences de Brignoles en 2019). Pour l'échantillon étudié la population pédiatrique (moins de 18 ans) représentait 30.37% de l'effectif total (vs 23% de pédiatrie pour l'ensemble des passages aux urgences de Brignoles en 2019) et les plus de 70 ans représentaient 8.46% de l'échantillon des patients valides ambulatoires (19.20 % de patients de plus de 70 ans pour l'ensemble des passages aux urgences de Brignoles en 2019).

Les données de l'ORU PACA pour la région en 2018 permettent de retrouver que 32% des patients ambulatoires avaient moins de 18 ans donc en adéquation avec nos données.

Notre troisième étude (cf ETUDE N°3) montre que l'appui d'une consultation de soins non programmés en journée a pour effet de diminuer la proportion de pédiatrie prise en charge dans le circuit classique (22.29% dans l'échantillon avec MMG la journée contre 30.37% dans l'échantillon sans la MMG la journée). La proportion de patients âgés de plus de 70 ans reste quant à elle assez similaire dans les deux échantillons.

Enfin si l'on s'intéresse aux caractéristiques géographiques des patients valides et ambulatoires aux urgences de Brignoles, on note que près d'un tiers des patients proviennent de Brignoles (17500 habitants). Ceci est en adéquation avec les données de la DRESS [4] selon laquelle la distance médiane entre le lieu de résidence et le lieu de prise en charge aux urgences est stable à 7.4 km. Les urgences constituent ainsi un centre de soins non programmé comme un autre qui dessert avant tout les besoins de santé de la population locale. Parmi les 20 communes les plus représentées près de la moitié se situent dans un rayon de 20 km autour du centre hospitalier de Brignoles. Seul le Luc en Provence (10800 habitants) situé entre 26 et 31 km selon l'itinéraire emprunté avec 4.56% d'utilisateurs fait exception d'une part car il constitue le deuxième bassin de population du secteur mais aussi car la plus proche permanence de soins en semaine se situe à Draguignan (plus grande distance vs Brignoles) [ANNEXE – Origines géographiques - Etude 2].

On notera que le proche secteur de Rocbaron-Forcalqueiret-Garéoult pourtant fort de 14000 habitants est finalement peu représenté (4.2% des passages). Une possible explication est l'installation récente d'un centre de soins non programmés privé sur ce secteur.

2) Proportion des patients ayant pu être pris en charge par la MMG

Sur la période étudiée de juin à octobre 15.92% des valides ambulatoires avaient été adressés à la consultation MMG et 84.08% d'entre eux vers les urgences (compatible avec les RPU 2019 de l'établissement : 17% d'activité MMG et 83% d'activité urgences).

Pour la période d'extension de PDSA avec ouverture de la MMG en journée (cf. ETUDE N°3) près de 48% des passages avaient été orientés vers la MMG. Cette expérimentation fut donc un véritable succès pour la MMG mais également pour les urgences qui auraient enregistré en son absence en journée près de 130 passages supplémentaires répartis sur 6 jours soit 74% de suractivité.

On peut cependant trouver comme limite à cet échantillon de 6 jours de vacances scolaires qu'il est peut-être biaisé du fait de l'afflux plus importants à cette période de patients en demande de soins non programmés car beaucoup de cabinets de ville sont alors fermés.

Aussi nous avons donc voulu créer une extrapolation sur la période de juin à octobre avec comme scénario une ouverture continue de la MMG sur cette période de 8h à 20h (cf. ETUDE

N°2 bis : Analyse rétrospective de la population ambulatoire ayant consulté EN DEHORS des horaires de la PDS (8h-20h en semaine et les samedi matins) – étude du taux de patients potentiellement adressable à une consultation de soins non programmés de journée).

Pour être adressé vers cette hypothétique consultation de soins non programmés il fallait entrer dans les critères d'admission vers la MMG tels que précédemment cités.

Dans cette configuration notre étude complémentaire menée sur 791 passages repris au cas par cas avait permis de déterminer que 47.4% des passages de journée auraient pu être adressés vers cette structure. On retrouvait donc des pourcentages d'admission similaires à ceux obtenus en période d'ouverture de la maison médicale pour les périodes d'extension de PDSA.

Ces données viennent faire écho aux données de la cour des comptes [42] qui s'est intéressé en 2014 à l'épineux problème des consultations dites « injustifiées » aux urgences même si comme nous l'avons vu en introduction cette notion fait débat du fait de l'urgence ressentie du patient. D'après son rapport, la cour rapportait près de 43% de passages qui avaient abouti à une simple consultation médicale et près de 35% des passages qui auraient pu trouver leur réponse chez un généraliste de ville.

En 2001 une étude menée au SAU de Narbonne en vue de l'installation d'une MMG en ses murs permettait de retrouver, sur 2 semaines et 484 passages enregistrés aux horaires de son ouverture, que près de 40% des patients auraient pu être adressés à la MMG [43].

3) Répartition des passages selon les heures d'arrivée

Le premier constat de notre deuxième étude est que la population valide ambulatoire consulte essentiellement hors des horaires de la PDS (71% contre 50% pour l'ensemble des usagers du SAU à Brignoles) – nous retrouvons une proportion similaire de 71% des patients ambulatoires consultant sur cette période pour les données PACA [37]. C'est donc bien une population particulièrement consommatrice en termes de SNP qui fréquente le SAU comme un centre de soins de ville c'est-à-dire dans les heures ouvrables habituelles.

On notera que seulement 12% des passages se font en nuit profonde.

Les fluctuations horaires dans cette population sont assez similaires à celle de la population générale consultant aux urgences à savoir augmentation progressive des passages en matinée avec un pic en milieu de matinée (10h), baisse de fréquentation à la pause déjeuner puis augmentation progressive de la demande de soins jusqu'à 20 h avant d'entamer une baisse progressive des passages tout au long de la soirée et de la nuit [4].

Le nombre de passages quotidiens aux urgences pour cette population augmente les lundis, et est stable sur la semaine comme rapporté par la littérature [44].

On note une part non négligeable de passages le samedi matin ; Aussi comme traité dans notre mémoire de DES de médecine générale [45] la part de soins non programmés relevant de la médecine générale est particulièrement importante sur la période du samedi matin principalement du fait de l'offre de soins très limitée sur ce créneau et des modalités organisationnelles des confrères de ville sur le secteur de Brignoles (plus des 2/3 des cabinets de ville fonctionnent sur rendez-vous le samedi matin).

En période expérimentale d'ouverture de la MMG en journée (cf ETUDE N°3), on note qu'aux pics d'activité de la MMG correspondent des creux d'activité pour la filière urgence notamment en début d'après-midi (entre 14 et 15h pic habituel de la demande de soins non programmés en ville : 1.71% des enregistrements journaliers aux urgences contre 15.63% pour la MMG) et en fin d'après-midi entre 17h et 20h période où les demandes de soins non programmés s'accumulent habituellement (on note que 11.43% des passages journaliers ont été enregistrés aux urgences sur cette période spécifique contre 23.76% des passages sur la MMG). La maison médicale semble alors jouer un rôle dans la régulation du flux de passages aux urgences à ces périodes.

Ainsi en termes de répartition des enregistrements sur la période 17h-20h sur les 58 enregistrements faits à l'accueil des urgences 65% (n=38) étaient orientés sur la MMG contre 35% (n=20) orientés vers les urgences.

En revanche, on ne retrouve pas cette répartition pour la matinée avec un taux d'adressage de 46% (n=39) vers la MMG contre 54% (n=45) vers les urgences.

D'après la littérature, les MMG intra-hospitalières semblent effectivement apporter un bénéfice en termes de gestion des flux. Dans certains centres, un infléchissement de l'accroissement d'activité, voire une diminution du nombre de passages aux urgences a été constatée suite à l'installation de ce type de structure [43], [46]. Le rapport Grall de 2006 sur les MMG a

répertorié 6 services d'urgences où la fréquentation a diminué suite à l'implantation d'une MMG et 4 où la pente d'augmentation des passages s'est infléchie [10].

4) Répartition des consultations selon les motifs de recours

Dans l'échantillon de patients valides ambulatoires obtenu dans notre deuxième étude il ressortait que les motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés étaient en rapport avec de la traumatologie. Les motifs liés à la traumatologie du membre supérieur et inférieur représentaient à eux seuls 27.71% des motifs retenus pour notre échantillon. Venaient ensuite les motifs en lien avec la gastro-entérologie (9.33%) et l'ophtalmologie-ORL-stomatologie (7.60%) qui correspondent à une grande partie de la demande de soins pédiatrique.

L'étude de la DRESS de 2013 [14] a approfondi les motifs de recours des usagers des urgences. Elle permettait ainsi de constater que sauf aux âges extrêmes de la vie, les deux types de problèmes les plus fréquemment rencontrés étaient l'accident (59%) et la douleur (43%). Bien sûr les problèmes ressentis étaient très différents selon l'âge, ainsi pour les nourrissons par exemple la fièvre (47%) et les vomissements ou diarrhées (35%) étaient prédominants.

5) Répartition des passages selon les scores de gravité IOA et scores de CCMU

Dans l'échantillon de 1382 patients valides et ambulatoires, la majorité de ces derniers ont été classés en gravité 4 par l'IAO (63.05% de patients gravité 4 hors PDS et 56.30 % aux horaires de la PDS). Pour rappel ces patients présentent un état aigu et stable dont le délai de prise en charge recommandé correspond à 60 minutes à partir de l'évaluation.

On note un pourcentage de patients classés gravité 5 (c'est-à-dire stables et ne nécessitant pas d'acte technique) de 3.17% hors PDS et de 9.38% en période de PDS. Comparativement le taux de CCMU I (abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences) hors PDS était de 26.10% et de 41.73% en période de PDS.

