

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2018

N° : 236

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S Médecine générale

PAR

CAPELLE Stéphanie

Née le 29 décembre 1987 à Toulouse

PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

Enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace.

Président de thèse : Professeur BILBAULT Pascal

Directeur de thèse : Docteur WEISS Thomas

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne (1) (8) P0047	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP6 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CERLINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo→15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	Hématologie - Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCO Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)**
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BORSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Haute-pierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strausz" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements :

A Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Thomas WEISS. Merci pour la confiance que tu m'as accordée, ton soutien et ta disponibilité. Cela a été un plaisir de travailler avec toi.

A Monsieur le Professeur Bernard GOICHOT. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH. Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc GRIES. Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Il était important à mes yeux de pouvoir présenter ce travail à un médecin généraliste, et je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A toute l'équipe des urgences de Sélestat, pour leur enseignement médical et pour toutes ces belles rencontres humaines.

Aux membres de l'ARS Grand Est, à l'origine du projet de cette étude et plus particulièrement à Madame Katia MOOS et Madame Adeline JENNER.

Aux Médecins généralistes, qui ont bien voulu participer à cette étude.

A mon Papa, qui m'a toujours suivie, et portée pas à pas dans ces longues études. Merci de m'avoir appris la rigueur et la valeur du travail. Je te dois cette réussite et j'espère que tu es fier de moi de là où tu es.

A ma Maman, l'épaule qui m'a toujours encouragée, soutenue et rassurée au cours de toutes ces années.

A mon frère, Olivier, et ton mini toi, merci d'être toujours là pour moi.

A l'ensemble de ma famille, même si les kilomètres nous séparent, vous êtes toujours près de moi. Un remerciement particulier à ma marraine, Valérie, qui me fait le plaisir d'être présente pour cette dernière étape du parcours.

A David, tu as partagé avec moi les meilleurs moments de ma vie; aux moments les plus difficiles, tu étais toujours à mes côtés. Merci pour ton soutien et ton amour au quotidien depuis presque 15 ans.

A ma belle-famille, pour votre accueil chaleureux dans votre famille.

A mes acolytes de toujours : Mélanie et Nicolas, sur qui je peux compter depuis de si nombreuses années, un soutien sans faille et une amitié précieuse.

A Aude, ma coach de thèse, « conseillère administrative », future associée, mais surtout une amie hors pair.

A Nadège et Justine, deux très belles rencontres au cours de ces années d'études. Merci pour votre amitié, et les restos-soutien moral.

A Yoann, pour toutes ces heures de bachotage en P1, à l'origine d'une amitié qui perdure.

Et enfin à l'ensemble de la « Jeunesse Dorée », plus que des amis en or, une famille de cœur, sans qui la vie ne serait pas aussi belle. Merci pour tous les souvenirs partagés et pour ceux à venir. Un merci particulier à Edouard, pour ton aide précieuse en tant que « correcteur » officiel.

Table des matières

Serment d’Hippocrate.....	14
Remerciements.....	15
Glossaire.....	22
Table des illustrations	24
Introduction	27

PARTIE 1 : Définitions et contexte

1 Définition : de l’urgence à la notion de soin non programmé	31
2 La réponse actuelle aux soins urgents et non programmés en journée en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoires	34
2.1 Structures de médecine d’urgence	34
2.1.1 Prise en charge pré hospitalière	34
2.1.2 Prise en charge hospitalière : Service des Urgences	38
2.2 La médecine libérale.....	39
2.2.1 Médecin généraliste : 1 ^{er} intervenant médical.....	39
2.2.2 SOS Médecins	40
2.3 Organisation de la prise en charge des soins non-programmés en Alsace, en journée, en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoires.....	43
2.3.1 Structures de médecine d’urgence en Alsace	43
2.3.2 Offre de soins en médecine libérale en journée en Alsace	48

3	Modifications des besoins de santé en urgence de la population française : état des lieux	54
3.1	Consultation aux Services des urgences : un recours croissant à l'origine d'un encombrement des urgences aux conséquences néfastes.....	54
3.1.1	Augmentation du recours aux structures de médecine d'urgence.....	54
3.1.2	Conséquences de l'encombrement des Services d'Urgence.....	57
3.2	Mutation du rôle des urgences : de la prise en charge des urgences vitales à une réponse à la demande de SNP, émergence de la notion d'utilisateur abusif	63
3.2.1	Un recours croissant mais stabilité du nombre d'urgences vitales et du nombre d'hospitalisations.....	63
3.2.2	Emergence de la notion d'utilisateur abusif et de consultations inappropriées	66
4	L'insuffisance d'offre de soins en libéral : une des causes d'accroissement du recours au SU ?	70
4.1	Recours aux SU pendant les horaires d'ouverture des cabinets libéraux.....	70
4.2	Le Service d'urgence : lieu de consultation par défaut organisationnel.....	72

PARTIE 2 : Etude et résultats

1	Matériel et Méthode	75
1.1	Type d'étude	75
1.2	Objectifs	75
1.3	Population étudiée et échantillon	76
1.4	Recueil de données	76
1.5	Analyse statistique des données	78
2	Résultats	80

2.1	Description de la population	80
2.2	Modalités d'exercice	82
2.2.1	Panorama général.....	82
2.2.2	Modalités d'exercice en fonction du lieu d'exercice	85
2.2.3	Modalités d'exercice en fonction du sexe	87
2.2.4	Modalités d'exercice en fonction des années d'exercice.....	89
2.2.5	Modalité d'exercice en fonction du mode d'exercice seul ou en association	93
2.3	Acceptation de la prise en charge des demandes de SNP	94
2.4	Quantification du nombre de demandes de SNP prises en charge	99
2.5	Modalités de prise en charge des SNP	103
2.6	Freins à la prise en charge des SNP	104
2.7	Solutions de réorientation	105
2.8	Solutions permettant d'améliorer la prise en charge des SNP	107

PARTIE 3 : Discussion et perspectives d'avenir

1	Méthodologie	110
1.1	Faiblesse de l'étude : limites et biais méthodologiques	110
1.1.1	Type d'étude.....	110
1.1.2	Questionnaire	110
1.2	Forces et intérêt de l'étude	116
1.2.1	Thématique.....	116
1.2.2	Echantillon étudié : puissance et représentativité	117
2	Discussion des principaux résultats	119
2.1	Prise en charge des SNP : une réponse assurée par la médecine libérale	119
2.1.1	Seule une minorité de médecins rejette toute demande de SNP	119

2.1.2	Le SU : une solution de réorientation non privilégiée par les MG	121
2.1.3	Evolution du nombre de demande de SNP	122
2.1.4	Un travail se faisant déjà à flux tendu : raison principale de refus de prise en charge des SNP	123
2.2	Evolution actuelle de la population médicale notamment de ses modalités d'exercice et impact sur la prise en charge des SNP	125
2.2.1	Nouveau type d'exercice plébiscité : généralisation des consultations sur rendez-vous...	125
2.2.2	Déclin des visites à domicile	127
2.2.3	Une population médicale vieillissante.....	129
2.2.4	Féminisation de la profession médicale	131
2.2.5	L'essor de l'exercice en groupe	133
2.2.6	Milieu rural : milieu d'exercice non délaissé par les jeunes générations de MG	135
3	Solutions et perspectives d'avenir pour l'amélioration de la prise en charge des SNP	137
3.1	Discussion des solutions envisagées par les MG de notre étude	137
3.1.1	Appui financier : solution première évoquée.....	137
3.1.2	Centre de soins non programmés : 2 ème solution mise en avant.....	140
3.2	Propositions du dernier rapport sur l'avenir de l'Assurance Maladie : élargissement des horaires de consultations des MG	142
3.3	Optimisation de l'utilisation de l'offre de soins disponible en libéral pour la prise en charge des SNP.....	143
3.3.1	Education du patient	143
3.3.2	Régulation médicale généralisée des demandes de SNP	144
3.3.3	Utilisation de l'outil numérique pour disposer en temps réel de l'offre de soins disponible	146

3.3.4 Favoriser l'implication des autres acteurs médicaux libéraux en dehors du MG dans la prise en charge des SNP.....	148
Conclusion	150
Bibliographie	154
Annexes.....	164
Annexe 1.....	164
Annexe 2.....	165
Annexe 3.....	167

Glossaire

ALD	Affection Longue Durée
AMU	Aide Médicale Urgente
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARM	Assistant de Régulation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
BAVU	Ballon Autoremplesseur à Valve Unidirectionnelle
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CODAMUPS	Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de Permanence des Soins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des appels
CSNP	Centre de Soins Non Programmés
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECG	Electrocardiogramme
ECN	Examen Classant National
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCS	Médecin Correspondant SAMU
MCU	Majoration Correspondant Urgence

MG	Médecin généraliste
MR	Médecin Régulateur
MRT	Majoration Régulation médecin Traitant
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MUT	Majoration Urgence médecin Traitant
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
ORU	Observatoire Régional des Urgences
PDSA	Permanence de Soins Ambulatoires
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNP	Soin non programmé
SU	Service d'urgence
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VAD	Visite à domicile

Table des illustrations

FIGURE 1 CARTE DES SAMU SMUR DE LA REGION ALSACE	46
FIGURE 2 TEMPS D'ACCES DES COMMUNES ALSACIENNES AUX SOINS URGENTS. STRUCTURES D'URGENCE OU SMUR GENERAUX.	47
FIGURE 3 DENSITE DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET MIXTES POUR 10 000 HABITANTS A L'ECHELLE DES BASSINS DE VIE EN ALSACE.....	49
FIGURE 4 CARTOGRAPHIE DES ZONES PRIORITAIRES ET FRAGILES EN MEDECINE GENERALE DANS LA REGION ALSACE	51
FIGURE 5 SECTEUR D'INTERVENTION DE SOS MEDECINS DANS LE DEPARTEMENT DU BAS RHIN.	52
FIGURE 6 SECTEUR D'INTERVENTION DE SOS MEDECINS DANS LE DEPARTEMENT DU HAUT RHIN.....	53
FIGURE 7 EVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES DEPUIS 1996.	55
FIGURE 8 AUGMENTATION ANNUELLE MOYENNE DU NOMBRE DE PASSAGE AUX URGENCES ENTRE 2001 ET 2011 DANS LES PAYS DE L'OCDE.	56
FIGURE 9 ABSENCE DE CONTACT PREALABLE AVEC UN MEDECIN ET MODES D'ARRIVEE DES PATIENTS AUX URGENCES, SELON L'AGE. ..	64
FIGURE 10 HORAIRES DES ARRIVEES AUX URGENCES.....	71
FIGURE 11 REPARTITION DES PASSAGES PAR HEURE D'ENTREE ET SORTIE GRAND EST 2014-2016.	71
FIGURE 12 MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES AVANCES PAR LES PATIENTS.	73
FIGURE 13 REPARTITION DES MG SELON LE MODE D'EXERCICE SEUL OU EN ASSOCIATION N=445	82
FIGURE 14 GESTION DES APPELS AU CABINET MEDICAL N=445.....	82
FIGURE 15 REPARTITION DES MG SELON LEUR MODE DE CONSULTATIONS N=445	83
FIGURE 16 CRENEAUX DE FORTE AFFLUENCE	84
FIGURE 17 REPARTITION DES MG SELON LEUR MODE D'EXERCICE EN FONCTION DU MILIEU D'EXERCICE RURAL/URBAIN N=445	85
FIGURE 18 REPARTITION DES MG SELON LEUR MODE DE CONSULTATION EN FONCTION DU MILIEU D'EXERCICE N=445	85
FIGURE 19 REPARTITION DES MG EN FONCTION DE L'EXISTENCE OU NON DE CRENEAUX IDENTIFIES POUR LES VAD SELON LE MILIEU D'EXERCICE N=445	86
FIGURE 20 REPARTITION DES MG SELON LEUR MILIEU D'EXERCICE EN FONCTION DU SEXE	87
FIGURE 21 REPARTITION DES MG SELON LEUR MODE D'EXERCICE EN FONCTION DU SEXE N=445.....	87
FIGURE 22 REPARTITION DES MG SELON LEUR MODE DE CONSULTATION EN FONCTION DU SEXE N=445	88

FIGURE 23 REPARTITION DES MG EN FONCTION DE L'EXISTENCE OU NON DE CRENEAUX IDENTIFIES POUR LES VAD SELON LE SEXE N=445	88
FIGURE 24 REPARTITION DES MG SELON LEUR MODE D'EXERCICE EN FONCTION DU NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE N=445	89
FIGURE 25 REPARTITION DES MG SELON LEUR MODE DE CONSULTATION EN FONCTION DES ANNEES D'EXERCICE N=445	90
FIGURE 26 REPARTITION DES MG EN FONCTION DE L'EXISTENCE OU NON DE CRENEAUX IDENTIFIES POUR LES VAD EN FONCTION DES ANNEES D'EXERCICE N=445	91
FIGURE 27 REPARTITION DES MG SELON LEUR MILIEU D'EXERCICE EN FONCTION DU NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE	92
FIGURE 28 REPARTITION DES MG SELON LEUR MODE DE CONSULTATION EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE N=445	93
FIGURE 29 REPARTITION DES MG EN FONCTION DE L'EXISTENCE OU NON DE CRENEAUX IDENTIFIES POUR LES VAD EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE N=445	93
FIGURE 30 REPARTITION DES MG SELON LE REFUS OCCASIONNEL OU NON DES DEMANDES DE SNP EN FONCTION DU MILIEU D'EXERCICE, DU SEXE, ET DES ANNEES D'EXPERIENCE N=435	97
FIGURE 31 REPARTITION DES MG SELON LE REFUS OCCASIONNEL OU NON DES DEMANDES DE SNP EN FONCTION DE LEURS MODALITES D'EXERCICE N=435	98
FIGURE 32 NOMBRE DE DEMANDES DE SNP PRISES EN CHARGE EN MOYENNE PAR JOUR N= 435.....	99
FIGURE 33 REPARTITION DU NOMBRE DE DEMANDES DE SNP PRISES EN CHARGE EN MOYENNE PAR JOUR EN FONCTION DU MILIEU D'EXERCICE N=378	99
FIGURE 34 REPARTITION DU NOMBRE DE DEMANDES DE SNP PRISES EN CHARGE EN MOYENNE PAR JOUR EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE N=378	100
FIGURE 35 REPARTITION DU NOMBRE DE DEMANDES DE SNP PRISES EN CHARGE EN MOYENNE PAR JOUR EN FONCTION DU SEXE N=378	100
FIGURE 36 NOMBRE MAXIMAL DE DEMANDES DE SNP PRISES EN CHARGE PAR JOUR N=378.....	101
FIGURE 37 ESTIMATION PAR LES MG DE L'EVOLUTION DU NOMBRE DE LEUR REFUS DE PRISE EN CHARGE DE DEMANDE DE SNP N = 82	101
FIGURE 38 ESTIMATION DE L'EVOLUTION DU NOMBRE DE REFUS DE SNP EN FONCTION DU NOMBRE D'ANNEES D'EXPERIENCE N=69	102
FIGURE 39 MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES SNP N=378.....	103
FIGURE 40 MOTIF DE REFUS DES SNP EFFECTIF DE MG REpondants = 84 NOMBRE DE REponses =97	104
FIGURE 41 MODE DE REORIENTATION DES SNP REFUSES N=84.....	105

FIGURE 42 SOLUTIONS PERMETTANT D'AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES SNP N=445.....	107
FIGURE 43 REPARTITION DES REPONSES "AUTRE" SOLUTION D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SNP N=129.....	108
TABLEAU 1 LISTE DES SERVICES D'URGENTES DU BAS-RHIN.....	44
TABLEAU 2 LISTE DES SERVICES D'URGENCE DU HAUT-RHIN.....	45
TABLEAU 3 CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS	80
TABLEAU 4 REPARTITION HOMME/FEMME EN FONCTION DU NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE.....	81
TABLEAU 5 COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS REFUSANT TOUTE DEMANDE DE SNP PAR RAPPORT AUX MEDECINS ACCEPTANT DES SNP N=445.....	95
TABLEAU 6 REORIENTATION VERS LE SU EN CAS DE REFUS DE PRISE EN CHARGE DE DEMANDE DE SNP SELON LES CARACTERISTIQUES DES MG N=84	106
TABLEAU 7 DEFINITION DU TERME DE SNP DANS LES ETUDES ET TRAVAUX CITES DANS NOTRE TRAVAIL	113

Introduction

Les Services des Urgences hospitalières (SU) doivent actuellement faire face à une augmentation considérable de leur fréquentation avec un nombre de passages ayant explosé au cours des dernières années. Sur le plan national, le nombre d'admissions est passé de 13,6 à 20,3 millions de 2001 [1] à 2015 [2], soit une hausse de plus de 49%.

Au total depuis 1996, le nombre de passage aux SU est, en moyenne, en progression de 3,5% chaque année [2].

L'Alsace n'est pas épargnée par ce phénomène avec un accroissement de 3,9% du nombre de passages annuels de 2015 à 2016 [3].

Problème de santé publique, au cœur du débat politique actuel, ce phénomène est largement relayé par les médias, notamment en période de pics épidémiques.

Il est également dénoncé par les patients et suscite un épuisement des professionnels de santé. Le constat est unanime et alarmant sur les conséquences néfastes qui en résultent.

Face à cette explosion de demande de soins, la pertinence des admissions aux SU peut être remise en cause. Les problèmes pris en charge sont effectivement loin d'être tous réellement « urgents » sur le plan médical.

Malgré toutes les difficultés que soulève la définition de l'urgence, il est admis qu'une forte proportion des consultations aux SU, estimée entre 30 et 35%, relève de la médecine générale [4].

La majorité des passages aux urgences sont jugés selon la Classification Clinique des Malades des Urgences CCMU 1 et 2, (Annexe 1), c'est à dire correspondant à un patient stable avec un pronostic vital ou fonctionnel non engagé.

Les patients se présentant aux SU avec un pronostic vital engagé d'emblée représenteraient moins de 2,5% des usagers pris en charge [5].

Les urgences voient ainsi leur rôle se modifier et tendent à devenir des « services de soins non programmés » comme le souligne la Cour des Comptes dans son rapport annuel sur la Sécurité Sociale [6].

On observe en effet une dissociation entre l'augmentation très rapide du nombre d'admissions aux SU, et la quasi-stagnation du taux d'hospitalisation autour de 20% [5] , ainsi seul un patient sur cinq est hospitalisé à la suite de son passage.

A la lumière de ces éléments, la question de l'origine de ces consultations relevant de la médecine générale se pose.

Deux hypothèses principales sont mises en avant pour expliquer cette situation.

La première fait référence à une évolution sociétale avec un changement de mode de consommation des soins. Celle-ci, s'inscrit dans un contexte de consumérisme médical, le patient devenant acteur d'un mésusage des SU à l'origine d'une augmentation de demande de soin non urgente.

De nombreuses études menées dans les SU, s'intéressant aux motifs et motivations des consultants, ont ainsi été publiées dans la littérature médicale ces dernières années.

La deuxième hypothèse évoquée serait une carence de la médecine de ville. En d'autres termes, la responsabilité serait imputable aux médecins généralistes (MG) libéraux, délivrant une offre de soins insuffisante face à la demande de soins non programmés (SNP) actuelle.

Les professionnels de santé des SU expriment ainsi souvent le sentiment de subir les conséquences de dysfonctionnements de l'organisation de la médecine de ville, avec l'idée que les médecins libéraux n'assument pas leur mission de premier recours.

Ce sentiment est renforcé par le fait que la majorité des consultations aux SU a lieu pendant les horaires d'ouverture théoriques des cabinets libéraux (8H-20h) [5].

Les usagers, quant à eux, évoquent des difficultés d'accessibilité du recours aux soins en ville, pour près de 25% d'entre eux [7]. Le recours aux SU est alors légitimé par un défaut organisationnel de la médecine libérale.

Les acteurs de notre politique de santé semblent partager cette opinion, comme en témoigne une publication récente de la Cour des Comptes sur l'avenir de l'Assurance Maladie [8]. Ce rapport, que l'on pourrait qualifier de véritable « réquisitoire » contre les MG, propose une série de réformes offensives à l'encontre de la médecine libérale.

Fin de la liberté d'installation, extension des horaires d'ouverture des cabinets, conditionnement de la rémunération à la prise en charge des SNP, ces mesures ont pour vocation première annoncée de « désengorger les urgences ».

Malgré l'idée d'une disponibilité insuffisante des MG, qui semble être partagée par plusieurs protagonistes du système de santé, peu d'études ont été réalisées sur le versant libéral de la prise en charge des SNP.

Ainsi nous avons décidé de mener une étude auprès des MG alsaciens ayant pour but de décrire de manière objective la prise en charge actuelle des SNP en journée dans les cabinets libéraux de médecine générale.

Peut-on réellement imputer une partie de la responsabilité de l'augmentation de la fréquentation des urgences aux MG libéraux ?

PARTIE 1 : Définitions et contexte

1 Définition : de l'urgence à la notion de soin non programmé

Définir l'urgence est un exercice périlleux, car la notion d'urgence engendre des interprétations très différentes selon l'acteur qui la définit.

Ainsi il existe une profonde divergence entre les conceptions, des différents professionnels de santé d'une part et celle des usagers des Services d'Urgence (SU) d'autre part, en ce qui concerne une situation d'urgence.

Etymologiquement, « est urgent », ce qui ne peut attendre.

Pour le médecin urgentiste, l'urgence est, avant tout, vitale ou s'assimile à une situation clinique pouvant le devenir.

Pour le généraliste, il s'agit d'un Soin Non Programmé (SNP) qui désorganise son activité.

Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité de prise en charge avec une notion de gravité relayée au second plan. Pour des raisons médicales ou autre, leur première préoccupation est une prise en charge rapide [9][10].

Le sentiment de détresse ressenti par le patient, parfois non corrélé de façon raisonnable au diagnostic médical, est important à prendre en considération [11].

Pour Claude Evin (directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France) « *L'urgence en matière de santé est généralement définie comme un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète –à tort ou à raison- l'intéressé et/ou son entourage* », définition reprise par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) qui la complète ainsi : « *Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne la nécessité de répondre à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quel que soit la gravité du problème* » [12].

Ce concept rejoint la définition d'un SU proposée par l'American College of Emergency Physicians [13] : « *Les services d'urgence sont les services de santé fournis pour évaluer et traiter les situations médicales d'apparition et de sévérité récentes qui amèneraient un profane prudent, possédant une connaissance moyenne de la médecine et de la santé, à croire que des soins médicaux urgents et imprévus sont nécessaires* ».

Un autre paramètre à prendre en compte est le fait que l'urgence est étroitement liée à l'offre de soins.

Ce constat est décrit avec humour par le Dr Giroud, ancien président de l'association SAMU urgence de France : « *Qu'est-ce que l'urgence ? Un enfant qui a une bille coincée dans le nez à 10h du matin, c'est de l'ORL. Mais le même enfant qui a une bille coincée dans le nez à 22h, cela s'appelle « une urgence » !* » [14].

Ainsi l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence et « *a contrario, l'existence d'une offre structurée (ex : service de maternité) exclut les situations concernées du champ de la médecine d'urgence* » [14].

Ces définitions sont intéressantes car elles soulignent toute la complexité à définir la notion d'urgence qui, au final, est :

- Très subjective, puisque c'est le patient lui-même qui définit « son urgence ».
- Définie par l'absence de solution adaptée, identifiée dans le système de soins.

Le besoin dans ce sens se définit alors plutôt en terme organisationnel.

La notion d'urgence a ainsi évolué au cours du temps, passant de « l'urgence vitale », mission première des SU, à « l'urgence ressentie » puis actuellement à la notion de « soin non programmé », c'est-à-dire le recours spontané des patients à la médecine [15].

En conséquence même de cette évolution, les missions allouées aux structures de médecine d'urgence se sont vues elles aussi très largement modifiées.

C'est la circulaire du 15 février 1990 [16], relative à l'amélioration de l'accueil des urgences, qui introduit la notion d'« urgence ressentie » dans les missions d'accueil du service public hospitalier.

A la faveur des lois et des décrets, les urgences sont redéfinies selon la propre représentation de la maladie de la population, dans un contexte d'émergence de la notion de droit à la santé, et de « patient-acteur » du système de soins.

Différents rapports : sur la médicalisation des urgences en 1993 [17], rapport Barrier pour une amélioration des interventions préhospitalières en urgence en 1994 [18], rapport Descours sur la permanence de soins en 2003 [19], énoncent les défaillances rencontrées ; s'en suit une succession de plusieurs plans « urgences ». Leur objectif est de corriger les dysfonctionnements cités dans ces rapports en transformant peu à peu les SU en unités de SNP.

2 La réponse actuelle aux soins urgents et non programmés en journée en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoires

Actuellement, la réponse aux soins urgents et non programmés est assurée par les structures de médecine d'urgence et par la médecine libérale, dans les cabinets de médecine générale d'une part et dans le cadre de l'association SOS Médecins d'autre part [20][21].

2.1 Structures de médecine d'urgence

2.1.1 Prise en charge pré hospitalière

2.1.1.1 SAMU Centre 15

L'Aide Médicale Urgente (AMU) est une mission de service public.

Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) a pour fonction de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence et dans cet objectif, assure les missions suivantes définies par le Code de Santé Publique [22]:

- Une mission de renseignements et d'informations : assurer une écoute médicale permanente 24h/24 et 7j/7.
- Une mission de régulation et de mise en œuvre des moyens d'intervention primaire : déterminer et déclencher dans les meilleurs délais la réponse la plus adaptée à la nature et à la gravité des appels reçus.

- L'organisation de l'accueil hospitalier : s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, dans le secteur public ou privé, orienter le patient vers le lieu le plus adapté à son état et aux soins qu'il nécessite et veiller à son admission.
- L'organisation des transferts médicaux, par le moyen le plus adapté (services publics : SMUR, pompiers ou service d'ambulance privé), primaires pour l'accueil initial du patient en milieu hospitalier, et secondaires pour les transferts inter hospitaliers.

Le fonctionnement du SAMU Centre 15 est régi par des recommandations professionnelles [23][24].

Il dispose d'un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), doté d'un numéro d'appel national unique depuis 1978, le « 15 ».

L'appel est initialement pris en charge par un Assistant de Régulation Médicale (ARM). Il s'assure de l'identité ainsi que de la localisation de la victime, et recueille les informations concernant le motif de l'appel pour qualifier la demande.

Cet appel est ensuite relayé au Médecin Régulateur (MR) qui effectue un véritable interrogatoire médical afin d'évaluer la gravité potentielle de la situation, d'en effectuer une approche diagnostique et ainsi de définir le besoin de soins pour engager les moyens nécessaires à leur mise en œuvre. C'est le premier acte de la régulation médicale.

Il est important de préciser que l'engagement des moyens peut se faire pendant l'interrogatoire médical et que celui-ci ne retarde en rien l'intervention d'une équipe, qui peut être déclenchée pendant que la conversation se poursuit.

Le MR a également, à ce stade, un rôle primordial de conseil auprès du patient ou d'un témoin portant sur les gestes à faire avant l'arrivée des secours.

Par la suite, deux possibilités s'offrent au MR :

- Réponse sans déclenchement de moyens, pouvant aller d'une simple information à un conseil médical,
- Réponse avec déclenchement de moyens.

Les différents moyens pouvant être déclenchés comportent : l'envoi d'une équipe non médicalisée (pompiers, ambulanciers privés, police secours), l'envoi d'une équipe médicalisée (SMUR ou pompiers) ou l'envoi d'un médecin de garde à domicile.

L'ARM engage alors les moyens d'intervention sur prescription du MR et assure le suivi du dossier de régulation médicale.

La régulation est un véritable acte médical à distance, reconnu au niveau réglementaire et ordinal, qui engage la responsabilité du décisionnaire.

Outre la mission directement liée à l'exercice de l'AMU, le SAMU participe également à la formation initiale et continue des acteurs en santé au sein de structures propres, les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), et à l'élaboration des plans d'organisation des secours lors de situations sanitaires exceptionnelles.

2.1.1.2 SMUR

Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sont les effecteurs majeurs du SAMU, ils interviennent exclusivement sur régulation du SAMU. Ils assurent en permanence la prise en charge d'un patient, dont l'état requiert, de manière urgente, une prise en charge médicale et de réanimation, en dehors des murs de l'hôpital, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire.

Le décret du 2 décembre 1965 [25] est considéré comme l'acte fondateur du SMUR, en définissant l'organisation hospitalière des secours d'urgence et en imposant aux hôpitaux habilités à recevoir les accidentés de la route, de se doter en permanence, d'au moins une ambulance servie par un ambulancier et un infirmier ou un médecin.

Les missions du SMUR sont [26]:

- Assurer 365 jours par an et 24h/24, hors de l'établissement hospitalier, l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée pour la prise en charge de tous les patients nécessitant des soins médicaux urgents ou de réanimation ainsi que leur transport vers un établissement de santé afin d'assurer la suite des soins.
- Assurer le transfert par une équipe hospitalière médicalisée, entre 2 établissements de santé, des patients nécessitant une surveillance médicale pendant le trajet.

Il est composé d'une équipe médicale, envoyée directement sur les lieux d'une détresse médicale, et est réglementairement composé d'un médecin, d'un infirmier et d'un ambulancier. Chaque intervenant doit être qualifié en médecine d'urgence.

Dans les rares zones du territoire situées au-delà de 30 minutes d'accès, les Médecins Correspondants SAMU (MCS) apportent les premiers soins en attendant l'arrivée du SMUR.

2.1.2 Prise en charge hospitalière : Service des Urgences

Les SU ont vu le jour dans les années 1960.

Service hospitalier, le SU assure la prise en charge des « *venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24H sur 24H, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique* »

A son arrivée, le patient est évalué dans une zone d'accueil afin de déterminer son « degré » de priorité pour mieux l'orienter au sein des différentes filières (urgences vitales, filière courte de prise en charge rapide, filière longue pour les patients nécessitant plusieurs examens complémentaires...).

Les patients relevant de pathologies spécifiques et bien identifiées (syndrome coronarien aigu, accident vasculaire cérébral...) sont habituellement dirigés directement par le SAMU Centre 15 vers les services concernés.

2.2 La médecine libérale

2.2.1 Médecin généraliste : 1^{er} intervenant médical

Médecin de famille, spécialiste en médecine générale, spécialiste en soins primaires, médecin traitant, quel que soit l'appellation retenue, elles soulignent toutes le rôle majeur de la médecine générale dans la dispensation des soins.

La loi du 21 juillet 2009 relative à la réforme de l'Hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST [27]), a consacré la notion de médecine de premier recours et définit les missions du médecin généraliste comme acteur de ce premier recours (art. L. 4130-1 du code de la santé publique). Ainsi, le médecin généraliste doit « ... *contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé...* ».

Il doit orienter ses patients dans le système de soins, assurer la coordination des soins, promouvoir les actions de prévention et de dépistage et s'assurer de la bonne observance des protocoles de soins pour ses patients porteurs d'une Affection Longue Durée (ALD).

Outre la notion de continuité des soins, de coordination et le rôle de prévention largement mis en avant dans les différentes définitions du rôle du médecin généraliste, celui-ci a aussi un rôle primordial dans la prise en charge des SNP ou urgences, auxquels il est confronté tous les jours.

Il se situe à l'entrée du parcours de soins, notamment par sa proximité géographique, c'est donc à lui que s'adresse le patient en premier devant l'apparition d'un symptôme, d'où la notion de médecin de premier recours, terme qui est l'adaptation française de la dénomination anglaise « *primary care physician* ».

Il est ainsi souvent le « premier maillon médical de la chaîne de secours » et a donc un rôle essentiel dans ce réseau structuré de l'urgence.

2.2.2 SOS Médecins

Le concept de SOS Médecins [28] a été créé par un médecin généraliste parisien, le Dr Lascar, en 1966, suite au décès tragique d'un de ses patients qui n'avait pu joindre un médecin un samedi après-midi. Il s'inspira d'une entreprise de dépannage de plomberie, SOS dépannage!

Les associations SOS Médecins fonctionnent sur un mode associatif, modèle loi 1901, à but non lucratif. Les médecins au sein de ces structures sont des médecins libéraux associés sur le même modèle qu'un cabinet de groupe classique, régi par un contrat d'exercice en commun, conventionnés secteur 1.

Il s'agit d'un service médical libéral d'urgence à domicile et donc un effecteur majeur de la prise en charge des SNP dans le secteur libéral.

