

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année 2022

Numéro 64

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention D.E.S.

De Médecine Générale

PAR

EHRET Bastien

Né le 03/07/1992 à Mulhouse

Description de l'activité des Centres de Soins Non Programmés de
Mulhouse Alsace Agglomération

Président	Professeur Pascal Bilbault
Directeur	Docteur Frédéric Trynieszewski
Membres du jury	Professeur Romain Kessler
	Professeur Philippe Clavert

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année 2022

Numéro 64

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention D.E.S.

De Médecine Générale

PAR

EHRET Bastien

Né le 03/07/1992 à Mulhouse

Description de l'activité des Centres de Soins Non Programmés de
Mulhouse Alsace Agglomération

Président	Professeur Pascal Bilbault
Directeur	Docteur Frédéric Tryniszewski
Membres du jury	Professeur Romain Kessler
	Professeur Philippe Clavert

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition SEPTEMBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBLIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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 - Serv. 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
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 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	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)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	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 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	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
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	• 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 - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 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
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	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
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/H/C	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 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
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MÉNARD Didier P0222	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépatologie-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	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 Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
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 - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	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
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / 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)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
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 - Service de Santé Publique / 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
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	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 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	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 Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• 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 / Faculté	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 CS	• 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 / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • 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 WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
 * : 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 chef de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
 (3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

MO142 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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme 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)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLE 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 / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON 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
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• 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)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	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
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUJOU 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)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	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)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
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 - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	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 SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
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 Pédiatrique / 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)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie 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 I / 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 BONAHA Christian P0166

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
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

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. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015) Pr Ass.
GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013) Pr
Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013) Pr
Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

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

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

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

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

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	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
 - o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
 - o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
 - o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
-

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique (2019-2020)
Pr KINTZ Pascal (2019-2020)
Pr LAND Walter G. (2019-2020)
Pr MAHE Antoine (2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine (2019-2020)
Pr REIS Jacques (2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine (2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTESS Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

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 Hautepierre** : 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 Graff enstaden 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 Strauss" - 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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT

Merci de me faire l'honneur de siéger à la présidence de mon jury ainsi que pour l'intérêt porté à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de la reconnaissance que je porte à votre bienveillance.

A Monsieur le Professeur Romain KESSLER

C'est dans votre service que j'ai commencé à exercer la médecine et où vous avez été mon premier Maître. Votre engagement et votre rigueur m'ont donné le goût du travail bien fait. Votre intérêt pour l'enseignement et votre disponibilité sont des qualités que j'ai admirées chez vous et dont j'essaye de prendre exemple au quotidien. Merci d'avoir accepté d'être présent en ce jour si important. C'est un honneur de vous avoir à mes côtés pour mettre un point final à mon cursus. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe CLAVERT

Le stage que j'ai pu réaliser avec vous a participé à me donner goût à l'orthopédie qui fait désormais partie de mon quotidien, je vous en remercie. Les enseignements dont j'ai bénéficié lors de votre stage ainsi que la passion dévorante que nous partageons pour notre sport m'ont naturellement orienté vers vous pour évaluer mon travail. Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et pour le temps consacré à cette soutenance.

A Monsieur le Docteur Frédéric TRYNISZEWSKI

Tu as d'abord été un maître de stage comme on aimerait tous en avoir, disponible, agréable, enthousiaste, encourageant mais aussi plein de connaissances que tu apprécies transmettre à qui souhaite apprendre. Tu m'as ensuite fait confiance pour m'intégrer à SOS mais aussi et surtout à ta structure de cœur, Pfastatt, ce pour quoi je te remercie profondément. En plus de devenir un collègue, tu as accepté de diriger mon travail ce que tu as brillamment fait grâce à ton expertise, ton sens du jugement et ton énergie débordante. Merci d'avoir dit oui, merci d'avoir été pour moi un Maître et de m'avoir montré ton art de la médecine.

A ma famille,

A mes parents, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci d'avoir été des parents modèles pour Nicolas et moi. Merci de nous avoir transmis les valeurs qui sont les vôtres et qui nous ont permis de nous construire.

A ma chère et tendre **maman**, qui a excellé dans l'art de concilier vie professionnelle, vie de famille, amis et j'en passe. Même si je n'ai pas toujours été facile, ta patience et ton dévouement indéfectibles ont été exemplaires. J'en ai pleinement conscience et t'en remercie du fond du cœur. Nous avons commencé par des promenades, elle se sont transformées en déjeuners au camping et j'ai adoré cela. Aujourd'hui, la voie est libre pour découvrir notre nouvelle activité pour les prochaines années. Merci d'être la meilleure des mamans.

Merci à toi **papa**. On te connaît tes qualités de trader, de plombier, de juriste, de cuisinier et que sais-je encore. Une chose est sûre, tu as été remarquable dans celle de conseiller d'orientation et de coach mental. Tu as toujours trouvé les mots pour me redonner le moral et cela malgré des périodes bien difficiles. Merci pour tout, mais surtout pour ton soutien sans pareil. Ensemble, nous avons gagné la guerre.

A mon frère qui m'a toujours félicité pour mon investissement dans mes études et qui n'a pas hésité à m'aider dans la réalisation de mon travail. Ta considération relative à mon engagement et ton empathie concernant les difficultés que j'ai pu éprouver m'ont donné du courage pour parvenir à mes fins. Depuis toujours, tu me prends sous ton aile pour me guider comme le ferait le meilleur des grands frères et je t'en remercie. Merci de m'avoir transmis la passion du sport et de la compétition, merci aussi de partager toutes ces références qui nourrissent notre complicité. *T'es mon pote blue !*

A Carole, je n'aurais sincèrement pas pu espérer meilleure belle-sœur.

A toi Grand-Mère, merci d'avoir été si fière de ton petit-fils que tu appelais déjà docteur avant l'heure. J'aurais aimé que tu puisses partager ce moment avec nous aujourd'hui. J'espère que tu y arrives de là-haut. Je pense à toi.

A ma Marraine, peut-être ma plus grande fan. Merci pour tous tes gâteaux, tes conseils avisés, ta sérénité et toute l'énergie positive que tu m'envoies toujours.

A mon Parrain qui partage avec moi l'amour du sport et qui porte sur ses épaules le fardeau de la dernière chaise à placer pour Noël. Merci, je vais maintenant prendre le relais.

A Tata Brigitte et Tonton Patrick. **A Tata Régine** pour ton énergie débordante et la fierté que je ressens lorsque tu m'appelles docteur. **A Papoule** qui aime bien me charrier à propos de mon métier.

A mes cousins,

Merci à **Laurent** et **Fabrice** qui se sont toujours intéressés à mes études et à mon travail. Merci à **Aurélié** qui me fait déjà confiance. Merci à **Maxime** qui partage le goût pour les histoires border. Merci à **Céline** qui m'a toujours félicité. Merci à **Arnaud** qui partage la passion des métiers de la santé. Merci pour ces déjeuners d'entre l'heure. Merci aux **Escot** qui font partie de la famille. Merci à **Ariane** qui a toujours un mot doux à mon égard. Merci **Édouard** pour ton amour de l'anatomie et des piercings douteux. Merci **William, Willy ou Bill** qui m'a transmis l'amour du feu et avec qui j'ai partagé les meilleurs moments au plan d'eau de Reiningue. Merci **Tata Maïté** (ça y est, c'est officiel) pour être une telle crème avec moi. Merci **Seb** pour la considération que tu portes à mon métier. Merci à **Julie** pour ton franc parlé. Merci à **Jess** pour ta bienveillance. Merci à **Nico** de partager l'amour de Mario-Kart et des casse-têtes.

A mes enseignants,

A **Rosella, Monsieur Montarlier** et **Monsieur Petit** que j'ai admirés pour leur passion débordante et communicative dans leur travail. Merci d'avoir cru en moi.

A celles et ceux qui m'ont aidé à réussir,

A **Alison, Aurélié** et **Léa pour m'avoir** soutenu et encouragé durant mes études. Mais aussi à **Fabien** qui m'a donné la motivation et surtout le courage de me mettre au travail. A **Mika** pour avoir su me remonter le moral au bon moment. A **Marie G.** pour tes dessins. A toi **Lucile**, merci pour ta disponibilité et ta bonne humeur. Merci d'avoir fait de moi le grand gagnant du concours du rapport le moins bitable de l'année ! Bonne route pour tes compètes.

A mes anciens chefs,

A **Michele**, mon premier interne, pour ta gaieté et ta réassurance durant mes premiers pas en milieu hospitalier. A **Anne-Sophie Laurence et Laure**, pour avoir été des internes or. A **Camille** et **Cosmina**, pour avoir été des chefs formateurs dans la bonne humeur. A **Catherine Cordier** pour m'avoir montré que le travail en cabinet peut-être un plaisir. A **M. Schlegel**, pour avoir su m'accorder votre confiance.

A ceux qui ont su me donner mon autonomie,

A **M. Decloux**, pour votre générosité et votre goût du travail bien fait. A **M. Widolf** pour votre temps et votre calme. A **M. Robert**, pour m'avoir fait confiance en tant que premier stagiaire.

Au Service d'Urgences pédiatriques de Colmar,

Et tout particulièrement à **Antoine** pour m'avoir mis à l'aise d'entrée de jeu en me parlant de *zezette*. Merci à **Marie-Amélie** pour m'avoir charrié tout le trimestre parce que je n'étais jamais *inquiet*.

Au service de gynécologie de Hautepierre,

Et surtout à toi **Thomas** qui a su mélanger compétences médicales et pédagogie avec une sympathie excessive. Tu aimes ton métier et ça donne envie de faire pareil.

Au Service d'Urgences de Mulhouse,

Et tout particulièrement à **Fresnel** et **Nico** pour votre sérénité et votre sympathie.

A tout le service de cardiologie de Mulhouse,

Pour son accueil et son goût pour la formation. A **Martine** et **Sadia** pour avoir été si gentilles. A **Mihaela** pour ta gentillesse et ta patience. A **Tarek** parce qu'on en fait pas deux des comme toi et à **Lucien** pour tes explications. Mention Spéciale à **Nico** et **Jean-Yves** pour ce vin chaud qui a dérapé, et à **Jérémy** un IDE compétent et dévoué comme on aimerait en voir tous les jours, bon courage pour ton aventure. A ceux qui ont fait la beauté de ce stage, **Marie**, **John** et ta bonne humeur, **Dr Bourrich** qui est maintenant mon très cher confrère, **Serban** que je félicite pour son intégration, **Thibault** pour tes blagues inattendues, et surtout **Laurent** mon ami depuis la première année, toi avec qui j'ai fait tous ces allers retours à jouer et rejouer tous les sketches des inconnus ; *combien tu paries ?*

A mes co-internes,

Merci à mes co-internes, avec qui j'ai eu le plaisir de partager mes déjeuners tant adorés durant 6 mois. Merci à **Samantha**, **Pierre-Yves** et **Yann**. Merci à **Julie** et **Lucie** d'avoir su me supporter et de m'avoir aidé au quotidien, vous êtes les meilleures. Mention spéciale au duo de choc du 2^e étage, **Arthur** et **Victor**, pour nous avoir fait autant marrer et pour vos fonds d'écrans discutables. Merci à toi **Victor** pour l'amour des blagues de beauf et des p'tits c***, *grrr... wouaf !! wouaf !!* Un grand merci à **Arthur**, pour notre compétition que tu remportes haut la main, pour tous tes hébergements, pour les soirées mulhousiennes (qu'il s'agisse de danser sur une table ou bien au Spart) et pour toutes ces moresques !

A **Vincent** pour nos dōners et nos jeudis soir Colmariens.

A **Paulette** ! (Même si techniquement nous n'étions pas co-interne). Toi avec qui j'ai matché dès la première minute en allant faire la descente du Rhin. Toi avec qui je pourrais discuter des heures sans m'arrêter, toujours là pour me rendre service, me faire plaisir ou me soutenir. Tu prendrais ma défense contre n'importe qui et je suis fière d'avoir une amie comme toi alors merci bébé. Tu auras toujours un carré de chocolat 70% qui t'attendra à la maison, parce qu'on est trop *geht's*.

A mes collègues de Pfastatt,

Merci pour l'accueil que vous m'avez fait, mais aussi pour m'avoir aidé dans mon travail de thèse. Merci à **Marie-Laure** et **Patricia** pour votre sourire quotidien. Merci à **Laurence** et **Anne-Laure** pour vos avis. Merci à **Juliette** pour ton accent qui me fait tellement marrer. Merci à **Cristofe** pour ton calme et ta gentillesse. Merci à **Katia** pour m'apprendre tout ce que tu sais. Merci à **Gaëlle** et **Rachel** pour votre duo de choc et nos blagues de beaufs. Mention spéciale à **Gaëlle**, ma **Schätz**, mon **bébé**, et toutes tes histoires croustillantes. Merci aussi à **Anne**, **Julie**, **Lobia** et **Aurélie**, vous participez à la bonne ambiance de notre service, merci de me supporter. Merci à **Jean-Noël** pour ta pédagogie et ta sérénité à toute épreuve. Merci à **Rachel** et **Vincent** d'être des collègues avec qui c'est un plaisir de travailler. Merci à **Mathieu** pour nos discussions de passionnés de vélo. Merci à « **Martine** » pour ta bonne humeur.

A l'équipe du CSNP de Mulhouse,

Merci à **Cathy**, **Pauline**, **Emeric**, **Anne-Cécile**, **Adul**, **Charles**, **Mathieu** et surtout **Manu** pour m'avoir aidé dans mon projet. Merci d'avoir joué le jeu pour ma thèse mais aussi pour la bonne humeur que vous apportez au quotidien.

A mes copains de la vaccination,

Merci à **Yasmina**, **Léontine**, **Camille** alias « **maman** », **Faty**, **Cécile**, **Nathalie**, **Valérie**, **Angela**, **Denise**, **Yannick**, **Ash** et **Florian**. Quel heureux hasard de s'être rencontré dans ce hall de salle de sport. Votre bonne humeur est communicative ! Merci pour les apéros Shymrock et ce quiproquo formidable, pour les repas à la Cantin', les manalas chez Angela (ou pas...), *et tout ça quoi !*

A l'équipe de Soultz,

A **Marie**, **Véro**, **Laurent**, **Jésus**, **Mathieu** et **Quentin**. Je me sens si bien chez vous, chaque remplacement est un plaisir à partager avec vous. Vous êtes le cabinet de mes rêves. Merci **Laurence** pour l'intérêt que tu me témoignes. Merci **Véro** pour ta joie de vivre et ta sympathie communicative. Merci à toi **Thomas** pour m'avoir fait confiance pour ton premier rempla et pour m'avoir présenté à cette belle équipe.

A mon plus vieil ami, **Armand**. Encore une occasion de le répéter, « *depuis la maternelle !* ». Depuis tout ce temps, je pense connaître les histoires de toutes tes cicatrices. Nous savons tous les deux à quel point nous pouvons compter l'un sur l'autre, tu m'en as fait la preuve en me nommant parrain de ta petite Ève, merci.

A mes amis du collège,

A **Weller**, pour tous ces midis passés ensemble à la cantine du collège, pour ta rage de vaincre et surtout pour cette coloc' qui nous a permis de nouer des liens impérissables. Merci aussi à **Laura**, la plus grande rabatteuse du Gambri, une fille franche et au grand cœur comme son frère **Vincent** avec qui je me souviens, ou pas, des mercredis soir passés au Baro. Petite pensée à **Manon Peter** ma binôme du premier déconfinement.

A **Josef**, avec qui j'ai appris l'art du papotage les samedis midi après les cours. On a commencé tôt et je pense pouvoir avancer que nous excellons dans ce domaine à présent. Merci pour ces footings du dimanche matin, pour ton écoute et tes avis éclairés. A **Xavier**, pour tous tes rires et ta merveilleuse bonne humeur. A **Alex**, toujours partant pour un Squash, *sushiii !!* A **Romain**, pour être présent chaque année sur le même banc à chanter *Gloria*.

Au crew de LTB et environs,

Merci les copains d'avoir pris de mes nouvelles et de m'avoir soutenu durant ces années difficiles. J'ai encore des rappels Fb me disant de m'accrocher, c'était en 2011 ! Je pense à vous, **Anna** et toutes tes soirées, **Ray** fidèle au poste, **Coquinou** le chaud du micro et **Pasco** le pro du ping-pong.

A mes amis du lycée,

A **Marie Biringer**, dont je me suis réellement rapproché au lycée. Toi sans qui je n'aurais pas connu notre merveilleux groupe d'amis. Merci pour ta bienveillance, nos histoires à rallonge et nos parenthèses. Bon retour en France. (Gros bisou à **Dom** bien sûr. Mais aussi à **Val** et **Babe** qui connaissent les ravages de l'Hefetrüb). A **Marie Novali**, pour ta joie de vivre communicative, pour ta façon de dire « j'ai trop chaud » et parce que je sais que je peux compter sur toi. A **DJ Mathou**, pour notre check sensationnel, nos histoires de poils et toutes les autres aussi, et parce que la distance n'émousse pas notre amitié. Hâte de te revoir bébé. A **Laetitia**, pour ta manière de me dire « mais, Bastien ! » et ta manière de me charrier. Vivement notre prochaine discussion au lever du soleil. A **Camille**, et à boby ! A **Lydie**, pour l'amie protectrice que tu es. A **Yonathan**, pour ce niveau 52 à call of, pour ces étés rosés, pour ce sacré con de chat, pour ces TUC.. ah non c'étaient des LU !, pour ces ***** dans ta golf, pour les K-fet de bio et nos parties d'échecs, pour m'avoir fait rencontrer tes amis de fac*. Mais aussi pour le partage de l'amour de la science et de ses anecdotes, et surtout pour ton soutien indéfectible pendant mes études en venant manger un kebab en 30 minutes. « Chibi ! ». (Et pourtant quand on s'est rencontré, Fatality.... vas-y ça fait 14 ans maintenant keskika, on est chauds làààà). A **Romain**, pour l'UNSS Rugby, pour nos retours de lycée à pied, pour cet été à remplir la mauvaise poubelle à verre, pour ta présence et ton sens des valeurs. « **** moi, ma poule ! ». A **Seb**, parce que si je t'appelle pour te remercier ça ne fonctionnera pas. Pour notre semaine monégasque et toutes nos belles soirées de lycée, dont celle de la crèche évidemment. A **Max**, dont je me rapproche au gré des treks alpins, pour ta décontraction, pour l'amour de nos débats et le goût de la connaissance que tu arrives à me transmettre. *Tip top ma biche*. A **Monsieur Leblanc !!** Parce que c'est toujours un plaisir de passer un moment avec toi. *Y'avait un biblo !*

* A **Nico Woerly**, l'amoureux de déci-putain-de-bulles !! et le pro du *Reischtag* !

Aux sturmiens

Et d'abord à **Antoine, Tony, Metzger** ou **Memet** pour les intimes. Un voisin devenu plus qu'un ami. Merci pour ces entraînements endiablés, pour ce fail de trek à vélo, pour cette colocation inoubliable et ces soirées canapé à rêver de la plage en écoutant Jack Johnson. Merci de m'avoir coaché avant nos exams. Merci d'être mon ami le plus proche malgré la distance. Merci de compter sur moi, saches que tu peux continuer à le faire. *Wazaaaaaaa* !! A **Wacky**, et oui avec un Y ! Merci de partager toutes ces références filmographiques de qualité (Oui, je parle bien de Dikkenek et de la vérité si je mens). Merci pour les BBQ de Wetto qui terminent toujours de la meilleure des manières, à quand le prochain ? Merci pour tous ces hébergements et ces lendemains à discuter en attendant ce putain de McDo à déposer chez le concierge, c'est pourtant pas compliqué !! On se rapproche d'année en année et on aime ça (comme les p'tits ****), la vérité ! *Yallah* ! A **Charles**, mon deuxième voisin. Merci pour ton accueil inégalable, pour tes vanes parfois difficiles à comprendre, pour tes *Charlite* et surtout ta *nuitale*. Bientôt nous passerons la barre des 25 mètres mais en attendant il nous reste le vélo ! A **CH**, merci pour ton énergie communicative mais aussi ta sérénité, merci pour ces vacances passées à l'île de Ré. A quand une nouvelle semaine ? A **Hervé**, l'amoureux des ours. A tous les autres, merci pour ce spectacle de deuxième année, pour les repas au Stift et ses Knack-frites et surtout pour cette bonne humeur qui me rend nostalgique.

Aux Chasseurs,

A **Fabien**, un ami comme on en fait peu. Merci pour ces vélos du lundi soir, pour ce retour de la sala et surtout pour le vino de la casa. Je n'oublie pas **Carole**, merci à toi aussi pour ce retour. Merci pour ta douceur et ta gentillesse. Vous faites une belle paire. A **Beck**, mon voisin d'en face. Merci pour cette barrière décapitée et pour nos entraînements à s'en faire vomir. C'est ça qu'on aime. A **Guillaume**, parce qu'on se marre toujours quand on est ensemble et que j'aime ton enthousiasme. Après la thèse, je viendrai sur ta péniche ! A **Jean**, pour ton lancer inhumain de Vortex ! A **Solène**, merci pour cette soirée au Gambrinus. A **Yann** Et **Sahra** que j'aime de plus en plus apprendre à connaître. Une semaine de vacances en été n'aura pas été suffisante, à quand le prochain *Reischtaaaaag* !!!? A **Eli**, parce que j'aime toutes tes histoires. A **Gauthier**, un ami des dieux du Sturm. A **Ben** pour ta vidéo de ski qui me fait vibrer chaque année. A **Wanner** pour tes goûts musicaux, pour les shmer, et surtout *Arrivederci* ! A **Sauer**, ou **Francis**, parce que ce fût un grand plaisir de faire ta connaissance à Val d'Isère. A **Timo**, parce que c'est toujours un plaisir de passer une soirée avec toi. A **David** parce que *Smooth la garde*. A **Daphnée**, parce que j'aime la simplicité qui se dégage quand on est ensemble. A **Sarah**, pour ton amour de notre médecine générale et de l'ostéo, continue de pétiller comme ça, j'adore ! A **Manon**, tu es la bienvenue à Mulhouse à tout moment. A **Paul**, le cousin du cousin, toi qui a toujours la banane, j'adore.

Aux Clubbers,

A cette sacrée belle équipe qui me permet de m'évader tous les étés, du Razzmatazz au Picigin en passant par la moulaga et les soirées disco de Boris. A **Arnaud** parce que j'aime tes références et qu'on en partage au moins 4000. A **Thomas**, parce que j'aime voir chaque année ta nouvelle paire de chaussures. A **JD** pour tes biceps qui font la taille de mes cuisses. A **Christian** le mec toujours partant même quand c'est perdu d'avance avec 3h de queue. Mais aussi à **Max** le rescapé de Majorque, le fou des goodies, j'ai vérifié j'ai encore le marcel du Bierkönig ! A **Willy**, un ami merveilleux. Merci pour tes interviews en plein Madrid, pour les soirées Gambri de la bonne époque, pour tes jeux de mots douteux, pour ta sérénité et ton écoute mais aussi pour tes connaissances anthroponymiques spécialisées à en faire pâlir plus d'un.

Au Melon,

A **Stéphane, Francis, ou Stéphanou**. Pour nos parties de Fifa, nos courses à vélo en rentrant de Biarritz et nos descentes en pseudo luges sur les neiges éternelles de suisse. A **Max** (encore là ?), pour tes PartyKlopper et tes weekends à Binder. Merci pour ce sabrage de champagne (et pas que), t'es un poto en or, j'te kiffe. A **Thomas, Anto** et **Olivier**, toujours partants pour un ping-pong et **PY** l'amateur de la pétanque de Bindernheim. A **Mano, Justine, Laurence, Clara, Léa, Solène, Valentine** et **Zoé**, parce que c'est un plaisir à chaque week-end qu'on passe ensemble.

Aux copains sportifs,

A **Hugues, à Coach**, qui a su me transmettre sa passion du sport et le goût de l'effort. Merci pour ton investissement. Sans toi, le triathlon n'aurait jamais été pareil. Merci aussi pour toutes ces discussions passionnées, passionnantes et interminables, quel plaisir ! « *DRAAAAAOOIINGG !!!* » (Tu le fais bien mieux en vrai). A mes premiers partenaires d'entraînements, mon frère bien sûr, mais aussi mon idole **PFP** dont j'ai encore la combi avec le nom aux fesses. A **Rémy, Grand Bastien, Valentin** et même **Régis** pour avoir compté les carreaux ensemble et toutes nos courses du vendredi soir. A **Zibinier** pour tes mollets affutés comme des lames de rasoirs, les courses de solex nocturnes et cette amitié de pêcheurs construite depuis ces années passées chez pépère et mémère. Mention spéciale à **Gilles** qui excelle dans l'art de me mener en bateau, et **Rémy** dont le voisinage n'aura fait que nous rapprocher. A **Pédro** qui sait se dépouiller comme personne. A tous les autres, parce que c'est bon de se sentir dans une petite famille quand on fait du sport. A **Lyace** pour ton enthousiasme. A **Fred** pour nos discussions perso-boulot. Aux **Jacques** pour votre bonne humeur et vos grosses cuisses. A **Marine** pour ce barbecue 2021 dont on se rappellera. A **Pierre** pour nos échanges boulot-sport. A **Ezech** pour l'intérêt sincère que tu portes aux autres. A **Yann** pour ces séances à la caserne. A **Maud, Aline, Fanny, Pascal, Maxime** et tous les autres...

A **Seb** et **Victor**, les mecs les plus énormes et secs ! A **Raidot** et à ces 25 mètres !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	30
1. Les soins non programmés : contexte et définition	30
1.1. Définition	31
1.2. Contexte au niveau national	32
1.2.1. Constats en médecine libérale de ville	32
1.2.1.1. Démographie médicale inadaptée	32
1.2.1.1.1. Baisse d'effectif en médecine générale	32
1.2.1.1.2. Contraste entre la médecine générale et les autres spécialités	33
1.2.1.2. Baisse de l'offre en médecine générale libérale	33
1.2.1.3. Demande de soins non programmés en hausse	35
1.2.1.4. Conséquences en médecine générale libérale	36
1.2.2. Constats aux services d'accueil des urgences	38
1.2.2.1. Hausse des passages	38
1.2.2.2. Modification de la consommation des urgences	38
1.2.2.3. Déterminants des modifications de la patientèle des SU	39
1.2.2.4. Quelles conséquences ?	43
1.3. Contexte au niveau loco-départemental	44
1.3.1. Au niveau Départemental	45
1.3.2. Mulhouse Alsace Agglomération : une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	45
1.3.2.1. Définition	46
1.3.2.2. Territoire d'action	46
1.3.2.3. Caractéristiques sociodémographiques de la population	48
1.3.2.4. Évaluation des capacités de soins	50
1.3.2.4.1. Médecine générale	50
1.3.2.4.2. Service d'urgences adultes du GHRMSA	53
1.4. Rationnel de l'étude : les centres de soins non programmés	53
1.4.1. Rationnel de l'étude	53
1.4.2. Les centres de soins non programmés	54
1.4.2.1. Définition	54
1.4.2.2. CSNP hospitaliers	56
1.4.2.3. CSNP libéraux	56
1.4.2.4. Modalités d'organisation des CSNP	57

1.4.2.5.	CSNP Cadre d'organisation.....	57
1.4.2.6.	CSNP Principes de fonctionnement	58
1.4.2.7.	CSNP Soutien financier de l'ARS	59
1.4.2.8.	Les Centres de soins non programmés en région Grand Est	60
1.4.2.8.1.	CSNP du CH Pfastatt.....	60
1.4.2.8.2.	CSNP de Mulhouse.....	62
MATERIEL ET METHODE		63
1.	Type d'étude.....	63
2.	Population étudiée	63
3.	Objectifs de l'étude.....	63
3.1.	Objectif principal	63
3.1.1.	Critères de jugements principaux.....	63
3.1.2.	Critères de jugement secondaires	65
3.2.	Objectif secondaire	65
3.2.1.	Critère de jugement principal.....	65
4.	Questionnaire.....	66
5.	Analyses statistiques.....	66
RESULTATS		68
1.	CSNP du Centre Hospitalier de Pfastatt.....	69
1.1.	Analyse descriptive.....	69
1.1.1.	Effectifs	69
1.1.2.	Sexe.....	69
1.1.3.	Age.....	70
1.1.4.	Lieu de résidence.....	71
1.1.5.	Médecin traitant.....	73
1.1.6.	Modes d'arrivées.....	74
1.1.7.	Temps de passage	74
1.1.8.	Diagnostics systémiques.....	77
1.1.9.	Diagnostics	78
1.1.10.	Examens et soins	79
1.1.11.	Mode de sortie	80
1.1.12.	CCMU	81
1.2.	Analyse en groupe focus.....	83
1.2.1.	Groupe "Entorse, contusion, plaie non suturée"	83
1.2.2.	Groupe ">70 ans"	85

1.2.3.	Groupe "CCMU 3"	88
1.2.4.	Groupe "SU"	90
1.2.5.	Groupe "PECm >120 min"	91
1.2.6.	Groupe "Ambulances/pompiers"	93
1.2.7.	Groupe "contrôle prévu"	97
2.	CSNP de Mulhouse.....	101
2.1.	Analyse descriptive.....	101
2.1.1.	Effectifs	101
2.1.2.	Sexe.....	101
2.1.3.	Age	102
2.1.4.	Lieu de résidence.....	103
2.1.5.	Médecin traitant.....	106
2.1.6.	Modes d'arrivées.....	106
2.1.7.	Temps de passage	107
2.1.8.	Diagnostics systémiques.....	109
2.1.9.	Diagnostics	110
2.1.10.	Examens et soins	112
2.1.11.	Mode de sortie	113
2.1.12.	CCMU	114
2.2.	Analyse en groupes focus	115
2.2.1.	Groupe "Entorse, contusion, plaie non suturée"	115
2.2.2.	Groupe ">70 ans"	118
2.2.3.	Groupe "CCMU 3"	120
2.2.4.	Groupe "SU"	121
2.2.5.	Groupe "PECm >120 min"	122
2.2.6.	Groupe "IOA"	124
2.2.7.	Groupe "contrôle prévu"	128
DISCUSSION.....		130
1.	Forces et faiblesse de l'étude.....	130
1.1.	Faiblesses	130
1.1.1.	Biais.....	130
1.1.1.1.	Biais de sélection.....	130
1.1.1.2.	Biais de classement	130
1.1.2.	Limites.....	131
1.2.	Forces.....	132

1.2.1.	Méthodologie.....	132
1.2.2.	Question de recherche	133
2.	Objectif primaire : Critères de jugement principaux.....	134
2.1.	Effectifs	134
2.2.	Sexes.....	135
2.3.	Âges	136
2.4.	Origines géographiques.....	137
2.5.	Déclaration d'un médecin traitant.....	139
2.6.	Transports	140
2.7.	Heures d'arrivées	142
2.8.	Temps total de passage	143
2.9.	Durées d'attente pré médicale	143
2.10.	Temps de prise en charge médicale	145
2.11.	Regroupements systémiques.....	147
2.12.	Diagnostics	148
2.13.	Examens et soins	149
2.14.	Modes de sortie	153
2.15.	Classification clinique des malades aux urgences.....	156
3.	Objectif secondaire : les patients reconvoqués	159
	CONCLUSION	163
	Annexes.....	166
	Annexe 1 : Questionnaire CSNP M.....	166
	Annexe 2 : Questionnaire CSNP P	168
	Bibliographie	170