On peut donc déjà retenir :

Un décalage important entre les taux de CCMU 1 et de gravité 5 : Il existe manifestement un « sur-triage » des patients par les IOA. La pression subie à l'accueil, la complexité de certaines

échelles de tri mais aussi la présentation atypique de certains tableaux cliniques expliquent en grande partie ce manque de précision du tri.

Un taux de CCMU I en période de PDS plus élevé qu'en dehors de la période de PDS : cela est en contradiction avec les données régionales de l'ORU PACA 2018 [37] (15% des passages classés CCMU I en période de PDS en PACA). Notre étude retrouvait un chiffre important de 41.73% de passages classés CCMU I en période de PDS – La principale explication à ce phénomène est que nous avons comptabilisé les patients fléchés MMG dans notre échantillon de patients valides ; les patients adressés à la MMG étant en effet systématiquement cotés CCMU I. Il s'agit là d'un biais d'échantillonnage.

Un taux de CCMU I important comparativement aux données régionales pour la population ambulatoire en journée: 26.10% de patients CCMU I hors PDS (17% des patients ambulatoires cotés CCMU I pour la région PACA hors PDS en 2018) ; la demande de soins non programmés relevant de la médecine générale est donc particulièrement importante sur le secteur de Brignoles en journée.

Un taux de CCMU I en journée plus faible aux urgences quand la maison médicale est présente en renfort la journée : 10.62% de patients CCMU I dans l'échantillon avec la MMG ouverte la journée (contre 26.10% dans l'échantillon sans la MMG en journée) – La MMG a joué un rôle dans l'absorption de cette catégorie de patients pour cette période particulière (cf : ETUDE N°3).

Les patients classés CCMU II (décision d'acte diagnostic/thérapeutique) représentent finalement la majorité des passages de journée ambulatoires de notre échantillon (environ 67% contre 78% dans l'étude de l'ORUPACA 2018) principalement lié à la prédominance du recours traumatologie avec la réalisation de radiographies qui en découle.

On a pu ainsi noter dans notre étude complémentaire qu'une importante partie (36%) des passages de journée ambulatoires avait pu bénéficier d'un examen radiologique standard (cf « ETUDE N°2 bis : Analyse rétrospective de la population ambulatoire ayant consulté EN DEHORS des horaires de la PDS »).

Pour rappel les données de la DRESS en 2013 [4] faisaient ressortir qu'une imagerie conventionnelle était réalisée pour 39% de l'ensemble des usagers des urgences.

Il semble donc que la population ambulatoire consultant aux urgences de Brignoles en journée notamment ne soit pas particulièrement plus consommatrice d'examens radiologiques.

Nos recherches ont permis de montrer que deux cabinets de radiologie sont situés à Brignoles et un seul à Saint Maximin la Sainte Baume (bassin de population de 30000 habitants). Toutefois on peut se demander si l'offre de ville est suffisante, de nombreux patients rapportant avoir de plus en plus de mal à trouver des rendez-vous dans des délais qu'ils jugent raisonnable. Il serait judicieux de vérifier cette hypothèse par un travail de recherche complémentaire.

Aussi la DRESS en 2013 [11] estimait à 106 minutes la durée médiane de passage pour une consultation avec acte d'imagerie conventionnel ce qui est bien plus court qu'une démarche impliquant une consultation chez un professionnel de santé de ville suivie d'une réorientation vers un centre de radiologie de ville. La démarche de consultation aux urgences pour des motifs liés à la traumatologie chez les patients ambulatoires s'inscrit ainsi dans une démarche assez consumériste ou le patient gagne finalement du temps car il trouve en un même lieu le médecin et le plateau technique pour sa demande de soins.

6) Répartition des passages selon les diagnostics retenus

Dans notre échantillon de patients valides et ambulatoires les diagnostics médico-chirurgicaux arrivaient en tête avec 52.39% des passages contre 61% des passages des usagers ambulatoires en PACA en 2018 [37].

La traumatologie représentait au total 44.28% des passages sur nos 1382 patients (36% des patients ambulatoires PACA pour l'année 2018).

Les autres recours, la psychiatrie et la toxicologie représentaient combinés un peu moins de 3% des passages.

On pouvait donc déjà faire plusieurs constats :

- Une part plus importante de traumatologie dans la population de patients valides et ambulatoires que dans la population globale des usagers des urgences (27% de l'ensemble des passages en 2019 aux urgences de Brignoles)
- Pour la période choisie une proportion de passages en lien avec la traumatologie plus importante que les données régionales : On peut penser que cela tient au fait de la période

retenue pour notre étude avec les mois d'été pourvoyeurs d'accidents liés aux sports en plein air. Cependant, ce phénomène n'est pas retrouvé dans les données régionales de l'ORU PACA qui tendent à montrer qu'il n'existe pas de saisonnalité pour le diagnostic traumatologie qui reste stable à environ un tiers des passages qu'elle que soit la saison.

- Dans les sous catégories diagnostiques retenues pour notre échantillon, on notait que les plaies représentaient le diagnostic le plus fréquent (12.88% de l'échantillon). Les symptômes et signes généraux et autres pathologies diverses et non répertoriées constituent la deuxième plus fréquente sous-catégorie diagnostique (12.52% de l'échantillon). Les données régionales retrouvaient dans le top 3 des diagnostics pour la population ambulatoire en 2019 : les douleurs abdominales, l'inquiétude sur sa santé et l'entorse/foulure de cheville.

- Il convient de remarquer que les demandes de renouvellement, les demandes d'examens biologiques et certificats ne représentaient que 0.29% de notre échantillon.

7) Répartition des passages selon les durées moyennes de séjour

Notre échantillon de patients valides et ambulatoires avait une durée moyenne de séjour globale de 203 minutes. Cette DMS était ainsi plus courte de 31 minutes par rapport à la DMS 2019 pour l'ensemble des usagers des urgences de Brignoles (234 minutes – cf « ETUDE N°1 »)

Près de 33% des patients valides ambulatoires étaient restés moins de 2 heures aux urgences et près de 73% moins de 4h ces données étant compatibles avec celles de l'ORU PACA (75% des passages durent moins de 4h lors d'un retour à domicile) [37]

En 2013, l'étude de la DRESS [11] relevait que 55% des usagers des urgences avaient déclaré être restés moins de 2 h aux urgences et 20% même moins d'une heure. Aussi la moitié des patients qui n'étaient ni hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), ni hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences restaient moins de 112 minutes aux urgences.

La DMS pour la catégorie CCMU1 était de 138 minutes dans notre échantillon et de 189 minutes pour la catégorie CCMU2 mais il y avait de grandes variabilités dans cette catégorie selon qu'une radio ou un bilan biologique (entraînant un temps d'attente beaucoup plus important) ait été effectué.

On constatait enfin que la DMS était également fluctuante selon les horaires de la journée dans la population étudiée sans que l'on puisse véritablement corrélérer ces fluctuations avec celles du nombre d'enregistrement. La littérature rapporte en effet que les différents temps d'attente varient selon l'affluence aux urgences mais surtout en fonction du nombre de patients physiquement présents dans les locaux des urgences (phénomène d'engorgement) [47]. Il aurait pu être intéressant d'analyser cette donnée pour vérifier ce phénomène.

On constatait que la DMS était relativement plus courte en soirée (158 min) comparativement à la journée (213min). Ce phénomène est lié à la comptabilisation des patients MMG peu graves et dont la prise en charge est plus courte que celle des patients de la filière standard.

La troisième étude de notre thèse (cf. ETUDE N°3 : « Analyse rétrospective de la population dite ambulatoire consultant au SAU en journée de semaine en période d'ouverture exceptionnelle de la maison médicale de garde (période dite d'« extension de la PDSA ») ») avait pour principal intérêt d'étudier sur un faible échantillon de patients l'effet d'un circuit court ou « fast-track » (représenté par la MMG en journée) sur la DMS.

Il ressortait que la DMS était relativement comparable en journée (226 minutes quand MMG fermée sur 1382 patients vs 213 min quand MMG ouverte en journée sur 175 patients). On pouvait constater que la DMS était augmentée aux horaires de forte affluence aux urgences à savoir entre 12 et 13h et entre 18 et 20h. Le nombre de passages à la MMG ne semblait pas véritablement influencer sur la DMS aux urgences et on notait qu'il n'y avait pas de véritables baisses de la DMS aux urgences aux pics d'affluence à la MMG.

Au final ces résultats allaient à l'encontre des données de la littérature sur le sujet notamment l'étude de 2006 de O'Brien [48] qui montrait une réduction moyenne de 41 minutes des durées de séjours pour les patients ambulatoires après installation d'une filière courte.

Un biais d'échantillonnage pouvait expliquer ce phénomène : dans la troisième étude, nous avons cette fois-ci exclu les patients adressés à la MMG de notre échantillon de patients valides et ambulatoires aux urgences. Cela avait pour conséquence une augmentation de la DMS aux urgences par privation des passages MMG dont le délai de prise en charge est court (il est rapporté dans la littérature que les CCMUI contribuent à diminuer la DMS) [40].

8) Répartition des temps d'attente avant premier contact médical

Le temps d'attente médical résulte du cumul du délai entre l'enregistrement et l'évaluation et du délai entre l'évaluation et le début de la prise en charge médico-soignante.

L'étude de la DRESS de 2013 [11] faisait ressortir que sept patients sur dix avaient été pris en charge dans l'heure qui avait suivi leur entrée aux urgences.

Dans notre échantillon de patients valides et ambulatoires, la durée moyenne d'attente était de 87 minutes – près de 42% des patients de cette échantillon avaient attendu moins d'une heure.

De manière étonnante on notait que les patients classés gravité 3 attendaient plus longtemps l'arrivée d'un médecin (89 minutes de DMA) que ceux classés gravité 5 (72 minutes de DMA). Ce constat était retrouvé dans de nombreuses études [49], [50] et est le fait d'un délai de mise en box plus long pour les patients les plus lourds car ils sont dirigés vers la filière longue où le turn-over est moins important que dans la filière courte.