L'organisation de l'association est régie par un cahier des charges comprenant 7 points :

- Le standard doit être ouvert 24h/24, 7j/7
- Les médecins doivent être thésés, expérimentés, et rodés à l'urgence
- Les médecins doivent être dotés des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à leur exercice (ECG, matériel de perfusion, BAVU, oxygène)
- La disponibilité du médecin doit être totale pendant sa garde
- L'intervention du médecin doit être rapide, effectuée dans un véhicule blanc, radioguidé ou équipé d'un moyen de transmission téléphonique ou informatique adapté, débanalisé conformément aux dispositions réglementaires.
- Un bilan d'intervention doit être pratiqué et une information transmise au médecin traitant.
- Les associations doivent avoir une autonomie financière. Aucune aide n'est perçue, chaque médecin contribue aux frais de fonctionnements globaux par la souscription de charges mensuelles.

La fédération SOS Médecins France regroupe 62 associations réparties sur tout le territoire et couvrent la plupart des grands centres urbains et leur périphérie, avec une couverture estimée de 60% de la population française.

L'activité est centrée sur les visites à domicile (VAD), même si depuis quelques années des centres de consultations SOS Médecins ont vu le jour.

Sur leurs secteurs d'activité, les urgentistes de SOS médecins sont à peu près les seuls médecins libéraux à travailler sur la tranche de 2eme partie de nuit (00h-8h). Ils assurent donc également un rôle primordial dans la Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA).

C'est dans ce contexte que conformément aux décrets du 7 avril 2005 [29] puis du 13 juillet 2010 [30], les associations SOS Médecins ont signé des conventions avec les directeurs d'hôpitaux abritant le SAMU, de façon à formaliser l'interconnexion entre les centres d'appel SOS et les SAMU Centre 15 et à organiser la collaboration entre les deux structures.

2.3 Organisation de la prise en charge des soins non-programmés en Alsace, en journée, en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoires.

2.3.1 Structures de médecine d'urgence en Alsace

- Au 1er janvier 2016 [3], le Bas-Rhin compte 1 SAMU à Strasbourg et dispose de 5 SMUR (Strasbourg, Haguenau, Wissembourg, Saverne, Sélestat), ainsi que d'un SMUR pédiatrique (Strasbourg). Il comporte 6 SU générales, 2 SU « adultes », 1 SU pédiatrique et 1 SOS Main.
- Le Haut-Rhin compte quant à lui 1 SAMU basé à Mulhouse et dispose de 2 SMUR (Colmar et Mulhouse). Il comporte 6 SU générales, 2 SU pédiatriques et 1 SOS Main.

Ville	Etablissement	Type d'urgences
Haguenau	CH Haguenau	Générales
Saverne	CH Saverne	Générales
Sélestat	CH Sélestat	Générales
Strasbourg	CHU Strasbourg-Hautepierre	Adultes
	CHU Strasbourg-Hautepierre	Pédiatriques
	CHU Strasbourg- Nouvel Hopital Civil	Adultes
Strasbourg	Clinique Rhéna (regroupement Clinique Sainte Odile/Clinique des Diaconesses/Clinique Adassa)	Générales + SOS Mains
Strasbourg	Clinique Sainte Anne	Générales
Wissembourg	CH Wissembourg	Générales

Tableau 1 Liste des services d'urgence du Bas-Rhin

Ville	Etablissement	Type d'urgences
Altkirch	CH Altkirch	Générales
Colmar	Hôpitaux Civils de Colmar Centre « le Parc »	Pédiatriques (urgences pédiatriques médico-chirurgicales)
Colmar	Hôpitaux Civils de Colmar Hôpital Pasteur	Générales (urgences adultes et pédiatrie traumatologique)
Guebwiller	CH Guebwiller	Générales
Mulhouse	CH Mulhouse Hôpital Hasenrein	Pédiatriques (urgences pédiatriques médico-chirurgicales)
Mulhouse	CH Mulhouse Hôpital Muller	Générales (urgences adultes et pédiatrie traumatologique)
Mulhouse	Clinique du Diaconat- Fonderie	Générales
Mulhouse	Clinique du Diaconat- Roosevelt	Main
Saint Louis	Clinique des Trois Frontières	Générales

Tableau 2 Liste des services d'urgence du Haut-Rhin

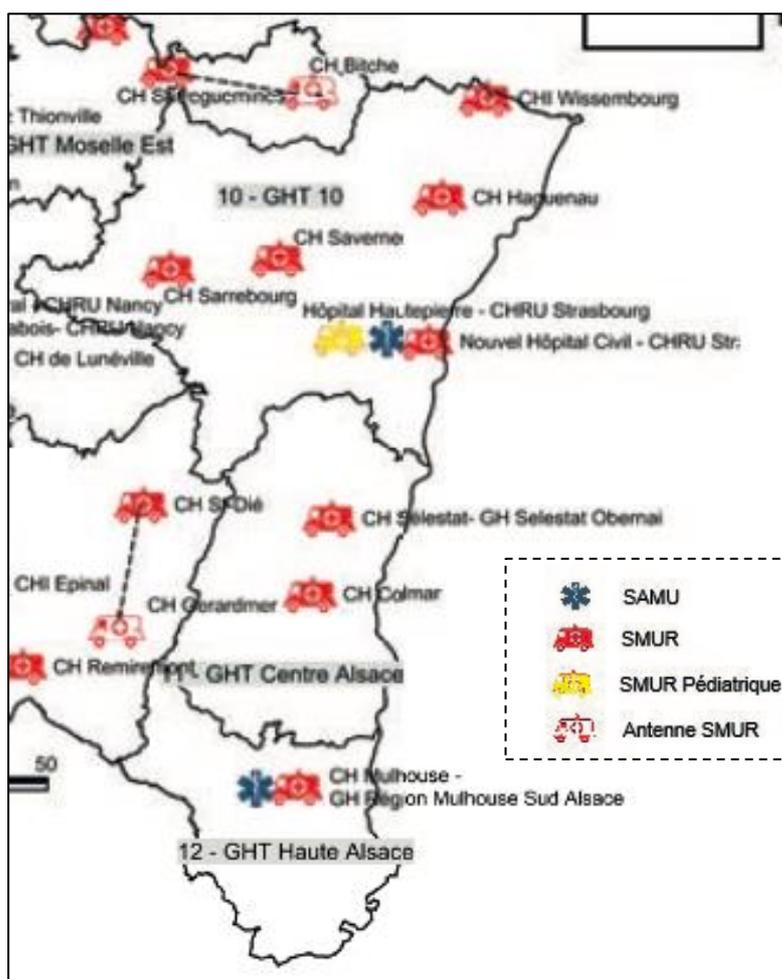


Figure 1 Carte des SAMU SMUR de la région Alsace

Source : Panorama urgences 2016. Activités des structures d'urgence. Région Grand Est. ARS. Page 13

L'accès aux soins urgents dans le département du Bas-Rhin semble satisfaisant, avec seulement 3,7% de la population du Bas Rhin, se situant à plus de 30 minutes d'un SU et/ou SMUR et 1,1% de la population se situant à plus de 30 minutes de soins urgents quel que soit le dispositif considéré (SU, SMUR, HeliSMUR, et/ou Hélicoptère de la Sécurité Civile). Cette problématique concerne un secteur particulier, la Vallée de la Bruche, sur lequel un dispositif de médecin correspondant du SAMU a vu le jour en 2015 pour permettre une intervention médicale rapide en attendant l'arrivée du SAMU [31].

Dans le Haut Rhin, 95% des communes sont couvertes en accès aux soins urgents en 35 minutes [32].

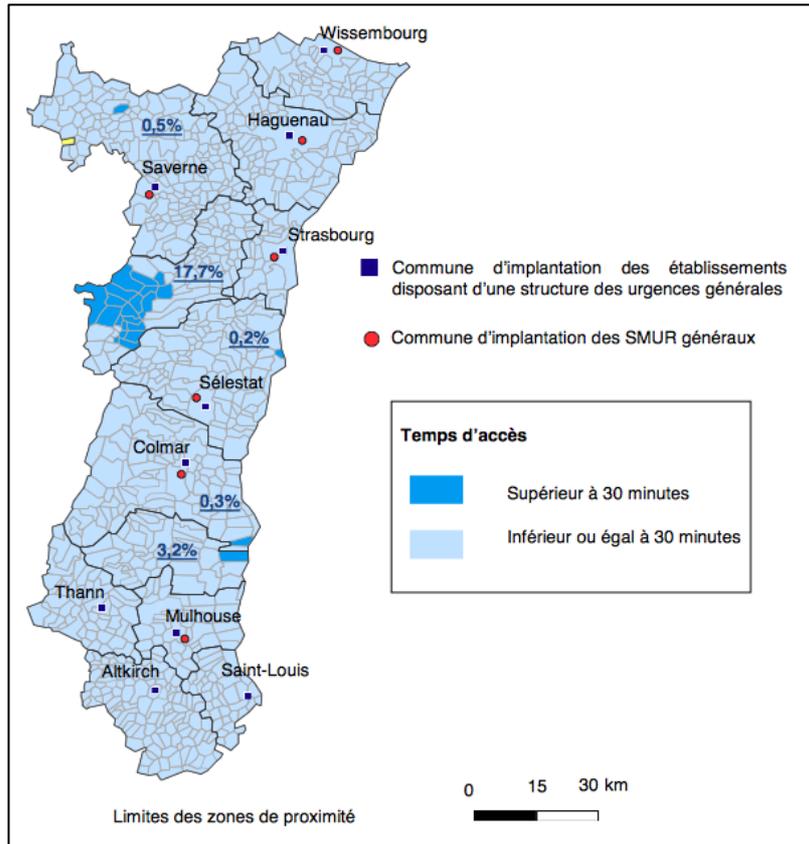


Figure 2 Temps d'accès des communes alsaciennes aux soins urgents. Structures d'urgence ou SMUR généraux.

Source : DREES, Bases de données-temps d'accès. Réalisation : ARS Alsace. Août 2012

2.3.2 Offre de soins en médecine libérale en journée en Alsace

2.3.2.1 Médecins généralistes

On observe une disparité importante en terme de répartition des médecins généralistes sur le territoire alsacien entre les deux départements Bas-Rhin/Haut-Rhin[33].

Dans le Bas-Rhin, l'offre de soins est relativement constante (+0,3% entre 2012 et 2016), ce qui place le département dans une situation plus favorable que le reste du Grand Est (- 1,1% de médecins généralistes entre 2012 et 2016) et que la France métropolitaine dans son ensemble (- 0,6% de médecins généralistes entre 2012 et 2016).

Au 1er janvier 2016, le département compte 1733 médecins généralistes tout mode d'exercice confondu (libéraux : 1110, salariés : 507, mixtes : 116).

La densité de médecins généralistes y est de 156,2 pour 100 000 habitants, supérieure à la moyenne nationale (+11 points) et à la moyenne régionale Grand Est (+16 points).

Toutefois, il existe des inégalités entre les territoires de vie. La densité la plus basse se trouve sur le territoire de vie de Drulingen et la plus haute est relevée sur le territoire de Hochfelden.

Dans le Haut-Rhin, la situation est différente et nettement moins favorable.

Ainsi l'offre de soins a diminué au cours des dernières années (-2,4% de médecins généralistes entre 2012 et 2016).

Au 1er janvier 2016, le département haut-rhinois compte 1009 médecins généralistes tout mode d'exercice confondu (libéraux : 618, salariés : 332, mixtes : 59).

La densité de médecins généralistes y est de 133 pour 100 000 habitants, inférieure à la moyenne nationale (-12 points) et à la moyenne régionale Grand Est (-7 points).

Les plus faibles densités apparaissent dans les zones de proximité de Guebwiller, Altkirch et Thann.

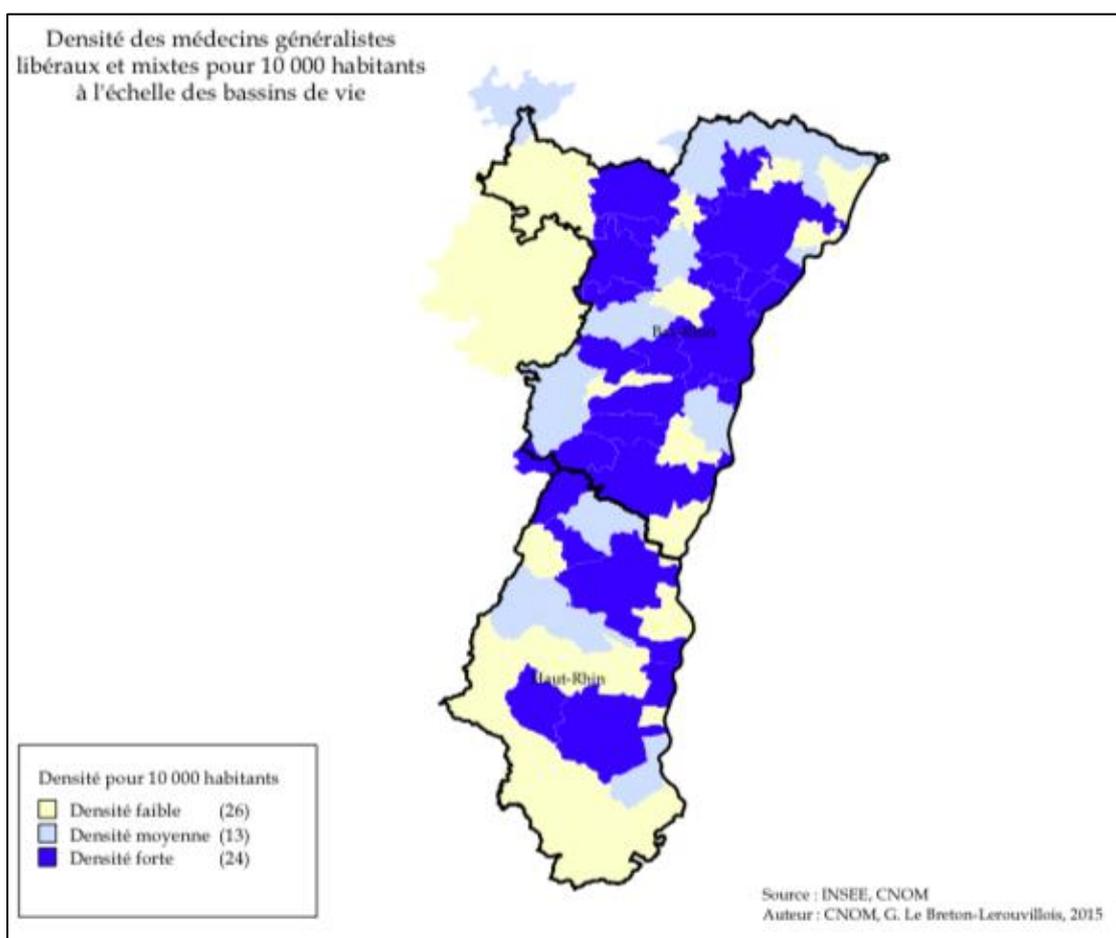


Figure 3 Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie en Alsace.

En plus d'un gradient Nord/Sud prononcé en terme de densité médicale, on observe également une densité fortement variable par canton, avec une densité sans surprise beaucoup plus faible en territoire rural.

L'ARS Alsace dans son projet régional de santé en 2012 [34] a identifié des zones déficitaires en terme d'offre de soins de médecine générale, se répartissant en zones prioritaires et zones fragiles.

Les zones définies comme fragiles ont été refondues par l'ARS fin 2014, en s'intéressant à la fragilité de la démographie médicale définie à partir de 6 indicateurs qui étaient :

- La densité en médecins généralistes
- La part de la population ayant 75 ans ou plus
- L'activité moyenne des médecins généralistes
- La part des personnes en Affection Longue Durée (ALD)
- Le nombre d'installation en médecine générale entre 2011 et 2014
- L'estimation de la densité en médecins généralistes en 2019

13 bassins de vie ont ainsi été identifiés comme fragiles dont 7 nouveaux par rapport au zonage de 2012, les zones prioritaires quant à elles sont restées inchangées.

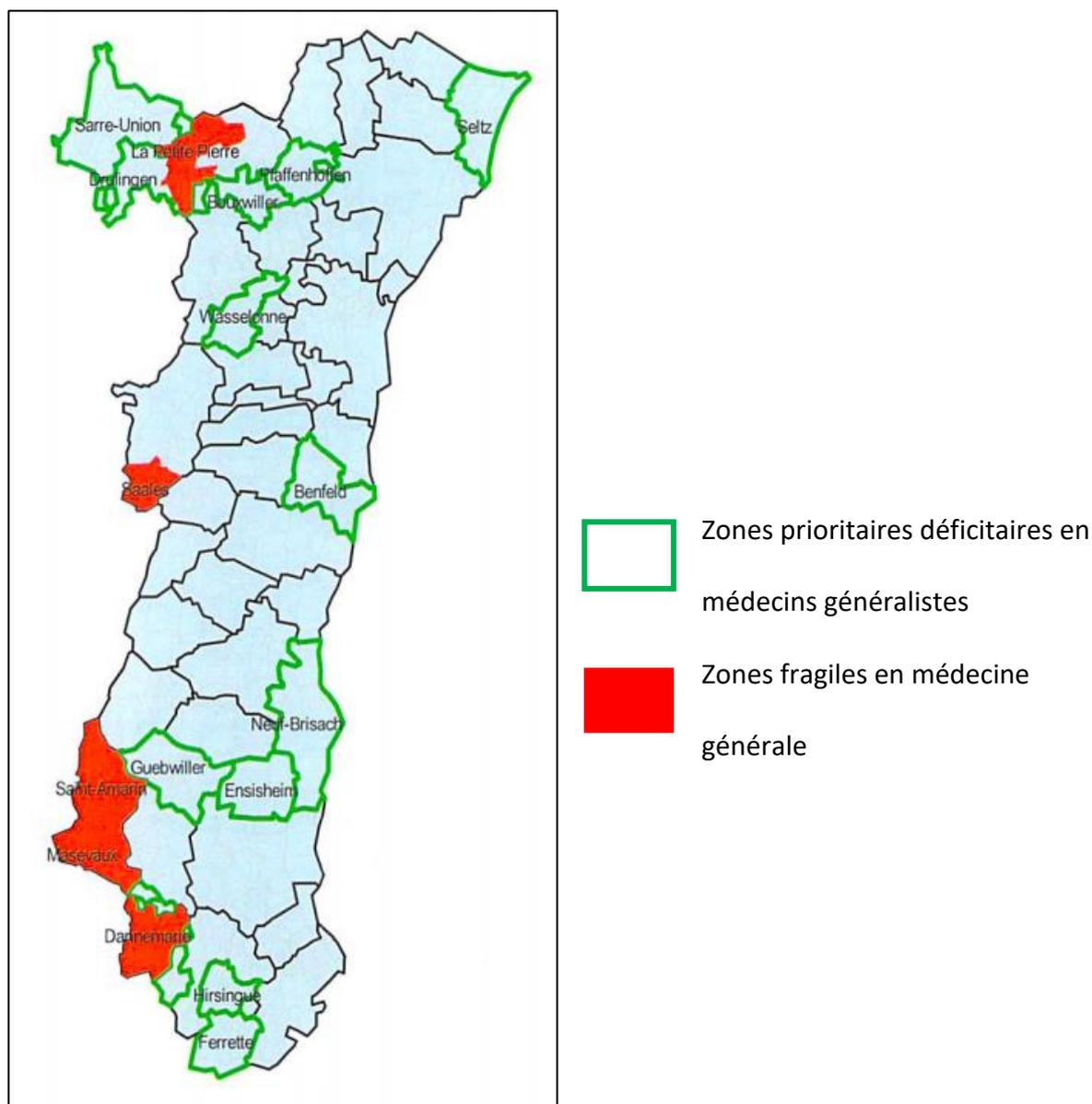


Figure 4 Cartographie des zones prioritaires et fragiles en médecine générale dans la région Alsace.

Source : Rapport Projet régional de santé 2018-2027. Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. ARS grand Est. Page 47

Malgré ces zones « précaires » identifiées, l'accessibilité géographique à un médecin généraliste reste bonne en Alsace : on estime en 2012 que 87% de la population alsacienne est à moins de cinq minutes d'un médecin généraliste par la route [34].

2.3.2.2 SOS Médecins en Alsace

Dans le Bas Rhin, les secteurs d'intervention de SOS Médecins sont représentés sur la carte ci-dessous, visualisable sur le site internet de l'association [35] :



Figure 5 Secteur d'intervention de SOS Médecins dans le département du Bas Rhin.

Source : Site de SOS Médecins 67 <http://www.sos-medecins67.fr/>

Dans le Haut Rhin, le territoire couvert par SOS Médecins correspond au territoire de Mulhouse et sa périphérie proche.

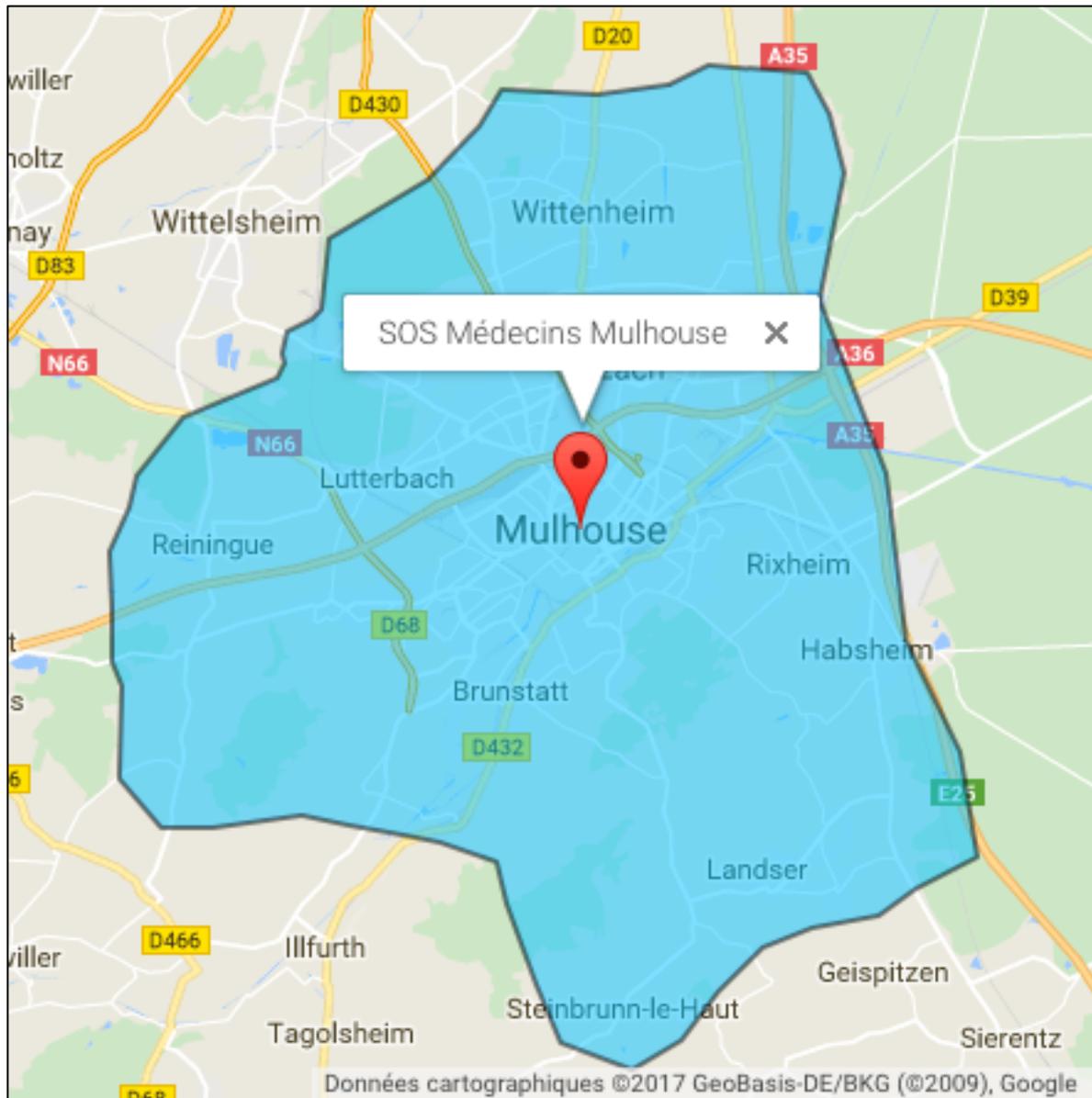


Figure 6 Secteur d'intervention de SOS Médecins dans le département du Haut Rhin.

Source : site SOS Médecins 68 <http://www.sosmedecins-mulhouse.fr/localisation-et-secteur-dintervention/>

3 Modifications des besoins de santé en urgence de la population française : état des lieux

3.1 Consultation aux Services des Urgences : un recours croissant à l'origine d'un encombrement des urgences aux conséquences néfastes

3.1.1 Augmentation du recours aux structures de médecine d'urgence

Au niveau national, le nombre de consultations annuelles aux SU est passé de 13,6 millions en 2001 à 18,5 millions en 2011 soit plus de 25 % en 10 ans [1].

Cette fréquentation avait préalablement doublé de 1990 à 2001 [36].

En 2014, le panorama des établissements de santé de la DREES fait état de 19,7 millions de passages annuels aux urgences [37].

Selon les éléments transmis lors de l'audition de la DREES par les rapporteurs du Sénat [2], la fréquentation annuelle des SU a atteint 20,3 millions de passages en 2015, soit 42 % de plus qu'en 2002, et 3 % de plus qu'en 2014.

Près d'un Français sur 6 s'est ainsi rendu aux urgences en 2015, ce nombre de passages correspondant à plus de 10 millions de personnes, une partie d'entre eux étant liés à des patients revenant plusieurs fois.

Au total, depuis 1996, le nombre annuel de passages aux urgences est en augmentation de 3,5 % chaque année, en moyenne.

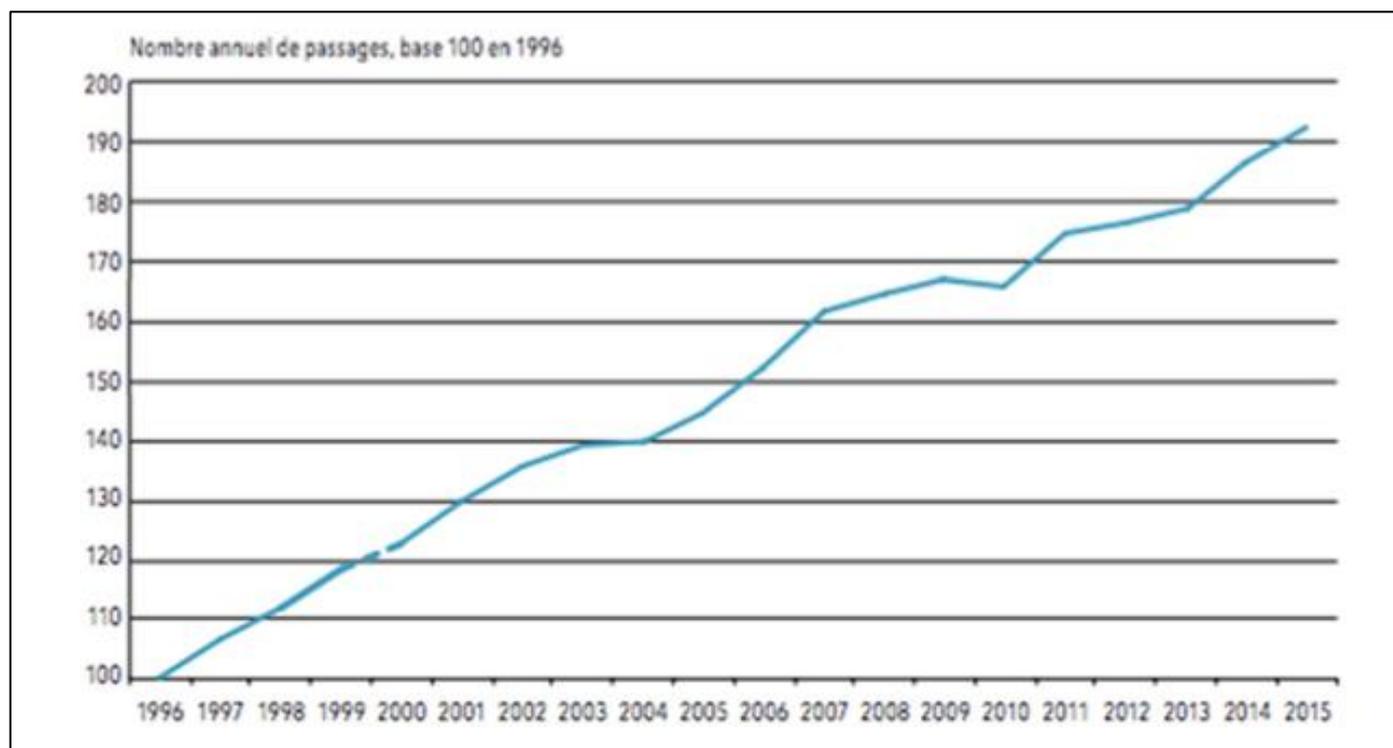


Figure 7 Evolution du nombre de passages aux urgences depuis 1996.

Source : Panorama des établissements de santé 2015. DREES

Il est à noter que cette dynamique continue d'augmentation des passages s'inscrit dans une tendance à une fréquentation accrue des SU dans l'ensemble des pays occidentaux.

Une étude de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) [38] a ainsi mis en évidence une augmentation des passages dans quasiment tous les pays de l'organisation entre 2001 et 2011.

Du point de vue de la croissance annuelle moyenne du nombre de passages aux urgences, la France se situe plutôt dans la moyenne de l'OCDE, avec une augmentation annuelle évaluée à 2,5 % par an sur la période 2001-2011, contre 2,4 % en moyenne dans l'ensemble des 19 pays étudiés.

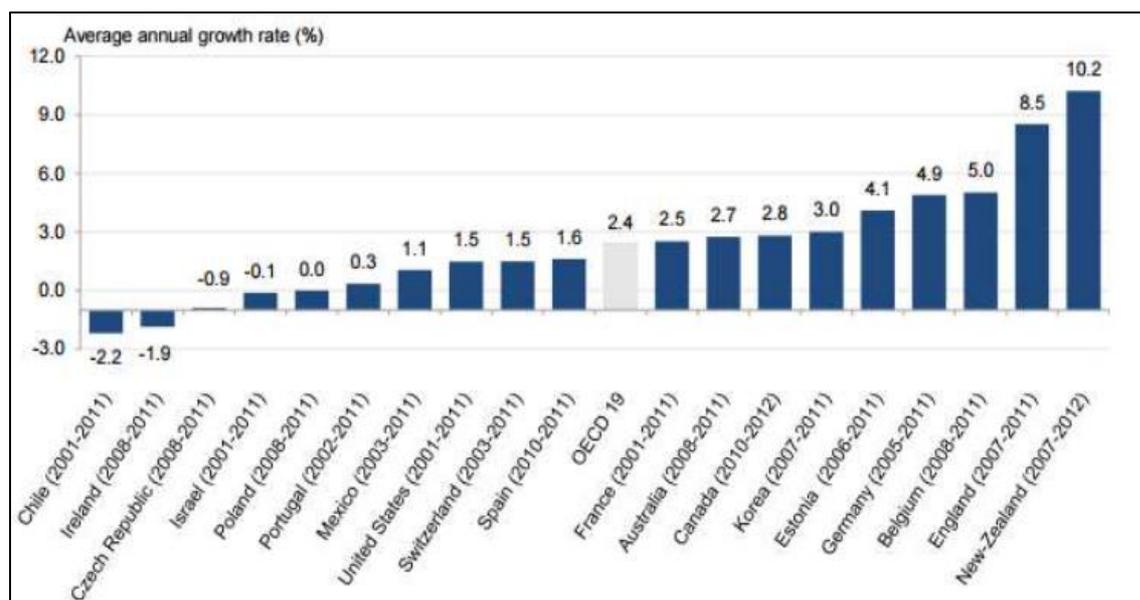


Figure 8 Augmentation annuelle moyenne du nombre de passage aux urgences entre 2001 et 2011 dans les pays de l'OCDE.