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Comparaison des principaux indicateurs socio-économiques en 2016	49
Tableau 2 : Total des passages	69
Tableau 3 : Nombres de passages par jour	69
Tableau 4 : Sexes des patients	69
Tableau 5 : Représentation des patients par classes d'âges	70
Tableau 6 : Indicateurs de position de l'âge des patients	70
Tableau 7 : Communes d'habitation des patients	72
Tableau 8 : Territoires d'habitation des patients.....	73
Tableau 9 : Médecin traitant déclaré par les patients	74
Tableau 10 : Modes d'arrivée des patients.....	74
Tableau 11 : Heures d'arrivée des patients	75
Tableau 12 : Durées d'attente pré-médicale des patients	75
Tableau 13 : Durées de prise en charge médicale des patients	76
Tableau 14 : Durées totale de prise en charge des patients	77
Tableau 15 : Systèmes concernés pour chaque consultation.....	77
Tableau 16 : Diagnostics retenus après consultation.....	78
Tableau 17 : Types d'examens et/ou soins réalisés aux patients	80
Tableau 18 : Types d'examens et/ou soins cumulés	80
Tableau 19 : Modes de sorties des patients	81
Tableau 20 : Modes de sortie simplifiés	81
Tableau 21 : CCMU attribuée à chaque patient.....	82
Tableau 22 : Comparaison du groupe « entorse/contusion/plaie non suturée » versus les autres patients	83
Tableau 23 : Comparaison du groupe « >70 ans » versus les autres patients	85
Tableau 24 : Comparaison du groupe « CCMU 3 » versus les autres patients.....	88
Tableau 25 : Comparaison du groupe « SU » versus les autres patients	90
Tableau 26 : Comparaison du groupe « PEC>120 minutes » versus les autres patients	91
Tableau 27 : Comparaison du groupe « Ambulances/pompiers » versus les autres patients	93
Tableau 28 : Comparaison du groupe « contrôle prévu » versus les autres patients	97
Tableau 29 : Total des passages	101
Tableau 30 : Nombres de passages par jour	101
Tableau 31 : Sexes des patients	101
Tableau 32 : Représentations des patients par classes d'âge	102
Tableau 33 : Indicateurs de position de l'âge des patients	102
Tableau 34 : Communes d'habitation des patients	104
Tableau 35: Territoires d'habitation des patients.....	105
Tableau 36 : Médecin traitant déclaré par les patients	106
Tableau 37 : Modes d'arrivées des patients	107
Tableau 38 : Heures d'arrivées des patients.....	107
Tableau 39 : Durées d'attente pré-médicale des patients	108
Tableau 40 : Durées de prise en charge médicale des patients	109
Tableau 41 : Durées totales de prise en charge des patients.....	109
Tableau 42 : Systèmes concernés pour chaque consultation.....	110
Tableau 43: Diagnostics retenus après consultations	111

Tableau 44 : Types d'examens et/ou soins réalisés aux patients	112
Tableau 45 : Types d'examens et/ou soins cumulés	113
Tableau 46 : Modes de sortie des patients.....	113
Tableau 47 : Modes de sortie simplifiés	114
Tableau 48 : CCMU attribuée à chaque patient.....	114
Tableau 49 : Comparaison du groupe « entorse/contusion/plaie non suturée » versus les autres patients	115
Tableau 50 : Comparaison du groupe « >70 ans » versus les autres patients	118
Tableau 51 : Comparaison du groupe « CCMU 3 » versus les autres patients.....	120
Tableau 52 : Comparaison du groupe « SU » versus les autres patients	121
Tableau 53 : Comparaison du groupe « PEC>120 minutes » versus les autres patients	122
Tableau 54 : Comparaison du groupe « IOA » versus les autres patients.....	124
Tableau 55 : Comparaison du groupe « Contrôle prévu » versus les autres patients	128

 TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025	32
Figure 2 : Modalités de réorientation des patients impossibles à prendre en charge le jour même ou le lendemain par le MG (12).....	35
Figure 3 : Effectifs de médecins, offre de soins, et densité standardisée de l'offre de soins selon scénario tendanciel (6) (DREES 2017 1011).....	36
Figure 4 : Motivations des patients consultant au SU (22).....	40
Figure 5 : Variations départementales 2019-2020 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%).....	45
Figure 6 : Implantation des médecins généralistes sur l'agglomération de Mulhouse	47
Figure 7 : Carte d'implantation de cabinets de radiologie et laboratoires de biologie médicale.....	47
Figure 8 : Évolution comparée du nombre d'omnipraticiens	51
Figure 9 : Évolution de la densité d'omnipraticiens au 31/12/20 pour 10 000 habitants	51
Figure 10 : Évolution de l'activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète	52
Figure 11 : Évolution du nombre moyen d'actes par bénéficiaire	52
Figure 12 : Évolution comparée de la population (28)	53
Figure 13 : Diagramme de flux	68
Figure 14 : Pourcentages des types de passages	69
Figure 15 : Pourcentages du nombre de passages par jour	69
Figure 16 : Pourcentages des sexes.....	69
Figure 17 : Pourcentages des classes d'âges.....	70
Figure 18 : Diagramme en boîte des âges.....	70
Figure 19 : Pyramide des âges.....	71
Figure 20 : Pourcentages des communes d'habitation	72
Figure 21 : Pourcentages des territoires d'habitation.....	73
Figure 22 : Variations en effectifs des communes d'habitation des patients	73
Figure 23 : Pourcentages des médecins traitants déclarés	74
Figure 24 : Pourcentages des modes d'arrivée	74
Figure 25 : Courbe représentant le pourcentage d'arrivées en fonction de l'heure	75
Figure 26 : Pourcentages des durées d'attente pré-médicale.....	75
Figure 27 : Durées d'attente pré-médicale selon heure d'arrivée.....	76
Figure 28 : Pourcentages des durées de prise en charge médicale	76
Figure 29 : Pourcentages des durées totales de prise en charge	77
Figure 30 : Pourcentages des systèmes.....	78
Figure 31 : Pourcentages des diagnostics retenus	79
Figure 32 : Pourcentages des examens et/ou soins réalisés	80
Figure 33 : Pourcentages cumulés des types d'examens et/ou soins.....	80
Figure 34 : Pourcentages des modes de sortie	81
Figure 35 : Pourcentages des modes de sortie simplifiés.....	81
Figure 36 : Pourcentages des CCMU	82
Figure 37 : Pourcentages des types de passages	101
Figure 38 : Pourcentages du nombre de passages par jour	101

Figure 39 : Pourcentages des sexes.....	101
Figure 40 : Pourcentages des classes d'âges.....	102
Figure 41 : Diagramme en boîte des âges.....	102
Figure 42 : Pyramide des âges.....	103
Figure 43 : Pourcentages des communes d'habitation	105
Figure 44 : Pourcentages des territoires d'habitation.....	105
Figure 45 : Variations en effectifs des communes d'habitation des patients	106
Figure 46 : Pourcentages médecins traitants déclarés par les patients.....	106
Figure 47 : Pourcentages des modes d'arrivées	107
Figure 48 : Courbe représentant les pourcentages d'arrivées en fonction de l'heure	108
Figure 49 : Durées d'attentes pré-médicales selon l'heure d'arrivée	108
Figure 50 : Pourcentages des durées d'attente pré-médicale.....	109
Figure 51 : Pourcentages des durées de prise en charge médicale	109
Figure 52 : Pourcentages des durées totales de prise en charge	109
Figure 53 : Pourcentages des systèmes.....	110
Figure 54 : Pourcentages des diagnostics retenus	112
Figure 55 : Pourcentages des examens et/ou soins réalisés	112
Figure 56 : Pourcentages des types d'examens et/ou soins cumulés.....	113
Figure 57 : Pourcentages des modes de sortie	114
Figure 58 : Pourcentages des modes de sortie simplifiés.....	114
Figure 59 : Pourcentages des CCMU	114

LISTE DES ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'État Général
ALD : Affection Longue Durée
ARS : Agence régionale de Santé
BVA : Brulé, Ville et Associé
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CCNP : Centre de Consultations Non Programmées
CH : Centre Hospitalier
CHP : Centre Hospitalier de Pfastatt
CNOM : Conseil National de L'ordre des Médecins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSNP : Centre de Soins Non Programmés
CSNP P : CSNP de Pfastatt
CSNP M : CSNP de Mulhouse
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSNP : Demande de Soins Non Programmés
FRU : Forfait de Réorientation des patients aux Urgences
GHRMSA : Groupe Hospitalier de la Région Mulhouse et Sud-Alsace
IDE : Infirmière Diplômée d'État
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil
MG : Médecin Généraliste
MT : Médecin Traitant
M2A : Mulhouse Alsace Agglomération
PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires
PEC : Prise En Charge
PECm : Prise En Charge médicale
SU : Service des Urgences
SNP : Soins Non Programmés
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

INTRODUCTION

Les services d'urgences (SU) de France sont confrontés à une hausse ininterrompue de leur fréquentation, totalisant plus de 20 millions de passages en 2018 contre 10 millions en 1996 (1). Parmi ces passages, ils seraient 43% à pouvoir être pris en charge en ambulatoire dont 35% par des médecins généralistes (MG) (1). Parallèlement, bien que 96% des médecins traitants (MT) déclarent avoir une organisation permettant de prendre en charge les soins non programmés (SNP), ils ne sont que 3 sur 10 à réussir à répondre à l'ensemble de leurs demandes (2). L'écart entre l'offre et la demande de soins non programmés (DSNP) va croissant et concourt à la surcharge des SU sans pour autant relever de la capacité de son plateau technique.

C'est dans ce contexte qu'une réflexion relative à une nouvelle organisation a été menée afin de répondre à une demande de soins non programmés (DSNP) mal dirigée. Dans son rapport concernant le premier accès aux soins, le député Mesnier présente les centres de soins non programmés (CSNP) comme l'une des solutions à ce dysfonctionnement (1).

Après avoir été victime d'une situation de crise au sein de son SU en 2019, Mulhouse Alsace Agglomération (M2A) fait partie des territoires dans lesquels l'Agence régionale de Santé (ARS) soutient le déploiement de CSNP. Deux centres ont ainsi ouvert dans la M2A entre 2020 et 2021 ; nous nous demanderons s'ils répondent aux objectifs auxquels ils aspirent.

L'objectif principal de notre étude est de décrire l'activité des CSNP concernant les passages des patients qui se présentent pour une DSNP. L'objectif secondaire est d'étudier l'activité des CSNP concernant les patients reconvoqués pour contrôle et suite de prise en charge de leur passage initial.

1. LES SOINS NON PROGRAMMES : CONTEXTE ET DEFINITION

1.1. DEFINITION

Historiquement, le terme de « soins non programmés » apparaît dans la littérature associé à celui d'urgences notamment dans l'expression "soins urgents et/ou non programmés" (3).

Il devient alors indispensable de reprendre la notion de l'urgence qui se définit littéralement telle que « ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante » (4).

Si l'urgence à sa propre définition, chaque acteur impliqué apprécie cette dernière en fonction de sa propre position de demandeur ou de répondeur. C'est alors que « ce qui ne peut pas attendre » ne représente pas la même chose du côté du patient, du médecin généraliste ou encore du médecin urgentiste. Pour l'urgentiste, l'urgence est d'abord vitale alors que pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité. Enfin, pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité de prise en charge, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan (4).

Dans son rapport de 2018 concernant les soins non programmés (SNP), le député Thomas Mesnier en propose la définition suivante : « 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 » (1). Cette définition permet de déterminer le type de prise en charge attendu pour ces SNP. Ainsi, les soins procurés répondront durant la plage d'ouverture des cabinets médicaux aux besoins de soins de la population en proximité, sans mobiliser les services d'urgences lorsque ce n'est pas nécessaire.

Cette définition semble être celle qui correspond au mieux à la problématique actuelle des SNP, elle sera donc celle retenue pour définir les SNP de notre étude.

1.2. CONTEXTE AU NIVEAU NATIONAL

L'offre de soins ambulatoires est en baisse, aussi bien en termes d'effectifs de médecins mais également concernant l'offre qu'ils apportent. Parallèlement, la DSNP se modifie elle aussi et est en hausse dont une partie se répercute sur les SU. Les SU constatent quant à eux une augmentation des passages annuels dont les conséquences sont préoccupantes.

1.2.1. CONSTATS EN MEDECINE LIBERALE DE VILLE

1.2.1.1. DEMOGRAPHIE MEDICALE INADAPTEE

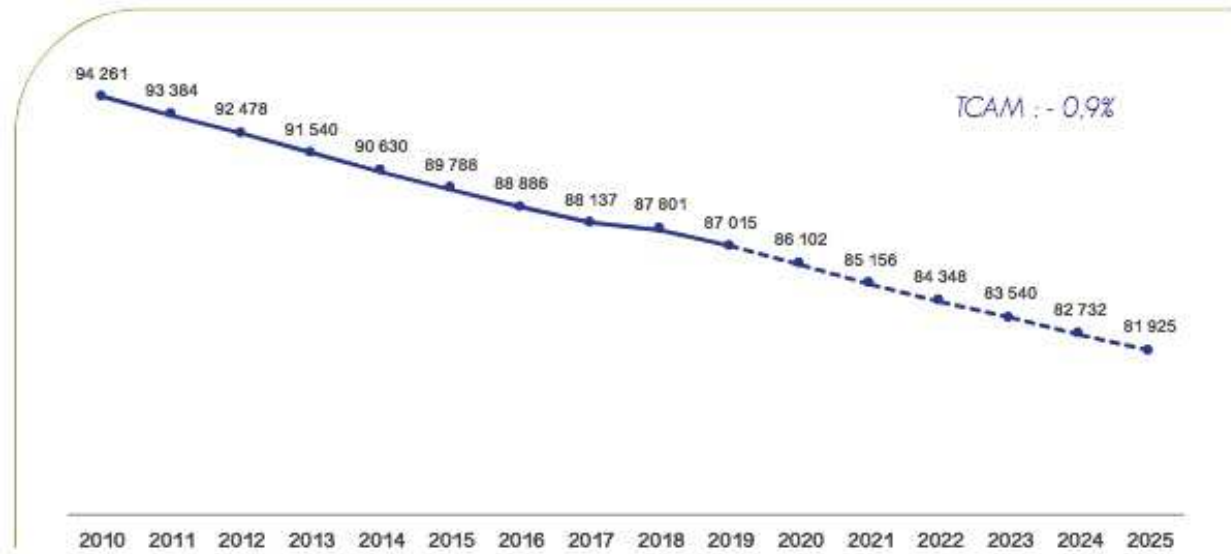
1.2.1.1.1. BAISSÉ D'EFFECTIF EN MEDECINE GENERALE

Le nombre de médecins généralistes (tous modes d'exercices) en activité régulière¹ ne fait que décroître depuis 2010 avec une projection dont la tendance est superposable jusqu'en 2025 (5). Le nombre de médecins généralistes a en effet baissé de 1% depuis 2019 et de 9% depuis 2010, soit une décroissance annuelle moyenne de -0,9%. Leur nombre a ainsi chuté de 94 261 en 2010 à 86 102 en 2020 et pourrait tomber à 81 925 en 2025 (Figure 1).

Parmi l'offre accessible mais sans tenir compte de l'offre que représentent les médecins de plus de 65 ans qui vont probablement cesser leur activité, c'est 12,4% de la population qui fait face à une situation de faible accessibilité actuelle ou prévisible (6).

¹ Par convention, le CNOM utilise la notion d'activité régulière en référence à l'activité qualifiée de pleine par les médecins (hors activité intermittente, sans condition de cumul emploi-retraite).

Figure 1 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues) (5). TCAM : taux de croissance annuel moyen



1.2.1.1.2. CONTRASTE ENTRE LA MEDECINE GENERALE ET LES AUTRES SPECIALITES

Entre 2010 et 2020, le nombre de spécialistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) est passé de 105 764 à 111 916, soit une augmentation de 6 % en 10 ans (5).

Selon une courbe de tendance linéaire, la projection des effectifs à l'horizon 2025 devrait continuer à croître pour atteindre 114 282 médecins spécialistes médicaux, soit une augmentation de 1.1% par rapport à 2019 et un taux de croissance annuel moyen de + 0,6% (5).

Bien que l'effectif total des médecins soit à la hausse, l'évolution de celle des médecins généraliste contraste par sa décroissance.

1.2.1.2. BAISSSE DE L'OFFRE EN MEDECINE GENERALE LIBERALE

On peut d'abord observer des modifications concernant le mode d'exercice du médecin généraliste. Il existe trois modes d'exercice pour les médecins généralistes :

l'exercice libéral, l'exercice salarié (décomposé en médecine hospitalière, salariée, hospitalière salariée) et l'exercice mixte.

On remarque que la part de l'activité libérale de ces derniers est, elle aussi, en légère baisse. Elle a diminué de 59,04% à 57,9%. La part salariale reste stable (34,5% en 2013 pour 34,4% en 2020). C'est par contre la part d'activité mixte qui a vu le plus gros changement, passant de 6,3% à 27,1% (5). La modification d'exercice reflète un attrait pour le changement de la pratique de la médecine.

Ce constat, associé à la baisse du nombre de médecin généraliste vue précédemment, pose un premier diagnostic concernant la difficulté d'accès aux soins primaires mais n'explique pas la totalité de la baisse de l'offre de soins.

En effet, selon le rapport de 2017 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), l'offre de soins des médecins libéraux diminuerait davantage que les effectifs. Selon elle, un autre paramètre influant sur le l'offre de soins est le temps de travail. La DREES fait le constat que l'offre de travail actuelle est plus faible pour les jeunes et plus élevée pour les hommes. Par ailleurs, elle projette un rajeunissement et une féminisation de la population des médecins libéraux. La DREES évoque alors que l'évolution de la composition des médecins libéraux devrait avoir une influence sur l'offre de soins (7).

Plus spécifiquement pour la médecine générale, les données du rapport du CDOM 2021 concernant la démographie médicale confirment le rajeunissement de la profession ainsi que sa féminisation avec 51,5% de femmes au sein des effectifs de médecins généralistes. Cette modification de la population confirme d'une part l'estimation de la DREES mais permet également d'inclure la population des médecins généralistes dans sa projection (8).

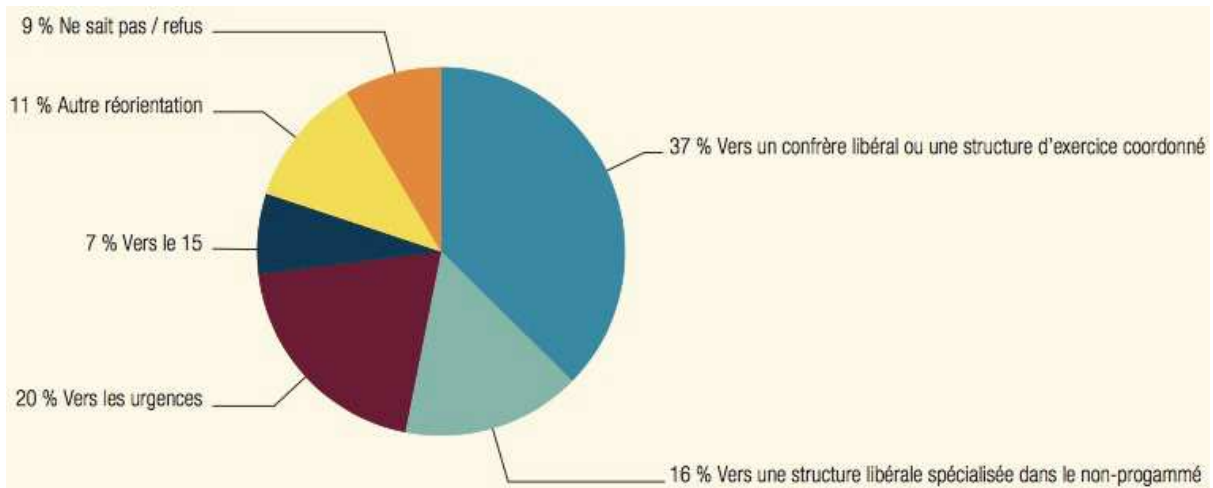
1.2.1.3. DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMES EN HAUSSE

La DREES a réalisé plusieurs études concernant les SNP. Une enquête menée en 2004 retrouve un nombre total de consultations non programmées équivalent à 35 millions en médecine générale de ville, soit 12% du total des consultations annuelles (9). Depuis, les volumes des SNP sont mal connus en France (10). Aucun travail de référence comme celui de 2004 n'a été publié. En revanche, ils sont évalués à la hausse notamment dans le rapport de 2018 qu'a rédigé le député thomas Mesnier concernant les SNP (1), ainsi que par le syndicat MGfrance (11). Le travail de Thèse du Dr Vacheresse va également dans cette même direction en évaluant à 18% le taux de SNP au sein de la maison de santé sur laquelle elle a réalisé son étude concernant les consultations d'urgence en médecine générale (12).

Le rapport de 2020 de la DREES détaille les SNP effectués par les MG libéraux en France. Ils sont 96 % à déclarer avoir une organisation permettant de répondre aux SNP, mais seuls 3 sur 10 répondent à l'ensemble des demandes de soins non programmés et 45 % à plus de la moitié. 8 sur 10 déclarent des difficultés pour répondre aux SNP. 57% des MG interrogés estiment que les SNP impactent leurs activités : augmentation des délais de rendez-vous, augmentation de la durée des journées, refus de nouveaux patients etc...(2).

Concernant les demandes qui ne peuvent être prises en charge, plus de la moitié des MG réorientent leurs patients au sein du secteur libéral et 16% les orientent spécifiquement vers une structure spécialisée dans le soin non programmé. Cependant, 20% des médecins généralistes réorientent leurs patients vers les SU (Figure 2).

Figure 2 : Modalités de réorientation des patients impossibles à prendre en charge le jour même ou le lendemain par le MG (2)

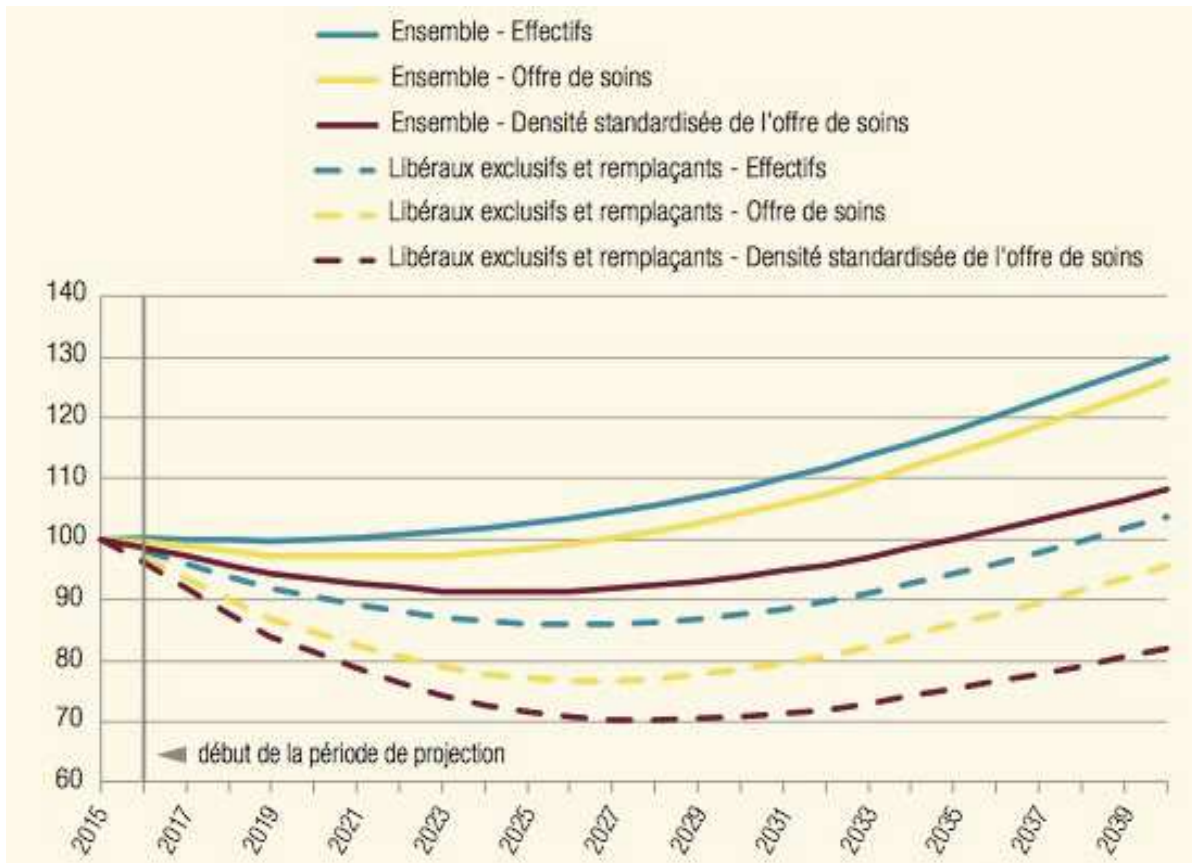


Les médecins généralistes de ville sont donc disposés à prendre en charge une partie des SNP sans pouvoir les absorber dans leur totalité.

1.2.1.4. CONSEQUENCES EN MEDECINE GENERALE LIBERALE

La DREES a évalué une baisse de l'offre de soins d'une ampleur plus importante que celle des effectifs. En considérant que le temps de travail des médecins influe sur le volume de soins que ceux-ci offrent réellement, la DREES a complété son analyse. Elle convertit les effectifs en équivalents temps plein, c'est à dire que les effectifs sont pris en compte à la hauteur de leur temps de travail. Ainsi, l'offre de soins baisserait de 23% (entre 2016 et 2027) tandis que les effectifs baisseraient de 14% sur la même période. En tenant en plus compte de l'évolution de la demande de soins, l'offre libérale rapportée à la demande baisserait jusqu'à 30% entre 2016 et 2027 (Figure 3) (7).

Figure 3 : Effectifs de médecins, offre de soins, et densité standardisée de l'offre de soins selon scénario tendanciel (7)



Conscient de cette problématique, un sondage créé par le groupe d'étude « Brulé, Ville et Associé » (BVA) rapporte un taux de 70% de Français ayant déjà été dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous avec un médecin dans un délai jugé raisonnable (13). Considérant l'impossibilité de prendre rendez-vous dans un délais raisonnable, ce sont 20% des patients qui se sont présentés au SU, 15% ont quant à eux renoncé à un soin et 10% ont eu recours à l'automédication. Pour le reste, un quart se tourne vers un autre professionnel de santé (pharmacien, médecin d'autre spécialité) et un autre quart va consulter un médecin plus éloigné géographiquement (13).

Une forte baisse de l'offre de soins de médecine générale est constatée. Elle associe une baisse du nombre de médecins généralistes, une baisse de la part des médecins exerçant sur un mode libéral exclusif ainsi qu'une modification d'activité des nouveaux médecins dont

la tendance est à la baisse. Cette situation alerte quant à la menace de la continuité de soins et cela plus particulièrement dans un contexte où la DSNP est à la hausse.

1.2.2. CONSTATS AUX SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

1.2.2.1. HAUSSE DES PASSAGES

Depuis plus d'une vingtaine d'années, le flux des passages aux SU ne fait qu'augmenter. En moyenne, l'activité augmente de 3,4% par an (14). Concernant la France, le nombre de passages aux SU s'établissait à 10,1 millions en 1996 contre 21,1 millions en 2018 (14).

Parmi ces passages, 75% ont lieu en journée de 8 heures à 20 heures, lorsque les cabinets de médecine générale sont ouverts (15).

1.2.2.2. MODIFICATION DE LA CONSOMMATION DES URGENCES

En 2007, la Cour des comptes rapporte que « les services d'urgences sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées »(1). Pour aller plus loin, dans son rapport concernant le Pacte de refondation des urgences, l'ancienne ministre de la Santé Agnès Buzyn explique que 43% des patients pris en charge au SU relèvent d'une simple consultation médicale dont 35% auraient pu obtenir une réponse auprès d'un généraliste. Ils pourraient être accueillis dans d'autres structures comme les cabinets de ville ou les maisons de santé en soulignant la condition d'avoir pu trouver un rendez-vous le jour même ou le lendemain (16). Bien que justifiant une consultation médicale, ces passages peuvent être décrits comme « inappropriés » (1).

Cette notion a tendance à reprendre des changements mis en lumière par la DREES dans son rapport de 2003 concernant les usagers des urgences. En effet, la DREES révèle une

nette baisse de la proportion des hospitalisations après passage au SU. Le taux était supérieur à 30% en 1990 pour baisser et rester stable à une vingtaine de pourcent actuellement. Parmi les usagers étudiés, les cas graves représentaient environ 10% des admissions des SU dont la moitié relevait des urgences vitales (15). Les autres passages concernent la petite traumatologie et les soins non programmés selon le rapport de Grall concernant les activités des urgences (17).

1.2.2.3. DETERMINANTS DES MODIFICATIONS DE LA PATIENTELE DES SU

Il existe plusieurs déterminants à l'origine des modifications de la patientèle des SU parmi lesquels nous observons : le manque d'offre de soins de médecine générale libérale , les délais trop longs pour obtenir un rendez-vous, la difficulté à trouver un médecin généraliste acceptant de nouveaux patients, le coût trop élevé et la distance à parcourir pour consulter un médecin (13,18-20).

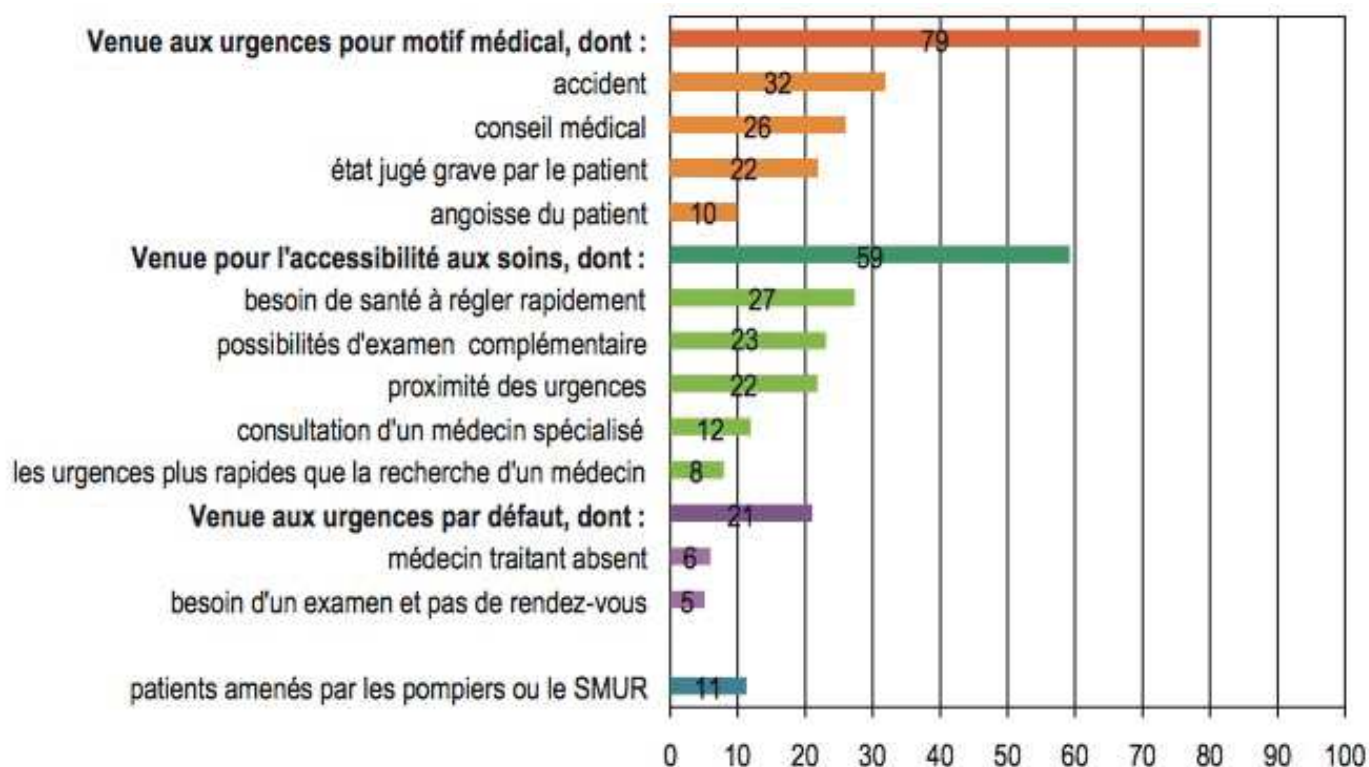
Le consumérisme médical et le désir d'immédiateté sont aussi des facteurs impliqués dans ces modifications (21-23). Le rapport du livre blanc du Samu 2015 rapporte : « La société a profondément évolué. Les patients sont aujourd'hui plus informés, plus avertis et, surtout, plus enclins à éviter tout ce qui peut représenter un risque pour leur santé. Cette disposition d'esprit engendre, naturellement, une demande de soins ou parfois seulement de conseil. » (23).