En période d'ouverture de la MMG en journée (cf : ETUDE 3), on notait surtout une durée d'attente en journée sensiblement plus courte pour les patients classés gravité 4 (72 minutes quand MMG ouverte en journée contre 90 minutes quand MMG fermée en journée - soit une réduction de 20% de la DMA) et gravité 5 (35 minutes de DMA quand MMG ouverte en journée contre 76 minutes de DMA quand MMG fermée en journée - soit une réduction de 54% de la DMA) mais également pour ceux classés gravité 3 (74 minutes de DMA contre 89 minutes de DMA sans le renfort de la MMG en journée - soit une réduction de 17% de la DMA).

Des résultats similaires en termes d'amélioration des durées d'attentes médicales en filière standard après installation d'une filière courte ont été rapportés dans la littérature :

L'étude d'O'Brien et al de type « avant après » création d'un circuit court - étude du retentissement d'un « circuit court » sur les temps d'attente et les durées de séjour - permettant de réduire ainsi de 20.3% la durée moyenne d'attente médicale sur l'ensemble des patients ambulatoires de l'étude (-18 min) [48].

Dans l'étude de Devkaran et al, les durées moyennes d'attentes avaient été réduites sur les patients classés gravité 4 et 5 de l'échelle canadienne de triage : CTAS 4 (-22 minutes de DMA) et 5 (-28 minutes de DMA)) [51].

D- Perspectives pour la création d'une consultation de soins non programmés en journée

Au vu des résultats obtenus dans notre travail on peut penser qu'il y a un véritable intérêt à la création d'une structure de soins non programmés aux urgences de Brignoles la demande en termes de SNP y étant particulièrement importante en journée. En revanche l'intérêt d'une structure ouverte en continue toute la journée est plus discutable cette demande étant plus faible le matin et très faible en nuit profonde.

Dans l'éventualité d'une ouverture d'une structure de soins non programmés en journée, on peut s'attendre à ce que la traumatologie représente une très grande partie de l'activité de la structure initialement. Notre étude complémentaire (cf : ETUDE 2 bis) avait ainsi mis en évidence que près de 40% des patients qui auraient pu être adressés à une consultation de journée avaient eu une radio standard (donc en lien avec un motif traumatologique). L'activité cœur de métier de la médecine générale classique (suivi des patients, renouvellements d'ordonnance...) dans un premier temps faible pourrait connaître une augmentation dans la part d'activité de la structure avec son gain croissant de notoriété.

Il convient de créer des protocoles spécifiques avec les urgences (prescriptions anticipées de radio par l'IAO, critères d'admissions traumatologiques bien définis, formation adéquate des IAO sur les critères d'orientation vers la MMG) et le service de radiologie si l'on veut réellement réguler le flux aux urgences sur ces catégories de passages.

La forte proportion de traumatologie dans cette patientèle est à prendre en compte dans la pratique médicale et la formation des médecins qui travailleraient dans cette structure, aussi on pourrait envisager un système de formation continue en lien avec les spécialistes locaux (radiologues, orthopédistes, kinésithérapeutes) afin de maintenir une mise à jour des connaissances sur les recommandations dans ce domaine. Une réflexion est par ailleurs en cours sur la possibilité de développer de nouvelles activités en lien avec la traumatologie sur cette future consultation de journée (réalisation d'orthèses, consultations de suivi...).

Une nouvelle convention signée avec l'hôpital le 27 novembre 2019 [ANNEXE 2] permet désormais au médecin de la maison médicale de prescrire s'il le souhaite une radiographie et bénéficier du plateau technique hospitalier. Certaines règles doivent cependant être appliquées : exclusion des traumatismes avec plusieurs localisations, uniquement les extrémités...

Deux des nouveaux médecins inscrits sur le tableau de garde réalisent également les sutures « simples ». Un affichage en salle de tri IAO avec les actes réalisés par chacun des médecins permettra une meilleure lisibilité sur les pratiques pour favoriser l'adressage des patients.

Nous avons également mis en évidence que la population pédiatrique représenterait une importante part des patients de cette hypothétique consultation de journée. Là encore on pourrait envisager une meilleure collaboration avec les confrères pédiatres hospitaliers et de ville pour améliorer la prise en charge des patients.

Sur un plan plus pratique la poursuite du tiers payant généralisée comme selon les recommandations du rapport Graal permettra une meilleure acceptabilité de l'orientation vers la MMG pour les patients qui n'avaient initialement pas choisi cette orientation.

Pour finir des considérations financières seront à prendre en compte dans le fonctionnement d'une telle structure. Ainsi le rapport annuel 2019 de la cour des comptes sur le fonctionnement des urgences hospitalières déplorait des difficultés persistantes dans l'articulation ville/hôpital notamment du fait d'une tarification peu adaptée des actes aux urgences [52].

Pour mieux comprendre il faut reprendre le financement des urgences qui comprend plusieurs éléments :

- un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) de 25,32 € pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service.
- un « forfait annuel urgences » (FAU) qui s'élève à 730 000 € pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà de 9 000.

À ces financements s'ajoutent ceux liés à la facturation des consultations et examens de biologie et d'imagerie, ainsi que des recettes de séjour en cas d'hospitalisation.

La cour des comptes relève ainsi que « dans le cadre actuel du financement des structures d'urgence, la croissance du nombre de passages permet aux établissements de dynamiser leurs recettes alors que le report d'une partie des passages évitables sur la médecine de ville, porteur d'économies pour l'assurance maladie, est au contraire pénalisante ».

La tarification au forfait privilégie donc les cas légers, qui sont « sur-financés » comparativement aux cas lourds « sous-financés ».

On peut donc penser que la création d'une telle structure serait défavorable sur le plan financier (par captation des cas légers) pour le service des urgences de Brignoles. Actuellement le

fonctionnement de la tarification des consultations à la MMG est basé sur la perception d'un ATU par l'hôpital pour chaque patient enregistré pour la MMG avec en conséquence un FAU qui augmente avec le nombre de passages.

La structure de soins non programmés de journée ne pourra pas facturer un ATU et une consultation de ville à l'assurance maladie car son activité ne viendra pas (pour le moment) s'inscrire dans la PDSA.

La question d'une structure totalement indépendante des urgences avec un accès distinct sans enregistrement se pose donc si une activité de journée devait voir le jour.

Comme suggéré par le rapport de la cour des comptes il faudra étudier d'autres modes de financements pérennes pour les deux structures.

Parmi les solutions envisageables, les médecins de la MMG pourraient par exemple valoriser leurs actes via la majoration « MCU » issue de la convention du 25 août 2016 [53] en cas de prise en charge non programmée de patients de ville : « une majoration de 15 euros pour les médecins correspondants qui reçoivent sous 48 heures un patient adressé par son médecin traitant (MCU) ».

Pour l'hôpital le forfait dit de « réorientation » vers la médecine de ville en expérimentation depuis le 1^{er} avril 2020 permettrait par exemple à l'hôpital d'adresser les patients non urgents vers la structure de soins non programmé et de percevoir ainsi un forfait de 60 € par acte de réorientation (qui se substituerait pour chaque patient concerné à tous les autres éléments de rémunération de l'hôpital).

La réponse à ces questionnements pourrait finalement être apportée par la réforme annoncée du financement des urgences en 2021. Parmi les pistes annoncées dans le plan de refondation des urgences [6] une enveloppe forfaitaire dépendante de la démographie (caractéristiques socio-économiques) de la densité médicale locale mais également de l'activité qualitative des services (selon indicateurs) permettrait ainsi de recentrer l'attention sur l'accueil des cas lourds.

On peut donc penser que la création de structures de SNP de journée pourrait être facilitée par de telles modifications du financement des services d'urgences car leur fonctionnement ne serait alors plus délétère sur le plan financier pour les SAU.

CONCLUSION

Notre travail de thèse a tout d'abord pu vérifier via notre première étude descriptive et rétrospective que la demande de soins non programmés (SNP) prise en charge par le service des urgences de Brignoles est en nette augmentation et ce notamment depuis la rénovation du service fin 2018. En témoignent les dernières données sur l'augmentation d'activité pour les urgences (aux alentours de 9% en 2019) mais aussi pour la maison médicale de garde située en ses murs (près de 28% d'augmentation d'activité entre 2018 et 2019).

Notre objectif principal était de quantifier la part de patients relevant de soins «ambulatoires » au Service d'Accueil des Urgences (SAU) de Brignoles avec un focus particulier sur les patients consultant en journée aux horaires d'ouverture des cabinets de ville. Nos recherches avaient permis de démontrer que près de 75% des passages aux urgences de Brignoles avaient donné lieu à un retour à domicile à leur issue ; ces passages ambulatoires s'étant effectués majoritairement (pour près de 70%) hors des horaires de la permanence des soins c'est-à-dire en journée aux horaires d'ouverture des cabinets de ville

Nous avons comme objectif secondaire de mieux connaître cette population dite « ambulatoire ».

Dans notre principale étude rétrospective quantitative et qualitative nous nous étions particulièrement intéressés à la population ambulatoire valide qui représentait les $\frac{3}{4}$ des passages ambulatoires de notre échantillon d'étude. Nous avons montré qu'il s'agissait d'une population particulièrement jeune (34 ans d'âge moyen) avec une forte composante pédiatrique (1/3 des passages) et à prédominance masculine. C'était également une population locale avec près de 50 % des patients résidant à moins de 20 km de l'hôpital.