Source : Rapport de l'OCDE Health working Papers n°83. Emergency care Services. Trends, Drivers, and interventions to manage the demand. Page 10

Les autres structures de médecine d'urgence ne sont pas en reste et voient également leur recours augmenter de manière considérable d'années en années. Le livre blanc de l'organisation SAMU-SMUR de France [21] fait ainsi état :

- D'une augmentation de l'activité du SMUR de 12% en dix ans (données SAE¹ 2003-2013) pour atteindre 763 844 interventions, dont 78% de sorties primaires².

¹ Statistique annuelle des établissements

² Les sorties primaires consistent en l'intervention d'une équipe hospitalière en vue d'assurer la prise en charge d'un patient hors d'un établissement de santé et, le cas échéant, son transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins.

- D'une augmentation du nombre d'appels passés au SAMU Centre 15 de 10%, ce qui correspond à un nombre d'appels de 31 millions en 2014 et d'une augmentation du nombre de dossiers de régulation médicale de 31% (13 128 068 en 2013) (données SAE 2007-2014).

D'un point de vue régional, le panorama des urgences de la région Grand Est [3], fait état de 538 192 passages en 2016 dans les SU d'Alsace, avec 1470 passages quotidiens en moyenne, chiffre en augmentation de + 3,9% par rapport à l'année précédente.

3.1.2 Conséquences de l'encombrement des Services d'Urgence

L'encombrement des SU est actuellement un problème de santé publique du fait de ses nombreuses conséquences négatives à plusieurs niveaux.

3.1.2.1 Côté usager

❖ Augmentation de la durée totale d'hospitalisation

De nombreuses études ont démontré que la durée totale du séjour à l'hôpital était fonction du temps passé aux urgences, en d'autres termes du délai de transfert entre urgences et service d'hospitalisation.

Ainsi la durée d'hospitalisation est plus importante pour les usagers ayant séjournés longtemps aux urgences, comparativement à des patients souffrant de la même pathologie et placés rapidement dans une unité d'hospitalisation [39][40].

❖ Augmentation de la morbi-mortalité

Le pronostic d'un bon nombre de pathologies étant « temps-dépendant », il est influencé de manière négative par un retard diagnostique ou un retard de prise en charge thérapeutique. Ainsi, pour chaque heure passée aux urgences, le risque de présenter un effet indésirable lors de l'hospitalisation augmenterait de 3% [41].

Pour citer un exemple, Pines et al. [42] ont étudié le taux de complication des patients présentant un syndrome coronarien aigu en fonction du taux d'encombrement des urgences. Ils ont trouvé une augmentation significative de complications graves (approximativement 6% contre 3% d'incidence de décès, arrêt cardiaque, arythmie, d'hypotension..) dans les situations où l'encombrement était important.

De récents travaux comparent le taux de mortalité hospitalière chez des patients qui se sont présentés durant les périodes de forte affluence par rapport à ceux qui ont été pris en charge en dehors de ces périodes.

Ainsi, Singer et al. [43] retrouvent une corrélation entre taux de mortalité et temps d'attente aux urgences : la mortalité augmenterait ainsi de 2,5% chez les patients hospitalisés en moins de 2 heures, à 4,5% chez les patients ayant patienté aux urgences 12 heures ou plus.

Dans une étude australienne, la mortalité intra hospitalière a été significativement augmentée pendant les périodes où les urgences étaient surchargées, avec une estimation par les auteurs de 13 décès en excès par an dans la patientèle traitée pendant ces périodes (avec un risque relatif de décès à 10 J de 1,34) [44].

❖ Réduction de la qualité des soins prodigués

La baisse de la qualité des soins durant les périodes de saturation aux urgences est reconnue, et porte notamment sur la prise en charge de la douleur. Cette relation péjorative entre taux d'encombrement et qualité de la prise en charge de la douleur a été démontrée par de nombreuses études [45][46][47].

❖ Augmentation des erreurs médicales

Beaucoup d'erreurs sont des erreurs « d'omission », le personnel soignant devant se concentrer sur un nombre important de patients dans un même temps [48].

Les erreurs de médication (dose, fréquence, durée d'administration, contre-indication non respectée) augmentent également avec l'encombrement des urgences [49].

❖ Une plus forte probabilité de quitter les urgences sans avoir été vu par un médecin

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux raisons qui poussent les patients à quitter l'hôpital avant même d'avoir été vu par un médecin. Sans surprise, presque la moitié du groupe étudié cite « en avoir assez d'attendre » comme la principale raison de leur départ, parfois avec de sérieuses conséquences [50].

❖ Détournement des ambulances

Le détournement des ambulances et la déviation des cas urgents sont devenus un problème de plus en plus courant, à l'origine d'un retard de prise en charge.

❖ Inconfort des patients

On peut également évoquer une certaine forme de « maltraitance » à l'égard du patient, avec des patients « entassés » dans des couloirs, sans aucune forme d'intimité. Ces faits ont été, et sont encore aujourd'hui, largement dénoncés par les équipes soignantes.

3.1.2.2 Côté professionnel de santé

❖ Insatisfaction grandissante des médecins/infirmiers

L'encombrement des SU contribue à l'insatisfaction et à l'épuisement (burn out) du personnel soignant en raison de la surcharge de travail et des difficultés à gérer les flux des patients à l'intérieur du service ou de l'établissement.

Selon une étude de l'Emergency Medicine Journal [51], un médecin urgentiste sur deux a souffert ou souffrira d'un épuisement professionnel au cours de sa carrière (prévalence de 51,5%).

Les urgentistes se plaignent également d'une certaine frustration en assurant trop souvent un rôle qui ne leur appartient pas : pratiquer de la médecine générale de ville, alors que leur formation est adaptée à d'autres prises en charge [7].

❖ Confrontation à des actes de violences de la part des usagers

Les professionnels de santé sont également confrontés à une recrudescence de violence, qui a pour facteur favorisant le délai d'attente, fortement corrélé à l'encombrement; ainsi l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) [52] souligne le fait que les SU sont classés en deuxième position des structures recensant le plus d'incidents déclarés (signalements d'atteinte aux biens et aux personnes), après la psychiatrie, avec 14% des signalements, avec des chiffres largement en hausse par rapport aux années précédentes.

Les atteintes aux personnes sont largement majoritaires dans les incidents déclarés, ainsi en 2016, 2 354 signalements ont émané des SU, dont 2 155 atteintes aux personnes.

❖ Effet négatif sur l'enseignement et la recherche

Dans des départements d'urgence encombrés, le personnel dispose de moins de temps et d'occasions pour enseigner et pour faire de la recherche. Les départements d'urgence doivent assumer un rôle d'enseignement important auprès des jeunes générations, qui est actuellement compromis par l'encombrement.

3.1.2.3 Côté financier

L'estimation du coût moyen d'un passage aux SU la plus reprise est celle établie par la Cour des Comptes dans son étude précitée [36], qui l'évalue à 161,50 euros pour l'Assurance Maladie. Il est toutefois souligné dans cette même étude qu'il ne s'agit là que d'un ordre de grandeur peu significatif, obtenu au moyen d'une simple règle de trois mettant en lien le nombre de passages au coût total des SU.

Dans le rapport du Sénat [2], on peut lire :

« La caisse nationale d'Assurance Maladie a fourni des données plus précises en distinguant le coût moyen global d'un passage aux urgences, estimé à 227 euros, du coût moyen des seuls actes et consultations prodigués, qui serait de l'ordre de 80 euros en moyenne ».

« Selon une estimation qui semble largement circuler parmi les médecins libéraux, le coût moyen d'un passage aux urgences atteindrait 250 euros. Certains chefs d'établissement l'ont plutôt estimé autour de 180 à 190 euros, tandis que des chefs de services ont avancé le chiffre de 60 à 80 euros en moyenne pour les seuls actes et consultations effectivement pratiqués ».

Les estimations du coût moyen d'un passage aux urgences sont donc très disparates d'une source à l'autre, mais il reste très nettement supérieur au coût moyen d'une consultation en médecine générale s'élevant aujourd'hui à 25 euros.

3.2 Mutation du rôle des urgences : de la prise en charge des urgences vitales à une réponse à la demande de SNP, émergence de la notion d'utilisateur abusif

3.2.1 Un recours croissant mais stabilité du nombre d'urgences vitales et du nombre d'hospitalisations

3.2.1.1 Recours spontanés

On observe, dans la grande majorité des cas, un recours direct sans avis médical préalable. Ainsi, selon la DREES, 70% des usagers des SU se présentent directement sans contact médical préalable même par téléphone, alors même qu'ils sont 87% à déclarer avoir un médecin traitant (donc non exclus du système de soins) [5].

Des chiffres similaires se retrouvent dans une autre étude : 73% des usagers se présentent dans un SU sans avoir vu de médecin au préalable alors qu'ils sont 89,3% à déclarer avoir un médecin traitant [10].

Il est à noter que ce taux de recours spontané est inversement proportionnel à l'âge, ainsi il concerne plus de 80% des patients de tranches d'âge inférieures à 50 ans, puis diminue fortement avec l'âge, au-delà de 80 ans plus des 2/3 des patients sont orientés par un médecin.

Une grande majorité des patients, près des 3/4, arrivent par leurs propres moyens, tendance confirmée également au niveau régional, où en 2016 72% des patients sont arrivés par un mode de transport personnel dans les SU alsaciens [3].

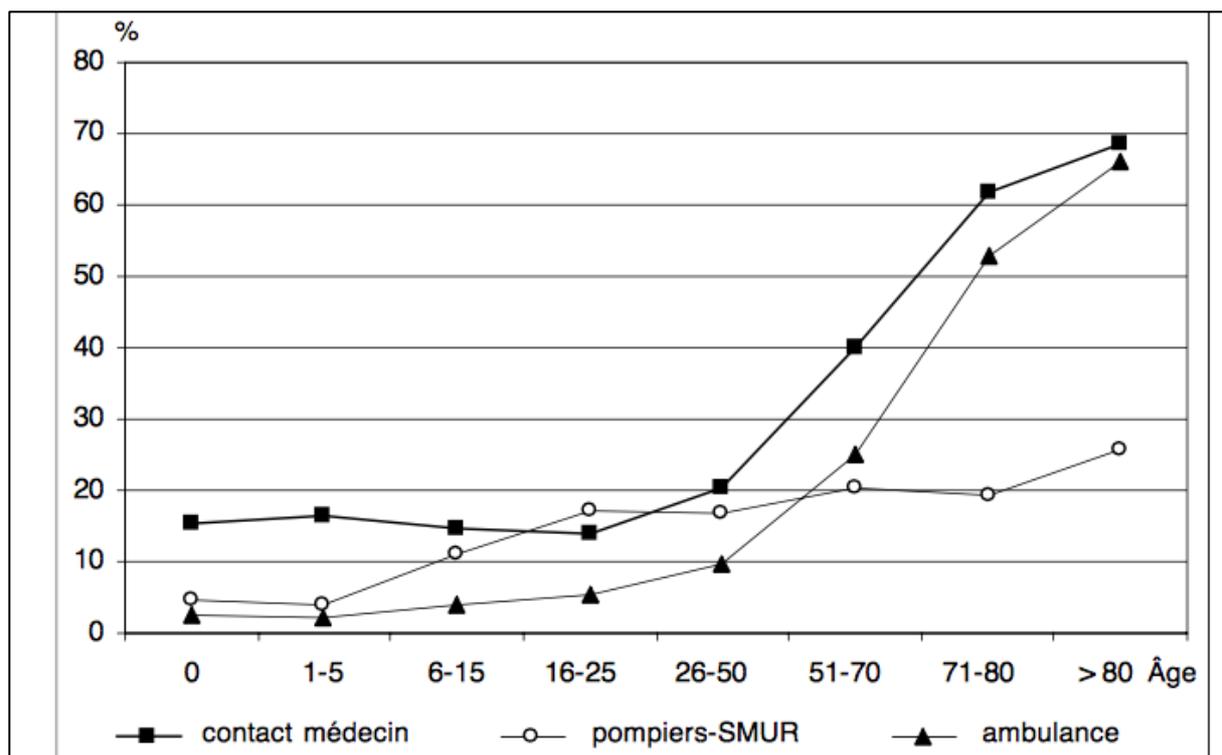


Figure 9 Absence de contact préalable avec un médecin et modes d'arrivée des patients aux urgences, selon l'âge.

Source : Enquête Usagers des services d'urgence, 2002.DREES

3.2.1.2 Gravité des cas pris en charge

En terme de gravité des cas pris en charge, et d'après une enquête de la DREES [5], l'état des patients a été réparti comme suit selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU), établie par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (Annexe 1).

CCMU 1 : 14%

CCMU 2 : 74%

CCMU 3 : 11%

CCMU 4 : 2%

CCMU 5 : 0,4%

Ainsi les patients se présentant aux SU avec un pronostic vital d'emblée engagé représenteraient moins de 2,5% des usagers pris en charge.

En Alsace, on retrouve des chiffres comparables concernant les patients CCMU 1 avec un taux de 16%, quant aux CCMU 4 et 5 ils correspondaient à 1% de l'activité des SU alsaciens en 2016 [3].

Quantitativement, les urgences vitales augmentent peu alors que la demande de soins d'urgence globalement s'emballe.

3.2.1.3 Devenir des patients

Seul 1 patient sur 5 est hospitalisé à la suite de son passage aux urgences, ainsi 16% des usagers retournent à domicile suite à une simple consultation et 65% d'entre eux après avoir eu un ou plusieurs examens [53][6].

Ce taux d'hospitalisation reste stable au cours du temps autour de 20% : stabilité de 1990 à 1998 avec 21,5% d'hospitalisation en 1998[54], 19% en 2003 [5], 20% en 2004 [53], 22% en 2011 [1].

Dans notre région, on retrouve des chiffres comparables quant aux nombres d'hospitalisation post urgences avec 23% en 2015 [55], et 19% en 2016 [3].

On observe donc une dissociation entre l'augmentation très rapide du nombre de consultations aux SU et la stagnation de nombre d'hospitalisation.

L'augmentation de la fréquentation des SU ne peut ainsi être attribuée à l'augmentation de la gravité des cas pris en charge.

De même, elle ne peut s'expliquer par la seule croissance démographique du pays, en effet entre 1996 et 2011, la population française passait de 59,5 millions à 65 millions d'habitants soit + 9,2% [56], à comparer au nombre d'admissions faites dans les SU sur cette même période, qui quant à lui a progressé de +85%, passant de 10 millions à 18,5 millions de passages.

3.2.2 Emergence de la notion d'usager abusif et de consultations inappropriées

Cette augmentation de la fréquentation des SU, ne pouvant être allouée ni à la croissance démographique, ni à l'augmentation de la gravité des cas pris en charge, a tendance à être attribuée à l'existence de nouveaux comportements des usagers.

Ces usagers recherchent un service de consultations non programmés pour des soins qui ne revêtent la plupart du temps pas un caractère d'urgence, comme en attestent les écrits du Conseil de l'Ordre : « *Les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toute heure pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence* » [57]. La mission première des SU s'en retrouve ainsi largement altérée.

De ce constat, apparaît la notion d'usager abusif et de consultations inappropriées aux SU.

Cette notion n'est en réalité pas nouvelle, en 1849, un auteur du Lancet se plaignait déjà de « *l'admission indiscriminée de patients au sein des institutions charitables* »[58].

Plus d'un siècle et demi plus tard, ce phénomène se retrouve au-devant de la scène médiatique : le patient est ainsi décrié comme ayant une attitude consumériste s'inscrivant dans un contexte global de consommation.

En 1993, dans le rapport sur la médicalisation des urgences [17], on pouvait lire « *les services d'urgences sont souvent considérés comme une sorte de supermarché pour examens complémentaires* ».

Les professionnels de santé évoquent eux « *une modification importante dans le profil et les demandes des patients reçus aux urgences, qui se trouvent de plus en plus souvent dans une quête d'immédiateté* » [2].

Le problème actuel pourrait être résumé ainsi, les SU feraient face à une demande accrue de recours pour des consultations inappropriées qui contribueraient à l'engorgement des urgences. Elles entraîneraient, par ailleurs, une surcharge en terme de dépenses de santé du fait qu'elles pourraient être prises en charge à moindre coût dans le secteur libéral.

La Cour des Comptes dans son rapport de 2014 [36] a ainsi établi qu'il existerait « *une réorientation éventuellement possible de l'ordre de 3,6 millions de passages annuels vers une prise en charge en ville* », estimant la possible économie associée à quelques 500 millions d'euros.

A défaut d'un consensus définissant ce qui relève de la médecine générale ou de la médecine d'urgence, rationnellement on peut admettre que les consultants pouvant être pris en charge par un médecin généraliste en ambulatoire sont les patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation, de soins ou de mise en place de thérapeutiques urgentes.

La classification CCMU semble donc être un bon indicateur dans le sens où elle permet d'évaluer les patients admis aux urgences tant sur le plan clinique qu'au niveau des soins engagés.

Ainsi, on peut considérer que les deux premiers degrés (CCMU 1 et 2) relèvent d'une prise en charge pré hospitalière.

Si l'on rajoute à ce critère (CCMU 1 et 2), le fait de ne pas avoir été adressé par un médecin, de ne pas être arrivé avec la police, et de ne pas être admis en hospitalisation après passage au SU, la population concernée représenterait 30% des admissions [4].

Les professionnels de santé, interrogés dans une étude, menée par le Collège de Médecine d'Urgence de la région PACA, évaluent eux en moyenne à 33% le nombre de recours aux urgences relevant de la médecine ambulatoire [7].

Ces estimations sont conformes à un certain nombre d'études de la littérature médicale étudiant la proportion de visites inappropriées aux SU [59][60][61][62][63] et sont également similaires à celle faite par la Cour des Comptes qui évalue que 35% des usagers admis aux SU auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste [2].

Mais tout comme il n'existe pas de gold standard de la définition de l'urgence, il paraît évident que définir ce qui est approprié ou non en terme de consultation aux urgences et ainsi de légitimer ou non un recours aux SU, est quasiment impossible.

Il existe beaucoup de critères pour déterminer si un recours aux SU est urgent ou non.

Parmi ces critères on peut citer :

- La durée des symptômes
- Le délai d'attente possible avant de voir un médecin
- L'évaluation médicale
- Les constantes vitales
- Le niveau de douleur
- La possibilité de survenue de complication
- Le ressenti d'urgence par le patient

Dans la littérature, le taux de consultations définies comme non urgentes peut ainsi varier de 4,8% à 90%, selon les critères utilisés [64].

D'autre part il y a une grande différence entre ce qui est non urgent et ce qui est inapproprié, ainsi il apparaît primordial de prendre en compte l'offre de soins.

Cette notion s'applique bien aux recours relevant de la petite traumatologie pour laquelle l'offre de recours en ville est quasiment inexistante. D'ailleurs pour les professionnels de santé des SU, les recours pour ce motif semblent tout à fait appropriés, bien que leur prise en charge ne présente pas de caractère urgent au sens vital du terme [7].

4 L'insuffisance d'offre de soins en libéral : une des causes d'accroissement du recours au SU ?

Outre la modification du comportement des usagers avec l'augmentation des demandes de soins « non urgentes », une autre hypothèse mise fréquemment en avant pour tenter d'expliquer l'encombrement auquel doivent faire face les SU est l'insuffisance d'offre de soins dans le secteur libéral.

4.1 Recours aux SU pendant les horaires d'ouverture des cabinets libéraux

Cette hypothèse est renforcée par le fait que la majorité des consultations dans ces services ont lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

En effet, les statistiques collectées par la DREES [5] comme par les Observatoires Régionaux des Urgences (ORU) [3] font apparaître que la majeure partie des passages aux SU a lieu aux horaires d'ouverture des cabinets de ville.

Selon l'étude menée par la DREES, le rythme des arrivées augmente rapidement à partir de 7h du matin, pour atteindre un premier pic de fréquentation entre 10h et 11h, diminution de la fréquentation aux horaires de la pause déjeuner, nouveau pic à 14h et dans une moindre mesure à 18h.

Seulement 21% des usagers ont recours aux SU la nuit (arrivée aux SU entre 20h et 8h, soit 50% du temps). La fréquentation est sensiblement équivalente le week-end et la semaine, avec 28% des recours ayant lieu le week-end (le week-end représentant 2 jours sur 7, soit « 28,5% de la semaine »).

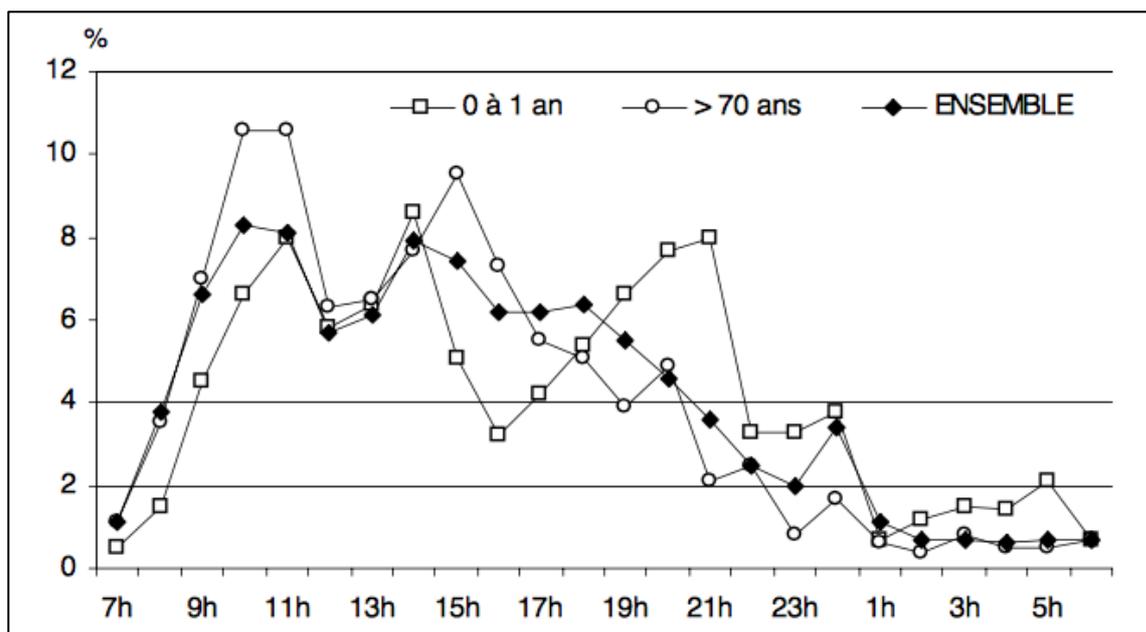


Figure 10 Horaires des arrivées aux urgences.

Source : Enquête Usagers des services d'urgence, 2002.DREES

Cette tendance est confirmée par l'ORU Grand Est, avec 27% des passages entre 20h et 8h et 30% de recours le week-end. Par ailleurs, on observe les mêmes pics de fréquentation en terme de tranche horaire dans notre région.

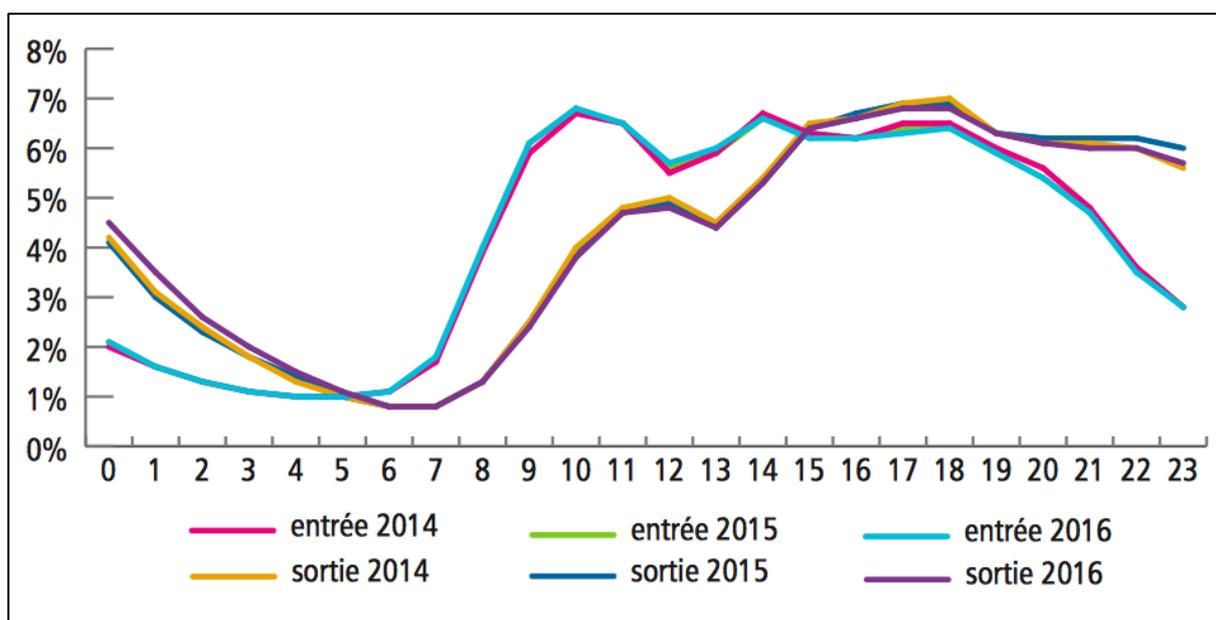


Figure 11 Répartition des passages par heure d'entrée et sortie Grand Est 2014-2016.

Source : Panorama urgences 2016 région Grand Est. Observatoire Régional des Urgences.

Parallèlement, l'association SOS Médecins, dont la mission première était d'assurer les prises en charge complémentaires de celles du médecin traitant, c'est-à-dire le soir et le week-end, a indiqué que son activité tendait à se modifier vers une activité en continu avec des pics d'appel intervenant entre 8 heures et 10 heures et entre 17 heures et 20 heures, soit avant et après les horaires de travail, mais aux horaires d'ouverture théoriques des cabinets libéraux [2].

Ainsi la part de l'activité de SOS Médecins aux heures d'ouverture des cabinets médicaux atteint 40 à 45 % du total de ses actes.

4.2 Le Service d'urgence : lieu de consultation par défaut organisationnel

Près d'1 patient sur 4 évoque des difficultés d'accessibilité du recours aux soins dans le secteur ambulatoire en décrivant une médecine ambulatoire incapable de répondre à une prise en charge rapide et efficace, en raison de l'indisponibilité des médecins de ville et des délais important pour l'obtention de rendez-vous [7].

Selon le panorama des établissements de santé 2014 publié par la DREES [65], l'absence d'autres solutions de prise en charge identifiées dans le parcours de médecine ambulatoire est avancée par 1 patient sur 5 pour légitimer son recours aux SU, ceux-ci déclarant explicitement être venus aux urgences par défaut.

Par ailleurs, 59% des usagers interrogés mettent en avant la commodité de recours aux SU comme un motif de leur présence dans le service. Parmi ces patients, 23% évoquent la possibilité de réaliser des examens complémentaires au sein du service, 22 % la proximité géographique de l'hôpital et enfin 12 % l'accès offert à un médecin spécialiste.

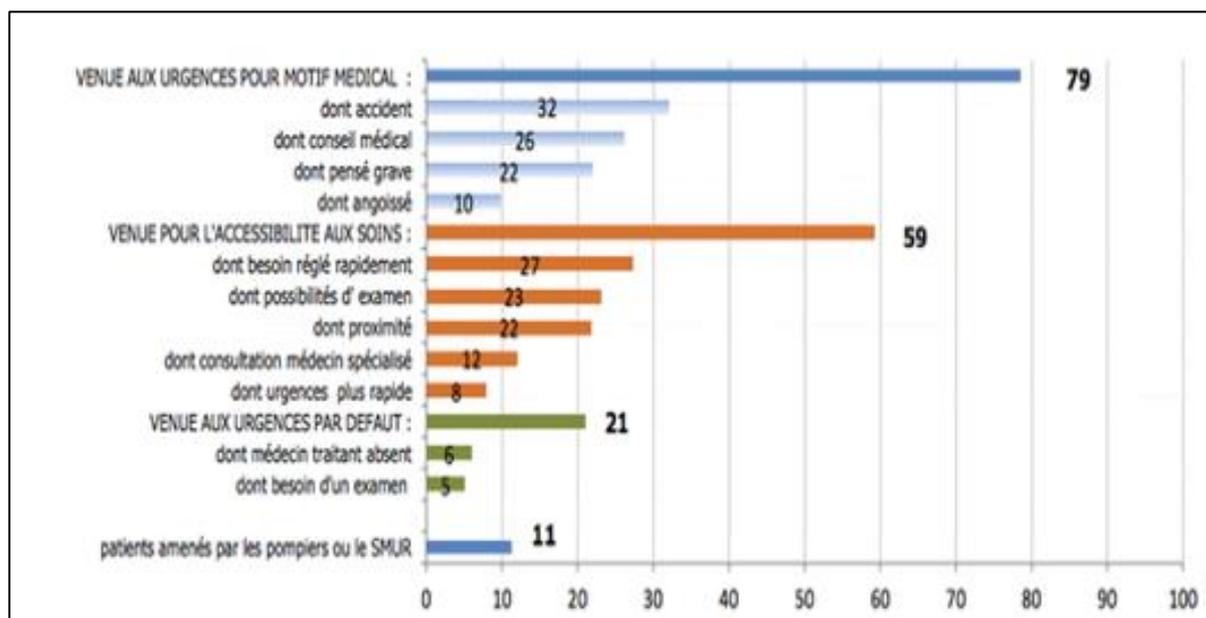


Figure 12 Motifs de recours aux urgences avancés par les patients.

Source : DREES, Panorama des établissements de santé 2014

Les professionnels de santé des SU eux aussi déplorent une organisation du secteur ambulatoire non adaptée en terme de délai de prise en charge des demandes de soins urgentes avec une gestion qui se fait de plus en plus sur rendez-vous [7].

Les nouveaux modes d'exercice de la médecine libérale : généralisation des rendez-vous, diminution du nombre de VAD, allongement des délais de rendez-vous, sont ainsi pointés du doigt par les patients et par les professionnels de santé des SU comme étant en partie responsable de l'accroissement de fréquentation des SU.

C'est dans ce contexte que nous avons mené une étude auprès des MG afin d'objectiver la prise en charge actuelle des SNP dans les cabinets de médecine générale en Alsace et l'impact éventuel des modes d'exercice des praticiens sur celle-ci.

PARTIE 2 : Etude et résultats

1 Matériel et Méthode

1.1 Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale de nature descriptive, auprès d'un échantillon de MG exerçant dans la région Alsace. Cette étude a été menée de manière conjointe avec l'ARS Grand Est, dans le cadre du projet d'écriture du cahier des charges régional de la PDSA Grand Est pour l'année 2018.

Le champ étudié était celui de la médecine générale dans la prise en charge des SNP en journée, en dehors des horaires de PDSA, c'est-à-dire les soins dispensés entre 8 h et 20 h en semaine, et le samedi matin.

1.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'analyser la prise en charge actuelle des SNP, en journée, dans les cabinets de médecine générale.

Nous avons donc cherché à :

- Etudier l'acceptation des demandes de SNP auprès des MG,
- Quantifier les demandes de SNP,
- Etudier les freins à leur prise en charge en libéral,
- Etudier les solutions permettant d'améliorer leur prise en charge en libéral d'après les MG.

L'objectif secondaire était d'étudier l'impact éventuel de certains facteurs propres aux praticiens sur la prise en charge des SNP : existe-t-il une différence dans la prise en charge des SNP en fonction du nombre d'années d'exercice du praticien ? de son sexe ? de son milieu d'exercice ? ou de son mode d'exercice ?

Le but sous-jacent était de répondre à la question suivante : la fréquentation des SU peut-elle être en partie imputable aux MG, selon l'hypothèse qu'ils délivreraient une offre de soins en urgence insuffisante dans le secteur libéral ?

1.3 Population étudiée et échantillon

La population étudiée était celle des MG exerçant dans un cabinet libéral sur le territoire du Haut Rhin et du Bas Rhin, sur la base du fichier remis par l'ARS.

Le champ géographique intéressait des territoires urbains et ruraux.

Le nombre de MG à interroger par secteur géographique pour obtenir un échantillon représentatif a été défini en amont par l'ARS (Annexe 2)

1.4 Recueil de données

Pendant deux semaines, du 16/10/17 au 31/10/17, des MG alsaciens, exerçant en libéral, ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire spécifique (Annexe 3).