Dans son rapport de 2003 concernant les usagers des urgences, parmi ceux qui n'avaient pas été hospitalisés ni envoyés par leur médecin traitant, la DREES a listé en 13 items possibles et cumulables les raisons qui ont motivé les patients de consulter aux SU plutôt que les solutions alternatives de ville. Les cinq plus fréquentes sont respectivement :

« l'hôpital est l'endroit le plus proche » (47%), « vous pensiez devoir faire des examens » (44%), « vous pensiez avoir besoin d'un avis ou d'une intervention spécialisée » (43%), « vous aviez besoin que votre problème soit réglé rapidement pour des raisons personnelles » (38%), « vous pensiez que c'était grave et qu'on devrait peut-être vous hospitaliser » (32%). Le recours au SU a été une alternative dans 14% des cas pour des patients soit parce qu'ils n'avaient pas de médecin traitant ou bien parce qu'il était absent (15).

Puis, en 2013, la DREES réalise une nouvelle enquête concernant les usagers des SU. Elle les interroge une nouvelle fois sur leur(s) raison(s), cumulable(s), à l'origine de leur venue. La formulation est cette fois-ci différente puisqu'elle ne demande pas de justifier la venue au SU plutôt qu'en médecine de ville (20).

Figure 4 : Motivations des patients consultant au SU (24)



On note avant tout que 79% des patients motivent leur venue comme « clairement dédiée pour un motif médical », considérant que les SU sont les lieux médicalement les plus

adaptés à leur problème de santé (que cette adaptation soit réelle ou supposée). Ils sont également 22% à avoir jugé leur situation grave.

A l'opposé, 21% des patients se rendent au SU par défaut, dont 6% pour cause de médecin traitant absent et 5% qui se trouvent dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous raisonnable pour un examen complémentaire.

Enfin, 59% des patients interrogés évoquent la commodité d'accès au service comme motif de leur présence. Parmi ces derniers, 27% évoquent un besoin rapide de règlement de leur problème de santé, la possibilité de réaliser des examens complémentaires est évoquée par 23%, 22% mentionnent la proximité géographique et 12% indiquent l'accessibilité à un médecin spécialiste (20).

A noter que seuls 2 % mentionnent la « gratuité » des services d'urgence (20). Dans son rapport, le Sénat souligne cependant que la perception des équipes soignantes ne corrobore pas nécessairement ces résultats statistiques (25).

De manière complémentaire, la revue CAIRN s'est focalisée sur les attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. L'enquête transversale fait la description d'usagers de centres de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ayant répondu à un questionnaire standardisé, hors contexte d'urgence. Parmi les usagers interrogés, ce sont 89,3% qui déclarent avoir un médecin de famille. Pourtant, 73% expliquent se présenter au SU sans avoir vu un médecin au préalable. La revue montre aussi qu'au sein de son groupe d'étude, la décision de se rendre aux urgences est quasi immédiate. C'est-à-dire que 67,3% des patients ont décidé de consulter au SU dans l'heure qui a suivi le problème médical pour lequel ils se déplacent.

Concernant le ressenti, 30% des patients ont ressenti leur problème comme vital contre 24,6% des patients interrogés qui déclarent avoir ressenti leur problème comme peu urgent.

Parmi les usagers interrogés, seulement 3% déclarent avoir choisi le SU devant l'impossibilité de prendre un rendez-vous chez leur médecin traitant.

Au regard des résultats de cette enquête, la revue met en avant trois éléments concernant les choix des patients de consulter aux urgences. L'élément le plus important semble être le sentiment de gravité du patient pour son problème médical, directement lié à la volonté d'une consultation rapide. Par ailleurs, l'heure d'apparition des symptômes serait également un facteur explicatif. Le recours aux urgences semblerait plus fréquent en dehors des heures d'ouvertures de cabinets, et cela directement lié à la facilité d'accès de ces services (24/24). Enfin, le choix de consultation est orienté par le caractère traumatique de la pathologie.

Selon que l'on ne remet pas en cause les déclarations de ces derniers sur leur perception de l'urgence, il semble apparaître une certaine rationalité dans les attitudes et le comportement des usagers. L'utilisateur choisira d'aller consulter dans un service d'urgences dès qu'il estimera que son état nécessite un avis médical dans de brefs délais, un plateau technique ou la facilité d'accès à la structure (4).

Il apparaît ici judicieux de reprendre la notion de « bobologie » (25), facilement associée à la notion de soins inutiles et à fortiori de consultations inutiles ou inappropriées. Ce phénomène, commenté et décrié, se doit d'être traité avec grande précaution en ce sens que la notion de « passage inutile » est elle-même difficile à définir, sinon à posteriori, la rendant peu opérante et hasardeuse (23). La notion de gravité ou non, retenue par la Cour

des Comptes ainsi que par la DREES étant en effet définie par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) dont la distribution ne peut être réalisée qu'à posteriori de l'examen clinique. Il apparaît donc difficile de distinguer en amont les passages aux urgences médicalement justifiés de ceux qui ne le seraient pas. Cette difficulté, empêchant trop souvent d'envisager une autre solution que le recours au SU, entretient la confusion entre situation d'urgence et volonté d'obtenir une réponse médicale rapidement.

Au regard de ces différentes données, il semble exister plusieurs profils d'utilisateurs consultant au SU pour des urgences non graves médicalement. La première catégorie concerne une faible part des utilisateurs, ils sont ceux que l'on pourrait qualifier de bonne volonté. Ils représentent les patients conscients de leur statut et de leur situation non urgente mais qui ne trouvent aucune solution alternative au passage au SU pour résoudre leur problème. La seconde catégorie concerne les patients pour qui le SU apparaît directement comme la solution de premier choix. Ces patients choisiront de consulter au SU pour une question de facilité et de confort en termes d'efficacité, ou bien pour répondre à une urgence ressentie comme telle.

1.2.2.4. QUELLES CONSEQUENCES ?

En comparant les rapports de la DREES de 2003 et 2014, on remarque que concernant les patients non hospitalisés, les temps de passage aux urgences sont relativement stables. Selon le rapport de 2004, 55% des patients auraient passé moins de 2 heures aux urgences et 20% moins d'une heure. Selon le rapport de 2014, ils seraient 47,9% à y avoir passé moins de deux heures et 19% moins d'une heure. La légère différence qui apparaît en comparant les deux rapports est critiquée par la DREES elle-même qui rappelle que les modalités d'enquête

étaient différentes. Le temps de passage de l'enquête de 2004 était en effet « déclaré » par le patient à posteriori alors qu'il était mesuré par les soignants concernant l'enquête de 2013. Ce sont pour ces raisons que la DREES compare les ordres de grandeurs et conclut à des valeurs comparables (20). Si les temps de passage n'ont pas significativement augmenté, il est à noter que les équivalents temps pleins des médecins ont, eux, augmenté mais de manière inférieure à la hausse des passages (26).

Ainsi, sans pour autant augmenter le temps de passage aux urgences en France, la baisse de l'offre de soins en médecine générale libérale associée aux modifications de consommation des soins participent à la nette augmentation du nombre de passages aux urgences. Cette augmentation, directement liée à la hausse de la part des soins non programmés, participe-t-elle ainsi à la surcharge des SU.

Confrontés aux mêmes difficultés, les urgentistes anglo-saxons et américains ont étudié les conséquences de cette problématique de surcharge dont le travail de thèse de Vénéziano en fait une synthèse (27) .

D'abord, il constate une augmentation des patients partis sans être vus. Il établit également que la qualité de la prise en compte de la douleur est diminuée.

Les résultats montrent également une augmentation de la morbi-mortalité.

Concernant les urgentistes, il est prouvé que la surcharge des services d'urgences est à l'origine d'une augmentation de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out).

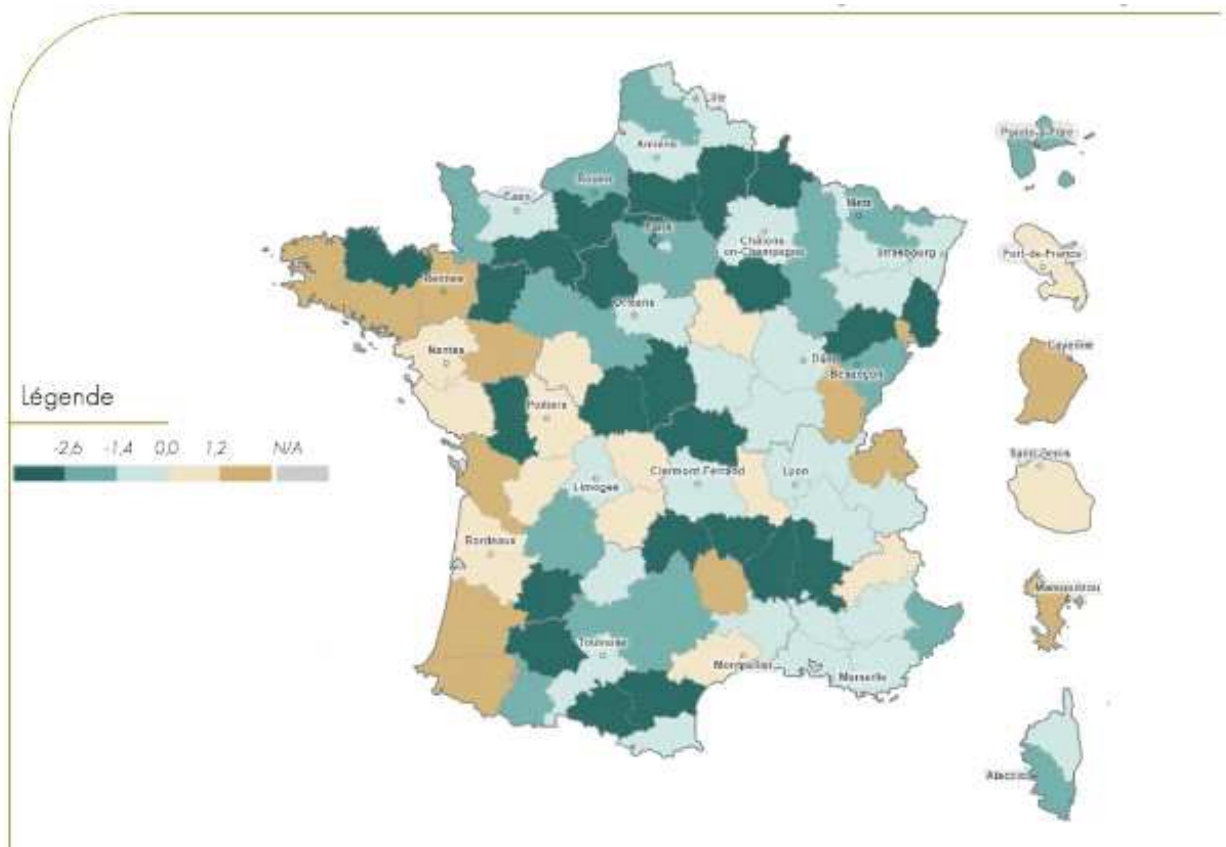
1.3. CONTEXTE AU NIVEAU LOCO-DEPARTEMENTAL

Les constats alarmants observés au niveau national se retrouvent à plus petite échelle et de manière plus marquée au sein du territoire d'étude.

1.3.1. AU NIVEAU DEPARTEMENTAL

La diminution globale de l'effectif de médecins généralistes en activité régulière se reflète de manière hétérogène au sein du pays. Alors que certains départements ont gagné en termes d'effectifs, le département du Haut-Rhin fait partie des départements les plus touchés en termes de pertes (Figure 6) (5).

Figure 5 : Variations départementales 2019-2020 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%)



1.3.2. MULHOUSE ALSACE AGGLOMERATION : UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE

1.3.2.1. DEFINITION

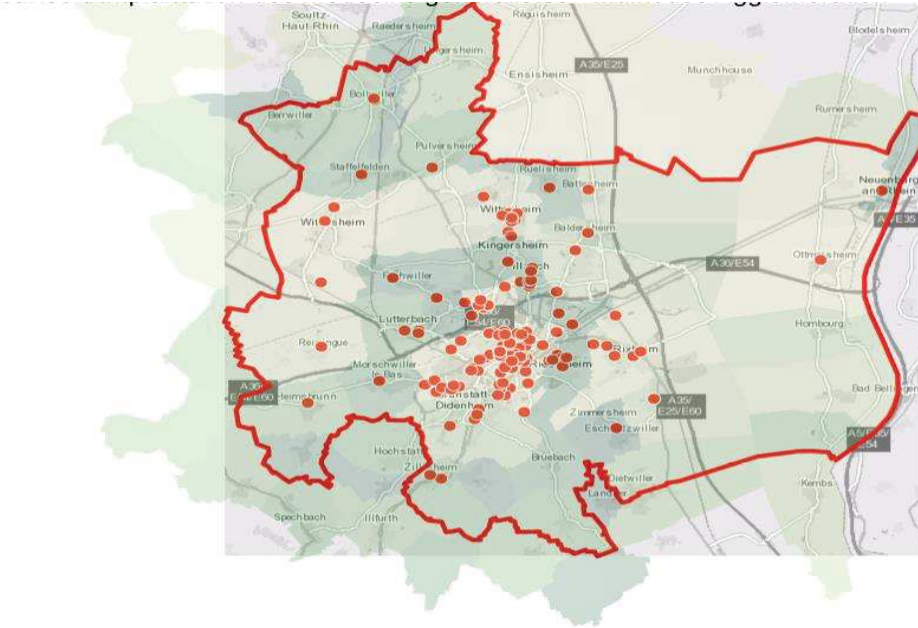
Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont « un mode d'organisation qui permet aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun » (CPTS) (28). Le projet de CPTS local concerne la région Mulhouse Alsace Agglomération (M2A). Il est porté par différents professionnels de santé libéraux mais également par leurs partenaires (établissements sociaux et médico-sociaux, établissements sanitaires etc...).

Ces professionnels ont pour objectifs de renforcer et améliorer l'accès aux soins sur le territoire, d'améliorer la communication entre médecine de ville et hôpital, d'accompagner les professionnels de santé sur le territoire. Afin d'atteindre cet objectif, le projet territorial de santé est destiné à évoluer et à s'adapter aux nouveaux besoins qui apparaîtront sur le territoire, mais aussi aux souhaits des différents professionnels qui souhaiteront y prendre part.

1.3.2.2. TERRITOIRE D'ACTION

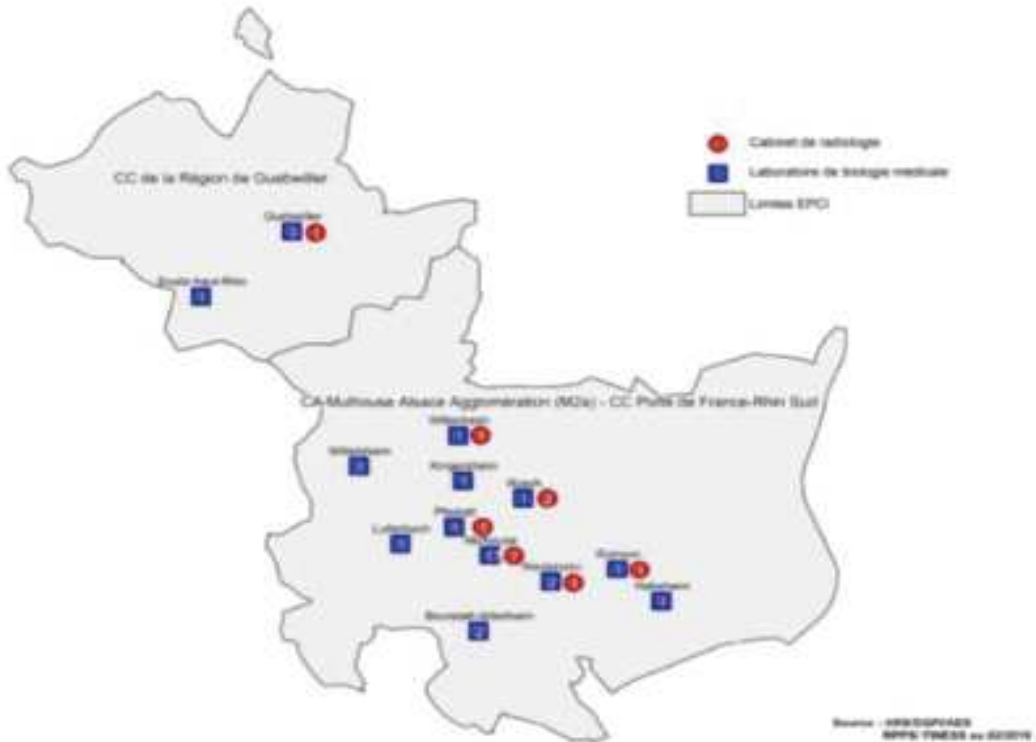
Le territoire d'intervention de la CPTS est celui de l'Agglomération de Mulhouse. Il couvre 39 communes, soit 272 712 habitants. La ville de Mulhouse compte à elle seule 108 999 habitants. Ce choix a été réfléchi et apparaît comme pertinent pour de multiples raisons. D'abord, les médecins généralistes sont considérablement concentrés sur la ville de Mulhouse (Figure 6). En effet 150 des 249 médecins généralistes recensés sur le territoire exercent dans la ville de Mulhouse. Par ailleurs, 13 des 39 communes de l'agglomération ne comptent aucun médecin généraliste. Cela implique pour les patients de se rendre dans une commune avoisinante.

Figure 6 : Implantation des médecins généralistes sur l’agglomération de Mulhouse



De plus, la quasi-totalité des médecins spécialistes ainsi qu’une majorité des laboratoires de biologie médicale et cabinets de radiologie se trouvent à Mulhouse (Figure 7).

Figure 7 : Carte d’implantation de cabinets de radiologie et laboratoires de biologie médicale



On observe ainsi que les flux de patients se font à l'échelle de l'agglomération et non par ville. C'est pourquoi la coordination entre les acteurs de santé doit se faire à cette même échelle.

Le territoire de M2A paraît également pertinent pour la mise en place de conventions avec les établissements sanitaires. Il comprend deux groupes hospitaliers : le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA) qui est un établissement public et la Fondation du Diaconat de Mulhouse qui associe des établissements privés à but non lucratifs. M2A comprend également comme établissement public, le Centre hospitalier (CH) de Pfastatt.

Concernant les SU ou les structures d'accueil de SNP, les deux groupes hospitaliers totalisent 4 services d'urgence (3 sites pour le GHRMSA et 1 site pour la Fondation du Diaconat) : urgences générales, urgences adultes et urgences pédiatriques. Les urgences psychiatriques sont prises en charge aux urgences adultes de l'hôpital Émile Muller qui appartient au GHRMSA : l'accueil des patients en situation d'urgence ou de crise est assuré 24h/24 par une équipe médicale et infirmière. Fort de ses quatre services, le territoire de M2A bénéficie d'un temps d'accès aux services d'urgence plus court que la moyenne régionale sur un territoire urbain dense (9,9 minutes contre 14,3 minutes en Grand-Est).

1.3.2.3. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

La population de l'agglomération mulhousienne est globalement jeune mais vieillissante. Les moins de 30 ans correspondent à 36,6 % de la population (contre 34,5 % dans

le Haut-Rhin, 35,2 % en Grand-Est et 35,8 % en France métropolitaine). A l'inverse, les plus de 60 ans ne correspondent qu'à 24,2 % de la population (contre 25 % dans le département, 25,5 % dans la région et 25,4 % à l'échelle nationale). Un vieillissement marqué de la population est cependant prévu par l'INSEE à l'horizon 2050. Le pourcentage de la population de plus de 75 ans devrait ainsi plus que doubler, passant de 8,5 % à 17,5 %. Cette donnée est importante en termes de prise en charge de la population. Le vieillissement de la population engendre effectivement une hausse des pathologies chroniques et des patients poly-pathologiques, à l'origine d'une augmentation de la demande de soins (28).

Par ailleurs, la situation socio-économique de l'agglomération mulhousiennes semble globalement défavorable (Tableau 1) (28).

Tableau 1: Comparaison des principaux indicateurs socio-économiques en 2016

	Revenu fiscal médian des ménages par UC	Taux de pauvreté des ménages	Part de familles monoparentales	Taux de chômage des 15-64 ans
Mulhouse Agglo	20 324 €	18,7 %	16 %	18,4 %
Haut-Rhin	22 283 €	13,1 %	13,9 %	14 %
Grand-Est	20 751 €	14,5 %	14,6 %	14,1 %
France métropolitaine	20 809 €	14,7 %	15,3 %	13,6 %

Bien que les indicateurs d'espérance de vie et les taux de mortalité soient conformes aux moyennes régionales et nationales, le concept du *gradient social de santé* laisse à penser que la population de l'Agglomération mulhousienne présente un état de santé globalement défavorable.

On peut dans ce sens remarquer des taux de décès liés au tabac et des taux d'affection longue durée (ALD) particulièrement importants. Respectivement 117,9 décès liés au tabac pour 100 000 habitants sur l'Agglomération contre 114 pour 100 000 habitants en Grand-Est et 21 916,6 ALD pour 100 000 habitants sur l'Agglomération Mulhousienne contre 21 309,9 pour 100 000 habitants en Grand-Est (28).

1.3.2.4. ÉVALUATION DES CAPACITES DE SOINS

1.3.2.4.1. MEDECINE GENERALE

Afin d'évaluer l'offre de soins que propose l'Agglomération mulhousienne, nous nous sommes aidés du logiciel Cartosanté qui permet de comparer les différentes offres de soins (29).

Le logiciel Cartosanté nous permet de confirmer que le nombre d'omnipraticiens¹ ainsi que leur densité sont en chute et cela de manière plus prononcée au sein de la M2A par rapport à la moyenne nationale (Figure 7-8). Parallèlement, on observe une hausse de l'activité moyenne par professionnel de santé (Figure 9). Cette hausse est, elle aussi, plus importante au sein de la M2A comparativement au niveau national.

1. Omnipraticiens = généralistes libéraux + généralistes à mode d'exercice particulier (homéopathes, angiologues, acupuncteurs...) + généralistes libéraux avec une part salariée.

Inversement, c'est l'évolution du nombre moyen d'actes par patient qui est en chute, restant cependant majoritaire dans la région M2A (Figure 10). Il est à mettre en rapport avec l'évolution de la population de l'agglomération mulhousienne dont la croissance est comparativement plus importante que dans le reste de la France (Figure 11) (30).

Figure 8 : Évolution comparée du nombre d'omnipraticiens

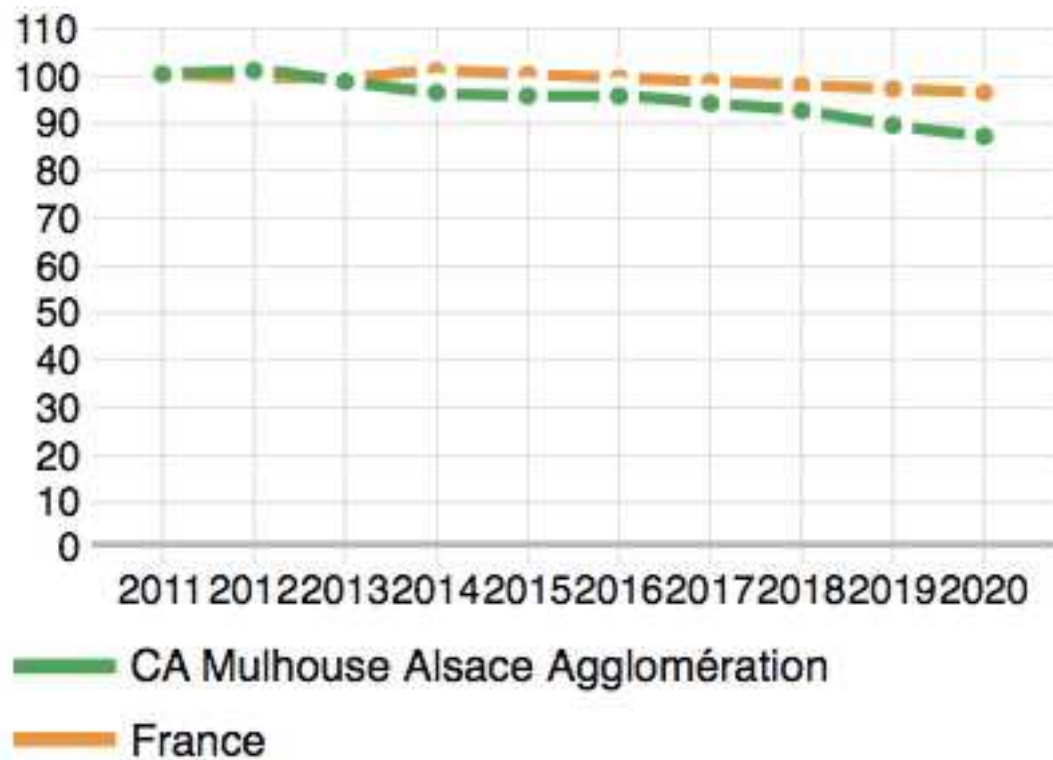


Figure 9 : Évolution de la densité d'omnipraticiens au 31/12/20 pour 10 000 habitants

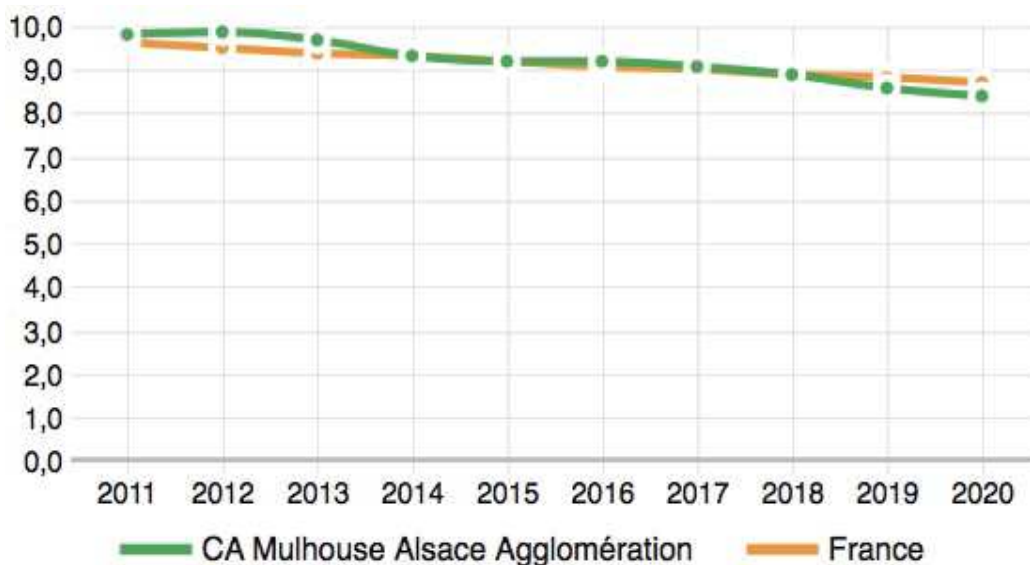


Figure 10 : Évolution de l'activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète

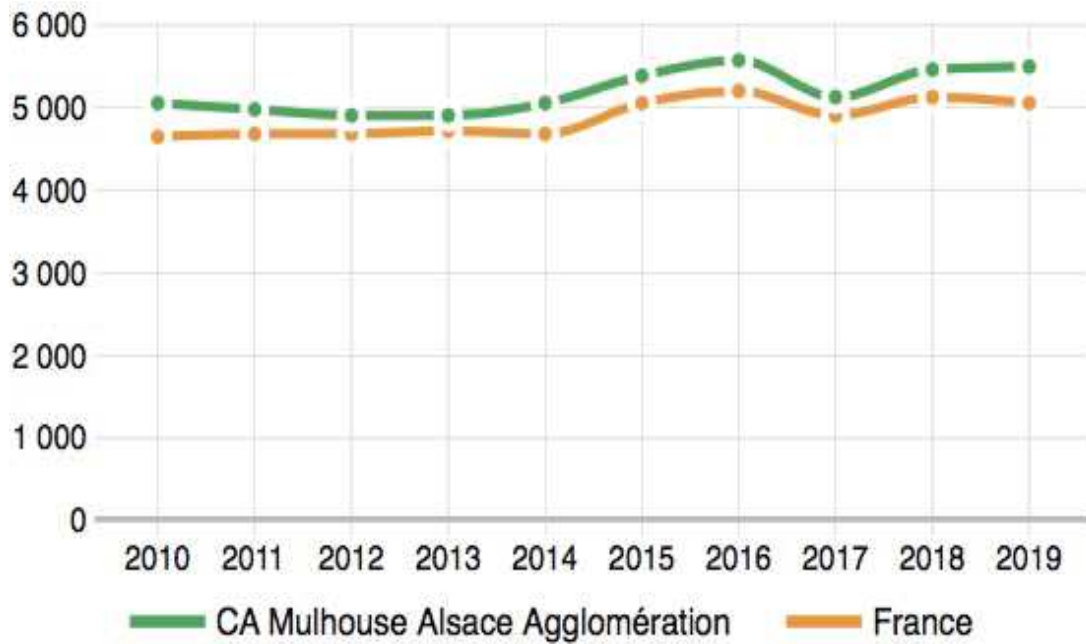


Figure 11 : Évolution du nombre moyen d'actes par bénéficiaire

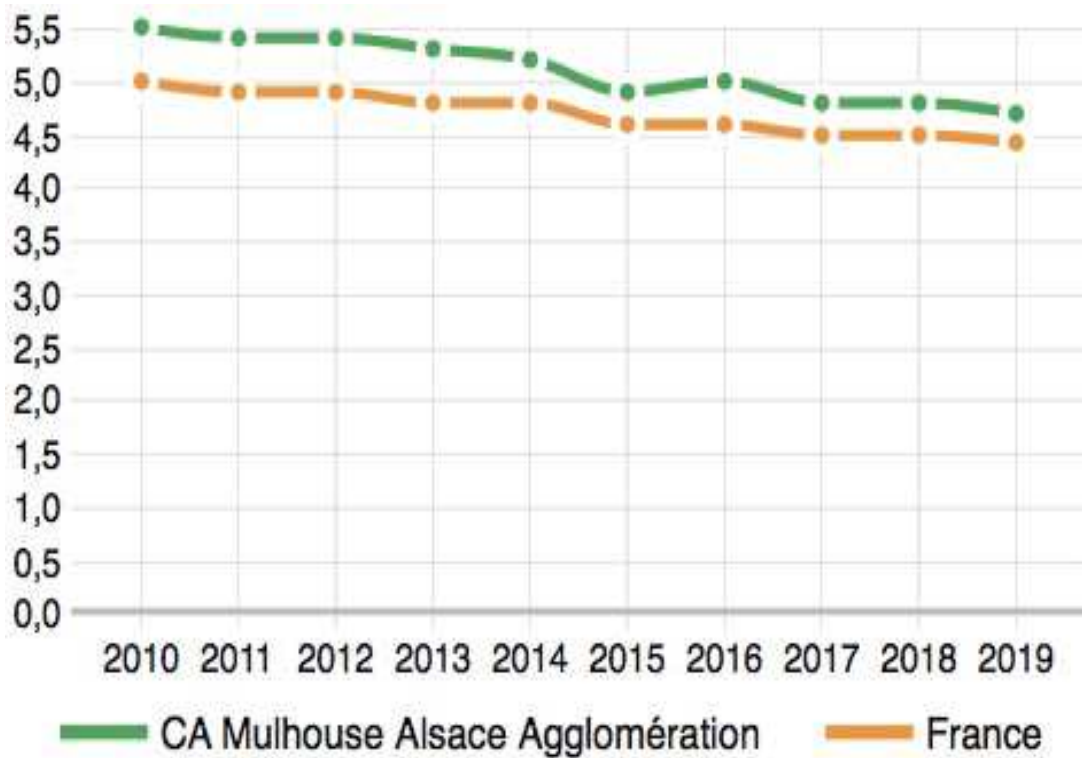
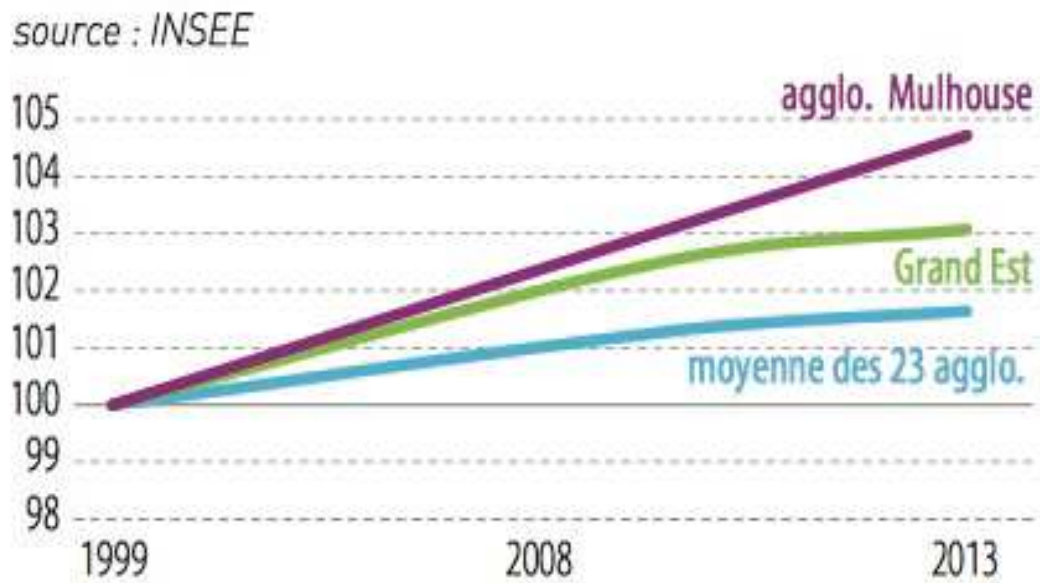


Figure 12 : Évolution comparée de la population (30)



1.3.2.4.2. SERVICE D'URGENCES ADULTES DU GHRMSA

Le nombre de passages annuels au SU public du GHRMSA est passé de 44332 en 2010 à 54620 en 2018 soit une augmentation de 2,6% par an cohérent avec la moyenne nationale. En 2019, le nombre de passages a chuté à 51300 dans le contexte de la crise qu'a subi le service. En 2020 ce chiffre a chuté à 46 685 dans le contexte de l'épidémie COVID.