Cette population consultait essentiellement pour des motifs de recours relevant de la traumatologie (près de 1/3 des passages) avec pour conséquence une prescription importante d'examens de radiologie (36% des passages de journée de notre échantillon) et une majorité de passages classés CCMU II par la classification CCMU des diagnostics. La part conséquente de consultations codées CCMU I c'est-à-dire sans aucun acte diagnostique ni thérapeutique dans notre échantillon en journée (26 % des passages de journée) laissait sous-entendre qu'une part importante des passages aux urgences en journée aurait pu être gérée par la médecine de ville

d'où une réflexion portée par la deuxième partie de notre question de recherche à savoir l'intérêt d'une création de consultation de SNP en journée.

Une étude complémentaire menée sur les passages de journée de notre échantillon avait ainsi pu retrouver que près de 47% de ces passages de patients valides ambulatoires auraient pu être pris en charge par une consultation de SNP ouverte en journée et fonctionnant sur le modèle de l'actuelle maison médicale de garde.

Enfin la troisième étude de notre travail de thèse avait tenté de montrer l'impact qu'aurait l'ouverture d'une telle structure de journée sur le fonctionnement de la filière ambulatoire côté urgences. Nous avons ainsi étudié les passages sur 6 jours expérimentaux d'ouverture de la maison médicale en journée de semaine en 2019 (journées dites d'extension de la PDSA fixées par décret de l'ARS). Il en ressortait que la maison médicale avait pu réguler les flux de passages aux urgences particulièrement importants en début d'après-midi et en début de soirée permettant ainsi de soulager les urgences sur ces périodes critiques. Il semblait également que les durées moyennes d'attente (DMA) avant contact médical étaient sensiblement réduites pour la filière courte dans ces périodes de renfort de la maison médicale. Ces résultats mériteraient cependant d'être confirmés par une étude prospective avec un plus grand échantillon de patients.

L'ouverture d'un centre de soins non programmés de journée au sein de l'hôpital de Brignoles est ainsi plus que jamais d'actualité du fait de périodes à « flux tendus » (périodes d'« hôpital sous tension », fermetures des cabinets de ville pendant les vacances scolaires...) de plus en plus fréquentes sur ce secteur comme évoqué par le directeur du centre hospitalier dans un entretien réalisé le 27 juillet 2020 [ANNEXE 6].

BIBLIOGRAPHIE

1. République Française. Article 77 du Code de Déontologie Médicale. Version en vigueur du 8 septembre 1995 au 16 septembre 2003
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale en France – « Profils comparés : 2007-2018 ». Décembre 2018
3. DREES, Etudes et résultats, n°471 « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats ». Mars 2006
4. Carrasco V., Baubeau D., « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », Études et Résultats n° 212, DREES. 2013
5. Rapport de Thomas Mesnier Député de Charente, « Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires ». Mai 2018
6. République Française. Ministère des solidarités et de la santé. Pacte de refondation des urgences – Dossier de presse du 9 septembre 2019 [en ligne]. Disponible à l'URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
7. République Française. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006
8. INSEE, « Estimation de la population au 1^{er} janvier 2020 ; Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2020 ». Janvier 2020
9. DREES, « Les établissements de santé – édition 2018 ». Disponible à l'URL : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es_2018_v4_web.pdf
10. Grall JY., Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Août 2000
11. Boisguerin B, Valdelievre H. « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », DRESS. 2013
12. Gouyon M., Labarthe G « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats », Etudes et résultats, n°471. DREES. 2006

13. Enquête URPS médecins libéraux Ile-de-France, « Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés : état des lieux et solutions en Ile-de-France ». Mars 2015
14. Baubeau D., Carrasco V., « Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières », Études et Résultats, n° 215, DREES. 2013
15. République française. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. JORF du 16 septembre 2003
16. SAMU Urgences de France - Livre blanc, « Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. Les propositions de SAMU urgences de France », 2015.
17. République française. Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2002/30 p. 217-222
18. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Remis à Monsieur J.F. MATTEI, ministre de la santé le 22 janvier 2003
19. République française. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. JORF du 16 septembre 2003
20. République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF du 22 juillet 2009
21. République française. Article L.6315-6 du Code de Santé Publique, modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Juillet 2009
22. Agence régionale de santé PACA. Cahier des charges régional de la permanence de soins ambulatoires de la région PACA. Septembre 2019
23. République française. Article L.6313-1 du Code de Santé Publique, modifié par loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007. Décembre 2007
24. Conseil national de l'ordre des médecins. « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018 ». 2018

25. Communiqué du site web du syndicat MG France, « Accès aux soins menacé : l'Assemblée Générale de MG France réunie le 7 décembre 2019 vote unanimement la fermeture des cabinets le samedi » URL: <https://www.mgfrance.org/publication/communiquedepresse/2390-acces-aux-soins-menace-l-assemblee-generale-de-mg-france-reunie-le-7-decembre-2019-vote-unanimement-la-fermeture-des-cabinets-le-samedi>
26. République française. Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence. JORF du 3 janvier 2020
27. République française. Circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Cahier des charges sur les Maisons médicales de garde. 2007
28. République française. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. 2007
29. Conseil national de l'ordre des médecins. « Enquête auprès des médecins sur la permanence des soins ambulatoires Enquête ELABE pour le Conseil national de l'Ordre des médecins ». Mars 2019
30. Rapport d'information de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé ». Juillet 2017
31. ORS PACA, « Portrait socio-sanitaire et environnemental du département du Var ». 2018
32. INSEE. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2020. Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2020. Paru le 14/01/2020. Disponible à l'URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
33. ORS PACA, Système d'information régional en santé de l'observatoire régional de la santé (SIRSEPACA) « Portrait de territoire socio-sanitaire : Brignoles (Communes) ». 2018
34. Agence régionale de santé PACA. Zonage des professionnels de santé libéraux. Article du 22 juillet 2019 [en ligne]. Disponible à l'URL : <https://www.paca.ars.sante.fr/zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-0?parent=7024>

35. Conseil départemental de l'ordre des médecins du Var. Croisement entre les secteurs de la PDS et la démographie des Médecins Généralistes en 2013 [en ligne]. Disponible à l'URL : <http://cdom83.fr/2016/01/20/demographie/>
36. Agence régionale de santé PACA. « Arrêté portant dérogation en matière d'organisation de la Permanence des Soins Ambulatoires en région Provence-Alpes-Côte d'Azur pour certaines périodes de jours fériés et ponts au cours de l'année 2019 ».2019
37. Observatoire Régional des Urgences PACA, E-Santé ORU PACA. « Panorama 2018 : activité des services d'urgence en région PACA ». 2018. Disponible à l'URL : https://ies-sud.fr/wp-content/uploads/2020/02/Panorama_2018_iess_COMPLET.pdf
38. Baubeau D. et al., « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », Études et Résultats, n° 72, DREES. 2000
39. Temps d'attente aux urgences – Rapport de synthèse portant sur le relevé et le calcul des temps d'attente aux Urgences (phase 1). Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH). 2004
40. ANAP. « Reduire le temps d'attente aux urgences. Retours d'expériences ». Disponible à l'URL:http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf.
41. Schull MJ, Kiss A, Szalai J-P. « The Effect of Low-Complexity Patients on Emergency Department Waiting Times. Annals of Emergency Medicine ». Mars 2007 ;49(3):257- 264.e1.
42. Cour des comptes, « Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser », chapitre XII du Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Septembre 2014
43. Ménard B., « L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière ». Mémoire : ENSP. 2004
44. Himmich S, Khoudri I, Zekraoui A, Madani N, Abidi K, Bencheikroun A, et al. . « Modélisation et facteurs influençant le flux quotidien des patients aux urgences ». Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Mai 2009 ;57, Supplement 1:S31
45. Benamu W, « Evaluation de l'offre de soins primaires le samedi matin sur un secteur « semi-rural » : l'exemple de la ville de Brignoles (VAR) ».56p. Mémoire : Médecine : Marseille. 2020

46. Langin N. « Activité du service des urgences du Centre Hospitalier de Romans [Drôme] avant et après ouverture de la maison médicale de garde [Lyon] »: Sciences de la vie et de la santé; 2006. Disponible à l'URL ://hdl.handle.net/10068/784567
47. Pateron D. « Une organisation des flux au sein des urgences ». Annales françaises de médecine d'urgence. 2013. 3(2):69-70
48. O'Brien D, Williams A, Blondell K, Jelinek GA. « Impact of streaming ». Australian Health Review. 2006 ; 30(4):525-32.
49. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. "Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department". Canadian journal of emergency medicine. 2003 ; 5:155-61
50. Courant M. « Analyse des temps d'attente aux urgences du CHU de Nantes ».116p. Thèse : Médecine : Nantes : 2009.
51. Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, Drennan J, Rajah J. « The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective ». BMC Emergency Medicine. 2009; 9(1):11
52. Cour des comptes, « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », chapitre VI du Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. 2019
53. L'assurance maladie. « La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie 2016-2021 ». Dossier de presse du 25 août 2016 [en ligne]. Disponible à l'URL :
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_convention_medical_final.pdf

ANNEXES

Données complémentaires

Tableau 5 bis – ETUDE 1 : Répartition des passages SAU+MMG par tranches d'âges (2017-2019)

		2017	2018	2019	2017-2019
< 5		2278	2124	2759	2387
		7,44%	6,99%	8,13%	7,55%
< 10		3796	3581	4544	3974
		12,40%	11,80%	13,39%	12,56%
< 15		5590	5250	6468	5770
		18,26%	17,30%	19,05%	18,24%
< 20		7746	7305	8738	7930
		25,30%	24,07%	25,74%	25,07%
< 25		9831	9310	11056	10066
		32,12%	30,68%	32,57%	31,82%
< 30		11891	11337	13241	12157
		38,85%	37,36%	39,00%	38,43%
< 40		15585	15133	17518	16079
		50,91%	49,86%	51,61%	50,82%
< 50		18933	18434	21090	19485
		61,85%	60,74%	62,13%	61,59%
< 60		21924	21489	24509	22640
		71,62%	70,80%	72,21%	71,57%
< 65		23149	22812	25924	23961
		75,63%	75,17%	76,37%	75,74%
< 70		24577	24225	27433	25411
		80,29%	79,82%	80,82%	80,33%
< 80		27051	26770	30171	27997
		88,37%	88,21%	88,89%	88,50%
< 90		29571	29311	32857	30579
		96,60%	96,58%	96,80%	96,66%
< 100		30593	30330	33928	31616
		99,94%	99,94%	99,96%	99,94%
		30 610	30 348	33 943	31 634