Nous avons choisi de réaliser une enquête quantitative en utilisant des questions avec choix prédéfinis afin de faciliter les réponses et leur analyse.

Pour recueillir les réponses rares ou imprévues, nous avons prévu d'insérer une réponse ouverte « si autre précisez... » pour quatre items.

Le questionnaire utilisé regroupait 14 items et les points d'intérêt explorés à travers celui-ci étaient :

- Les modalités d'exercice du praticien interrogé : travail seul ou en association, modalités de prise en charge des appels au cabinet, mode de consultation, période de forte affluence au sein du cabinet.
- La prise en charge effective des SNP : quantification de la demande, modalités de prise en charge au sein du cabinet, freins à leur prise en charge, modalités de réorientation du patient en cas d'impossibilité de réponse à la demande, solutions permettant d'améliorer la situation.

Le temps de réponse à tout le questionnaire était d'environ 4 à 5 minutes.

Il s'agissait d'une enquête téléphonique réalisée par un enquêteur de la société Decryptis.

Dans un second temps, les caractéristiques de la population étudiée ont été complétées a posteriori :

- Le lieu d'exercice a été réparti en milieu rural ou urbain selon la commune d'exercice des praticiens en se référant à la base des unités urbaines proposée par l'INSEE [66]. Selon ce référentiel, une unité urbaine est définie comme « *une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres* ».
- Le nombre d'années d'exercice des praticiens a été estimé à partir de la date de création d'entreprise du praticien correspondant à la date de début d'activité en médecine libérale. Ces informations ont été retrouvées à partir de la base Sirene des Entreprises et de leur Etablissement (SIREN, SIRET), accessible sur le site du gouvernement data.gouv.fr.

1.5 Analyse statistique des données

L'analyse des données correspondait à une analyse descriptive.

Le descriptif des variables quantitatives consistait essentiellement en la moyenne.

Le descriptif des variables qualitatives était le pourcentage de chaque modalité dans l'échantillon. Ces variables ont été comparées en analyse univariée par un test de Chi deux, quand les conditions de validité de ce test étaient respectées ou un test de Fisher si l'effectif du groupe étudié était insuffisant.

Le logiciel de statistiques utilisé était celui développé par le Groupe de Méthodes en Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg GMRC Shiny Stats.

Des différences ont ainsi été recherchées entre les réponses au questionnaire en fonction des caractéristiques suivantes relatives aux MG :

- Milieu d'exercice rural ou urbain
- Sexe des médecins interrogés
- Nombre d'années d'exercice des praticiens
- Activité réalisée seul ou en association
- Mode de consultation : créneaux de consultations libres ou rendez-vous exclusifs.

Ces différences ont été considérées comme statistiquement significatives, si $p < 0.05$.

L'analyse statistique des données a été validée par le Docteur Meynaud-Kraemer, responsable du département d'information médicale à l'hôpital de Sélestat.

2 Résultats

2.1 Description de la population

L'échantillon était de 445 médecins généralistes. Les caractéristiques de la population étudiée sont rapportées dans le tableau 1.

	N (total = 445)	%
Sexe		
Femme	159	35.7
Homme	286	64.3
	(Sexe ratio = 1.8)	
Département d'exercice		
Bas Rhin	285	64
Haut Rhin	160	36
Type de lieu d'exercice		
Rural	60	13.5
Urbain	385	86.5
Nombre d'années d'exercice		
<5 ans	20	4.5
5-10 ans	54	12.1
10-20 ans	80	18
>20 ans*	291	65.4
* parmi eux, 135 praticiens (30,3% de l'effectif total) ont 30 ans d'exercice ou plus		

Tableau 3 Caractéristiques des médecins répondants

	<10ans		10-20 ans		>20ans	
	N	%	N	%	N	%
Homme	29	39,2	37	46,3	220	75,6
Femme	45	60,8	43	53,8	71	24,4
	74		80		291	

Tableau 4 Répartition Homme/Femme en fonction du nombre d'années d'exercice

2.2 Modalités d'exercice

2.2.1 Panorama général



Figure 13 Répartition des MG selon le mode d'exercice seul ou en association N=445

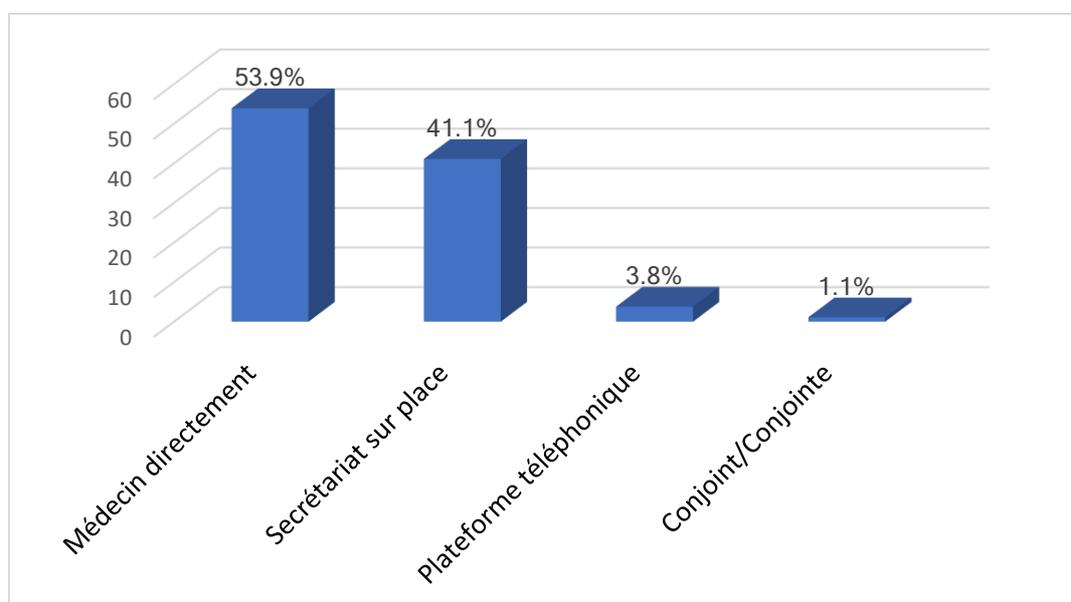


Figure 14 Gestion des appels au cabinet médical N=445

Les médecins exerçant en association disposaient d'un secrétariat sur place dans 55,8% des cas contre 17,9% chez les médecins exerçant seuls.

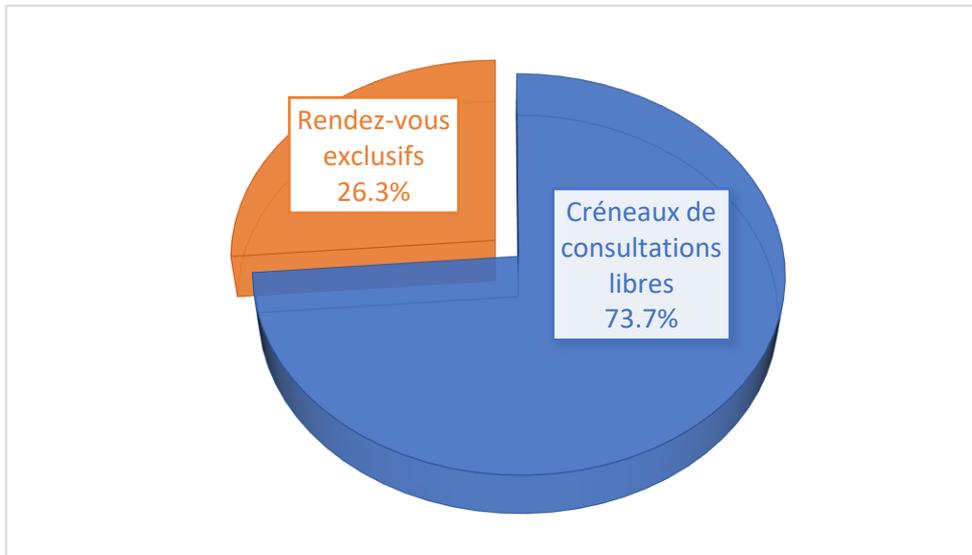


Figure 15 Répartition des MG selon leur mode de consultations N=445

Concernant les MG ayant déclaré disposer de créneaux de consultations libres, ils proposaient une moyenne de 8.5 créneaux d'une demi-journée de consultations libres sur la semaine. 21.8% des médecins (n=97) ont déclaré disposer de créneaux identifiés réservés aux VAD. A noter, qu'aucun MG exerçant sur rendez-vous exclusifs ne disposait de créneaux identifiés dans son emploi du temps pour les VAD.

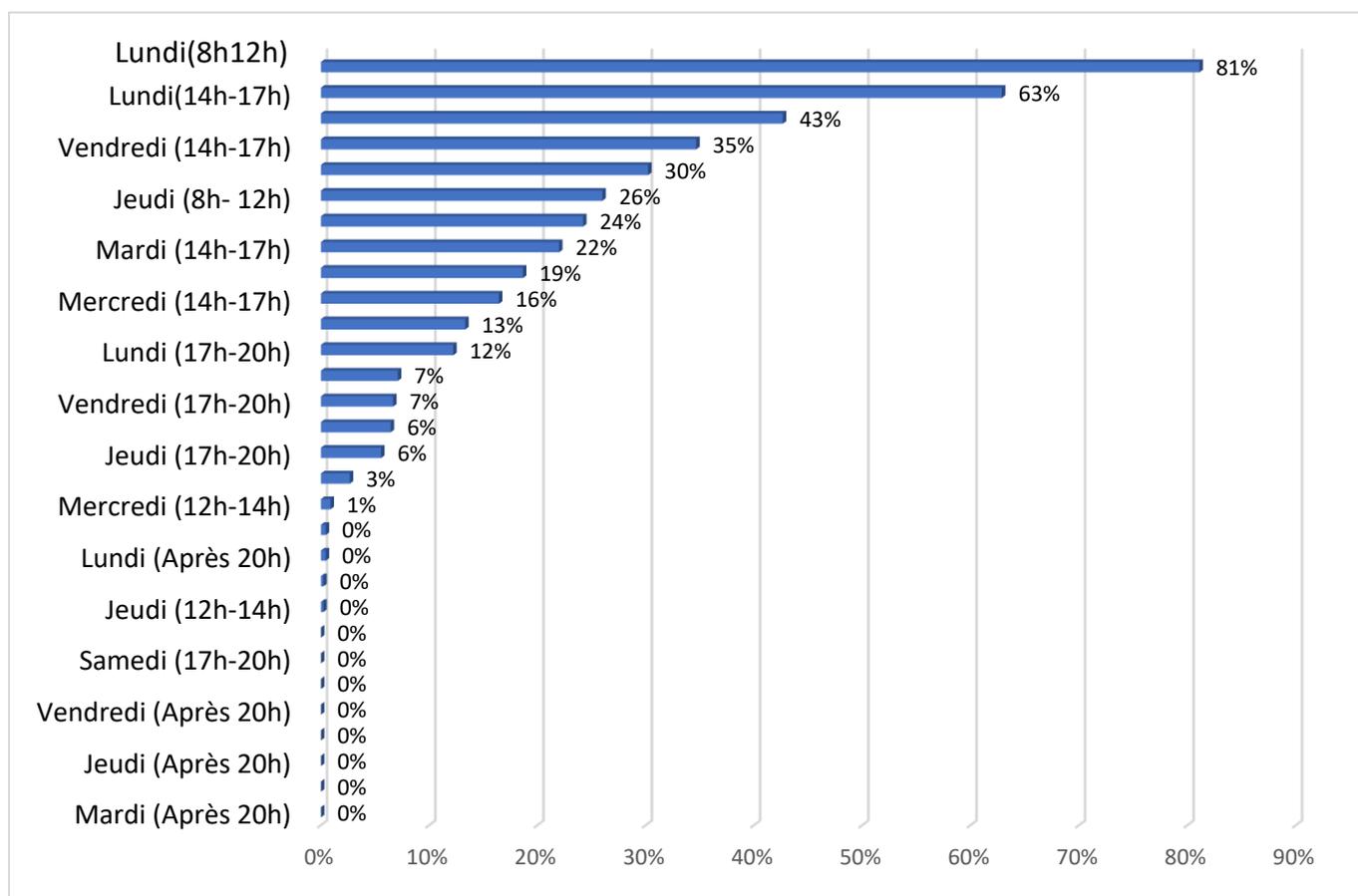


Figure 16 Créneaux de forte affluence

Les créneaux les plus cités en tant que créneaux de forte affluence étaient les suivants :

- Lundi 8H-12H cité par 81% des MG
- Lundi 14H-17H cité par 63% des MG
- Vendredi 8H-12H cité par 43% des MG
- Vendredi 14h-17h cité par 35% des MG

Le samedi matin comme créneau de forte affluence cité par 13% des participants, est à mettre en rapport avec le nombre de praticiens travaillant effectivement sur cette période : sur les 445 médecins constituant l'échantillon, 66.5% (n=296) ont déclaré travailler le samedi matin. 17.6% des médecins travaillant le samedi matin (n=52), ont identifié cette matinée comme une période de forte affluence au sein de leur cabinet.

2.2.2 Modalités d'exercice en fonction du lieu d'exercice

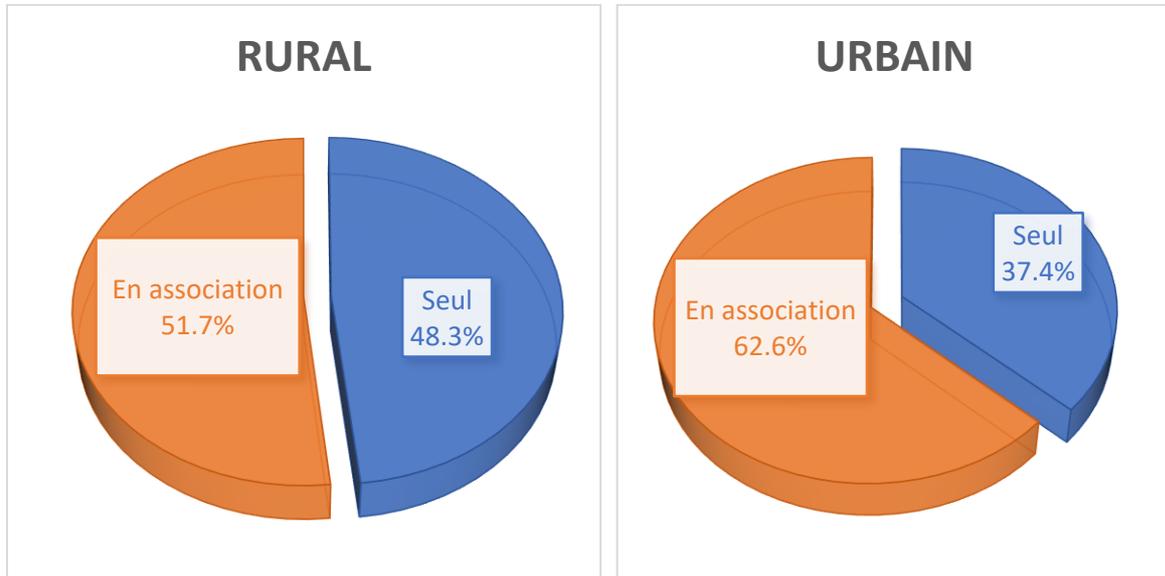


Figure 17 Répartition des MG selon leur mode d'exercice en fonction du milieu d'exercice rural/urbain N=445

Le mode d'exercice ne variait pas significativement en fonction du milieu d'exercice ($p=0.11$ test du Chi deux).

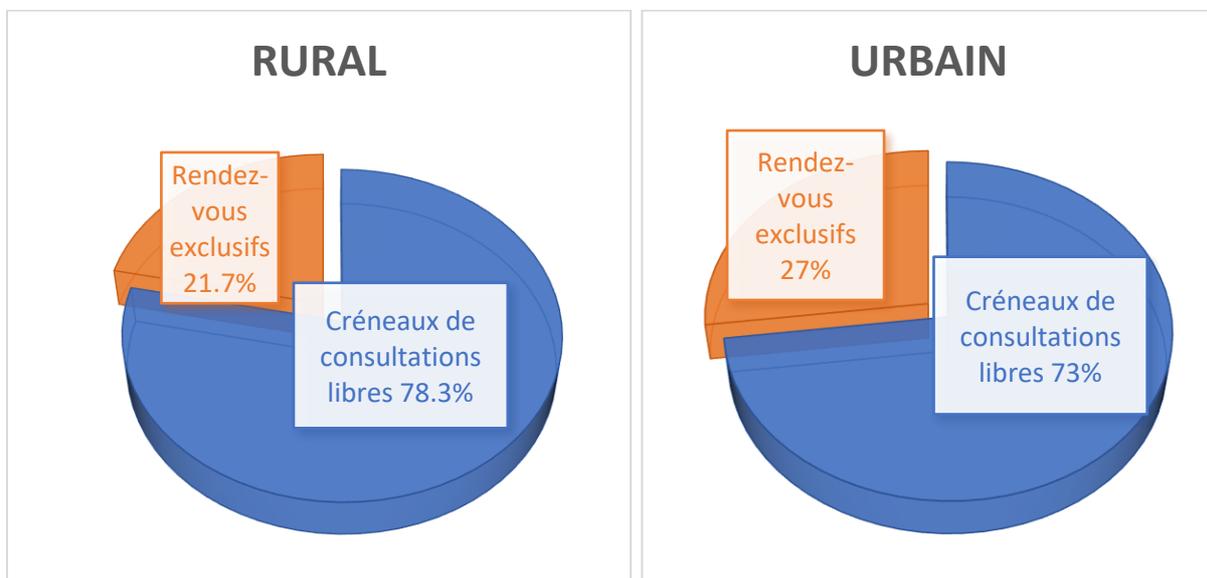
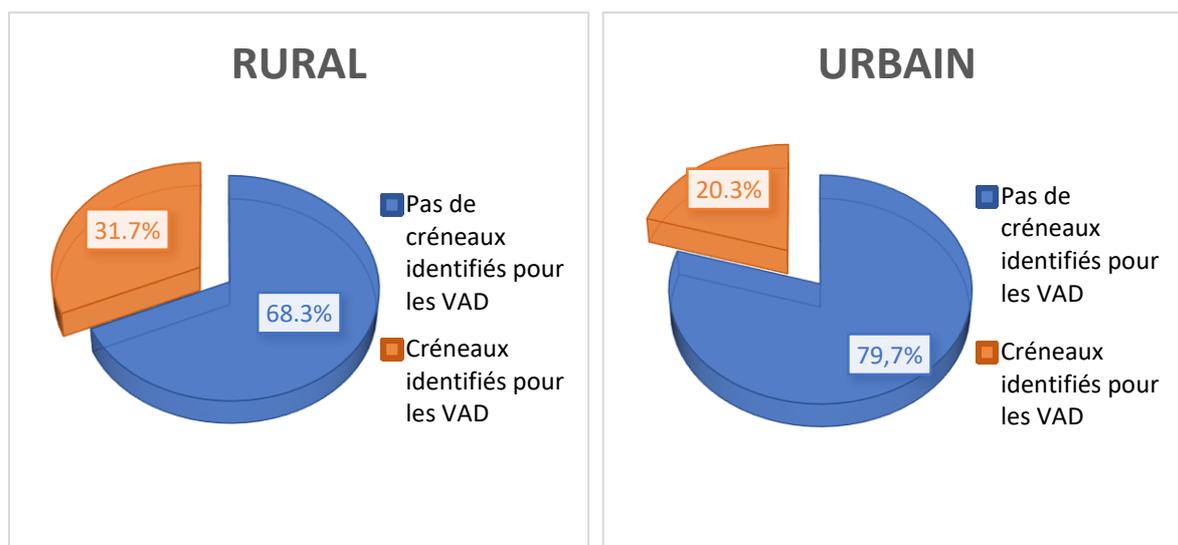


Figure 18 Répartition des MG selon leur mode de consultation en fonction du milieu d'exercice N=445

Le mode de consultation ne variait pas significativement selon le milieu d'exercice ($p=0.38$ test du Chi deux).



VAD : Visite à domicile

Figure 19 Répartition des MG en fonction de l'existence ou non de créneaux identifiés pour les VAD selon le milieu d'exercice N=445

Nous avons observé une « tendance » concernant les MG exerçant en milieu rural à être plus nombreux à avoir des créneaux identifiés pour les VAD comparativement aux MG exerçant en milieu urbain, sans qu'une différence significative ait pu être mise en évidence ($p=0.05$ test du Chi deux).

2.2.3 Modalités d'exercice en fonction du sexe

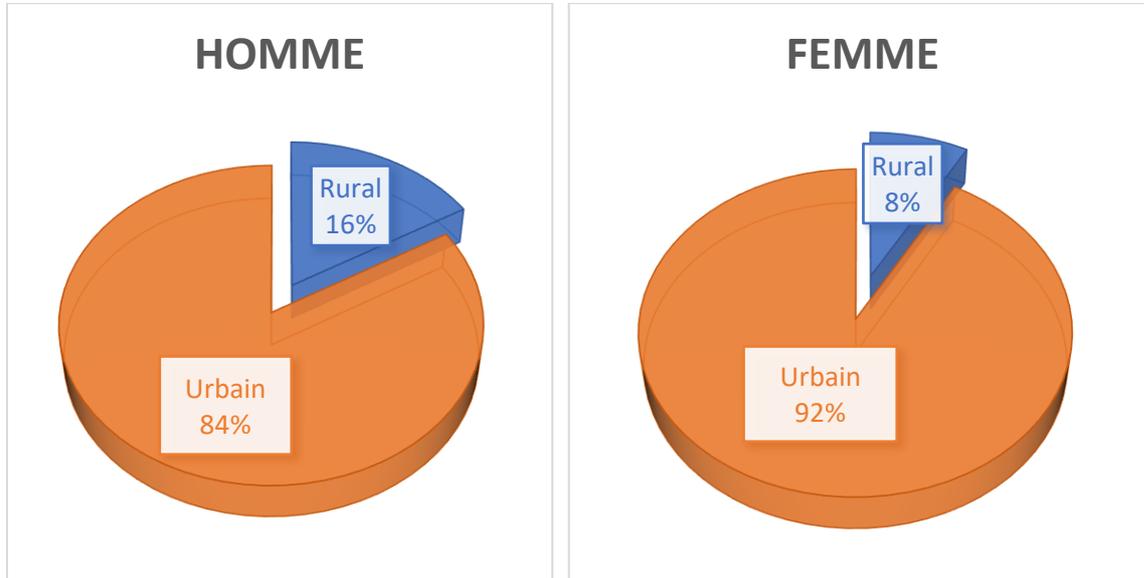


Figure 20 Répartition des MG selon leur milieu d'exercice en fonction du sexe

Les femmes exerçaient significativement moins en milieu rural que les hommes (test du Chi deux $p=0.01$).

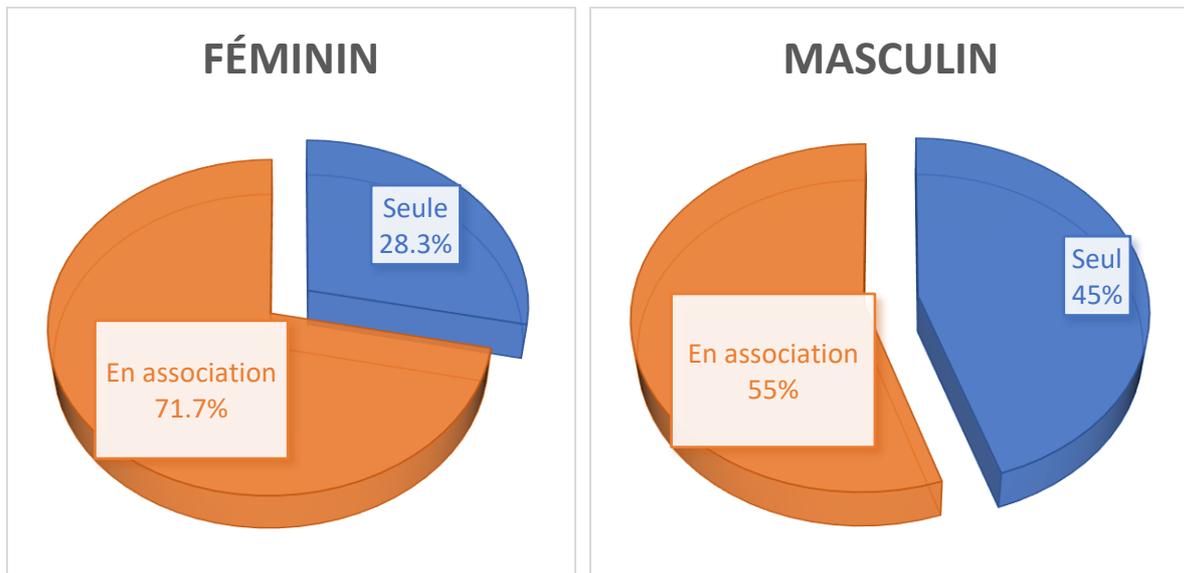


Figure 21 Répartition des MG selon leur mode d'exercice en fonction du sexe N=445

Les femmes exerçaient significativement plus souvent en association que seules par rapport aux hommes ($p = 0.00$ test du Chi deux).

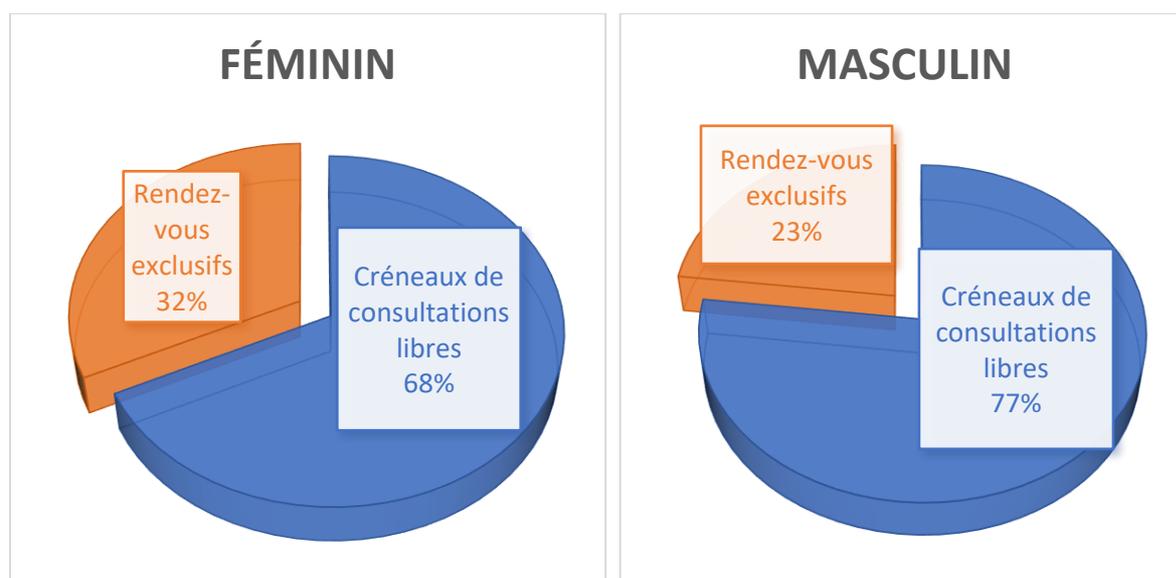


Figure 22 Répartition des MG selon leur mode de consultation en fonction du sexe N=445

Les femmes étaient significativement plus nombreuses à travailler sur rendez-vous exclusifs comparativement aux hommes qui étaient plus nombreux à proposer des créneaux de consultations libres ($p = 0.04$ test du Chi deux).

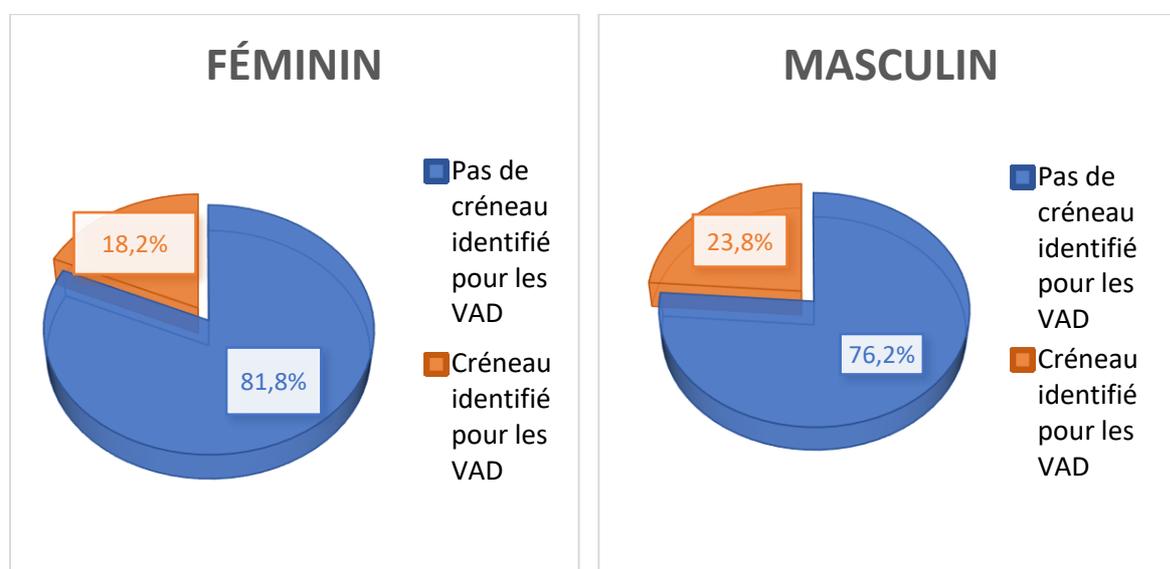


Figure 23 Répartition des MG en fonction de l'existence ou non de créneaux identifiés pour les VAD selon le sexe N=445

Il n'existait pas de différence significative entre hommes et femmes concernant le fait de proposer des créneaux identifiés pour les VAD ($p = 0,18$ test du Chi deux).

2.2.4 Modalités d'exercice en fonction des années d'exercice

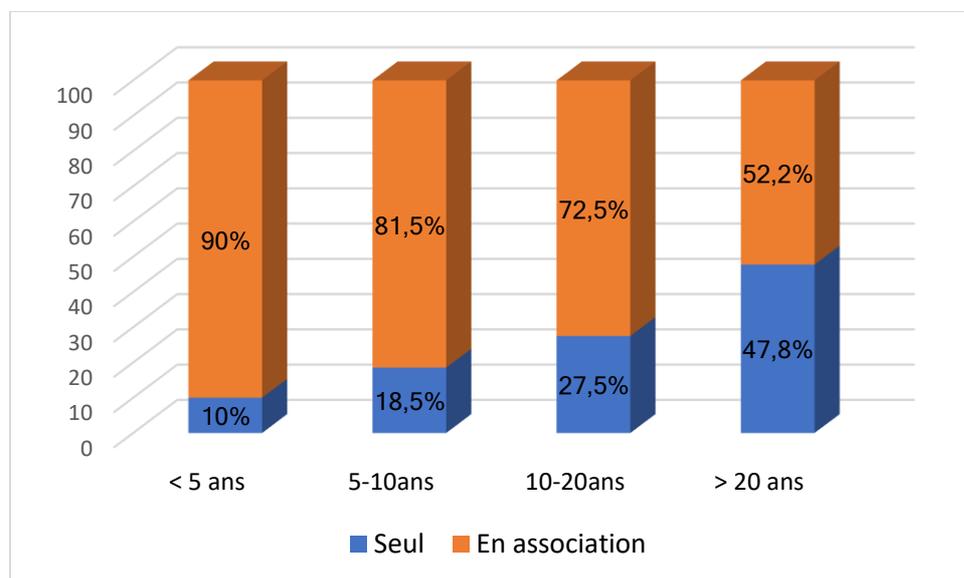


Figure 24 Répartition des MG selon leur mode d'exercice en fonction du nombre d'années d'exercice N=445

Nous avons pu observer que moins les médecins bénéficiaient d'années d'exercice, plus ils travaillaient en association, et ce de manière significative ($p = 0,00$ test du Chi deux).

La tendance à exercer seul augmentait progressivement avec les années d'exercice.