1.4. RATIONNEL DE L'ETUDE : LES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES

1.4.1. RATIONNEL DE L'ETUDE

Les soins non programmés répondent à une définition de l'urgence qui n'est pas médicale au premier plan mais plus orientée sur le temps avec une part subjective accordée au patient.

Ces soins ont pour grande partie vocation d'être pris en charge par la médecine de ville. Or les médecins, surchargés, n'arrivent pas à absorber l'ensemble de cette demande dont une partie se redirige vers les SU voire un abandon du projet de soins pour une minorité.

En parallèle, la surcharge des SU ne fait que s'accroître dont une part des passages ne semble pas appropriée. Pour autant ces derniers, comme expliqué ci-dessus, ne peuvent être négligés.

Il paraît donc essentiel de se mettre en mesure de toujours apporter une réponse à la demande de soins. Néanmoins, cela ne doit plus passer uniquement par les services d'urgence dont l'engorgement, par des demandes de consultations ne nécessitant pas leurs compétences ni leur plateau technique, est établi depuis plusieurs années. On ne saurait par ailleurs en faire supporter la responsabilité aux patients tant leurs difficultés pour trouver un médecin en ambulatoire sont importantes et leur information sur l'offre et la pertinence des soins insuffisante.

Au total, nous faisons face à une inadéquation entre l'offre et la demande de SNP.

Dans ce contexte, le Dr Giroud avance que « l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence » (25). On comprend que l'urgence est constituée par l'absence de solution au besoin de soins. Pour y pallier, plusieurs projets sont envisagés concernant le développement de nouveaux modes d'exercice. Parmi lesquels, le déploiement de structures intermédiaires de proximité appelées Centres de Soins Non Programmés (CSNP).

1.4.2. LES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES

1.4.2.1. DEFINITION

Les CSNP sont des centres de soins de premiers recours, non soumis aux normes applicables aux urgences. Ils recouvrent deux types d'entités différentes selon leur émergence et leur fonctionnement et partagent le même objectif : proposer une offre de soins intermédiaire, répondant à une demande de soins non programmés en inadéquation

avec les réponses actuelles afin d'éviter les ruptures de soins ainsi que le recours non approprié aux urgences (1,31).

Les CSNP répondent à un cadre d'installation et de financement élaboré par leur Agence Régionale de Santé (ARS) respective. Nécessaire, ce cadre n'est pas un modèle unique imposé à chaque CSNP. Au contraire, une certaine forme de souplesse est autorisée et même suggérée dans le rapport du député Thomas Mesnier. Cette souplesse se veut d'abord attractive pour les professionnels de santé. Mais elle cherche également à privilégier l'adaptation de chaque CSNP selon ses spécificités territoriales. Pour ce faire, l'ARS peut se baser sur les CPTS dont la connaissance du territoire est une aide pour répondre aux besoins identifiés par les diagnostics territoriaux. Enfin, chaque CSNP peut prétendre à un cadre de financement par son ARS. Pour cela, il faut qu'il réponde à un besoin établi et validé par l'ARS (1,31).

Ce cadre d'installation et les critères retenus par l'ARS reposent sur la volonté de créer un système fonctionnel et pérenne.

- Le but est d'une part d'éviter de désorganiser le parcours de soins du territoire en y implantant une structure de soins non pertinente :
 - Désengagement dans l'accueil de SNP par les médecins avoisinants
 - Décrochage des patients dans leur parcours de soins
- D'autre part, l'objectif est d'éviter le risque de prise en charge d'urgences réelles sans que les moyens techniques ou humains ne soient disponibles. Cela reviendrait, contre toute logique, à amener les urgences en médecine de ville.

C'est ainsi que de tels centres sont encouragés et financés par les ARS à la condition de répondre à des garanties en termes de besoin, d'accessibilité et de soins mais aussi s'il n'existe aucune offre alternative à une distance raisonnable. Selon le député Thomas

Mesnier, cette « contractualisation par l'ARS » est « indispensable à la qualité de la réponse à la demande de soins non programmés » (1).

1.4.2.2. CSNP HOSPITALIERS

Généralement, les CSNP hospitaliers sont issus de la conversion de services d'urgences qui réduisent leur activité.

Les motivations de cette transformation prennent en compte le recrutement difficile de médecins, une activité faible notamment la nuit et le regroupement hospitalier. Au cours de son accompagnement, l'ARS s'assure que le délai de prise en charge d'éventuelles urgences vitales puisse être organisé en moins de 30 minutes. Dès lors, les CSNP ne sont plus soumis ni autorisés à une activité d'urgence (1). Une fois la conversion réalisée, le nouveau service ne perçoit plus les subventions que percevait le SU. L'arrêt de financement des SU génère donc des économies substantielles.

Les CSNP hospitaliers trouvent leur place lorsque la médecine de ville n'est pas en mesure d'absorber les consultations de SNP. Leur présence permet de maintenir un point d'accueil de consultations de médecin générale, notamment en zones-sous denses.

L'implantation du CSNP au sein d'un établissement de santé lui permet un accès à son plateau technique ainsi qu'à son système d'information (1).

1.4.2.3. CSNP LIBERAUX

Un deuxième type de CSNP concerne les CSNP adossés à des cliniques, ou créés par des urgentistes voulant exercer en libéral, ce sont les CSNP privés. Ces derniers quant à eux résultent d'une volonté de désengorger les urgences (1). Certains médecins rapportent que ce qui les distingue d'un service des urgences est que « les patients arrivent debout et pas allongés » (25).

1.4.2.4. MODALITES D'ORGANISATION DES CSNP

La mise en place des CSNP requiert un « équilibre entre un cadrage minimal et une souplesse, permettant de rendre le dispositif attractif ». Ainsi la trame principale reste commune, élaborée selon les propositions du député Thomas Mesnier (1). Pour aller plus loin, nous prendrons le cadre d'installation proposé par l'ARS Grand-Est (31).

1.4.2.5. CSNP CADRE D'ORGANISATION

Concernant l'organisation des CSNP, l'ARG Grand-Est définit le socle suivant :

- Une filière graduée de soins : l'accès au CSNP peut être régulé par le 15
- La prise en charge de tout patient :
 - Sans condition de pathologie ni d'âge
 - Nécessitant des actes de médecine générale, et/ou associés à des actes techniques mais pour lesquels les patients présentent un état lésionnel et/ou un pronostic fonctionnel jugés stables (CCMU 1 et 2)
 - Sans prise de rendez-vous
 - Sans difficulté particulière de régulation en amont ni d'orientation en aval
 - En privilégiant le recours à la télé-expertise et au télé-conseil.

N'ayant pas vocation à prendre en charge des urgences graves, le CSNP orientera, le cas échéant, ces patients vers des structures de soins adaptées à cet effet.

- Des ressources humaines spécifiques :

- Médicales salariées ou libérales, dont la qualification s'appuie par exemple sur une formation à la prise en charge de la petite traumatologie, ou sur un DU soins d'urgence
 - Paramédicales salariées ou libérales ayant une formation à l'orientation des patients voire aux soins d'urgences
 - Administratives salariées
- Un plateau technique adapté :
 - Socle CCMU 1 : électrocardiogramme ; matériel de suture, de méchage ; matériel pour réalisation de contention ; pharmacie ; brancards ; un chariot d'urgences ; matériel de réanimation.
 - Un dispositif de télé médecine est encouragé
 - L'accès au plateau technique doit garantir une réponse dans un délai compatible avec la prise en charge :
 - Plateau d'imagerie dont échographie en cas de formation adaptée
 - Biologie
 - Pharmacie à usage interne

L'accès à ce plateau technique peut se faire de plusieurs manières. Soit, il se trouve simplement au sein de l'établissement où se situe le CSNP, soit il est rendu disponible au travers d'un conventionnement avec les structures concernées.

1.4.2.6. CSNP PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Les conditions de fonctionnement demandées sont les suivantes :

- Assurer la continuité d'ouverture à minima entre 8h et 20h la semaine et de 8h à 12h le samedi
- Le secteur 1 ainsi que le tiers payant sont proposés de manière obligatoire, les dépassements d'honoraires quant à eux sont interdits
- Le plateau technique de biologique et d'imagerie doit être disponible, pas le biais de conventionnements ou non
- Le fonctionnement doit s'inscrire au sein de l'organisation territoriale
- Le travail doit être coordonné avec celui des médecins traitants des patients qu'il prend en charge
- Accueil possible pour des étudiants

1.4.2.7. CSNP SOUTIEN FINANCIER DE L'ARS

Pour prétendre à un soutien financier de la part de l'ARS, le CSNP doit se situer dans un territoire où les services d'urgences sont saturés et où l'offre ambulatoire est insuffisante.

Une fois le besoin avéré, l'ARS propose un accompagnement financier basé sur la modélisation économique définie au plan régional.

L'aide au fonctionnement des CSNP a pour vocation de financer une partie de la mise en œuvre et du fonctionnement de la structure. La pérennisation du centre quant à elle doit en majorité reposer sur d'autres sources que les subventions de l'ARS qui se veulent incitatives à l'élaboration des projets de CSNP.

La subvention de l'ARS, que ce soit pour les structures hospitalières ou privées, est calculée et ajustée selon les mêmes principes : nombre de passages, amplitudes des horaires, charges

de personnels (temps de secrétariat, de coordination médicale) et montant forfaitaire pour le matériel.

1.4.2.8. LES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES EN REGION GRAND EST

Au 2 mai 2021, 6 centres de soins non programmés accompagnés par l'ARS Grand Est fonctionnent à ce jour (31) :

- 4 portés par des médecins libéraux :
 - CMSI d'Essey-les-Nancy (Meurthe-et-Moselle),
 - Etablissement aubois de soins immédiats – EASI (Aube),
 - Société de Consultations Inopinées de l'Aube – SCIA (Aube)
 - CSNP Mulhouse (Haut-Rhin)

- 2 sur le versant hospitalier :
 - Le centre hospitalier de Thann, adossé au GHRMSA (Mulhouse Sud Alsace - Haut-Rhin).
 - Le centre hospitalier de Pfastatt (Haut-Rhin)

1.4.2.8.1. CSNP DU CH PFASTATT

Le CSNP de Pfastatt (CSNP P) résulte de la transformation d'un ancien service d'urgence, d'abord transformé en policlinique puis ayant eu l'accréditation « CSNP » en 2021. Il se situe dans un centre hospitalier qui bénéficie d'un service de médecine polyvalente qui peut accueillir des patients à hospitaliser. Il est localisé à moins de 30 minutes des deux structures d'urgences du territoire.

Les horaires d'ouverture sont de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 12h30 le samedi matin. Un conventionnement est instauré avec le 15 qui peut adresser des patients vers la structure. Tous les patients admis avant l'heure de fermeture sont vus le jour même. Le CSNP possède 3 box de consultations, un dédié aux plâtres, un aux sutures et un à la microchirurgie. Les patients se présentent soit par leurs moyens personnels, ou par ambulance demandée par leur praticien, soit par moyen de transport régulé sur avis du régulateur du centre 15. En cas d'arrivée avec un moyen de transport spécialisé comme une ambulance ou encore les pompiers, l'équipe soignante évalue le patient à son arrivée avant de valider la feuille de transmission. Des hospitalisations peuvent se faire directement ou se programmer dans le service de médecine du CHP. Des rendez-vous sont donnés pour les patients reconvoqués.

Le CSNP est inscrit au sein de la CPTS locale. Des tarifs de secteur 1 ainsi que le tiers payant sont pratiqués sur place. Les dossiers sont sous forme papier, les courriers sont majoritairement rédigés en cas de réadressage. Le logiciel Cariatides a été mis en place après le recueil de données.

Le centre dispose du nécessaire pour réaliser des radiographies. Concernant les biologies, elles sont envoyées dans un laboratoire de proximité.

Sur place sont présents :

- Deux à quatre secrétaires qui s'occupent de la création des dossiers d'admission, de la facturation ainsi que de la partie administrative du service de radiologie accolé.
- Trois manipulatrices en radiologie, postées successivement dans la journée
- Deux infirmières postées par demi-journée
- Un médecin posté par demi-journée
- Un radiologue à temps partiel

1.4.2.8.2. CSNP DE MULHOUSE

Le CSNP a été créé par une initiative libérale. Le centre a ouvert ses portes le 2 mai 2021 après avoir eu l'accréditation en 2020.

Les horaires d'ouverture sont de 8h à 20h du lundi au vendredi. Tous les patients admis avant l'heure de fermeture sont vus le jour même. Le CSNP possède 3 box de consultations. Les patients pris en charge se présentent par leurs moyens personnels ou par réadressage de l'IOA s'il s'agit de patients non allongés, les ambulances et pompiers ne sont pas acceptés. Dans le cadre d'un conventionnement avec le SU, un patient se présentant au SU pourra être réadressé au CSNP par l'IOA s'il donne son accord. Dans ce cas, le patient est évalué par l'équipe soignante du CSNP avant d'être accepté. Aucun rendez-vous précis n'est donné pour les patients reconvoqués.

Le CSNP est inscrit au sein de la CPTS locale. Des tarifs de secteur 1 ainsi que le tiers payant sont pratiqués sur place. Les actes infirmiers réalisés ne sont pas sujets à rémunération car les IDE sont salariés d'une structure libérale. Le logiciel Dr Santé est utilisé et permet la rédaction de courrier.

Le plateau technique mis à disposition se trouve au sein de l'hôpital accolé au CSNP. Il permet d'y adresser des patients pour un bilan radiologique ou d'y envoyer des prélèvements biologiques réalisés au sein du CSNP.

Sur place sont présents :

- Une secrétaire à temps plein
- Une infirmière postée à la journée
- Un médecin posté par demi-journée

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

L'étude était rétrospective, descriptive, quantitative, multicentrique. La période d'étude a porté sur la semaine du lundi 21 juin 2021 au samedi 26 juin 2021. Nous avons sélectionné cette semaine de sorte qu'elle soit la plus représentative possible. Elle se situe en dehors des vacances scolaires, on n'y trouve aucun jour férié. Comparativement à l'ensemble de l'année 2019 elle se situe dans la moyenne concernant les taux de passages. Nous avons pris pour référence l'année 2019 de sorte que le taux n'interfère pas avec le COVID.

2. POPULATION ETUDIEE

L'étude a été menée sur l'ensemble des patients admis au sein du CSNP de Pfastatt et de Mulhouse.

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs de l'étude ont été orientés afin de vérifier si les CSNP étudiés sont en mesure de répondre à leur mission de soins.

3.1. OBJECTIF PRINCIPAL

Description d'activité des CSNP concernant les patients se présentant pour un nouveau passage.

3.1.1. CRITERES DE JUGEMENTS PRINCIPAUX

Les critères de jugement retenus sont les monovariabiles suivantes :

- Le nombre de passages
- Le sexe

- L'âge
- La commune d'habitation
- La déclaration d'un médecin traitant
- Le mode d'arrivée
- Le motif
- L'horaire de passage
- La durée d'attente pré médicale
- La durée de prise en charge médicale
- La durée totale de passage
- Le type d'examens ou soins réalisés sur place :
 - Les actes IDE n'étant pas côtés au sein du CSNP de Mulhouse, le classement des soins IDE comprend les soins IDE réalisés par ce dernier et non les actes côtés par l'IDE. La biologie et l'ECG ne sont pas pris en compte afin de considérer les soins de manière indépendante.
 - Le classement des examens radiologiques englobe sous le même terme les échographies, les scanners et les radiographies.
- Le diagnostic et le système correspondant retenus
 - L'infectiologie n'a pas fait l'objet d'un système à part entière mais a été répartie au sein des autres systèmes
- La classification CCMU
- Le mode de sortie
 - Le mode sortie « FIN » concerne les patients pour lesquels la consultation a permis une prise en charge complète du patient.

- Le mode de sortie « transfert » concerne les patients adressés au SU ou ceux directement hospitalisés en service.
- Le mode de sortie « adressé » concerne les patients réadressés vers un spécialiste ou leur MT pour la suite de la prise en charge.

3.1.2. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

Les critères de jugements secondaires concernent les descriptions et comparaisons en sous catégories de population :

- Le groupe diagnostic le plus représenté : « entorse, contusion, plaie non suturée »
- Le groupe d'âge > 70 ans : groupe « >70 ans »
- Le groupe classé CCMU 3 : groupe « CCMU 3 »
- Le groupe de patients transférés au SU après avoir été examinés : groupe « SU »
- Le groupe dont la prise en charge médicale excède 120 minutes : groupe « PECm> 120 min »
- Le groupe de patients adressés par l'IOA pour le CSNP de Mulhouse : groupe « IOA »
- Le groupe de patients adressés par pompiers/ambulances pour le CSNP de Pfastatt : groupe « Ambulances/pompiers »

3.2. OBJECTIF SECONDAIRE

Compléter la description d'activité des CSNP en considérant les patients venus pour contrôle.

3.2.1. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Il reprend le même type d'analyse que les sous-groupes des nouveaux passages.

4. QUESTIONNAIRE

Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires sous forme papier. La différence entre le questionnaire du CSNP P (Annexe 1) et CSNP M (Annexe 2) réside dans le mode d'arrivée, le CSNP M n'accueillait pas d'ambulances ni pompiers mais des réadressages de l'IOA.

Un questionnaire était attribué pour chaque passage. L'identification était faite à l'aide d'une étiquette collée par la secrétaire du CSNP P ou par écrit au CSNP M. L'heure d'admission, le motif d'admission et la déclaration du médecin était complétée par la secrétaire ou à défaut par l'IDE. L'heure de début de prise en charge, le mode d'arrivée ainsi que le type d'examen(s) étaient complétés par les IDE. L'heure de fin de prise en charge, le diagnostic, la classification CCMU et le mode de sortie étaient complétés par le médecin.

Après remplissage des questionnaires, ceux-ci étaient déposés dans une boîte fermée prévue à cet effet. Avant d'être sortis du service, les questionnaires étaient anonymisés après découpe et destruction de la partie d'identification du patient. A aucun moment des informations nominatives n'ont été sorties du service.

Les questionnaires anonymisés ont ensuite été saisis dans le logiciel Excel de Microsoft pour Mac version 16.12.

Les informations recueillies ne sont à aucun moment croisées de manière complète empêchant ainsi toute possibilité d'identification d'une personne.

5. ANALYSES STATISTIQUES

Les variables quantitatives ont été décrites selon l'effectif et le pourcentage de chaque modalité.

Les variables quantitatives ont été décrites selon la médiane et les premiers et troisièmes quartiles (2.5% et 97.5%) au vu de la normalité de leur distribution non significative, vérifiée par un test de Shapiro-Wilk à 5% du risque d'erreur.

Afin de comparer les différentes sous-populations étudiées, un test de Chi-2 de Pearson a été employé pour les variables qualitatives et un test de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives.

Un modèle de régression logistique univarié a ensuite été réalisé avec la variable concernant les sous-populations comme variable à expliquer et avec un certain nombre de variables descriptives comme variables explicatives. Les résultats sont exprimés par l'Odds-ratio, son intervalle de confiance à 95% et la p-valeur associée.

Un modèle de régression logistique multivarié a été construit en prenant les variables ayant une p-valeur significative (<0.05) ou <0.2 ou encore une pertinence médicale à l'analyse univariée comme variables explicatives. Les résultats sont exprimés de la même manière que l'analyse univariée.

Le logiciel utilisé pour faire ces analyses est R Studio, version 1.4.1106. R Core Team (2021).

R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

RESULTATS

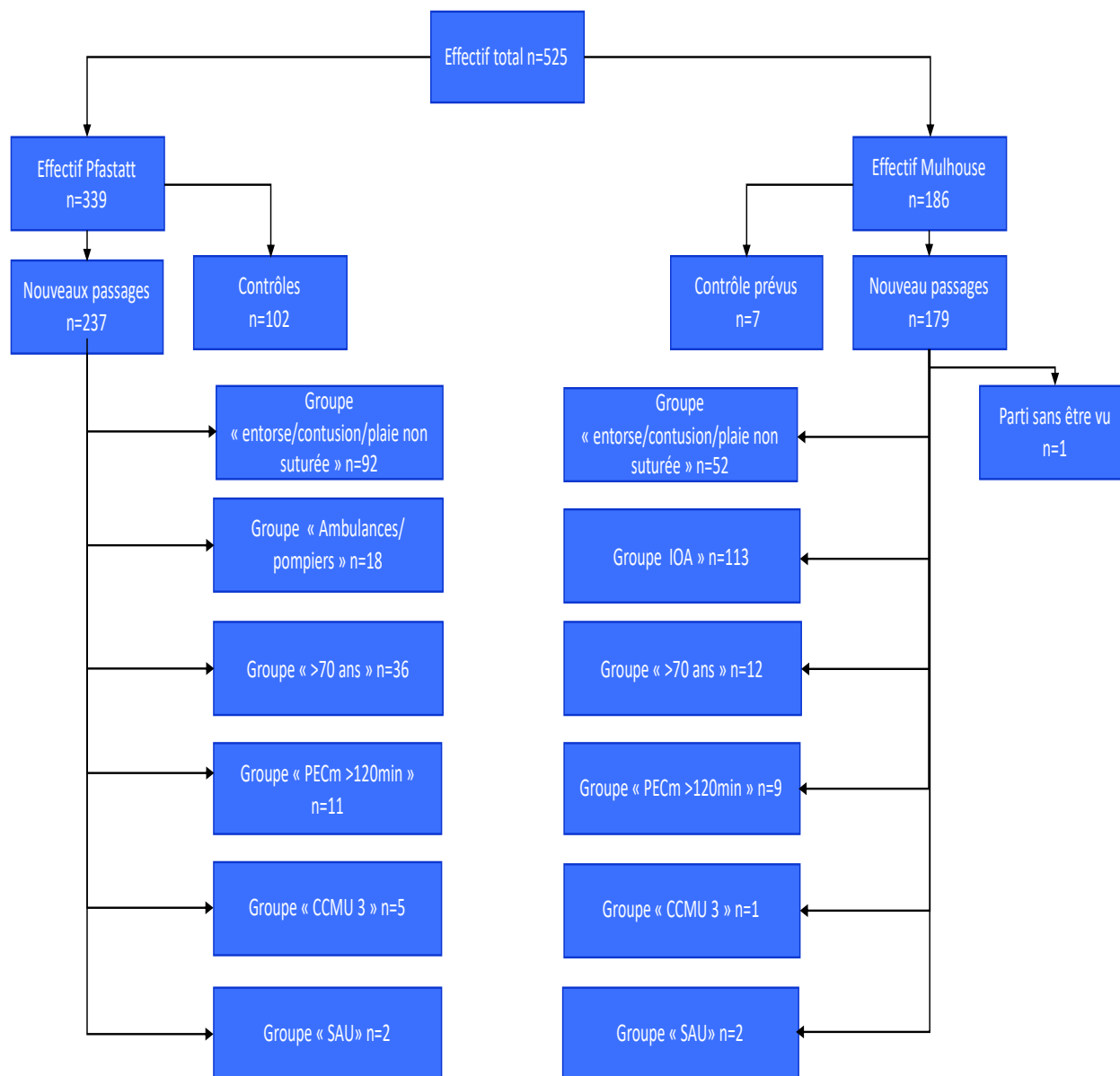


Figure 13 : Diagramme de flux

1. CSNP DU CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT

1.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

1.1.1. EFFECTIFS

L'objectif primaire n'incluant que les patients venus pour un nouveau motif (« nouveaux passages »), l'analyse descriptive a porté sur les 237 patients concernés soit plus des deux tiers du flux total (69,9%) (Tableau 2).

Tableau 2 : Total des passages

Type de passage	Effectif	%
Nouveaux passages	102	69,91%
Contrôles prévus	237	30,09%
Total général	339	100%

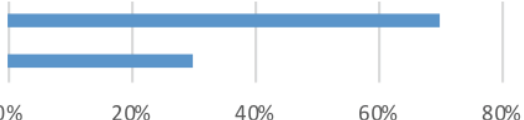


Figure 14 : Pourcentages des types de passages

Le taux journalier a été de 43,9 passages. Le pic de consultation a eu lieu le lundi, suivi par le mercredi ex aequo avec le vendredi (Tableau 3).

Tableau 3 : Nombres de passages par jour

Date	Effectif	%
Lundi	48	20,25%
Mardi	41	17,30%
Mercredi	45	18,99%
Jeudi	37	15,61%
Vendredi	45	18,99%
Samedi	21	8,86%
Total général	237	100%

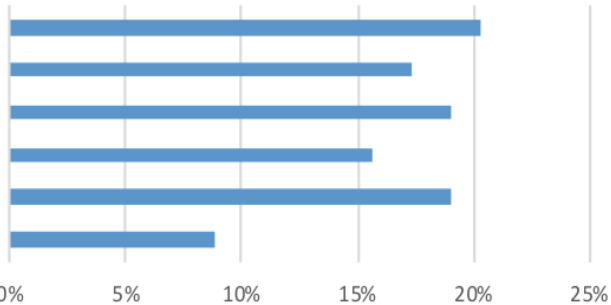


Figure 15 : Pourcentages du nombre de passages par jour

1.1.2. SEXE

Les patients étaient majoritairement de sexe masculin (Tableau 4).

Tableau 4 : Sexes des patients

Sexe	Effectif	%
M	132	55,70%
F	105	44,30%
Total général	237	100%




Figure 16 : Pourcentages des sexes

1.1.3. AGE

Un large éventail d'âges a été inclus dans l'étude (Tableau 6). L'extrême jeunesse était représentée par un unique patient soit 0,42% pour les moins de 2 ans. Les patients plus âgés ont représenté 15,2% des passages (Tableau 5). La classe d'âge majoritaire était représentée par les 26-50 ans totalisant 31,7% des passages. Les femmes ont été majoritaires dans la classe d'âge des >70 ans (figure 19).