Tableau 7 bis – ETUDE 1 – Répartition des passages annuels urgences/MMG selon les horaires de la PDS (2017-2019)

	2017	2018	2019	Moyenne 2017- 2019
	%	%	%	%
HORS PDS	49,99	48,86	52,26	50
PDS NUIT	11,82	12,77	11,87	12,14
PDS SOIREES	16,81	16,85	17,02	16,9
PDS WE et JF	21,39	21,51	18,84	20,52

Tableau 8 bis – ETUDE 1 – Répartition des passages à la MMG selon les heures d'enregistrement (2017-2019)

	2017	2018	2019
	%	%	%
8-9h	1,09	1,13	1,05
9-10h	3,67	4,19	5,10
10-11h	6,21	2,92	6,85
11-12h	6,45	7,11	6,14
12-13h	5,55	6,53	5,10
13-14h	8,13	7,37	7,72
14-15h	9,03	8,57	9,34
15-16h	7,89	7,11	8,01
16-17h	7,50	8,83	7,78
17-18h	10,20	10,80	9,60
18-19h	13,95	14,80	13,43
19-20h	20,32	20,64	19,86
Total	100%	100%	100%

	2017	2018	2019
	%	%	%
20-21h	38,45	40,89	41,78
21-22h	32,94	31,67	31,70
22-23h	22,27	21,90	21,40
23-24h	6,33	5,53	5,11
Total	100%	100%	100%

Tableau 11 bis – ETUDE 1 – Répartition des passages annuels urgences + mmg en fonction du codage CCMU (2017-2019)

	2017	2018	2019	
NR	1 546	2 054	3 654	Forte augmentation
1	3 738	3 455	5 415	
2	18 563	18 036	18 001	Stable
3	5 880	5 904	5 800	
4	340	299	361	
5	118	112	107	
Total	30 185	29 860	33 338	

CCMU	2017	2018	2019
NR + 1	5284	5509	9069
NR + 1 + 2	23 847	23 545	27 070
3 + 4 + 5	6 338	6 315	6 268
Total	30 185	29 860	33 338

CCMU	2017	2018	2019
NR + 1	18%	18%	27%
NR + 1 + 2	79%	79%	81%
3 + 4 + 5	21%	21%	19%
Total	100%	100%	100%

Les NR sont très majoritairement des CCMU1 de la MMG non codés, On peut donc considérer que les CCMU1 sont équivalents à NR + CCMU 1 (9 069 en 2019).
L'augmentation importante d'activité en 2019 est donc exclusivement liée à des CCMU 1

2019 (SAU et MMG de Brignoles)

Lundi 3 au samedi 8 juin
Lundi 1er au samedi 6 juillet
Lundi 5 au samedi 10 août
Lundi 2 au samedi 7 septembre
Lundi 7 au samedi 12 octobre



2 488
Patients

Sur ces périodes, ont été retenus
tous les patients qui sont retournés à domicile :

1 881 patients
« ambulatoires »

75%

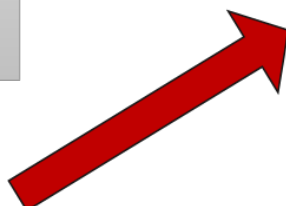


Exclusion de
499 patients
« Tri couché »



Sur ces périodes, il reste donc :

1 382 patients 55%
« ambulatoires et valides »



Hors PDSA (71 %) :
977 patients

PDSA (29 %) :
405 patients



PDSA
Nuit (0h00 - 8h00) :
167 patients (12 %)

PDSA
Soirées (20h-24h) :
238 patients (17 %)

Répartition des passages par âges à la MMG (2017-2019) – ANALYSE INTERNE MMG 2019

AGE	période 2017-2019	
MOINS de :	n	%
1 an	607	4,20%
2 ans	1304	8,99%
6 ans	3317	22,90%
15 ans	5572	38,45%
18 ans	6273	43,28%
20 ans	6781	46,79%
30 ans	8989	62,03%
40 ans	10815	74,63%
50 ans	12287	84,79%
65 ans	13624	94,00%
95 ans	14491	100,00%

Pour le pôle MMG, on note une patientèle encore plus jeune que pour le pôle urgences + MMG : près de 43% des patients ayant consulté la structure sur la période 2017-2019 avaient moins de 18 ans. Seulement 6% des patients avaient plus de 65 ans. Le sex-ratio est une fois encore en faveur des femmes (1.09).

Origines géographiques dans l'échantillon – ETUDE 2

	Nombre	Pourcentage	Eloignement de la MMG *	
			Km	Temps (Min)
FORCALQUEIRET	15	1,09	12	13
GAREOULT	22	1,59	16	18
LA ROQUEBRUSSANNE	15	1,09	15	17
ROCBARON	21	1,52	17	18
LE VAL	44	3,18	6	11
BRAS	26	1,88	14	18
BRIGNOLES	423	30,61	0	0
CAMPS LA SOURCE	24	1,74	6	11
TOURVES	45	3,26	12	14
CABASSE	34	2,46	16	20
FLASSANS SUR ISSOLE	43	3,11	15	16
LE LUC	63	4,56	24	24
SEILLONS SOURCE D ARGENS	11	0,8	26	24
ST MAXIMIN LA STE BAUME	7	0,51	20	18
CARCES	31	2,24	18	23
COTIGNAC	11	0,8	22	29
CARNOULES	12	0,87	24	25
BARJOLS	16	1,16	23	29
PIGNANS	11	0,8	24	29
BESSE SUR ISSOLE	20	1,45	17	19
autres communes	488	35,31		
total	1 382	100		

55 % des patients de l'échantillon sont domiciliés à moins de 20 km de Brignoles (763 patients)

Documents

ANNEXE 1 - Annexe 2-5 du cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires de la région PACA (2018)

Annexe 2-5 : Var

1/ la régulation libérale :

La régulation libérale au centre 15 est organisée de la manière suivante :

Période	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 20h/24h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 24h/8h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 08h/12h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 12h/20h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 8h /20h
Semaine	2	2			
Samedi matin			1		
Samedi AM	2	2		2	2
Dimanche et férié	2	2			2

2/ les territoires de PDSA et leur couverture :

Le département du Var est divisé en 10 territoires permanents de PDSA et 4 territoires saisonniers.
Le nombre de médecins de garde sur chaque territoire peut varier selon les horaires de permanence de soins (1 médecin de garde = 1 ligne de garde).

Dans le Var, l'organisation est la suivante:

- les soirs de 20h à minuit (semaine et weekend) : 21 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de minuit à 8h (semaine et weekend end) : 6 lignes de garde sont actives ;
- les samedis après-midi, dimanches et fériés en journée : 29 lignes de gardes sont actives ;
- les journées de pont : 23 lignes de garde sont actives.

Il existe 9 maisons médicales de garde sur le département :

- maison médicale de Fréjus (CH de Fréjus) ;
- maison médicale d'Hyères (CH d'Hyères) ;
- maison médicale de Draguignan (CH de Draguignan) ;
- maison médicale de Toulon (CH Ste Musse)
- maison médicale de la Seyne (CH de la Seyne) ;
- maison médicale de Saint Tropez (CH de Saint Tropez) ;
- maison médicale de Brignoles (CH de Brignoles) ;
- maison médicale de Saint Maximin ;
- maison médicale du Luc.

3/ L'enveloppe dédiée à l'activation immédiate de renforts exceptionnels :

Cette enveloppe permet d'activer sans délai des renforts exceptionnels en effecton comme en régulation, en période de surcroit d'activité après validation de la demande par le Délégué Territorial de l'ARS (cf p 8)

Le montant de cette enveloppe est fixé pour l'exercice 2019 à **36 000 €**.

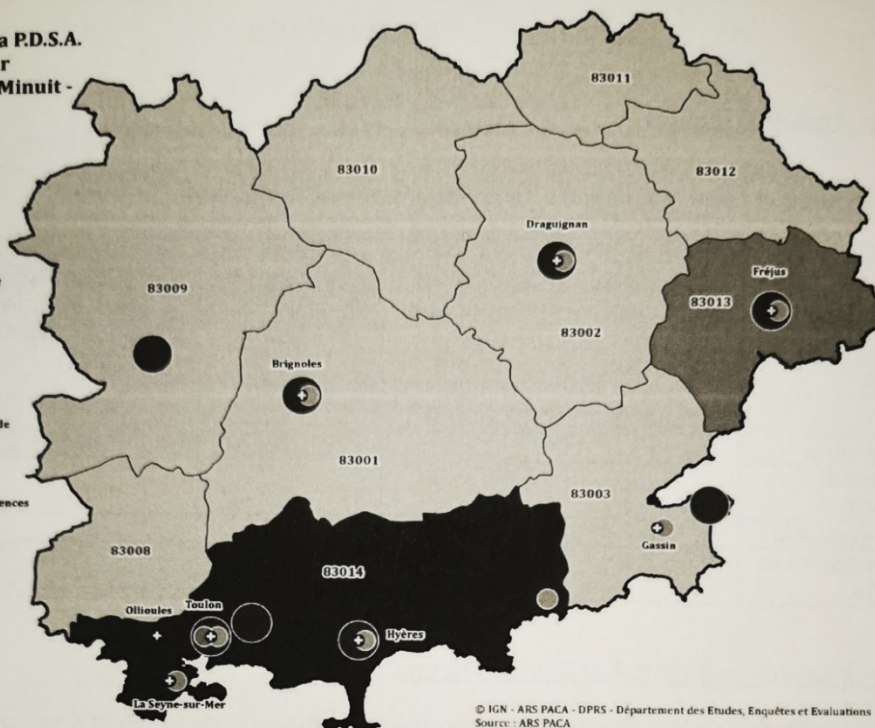
Elle pourra faire l'objet d'une évaluation chaque année afin de l'ajuster à l'activité observée.