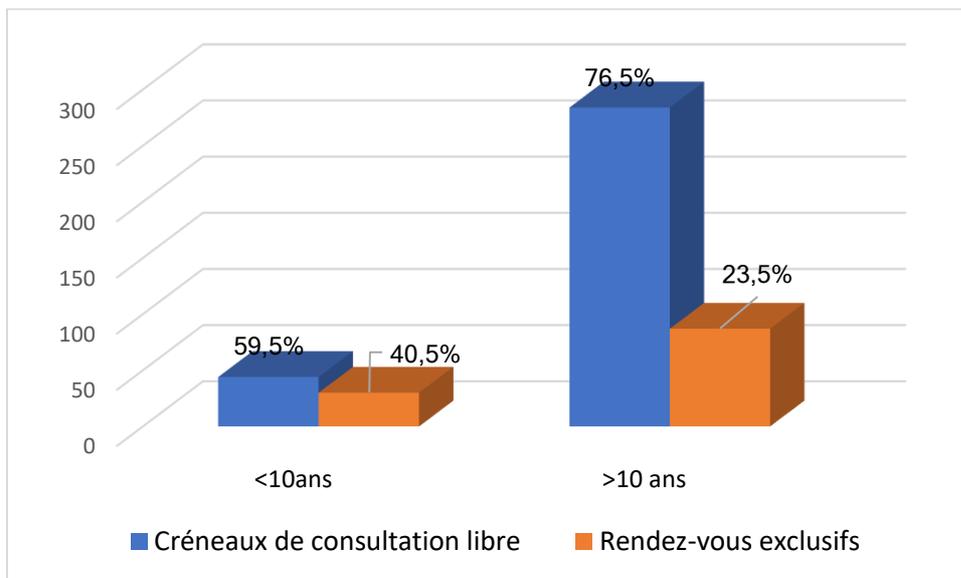
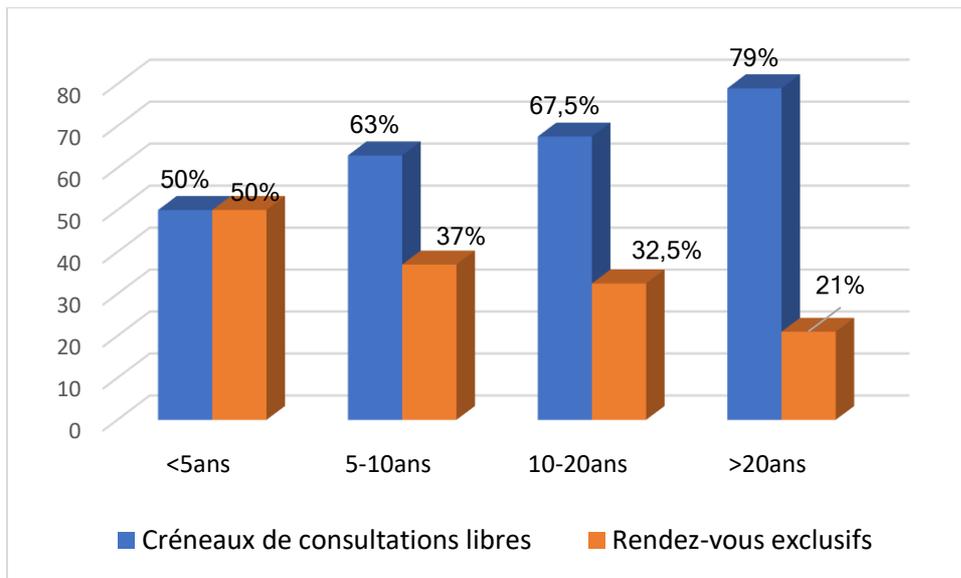


Figure 25 Répartition des MG selon leur mode de consultation en fonction des années d'exercice
N=445

Les MG bénéficiant de moins d'années d'exercice, étaient significativement plus nombreux à travailler exclusivement sur rendez-vous, avec une diminution progressive de cette tendance avec l'augmentation du nombre d'années d'exercice ($p=0.00$ test du Chi deux).

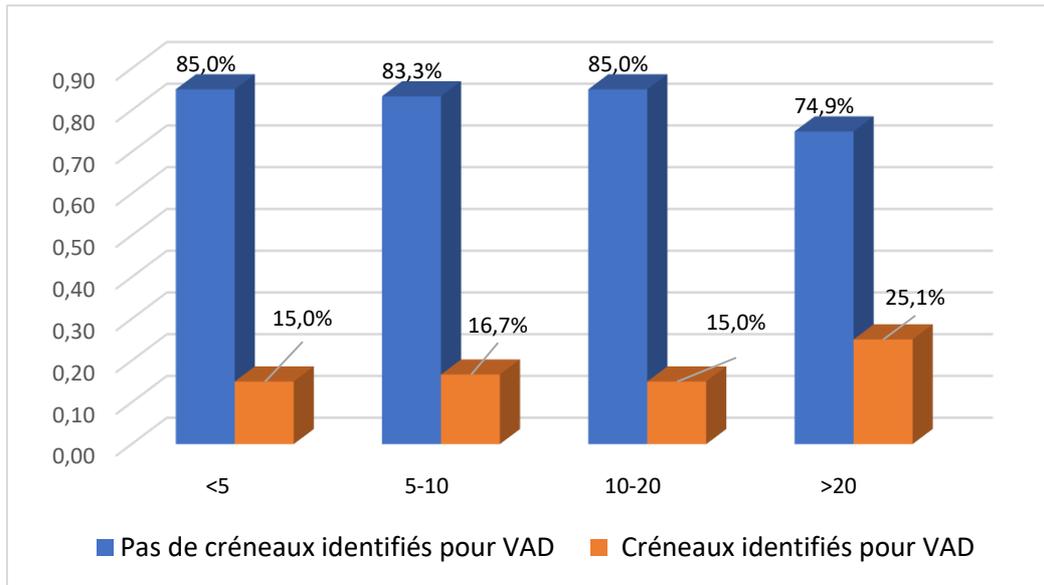


Figure 26 Répartition des MG en fonction de l'existence ou non de créneaux identifiés pour les VAD en fonction des années d'exercice N=445

Par ailleurs, il n'existait pas de différence significative en fonction du nombre d'années d'exercice concernant le fait de disposer ou non de créneaux identifiés pour la réalisation des VAD ($p=0,16$ test de Fisher).

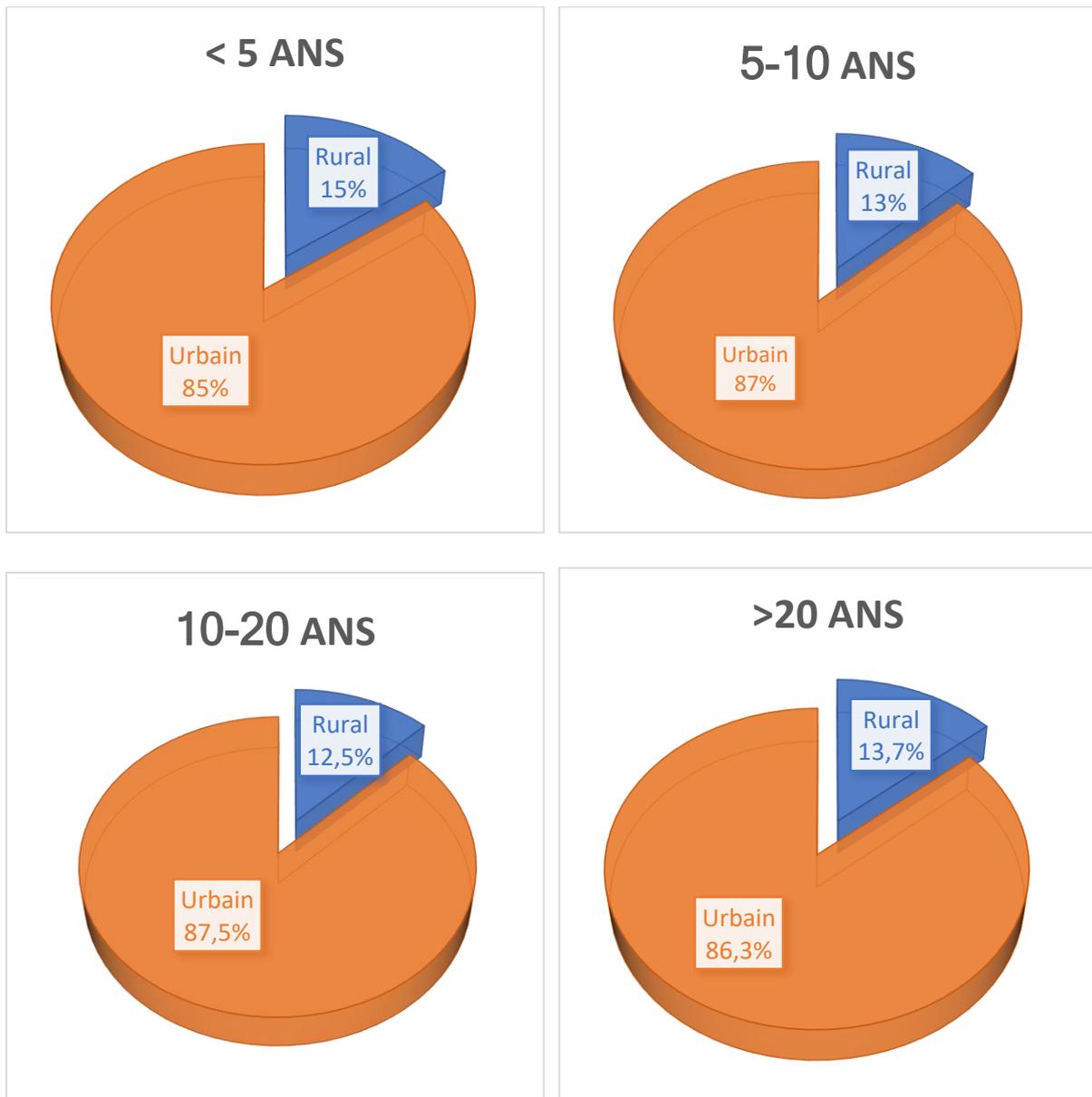


Figure 27 Répartition des MG selon leur milieu d'exercice en fonction du nombre d'années d'exercice

Il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant le milieu d'exercice en fonction du nombre d'années d'exercice ($p=0,98$ test de Fisher).

2.2.5 Modalité d'exercice en fonction du mode d'exercice seul ou en association

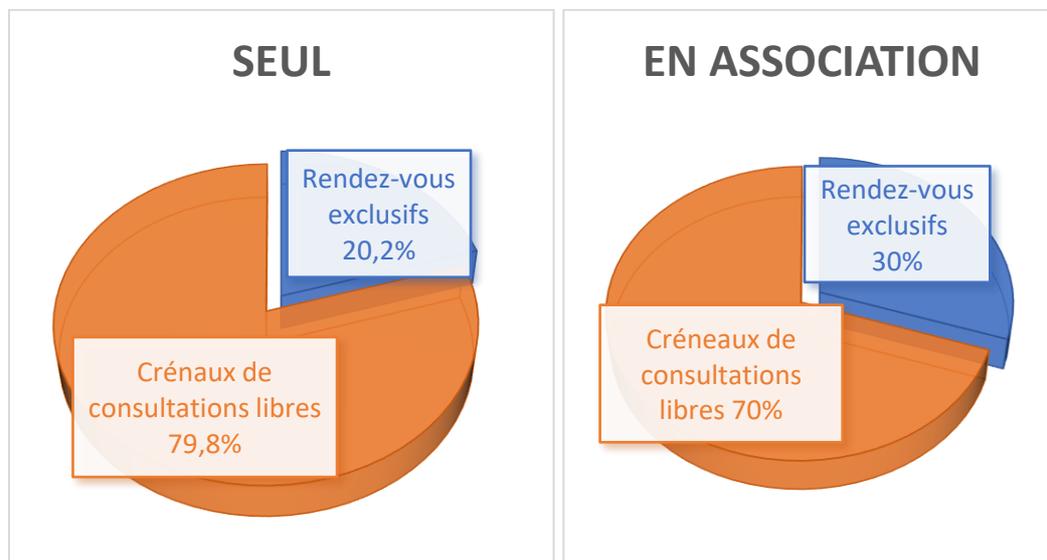


Figure 28 Répartition des MG selon leur mode de consultation en fonction du mode d'exercice N=445

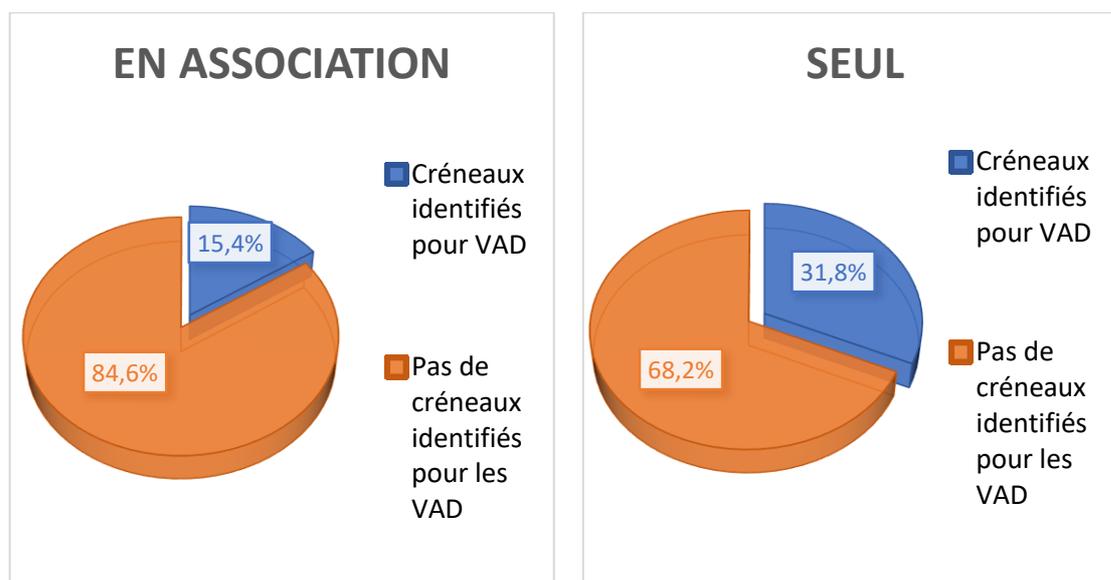


Figure 29 Répartition des MG en fonction de l'existence ou non de créneaux identifiés pour les VAD en fonction du mode d'exercice N=445

Les MG travaillant dans un cabinet d'association, consultaient significativement plus sur un mode de rendez-vous exclusifs ($p=0,02$ test du Chi deux) et étaient significativement moins nombreux à disposer de créneaux identifiés pour les VAD par rapport à leurs confrères exerçant seuls ($p=0,00$ test du Chi deux).

2.3 Acceptation de la prise en charge des demandes de SNP

97.8% des médecins interrogés (n=435) ont déclaré accepter de voir les patients pour des demandes de SNP au sein de leur cabinet contre 2,2% (n=10) ayant affirmé rejeter toute demande de SNP.

N=445	MG refusant systématiquement les SNP (N=10)	MG acceptant les SNP (N=435)	p (test de Fisher)
Milieu d'exercice			
Rural	0	60	p=0.37
Urbain	10	375	
Sexe			
Féminin	3	156	p=1.00
Masculin	7	279	
Nombre d'années d'exercice			
< 5ans	2	18	p=0.07
5-10ans	1	53	
10-20ans	0	80	
>20ans	7	284	

N=445	MG refusant systématiquement les SNP (N=10)	MG acceptant les SNP (N=435)	Test de Fisher p
Mode d'exercice			
Seul	3	170	p=0.75
En association	7	265	
Mode de consultation			
Créneaux de consultations libres	4	324	p=0.02
Rendez-vous exclusifs	6	111	
Créneaux identifiés pour VAD			
Oui	0	97	p=0.13
Non	10	338	

Tableau 5 Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des médecins refusant toute demande de SNP par rapport aux médecins acceptant des SNP N=445

Le refus systématique de prise en charge des SNP était significativement plus élevé chez les MG exerçant uniquement sur rendez-vous par rapport aux MG proposant des créneaux de consultations libres (p=0.02 test de Fisher).

Les autres caractéristiques sociodémographiques étudiées n'influençaient pas de manière significative le refus systématique de la prise en charge des SNP. A noter tout de même, que parmi les MG refusant de manière systématique les SNP, tous exerçaient en milieu urbain et aucun ne disposait de créneaux identifiés pour les VAD.

Parmi les MG acceptant de base les SNP (N=435), 81,1% (n=353), ont déclaré ne jamais en refuser, 18,9% (n=82) parfois.

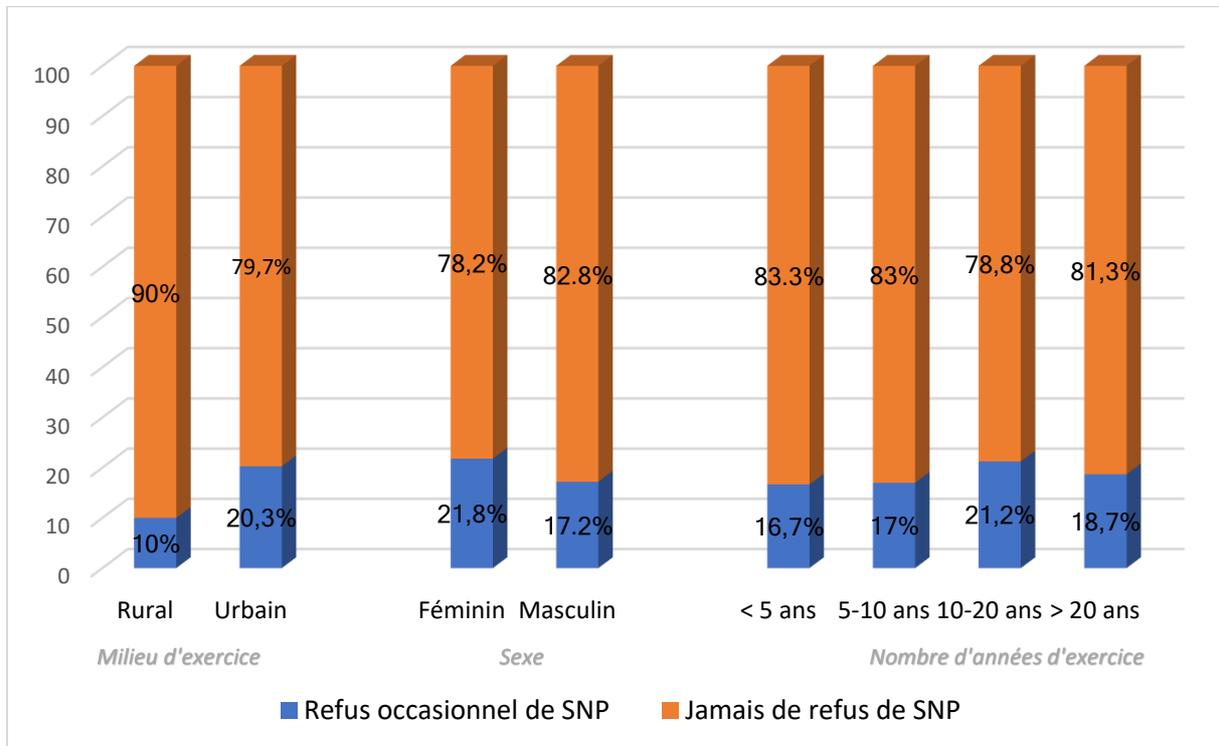


Figure 30 Répartition des MG selon le refus occasionnel ou non des demandes de SNP en fonction du milieu d'exercice, du sexe, et des années d'exercice N=435

Le taux de refus occasionnel, parmi les MG acceptant de base leur prise en charge, ne variait pas significativement en fonction du milieu d'exercice ($p=0.06$ test du Chi deux), du sexe ($p=0.24$ test du Chi deux) ou du nombre d'années d'exercice des MG ($p=0.94$ test de Fisher).

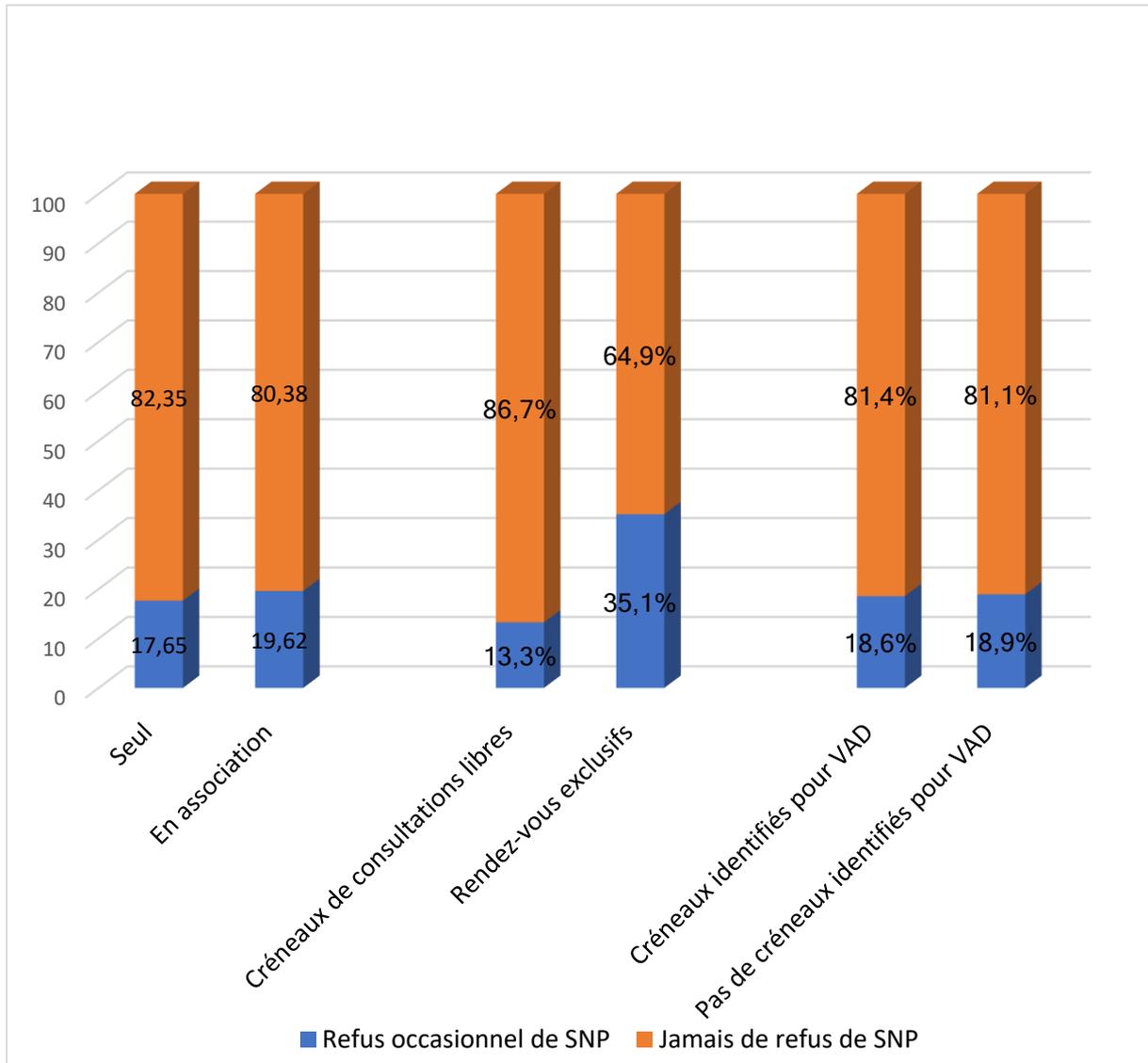


Figure 31 Répartition des MG selon le refus occasionnel ou non des demandes de SNP en fonction de leurs modalités d'exercice N=435

Le taux de refus occasionnel, parmi les MG acceptant de base leur prise en charge était significativement plus important chez les MG exerçant uniquement sur rendez-vous ($p=0.00$ test du Chi deux).

Il ne variait pas significativement en fonction du mode d'exercice seul/en association ($p=0.71$ test Chi deux) ou du fait de posséder des créneaux identifiés pour les VAD ($p=0.93$ test du Chi deux).

2.4 Quantification du nombre de demandes de SNP prises en charge

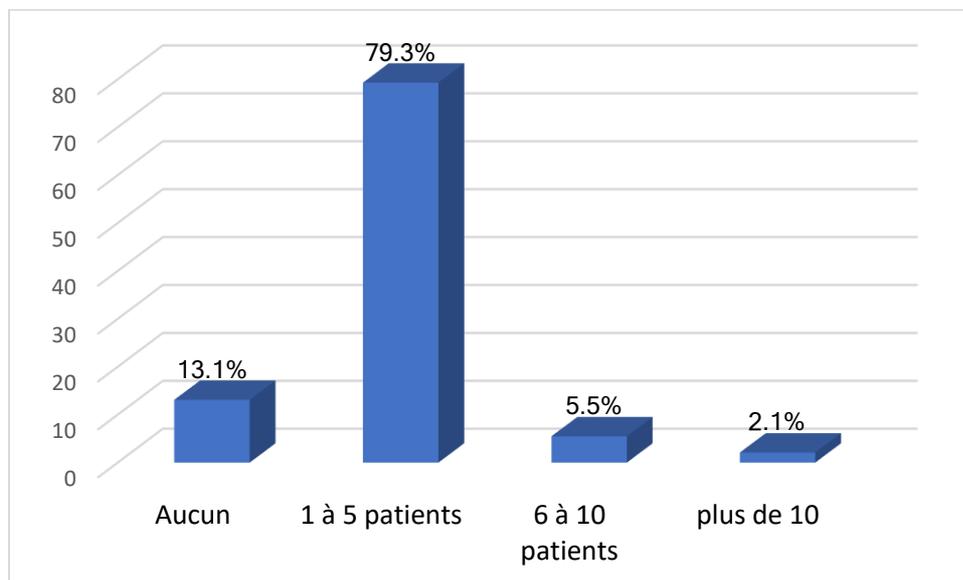


Figure 32 Nombre de demandes de SNP prises en charge en moyenne par jour N= 435

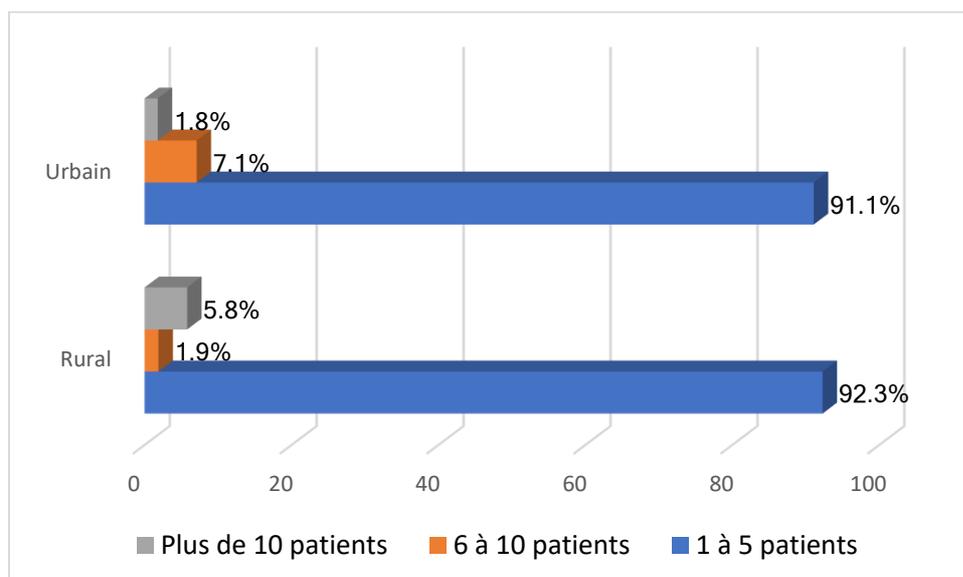


Figure 33 Répartition du nombre de demandes de SNP prises en charge en moyenne par jour en fonction du milieu d'exercice N=378

Il n'existait pas de différence significative dans le nombre de demandes de SNP prises en charge en moyenne selon le milieu d'exercice rural/urbain ($p = 0.10$ test de Fisher).

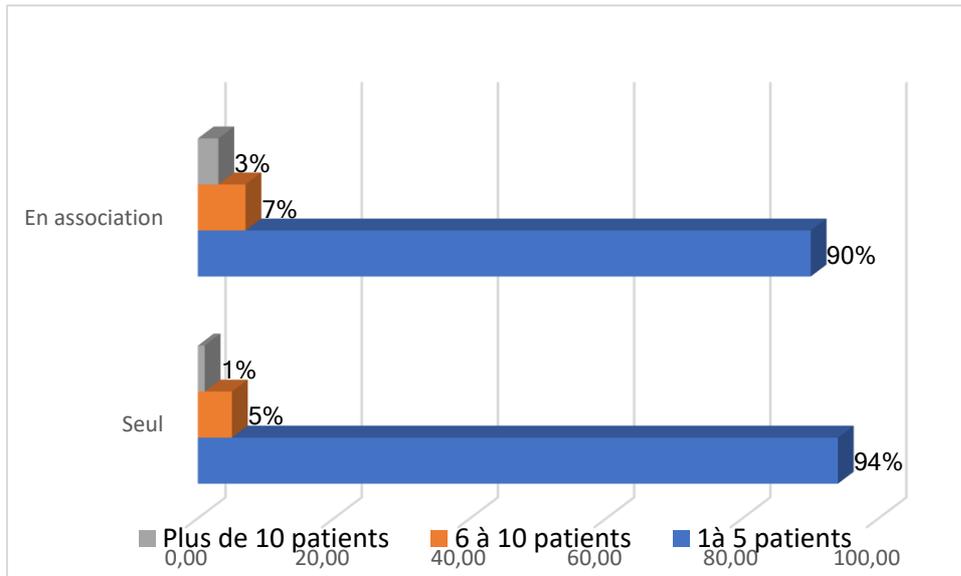


Figure 34 Répartition du nombre de demandes de SNP prises en charge en moyenne par jour en fonction du mode d'exercice N=378

Il n'existait pas de différence significative dans le nombre de demandes de SNP prises en charge en moyenne selon le mode d'exercice seul/en association ($p=0.83$ test de Fisher).

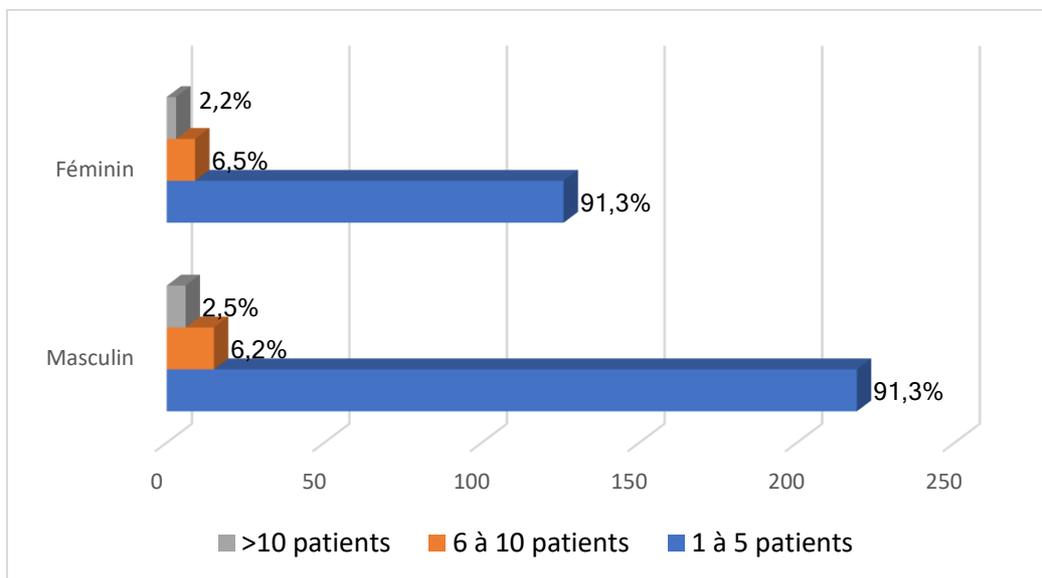


Figure 35 Répartition du nombre de demandes de SNP prises en charge en moyenne par jour en fonction du sexe N=378

Il n'existait pas de différence significative dans le nombre de demandes de SNP prises en charge en moyenne selon le sexe ($p=0,92$ test de Fisher).