Tableau 5 : Représentation des patients par classes d'âges

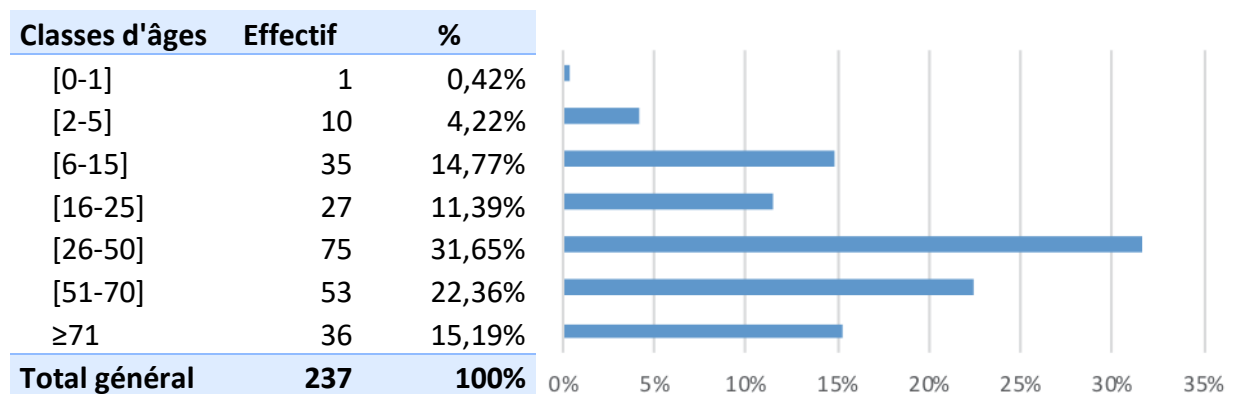


Figure 17 : Pourcentages des classes d'âges

Tableau 6 : Indicateurs de position de l'âge des patients

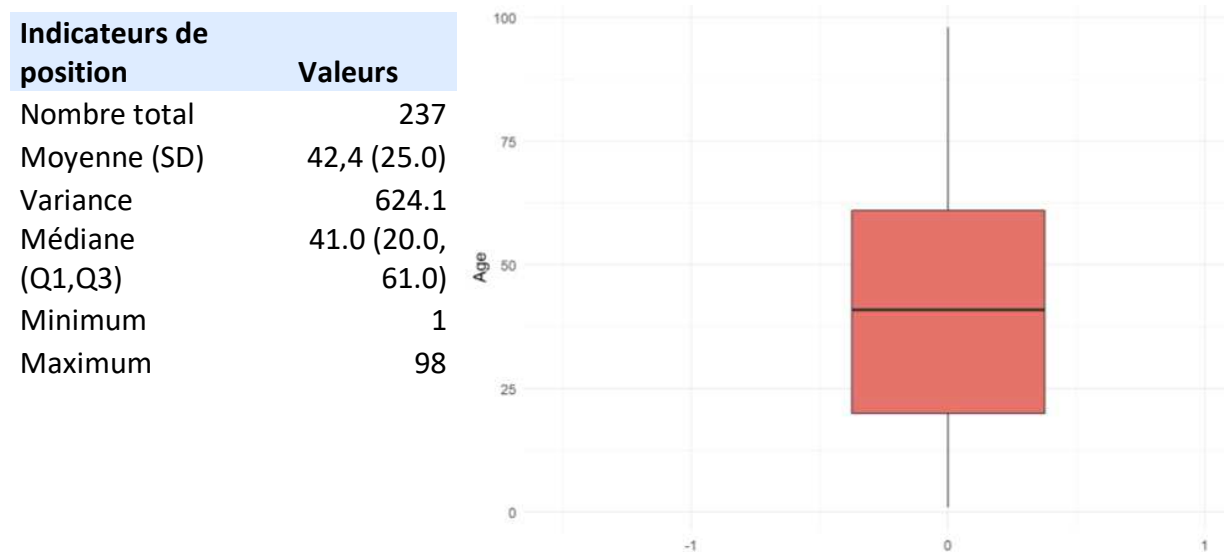


Figure 18 : Diagramme en boîte des âges

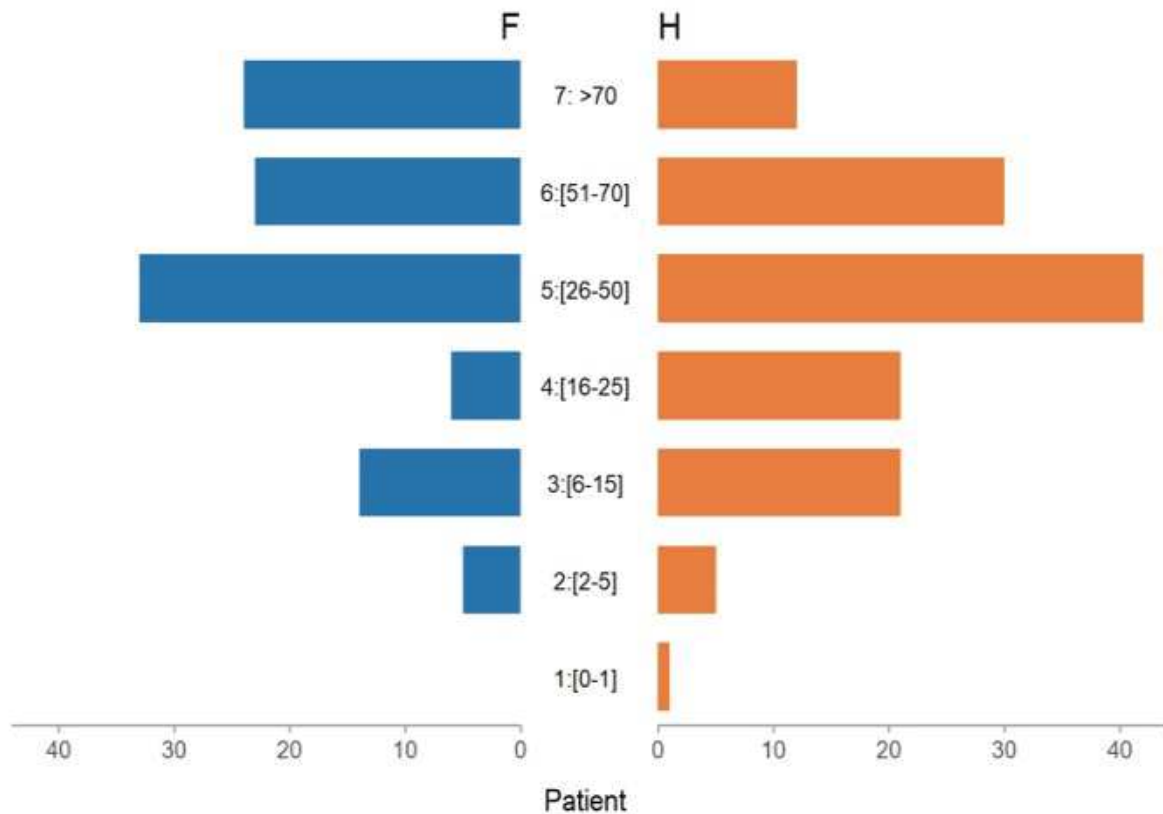


Figure 19 : Pyramide des âges

1.1.4. LIEU DE RESIDENCE

Le territoire de M2A a été découpé en 4 territoires égaux selon les directions Nord, Sud, Est, Ouest dont les prolongements permettent d'obtenir quatre territoires supplémentaires en dehors de M2A (Figure 22). Mulhouse représentait 22,4% du flux. La commune de Pfastatt se situait en deuxième position avec 13,1% du flux. Les deux communes suivantes sont accolées à la commune de Pfastatt, il s'agissait respectivement de Kingersheim (12,2%) et de Lutterbach (10,9%) (Tableau 7). Mulhouse et Pfastatt se situent au sein de la zone Sud-Ouest I. M2A qui drainait plus de la moitié des passages totaux (53,16%). M2A drainait 94,9% du total des passages au CHP (Tableau 8). Parmi les 31 communes d'habitation recensées, 2 ne se situaient pas en Alsace.

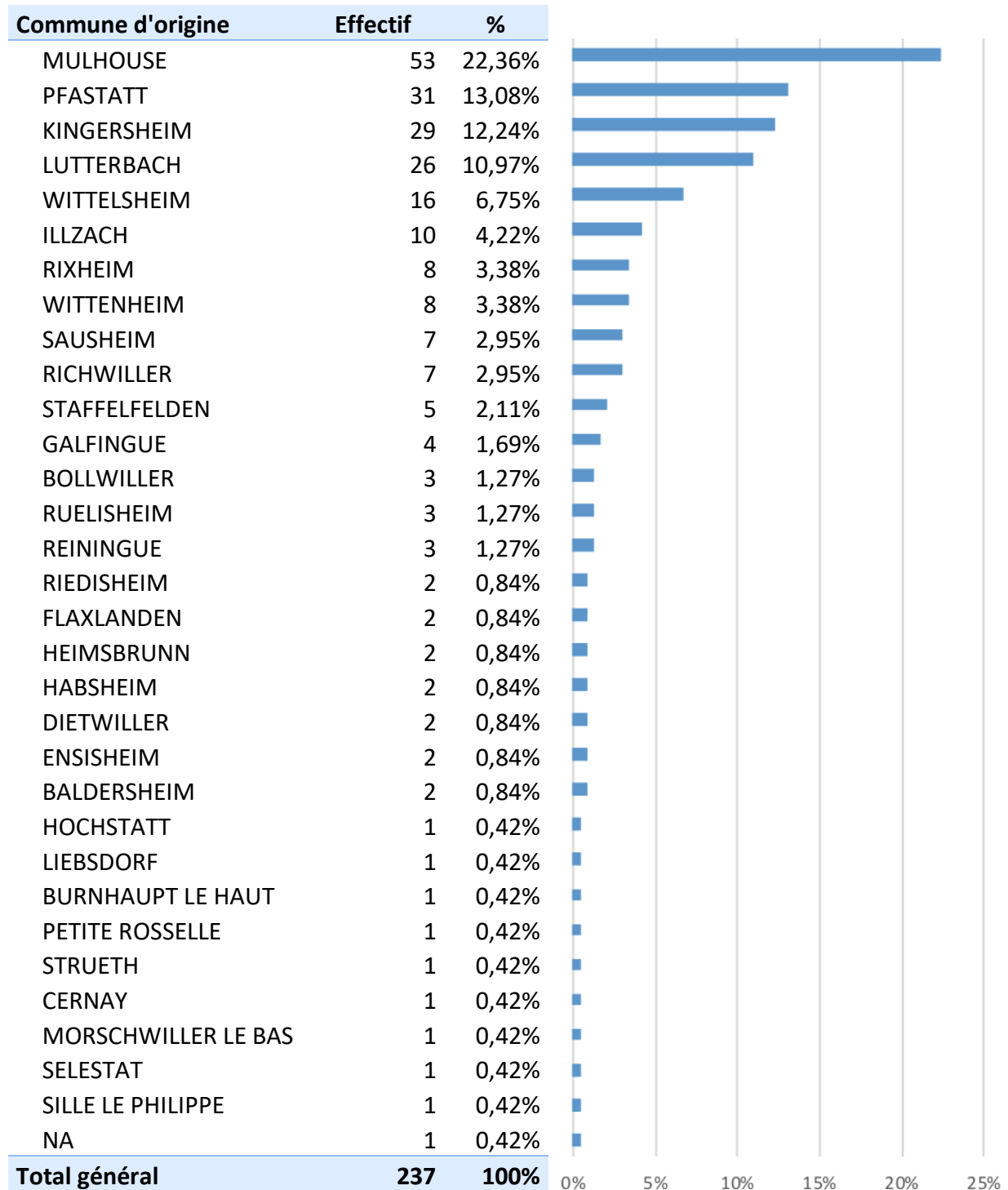
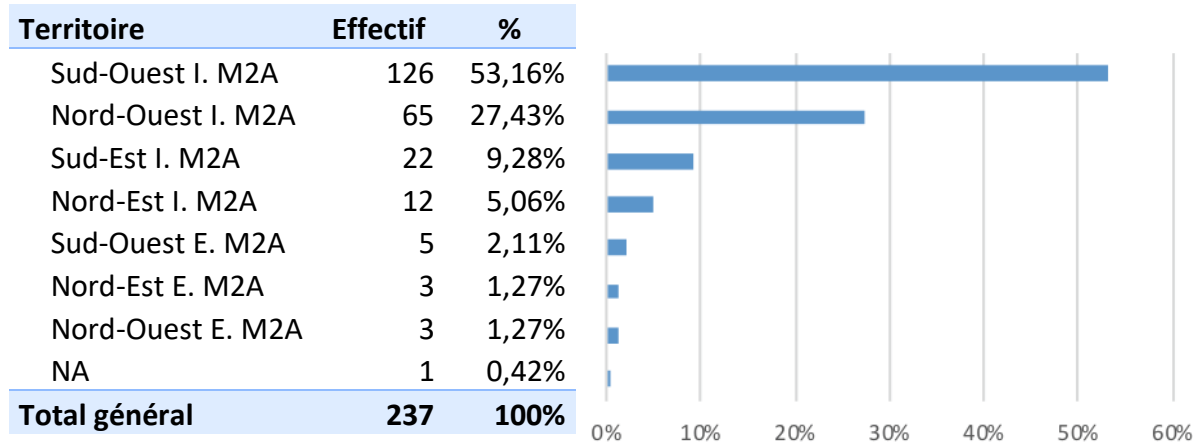
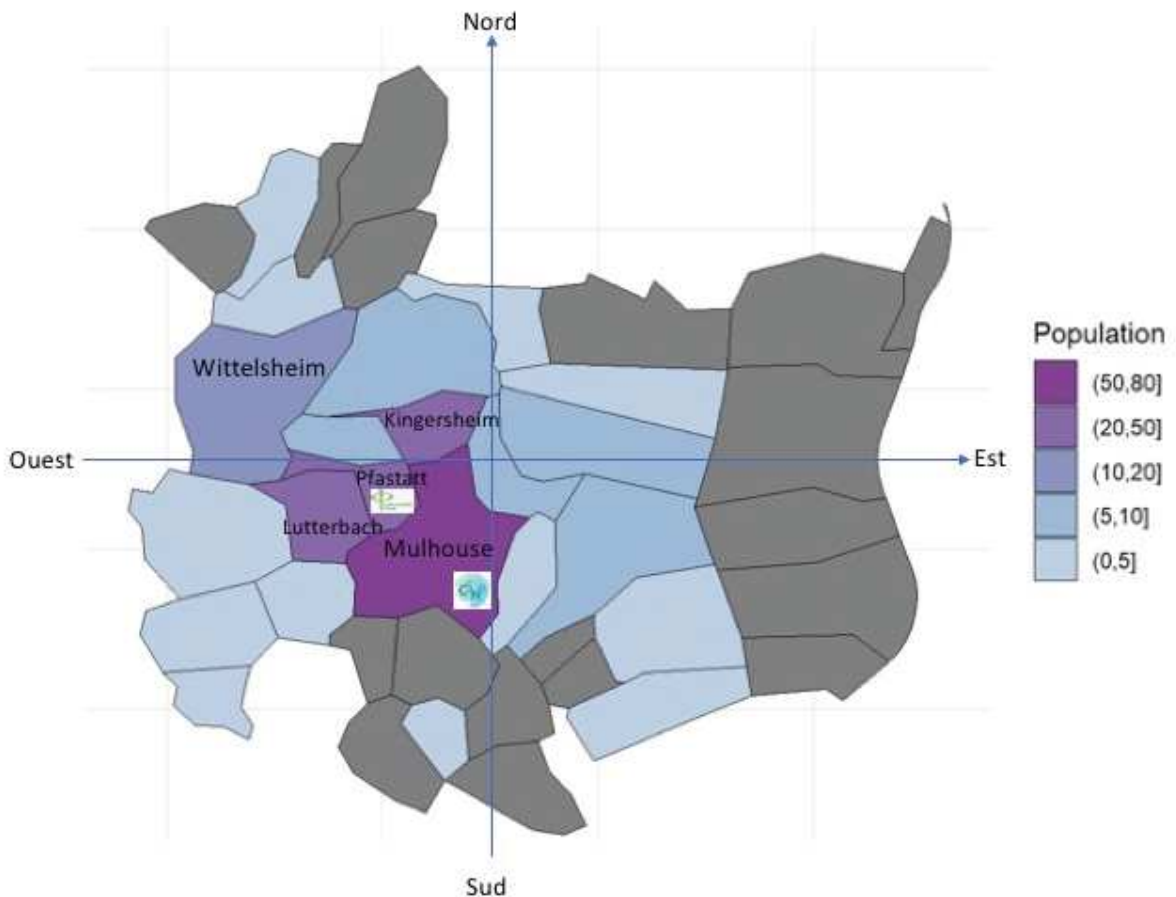
*Tableau 7 : Communes d'habitation des patients**Légende : NA = non attribué.**Figure 20 : Pourcentages des communes d'habitation*

Tableau 8 : Territoires d'habitation des patients

Légende : I = intra ; E = extra ; M2A = Mulhouse alsace agglomération. NA = non attribué.

**Figure 21 : Pourcentages des territoires d'habitation****Figure 22 : Variations en effectifs des communes d'habitation des patients**

1.1.5. MEDECIN TRAITANT

La majorité des patients avaient un médecin traitant déclaré (Tableau 9).

Tableau 9 : Médecin traitant déclaré par les patients

Légende : NA = non attribué.

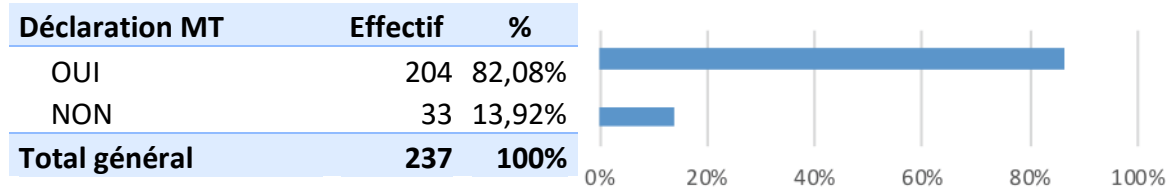


Figure 23 : Pourcentages des médecins traitants déclarés

1.1.6. MODES D'ARRIVEES

La majorité des patients se sont présentés au CSNP du CHP par leurs propres moyens (92,4%).

Les ambulanciers et les pompiers ont respectivement représenté 4,2% et 3,4% des passages (Tableau 10).

Tableau 10 : Modes d'arrivée des patients

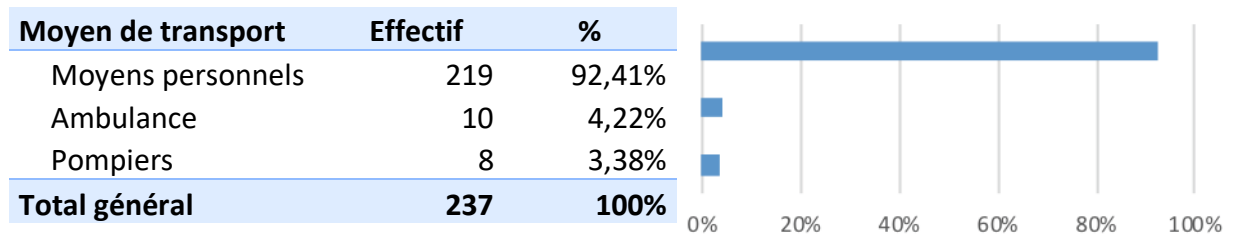


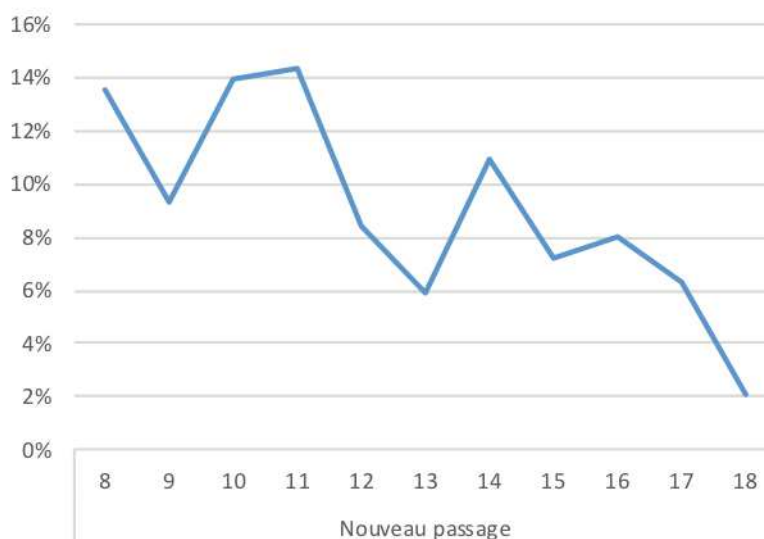
Figure 24 : Pourcentages des modes d'arrivée

1.1.7. TEMPS DE PASSAGE

Un premier pic d'affluence avait lieu à l'ouverture du CSNP. Il était suivi d'un deuxième pic en fin de matinée puis d'une baisse d'affluence jusqu'à 13h. Un troisième pic apparaissait en début d'après-midi, précédant une décroissance progressive jusqu'à la fermeture, excepté une légère hausse à 16h (Tableau 11).

Tableau 11 : Heures d'arrivée des patients

Heure d'arrivée	Effectif	%
8	32	13,50%
9	22	9,28%
10	33	13,92%
11	34	14,35%
12	20	8,44%
13	14	5,91%
14	26	10,97%
15	17	7,17%
16	19	8,02%
17	15	6,33%
18	5	2,11%
Total général	237	100%

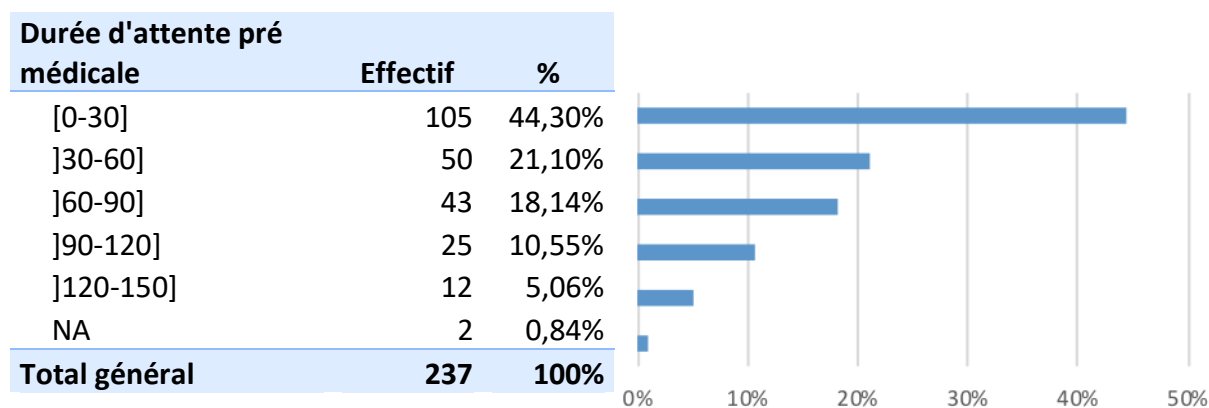
**Figure 25 : Courbe représentant le pourcentage d'arrivées en fonction de l'heure**

44,3% des patients ont attendu moins d'une demie heure avant d'être pris en charge médicalement. Ils étaient 65,4% à attendre moins d'une heure (Tableau 12).

Le temps d'attente pré-médical était statistiquement corrélé à l'heure d'admission selon la représentation en nuage de points ci-dessous (Figure 15).

Tableau 12 : Durées d'attente pré-médicale des patients

Légende : NA = non attribué.

**Figure 26 : Pourcentages des durées d'attente pré-médicale**

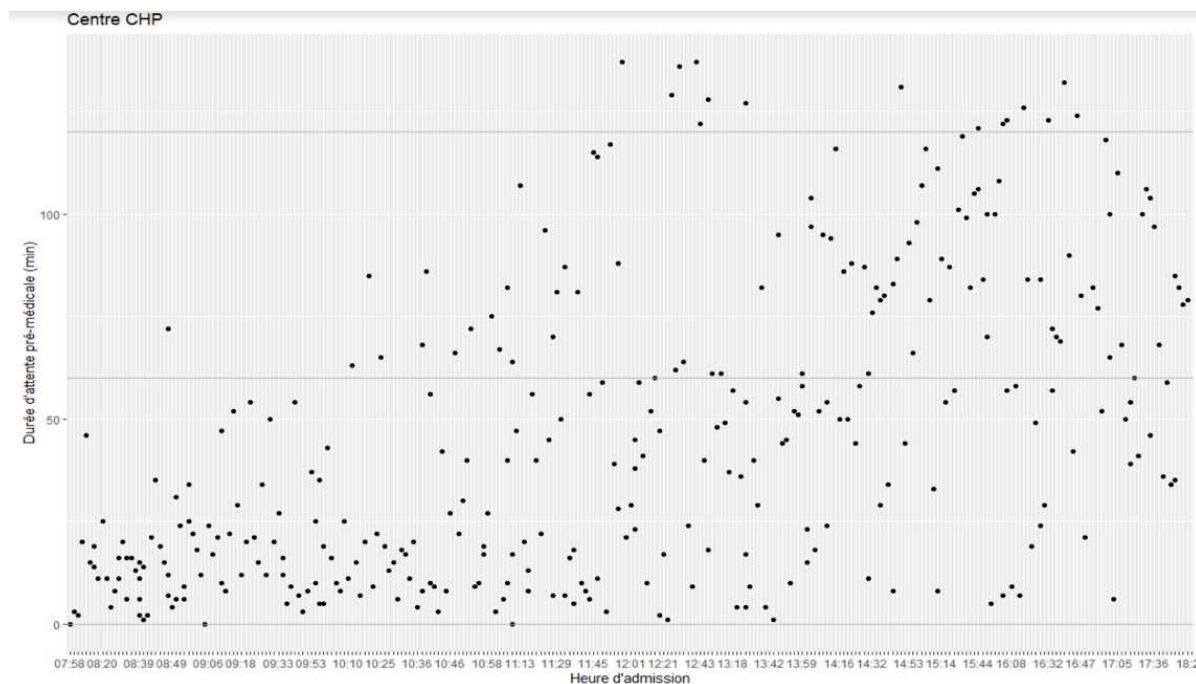


Figure 27 : Durées d'attente pré-médicale selon heure d'arrivée

Deux tiers des patients ont bénéficié d'une prise en charge médicale inférieure à une heure et 88,2% inférieure à deux heures (Tableau 13).

Le temps de prise en charge médicale n'était pas corrélé à l'heure d'admission ni à la durée d'attente pré-médicale.

Tableau 13 : Durées de prise en charge médicale des patients

Légende : NA = non attribué.

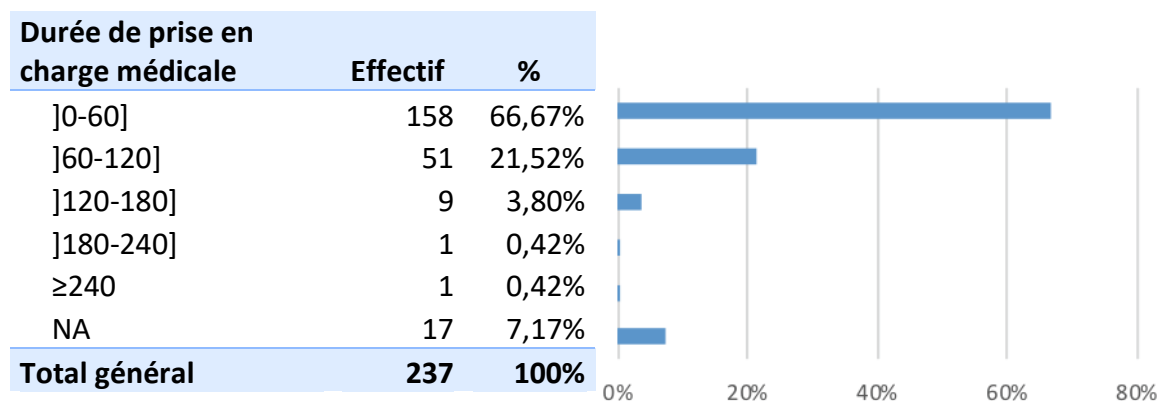
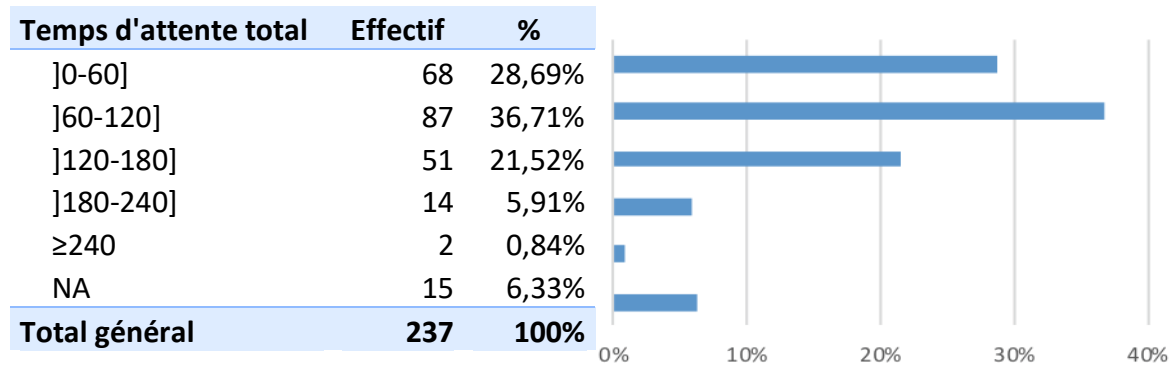


Figure 28 : Pourcentages des durées de prise en charge médicale

Au total, plus d'un quart des passages ont duré moins d'une heure (28,7%) et 65,4% ont duré moins de deux heures (Tableau 14). La durée de passage la plus longue a été de 5h04 minutes.

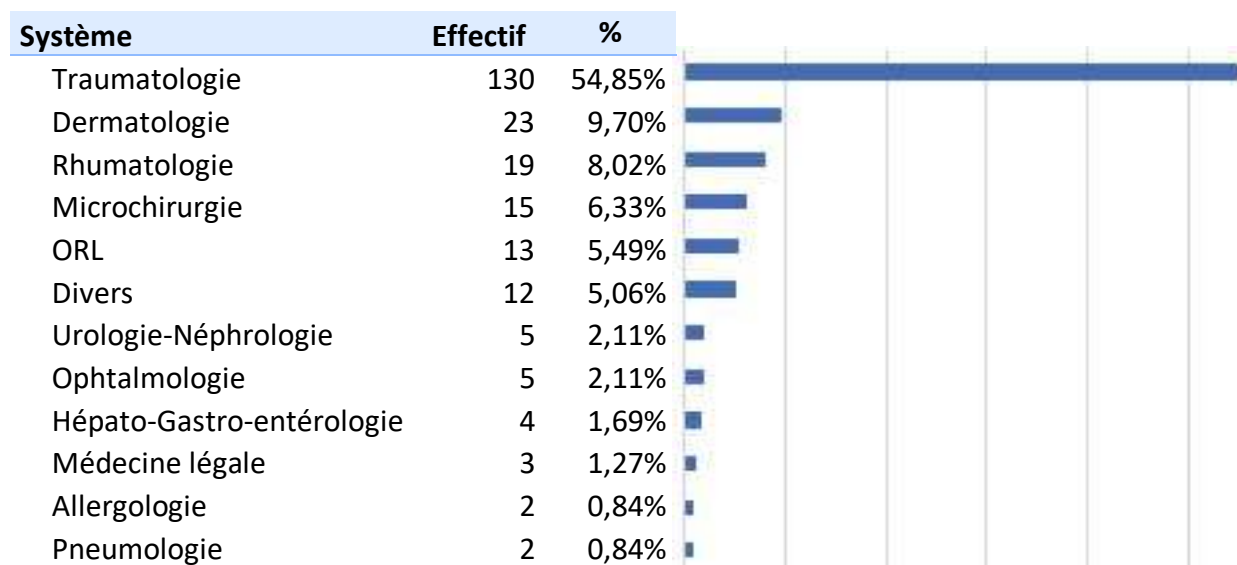
Tableau 14 : Durées totale de prise en charge des patients

Légende : PEC = prise en charge ; NA = non attribué

**Figure 29 : Pourcentages des durées totales de prise en charge**

1.1.8. DIAGNOSTICS SYSTEMIQUES

Le système le plus représenté était la traumatologie avec 54,9% des passages dont 43% de femmes (n=85) et 57% d'hommes (n=113). L'aspect somatique (non traumatique ni microchirurgical) a concerné 39,9% des passages parmi lesquels la dermatologie, la rhumatologie et l'ORL étaient les principaux représentés (Tableau 15).