**Organisation de la P.D.S.A.
dans le Var
- de 20 heures à Minuit -**

Nombre de lignes de garde

- Aucune
- 1
- de 2 à 4
- de 5 à 9
- 10 et plus

● Maison Médicale de Garde
● S.M.U.R.
● S.A.M.U.
⊕ Services d'Accès aux Urgences



© IGN - ARS PACA - DPRS - Département des Etudes, Enquêtes et Evaluations
Source : ARS PACA

**Organisation de la P.D.S.A.
dans le Var
- de Minuit à 8 heures -**

Nombre de lignes de garde

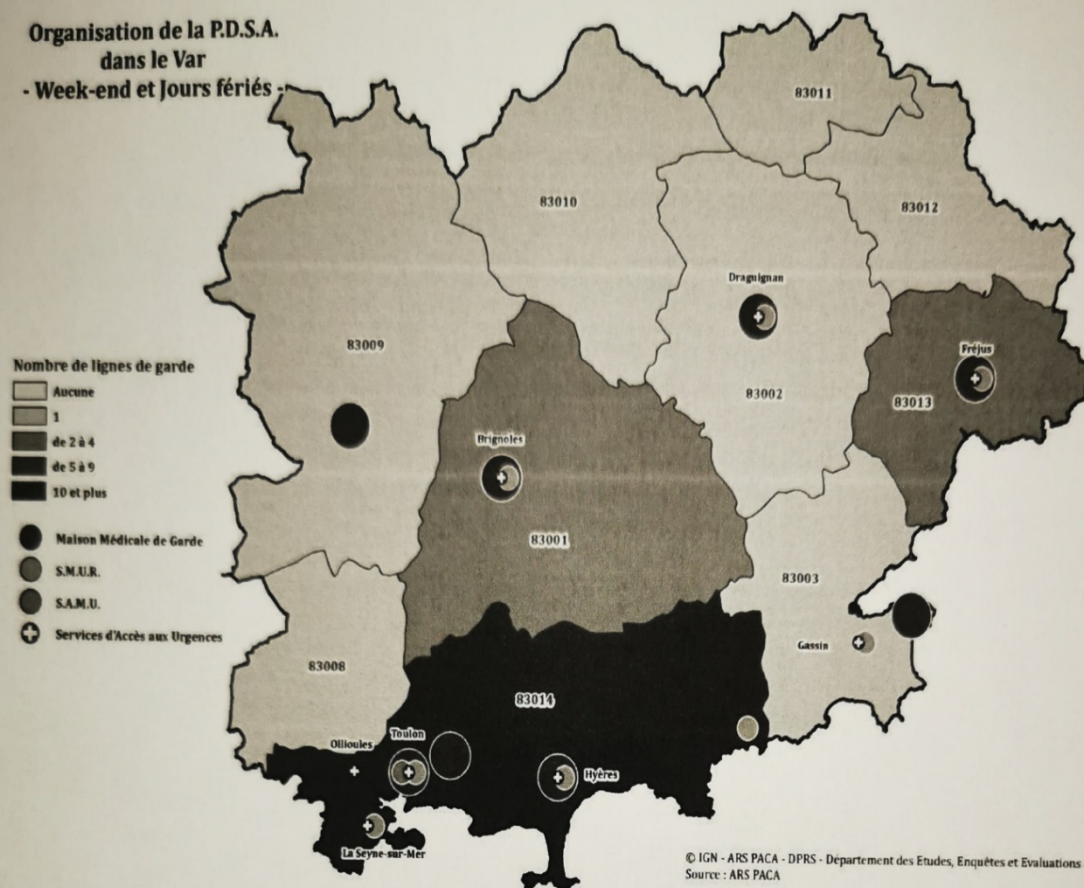
- Aucune
- 1
- de 2 à 4
- de 5 à 9
- 10 et plus

● Maison Médicale de Garde
● S.M.U.R.
● S.A.M.U.
⊕ Services d'Accès aux Urgences



© IGN - ARS PACA - DPRS - Département des Etudes, Enquêtes et Evaluations
Source : ARS PACA

**Organisation de la P.D.S.A.
dans le Var
- Week-end et Jours fériés -**



Liste des secteurs :

83001	Brignoles	83010	Aups
83002	Draguignan	83011	Comps-sur-Artuby
83003	Golfe de Saint Tropez	83012	Fayence
83008	Le Beausset	83013	Fréjus – Saint-Raphaël
83009	Saint-Maximin-la-Sainte-Baume	83014	HYER/TOUL/VAL/SEYN

ANNEXE 2 - CONVENTION DE COOPERATION N°19-5-1 « pour la mise en place d'une permanence de soins avec consultation de médecine générale libérale au Centre Hospitalier de Brignoles » [extrait]

**CONVENTION DE COOPERATION
N°19-5-1**

***pour la mise en place d'une permanence de
soins avec consultation de médecine
générale libérale au Centre Hospitalier de
Brignoles***

ENTRE

**Le Centre Hospitalier Jean Marcel
Cs 10301 83175 BRIGNOLES
Cedex,**

*Ci-après dénommé
„CHB“*

***Représenté par son Directeur, M. Richard
LAMOUROUX***

D'une part,

ET

L'Association M.M.G.B Association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le
siège social est sis: 3 Rue des Aires -83136 St ANASTASIE S/
ISSOLE

*Ci-après dénommée
„L'Association“*

Représenté par son Président, Dr William

D'autre part,

Conv-N°19-5-1- MMG Page 1/11

Vu le Code de la santé publique, et notamment ses articles L6314-1 et suivants, et R6315-1 et suivants;

Vu le Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins;

Vu l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins;

Vu l'arrêté du 1er Décembre 2017, modifiant le Cahier des Charges Régional de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) pour la région PACA;

Vu l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016;

Vu l'instruction N°DGOS/R2/2011/192 du 20 avril 2011 relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire;

Vu la circulaire N°DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons

médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire;

Après avoir exposé ce qui suit en préambule:

En 2007, une Maison Médicale de Garde a été créée au sein du Centre Hospitalier de BRIGNOLES afin d'assurer et de coordonner la permanence des soins et la réponse aux demandes de soins non programmés de patients pendant la fermeture des cabinets des médecins généralistes libéraux.

Depuis la loi hôpital, patients, santé, territoire (HPST) il est prévu que « l'ARS organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 CSP. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre de médecins, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent. »

Aussi, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est organisée dans le cadre d'un cahier des charges régional, arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA (ARS PACA), qui détermine les modalités de fonctionnement de la PDSA et les rémunérations forfaitaires des régulateurs et des effecteurs.

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

La PDSA est assurée par des médecins libéraux ou salariés exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

Elle peut être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et selon des modalités fixées contractuellement avec le Directeur Général de l'ARS (Article R6315-1 du CSP)

„Un lien fort et naturel existe entre l'organisation des urgences et celle de la permanence des soins ambulatoires. Pour autant, les compétences des uns et des autres doivent être respectées: les urgences ont pour vocation première d'assurer la prise en charge de l'urgence vitale et les médecins participant à la PDSA celle de répondre à la demande de soins ambulatoires non programmée. Néanmoins, sur certains territoires et à certaines périodes, l'activité de PDSA peut être prise en charge dans les services d'urgence, dans la mesure où ceux-ci sont en capacité de l'absorber, sans modification de leur organisation.

Le développement des maisons médicales de garde à proximité des services d'urgence fait partie des orientations stratégiques dans ce domaine. La complémentarité entre MMG et services d'urgence concerne tant la prise en charge des patients que l'organisation et le fonctionnement de ces structures“

Dans ce contexte, et le respect du Cahier des Charges Régional de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) pour la région PACA, arrêté par le Directeur Général de l'ARS PACA, le 1er septembre 2018, l'Association M.M.G.B et le CHB ont convenu de conclure la présente convention qui annule et remplace la précédente convention.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1. Objet de la présente Convention

L'objet de la présente convention est de définir les modalités de mise en oeuvre et de fonctionnement de la permanence de soins sous la forme d'une consultation de médecine générale dans l'enceinte du CHB, assurée par l'association M.M.G.B.

Article 2. Fonctionnement de la Maison Médicale de Garde

L'Association s'engage à intervenir, dans le respect du règlement intérieur des Urgences du CHB, et de façon générale dans le respect du règlement intérieur de l'établissement, et suivant les modalités suivantes:

2.1. Horaires La mission de permanence de soins a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets libéraux.

L'Association s'engage à assurer cette mission aux jours et horaires suivants:

- Tous les soirs de semaine de 20h00 à 23h30
- Le samedi de 13h30 à 23h30
- Le dimanche et jours fériés de 9h30 à 23h30
- Pour le lundi ouvré de 9h30 à 23h30 lorsqu'il précède un jour férié
- Pour le vendredi ouvré de 9h30 à 23h30 lorsqu'il suit un jour férié.
- Pour le samedi, lorsqu'il suit un jour férié (ou surlendemain d'un jour férié) de 9h30 à 23h30

Il est expressément prévu que, sous réserve d'autorisation formelle de l'ARS PACA communiquée préalablement au Directeur du Centre Hospitalier de Brignoles, l'Association

Conv-N°19-5-1- MMG Page 3/11

pourra assurer une permanence en journée durant certaines périodes critiques (exemple: période entre la Noël et le jour de l'An).