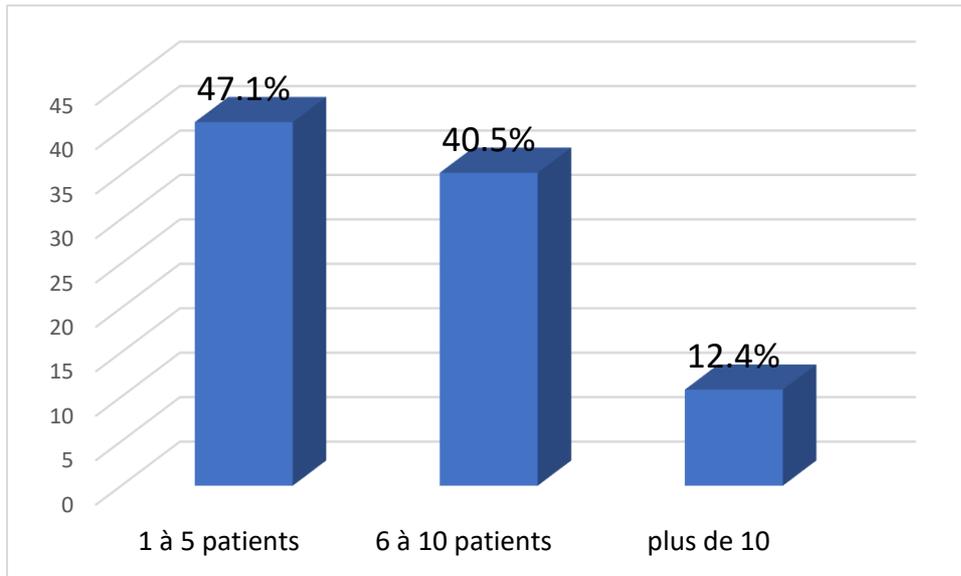


Figure 36 Nombre maximal de demandes de SNP prises en charge par jour N=378

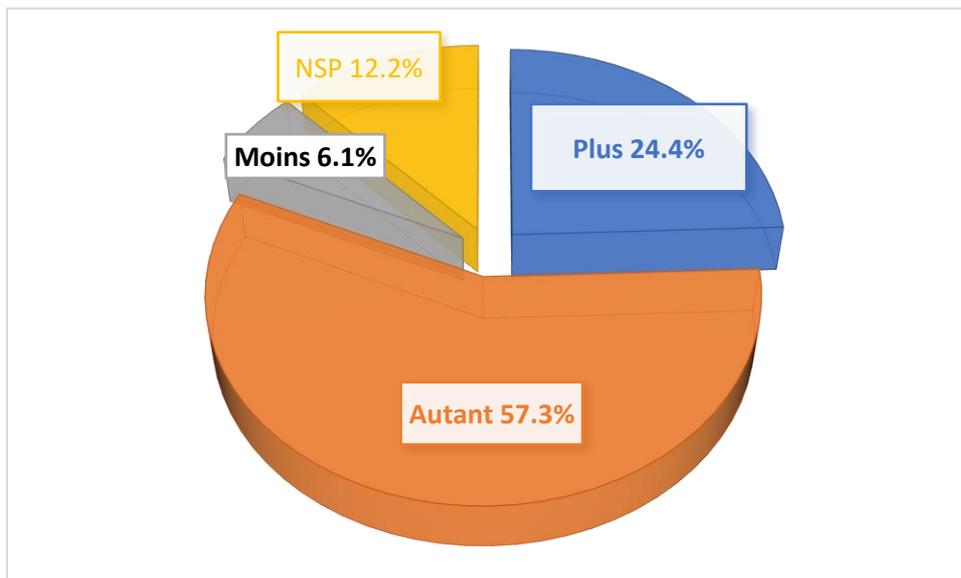


Figure 37 Estimation par les MG de l'évolution du nombre de leur refus de prise en charge de demande de SNP N = 82

Parmi les MG acceptant de base la prise en charge des SNP et à qui il arrivait occasionnellement d'en refuser, seuls 24.3% (n=20) estimaient en refuser plus que par le passé.

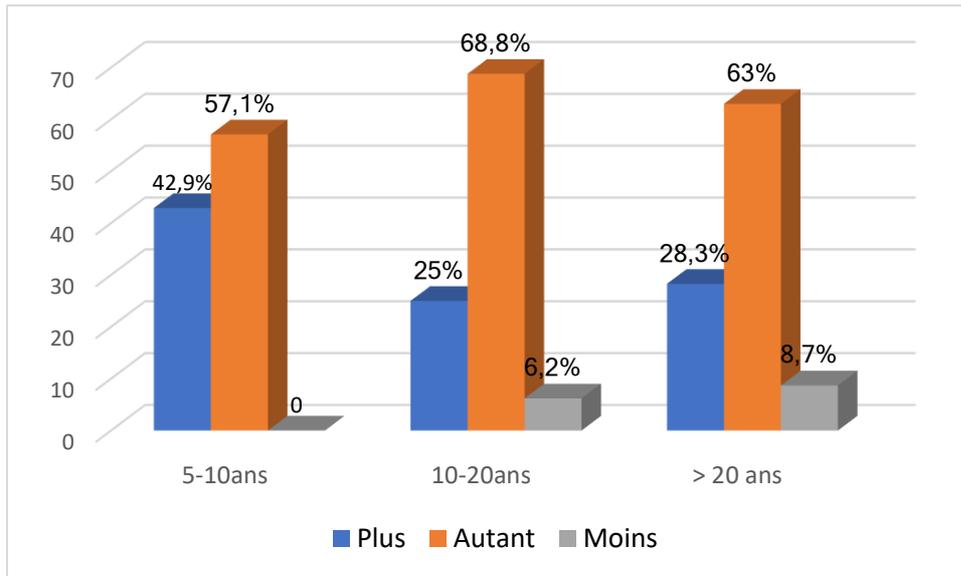


Figure 38 Estimation de l'évolution du nombre de refus de SNP en fonction du nombre d'années d'exercice N=69

L'estimation de l'évolution du nombre de refus de SNP ne variait pas significativement en fonction du nombre d'années d'exercice ($p= 0.96$ test de Fisher).

2.5 Modalités de prise en charge des SNP

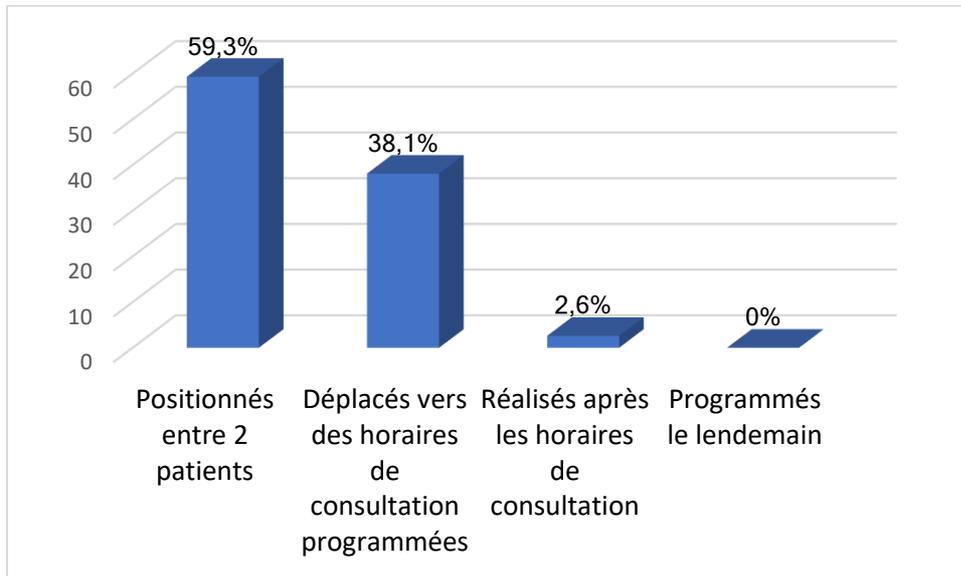


Figure 39 Modalités de prise en charge des SNP N=378

2.6 Freins à la prise en charge des SNP

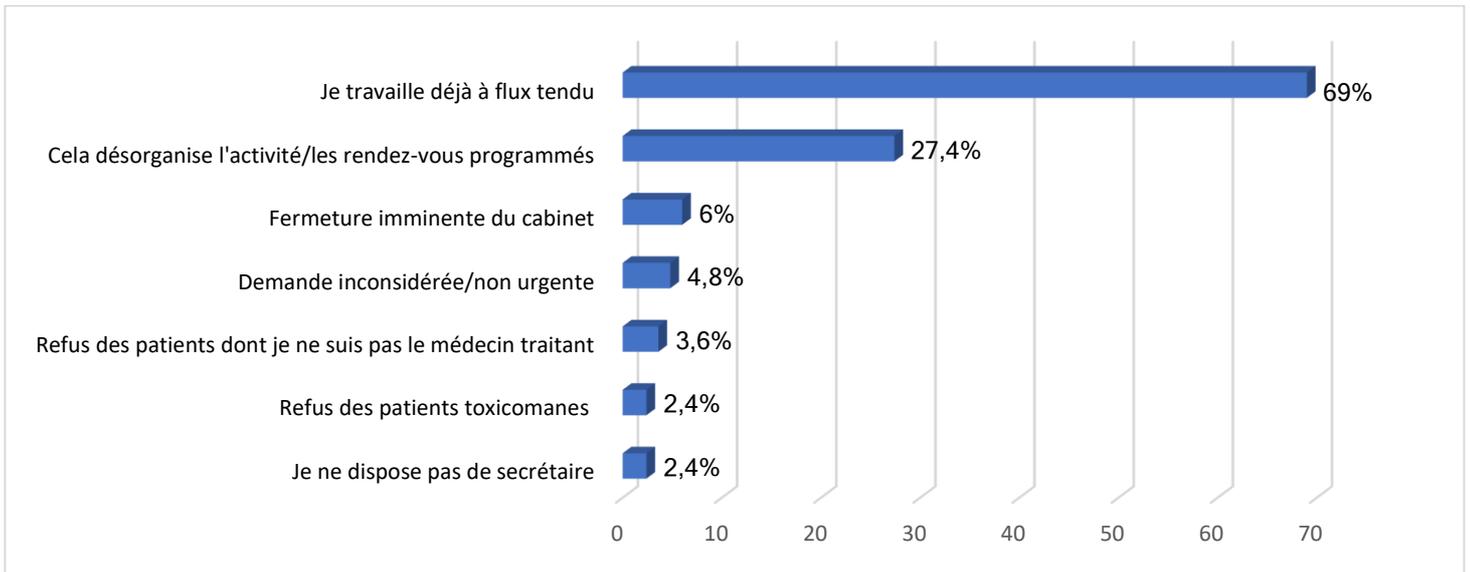


Figure 40 Motif de refus des SNP Effectif de MG répondants = 84 Nombre de réponses =97

Les freins majeurs évoqués amenant à refuser des demandes de SNP étaient un travail se faisant déjà à flux tendu et la désorganisation de l'activité liée à cette prise en charge.

Sur les 10 MG, refusant de manière systématique la prise en charge des SNP, seulement 2 ont répondu à cette question, et la raison invoquée était un travail se faisant déjà à flux tendu.

2.7 Solutions de réorientation

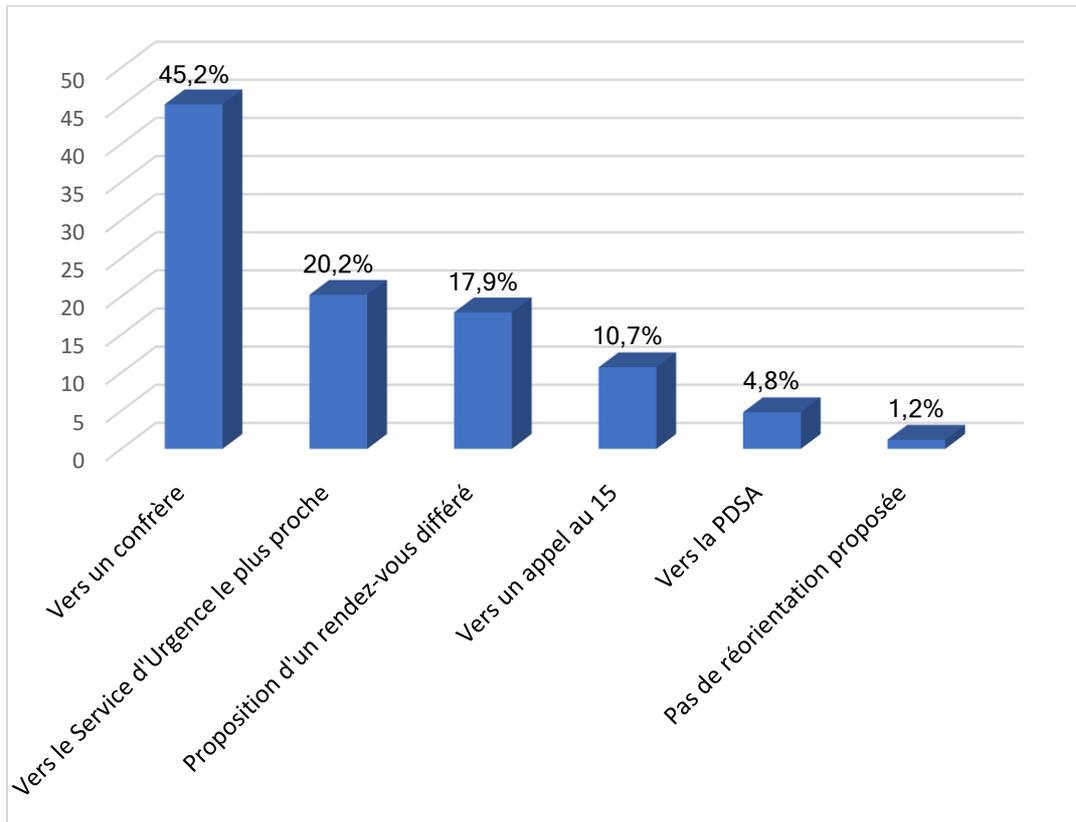


Figure 41 Mode de réorientation des SNP refusés N=84

La majorité des médecins ne pouvant répondre à une demande de SNP, dirigeaient préférentiellement le patient vers un confrère, plutôt que vers le SU qui était une solution pour 20.2% des MG.

	Réorientation vers SU	Autre réorientation proposée	p
Milieu d'exercice			
Rural	0	6	p=0.34 test de Fisher
Urbain	17	61	
Sexe			
Féminin	5	29	p=0.30 test du Chi deux
Masculin	12	38	
Nombre d'années d'exercice			
< 10ans	1	12	p=0.45 test de Fisher
> 10ans	16	55	
Mode d'exercice			
Seul	9	46	p=0.10 test du Chi deux
En association	8	8	
Mode de consultation			
Créneaux de consultations libres	8	35	p=0.70 test du Chi deux
Rendez-vous exclusifs	9	32	

Tableau 6 Réorientation vers le SU en cas de refus de prise en charge de demande de SNP selon les caractéristiques des MG N=84

Dans la population étudiée, aucun lien significatif n'a été observé entre les différentes caractéristiques étudiées des MG interrogés et leur réorientation préférentielle du patient vers un SU en cas de refus de prise en charge d'une demande de SNP.

2.8 Solutions permettant d'améliorer la prise en charge des SNP

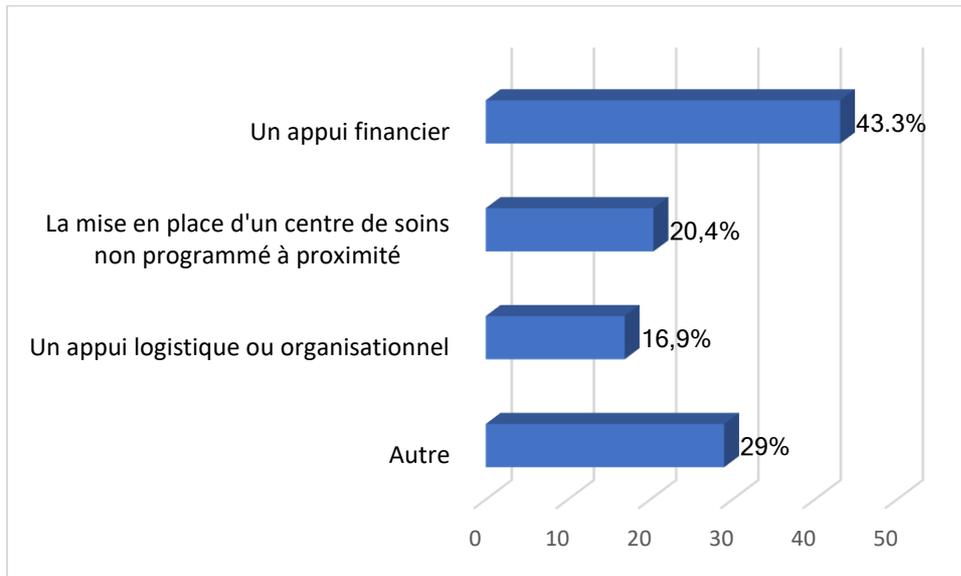


Figure 42 Solutions permettant d'améliorer la prise en charge des SNP N=445

Parmi les médecins ayant évoqué un appui financier, 87% (n=168) souhaiteraient un appui sous forme d'une majoration à l'acte, 13% (n=25) sous forme d'un forfait sur des créneaux identifiés pour ces SNP.

Parmi les médecins ayant évoqué la mise en place d'un centre de SNP à proximité comme solution à envisager pour améliorer la prise en charge des SNP (n=91), 82.4% ont déclaré ne pas souhaiter intervenir au sein d'une telle structure.

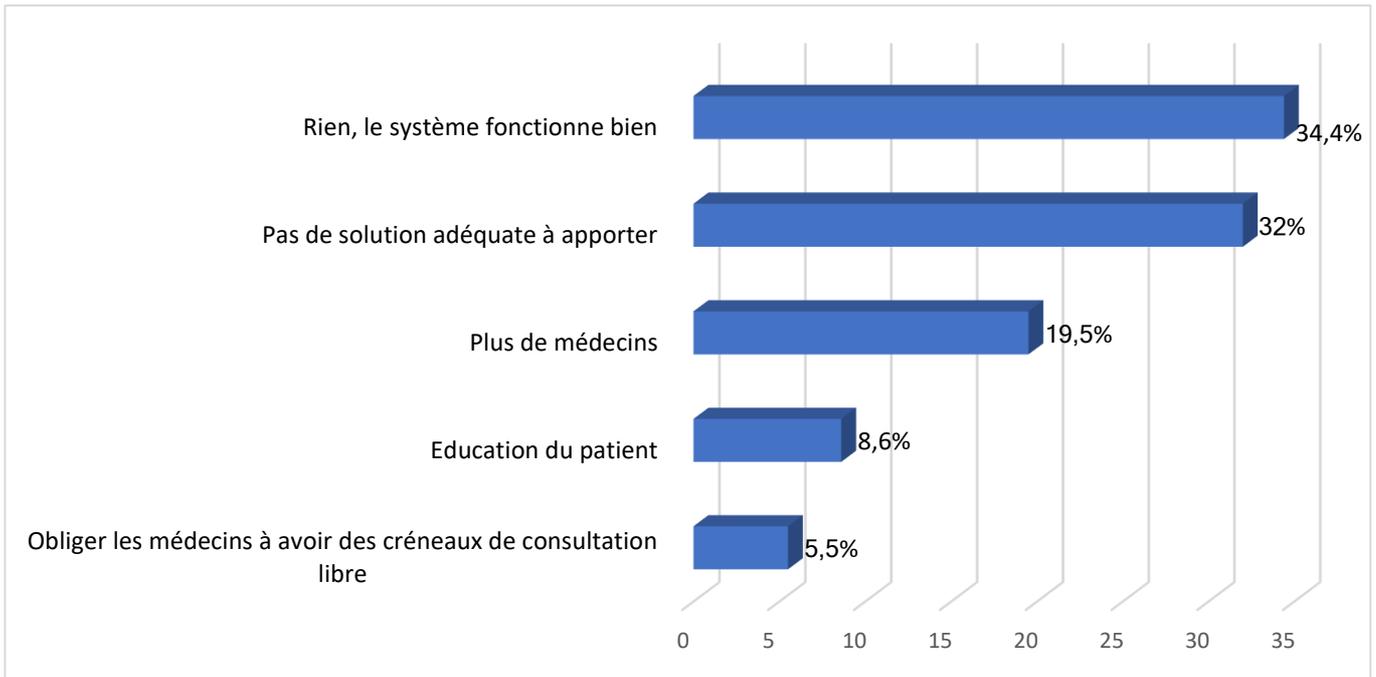


Figure 43 Répartition des réponses "autre" solution d'amélioration de la prise en charge des SNP N=129

44 MG interrogés estimaient que le système de prise en charge des SNP fonctionnait bien et ne nécessitait pas d'amélioration, soit 9,9% de notre échantillon total.

*PARTIE 3 : Discussion et perspectives
d'avenir*

1 Méthodologie

1.1 Faiblesse de l'étude : limites et biais méthodologiques

1.1.1 Type d'étude

La méthode descriptive utilisée dans notre travail est adaptée pour répondre de manière réalisable à nos objectifs, en nous fournissant des données quantifiables.

En revanche, s'agissant d'une méthode basée uniquement sur les propos des répondants, elle présente un biais déclaratif.

Les MG interrogés, ont éventuellement pu dans une volonté de se montrer sous une « facette positive », donner des réponses erronées, allant dans le sens de ce qui est conformément valorisé, à savoir la prise en charge systématique des SNP.

On peut également citer un biais de sélection du fait que l'étude se base sur le principe du volontariat des MG à répondre au questionnaire.

1.1.2 Questionnaire

1.1.2.1 Descriptif de la population

Certains critères de l'échantillon étudié étaient manquants.

L'âge des médecins interrogés, élément essentiel à prendre en compte, ne faisait pas partie des caractéristiques étudiées.

Nous avons tenté de compenser cette information manquante a posteriori, par l'estimation du nombre d'années d'exercice des praticiens, à partir de la date de création d'entreprise, comme expliqué dans la partie méthodologie.

Nous sommes partis du prérequis que le début d'activité en médecine libérale se faisait environ à l'âge de 30 ans, la durée des études médicales dans le cadre de la spécialité de médecine générale étant à peu près de dix ans.

Dans les modalités d'exercice, outre détailler l'emploi du temps en terme de consultations libres/rendez-vous, savoir si les MG possédaient des créneaux spécifiques pour les RDV « d'urgence » aurait été pertinent.

De la même façon nous avons demandé aux praticiens s'ils disposaient de créneaux identifiés pour les VAD, et pas simplement s'ils réalisaient des VAD, ainsi l'absence de créneaux identifiés pourrait être interprétée à tort comme une absence de réalisation de VAD ce qui n'est pas forcément avéré.

1.1.2.2 Définition des SNP

Nous avons interrogé les MG sur les demandes de SNP, en parlant des patients demandant à être vus en urgence.

Nous n'avons pas défini précisément la notion de SNP dans notre questionnaire, celle-ci était donc laissée à l'interprétation des médecins interrogés.

Tout comme nous avons vu que définir l'urgence est un exercice périlleux, il en est de même pour la notion de SNP.

Ainsi le terme de SNP alors qu'il est très largement utilisé, notamment dans des textes réglementaires, administratifs ou scientifiques (code de santé publique, documents de l'ARS, recommandations de la Haute Autorité de Santé) ne bénéficie pas de définition précise. La plupart du temps, il est d'ailleurs utilisé, sans aucune précision quant à sa définition, comme nous l'avons nous-même fait au cours de cette étude.

Source	Définition du terme de SNP
DREES [67]	<p>« Les séances de médecine de ville définies comme urgentes dans le cadre de l'enquête recouvrent un ensemble de situations volontairement large et divers. Il s'agit en effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des urgences médicales repérées comme telles par le médecin - des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet* - des recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée » - des recours aux médecins des associations urgentistes de ville »
URPS Médecins libéraux Franche Comté [68]	<p>« Les demandes de soins non programmes sont l'ensemble des demandes de rendez-vous de patients dans un délai d'une demi-journée en dehors des horaires de permanence des soins »</p>
URPS Médecins libéraux Ile de France [69]	<p>« Les soins non programmés sont des soins pris en charge de manière inhabituellement rapide sans être nécessairement urgents, hors PDSA" »</p>
Rapport « Assurer le premier accès aux soins » Thomas Mesnier [70]	<p>« Soins non programmés, entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences »</p>
Thèse Vacheresse Z. [71]	<p>« Tout patient qui appelait la maison de santé pour demander une consultation dans la journée, ou qui se présentait spontanément était inclus dans le registre. Nous considérons ces patients pris en charge dans le cadre de consultation urgente non programmée »</p>

* En considérant les recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet, l'enquête coordonnée par la DRESS sort pour partie, du strict champ de notre étude.

Tableau 7 Définition du terme de SNP dans les études et travaux cités dans notre travail

A la lecture de ce tableau, nous observons bien que les définitions utilisées actuellement sont très différentes, notamment en ce qui concerne le délai de prise en charge souhaité par le patient (« dans la journée », « dans la demi-journée », « de manière inhabituellement rapide »).

Malgré cette difficulté, nous aurions dû nous positionner et déterminer une définition caractérisée de la notion de SNP, à soumettre aux MG interrogés.

1.1.2.3 Quantification des demandes de SNP

Nous avons questionné les MG sur le nombre de SNP pris en charge en moyenne par jour au travers de la question 6 de notre questionnaire. Néanmoins, aucune information ne leur a été demandée nous permettant de quantifier le nombre de demandes effectives auxquelles ils étaient confrontés, et ainsi le pourcentage de refus.

1.1.2.4 Pré questionnaire

Nous n'avons pas réalisé de pré-questionnaire, ceci nous aurait amené à réviser certains aspects du questionnaire utilisé.

Cela aurait été particulièrement intéressant pour les questions semi-ouvertes proposant une réponse « autre » possible.

Dans cette catégorie, un certain nombre de réponses pertinentes ont ainsi été évoquées par les médecins interrogés, et auraient certainement été citées par un plus grand nombre de répondants si elles avaient figuré dans les propositions de réponses.

Cela est notamment vrai pour la question 9 de notre questionnaire, relative aux freins à la prise en charge des SNP : la notion d'être ou non le médecin traitant du patient aurait été pertinente à explorer dans la décision d'accepter ou non les SNP.

1.2 Forces et intérêt de l'étude

1.2.1 Thématique

Le contexte ayant légitimé la réalisation de notre étude, à savoir l'augmentation de la fréquentation des SU et ses conséquences préjudiciables, est un thème d'actualité, comme en atteste l'attrait médiatique existant.

La prise en charge des SNP en médecine libérale est par ailleurs actuellement un enjeu majeur et récurrent des politiques d'organisation des soins. En témoigne encore récemment, le rapport du député Thomas Mesnier, remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, en mai 2018 et intitulé : « *Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires* » [70].

Malgré cela, il s'agit d'un domaine d'étude encore peu documenté.

En effet, peu d'études se sont intéressées à la prise en charge des SNP sur le versant libéral de la question, alors qu'à contrario, on observe, dans la littérature médicale actuelle, une floraison de travaux réalisés aux SU, sur les consultations d'urgence relevant de la médecine générale.

1.2.2 Echantillon étudié : puissance et représentativité

L'opportunité de travailler, de manière conjointe avec l'ARS Grand Est, nous a permis d'obtenir un échantillon avec un effectif relativement important (445 MG), conférant à cette étude une puissance satisfaisante.

L'échantillon étudié présente par ailleurs l'intérêt d'être proche en terme de représentativité de la population médicale actuelle :

❖ Comparaison de notre échantillon à la population médicale alsacienne

Au 1er janvier 2015 [72], les hommes représentaient 66% des MG libéraux de la région Alsace, et les femmes 34%.

Dans notre échantillon, on comptabilisait 64,3% d'hommes et 35,7% de femmes.

30% des MG en Alsace en 2015, avaient 60 ans ou plus. Dans notre échantillon, 30,3% des MG interrogés avaient plus de 30 ans d'exercice.

Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentaient 58% des effectifs en Alsace.

Dans notre étude, chez les praticiens ayant moins de 10 années d'exercice, les femmes représentaient 60% de l'effectif.

❖ Comparaison de notre échantillon à la population médicale nationale

Au 1er janvier 2017 [73], on dénombrait 53% d'hommes et 47% de femmes.

28% avaient 60 ans ou plus, et 17% moins de 40 ans.

Par rapport à la population nationale, on retrouve donc une surreprésentation des hommes dans notre échantillon, qui étaient à hauteur de 64,3%.

L'âge des effectifs, est par contre corrélé dans notre échantillon, à ce que l'on observe sur le plan national, puisque 30,3% des MG interrogés avaient plus de 30 années d'exercice et 16,6% moins de 10.

En terme de milieu d'exercice, 13% des MG exerçaient dans une commune rurale en France au 1er janvier 2015 [72], ils étaient 13,5% dans notre échantillon.

2 Discussion des principaux résultats

2.1 Prise en charge des SNP : une réponse assurée par la médecine libérale

2.1.1 Seule une minorité de médecins rejette toute demande de SNP

Dans notre échantillon, la quasi-totalité des MG accepte la prise en charge des SNP puisque seulement 2,2% des MG interrogés affirmaient rejeter toute demande de SNP.

Comme précisé précédemment, peu de données objectives sont aujourd'hui disponibles pour mesurer l'importance de l'activité des MG dédiée à ces recours et les modalités d'organisation associées.

La dernière étude couvrant à la fois les urgences hospitalières et la réponse de ville à la demande de SNP est celle menée par la DREES en 2004 [67]. Elle met en lumière le fait qu'une grande partie des demandes de soins « en urgence » est prise en charge par les MG de ville : en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine de ville pendant que les SU des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages. La prise en charge des SNP correspondaient ainsi à environ 12% de l'activité globale des MG.

Dans le travail de thèse soutenu en 2016 par Z. Vacheresse, relatif à l'organisation et la prise en charge des SNP, cette activité représentait 18% de l'ensemble des consultations des MG interrogés [71].

Une enquête menée par l'URPS Franche Comté en 2014 [68], confirme l'observation selon laquelle seule une minorité de médecins rejette toute demande de SNP, avec 4,2% de MG concernés. La moyenne du nombre de consultations non programmées par jour était estimée à 6,6 et un médecin sur 10 en acceptait plus de 10 par jour.

Néanmoins dans cette même étude, 64% des généralistes déclaraient se voir dans l'obligation d'en refuser au-delà d'un certain seuil, alors qu'ils étaient à peine 20% à déclarer refuser occasionnellement des demandes de SNP dans notre étude. Le nombre moyen de refus pour une prise en charge le jour même s'élève à 1,75 patient par médecin, chiffre que nous ne pouvons malheureusement pas comparer avec notre étude (taux de refus non connu).

L'offre de soins non programmés est ainsi d'abord portée par l'exercice libéral assuré par les MG. La médecine générale confirme ainsi le rôle prépondérant qu'elle assure dans la prise en charge des SNP, pourtant largement remis en cause sur la scène médiatique d'une part, politique d'autre part, et au sein même du milieu médical hospitalier.

2.1.2 Le SU : une solution de réorientation non privilégiée par les MG

Dans notre étude, seul un MG sur cinq, étant confronté à une demande de SNP qu'il ne pouvait assurer, redirigeait le patient vers le SU.

La majorité des médecins choisissaient préférentiellement de réadresser le patient vers un confrère, cette solution étant privilégiée par quasiment un médecin sur deux.

Dans une étude URPS Ile de France [69] en cas d'impossibilité à répondre à une demande de SNP, les médecins réorientaient le patient vers un appel au SAMU Centre 15 dans 17% des cas, chiffre comparable au 20% de MG de notre étude réorientant le patient vers le SU.

C'est donc dans le secteur ambulatoire que les MG réorientent préférentiellement les patients qu'ils ne peuvent pas prendre en charge pour une demande de SNP.