Tableau 15 : Systèmes concernés pour chaque consultation

Neurologie	2	0,84%
Toxicologie	1	0,42%
Cardiologie	1	0,42%
Total général	237	100%

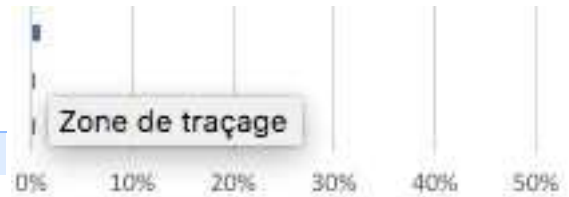


Figure 30 : Pourcentages des systèmes

1.1.9. DIAGNOSTICS

Parmi les 48 différents diagnostics retenus, l'ensemble « entorse, contusion, plaie non suturée » était le plus représenté avec 38,8% de passages. Le premier diagnostic somatique était en quatrième position représentant le sous-groupe « Erysipèle/phlegmon/plaie surinfectée » (6,33%) (Tableau 16).

Tableau 16 : Diagnostics retenus après consultation

Diagnostic retenu	Effectif	%
Entorse/contusion/plaie non suturée	92	38,82%
Plaie suturée	16	6,75%
Abcès/panaris/ongle incarné	15	6,33%
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	13	5,49%
Fracture membre supérieur	9	3,80%
Rachialgies/NCB/sciatique	9	3,80%
AEG	6	2,53%
Traumatisme crânien	5	2,11%
Corps étranger oculaire	4	1,69%
Rhinopharyngite/otite/angine	4	1,69%
Malaise avec ou sans		
PC/syncope/lipothymie	3	1,27%
Certificat médical	3	1,27%
Bouchon cérumen	3	1,27%
Fracture membre inférieur	3	1,27%
Arthralgie	3	1,27%
Douleurs thoraciques pariétales	3	1,27%
Ulcère cutané	3	1,27%
Céphalées	2	0,84%
Arthrite	2	0,84%
Tendinite	2	0,84%

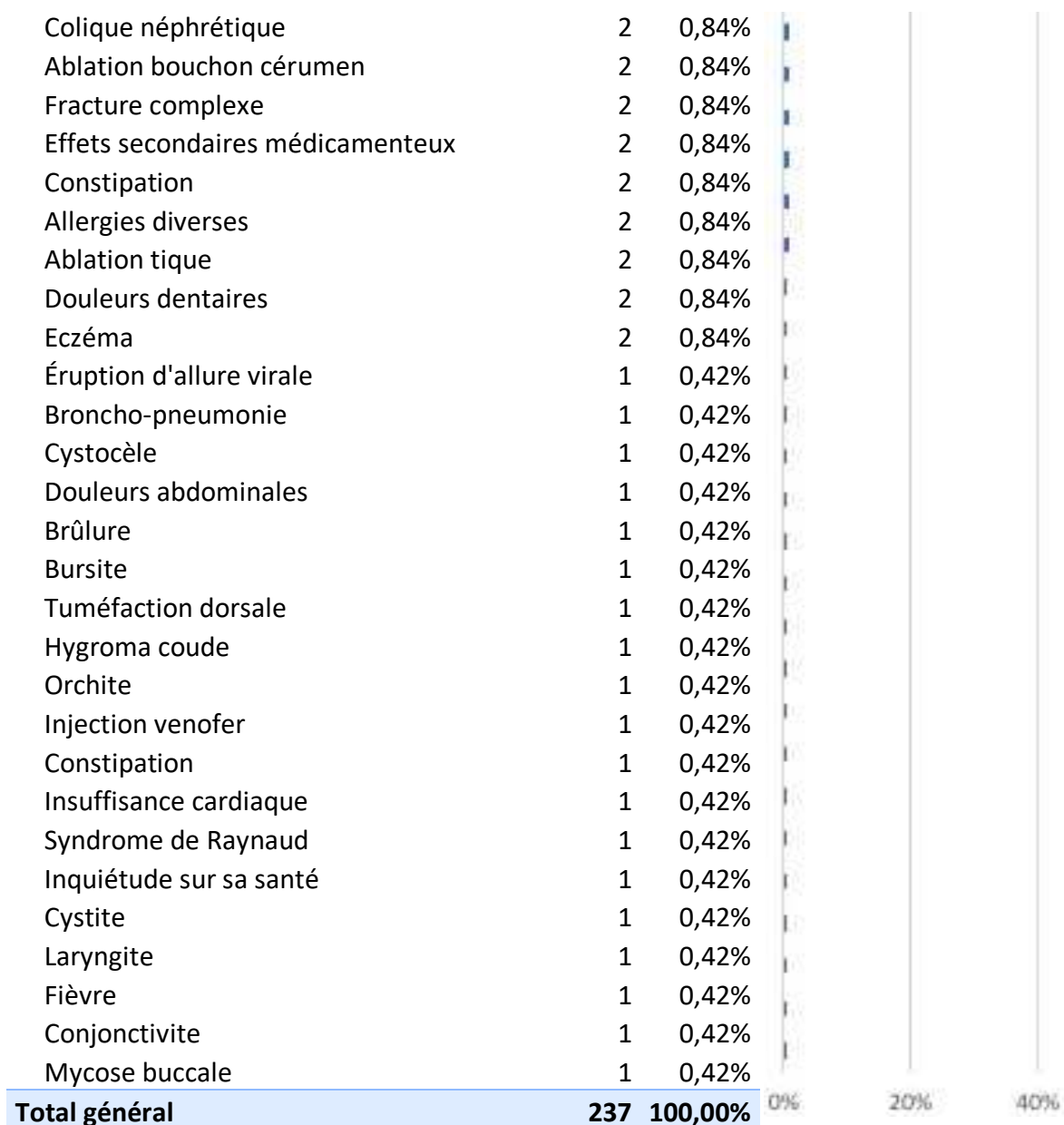
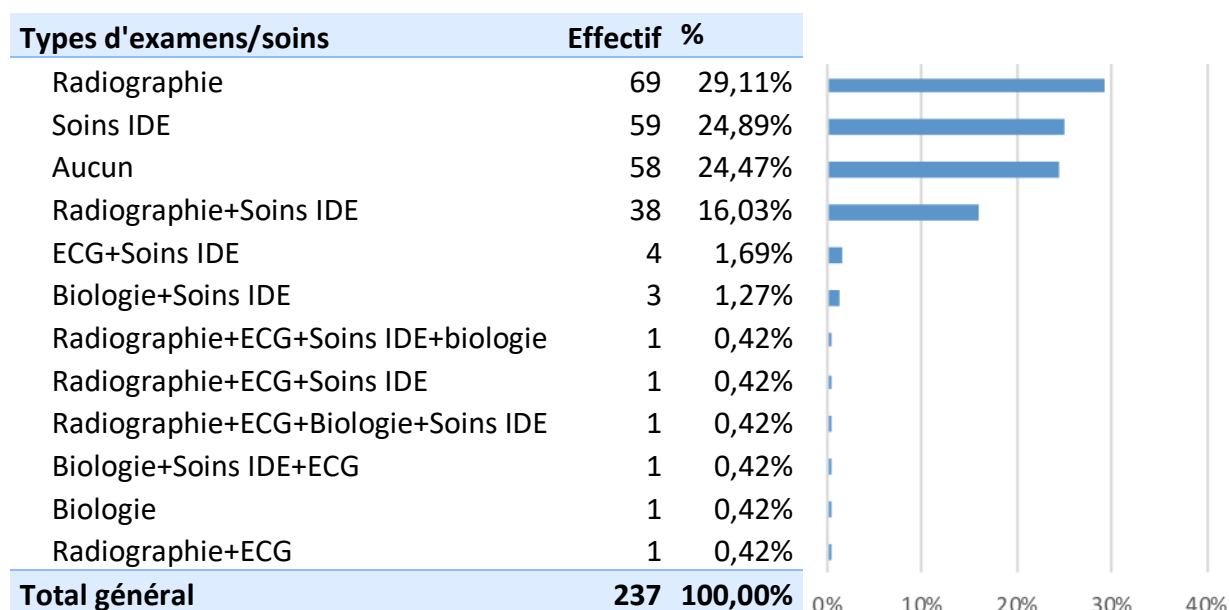
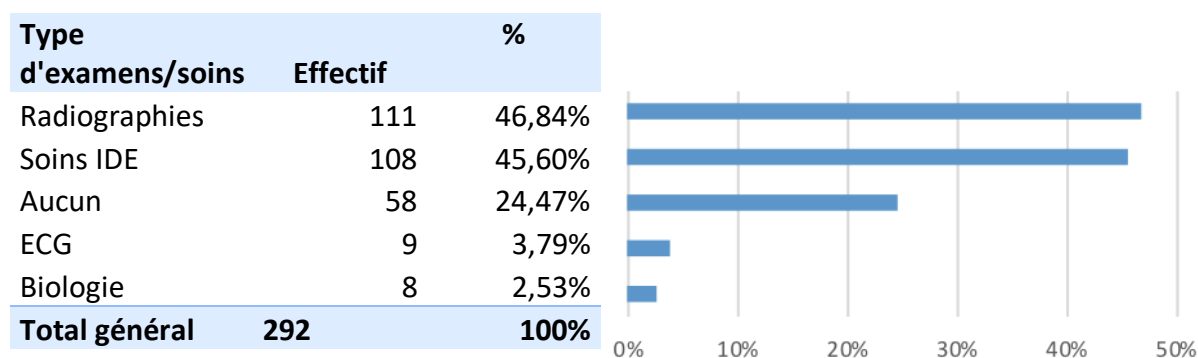


Figure 31 : Pourcentages des diagnostics retenus

1.1.10. EXAMENS ET SOINS

Les résultats ont mis en évidence que 75,5% des patients ont bénéficié d'examen(s) ou soins IDE. Ils étaient 46,8% à avoir bénéficié d'une radiographie et 45,6% à avoir bénéficié d'un acte réalisé par l'IDE. 19% ont bénéficié d'une radiographie ou d'une biologie associée à un acte réalisé par l'IDE (Tableau 17).

Tableau 17 : Types d'examens et/ou soins réalisés aux patients*Figure 32 : Pourcentages des examens et/ou soins réalisés**Tableau 18 : Types d'examens et/ou soins cumulés**Figure 33 : Pourcentages cumulés des types d'examens et/ou soins*

1.1.11. MODE DE SORTIE

Concernant les 237 nouveaux passages, 98,3% sont rentrés à domicile. Parmi eux, 149 soit 62,9% ont bénéficié d'une consultation complète et menée à terme sans suite programmée excepté 3,4% dont la prise en charge incluait un examen complémentaire ambulatoire avant de considérer le dossier clos. Environ un quart a été reconvoqué au CSNP, 11% ont été réadressés en ambulatoire dont 5,1% à leur médecin traitant et 5,9% à un spécialiste. Au total,

5,9% des patients sont sortis avec un examen complémentaire à réaliser en ambulatoire. Deux patients ont été hospitalisés pour altération de l'état (AEG), deux autres ont été transférés directement au SU de l'hôpital public pour infection pulmonaire et cutanée. Un seul est parti contre avis alors qu'il présentait une AEG. Aucun décès n'a été déclaré.

Tableau 19 : Modes de sorties des patients

Légende : RAD = retour à domicile ; EC = examens complémentaires ; SU = service des urgences.

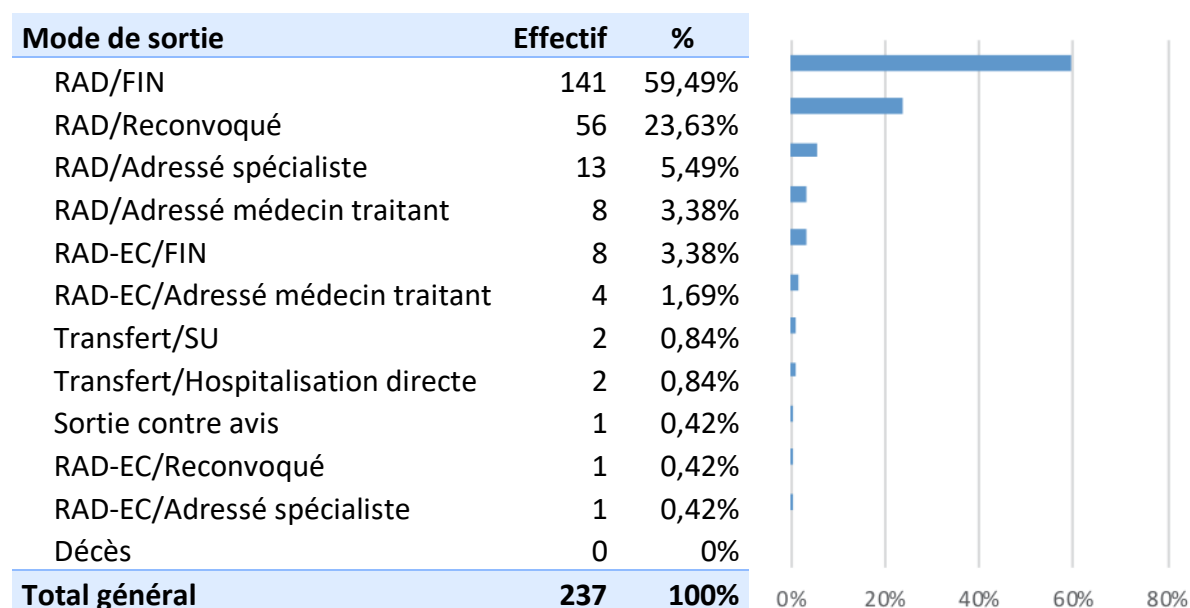


Figure 34 : Pourcentages des modes de sortie

Tableau 20 : Modes de sortie simplifiés

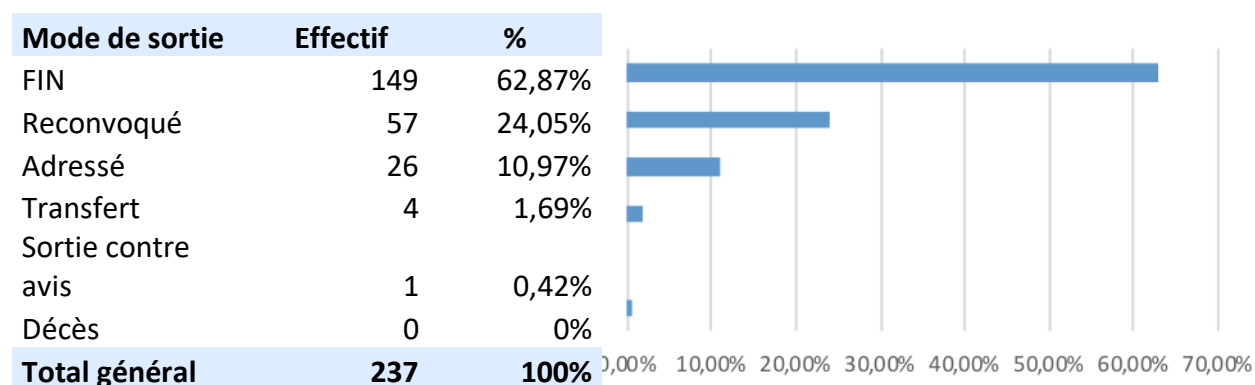


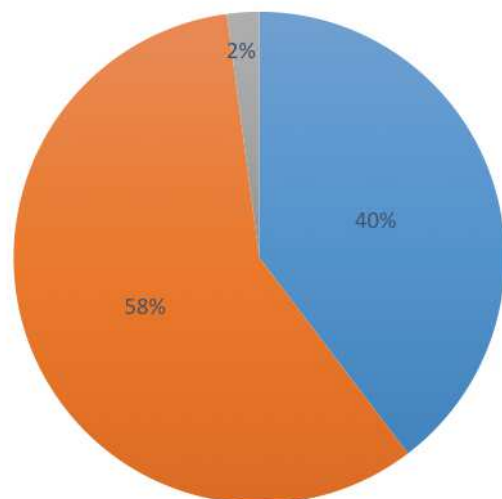
Figure 35 : Pourcentages des modes de sortie simplifiés

La classe CCMU 1 représentait plus d'un tiers des patients (39,7%) (Tableau 21). La CCMU 2 quant à elle représentait la majorité des passages avec 58,3%, soit 97,8% pour la somme des CCMU 1 et 2. La traumatologie a représenté 27,7% (n=26) des CCMU 1 et 75,4% (n=104) des CCMU 2. Inversement, la somatique a concerné 47,54% (n=56) des CCMU 1 et 21,9% (n=31) des CCMU 2. Parmi les CCMU 2, 80,6% ont bénéficié d'un acte diagnostique type radiographie ou biologie. La CCMU 3 ne représentait que 5 passages, soit 2,1% du total.

Les CCMU 4 et 5 quant à elles n'ont pas été représentées. Il en a été de même pour les CCMU P et D.

Tableau 21 : CCMU attribuée à chaque patient
Légende : NA = non attribué

CCMU	Effectif	%
CCMU 1	94	39,66%
CCMU 2	138	58,23%
CCMU 3	5	2,11%
CCMU 4	0	0%
CCMU 5	0	0%
CCMU P	0	0%
CCMU D	0	0%
Total général	237	100%



■ CCMU 1 ■ CCMU 2 ■ CCMU 3 ■ CCMU 4 ■ CCMU 5 ■ CCMU P ■ CCMU D

Figure 36 : Pourcentages des CCMU

1.2. ANALYSE EN GROUPE FOCUS

1.2.1. GROUPE "ENTORSE, CONTUSION, PLAIE NON SUTUREE"

Tableau 22 : Comparaison du groupe « entorse/contusion/plaie non suturée » versus les autres patients

Légende : IDE : infirmière diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; PEC : prise en charge ; m : manque

Critère de jugement	Entorse/ contusion/ plaie non saturée (N=92)	Autres (N=145)	Odds Ratio (analyse univariée)	Odds Ratio (analyse multivariée)
Age	39.0 (16.0, 56.8)	42.0 (22.0, 62.0)	-	-
Mode d'arrivée				
Moyens personnels	87 (94.6%)	132 (91.0%)	/	/
Ambulance publique	3 (3.3%)	5 (3.4%)	/	/
Pompiers	2 (2.2%)	8 (5.5%)	/	/
Temps de prise en charge médicale	52.5 (28.2, 70.0) m=6	30.0 (18.2, 60.0) m=11	-	-
Type d'examen				
Radiologie	75 (81.5%)	36 (24.8%)	13.4 [7.14-26.2], p<0,001	31.2 [8.38-205], p<0,001
IDE	43 (46.7%)	66 (45.5%)	/	/
ECG	1 (1.1%)	8 (5.5%)	/	/
Biologie	0 (0.0%)	6 (4.1%)	/	/
Aucun examen	5 (5.4%)	53 (36.6%)	0.10 [0.03-0.24], p<0,001	/
Classification CCMU				
CCMU 1	17 (18.5%)	77 (53.1%)	0.20 [0.11-0.36], p<0,001	/
CCMU 2	75 (81.5%)	63 (43.4%)	5.74 [3.15-10.9], p<0,001	/
CCMU 3	0 (0.0%)	5 (3.4%)	/	/
Mode de sortie				
Sortie : FIN	73 (79.3%)	76 (52.4%)	3.49 [1.94-6.49], p<0,001	/
Sortie : reconvoqué	14 (15.2%)	43 (29.7%)	0.43 [0.21-0.82], p=0,010	/
Sortie : adressé	5 (5.4%)	21 (14.5%)	0.34 [0.11-0.87], p=0,023	/

Concernant le groupe focus « entorse, contusion, plaie non suturée », 92 patients ont été inclus (Tableau 22).

Aucune différence d'âge n'a été montrée par le test de Kruskal-Wallis.

La majorité des patients du groupe focus se sont présentés par leurs moyens personnels soit 94,6% (n=87).

55,4% (n=51) du groupe focus étaient des hommes versus 55,9% (n=81) dans l'autre groupe.

La durée de prise en charge médicale était significativement plus longue pour les patients du groupe "Entorse, contusion, plaie non suturée" selon un test de Kruskal-Wallis (p=0,007).

Le groupe « Entorse/contusion/plaie non suturée » était associé à une plus faible probabilité de ne bénéficier d'aucun examen/soins (OR=0,1 [0,03-0,24], p<0,001).

Il était également associé à un plus grand nombre de radiographies selon une analyse par régression logistique multivariée (OR=31,2 [8,38-205], p<0,001). 33,7% (n=30) ont bénéficié d'une radiographie associée à soins IDE versus 5,5% pour les autres (n=8).

Le mode de sortie « Sortie : FIN » était statistiquement plus fréquent au sein du groupe focus (OR=3.49 [1.94-6.49], p<0,001). A l'inverse, les modes « Sortie : reconvoqué » et « Sortie adressé » était moins fréquents au sein de ce groupe (OR=0,43 [0,21-0,82], p=0,010 et OR=0,34 [0,11, 0,87], p=0,023 respectivement) ; 3,3% (n=3) ont été adressés à leur médecin traitant, 2,2% (n=2) au spécialiste.

1.2.2. GROUPE ">70 ANS"

Tableau 23 : Comparaison du groupe « >70 ans » versus les autres patients

Légende : IDE : infirmière diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; PEC : prise en charge ; m : manque

>70 ans	>70 ans (N=36)	Autres (N=201)	Odds Ratio (analyse univariée)	Odds Ratio (analyse multivariée)
Mode d'arrivée				
Arrivée par moyens personnels	26 (72.2%)	193 (96.0%)	0.11 [0.04-0.30], p<0,001	/
Arrivée par pompiers	2 (5.6%)	6 (3.0%)	/	/
Arrivée par ambulance	8 (22.2%)	2 (1.0%)	28.4 [6.72-195], p<0,001	/
Temps de prise en charge médicale	43.5 (25.0, 77.0) m=4	35.0 (20.0, 64.2) m=13	-	-
Systèmes/diagnostics				
Traumatologie	19 (52.8%)	111 (55.2%)	/	/
Entorse/contusion/plaie non suturée	13 (36.1%)	79 (39.3%)	/	/
Fracture membre supérieur	2 (5.6%)	7 (3.5%)	/	/
Fracture membre inférieur	1 (2.8%)	2 (1.0%)	/	/
Fracture complexe	1 (2.8%)	1 (0.5%)	/	/
Plaie suturée	1 (2.8%)	15 (7.5%)	/	/
Traumatisme crânien	1 (2.8%)	4 (2.0%)	/	/
Divers	5 (13.9%)	7 (3.5%)	/	/
AEG	2 (5.6%)	4 (2.0%)	/	/
Lipothymie/malaise/syncope	2 (5.6%)	1 (0.5%)	11.8 [1.10-257], p=0,0042	/
Inquiétude sur sa santé	1 (2.8%)	0 (0.0%)	/	/
Dermatologie	4 (11.1%)	19 (9.5%)	/	/
Ulcère cutané	2 (5.6%)	1 (0.5%)	11.8 [1.10-257], p=0,0042	/
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	1 (2.8%)	12 (6.0%)	/	/
Tuméfaction dorsale	1 (2.8%)	0 (0.0%)	/	/
Rhumatologie	3 (8.3%)	16 (8.0%)	/	/
Arthrite	2 (5.6%)	0 (0.0%)	/	/
Rachialgies/NCB/sciatique	1 (2.8%)	8 (4.0%)	/	/
Microchirurgie	1 (2.8%)	14 (7.0%)	/	/

Abcès/panaris/ongle incarné	1 (2.8%)	14 (7.0%)	/	/
Ophthalmologie	1 (2.8%)	4 (2.0%)	/	/
Corps étranger oculaire	1 (2.8%)	3 (1.5%)	/	/
Cardiologie	1 (2.8%)	0 (0.0%)	/	/
Insuffisance cardiaque	1 (2.8%)	0 (0.0%)	/	/
Pneumologie	1 (2.8%)	1 (0.5%)	/	/
Broncho-pneumonie	1 (2.8%)	0 (0.0%)	/	/
Urologie/néphrologie	1 (2.8%)	4 (2.0%)	/	/
Orchite	1 (2.8%)	0 (0.0%)	/	/
Type d'examen				
Radiologie	20 (55.6%)	91 (45.3%)	/	/
IDE	15 (41.7%)	94 (46.8%)	/	/
ECG	2 (5.6%)	7 (3.5%)	/	/
Biologie	1 (2.8%)	5 (2.5%)	/	/
Aucun examen	8 (22.2%)	50 (24.9%)	/	/
Classification CCMU				
CCMU 1	13 (36.1%)	81 (40.3%)	/	/
CCMU 2	21 (58.3%)	117 (58.2%)	/	/
CCMU 3	2 (5.6%)	3 (1.5%)	/	/
Mode de sortie				
Sortie : FIN	22 (61.1%)	127 (63.2%)	/	/
Sortie : reconvoqué	5 (13.9%)	52 (25.9%)	/	/
Sortie : adressé	6 (16.7%)	20 (10.0%)	/	/
Sortie : transfert	3 (8.3%)	1 (0.5%)	18.2 [2.25-374], p=0,007	/

Concernant le groupe focus « >70 ans », 36 patients ont été inclus (Tableau 23).

Le sexe féminin était plus représenté au sein même du groupe focus ainsi que comparativement aux autres patients (OR=0,28 [0,11-0,7], p=0,008).

100% du groupe bénéficiaient d'un médecin traitant versus 83,6% (n=168). (OR=∞ [0, ∞[, p<0,001).

La majorité des patients du groupe focus sont arrivés par leurs moyens personnels (72,2%). Ce mode de transport était significativement moins représenté dans le groupe focus que dans le groupe « autres » (OR= 0.11 [0.04-0.30], p<0,001). A l'inverse, avec 22,2% (n=8)

des passages, le mode de transport en ambulance était comparativement plus représenté dans le groupe focus (OR=28.4 [6.72-195], $p<0,001$)

Aucune différence statistiquement significative concernant le temps de prise en charge médicale n'a été montrée par le test de Kruskal-Wallis. L'unique patient pris en charge pendant plus de 3h était âgé de plus de 70 ans.

Les patients du groupe focus ont, de façon significative, davantage été transférés (OR 18,2 [2,25-374], $p=0,007$). Un a été hospitalisé directement en service pour AEG et les deux autres ont été transférés au SU pour érysipèle et broncho-pneumopathie. Ils ont été les deux seuls à être transférés au SU durant la semaine d'étude.

1.2.3. GROUPE "CCMU 3"

Tableau 24 : Comparaison du groupe « CCMU 3 » versus les autres patients

Légende : IDE : infirmière diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; PEC : prise en charge ; m : manque

Critère de jugement	CCMU 3 (N=5)	Autres (N=232)	Odds Ratio (analyse univariée)
Age	53.0 (44.0, 77.0)	40.0 (20.0, 60.2)	
Mode d'arrivée			
Arrivée par moyens personnels	3 (60.0%)	216 (93.1%)	0.11 [0,02-0,89], p=0,04
Arrivée par pompiers	1 (20.0%)	7 (3.0%)	
Arrivée par ambulance	1 (20.0%)	9 (3.9%)	
Temps de prise en charge médicale	120.0 (80.0, 130.0)	36.0 (20.0, 66.5)	
Systèmes/diagnostics			
Pneumologie	1 (20.0%)	1 (0.4%)	
Broncho-pneumonie	1 (20.0%)	0 (0.0%)	
Urologie/néphrologie	1 (20.0%)	4 (1.7%)	
Colique néphrétique	1 (20.0%)	1 (0.4%)	
Rhumatologie	1 (20.0%)	18 (7.8%)	
Douleurs thoraciques pariétales	1 (20.0%)	2 (0.9%)	
Dermatologie	1 (20.0%)	22 (9.5%)	
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	1 (20.0%)	12 (5.2%)	
Divers	1 (20.0%)	11 (4.7%)	
Malaise avec ou sans PC/syncope/lipothymie	1 (20.0%)	2 (0.9%)	
Type de soins			
Radiologie	2 (40.0%)	109 (47.0%)	
IDE	3 (60.0%)	106 (45.7%)	
ECG	1 (20.0%)	8 (3.4%)	
Biologie	2 (40.0%)	4 (1.7%)	
Aucun examen	0 (0.0%)	58 (25.0%)	
Mode de sortie			
Sortie : FIN	3 (60.0%)	146 (62.9%)	
Sortie : reconvoqué	0 (0.0%)	57 (24.6%)	
Sortie : adressé	0 (0.0%)	26 (11.2%)	
Sortie : transfert	2 (40.0%)	2 (0.9%)	

Concernant le groupe focus « CCMU 3 », 5 patients ont été inclus (Tableau 24).

40% (n=2) avaient plus de 70 ans versus 14,7% (n=13) pour les autres.

Le temps d'attente pré médicale était représenté par une médiane égale à 40 (34-58) pour le groupe focus versus 40 (16-78,8) pour les autres. Il n'était pas corrélé à l'heure d'arrivée.

Le temps de prise en charge médicale était plus long pour le groupe focus selon le test de Kruskal Wallis ($p=0,008$). 40% (n=2) des patients ont eu une durée de prise en charge de plus de deux heures versus 3,8% (n=8) pour les autres. Le groupe focus était significativement moins représenté dans la variable « PECm]0-60] » ($OR=0,09$ [0-0,64], $p=0,15$) et plus représenté au sein de la variable « PECm [120-180] » ($OR=19,8$ [2,3-140], $p=0,10$) selon un modèle de régression logistique univariée.

Tous ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire ou soins IDE dont 40% (n=2) pour une biologie versus 1,7% (n=4) pour les autres ($OR=38$ [4,2-305], $p=0,003$ selon un modèle de régression logistique univariée.).

Aucun patient n'a été reconvoqué ni adressé. Les patients ayant bénéficié des diagnostics suivants : douleur thoracique d'allure pariétale, lipothymie et colique néphrétique, ont représenté les 60% (n=3) rentrés à domicile avec une prise en charge terminée versus 62,9% (n=146) pour les autres. Les deux patients de plus de 70 ans décrits plus hauts ont représenté les 40% (n=2) qui ont été transférés vers le SU versus 0,9% transferts pour les autres (n=2) ($OR=76,7$ [7,4-870], $p<0,001$ selon un modèle de régression logistique univariée).

1.2.4. GROUPE "SU"

Tableau 25 : Comparaison du groupe « SU » versus les autres patients

Légende : IDE : infirmière diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; PEC : prise en charge ; m : manque

Critère de jugement	SU (N=2)	Autre (N=235)
Age	82.5 (79.8, 85.2)	40.0 (20.0, 60.0)
Mode d'arrivée		
Arrivée par moyens personnels	1 (50.0%)	218 (92.8%)
Arrivée par pompiers	0 (0.0%)	8 (3.4%)
Arrivée par ambulance	1 (50.0%)	9 (3.8%)
Temps de prise en charge médicale	100.0 (90.0, 110.0)	36.0 (20.0, 67.0)
Système/diagnostic		
Pneumologie	1 (50.0%)	1 (0.4%)
Broncho-pneumonie	1 (50.0%)	0 (0.0%)
Dermatologie	1 (50.0%)	22 (9.4%)
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	1 (50.0%)	12 (5.1%)
Type d'examen		
Radiologie	1 (50.0%)	110 (46.8%)
IDE	1 (50.0%)	108 (46.0%)
ECG	0 (0.0%)	9 (3.8%)
Biologie	1 (50.0%)	5 (2.1%)
Aucun examen	0 (0.0%)	58 (24.7%)
Classification CCMU		
CCMU 3	2 (100.0%)	3 (1.3%)

Concernant le groupe focus « SU », 2 patients ont été inclus (Tableau 25).

Ils représentent les deux patients de plus de 70 ans et CCMU 3 qui ont été évoqués plus hauts. Il s'agissait d'une femme âgée de 77 ans ramenée en ambulance, ayant bénéficié d'une biologie et diagnostiquée d'un érysipèle. D'autre part, il y avait un homme âgé de 88 ans venu par ses propres moyens, ayant bénéficié de radiographies et diagnostiqué d'une broncho-pneumonie.