2.2. Prise de fonction du médecin de garde

Le médecin de garde informera l'agent administratif d'accueil du service des urgences de son arrivée et de son départ.

Avant son départ, à 23h30, le médecin libéral de garde s'assurera qu'aucun patient n'a été orienté vers la MMG, étant précisé que l'Association a pour obligation de prendre en charge tous les patients enregistrés et inclus dans la filière MMG avant l'horaire de fin des consultations.

2.3. Orientation des patients

Les modalités du parcours de soins du patient sont les suivantes :

- 1- Admission du patient par l'entrée du service d'accueil des urgences;
- 2- Enregistrement du patient par l'agent administratif d'accueil des urgences;
- 3- Evaluation et triage du patient par l'infirmier organisateur de l'accueil des urgences;
- 4- En cas d'inclusion du patient dans les critères d'admission de la consultation de médecine générale de la permanence de soins, définis en annexe, orientation de celui-ci vers la salle d'attente de la permanence.

Ce circuit peut, à la demande du patient, être simplifié par un simple enregistrement par l'agent administratif à l'accueil des urgences, sans évaluation et triage du patient par l'infirmier organisateur de l'accueil des urgences.

Tout patient orienté vers la maison médicale de garde sera strictement informé être orienté vers une structure libérale, et en conséquence, susceptible d'être tenu au paiement de l'avance, en tout ou partie, des honoraires de consultation.

Si le médecin généraliste de la permanence de soins considère que l'état du patient nécessite des examens complémentaires en urgences, ou son transfert vers les urgences, une orientation du patient dans la filière des urgences sera alors envisagée, après échange téléphonique ou physique avec le médecin référent des urgences. Un courrier indiquant le motif d'adressage aux urgences sera donné au patient pour transmission au médecin urgentiste. Le patient sera alors renvoyé auprès de l'IOA pour réintégrer la filière „Urgences“.

Dans cette hypothèse, le médecin généraliste doit impérativement basculer le dossier informatisé du patient dans le „dossier urgence“ depuis le Terminal des Urgences (TU).

2.4. Modalités de consultations

Les modalités de consultations, sont définies, dans le respect des clauses contractuelles de la présente convention, dans le règlement intérieur de l'association. Toutes stipulations du règlement intérieur contraires à la présente convention seront considérées comme nulles et non opposables au CHB.

Conv-N°19-5-1– MMG Page 4/11

2.5. Affichages- Documents d'information

L'Association s'engage à afficher et diffuser, à ses frais exclusifs, dans la salle d'attente de la

maison médicale de garde, toutes les informations relatives à la prise en charge des patients ainsi que les tarifs de consultations et modalités d'encaissement.

Les mesures d'information du public et leur contenu sont établis conjointement par le service des urgences et l'association et validés par la direction du CHB. Leur forme et leur contenu pourront être modifiés sur demande de l'une des parties.

Les frais de réalisation et d'impression sollicités par l'Association restent à sa charge exclusive.

2.6. Tableaux de garde – Remplacements

L'Association s'engage à transmettre à la direction du CHB ainsi qu'au chef de pôle DIM-URGENTES-ANESTHESIE du CHB, les tableaux de garde des médecins généralistes participant à la permanence des soins, un (1) mois avant le mois effectif.

Les tableaux de garde des médecins généralistes participant à la permanence des soins précisent les coordonnées téléphoniques des médecins.

Le service des Urgences veille à la confidentialité des coordonnées téléphoniques des médecins généralistes qui sont exclusivement destinés au personnel des Urgences lorsqu'il a besoin de joindre lesdits médecins.

En cas d'absence du médecin généraliste lors de sa prise de garde, le médecin prévu est contacté. En l'absence de réponse ou d'impossibilité pour lui de venir, le « Référent-Urgences » de l'Association - ou le médecin qui le supplée et dont les coordonnées téléphoniques figurent sur le tableau de garde - est contacté sans délai. Ce dernier a la responsabilité de trouver un autre médecin pouvant remplacer le médecin absent.

En cas d'absence du médecin « Référent-Urgences », celui-ci désigne un autre correspondant et reporte sur les tableaux de garde, son nom et ses coordonnées téléphoniques.

2.7. Prescription d'examens complémentaires

La prescription de bilan sanguin en urgences n'est pas autorisée lors de la consultation de médecine générale au sein de la permanence de soins.

Une exception est faite pour l'examen cyto-bactériologique des urines qui, si le médecin généraliste le juge nécessaire, peut être prescrite en urgences. Le patient, s'il le désire, peut amener lui-même son ordonnance et l'échantillon au laboratoire (2^e étage du bâtiment central) afin d'obtenir un code d'accès internet pour la consultation de ses résultats en ligne, dans un délai de 72h00 pour l'examen cyto-bactériologique des urines. A défaut, le médecin généraliste demande au patient de remettre à l'Infirmier organisateur de l'accueil son échantillon ainsi que l'ordonnance établie par celui-ci. L'échantillon et l'ordonnance sont acheminés au laboratoire de l'hôpital par le personnel des urgences. Le patient devra dans ce cas-là récupérer sur place les résultats auprès du secrétariat du laboratoire de l'hôpital au 2^e étage du bâtiment central

S'agissant des prescriptions d'examens radiologiques standards, le médecin généraliste a la

Conv-N°19-5-1- MMG Page 5/11

possibilité de prescrire, depuis le TU des urgences, un tel examen, limité au cadre de l'urgence.

Dans ce cadre, il lui appartient de:

- Créer le bon de radiologie affecté à l'UF de la MMG depuis le TU des urgences; – Editer et donner le bon au patient afin qu'il le remette au service de radiologie; – Indiquer au patient le parcours jusqu'au service de radiologie, et lui préciser de revenir dans la salle d'attente de consultation de la MMG avec son cliché; – Conserver le cliché de radiologie, pour interprétation ultérieure par le radiologue dans les 72h00; – Mettre par écrit avec le cliché dans sa pochette le diagnostic retenu et la prise en charge thérapeutique, permettant ainsi de confirmer la concordance de prise en charge avec l'interprétation ultérieure du radiologue; – Informer le patient de la possibilité de retirer son examen interprété, au delà de 72h00, auprès du secrétariat du service de radiologie; – Remettre en fin d'activité journalière, l'ensemble des examens de radiologie effectués, dans le casier des examens à interpréter dans le PC des urgences.

Il est convenu que l'association mette en place une fiche, à partir du logiciel médical de l'association, incluant le compte rendu de consultation du patient, qui sera imprimée et positionnée dans la pochette dédiée au cliché, et ce afin d'éviter la multiplication des supports.

Les médecins généralistes ne sont pas autorisés à contacter le médecin radiologue

d'astreinte, de leur propre initiative. Il est précisé que les médecins radiologues d'astreintes n'ont pas vocation à se déplacer pour l'interprétation d'examens de radiologie standard.

Il est précisé, que l'ensemble des radios „à Revoir“ seront traités par le praticien hospitalier des urgences, à qui il appartient de contacter le patient. De ce fait, il est impératif que ce dernier puisse avoir connaissance des prescriptions thérapeutiques du médecin généraliste envers son patient.

Il est expressément prévu que la prescription des examens de scannographie et échographie en urgence ne sont pas autorisés par le médecin généraliste.

Si le médecin généraliste de la permanence de soins considère que l'état du patient nécessite des examens complémentaires en urgences, un retour du patient dans la filière des urgences sera alors envisagé avec signalement au médecin urgentiste de garde, suivant les modalités précisées à l'article 2.3 de la présente convention.

2.8. Encaissement

Les médecins libéraux membres de l'association encaissent directement leurs honoraires auprès des patients et organismes sociaux, sans recours auprès du secrétariat du CHB.

Il leur appartient de se rapprocher de la CPAM pour pratiquer le tiers-payant sans que les services du CHB soient sollicités pour sa mise en oeuvre.

Article 3. Moyens matériels et humains

3.1 Locaux

Le CHB consent de mettre à disposition à titre gracieux de l'association un local de consultation

Conv-N°19-5-1- MMG Page 6/11

ainsi qu'une salle d'attente et des WC attitrés, situés en continuité du Service d'Accueil des Urgences. L'Association renonce expressément à tout recours ou réclamation pour toute erreur ou omission relative à la désignation des locaux.

Le Centre Hospitalier de BRIGNOLES s'engage, durant les jours et horaires précisés à l'article 2.1 de la présente convention, à veiller à la présence effective et à la bonne visibilité de la signalétique désignant physiquement les locaux dédiés à la maison médicale de garde.

Niveau I : Pronostic vital en jeu

- La situation clinique menace la vie et demande une intervention médicale immédiate.

Niveau II : Détérioration imminente des fonctions vitales, ou douleur sévère

- L'état de santé du patient est assez grave ou se détériore si rapidement qu'il y a un risque potentiel à la survie, ou de défaillance organique, s'il n'est pas traité dans les dix minutes qui suivent l'arrivée.
- Le délai de mise en place du traitement est en corrélation avec l'évolution de l'état clinique du patient.
- Le délai de prise en charge doit être inférieur à 10 minutes.

Niveau III : Défaillance latente ou situation urgente

- L'état de santé du patient risque de se dégrader et d'entraîner une défaillance organique ou d'un membre si le délai de prise en charge dépasse 30 minutes.

Niveau IV : Problème sérieux sans risque de décompensation vitale

- Le patient présente un état aigu mais stable.
- Le délai de prise en charge doit être de 60 minutes.

Niveau V : Motif de recours moins urgent correspondant à une simple consultation sans acte technique

- L'évolution de l'état du patient n'est pas déterminée par le facteur temps.
- Le délai de prise en charge peut excéder 2 heures.