Du fait de leur rôle de coordinateur des soins, les MG sont amenés dans leur exercice professionnel quotidien à collaborer avec de nombreux professionnels pour la prise en charge de leur patient. Cette coopération se fait majoritairement sous la forme d'un « réseau professionnel informel », en fonction de critères relationnels établis et essentiellement dans le secteur libéral [74]. Lorsqu'ils mobilisent des confrères spécialistes par exemple, ceux-ci exercent en libéral dans 80% des cas.

Ainsi l'Hôpital, que ce soit pour la prise en charge des SNP ou non, n'est pas une solution d'orientation de premier recours pour les MG, qui bénéficient d'une filière d'organisation libérale efficace qui leur est propre.

2.1.3 Evolution du nombre de demande de SNP

Dans notre étude, seulement 1 MG sur 4 estimait refuser plus de demandes de SNP que par le passé.

En extrapolant, on peut en déduire que seulement 25% des MG interrogés étaient donc confrontés à une augmentation de demande de SNP. En se concentrant uniquement sur les praticiens ayant plus de 20 années d'exercice, en partant du principe qu'ils étaient les plus légitimes pour évaluer cette évolution, ce chiffre n'atteint que 28,3%.

Ces résultats peuvent paraître surprenants à la vue des chiffres en constante augmentation de la fréquentation des SU.

Ils reflètent la tendance des usagers à se diriger vers les SU sans contact préalable avec leur MG et ainsi leur méconnaissance de l'organisation du système soins et des missions de chaque intervenant au sein de celui-ci.

Si l'insuffisance d'offre de soins ambulatoires ne peut être incriminée dans ce cas-là, un défaut d'information et d'éducation de la population peut lui être souligné.

2.1.4 Un travail se faisant déjà à flux tendu : raison principale de refus de prise en charge des SNP

Près de 70% des MG interrogés, ont identifié un travail se faisant déjà à flux tendu comme la raison principale de refus de prise en charge des demandes de SNP.

Un sondage réalisé par l'institut IPSOS en 2004 révèle de la même manière que 72% des MG estiment leur charge et leur temps de travail trop importants [75].

Le temps de travail hebdomadaire des MG est estimé à 57h par semaine, ce qui est considérable à l'ère actuelle des 35H [76].

C'est essentiellement la contrainte des charges administratives qui est mise en avant par les praticiens et qui représenterait entre 4,5 et 6,5 heures de travail hebdomadaire [77].

On assiste dans notre étude à une activité qui se concentre essentiellement autour des week-ends puisque les créneaux de forte affluence identifiés par les praticiens interrogés étaient en majorité le lundi et le vendredi. On peut supposer de ce constat qu'il existe une méconnaissance du dispositif de la PDSA par le public.

Une enquête TNS-Sofres de 2014 sur l'accès aux SNP, réalisée en Ile-de-France [78], va dans ce sens, en mettant en évidence que plus d'un français sur deux (54 % des personnes interrogées) ne savait pas quelle était la conduite à tenir en cas de problème de santé imprévu et c'est donc vers les SU qu'ils se tournent notamment le week-end.

Cette observation d'un travail se faisant à flux tendu renvoie plus largement aux conditions d'exercice difficiles des MG dans le secteur libéral pouvant expliquer la « crise d'attractivité » actuelle de la médecine générale libérale.

En effet, on note actuellement un essor de l'exercice salarié de la médecine générale au détriment de son exercice libéral [79][80]. Les effectifs de MG libéraux pourraient continuer de décroître dans les années à venir, ainsi, la DREES estime qu'en 2030, 55,5% des MG seraient libéraux contre 60,2% en 2006 [81].

La médecine générale peine également à pouvoir tous ses postes d'internat, avec 16% de postes vacants en 2011 [82].

Par ailleurs, l'installation en exercice libéral des jeunes MG se fait de plus en plus tardivement [83] et l'augmentation parallèle du nombre de médecins remplaçants reflète bien la tentative d'évitement de l'installation en secteur libéral (+ 17,1% sur la période 2007-2016 [80]).

Ces éléments sont autant de faits mettant en lumière les difficultés auxquelles est confrontée actuellement la profession.

Les MG et les professionnels des SU sont donc face à la même problématique et aux mêmes difficultés à savoir une détérioration des conditions d'exercice du fait d'une charge de travail ne cessant d'augmenter.

2.2 Evolution actuelle de la population médicale notamment de ses modalités d'exercice et impact sur la prise en charge des SNP

2.2.1 Nouveau type d'exercice plébiscité : généralisation des consultations sur rendez-vous

Dans notre échantillon, plus d'un MG sur 4 consulte exclusivement sur rendez-vous.

Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'études dans la littérature médicale nous permettant de comparer ces résultats.

La seule étude trouvée s'intéressant aux modalités de consultations des médecins est celle de l'URPS Ile de France [69] dans laquelle 26% des médecins interrogés proposaient des plages horaires dédiées aux consultations libres sans rendez-vous, avec une moyenne de 12 heures de consultations libres par semaine. Ces résultats ne peuvent être comparés aux nôtres de manière pertinente, étant donné que l'échantillon étudié dans cette enquête regroupait à la fois des médecins généralistes et des médecins spécialistes (les MG étaient 1104 sur un effectif de 2822).

Ce mode de consultation semble être très nettement un mode d'exercice privilégié par les jeunes MG.

En effet, dans notre échantillon, parmi les praticiens ayant moins de 5 ans d'exercice, 50% exercent sur rendez-vous exclusifs contre 21% chez les plus de 20 ans d'exercice.

Il est par ailleurs plus fréquent chez les femmes et chez les MG exerçant en association.

La modalité d'exercice consistant à travailler uniquement sur rendez-vous a été identifiée dans notre étude comme un obstacle à la prise en charge des SNP. D'une part le taux de refus systématique de prise en charge des SNP était plus important chez les MG ne disposant pas de créneaux de consultations libres. D'autre part parmi les MG acceptant de base les SNP, ceux exerçant uniquement sur rendez-vous étaient amenés à refuser plus souvent les SNP que leurs confrères proposant des créneaux de consultations libres.

Se pose la question de savoir si la pratique de la médecine sur rendez-vous exclusifs est cohérente avec une pratique de la médecine générale ?

En effet, cela reviendrait à programmer et donc anticiper la nécessité d'un accès à la médecine de premier recours. Ceci va à l'encontre même de la définition de celle-ci, dont l'une des responsabilités essentielles est de gérer simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

Ce d'autant plus que le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un MG était estimé en 2017 à 8 jours, chiffre qui aurait doublé en 5 ans (estimé à 4 jours en 2012) [84].

Ce chiffre, estimé sur le plan national, peut paraître surévalué pour l'Alsace et nécessiterait d'être apprécié à l'échelle de notre région.

2.2.2 Déclin des visites à domicile

Dans notre échantillon, seulement 1 médecin sur 5 dispose de créneaux identifiés dans son emploi du temps pour les VAD.

La part des visites dans le nombre total d'actes pratiqués par les MG libéraux est en forte diminution depuis une dizaine d'années : elles représentaient 23,5% de leur activité en 2001 [85], 14% en 2005 [86], 12% en 2010 [76] , et 10% en 2013 [86].

Pourtant, la permanence et même l'augmentation du recours aux associations type SOS Médecins, tend à démontrer que les patients continuent d'en être demandeurs.

Il est néanmoins important de souligner que la diminution du nombre de VAD ne s'inscrit pas uniquement dans le cadre d'un refus de leur réalisation par les MG. Ces derniers ont en effet été initialement incités par les politiques de santé à en réduire le nombre. En effet, en 2002, un accord du bon usage des soins signé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et par les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) avait pour objectif de réduire le nombre de VAD, un grand nombre d'entre elles étant jugées non justifiées (convenance personnelle) et de favoriser les consultations au cabinet [87]. Ce qui explique la baisse importante précitée entre 2001, avant cette réforme, et 2005, 3 ans après celle-ci.

Dans notre échantillon, seul le fait d'exercer en milieu rural, a été associé à une tendance à posséder de manière plus fréquente des créneaux identifiés pour les VAD, par comparaison aux médecins exerçant en milieu urbain, sans que cette différence soit significative.

Le sexe, ainsi que le nombre d'années d'exercice n'ont pas influencé ce critère.

Dans la littérature, on retrouve pourtant la notion que la part des VAD dans l'activité des MG, est fortement liée aux caractéristiques personnelles du MG : ainsi les MG effectuant peu de visites (moins de 2% de leur activité) sont majoritairement des femmes, ils sont plus jeunes que la moyenne et exercent beaucoup plus souvent au sein d'un grand pôle urbain [76].

La raréfaction des VAD peut sans doute s'expliquer en partie par le fait qu'elles correspondent à un acte chronophage (41 minutes en moyenne contre 18 minutes pour une consultation réalisée au cabinet) et jugé peu rentable par 85% des praticiens généralistes [85].

Elles restent néanmoins une nécessité incontournable pour assurer une bonne prise en charge des SNP en ville, essentiellement chez les patients les plus âgés en perte d'autonomie. Leur raréfaction, est donc par définition un frein à la prise en charge des SNP.

2.2.3 Une population médicale vieillissante

Nous avons observé dans notre échantillon que la majorité des MG interrogés était en fin de carrière, puisque près d'un tiers des praticiens interrogés avait plus de 30 années d'exercice. Nous aurions pu penser que cela correspondait à un biais de sélection initial, or ce vieillissement de la population médicale constaté dans notre étude est une réalité à l'échelle nationale.

En effet l'âge moyen des MG en France est actuellement de 53 ans, les médecins ayant 60 ans ou plus représentent 30% de l'effectif actuel [70]. Par comparaison, l'âge moyen des MG était de 49,1 ans en 2007 [88].

Le nombre d'années d'exercice, pris isolément, n'a pas été identifié dans notre travail comme un critère influençant de manière significative l'acceptation des demandes de SNP.

L'effectif de « jeunes MG » dans notre étude était néanmoins faible et n'a peut-être de ce fait pas permis de ressortir des résultats significatifs concernant les caractéristiques spécifiques de la prise en charge des SNP dans cette catégorie de population. Il serait intéressant de réaliser une étude sur le sujet uniquement chez des jeunes praticiens pour pallier ce ressenti.

Le fait est qu'en raison du vieillissement actuel de la population de MG, on assistera dans les années à venir à un départ massif à la retraite de cette population. La conséquence sera alors une chute de la démographie médicale du fait d'un renouvellement générationnel incomplet, conséquence directe de l'évolution du numerus clausus. Cette chute est déjà amorcée, puisqu'on note une diminution de 9,1% du nombre de MG entre 2007 et 2017 [88][73]. Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025, à cette date, la France aura perdu 1 généraliste sur 6 sur la période 2007-2025 [70].

En parallèle, progressivement une nouvelle génération de MG avec ses nouvelles aspirations et pratiques, s'installera de manière pérenne.

La généralisation des consultations sur rendez-vous exclusifs aura ainsi probablement tendance à se poursuivre avec une répercussion négative sur la prise en charge des SNP.

Par ailleurs, on assiste de manière générale à un souhait des jeunes générations de médecins à concilier harmonieusement une vie professionnelle et une vie privée.

Dans cet esprit, le temps de travail hebdomadaire des MG aura ainsi sans doute vocation à diminuer au cours des prochaines années. On observe déjà actuellement que le temps de travail hebdomadaire est plus faible chez les jeunes praticiens : 55H chez les praticiens de moins de 45 ans contre 58H pour les 45 ans ou plus [76].

2.2.4 Féminisation de la profession médicale

Dans notre échantillon, nous avons observé que 60% des MG ayant moins de 10 ans d'exercice sont des femmes, alors qu'elles ne représentaient que 35,7% de l'effectif total.

Les femmes représentaient 10% des MG installés en 1979, 20% en 1993 [89], 38% en 2007 [88] puis 47% en 2017 [73].

On assiste donc à un processus de féminisation rapide de la médecine générale au cours des dernières années.

Et cette tendance n'a a priori pas vocation à ralentir, puisque les femmes représentaient 57% du total des étudiants affectés aux ECN (Examen Classant National) en 2017, et 62,1% des étudiants ayant choisi la médecine générale comme spécialité à l'issue de ce concours [90].

La DREES estime ainsi que 56,4% des MG en exercice en 2030 seront des femmes [91].

Certaines caractéristiques particulières de l'exercice féminin de la profession de MG ont été mises en évidence dans notre étude : elles exercent plus souvent en association, en milieu urbain, et avec un mode de consultation se faisant plus souvent sur rendez-vous exclusifs que leurs confrères masculins.

Nous avons constaté que la féminisation de la profession médicale n'avait pas d'impact direct a priori sur la prise en charge des SNP, étant donné qu'elles acceptent tout autant les demandes de SNP que leurs confrères masculins.

Cette hypothèse semble être toutefois à nuancer du fait de différences de pratiques avérées entre hommes et femmes qui peuvent tout de même avoir un impact négatif sur la prise en charge des SNP [76] :

Les médecins femmes travaillent en moyenne 6H de moins par semaine que les hommes (53H contre 59H). Elles présentent un volume d'activité moindre, estimé à – 24% par rapport à leurs confrères masculins s'expliquant en partie par une durée de consultation plus importante que celle des hommes. Il est néanmoins important de notifier que bien que l'activité des MG femmes reste inférieure à celle des MG hommes, cet écart tend à diminuer. En effet, l'activité moyenne des femmes représentait 60% de celles des hommes dans les années 90, 70% en 2002 [92] et était estimée à 76% dans l'étude pré citée datant de 2012 [76]. Si cette évolution se poursuit, l'égalisation de l'activité moyenne des médecins serait atteinte vers 2025 [92].

Les visites ne représentent que 8% du total des actes pour les femmes contre 14% pour les hommes.

Ainsi si de principe elles acceptent les SNP sans différence par rapport aux hommes, un temps de travail inférieur, un volume d'activité moindre, une réalisation plus faible de visites à domicile, et une tendance à consulter plus fréquemment sur rendez-vous exclusifs seront forcément synonymes d'un nombre de SNP pris en charge moins important que leurs confrères masculins.

2.2.5 L'essor de l'exercice en groupe

Dans notre étude, nous avons observé que la majorité des MG exerçait en groupe à hauteur de 61,1% contre 39,9% exerçant seuls.

Cette tendance est très largement majoritaire chez les jeunes praticiens puisque 83,8% des MG interrogés ayant moins de 10 ans d'exercice exercent sur ce mode et ce chiffre s'élève à 90% chez les MG de moins de 5 ans d'exercice.

Cette propension à l'exercice de groupe observé dans notre échantillon coïncide avec ce qui est observé actuellement en France.

Sur le plan national, la proportion de MG exerçant en cabinet de groupe a en effet régulièrement augmenté au cours des dernières années : elle est passée de 42,9% à 53,7% entre 1998 et 2009 [93].

Cette progression considérable traduit essentiellement un attrait de ce mode de fonctionnement parmi les médecins les plus jeunes : chez les MG de moins de 40 ans, le taux de regroupement atteint quasiment 80% en 2009. Il est estimé à 88% en 2011 chez les praticiens de moins de 45 ans dans une étude régionale des Pays de la Loire [94]. Ces chiffres sont comparables à ce que nous avons-nous même observé.

L'installation en cabinet de groupe semble attrayante à différents niveaux. Tout d'abord, pour les praticiens, elle permet la mise en commun des moyens et/ou ressources tels que les locaux, l'informatique, le secrétariat ou encore les plateaux techniques. Elle confère en plus l'intérêt d'un échange entre professionnels, notamment une concertation sur la prise en charge des cas difficiles, ce qui peut être rassurant notamment pour les jeunes MG.

Du côté des usagers, en offrant une plage horaire de consultations plus large, elle assure la continuité des soins, et ainsi vraisemblablement une meilleure qualité du service proposé aux patients, notamment en terme de prise en charge des SNP.

Ce mode d'exercice est d'ailleurs largement incité et favorisé par les pouvoirs publics au travers de multiples mesures récentes en France :

- Création du statut de collaborateur libéral [95]
- Incitation financière à la pratique de groupe en zone éligible [96]
- Définition des maisons et des pôles de santé multidisciplinaires [97]
- Création en 2011 de la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) nouveau cadre juridique favorisant l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) [98].
- La « stratégie nationale de santé » de 2013 lancée par Marisol Touraine, qui a fait du développement des structures d'exercice collectif un enjeu majeur.

Nous nous serions attendus à mettre en évidence le fait que l'exercice en groupe soit un critère « facilitant » la prise en charge des SNP, notamment du fait d'une amplitude horaire d'ouverture du cabinet supposée plus large, et de la présence d'un secrétariat plus fréquente, pouvant éventuellement effectuer un premier tri et prioriser les demandes.

Mais il n'est pas ressorti de notre étude que les MG exerçant en association prennent plus en charge les demandes de SNP, notamment en terme de nombre.

Au contraire, l'exercice en association était associé dans notre étude à un mode de consultation se faisant plus souvent sur rendez-vous exclusifs que chez les MG exerçant seuls, ce qui a été identifié comme un frein à la prise en charge des SNP.

2.2.6 Milieu rural : milieu d'exercice non délaissé par les jeunes générations de MG

La réticence d'installation des nouveaux diplômés en zone rurale, souvent évoquée, n'a pas été avérée dans notre étude. En effet, aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant le milieu d'exercice en fonction du nombre d'années d'exercice.

Les femmes par contre ont tendance à moins y exercer.

Le milieu d'exercice rural ne semble ainsi pas être délaissé par les jeunes générations de MG dans notre région. Cela peut sans doute en partie s'expliquer par le fait que l'Alsace, petite région et région « riche », comporte finalement peu de campagnes isolées et que les zones dites rurales restent néanmoins assez proche en terme de géographie et d'accessibilité d'un pôle urbain.

En terme de mode d'exercice, plus d'un MG sur 2 y exercent en association.

La modalité d'exercice consistant à travailler sur rendez-vous exclusifs, que l'on n'aurait pu penser être une tendance plutôt « urbaine », se retrouve en milieu rural sans différence significative entre ces deux milieux d'exercice.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans la prise en charge des SNP liée au milieu d'exercice, en terme d'acceptation par les MG.

A noter tout de même, que parmi les MG ayant déclaré refuser de manière systématique la prise en charge des SNP, aucun n'exerçait en milieu rural.

Du fait de l'éloignement des SU présumé, on se serait attendu à une demande de SNP accrue par rapport au milieu urbain, mais en réalité le nombre de SNP pris en charge était comparable en milieu urbain et en milieu rural.

En terme de réorientation en cas d'impossibilité de prise en charge, aucun MG exerçant en milieu rural n'a déclaré réorienter le patient vers un SU. On en déduit que les MG ruraux peuvent s'appuyer sur un réseau de soins ambulatoires solide.

A partir des constatations résultant de notre étude, il est difficile de dire que la problématique de surcharge des SU est véritablement imputable à un manque d'activité des MG libéraux. En effet, nous avons observé qu'ils acceptent de manière quasi unanime les SNP et ce quelles que soient leurs caractéristiques sociodémographiques. Une majorité des demandes de SNP est ainsi actuellement prise en charge dans le secteur libéral, malgré un travail des MG se faisant déjà à flux tendu.

On constate néanmoins que la médecine générale est sans doute actuellement à un tournant de son évolution, avec plus qu'un effet « genre » souvent incriminé, un changement profond d'aspiration des jeunes générations.

Avec les départs massifs à la retraite attendus des anciens MG, l'installation progressive d'un nouveau mode de consultation se faisant sur rendez-vous exclusifs aura sans doute tendance à se poursuivre, tout comme le souhait d'une moindre amplitude horaire de travail. On peut donc s'attendre à un impact négatif futur sur la prise en charge des SNP, qui elle n'a a priori pas vocation à diminuer : vieillissement de la population française, augmentation des polyopathologies et des maladies chroniques, contexte sociétal valorisant l'immédiateté...etc....

3 Solutions et perspectives d'avenir pour l'amélioration de la prise en charge des SNP

3.1 Discussion des solutions envisagées par les MG de notre étude

3.1.1 Appui financier : solution première évoquée

Une première piste explicitement énoncée par les MG de notre étude est une meilleure valorisation financière de l'accueil des SNP dans leur cabinet pour en améliorer la prise en charge.

Reste à déterminer sous quelle forme elles seraient le plus incitatives pour les MG : majoration à l'acte ? ou majoration sous forme de créneaux identifiés pour les SNP ?

3.1.1.1 Majoration sous forme d'une majoration à l'acte

Certaines majorations à l'acte récentes ont vu le jour, suite à la convention médicale du 25 août 2016 [99], il s'agit :

- ❖ D'une majoration MRT (Majoration Régulation médecin Traitant) de 15 euros pour les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant, pendant les horaires de consultation, en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (centre 15 ou 116-117).

- ❖ D'une majoration MUT (Majoration Urgence médecin Traitant) de 5 euros pour le médecin traitant s'il obtient pour son patient un rendez-vous en urgence, dans un délai de 48H, chez un spécialiste. Le médecin spécialiste « recevant » pourra quant à lui dans ce contexte coter une majoration MCU de 15 euros.

Ces mesures de majoration à l'acte sont aujourd'hui d'application trop récente (1er janvier 2018) pour en apprécier leur succès incitatif auprès des MG.

3.1.1.2 Majoration sous forme d'un forfait pour des créneaux identifiés de prise en charge des SNP

Les incitations financières sous forme de majoration à l'acte ont le mérite de s'inscrire dans le dispositif du parcours de soins. D'après les rapporteurs du Sénat dans leur dernier rapport sur les urgences [2], elles pourraient néanmoins se révéler inopérantes pour un certain type de patients en recherche d'immédiateté.

Ainsi une mesure financière incitant à développer des plages horaires de rendez-vous non programmés, pourrait constituer une solution plus efficace. Cela va dans le sens que la consultation sous forme de rendez-vous programmés exclusifs est un frein identifié dans notre étude pour la prise en charge des SNP.

Plus qu'une majoration financière, le député Thomas Mesnier propose d'ailleurs que proposer des demi-journées dédiées aux SNP devienne une obligation pour les MG [70].

Si l'idée de cette mesure peut sembler appropriée, elle soulève le problème relatif à la définition d'un SNP évoquée préalablement.

La mise en place d'une majoration sous forme d'un forfait sur des créneaux identifiés pour la prise en charge des SNP nécessite donc au préalable une définition reconnue de ces derniers.

Les MG proposant des créneaux de consultations libres sont-ils par exemple considérés comme légitime pour prétendre à cette majoration ?

3.1.1.3 Revalorisation de la visite à domicile

En terme d'appui financier, il conviendrait également de mieux valoriser la rémunération des VAD faites dans le cadre des SNP.

Une autre alternative à la majoration financière serait d'envisager la prise en charge par la Sécurité Sociale des transports nécessaires pour se rendre au cabinet médical, si l'incapacité du patient à se déplacer est justifiée. Certains médecins mettent effectivement en avant que la VAD est un acte de moins bonne qualité pouvant nuire à la prise en charge du patient comparativement à une consultation réalisée au cabinet médical [85]. Cet inconvénient serait pallié par le transport du patient au cabinet, qui aurait en prime l'avantage du gain de temps de déplacement pour le praticien.

3.1.2 Centre de soins non programmés : 2 ème solution mise en avant

Les Centres de Soins Non Programmés (CSNP) résultent la plupart du temps de la conversion d'anciens SU.

A l'heure actuelle, il existe en France cinq structures de ce type dont une dans notre région, à Thann, qui a vu le jour fin 2016.

L'intérêt de ce type de structure est de pouvoir s'appuyer sur le plateau technique hospitalier, radiologie et biologie, qui peut parfois faire défaut en médecine libérale traditionnelle en terme de délai d'obtention et ainsi être à l'origine d'un report vers les SU.

Une première évaluation des Centres de Soins Non Programmés (CSNP) [70], réalisée sur le site d'Aulnay-sur-Odon est satisfaisante avec une moyenne de 16,5 consultations prises en charge par jour, dont pour 99% d'entre elles sans réorientation secondaire vers un SU. On note également une durée de prise en charge inférieure à celle faite au SU : en moyenne 51 minutes au total avec ou sans examen complémentaire réalisé, contre 74 minutes au SU pour une simple consultation.

La traumatologie représente une part importante des prises en charge à hauteur de 44% (consultations de médecine générale dans 38,8% des cas, dermatologie dans 14,5% et pédiatre dans 1,6%).

La petite traumatologie semble être un très bon exemple de recours approprié pour ce type de structure.

La traumatologie représente en effet 48% des motifs de consultation aux urgences selon une étude de la DREES et la part non vitale et bénigne de ces consultations est importante, puisque le taux d'hospitalisation suite à ce recours n'est que de 8% en moyenne [5].

La médecine générale est peu adaptée pour répondre aux pathologies traumatiques pour plusieurs raisons : médecins de ville peu formés à la traumatologie, problème de délai d'obtention d'imagerie, pas de matériel d'immobilisation en ville...

Les professionnels des SU sont d'ailleurs conscients de cette problématique puisque les recours pour ce motif leur semblent appropriés, bien que leur prise en charge ne présente pas de caractère urgent au sens vital du terme [7].

Les CSNP avec un accès à l'imagerie, et les ressources nécessaires en terme de matériel d'immobilisation notamment, sont donc un lieu de choix dans cette indication.

Outre les CSNP hospitaliers, on assiste à une émergence de CSNP créés par une initiative privée ou libérale. Ces structures ne sont pas toujours soutenues par l'ARS, et sont d'ailleurs critiquées par notre gouvernement de santé, incriminées de créer « *un risque de désorganiser les parcours de soins du territoire par une implantation non pertinente et de favoriser une demande de soins et d'examen complémentaires non justifiée* »[70].

Ces propos peuvent d'ailleurs être jugés relevant d'une attitude « manichéenne » de notre gouvernement en opposant le « bien » représenté par le service public et le « mal » représenté par les structures privées.

3.2 Propositions du dernier rapport sur l'avenir de l'Assurance Maladie : élargissement des horaires de consultations des MG

Dans son dernier rapport [6], la Cour des Comptes propose d'étendre les horaires de consultations des MG : « *afin de désengorger les urgences hospitalières renforcer la réponse des soins de ville en conditionnant une partie de la rémunération des médecins au développement (...) de l'extension des horaires d'ouverture* ».

Cette mesure coercitive si elle était mise en place, aurait sans aucun doute l'effet inverse de celui recherché, en détournant les jeunes d'une filière de formation qui leur imposerait une charge de travail plus importante alors que celle-ci est déjà conséquente en regard de la moyenne française.

La conséquence probable serait une redirection préférentielle vers la MG salariée notamment en secteur hospitalier, qui est actuellement en plein essor comme décrit précédemment, alors que l'objectif serait au contraire de rendre son attractivité à la médecine libérale.

3.3 Optimisation de l'utilisation de l'offre de soins disponible en libéral pour la prise en charge des SNP

La crise démographique des MG, associée aux nouvelles aspirations des jeunes générations, va nécessiter des changements organisationnels pour permettre à la profession de continuer à répondre de manière efficace aux besoins de la population en terme de SNP.

Avant de chercher à renforcer l'offre de soins libérale pour limiter le recours au SU, il semblerait judicieux d'utiliser à bon escient celle dont nous disposons déjà.

Plusieurs problèmes se posent actuellement dans l'atteinte de cet objectif : une méconnaissance de l'utilisateur qui se retrouve perdu dans un système de soins au sein duquel il ne sait pas s'orienter, un accès limité aux examens d'imagerie en ville et une mauvaise coordination entre les différents professionnels du secteur libéral.

3.3.1 Education du patient

Plusieurs études objectivent une méconnaissance de la population face à la conduite à tenir en cas de problème de santé « imprévu » quant au recours à entreprendre, et au professionnel de santé pertinent à contacter [78].

La multiplicité des numéros d'appel d'urgence (le 15, le 18, le 112, le numéro de la permanence de soins différent dans chaque département....) dont nous disposons dans notre pays est un facteur de confusion supplémentaire pour le patient.

Entreprendre des actions de communication et d'éducation de la population, notamment pour promouvoir le bon usage du recours au SU paraît indispensable pour un « juste recours aux soins ».

3.3.2 Régulation médicale généralisée des demandes de SNP

Même si un système d'éducation efficace est entrepris auprès des patients, on ne peut en attendre qu'ils aient toutes les compétences nécessaires pour définir a priori le circuit adapté duquel relève leur problème de santé.

Partant de ce constat, une régulation téléphonique préalable à une demande de soins urgents et/ou non programmés permettrait de définir la réponse et l'orientation optimale à apporter à la demande de soins : conseil médical téléphonique, consultation d'un MG, déplacement d'un MG au domicile du patient, ou encore orientation vers le SU avec un mode de transport adapté (envoi SMUR, ambulance, moyen personnel).

Elle permettrait ainsi de construire un parcours de soins pertinent et efficient pour le patient tout en assurant une égalité d'accès aux soins pour la population.

Ces missions de qualification et d'orientation sont déjà assurées 24h sur 24H par la régulation médicale du SAMU et de la permanence de soins mais sont insuffisantes.

Le recours à cette régulation d'amont est en effet loin d'être généralisé actuellement puisque 70% des usagers des SU s'y rendent sans contact médical préalable [5].

Dès 2007, le rapport de Jean Yves Grall sur la territorialisation des activités d'urgences [100] mettait en avant le caractère indispensable d'une régulation adaptée en amont du SU.

La Cour des Comptes dans son rapport de 2007 [6] va également dans ce sens « *pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas le cas* ».

Plus récemment, le médecin urgentiste et député Thomas Mesnier souligne à son tour l'intérêt d'une régulation médicale systématique en proposant d'« *étendre la régulation téléphonique libérale à toute la journée, avec un numéro unique* » dans l'objectif de « *faire de la régulation téléphonique un maillon clé du parcours de soins* ». Il va même plus loin en évoquant la légitimité « *d'appliquer une majoration de ticket modérateur au remboursement des consultations aux urgences hospitalières ne résultant pas d'un adressage par le médecin traitant ou le centre de régulation* » [70].

Un rapport publié en mai 2018, établi par le SAMU France va également dans ce sens [101].

Une étude publiée par la Revue française des affaires sociales, objective une réduction de 16% du recours aux soins, tant en ville que dans les SU suite à un triage en amont effectué par régulation téléphonique, dans le cadre d'une expérimentation menée en Suède [102].

Une régulation se faisant avec la mise en place d'un numéro d'appel unique dédié à toute demande de soins urgents et/ou non programmés semble être une proposition pertinente qui simplifierait la lisibilité du système pour l'utilisateur. Une unification des numéros d'appel d'urgence a déjà été adoptée en Espagne, au Portugal, au Danemark, en Suède et en Finlande.

Si l'idée d'une régulation téléphonique systématique semble donc bien être prometteuse, il reste à en définir les modalités et notamment le type de professionnel à former à cet effet : ARM ? Infirmières ? Médecins ?

Il est par contre légitime de se demander si le recours à un système de ce type, avec un numéro d'appel unique, ne serait pas une perte de temps en cas d'urgence vitale du fait de la nécessité d'un tri préalable des appels avec réorientation secondaire. Une masse d'appel plus importante rendra en effet plus difficile l'identification et le traitement des urgences vitales.

3.3.3 Utilisation de l'outil numérique pour disposer en temps réel de l'offre de soins disponible

Si qualifier la demande est un prérequis indispensable, connaître l'offre de soins disponible en temps réel sur le territoire est la seconde condition pour faire entrer le patient dans un parcours de soins adapté, comme le souligne Thomas Mesnier [70].

Dans cet objectif, la révolution numérique actuelle est une chance à saisir.

Plusieurs services commerciaux (type *Doctolib*) se développent, tout d'abord pour une prise de rendez-vous en ligne et également pour offrir une information sur l'offre de soins disponible à proximité du patient grâce à sa géolocalisation.

Médiveille, une application numérique à l'usage des patients a vu le jour début 2018. Le principe est que les MG abonnés à ce service, renseignent leur créneau de disponibilité en avance ou en instantané. Ceci va alors permettre à l'utilisateur, le patient, de connaître les MG, disponibles pour une consultation médicale non programmée, dans son périmètre géographique, en temps réel.

Un projet régional alsacien, basé sur le même principe, a été évoqué par l'URPS Médecins Libéraux au cours du sous-comité médical du Bas Rhin qui s'est tenu le 05/12/2017 à Strasbourg.