1.2.5. GROUPE "PECM >120 MIN"

Tableau 26 : Comparaison du groupe « PEC>120 minutes » versus les autres patients

Légende : IDE : infirmière diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; PEC : prise en charge ; m : manque

Critère de jugement	PECM > 120min (N=11)	Autres (N=209) m=17	Odds Ratio (analyse univariée)
Age	43.0 (15.0, 58.5)	41.0 (20.0, 60.0)	-
Mode d'arrivée			
Moyen de transport			
Arrivée par moyens personnels	8 (72.7%)	194 (92.8%)	
Arrivée par pompiers	1 (9.1%)	7 (3.3%)	
Arrivée par ambulance	2 (18.2%)	8 (3.8%)	
Temps de prise en charge médicale	149.0 (134.0, 170.0)	35.0 (20.0, 60.0)	-
Système/diagnostic			
Traumatologie	4 (36.4%)	116 (55.5%)	
Entorse/contusion/plaie non suturée	3 (27.3%)	83 (39.7%)	
Plaie suturée	1 (9.1%)	13 (6.2%)	
Divers	3 (27.3%)	7 (3.3%)	
AEG	1 (9.1%)	4 (1.9%)	
Lipothymie/malaise/syncope	1 (9.1%)	2 (1.0%)	
Injection venofer	1 (9.1%)	0 (0.0%)	
Urologie/néphrologie	2 (18.2%)	3 (1.4%)	
Colique néphrétique	2 (18.2%)	0 (0.0%)	
Dermatologie	1 (9.1%)	20 (9.6%)	
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	1 (9.1%)	11 (5.3%)	
Rhumatologie	1 (9.1%)	17 (8.1%)	
Douleur thoracique pariétale	1 (9.1%)	2 (1.0%)	
Type d'examen			
Radiologie	5 (45.5%)	97 (46.4%)	12,2 [2,3-227], p=0,002
IDE	10 (90.9%)	94 (45.0%)	
ECG	2 (18.2%)	7 (3.3%)	
Biologie	2 (18.2%)	4 (1.9%)	11,4 51,45-67], p=0,025
Aucun examen	0 (0.0%)	53 (25.4%)	
Classification CCMU			
CCMU 1	2 (18.2%)	87 (41.6%)	
CCMU 2	7 (63.6%)	119 (56.9%)	

			15,3 [1,84-104], p=0,015
CCMU 3	2 (18.2%)	3 (1.4%)	
Mode de sortie			
Sortie : FIN	7 (63.6%)	131 (62.7%)	
Sortie : reconvoqué	2 (18.2%)	52 (24.9%)	
Sortie : adressé	1 (9.1%)	22 (10.5%)	
Sortie : transfert	1 (9.1%)	3 (1.4%)	

Concernant le groupe focus « PECm >120 min », 11 patients ont été inclus (Tableau 26).

27,3% (n=3) sont arrivés en ambulances ou avec les pompiers contre 7,1% (n=15) pour les autres.

36,4% (n=4) des patients du groupe focus se sont présentés pour de la traumatologie contre 55,5% (n=7) pour les autres.

Tous ont bénéficié d'examens complémentaires et/ou soins IDE, et ont significativement plus bénéficié de biologie (OR=12,2 [2,3-227], p=0,002) et de soins IDE (11,4 [5,14-67], p=0,025).

Une association positive a été observée avec la variable CCMU 3 et le groupe focus (OR=15,3 [1,84-104], p=0,015).

Un seul patient a été hospitalisé directement en service pour AEG. Un patient a été adressé à son MT pour douleurs thoraciques pariétales. Deux patients ont été reconvoqués, l'un pour colique néphrétique et l'autre pour « entorse/contusion/plaie non suturée ».

1.2.6. GROUPE "AMBULANCES/POMPIERS"

Tableau 27 : Comparaison du groupe « Ambulances/pompiers » versus les autres patients

Légende : IDE : infirmière diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; PEC : prise en charge ; m : manque

Critère de jugement	Ambulances/pompiers (N=18)	Nouveaux passages (N=219)	Odds Ratio (analyse univariée)	Odds Ratio (analyse multivariée)
Age	80.0 (55.0, 90.2)	39.0 (18.5, 58.0)	-	-
Mode d'arrivée				
Arrivée par pompiers	8 (44.4%)	0 (0.0%)	/	/
Arrivée par ambulance	10 (55.6%)	0 (0.0%)	/	/
Temps de prise en charge médicale	78.0 (70.0, 99.2)	35.0 (20.0, 60.0)	-	-
Système/diagnostic				
Traumatologie	14 (77.8%)	116 (53.0%)	3.11 [1.08-11.2], p=0,036	/
Entorse/contusion/plaie non suturée	5 (27.8%)	87 (39.7%)	/	/
Fracture membre supérieur	3 (16.7%)	6 (2.7%)	/	/
Plaie suturée	3 (16.7%)	13 (5.9%)	/	/
Fracture complexe	1 (5.6%)	1 (0.5%)	/	/
Brûlure	1 (5.6%)	0 (0.0%)	/	/
Traumatisme crânien	1 (5.6%)	4 (1.8%)	/	/
Divers	3 (16.7%)	9 (4.1%)	/	/
Malaise avec ou sans PC/syncope/lipothymie	2 (11.1%)	1 (0.5%)	27.2 [2.49-605], p=0,009	/
AEG	1 (5.6%)	5 (2.3%)	/	/
Dermatologie	1 (5.6%)	22 (10.0%)	/	/
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	1 (5.6%)	12 (5.5%)	/	/
Type d'examen				
Radiologie	12 (66.7%)	99 (45.2%)	2,42 [0,91-7,18], p=0,078	0.08 [0.01-0.83], p=0,031
IDE	11 (61.1%)	98 (44.7%)	/	/
ECG	2 (11.1%)	7 (3.2%)	/	/
Biologie	1 (5.6%)	5 (2.3%)	/	/

Aucun examen	0 (0.0%)	58 (26.5%)	/	/
Classification CCMU				
CCMU 1	2 (11.1%)	92 (42.0%)	0.17 [0.03-0.63], p=0,005	0.05 [0.00-0.82], p=0,041
CCMU 2	14 (77.8%)	124 (56.6%)	/	/
CCMU 3	2 (11.1%)	3 (1.4%)	9.00 [1.13-58.2], p=0,040	/
Mode de sortie				
Sortie : FIN	8 (44.4%)	141 (64.4%)	/	/
Sortie : reconvoqué	7 (38.9%)	50 (22.8%)	/	/
Sortie : adressé	1 (5.6%)	25 (11.4%)	/	/
Sortie : transfert	2 (11.1%)	2 (0.9%)	13.6 [1.55-119], p=0,022	/

Concernant le groupe focus « Ambulances/pompiers », 18 patients ont été inclus (Tableau 27).

Les patients du groupe « ambulance/pompiers » ont été significativement plus âgés que les patients venus par leurs propres moyens selon un le test de Kruskal-Wallis ($p < 0,001$).

Parmi eux, le sous-groupe d'âge « >70 ans » était significativement plus associée au groupe focus qu'au groupe « autres » (OR=9.28 [3.37-26.4], $p < 0,001$). Ils étaient 55,6% (n=10) versus 11,9% (n=26).

Un tiers des patients du groupe focus étaient des hommes (n=6) versus 57,5% (n=126) pour les autres (OR=0,37 [0,12-0,99], $p = 0,047$).

Le temps d'attente pré médicale représenté par une médiane égale à 24 (7,8-57) pour le groupe versus 40 (16-81) n'a pas été significativement différent selon une analyse comparative par le test de Kruskal-Wallis. Le temps d'attente pré-médicale n'était pas corrélé à l'heure d'arrivée.

Le temps de prise en charge médicale a été significativement plus long selon le même test ($p < 0,001$). Le sous-groupe « PEC médicale [0-60] » était significativement moins représenté dans le groupe focus que dans le groupe « autres » ($OR = 0,06$ [0,01-0,19], $p < 0,001$). Le sous-groupe « PEC médicale]60-120] » était significativement plus représenté dans le groupe « ambulances/pompiers » que dans le groupe de patients venus par leurs propres moyens ($OR = 8,36$ [3,05-25,3], $p < 0,001$). Les deux seuls patients dont la durée de prise en charge médicale a dépassé 3h appartenaient au groupe « Ambulances/pompiers ».

La traumatologie était significativement plus importante au sein du groupe focus ($OR = 3,11$ [1,08-11,2], $p = 0,036$).

Une tendance a été observée entre la radiologie et son association au groupe focus en analyse pas régression logistique univariée (2,42 [0,91-7,18], $p = 0,078$). L'analyse multivariée a trouvé une association significativement inversée (0,08 [0,01-0,83], $p = 0,031$). Une étude de lien entre la radiologie et les autres variables a mis en évidence une association significative avec le sexe ($OR = 0,51$ [0,3-0,85], $p = 0,01$) et la traumatologie ($OR = 11,2$ [6,1-21,4], $p < 0,001$ respectivement). Il y a moins de probabilité de réaliser des radiographies pour les hommes qui sont moins représentés dans ce sous-groupe et inversement pour la traumatologie.

La classification CCMU 1 était significativement moins associée au groupe focus qu'au groupe « autres » ($OR = 0,05$ [0,00-0,82], $p = 0,041$ en analyse multivariée). Inversement, la classification CCMU 3 était significativement plus associée au groupe focus qu'au groupe « autres » ($OR = 9,00$ [1,13-58,2], $p = 0,040$).

Parmi les 11,1% ($n = 2$) de transferts, un patient a été hospitalisé pour AEG et l'autre transféré au SU pour prise en charge d'un érysipèle. Un seul patient a été adressé vers un

confrère pour une prise en charge de fracture complexe. 100% des reconvocations concernaient la traumatologie.

1.2.7. GROUPE "CONTROLE PREVU"

Tableau 28 : Comparaison du groupe « contrôle prévu » versus les autres patients

Légende : IDE : infirmière diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; PEC : prise en charge ; m : manque

Critère de jugement	Contrôles prévus (N=102)	Nouveaux passages (N=237)	Odds Ratio (analyse univariée)	Odds Ratio (analyse multivariée)
Age	38.5 (15.5, 63.0)	41.0 (20.0, 61.0)	-	-
Moyen de transport				
Arrivée par moyens personnels	102 (100.0%)	219 (92.4%)	/	/
Arrivée par pompiers	0 (0.0%)	8 (3.4%)	/	/
Arrivée par ambulance	0 (0.0%)	10 (4.2%)	/	/
Temps de prise en charge médicale	20.0 (14.2, 40.8) m=(8)	36.5 (20.0, 67.0) m=(17)	-	-
Système/diagnostic				
Traumatologie	68 (66.7%)	130 (54.9%)	1.65 [1.02, 2.69], p=0,041	5.96 [2.40-15.8], p<0,001
Entorse/contusion/plaie non suturée	22 (21.6%)	92 (38.8%)	0.43 [0.25, 0.73], p=0,002	0.30 [0.14, 0.63], p=0,002
Fracture membre supérieur	16 (15.7%)	9 (3.8%)	4.71 [2,05-11,5], p<0,001	/
Fracture membre inférieur	15 (14.7%)	3 (1.3%)	13.4 [4,31-59,1], p<0,001	/
Plaie suturée	12 (11.8%)	16 (6.8%)	/	/
Brûlure	2 (2.0%)	1 (0.4%)	/	/
Kyste mucoïde	1 (1.0%)	0 (0.0%)	/	/
Microchirurgie	18 (17.6%)	15 (6.3%)	3.17 [1.53, 6.66], p=0,002	/
Abcès/panaris/ongle incarné	18 (17.6%)	15 (6.3%)	3.17 [1.53, 6.66], p=0,002	/
ORL	6(6%)	13 (5.5%)	/	/
Ablation bouchon cérumen	5 (4.9%)	2 (0.8%)	6.06 [1.28, 42.8], p=0,023	/
Rhinopharyngite/otite/angine	1 (1.0%)	4 (1.7%)	/	/
Dermatologie	3 (2.9%)	23 (9.7%)	0.28 [0.07, 0.83], p=0,02	/
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	2 (2.0%)	13 (5.5%)	/	/
Éruption d'allure virale	1 (1.0%)	1 (0.4%)	/	/

Rhumatologie	3 (2.9%)	19 (8.0%)	/	/
Arthralgie	2 (2.0%)	3 (1.3%)	/	/
Bursite	1 (1.0%)	1 (0.4%)	/	/
Urologie/néphrologie	2 (2.0%)	5 (2.1%)	/	/
Colique néphrétique	2 (2.0%)	2 (0.8%)	/	/
Hépatogastroentérologie	1 (1.0%)	4 (1.7%)	/	/
Douleurs abdominales	1 (1.0%)	1 (0.4%)	/	/
Neurologie	1 (1.0%)	2 (0.8%)	/	/
Canal carpien	1 (1.0%)	0 (0.0%)	/	/
Type d'examen				
Radiologie	20 (19.6%)	111 (46.8%)	0.28 [0.16, 0.47], p<0,001	0.26 [0.13-0.50], p<0,001
IDE	57 (55.9%)	109 (46.0%)	/	/
ECG	0 (0.0%)	9 (3.8%)	/	/
Biologie	0 (0.0%)	6 (2.5%)	/	/
Aucun examen	29 (28.4%)	58 (24.5%)	/	/
Classification CCMU				
CCMU 1	74 (72.5%)	94 (39.7%)	4.02 [2.45, 6.76], p<0,001	/
CCMU 2	28 (27.5%)	138 (58.2%)	0.27 [0.16, 0.45], p<0,001	/
CCMU 3	0 (0.0%)	5 (2.1%)	/	/
Mode de sortie				
Sortie : FIN	33 (32.4%)	149 (62.9%)	0.28 [0.17, 0.46], p<0,001	/
Sortie : reconvoqué	61 (59.8%)	57 (24.1%)	4.70 [2.88, 7.76], p<0,001	/
Sortie : adressé	8 (7.8%)	26 (11.0%)	/	/
Sortie : transfert	0 (0.0%)	4 (1.7%)	/	/

Concernant le groupe focus « contrôle prévu », 102 patients ont été inclus soit 30,1% des passages de la semaine d'étude (Tableau 28).

L'analyse par régression logistique univariée n'a montré aucune corrélation significative concernant l'âge, le sexe ni la déclaration d'un médecin traitant.

100% des patients du groupe « contrôle prévu » sont venus par leurs propres moyens contre 92,4% pour les autres (p=0,004 selon test de Kruskal Wallis). Parmi les nouveaux

passages, 24,1% (n=57) avaient été reconvoqués dont 2,53% (n=7) étaient venus avec une ambulance ou les pompiers.

Le temps d'attente ainsi que la durée de prise en charge médicale étaient significativement plus courts dans le groupe focus comparativement aux autres ($p=0,009$ et $p<0,001$ respectivement, selon test de Kruskal Wallis).

86,2% (n=81) des patients du groupe focus ont bénéficié d'une durée de prise en charge médicale inférieure ou égale à une heure versus 71,8% (n=158) pour les nouveaux passages (OR=2,44 [1,31-4,88], $p=0,005$). Aucun patient reconvoqué n'a bénéficié d'une prise en charge médicale de plus de 2h. 82,4% (n=84) des patients reconvoqués ont bénéficié d'une prise en charge totale inférieure ou égale à deux heures versus 65,4% (n=155) pour les nouveaux passages.

La traumatologie était significativement plus représentée dans le groupe focus que dans les nouveaux passages selon une analyse de régression logistique multivariée (OR=5.96 [2.40-15.8], $p<0,001$). Le sous-groupe « entorse/contusions/plaie non suturée » était significativement moins représenté dans le groupe « contrôle prévu » que dans le groupe des nouveaux passages selon une analyse en régression logistique multivariée (OR= 0.30 [0.14, 0.63], $p=0,002$). Les fractures de membres étaient statistiquement plus associées au groupe « contrôle prévu » qu'au groupe « nouveaux passages » ($p<0,001$). La microchirurgie, exclusivement représentée par le sous-groupe « abcès/panaris/ongle incarné » était significativement plus associée au groupe focus qu'au groupe des nouveaux passages (OR= 3.17 [1.53, 6.66], $p=0,002$).

L'examen radiologique était significativement moins réalisé au sein du groupe « contrôle prévu » que pour les autres patients (OR=0,28 [0,16-0,47], $p<0,001$). 3,3% (n=4)

des patients reconvoqués ont bénéficié de l'association radiographies/soins IDE versus 16% (n=38) pour les autres.

Les patients venus pour un contrôle ont significativement plus été reconvoqués et ont moins bénéficié d'une fin de suivi comparativement aux patients venus pour un nouveau passage (respectivement OR=4.70 [2.88, 7.76], $p<0,001$ et OR=0.28 [0.17, 0.46], $p<0,001$).

6,9% (n=7) des patients reconvoqués ont été adressés au spécialiste pour la suite du suivi avec les diagnostics suivants : arthralgie, abcès/ongle incarné/panaris, Fracture du membre supérieur, kyste mucoïde, colique néphrétique, ablation de bouchon de cérumen. Un seul patient a été adressé à son médecin traitant pour la suite du suivi, il appartenait au groupe « entorse/contusion/plaie non suturée ».

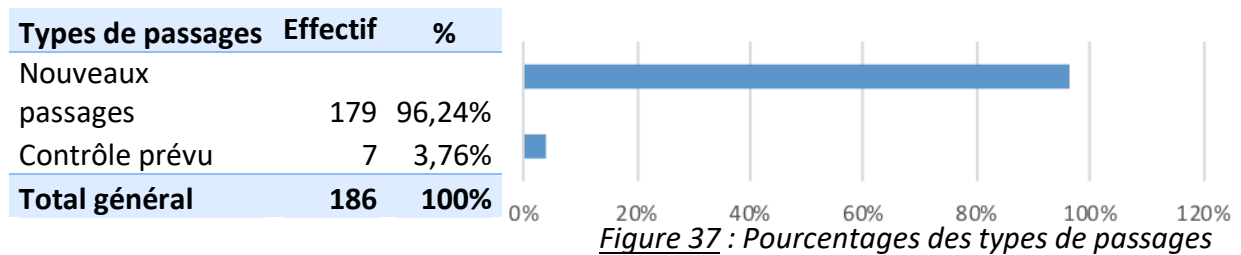
2. CSNP DE MULHOUSE

2.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

2.1.1. EFFECTIFS

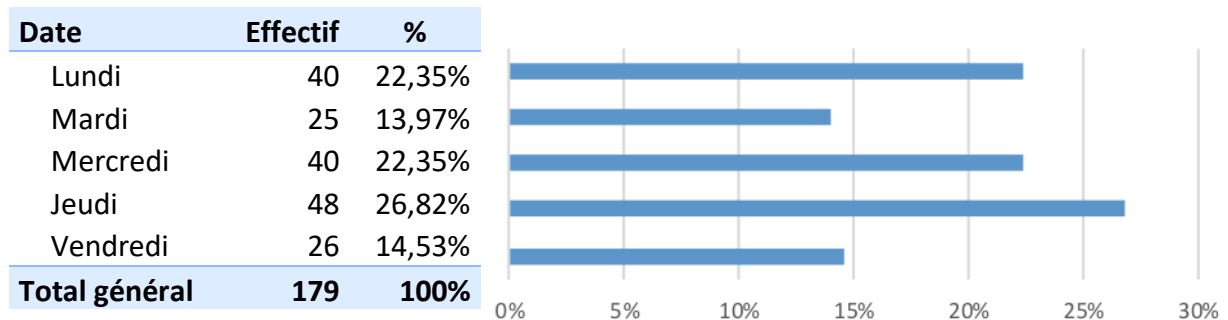
L'objectif primaire n'incluant que les patients venus pour un nouveau motif (« nouveaux passages »), l'analyse descriptive a porté sur les 179 patients soit 96,2% du flux (Tableau 29).

Tableau 29 : Total des passages



Le taux de passages a été de 35,8 /jour. La majorité des patients ont été admis le jeudi suivi par le lundi ex aequo avec le mercredi (Tableau 30).

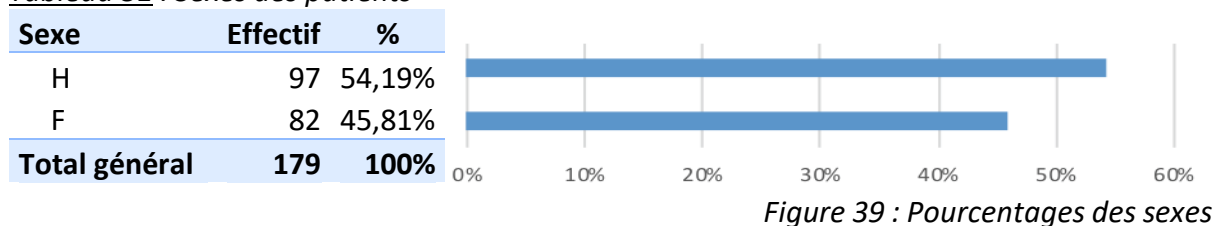
Tableau 30 : Nombres de passages par jour



2.1.2. SEXE

Les patients étaient majoritairement de sexe masculin (Tableau 31).

Tableau 31 : Sexes des patients



2.1.3. AGE

Toutes les catégories d'âges ont été représentées dans l'étude (Tableau 32). L'extrême jeunesse était représentée par un patient soit 0,56 % pour les moins de 2 ans. Les patients plus âgés ont représenté 6,7% des passages (Tableau 32). La classe d'âge majoritaire était représentée par la classe des [26-50] avec 75 des passages soit 41,9%. Elle comprenait la moyenne d'âge, la médiane ainsi que le 3^e quartile. La répartition des sexes par classes d'âges était homogène (Figure 42).

Tableau 32 : Représentations des patients par classes d'âge

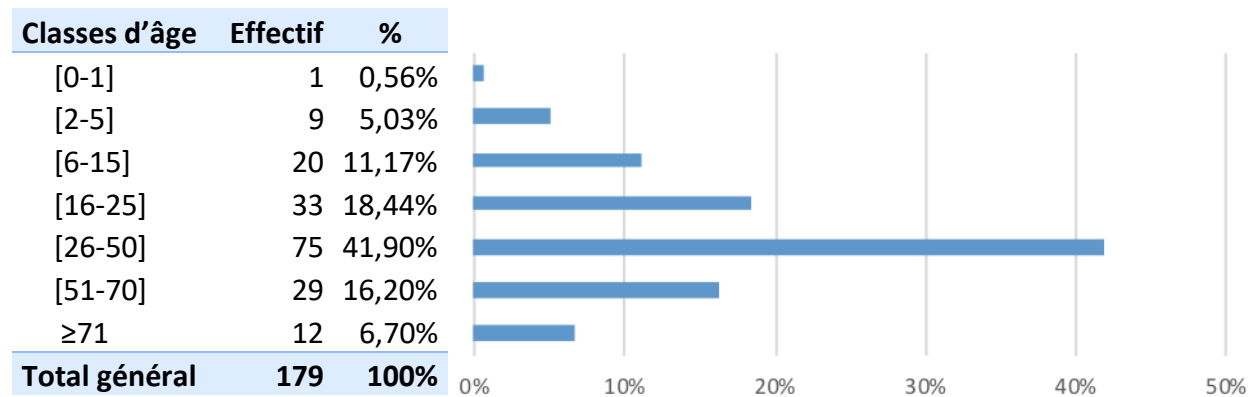


Figure 40 : Pourcentages des classes d'âges

Tableau 33 : Indicateurs de position de l'âge des patients

Indicateurs de position	Valeurs
Nombre total	179
Moyenne (SD)	36.1 (20.1)
Variance	405.0
Médiane	34 (21.0, 48.0)
Minimum	1
Maximum	90

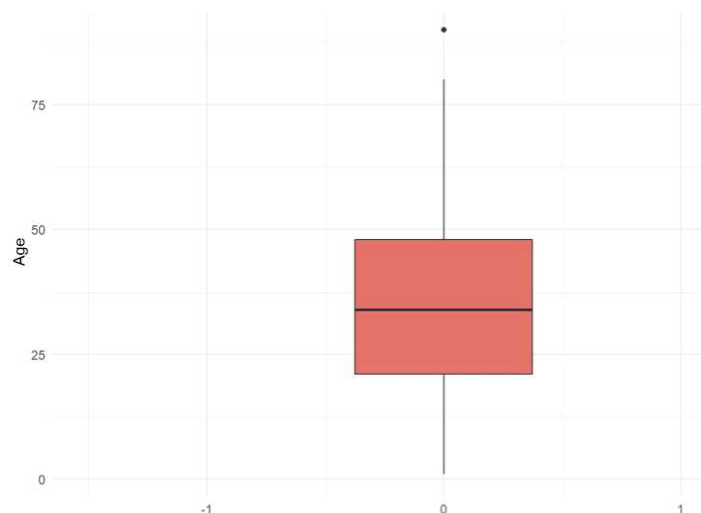


Figure 41 : Diagramme en boîte des âges

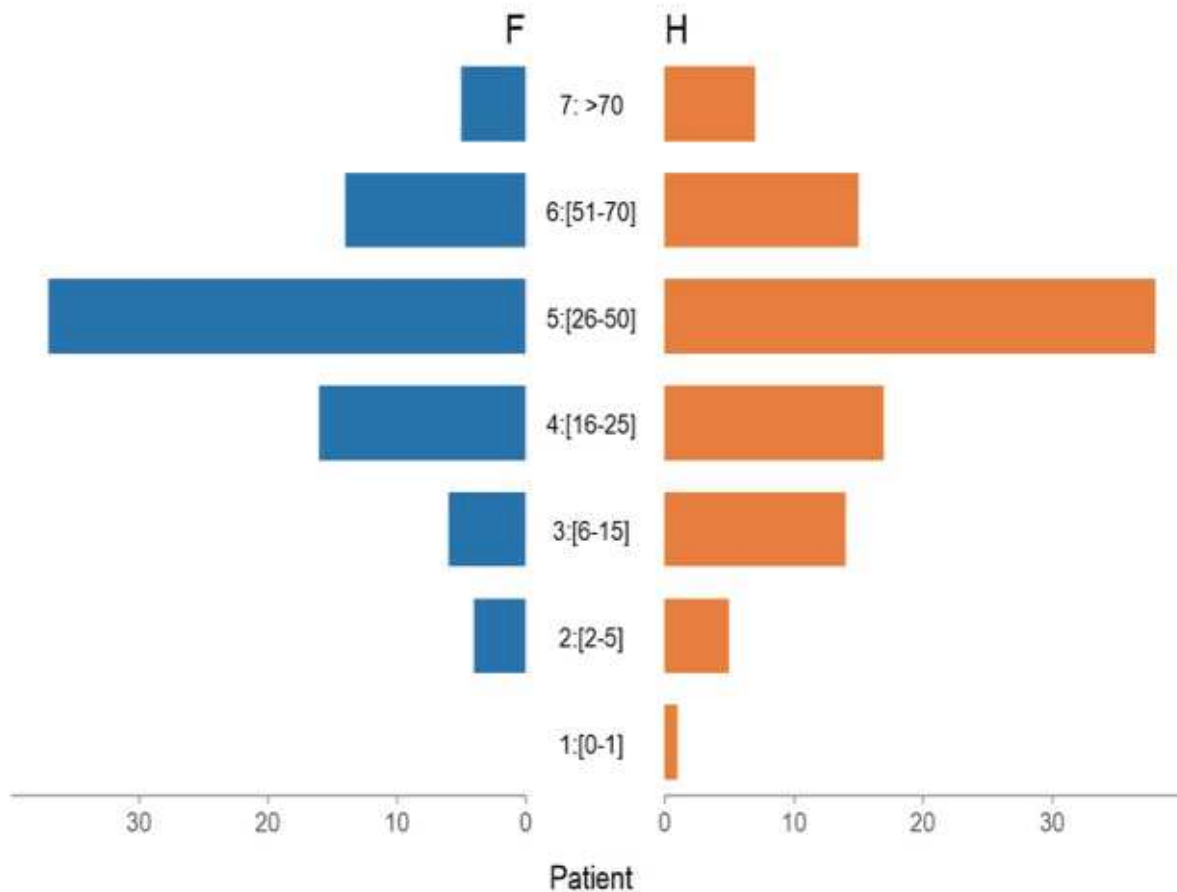


Figure 42 : Pyramide des âges

2.1.4. LIEU DE RESIDENCE

Le territoire de M2A a été découpé en 4 territoires égaux selon les directions Nord, Sud, Est, Ouest dont les prolongements permettent d'obtenir quatre territoires supplémentaires en dehors de M2A (Figure 45). Mulhouse représentait un tiers des passages (34,1%) (Tableau 34). Elle fait partie de la zone Sud-Ouest I. M2A qui drainait presque la moitié des passages (44,7%) (Tableau 35). La deuxième ville était accolée à Mulhouse et représentait six fois moins de passages avec 11 patients (6,15%). M2A drainait 69,83% de l'activité. Parmi les 64 communes d'habitation recensées, 3 ne se situaient pas en Alsace.

Tableau 34 : Communes d'habitation des patients

Légende : NA = non attribué.

Commune d'habitation	Effectif	%
Mulhouse	61	34,08%
Illzach	11	6,15%
Morschwiller le Bas	9	5,03%
Riedisheim	7	3,91%
Wittelsheim	6	3,35%
Kingersheim	4	2,23%
Lutterbach	3	1,68%
Rougemont le château	3	1,68%
Pfastatt	3	1,68%
Habsheim	3	1,68%
Dannemarie	3	1,68%
Hombourg	2	1,12%
Bréchaumont	2	1,12%
Rixheim	2	1,12%
Blodelsheim	2	1,12%
Bartenheim	2	1,12%
Ensisheim	2	1,12%
Bruebach	2	1,12%
Wittenheim	2	1,12%
Sierentz	2	1,12%
Dietwiller	2	1,12%
Cernay	2	1,12%
Kembs	2	1,12%
Altkirch	2	1,12%
Strasbourg	1	0,56%
Saint Louis	1	0,56%
Hagenthal le Haut	1	0,56%
Herrlisheim	1	0,56%
Sentheim	1	0,56%
Bettlach	1	0,56%
Ungersheim	1	0,56%
Brunstatt	1	0,56%
Roggenhouse	1	0,56%
Issenheim	1	0,56%
Saint-Bernard	1	0,56%
Burnhaupt le Bas	1	0,56%
Staffelfelden	1	0,56%
Biltzheim	1	0,56%
Thann	1	0,56%
Chatenay Malabry	1	0,56%



Figure 43 : Pourcentages des communes d'habitation

Tableau 35: Territoires d'habitation des patients

Légende : I = intra ; E = extra ; M2A = Mulhouse alsace agglomération. NA = non attribué.