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :

- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

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

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

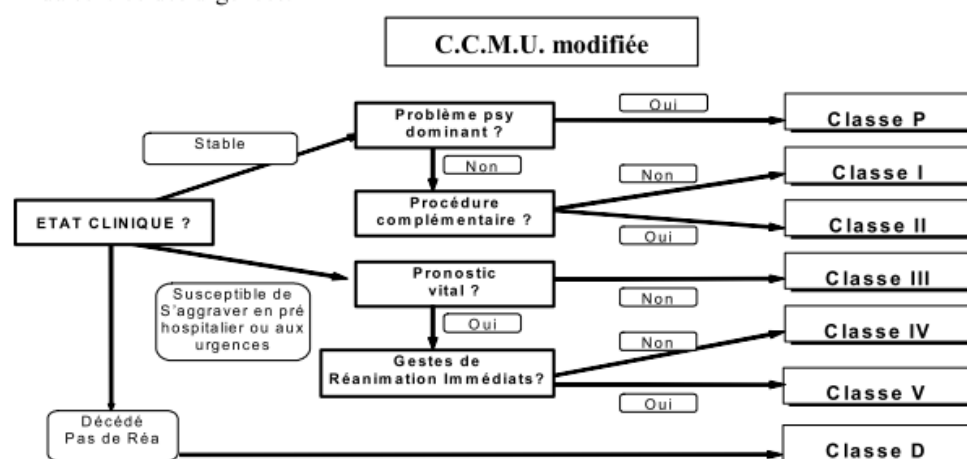
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

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

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

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

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



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

E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, Hématocrite par micro méthode.

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

ANNEXE 5 - Critères d'admission dans la filière médecine libérale (document interne CH Brignoles)

**Consultation libérale de médecine générale
au sein de la permanence de soins
de la Maison Médicale de Garde**

Critères d'admission dans la filière médecine libérale

1. CRITERES GENERAUX

Exclusion :

- tout patient adressé aux urgences par un médecin
- tout patient nécessitant un avis spécialisé
- tout patient admis par le SMUR
- tout patient nécessitant des investigations urgentes
- tout patient nécessitant des gestes techniques complexes
- tout patient non autonome

Inclusion :

- tout patient ne nécessitant pas d'examens complémentaires en urgences (hors ECBU)
- petite traumatologie, dont les sutures si le médecin les réalise
- problèmes médicaux sans critères de gravité évidente
- tout patient désirant une consultation de médecine générale
- demande de conseils médicaux ou renouvellement d'ordonnance

2. CRITERES MEDICAUX PAR SPECIALITES

- Pathologie dermatologique : piqure d'insecte, démangeaisons, éruption cutanée (sans signe de gravité)
- Pathologie ORL : douleur pharyngée et otalgie infectieuses ou non infectieuses sans gonflement du visage
- Pathologie digestive : nausées et vomissements non incoercibles, diarrhée ou constipation sans signes généraux, douleur anale sans saignement extériorisé
- Pathologie gynécologique : demande de test de grossesse, problème de contraception, demande de pilule du lendemain
- Pathologie infectieuse : fièvre sans signes d'accompagnement (hors courbatures) ni signe de gravité
- Pathologie ophtalmologique : œil rouge non traumatique sans baisse de vision
- Pathologie pulmonaire : toux isolée sans difficulté respiratoire
- Pathologie psychologique : troubles du sommeil, anxiété réactionnelle sans antécédents psychiatriques
- Pathologie stomatologique : douleur dentaire non fébrile
- Pathologie rhumatologique : cervicalgie non traumatique survenue au réveil, douleur lombaire non traumatique sans contexte d'incapacité physique
- Pathologie urologique : brûlures mictionnelles et/ou fréquence anormalement élevée des mictions non fébrile

3. CRITERES TRAUMATOLOGIQUES

- Traumatologie des extrémités après la procédure PAR (Prescription Anticipée de Radiologie) et confirmation du sénior des urgences
- Contusions simples
- Plaies superficielles non graves
- Brûlures du 1^{er} degré

En cas de doute sur l'orientation vers la Maison Médicale de Garde, l'avis du sénior des urgences (poste URG1 / URG2 / SMUR) doit être requis.

Si le patient ou la famille d'un patient mineur ou incapable majeur désire une orientation vers la MMG malgré des critères de non inclusion d'admission vers la MMG, le noter dans le dossier, proposer une orientation de prise en charge par les urgences. En cas de refus, orienter vers la MMG et prévenir par téléphone le médecin de la MMG de la situation.

ANNEXE 6 – Compte rendu de l’entretien avec Monsieur Richard LAMOUREUX, Directeur du CH Brignoles-Le Luc (27 juillet 2020).

Nous avons réalisé le 27 juillet 2020 un entretien semi-dirigé d’une demi-heure avec Monsieur Richard LAMOUREUX, directeur des établissements hospitaliers de Brignoles et du Luc-en-Provence afin d’avoir son point de vue sur une consultation de soins non programmés de journée dans l’enceinte du CH.

Concernant le fonctionnement actuel de la maison médicale le Directeur souligne une excellente collaboration entre les équipes des urgences et les praticiens de la maison médicale. Il confirme la nécessité de poursuivre les protocoles de collaboration avec le service de radiologie notamment pour une meilleure régulation des flux de passages. Il réitère ainsi la volonté du CH de prêter des solutions à la MMG en termes de plateau technique pour les radios et les examens paracliniques de base comme les analyses urinaires par exemple. Il demande en contrepartie aux médecins de la MMG une harmonisation dans les pratiques afin d’éviter des erreurs d’orientation source de mécontentement chez les usagers. Le directeur confirme un effet attractivité de la maison médicale lié aux modifications d’accès de la structure sans passage IOA et félicite l’initiative du Dr BOURIAUX, président de la MMG, à ce sujet.

Concernant l’intérêt d’une consultation de soins non programmés de journée le directeur exprime un avis favorable à ce projet. Il y voit une offre complémentaire de soins pour les patients du secteur évoquant la faible densité médicale locale d’une part mais également la quasi-inexistence de structures dédiées aux soins non programmés sur ce même secteur. Il émet tout de même une réserve sur une éventuelle concurrence avec les confrères de ville (Brignoles intra-muros) et recommanderait une concertation préalable avec ces derniers.

Plutôt qu’un fonctionnement annuel de cette consultation, le directeur évoque la possibilité de déclencher une sorte de cellule de crise dans les épisodes où l’hôpital est mis en tension (fortes affluences aux urgences) dans laquelle cette structure de soins non programmés aurait son rôle à jouer. Sur ces périodes (particulièrement les périodes de vacances scolaires) il évoque la possibilité d’une participation à titre volontaire des médecins de la MMG à une ouverture des locaux la journée pour épauler les confrères urgentistes ; il plaide pour une collaboration avec l’ARS sur ces périodes pour financer les actes au titre de la permanence de soins ambulatoires.

Il rappelle concernant le financement des actes que l’hôpital s’est porté candidat dans l’expérimentation du forfait de réorientation vers une structure libérale, le financement de la MMG étant actuellement tributaire des enregistrements via l’ATU.

Enfin, il évoque l'importance que cette structure de soins non programmés s'intègre dans le fonctionnement de la CPTS de la « Provence verte » récemment créée sous la forme d'une activité labélisée ceci notamment afin de lui conférer plus de légitimité mais également pour éventuellement bénéficier dans un second temps de subventions qui pourraient profiter à d'autres projets (par exemple la création d'un terrain de stage pour les internes).

Monsieur LAMOUREUX termine notre entretien en proposant l'aide du CH pour réaliser prochainement une opération de communication auprès des autorités locales quant au fonctionnement de la MMG ceci via différents moyens : journal local Var matin, revue de la mairie, révision du site internet de l'hôpital.

ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DES : Diplôme d'Etudes spécialisées

DMA : Durée Moyenne d'Attente

DMS : Durée Moyenne de Séjour

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

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

IOA : Infirmier(e) Organisateur (trice) de l'Accueil

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MEAH : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier

MMG : Maison Médicale de Garde

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SNP : Soins Non Programmés

TU : Terminal des Urgences

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Résumé

Introduction :

Les services d'urgence en France connaissent une croissance constante de leur nombre de passages annuels depuis plusieurs années avec notamment une augmentation de la demande de soins non programmés (SNP) relevant prioritairement de la médecine de ville. Les urgences de Brignoles (Var) ont ainsi enregistré une augmentation d'activité de près de 9% en 2019.

Objectifs :

Evaluer quantitativement et de manière rétrospective la part de patients ambulatoires consultant aux urgences de Brignoles et étudier cette population pour différentes variables avec un focus sur les patients consultant aux horaires d'ouverture des cabinets de ville.

Evaluer l'intérêt d'une consultation de SNP de journée dans la prise en charge de ce type de demande de soins.

Méthode :

Notre principale étude rétrospective avait quantifié et étudié la population valide et ambulatoire ayant consulté aux urgences de Brignoles sur 5 semaines préétablies de 2019 soit un échantillon de 1382 patients obtenu à partir d'un fichier de base requêté sur le terminal des urgences (TU).

Résultats :

La population ambulatoire valide (55.5% des usagers des urgences sur la période) particulièrement intéressante dans la perspective d'une consultation de SNP avait une moyenne d'âge de 34 ans et consultait à 71% hors des horaires de la permanence des soins. Les consultations codées CCMU I sans soins ni actes représentaient 26.10% des passages de journée dans cette population. 47.1% des passages en journée de notre échantillon auraient pu être traités par une consultation de SNP selon les critères d'admission de l'actuelle MMG.

Conclusion :

L'importante proportion de passages ambulatoires en lien avec des demandes de SNP en journée aux urgences de Brignoles justifierait la création d'une structure pour leur prise en charge. Il conviendrait d'étudier de manière plus approfondie les modalités de fonctionnement et de financement de cette structure dans son articulation avec l'hôpital.

Mots-clés : Soins non programmés, urgences, permanence des soins, permanence des soins ambulatoires, Brignoles, maison médicale de garde, ambulatoire.