En connexion avec la régulation téléphonique, l'idée d'un service de ce type, avec des outils de plannings partagés généralisés à tous les MG, pourraient permettre un adressage en temps réel du patient, vers un praticien disponible. Celui-ci pourra alors prétendre à la majoration forfaitaire MRT, ce qui pourrait fédérer les acteurs à ce système.

La proposition d'imposer aux MG des créneaux de soins dédiés aux SNP pourrait s'intégrer dans cette organisation. On pourrait imaginer une répartition, connue de la régulation, de créneaux de demi-journée entre les professionnels d'un même secteur géographique.

Dans cette optique, le Dossier Médical Partagé (DMP), qui est lui aussi une potentialité offerte par le numérique, serait un réel atout permettant la continuité et la coordination des soins lors de la prise en charge d'un SNP par un autre professionnel de santé que le médecin traitant. Il éviterait également la redondance de certains examens.

Le DMP, s'il a des ambitions prometteuses, souffre pourtant d'un retard de mise en œuvre plus que conséquent, sachant qu'il a été créé en 2004 et que 14 ans après il est très loin d'être généralisé...

En terme d'outil numérique permettant d'améliorer la prise en charge des SNP, il convient de citer également la télémédecine que l'on pourrait imaginer être intégrée à la régulation médicale en permettant d'affiner le diagnostic du régulateur. Pour les EHPAD, afin de pallier l'absence de médecin dans la structure cela éviterait ainsi le recours systématique de cette population au SU.

3.3.4 Favoriser l'implication des autres acteurs médicaux libéraux en dehors du MG dans la prise en charge des SNP

59% des usagers du SU justifient leur venue par commodité de recours, parmi eux près d'un quart le légitime pour la réalisation d'examens complémentaires et 13% pour l'accès à un avis spécialisé [65].

Les difficultés d'accès à un examen d'imagerie et à un médecin spécialiste en libéral sont donc source d'un recours accru au SU.

3.3.4.1 Faciliter l'accès aux examens d'imagerie en libéral

L'imagerie médicale est au cœur de la pratique médicale actuelle et un pilier diagnostique indispensable dans bon nombre de pathologies notamment en urgence. L'accès à l'imagerie médicale en ville peut se révéler complexe avec des délais d'attente parfois longs.

En se basant sur l'enquête de la DREES, réalisée le 11 juin 2013, on estimait que 6,4% des patients qui se sont présentés au SU ce jour-là auraient pu être pris en charge en libéral « à condition de pouvoir voir un médecin le jour même et de pouvoir faire pratiquer des examens complémentaires (par exemple biologie, imagerie...) le jour même » [70].

Il paraît donc indispensable d'impliquer la radiologie libérale dans la prise en charge des SNP pour limiter la venue aux SU pour ce motif « organisationnel ».

La revalorisation des examens radiologiques sans rendez-vous dans le cadre des SNP pourrait être une solution intéressante, afin de limiter les délais d'attente.

3.3.4.2 Faciliter l'accès aux médecins spécialistes de proximité

Le MG, s'il a certes une place privilégiée pour la prise en charge des SNP en tant qu'acteur de premier recours ne peut néanmoins pas faire « tout », « tout seul »...

Dans l'étude précitée, sur les usagers s'étant présentés au SU le jour de l'étude 3,2% des patients « *auraient pu être pris en charge par un médecin spécialiste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin le jour même* » et 2,7% « *auraient pu être pris en charge par un médecin spécialiste en cabinet le lendemain* ».

Les différentes réformes gouvernementales, plus ou moins coercitives, proposées pour améliorer la prise en charge des SNP ne concernent pourtant que les MG.

S'il apparaît judicieux actuellement au gouvernement d'obliger les MG à proposer des créneaux dédiés aux SNP, pourquoi n'en est-il pas de même pour les médecins spécialistes ?

Le DMP prend ici encore tout son sens en dynamisant la coordination entre les différentes spécialités.

De même, la majoration MUT d'application récente est une mesure « timide » qui va dans le sens d'améliorer la coordination entre les différents professionnels.

Conclusion

Depuis une vingtaine d'années, la France est confrontée à un problème majeur de santé publique du fait de l'accroissement conséquent du recours aux structures d'urgence. Le nombre de passages estimé à 13,6 millions en 2001, est établi à plus de 20 millions en 2015 et les appels au SAMU ont passé la barre des 30 millions en 2014.

Parmi ces recours, environ 30% des patients pourraient être pris en charge en ambulatoire, selon différentes études de la littérature médicale. Ces consultations dites « inappropriées », relèvent de la médecine générale, et si elles n'en sont pas la seule cause, contribuent à l'encombrement des services d'urgences et aux conséquences néfastes qui en résultent.

Un raccourci fréquemment établi est d'en allouer la responsabilité aux médecins généralistes, incriminés d'assurer une offre de soins ambulatoires déficiente concernant la prise en charge des soins non programmés. Ce sont notamment la transformation de leur profil et l'évolution de leur mode d'exercice qui sont mises en cause.

Dans ce contexte, nous avons mené une étude descriptive auprès de 445 médecins généralistes afin d'analyser de manière objective la prise en charge des soins non programmés en journée dans les cabinets de médecine générale. Nous nous sommes notamment interrogés sur l'impact éventuel de certaines caractéristiques sociodémographiques des praticiens interrogés.

Les résultats de notre étude confirment tout d'abord que la représentation traditionnelle du médecin généraliste fondée sur un médecin de sexe masculin, exerçant seul, en consultations libres, est en voie d'extinction.

On assiste en effet à un important phénomène de féminisation de la population médicale associé à un essor du travail en association : parmi les praticiens interrogés ayant moins de dix années d'exercice, 60% sont des femmes, et parmi eux plus de 8 sur 10 exercent sur un mode associatif.

Parallèlement, on observe un vieillissement de la population médicale avec près d'un tiers des médecins interrogés ayant plus de 30 ans d'exercice.

Les modalités d'exercice évoluent elles aussi puisque plus de 25% des médecins exercent sur rendez-vous exclusifs et ce chiffre atteint 50% pour les praticiens de moins de 5 années d'exercice.

En second lieu, notre étude met en lumière le rôle majeur assuré par les médecins généralistes dans la réponse aux demandes de soins non programmés. Ils répondent pour la quasi-totalité d'entre eux, aux demandes de soins urgents auxquelles ils sont confrontés. En effet 98% des médecins interrogés les prennent en charge, et ce quelles que soient leurs caractéristiques sociodémographiques. Ils en gèrent en moyenne 1 à 5 par jour.

Lorsqu'ils sont amenés à en refuser, ils ne redirigent le patient vers le milieu hospitalier que dans 1 cas sur 5 et privilégient plutôt un réseau de prise en charge ambulatoire.

La raison sous-jacente à l'origine d'un refus de prise en charge est une surcharge de travail, qui n'est donc finalement pas l'apanage des services d'urgence.

Ce constat met en évidence la réalité de l'exercice quotidien de la médecine générale, intense, complexe et souvent difficile.

Si la féminisation de la profession, et la tendance au travail en association n'ont pas été identifiées dans notre étude comme des obstacles directs à la réponse aux demandes de soins non programmés, l'exercice sur rendez-vous exclusifs représente lui un frein identifié pour l'accueil des soins non programmés en médecine de ville.

Au vu de nos résultats, on ne peut donc pas parler d'un désengagement des médecins généralistes face à la prise en charge des soins non programmés.

Au regard d'une demande qui ne cesse de croître, des réflexions afin de limiter le recours aux services des urgences s'imposent dans le cadre de ces consultations, qui auraient pu trouver une réponse auprès d'un médecin généraliste.

Nos hommes politiques en sont d'ailleurs bien conscients puisque la régulation de la demande de soins non programmés représente actuellement en France, un volet important des réformes récentes visant à améliorer le fonctionnement du système de santé.

La reconnaissance du rôle primordial joué par le médecin généraliste dans le système de prise en charge des soins non programmés, est une mesure indispensable, plutôt que des mesures coercitives à son encontre.

Un appui financier est d'ailleurs une mesure largement sollicitée et légitime des praticiens.

L'idée que cette incitation financière se fasse plutôt sous la forme d'un forfait pour des créneaux identifiés de prise en charge de soins non programmés, plutôt que sous la forme d'une majoration à l'acte, semble intéressante dans le sens où elle limiterait sans doute la tendance à l'exercice exclusivement sur rendez-vous programmés, et son effet négatif sur la prise en charge des soins non programmés.

La mise en place de centres de soins non programmés est également une solution envisagée par 20% d'entre eux.

L'idée d'une régulation téléphonique systématique des demandes de soins non programmés semble par ailleurs être une proposition pertinente. Elle permettrait une réponse et une orientation optimale au sein du réseau de soins disponible. Cette dernière est un élément clé du dernier rapport dédié à l'organisations des soins non programmés, réalisé par le député Thomas Mesnier. Une étude sur ses bénéfices potentiels attendus serait intéressante mais certainement complexe à mettre en place.

Tous les professionnels de santé s'accordent aujourd'hui à dire qu'une restructuration en profondeur du système de santé est nécessaire pour améliorer la gestion des soins non programmés. Ces modifications permettraient une prise en charge de meilleure qualité avec des bénéfices pour tous les acteurs du système de soins, y compris et en priorité pour le patient lui-même.

VU

Strasbourg, le 14/11/2018

Le président du Jury de Thèse

Professeur P. BILBAULT
 Responsable de Service
 Pôle Urgences, Réanimations Médicales et Centre Antipoison
 Service des Urgences Médico-chirurgicales Adultes
 Nouvel Hôpital Civil
 1 Place de l'Hôpital - BP 426 - 67091 STRASBOURG Cedex
 Tél. 03 69 55 04 66 - 03 69 55 03 83 - Fax 03 69 55 18 56

VU et approuvé

Strasbourg, le

4 NOV. 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Bibliographie

- [1] Vuagnat A. Les urgences hospitalières qu'en sait-on ? Panorama des établissements de santé. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. 2013;p11-28. [En ligne] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
- [2] Cohen L, Genisson C, Savary RP. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Rapport d'information du Sénat n°685. Session extraordinaire de 2016-2017. [En ligne] <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
- [3] Observatoire Régional des Urgences. Panorama urgences de la région Grand Est. Edition 2016. 2017 Dec 15. [En ligne] <https://www.est-rescue.fr/panorama-urgences-2016-de-la-region-grand-est/>
- [4] Lestavel P, Duffosez F, Samiti N, et al. Passages inappropriés aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier? Réan Urg. 1999;8,p. 142.
- [5] Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. 2003;N°212. [En ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
- [6] Rapport public annuel de la Cour des Comptes. Première partie – Les observations des juridictions financières. Les urgences médicales : constats et évolution récente. 2007;313-47.
- [7] Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I, Rofritsch S, et le Collège des médecins urgentistes de la région PACA. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. Journal Européen des Urgences. 2007 Mai ;20(1S). [En ligne] http://copacamu.org/IMG/pdf/GENTILE_Texte__Analyse_du_comportement_de_s_usagers_des_urgences_pour_des_soins_non_urgents_Rel_sultats_de_la_rel_gion_PACA.pdf
- [8] Rapport de la Cour des Comptes. L'avenir de L'Assurance Maladie. 2017 Nov. [En ligne] https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf
- [9] Lesigne E. L'urgence est ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université de Rennes 1. 2001,114 p.

- [10] Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16(1):63-74 [En ligne] <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-63.htm>
- [11] Koziol-McLain J, Price D, Weiss B, Quinn AA, Honigman B. Seeking care for non urgent medical conditions in the emergency department : Through the eyes of the patient. *J Emerg Nurs*. 2000;26:554-63.
- [12] Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé. La santé observée dans les régions de France. Chapitre 2.4 Les urgences. Mise à jour n°1.2000. [En ligne] <http://www.fnors.org/Fnors/ORS/Travaux/So/24.pdf>
- [13] American College of Emergency Physicians. Definition of an emergency service. *Annals of Emergency Medicine*. 1994;23:1397.
- [14] Intervention retranscrite dans les actes du séminaire sur les urgences hospitalières. Les urgences : un symptôme des changements de la société ?. Organisé en 2015 par la chaire santé de Sciences Po, sous la direction des Drs Wargon M et Hellmann R. [En ligne] http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Actes_Seminaire_Urgences2014.pdf
- [15] Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter? *Archives de pédiatrie*. 2008;15(12):1733-38.
- [16] Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapés. Circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- [17] Steg A. La médicalisation des urgences. Rapport de la Commission Nationale de restructuration des urgences. 1993. [En ligne] <http://documentation.fhp.fr/documents/3746R.pdf>
- [18] Barrier G. La prise en charge préhospitalière des urgences. Rapport de la commission nationale de restructuration des urgences. 1994.
- [19] Descours C. Rapport relatif à la permanence des soins. 2003. [En ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
- [20] Braun F. Organisation de la médecine d'urgence en France. *La Revue du Praticien*. 2015;65:34-40.
- [21] Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Livre blanc SAMU Urgences France. 2015. [En ligne] <http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
- [22] Code de santé publique. Art R6311-1 à R6311-5. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

- [23] Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de bonne pratique. 2011. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201110/reco2clics_regulation_medicale.pdf
- [24] Guide d'aide à la régulation médicale au Samu Centre 15. SFEM, 2ème édition. 2009.
- [25] République Française. Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965 complétant le décret 59957 du 3 août 1959 par un art. 6-1 (institution de l'obligation pour certains établissements hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence). Journal Officiel du 3 décembre 1965 p 10843.
- [26] Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Décret n°97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de Santé Publique.
- [27] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie. Loi Hôpital Patient Santé Territoire du 23 juin 2009 portant réforme de l'Hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel du 22 juillet 2009.
- [28] Smadja S. Organisation, activité et impact de SOS Médecins France. 2010 Juin. [En ligne] <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/professionnels/activite/36-organisation-activite-et-impact-de-sos-medecins->
- [29] République Française. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel n°82 du 8 avril 2005 page 6345.
- [30] République Française. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. Journal Officiel n°0163 du 17 juillet 2010 page 13240.
- [31] Conseil départemental du Bas Rhin. Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public. [En ligne] http://www.bas-rhin.fr/eCommunityDocuments/E34C4D98-631D-459B-AA4E-61C91D2F7BA0/4440/document_conseil-departemental-bas-rhin-3-diagnostic-partie-1-bas-rhin-sdaasp.pdf
- [32] Conseil départemental du Haut Rhin. Schéma départemental d'accessibilité des services au public. [En ligne] <https://www.haut-rhin.fr/schema-departemental-epci>

- [33] ARS Grand Est. Projet régional de santé 2018-2027 : Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. 2017 Avr. [En ligne] [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/201705/PRS2 Etat des lieux 00 SYNTHESE 20170519.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/201705/PRS2_Etat_des_lieux_00_SYNTHESE_20170519.pdf)
- [34] ARS Grand Est. Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016. Etat des lieux. 2012 Jan. [En ligne] http://www.pepsal.org/wp-content/uploads/2012/02/EtatdesLieux_PSRs_PRs_2012-2016.pdf
- [35] Site de SOS Médecins 67 <http://www.sos-medecins67.fr/>
- [36] Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale pour 2014. Chapitre XII : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Pages 349-77. [En ligne] <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000552/index.shtml>
- [37] Panorama des établissements de santé. Edition 2016. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016>
- [38] Berchet C. Emergency Care Services : Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. Organisation de Coopération et de Développement Economique. 2015 Aug 1. [En ligne] <https://www.oecdilibrary.org/docserver/5jrts344crnsen.pdf?expires=1538495311&id=id&accname=guest&checksum=37824E86836D2B580BB02DA5870D51CA>
- [39] Krochmal P, Riley TA. Increased health care costs associated with ED overcrowding. *Am J Emerg Med.* 1994;12(3):265-266.
- [40] Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *Med J Aust* 2003;179(10):524-526.
- [41] Ackroyd-Stolarz S, Read Guersney J, MacKinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital : a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* 2011 Jul;20(7):564-69.
- [42] Pines JM, Pollack CV Jr, Diercks DB, Chang AM, Shofer FS, Hollander JE. The association between emergency department crowding and adverse cardiovascular outcomes in patients with chest pain. *Acad Emerg Med.* 2009;16 (7) :617-25.
- [43] Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med.* 2011;18(12):1324-29.

- [44] Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006;184(5):213-16.
- [45] Mills AM, Shofer FS, Chen EH, Hollander JE, Pines JM. The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients. *Acad Emerg med*. 2009;16(7):603-08.
- [46] Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Sean Morrison R. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Acad emerg Med*. 2008;15(12):1248-55.
- [47] Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann. Emerg Med*. 2008;51(1):1-5.
- [48] Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review : emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Crit Care*. 2005;9(3):291-95.
- [49] Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. Overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med*. 2010 Mar;28(3):304-09.
- [50] Rowe BH, Channan P, Bullard M, Blitz S, Saunders LD, Rosychuk RJ, et al. Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Acad Emerg Med*. 2006;13:848-52.
- [51] Estryng-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians. Results from the French SESMAT study. *Emergency Medicine Journal*. 2011 May;28:397-410.
- [52] Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport annuel 2017. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/dgos/onvs>
- [53] Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2006;n° 524.
- [54] Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Lelaidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2000; n°72.
- [55] Observatoire Régional des Urgences. Panorama urgences de la région Grand Est. Edition 2015. [En ligne] <http://www.oru-ca.com/panorama-urgences-2015-de-la-region-grand-est/>

- [56] Composantes de la croissance démographique, France. Tableaux rétrospectifs, publiés par l'INSEE.
- [57] Lucas J. L'exercice médical face à la permanence des soins. Rapport sur la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001.
- [58] Hodgson J. The genteel outpatient abuse at the public charities. *Lancet* 1849;2:705.
- [59] Lang T, Davido A, Diakite B, Aguay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non urgent care in the hospital emergency department in France : how much and which health need judge it reflect ? *J.Epidemiol Communality Health* 1996;50(4):456-62.
- [60] Caterino JM, Holliman CJ, Kunselmann AR. Underestimation of case severity by emergency department patients : implications for managed care. *Am J Emerg Med* 2000;18(3):254-56.
- [61] Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003;44(5):585-91.
- [62] Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001;37(6):580-86.
- [63] Grumbach K, Keane D, Bindmann A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993;83(3):372-78.
- [64] Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al. ED patients : how non urgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. 2011 Mar;29(3):333-45.
- [65] Panorama des établissements de santé. Edition 2014. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale. p 31-47 [En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>
- [66] Base des unités urbaines publiée par l'INSEE. 26/03/2018. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/information/2115018>
- [67] Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. *Etudes et Résultats*. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 2006 Mar;n° 471 [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>

- [68] URPS médecins libéraux Franche Comté. Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les consultations de soins non programmés. Résultats rapportés dans un article publié par la Société Française de Médecine d'Urgence. Soins non programmés : l'éducation du patient pointée du doigt. 2014 [En ligne] http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/soins-non-programmes-l-education-des-patients-pointee-du-doigt/new_id/58811
- [69] URPS Ile de France. Rendez-vous médicaux non honorés. Demande de soins non programmés : Etat des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. 2015 Juin. [En ligne] <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16200.pdf>
- [70] Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé. 2018 Mai. [En ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- [71] Vacheresse Z. Consultations d'urgence en médecine générale : spécificité des besoins en zone rurale et morbidité morphologique ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université de Dijon. 2016;71p
- [72] Ordre national des médecins. Conseil national de l'Ordre. L'atlas Alsace 2015. La démographie médicale en région Alsace. Situation au 1er janvier 2015. Accessible [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_alsace_2015.pdf
- [73] Ordre national des médecins. Conseil national de l'Ordre. L'atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2017. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
- [74] Bournot MC, Goupil MC, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. 2008 Août;n° 649. [En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>
- [75] Ipsos Public Affairs. Le regard des médecins sur leur métier a changé. 2004 Sept. [En ligne] <http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2004-09-30-regard-medecins-sur-leur-metier-change>
- [76] Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. 2012 Mar;n°797. [En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>

- [77] Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Questions d'économie et de santé. 2009 Juil;n°144[En ligne] <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
- [78] Étude TNS-Sofres pour l'ARS Ile-de-France. Utilisation et perception de l'offre de soins non programmés. 2014 Jan. ^[1] _[SEP]
- [79] Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. 2018 Mai;n°1061 [En ligne] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf
- [80] Ordre national des médecins. Conseil national de l'Ordre. L'atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. [En ligne] https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
- [81] Attal-Toubert K, Vanderschleden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. 2009 Fév;n° 679 [En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
- [82] Anguis M. En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. 2017 Mar;n° 1006 [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1006-2.pdf>
- [83] Hubert E. Rapport du Docteur Élisabeth Hubert : Mission de concertation sur la médecine de proximité. La Documentation française.2011. [En ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/104000622.pdf>
- [84] Etude de l'observatoire de l'accès aux soins réalisée par l'IFOP pour le cabinet Jalma. Edition 2017.
- [85] Union Régionale des Médecins Libéraux Ile-de-France. La visite à domicile chez les médecins franciliens. 2005. [En ligne] http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
- [86] Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé. Edition 2016. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [En ligne] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gfs-2016_mel_301117.pdf
- [87] Arrêté du 30 septembre 2002.Accord du bon usage des soins. Journal Officiel de la République Française n° 230 du 2 octobre 2002 page 16264 texte n°16.

- [88] Ordre national des médecins. Conseil national de l'Ordre. L'atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2007. [En ligne] https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2007.pdf
- [89] Boyoud-Ghidossi C. La féminisation de la médecine générale en pratique : du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université de Grenoble. 2011;106p. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00653562/document>
- [90] Arrêté du 18 octobre 2017 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2017-2018. Journal Officiel de la République Française n° 0250 du 25 octobre 2017 texte n°44.
- [91] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et Résultats. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 2009 ; n°679
- [92] Niel X. La démographie médicale à l'horizon 2020 : Une réactualisation des projections à partir de 2002. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et résultats. 2002 Mar;n°161. [En ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er161.pdf>
- [93] Evrard I, Bourgueil Y, Le Fur P, Mousques J, Baudier F. Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. Baromètre santé médecins généralistes. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. 2009. [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/exercice-de-groupe-et-pratiques-de-prevention.pdf>
- [94] Unité régionale des professionnels de santé des médecins libéraux Pays de la Loire. L'exercice en cabinet des médecins généralistes des Pays de la Loire. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. 2013 Fév.
- [95] République Française. Décret N° 2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié. Journal officiel n°289 du 14 décembre 2006:p 18872.
- [96] République Française. Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant N°20 à la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal officiel n°74 du 28 mars 2007:p 5797.
- [97] République Française. Article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité Sociale pour 2008. Journal officiel n°0296 du 21 décembre 2007:p 20603.

- [98] République Française. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n°0185 du 11 août 2011 p 13754.
- [99] République Française. 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. Journal officiel n°0248 du 23 octobre 2016. [En ligne]
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5033/document/convention-medecins-liberaux_journal-officiel.pdf
- [100] Grall JY. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. 2015 Juil. [En ligne]
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
- [101] SAMU Urgences de France. Accélérer la modernisation de la régulation médicale pour répondre aux défis de santé. 2018 Mai.
- [102] Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Revue française des affaires sociales 2006. [En ligne]
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-91.html>

Annexes

Annexe 1

Classification clinique des malades des urgences

La CCMU classe les patients relevant de l'urgence pré-hospitalière (Smur) et ou se présentant à l'accueil des urgences hospitalières selon 7 degrés de gravité, déterminés par le médecin à l'issue de l'examen clinique initial.

CCMU 1 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Réalisation d'un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du 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 P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

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

Source : Observatoires régionaux des urgences

Annexe 2

Secteur de garde		Nombre de MG	Proportion significative
67001	BARR/EFIG	27	5
67002	BENFELD	13	3
67003	BERSTETT**	11	2
67004	BISCHWILLER/KALTENHOUSE	23	5
67005	BOUXWILLER	8	2
67006	BRUMATH/HOERDT**	25	5
67007	CUS	636	127
67008	DETTWILLER/MARMOUTIER/MONSWILLER	17	3
67009	DIEMERINGEN/SARRE UNION	11	2
67010	DINGSHEIM**	19	4
67011	DRULINGEN	4	1
67012	DUTTLENHEIM	10	2
67013	ERGERSHEIM	6	1
67014	ERSTEIN	16	3
67015	GERSTHEIM	9	2
67016	HAGUENAU**	43	9
67017	HATTEN/RIEDELZ/SOULTZ-SOUS-FORÊT	17	3
67018	HERRLISHEIM/ROPPENHEIM	26	5
67019	HOCHFELDEN	19	4
67020	INGWILLER	10	2
67021	LA PETITE PIERRE	5	1
67022	LA WALCK/SCHWEIGHOUSE-SUR-MODER**	18	4
67023	LEMBACH	15	3
67024	MARCKOLSHEIM/SUNHOUSE	24	5
67025	MERTZWILLER/REICHSHOFFEN	24	5
67026	MOLSHEIM	27	5
67027	OBERNAI	21	4
67028	ROSHEIM	13	3
67030	SAVERNE	23	5
67031	SCHIRMECK	10	2
67032	SELESTAT	37	7
67033	SELTZ - MOTHERN	11	2
67034	URMATT	11	2
67035	VILLE	11	2
67036	WASSELONNE	25	5
67037	WISSEMBOURG	14	3
Total Bas-Rhin		1 239	248

68001	BOLLWILLER / ENSISHEIM	11	2
68002	CERNAY	29	6
68003	COLMAR	88	18
68004	DIDENHEIM	20	4
68005	FESSENHEIM	5	1
68006	GUEBWILLER	12	2
68007	ILLZACH MODENHEIM	20	4
68008	KAYSERSBERG	8	2
68009	LAPOUTROIE ORBEY	9	2
68010	LUTTERBACH	16	3
68011	MASEVAUX	11	2
68012	MULHOUSE	155	31
	<i>dont SOS</i>	16	3
68013	MUNSTER	18	4
68014	MUNTZENHEIM	11	2
68015	NEUF-BRISACH	10	2
68016	OTTMARSHEIM	3	1
68017	RIBEAUVILLE	20	4
68018	RIXHEIM	20	4
68019	ROUFFACH	11	2
68020	SAINT-LOUIS	32	6
68021	SIERENTZ	23	5
68022	SOULTZ-HAUT-RHIN	15	3
68023	ST AMARIN	12	2
68024	SUNDGAU REGROUPE	49	10
68025	THANN	15	3
68026	WINTZENHEIM	20	4
68027	WITTENHEIM	23	5
68028	SAINTE-MARIE-AUX-MINES	11	2
Total Haut-Rhin		693	139
Total Alsace		1 932	386

Source : Erasme 2016, SNIIRAM 2016

Annexe 3

Questionnaire de l'étude

Question 1 : Vous travaillez :

1. Seul
2. En association

Question 2 : Qui gère les appels au cabinet ?

1. le médecin directement
2. un secrétariat sur place
3. une plateforme téléphonique
4. autre, préciser :

Question 3 : Votre cabinet dispose de créneaux de consultation :

Sur Rendez-Vous (enquêteur : écrire R dans les cases correspondantes)

En Consultation Libre (enquêteur : écrire CL dans les cases correspondantes)

Pour les Visites à domicile (enquêteur : écrire V dans les cases correspondantes)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
matin (entre 8h et 12h)						
pause-déjeuner (entre 12h et 14h)						
après-midi (14h-17h)						
fin de journée (17h-20h)						
soirée (après 20h)						

Question 4 : Préciser les périodes dans la journée où la fréquentation du cabinet est la plus importante (plusieurs réponses possibles) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
matin (entre 8h et 12h)	1	1	1	1	1	1
pause-déjeuner (entre 12h et 14h)	2	2	2	2	2	2
après-midi (14h-17h)	3	3	3	3	3	3
fin de journée (17h-20h)	4	4	4	4	4	4
soirée (après 20h)	5	5	5	5	5	5

Parlons à présent plus particulièrement des patients qui viennent pour des soins non programmés, pour des urgences non vitales.

Question 5 : Est-ce que votre cabinet médical accepte des patients en urgence ?

1. Oui
2. Non aller en Q9

Question 6a : Dans votre cabinet, en moyenne par jour, combien de patients bénéficient de consultations en urgence ? (hors périodes d'épidémie)

1. aucun aller en Q8
2. 1 à 5 patients
3. 6 à 10 patients
4. plus de 10

Question 6b : Et pendant les périodes où il y en a le plus, à combien cela peut-il monter ?

1. aucun

2. 1 à 5 patients
3. 6 à 10 patients
4. plus de 10

Question 7 : Ces soins non programmés sont préférentiellement : (1 seule réponse)

1. positionnés entre deux patients
2. réalisés après les horaires des consultations programmées
3. programmés le lendemain
4. déplacés vers les horaires des consultations programmées

Question 8: Vous arrive-t-il de refuser des soins non programmés ?

1. Non jamais aller en Q11
2. Oui parfois

Question 8b: Avez-vous le sentiment que vous en refusez Que par le passé ?

1. Plus
2. Autant
3. Moins

Question 9 : Préciser les raisons pour lesquelles votre cabinet peut être amené à refuser des soins non programmés (*choix multiples*) :

1. cela désorganise les prises de rendez-vous
2. je travaille déjà à flux tendu
3. je ne dispose pas de secrétariat
4. autre, préciser :

Question 10 : En cas de refus d'une demande de SNP, vers quelle solution le patient est-il orienté préférentiellement ? (1 seule réponse)

1. vers un confrère
2. vers le service d'urgence le plus proche
3. vers un appel au 15
4. proposition d'un rdv différé
5. vers la permanence des soins/SOS Médecin
6. autre, préciser :

Question 11 : Quelles solutions permettraient selon vous d'améliorer la prise en charge des consultations non programmées (*choix multiples*) ?

1. un appui logistique ou organisationnel (logiciel, secrétaire...)
2. un appui financier sous forme d'une majoration à l'acte
3. un appui financier sous forme d'un forfait sur des créneaux identifiés pour ces soins non programmés
4. la mise en place d'un centre de soins non programmé à proximité
5. autre, préciser :

Si item 4 retenu en Q 11

Question 12 : Seriez-vous volontaire pour intervenir au sein de ce centre de soins non programmé ?

1. Oui
2. Non

Université
de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CARLE

Prénom : Stéphanie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète -

Signature originale :

A Geispolsheim, le 06/11/18

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : L'augmentation de la fréquentation des Services d'Urgences (SU), véritable problème de santé publique, est souvent attribuée à des consultations dites « inappropriées », ne relevant pas de l'urgence. L'idée sous-jacente est l'existence d'une insuffisance d'offre de soins en libéral pour répondre à la demande actuelle de Soins Non Programmés (SNP).

Matériel et Méthodes : En collaboration avec l'ARS Grand Est, nous avons mené une étude transversale descriptive, basée sur une enquête téléphonique, réalisée auprès de 445 médecins généralistes alsaciens. L'objectif principal de notre travail était d'analyser la prise en charge des SNP dans les cabinets de médecine générale et ses modalités. Dans un second temps, nous avons cherché à étudier l'impact éventuel du profil des praticiens et de leur modalité d'exercice sur cette prise en charge.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés ont déclaré accepter les SNP à hauteur de 97,8%, et 81,1% affirmaient ne jamais en refuser. Ils en prenaient en charge en moyenne 1 à 5 par jour. La solution privilégiée en cas d'impossibilité de prise en charge était la réorientation vers un confrère pour 45,2% des médecins. Seulement 20,2% d'entre eux réorientaient les patients vers le SU. Aucune caractéristique étudiée des praticiens interrogés n'a influencé de manière significative la prise en charge des SNP. La modalité d'exercice consistant à travailler sur rendez-vous exclusifs a par contre été associée à un taux de refus systématique plus important ($p=0,02\%$). Un travail se faisant à flux tendu était un frein à la prise en charge pour 69% des médecins. L'appui financier a été évoqué comme la solution première à envisager pour améliorer la prise en charge des SNP pour 43,3% des médecins.

Conclusion : La médecine générale confirme son rôle primordial dans le système de prise en charge des SNP. Cette discipline est par ailleurs à un tournant de son évolution en terme de profil des professionnels et des aspirations de ces derniers.

Rubrique de classement : D.E.S de médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, Soins non programmés, Urgence, Alsace

Président : Professeur Pascal BILBAULT
Assesseurs : Professeur Bernard GOICHOT
Professeur Georges KALTENBACH
Docteur Jean-Luc GRIES
Docteur Thomas WEISS

Adresse de l'auteur : Stéphanie CAPELLE
64 rue Frédéric Chopin
67118 Geispolsheim