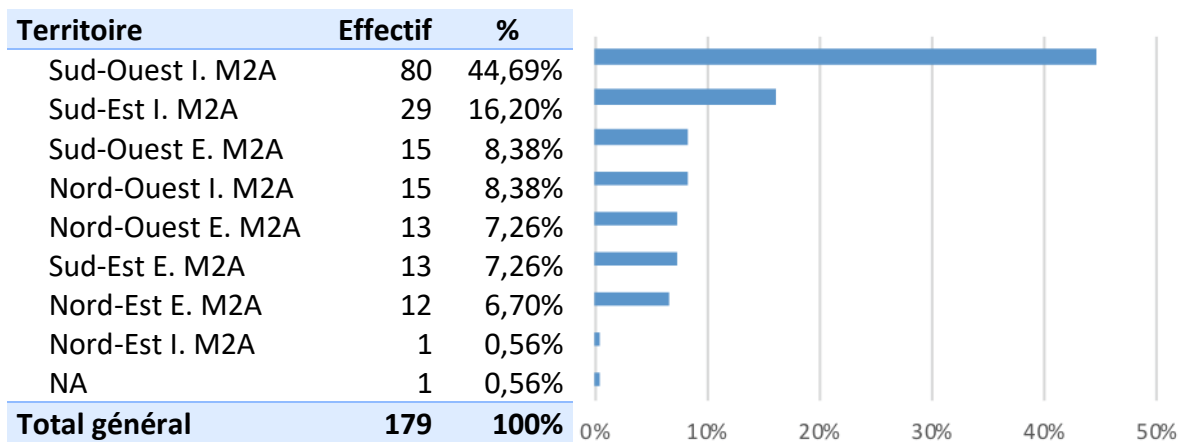


Figure 44 : Pourcentages des territoires d'habitation

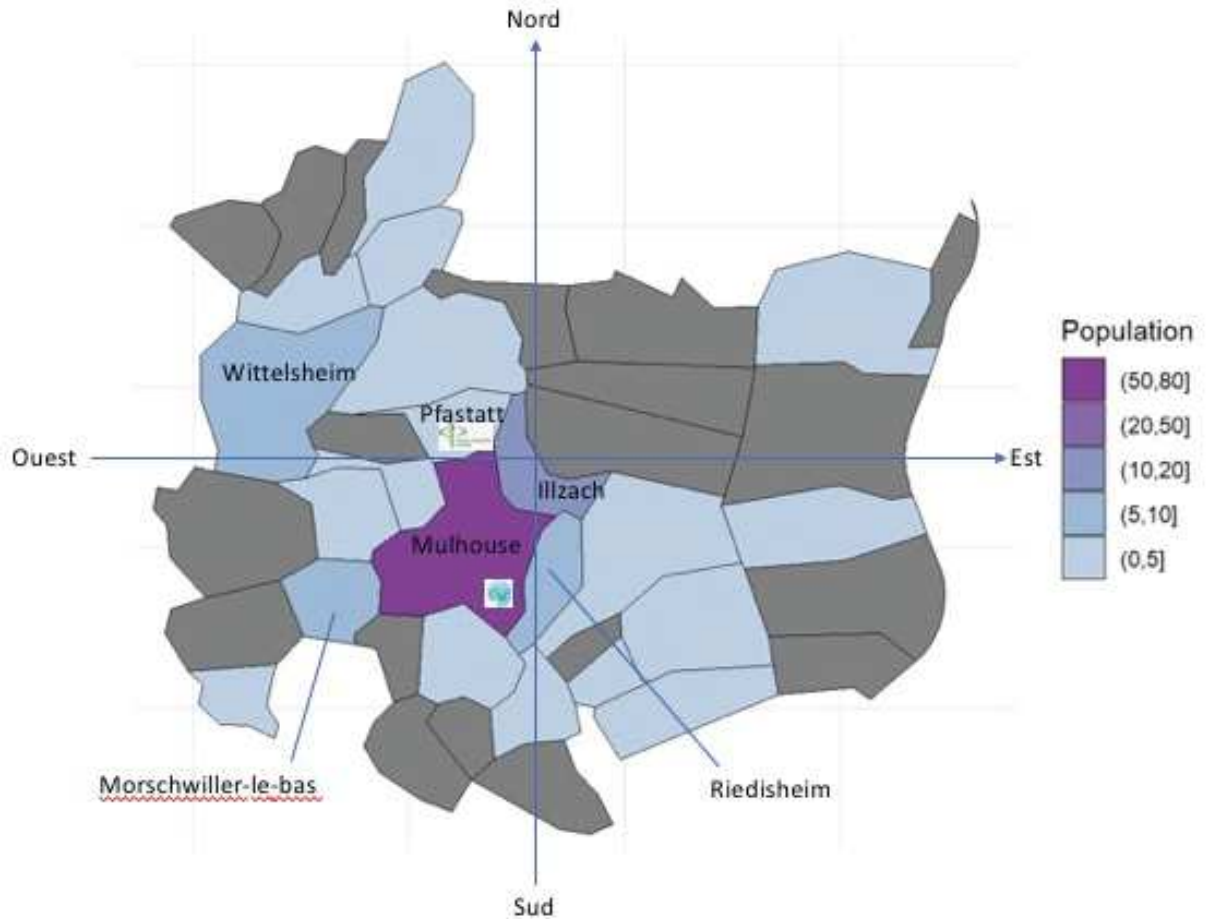


Figure 45 : Variations en effectifs des communes d'habitation des patients

2.1.5. MEDECIN TRAITANT

La majorité des patients avaient un médecin traitant déclaré (Tableau36).

Tableau 36 : Médecin traitant déclaré par les patients

Légende : NA = non attribué.

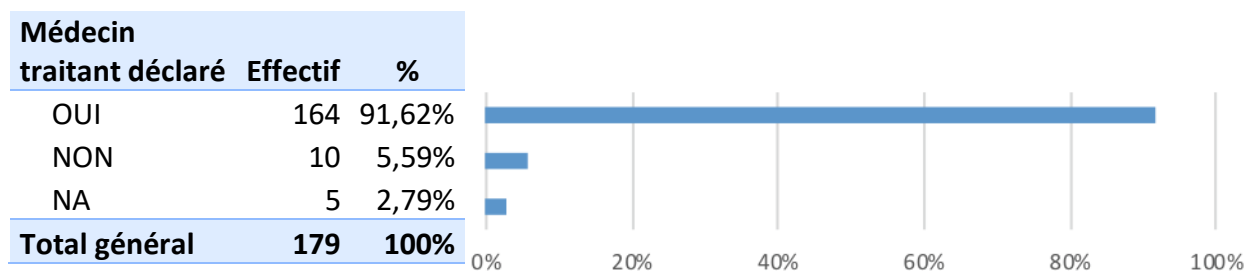


Figure 46 : Pourcentages médecins traitants déclarés par les patients

2.1.6. MODES D'ARRIVEES

Les patients adressés par l'IOA du SU représentaient près de deux tiers des passages du CSNP sans qu'aucun autre mode d'arrivée n'ait été recensé en dehors des moyens personnels (Tableau 37). Ces mêmes patients représentaient 24,2% (n=115) des patients qui se sont présentés au SU entre 8h et 20h durant la période d'étude.

Tableau 37 : Modes d'arrivées des patients

Légende : IOA = infirmière d'orientation d'accueil. NA = non attribué.

Mode d'arrivée	Effectif	%
IOA	113	63,13%
Moyen personnel	63	35,20%
NA	3	1,68%
Total général	179	100%

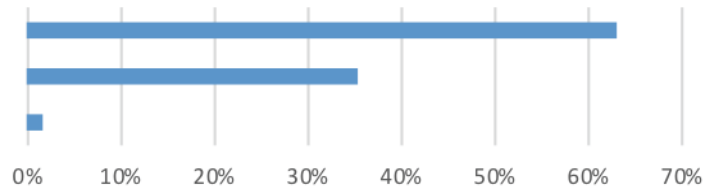


Figure 47 : Pourcentages des modes d'arrivées

2.1.7. TEMPS DE PASSAGE

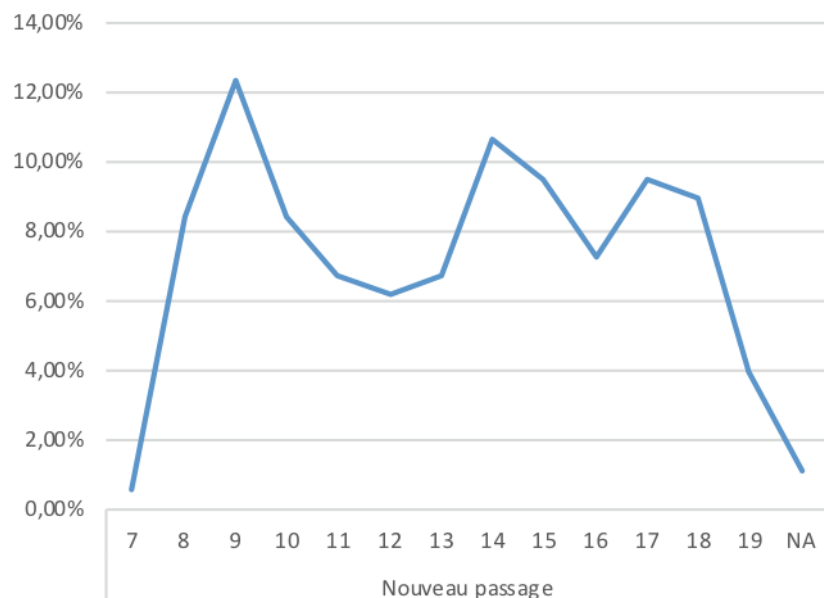
Trois pics de consultations avaient lieu dans la journée, un premier en début de matinée, un second en début d'après-midi et le dernier en fin d'après-midi (Figure 48).

Le temps d'attente pré-médicale était statistiquement corrélé à l'heure d'admission selon la représentation en nuage de points ci-dessous (Figure 49).

Tableau 38 : Heures d'arrivées des patients

Légende : NA = non attribué.

Heure d'arrivée	Effectif	%
7	1	0,56%
8	15	8,38%
9	22	12,29%
10	15	8,38%
11	12	6,70%
12	11	6,15%
13	12	6,70%
14	19	10,61%
15	17	9,50%
16	13	7,26%



17	17	9,50%	<i>Figure 48 : Courbe représentant les pourcentages d'arrivées en fonction de l'heure</i>
18	16	8,94%	
19	7	3,91%	
NA	2	1,12%	

Total général	179	100%
----------------------	------------	-------------

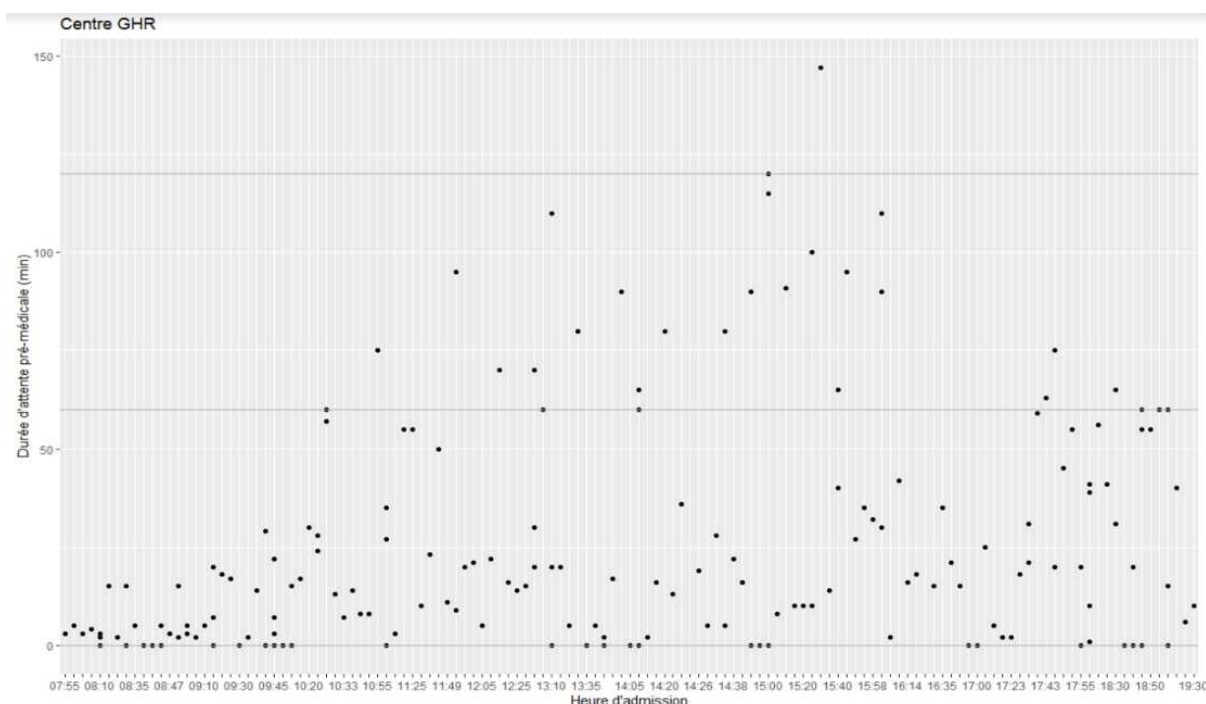


Figure 49 : Durées d'attentes pré-médicales selon l'heure d'arrivée

Deux tiers des patients ont attendu moins d'une demi-heure avant d'être prise en charge par le médecin (67%) et 83,2% ont attendu moins d'une heure (Tableau 39).

Le temps de prise en charge médicale n'était pas corrélé à l'heure d'admission ni à la durée d'attente pré-médicale.

Tableau 39 : Durées d'attente pré-médicale des patients

Légende : NA = non attribué.

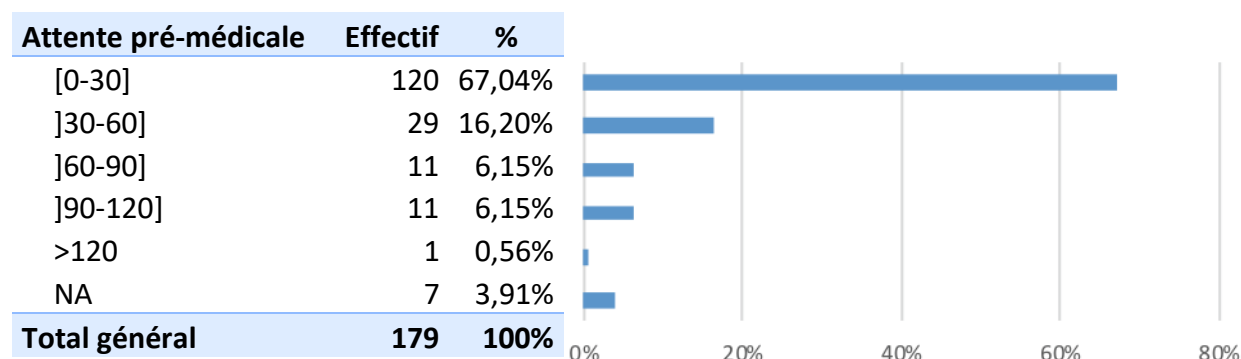
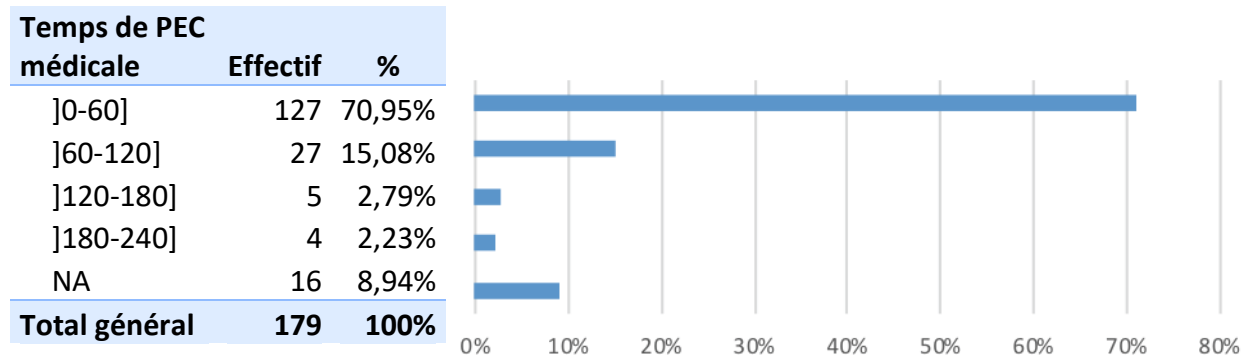


Figure 50 : Pourcentages des durées d'attente pré-médicale

Concernant la durée de prise en charge médicale uniquement, elle était dans 71% des cas inférieure à une heure et dans 86,1% des cas inférieure à deux heures (Tableau 40).

Tableau 40 : Durées de prise en charge médicale des patients

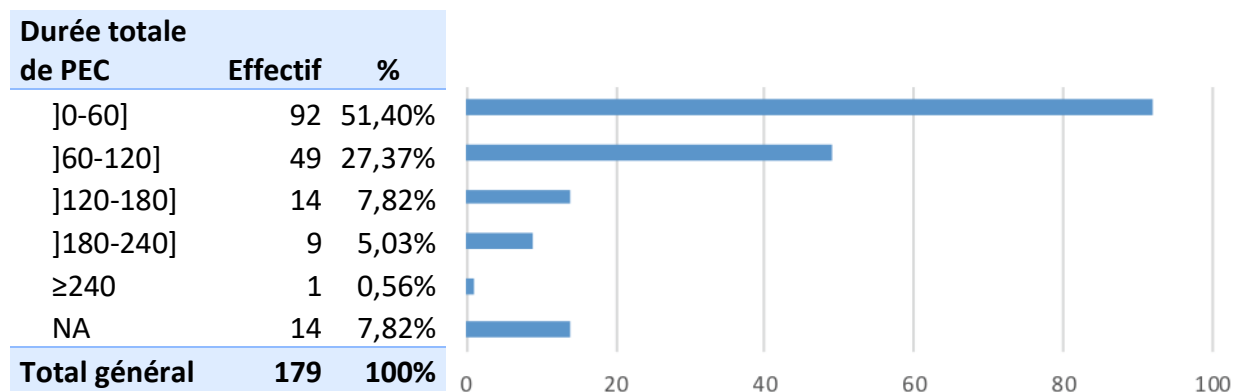
Légende : NA = non attribué.

*Figure 51 : Pourcentages des durées de prise en charge médicale*

Au total, 51,4% des patients ont bénéficié d'une durée de prise en charge complète en moins d'une heure. Ils ont été 78,8% à en bénéficier en moins de deux heures (Tableau 41). La durée de passage la plus longue a été de 5h20.

Tableau 41 : Durées totales de prise en charge des patients

Légende : PEC = prise en charge ; NA = non attribué.

*Figure 52 : Pourcentages des durées totales de prise en charge*

2.1.8. DIAGNOSTICS SYSTEMIQUES

Le système le plus représenté était la traumatologie avec 40,2% des passages dont 32% de femmes (n=30) et 68% d'hommes (n=48). L'aspect somatique a concerné 57,5% des passages parmi lesquels la rhumatologie, l'ORL et la dermatologie étaient les principaux représentés. La microchirurgie se situait en 9^e position avec 2,8% des consultations.

Tableau 42 : Systèmes concernés pour chaque consultation

Système	Effectif	%
Traumatologie	71	39,7%
Rhumatologie	28	15,64%
ORL	19	10,61%
Dermatologie	12	6,70%
Divers	8	4,46%
Uro-Néphrologie s	7	3,91%
Médecine légale	7	3,91%
Hépto-gastro-entérologie	7	3,91%
Microchirurgie	5	2,79%
Ophtalmologie	3	1,68%
Toxicologie	2	1,12%
Neurologie	2	1,12%
Gynécologie	2	1,12%
Allergologie	1	0,56%
Endocrinologie	1	0,56%
Psychiatrie	1	0,56%
Cardiologie	1	0,56%
Pneumologie	1	0,56%
NA	1	0,56%
Total général	179	100%

Figure 53 : Pourcentages des systèmes

2.1.9. DIAGNOSTICS

Parmi les 54 différents diagnostics retenus, l'association de diagnostics la plus retenue était « entorse, contusion, dermabrasion, plaie non suturée » représentant 29,1% des passages. Le premier diagnostic somatique était en deuxième position représenté par les « Rachialgies/NCB/sciatique ».

Tableau 43: Diagnostics retenus après consultations

Diagnostic retenu	Effectif	%
Entorse/contusion/plaie non suturée	52	29,05%
Rachialgies/NCB/sciatique	13	7,26%
Rhinopharyngite/otite/angine	10	5,59%
Plaie suturée	9	5,03%
Tendinite	8	4,47%
Certificat médical	7	3,91%
Fracture membre supérieur	4	2,23%
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	4	2,23%
Douleurs abdominales	4	2,23%
Cystite	3	1,68%
Arthralgie	3	1,68%
Malaise avec ou sans PC/syncope/lipothymie	3	1,68%
Arthrite	3	1,68%
Abcès cutané/panaris/ongle incarné	3	1,68%
Ablation corps étranger	2	1,12%
Sinusite	2	1,12%
Brûlure	2	1,12%
Conjonctivite	2	1,12%
Éruption d'allure virale	2	1,12%
Douleurs dentaires	2	1,12%
Morsure tique	2	1,12%
Douleurs thoraciques d'allures pariétales	2	1,12%
Céphalées	2	1,12%
Effets secondaires médicamenteux	2	1,12%
Ablation tique	2	1,12%
Vertiges	2	1,12%
Fracture membre inférieur	2	1,12%
Orchite	1	0,56%
Ablation bouchon cérumen	1	0,56%
Eczéma	1	0,56%
Épistaxis	1	0,56%
NA	1	0,56%
Contrôle bilan sanguin	1	0,56%
Suspicion perforation ulcère gastrique	1	0,56%
Altération de l'état général	1	0,56%
Allergies diverses	1	0,56%
Troubles anxieux	1	0,56%
Dysphagie	1	0,56%
Uvéite	1	0,56%

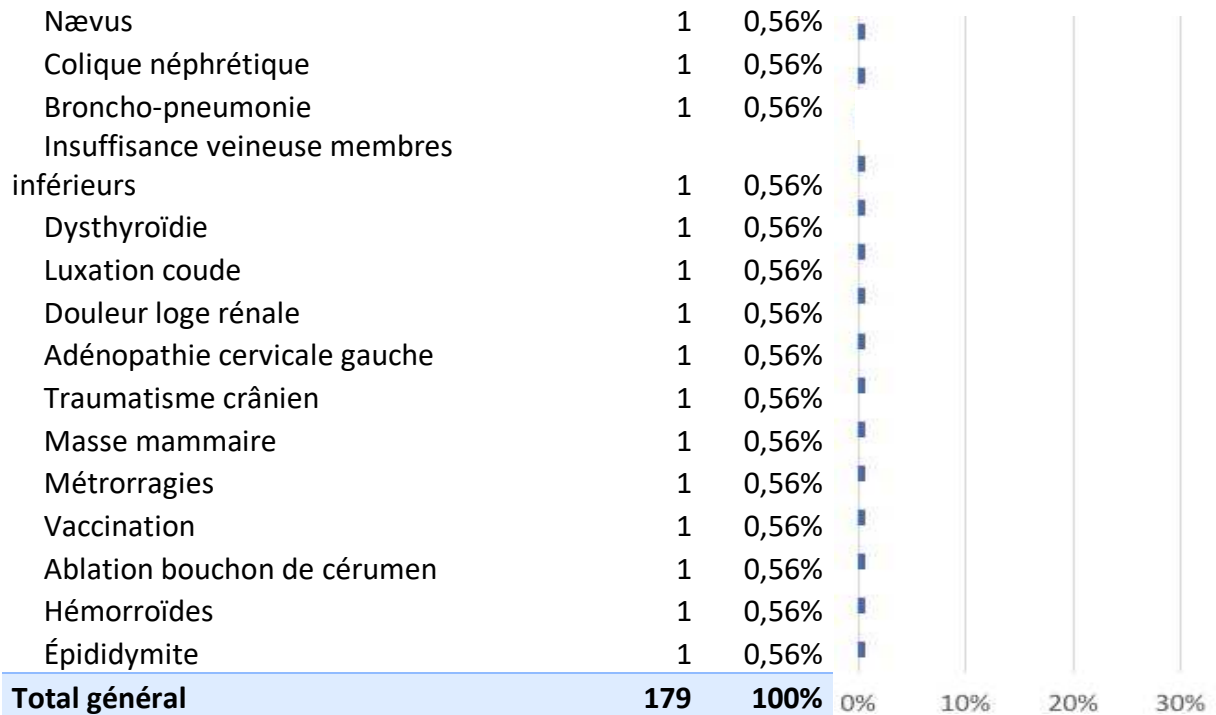


Figure 54 : Pourcentages des diagnostics retenus

2.1.10. EXAMENS ET SOINS

Les résultats ont mis en évidence que 53% des patients ont bénéficié d'un examen ou soins IDE (Tableau 45). La radiographie a été prescrite dans 38% des cas et les soins IDE dans 10,6% des cas. 8 patients soit 4,48% des usagers ont bénéficié d'une association de radiographie ou biologie et soins IDE (Tableau 44).

Tableau 44 : Types d'examens et/ou soins réalisés aux patients

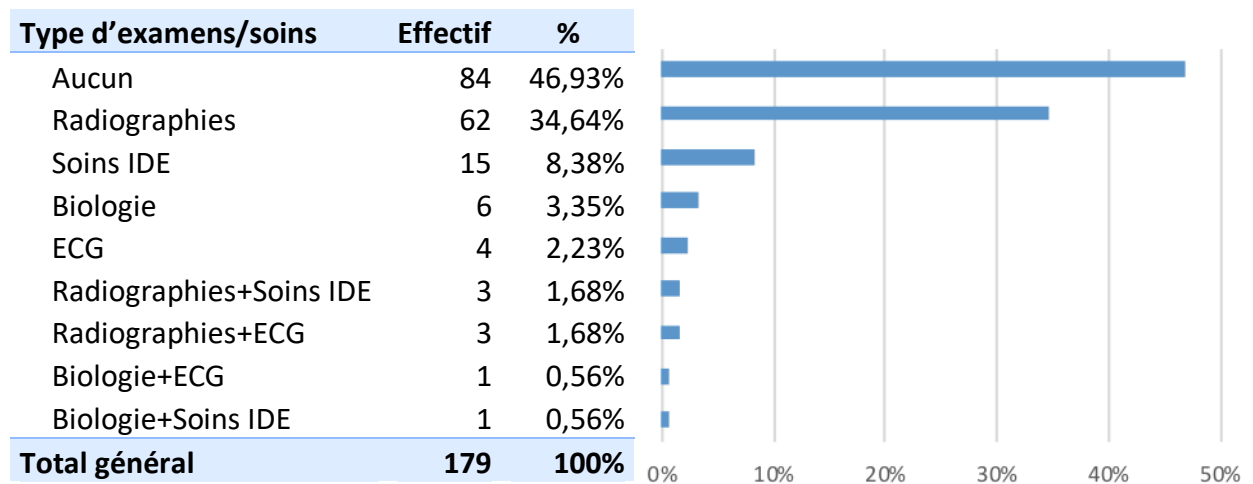
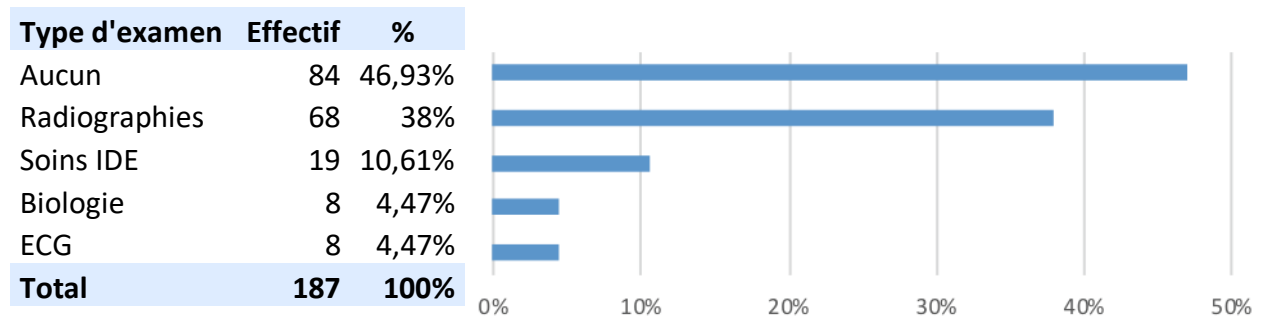


Figure 55 : Pourcentages des examens et/ou soins réalisés

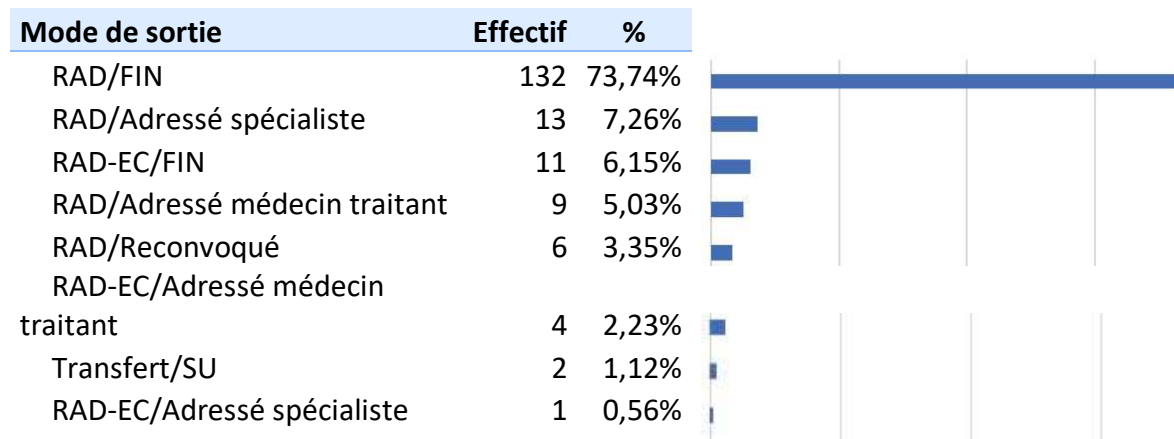
Tableau 45 : Types d'examens et/ou soins cumulésFigure 56 : Pourcentages des types d'examens et/ou soins cumulés

2.1.11. MODE DE SORTIE

Concernant les 179 passages, 98,9% sont rentrés à domicile. Parmi eux, 143 soit 79,9% ont bénéficié d'une consultation complète et menée à terme sans suite programmée excepté 6,15% dont la prise en charge incluait un examen complémentaire ambulatoire avant de considérer le dossier clos. Les reconvoqués ont été 3,4%. 15,1% ont été réadressés en ambulatoires dont 7,3% vers le médecin traitant et 7,8% vers le spécialiste. Au total, 8,9% des patients sont sortis avec des examens à réaliser en ambulatoire. Aucun patient n'a été directement hospitalisé, deux patients ont été adressés au SU dont un pour trouble somatique et l'autre pour un trouble traumatique. Un patient est parti sans être vu, il présentait des douleurs lombaires et des membres inférieurs.

Tableau 46 : Modes de sortie des patients

Légende : RAD = retour à domicile ; EC = examens complémentaires ; SU = service des urgences.

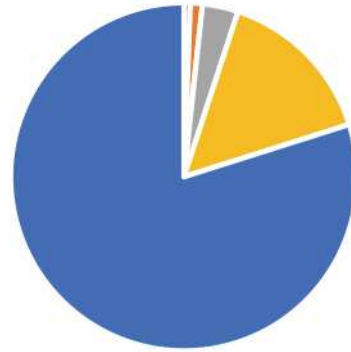


Parti sans être vu	1	0,56%	
Total général	179	100%	

Figure 57 : Pourcentages des modes de sortie

Tableau 47 : Modes de sortie simplifiés

Mode de sortie	Effectif	%
FIN	143	79,89%
Adressé	27	15,08%
Reconvoqué	6	3,35%
Transfert	2	1,12%
Parti sans être vu	1	0,59%
Total général	179	100%



■ Parti sans être vu ■ Transfert ■ Reconvoqué ■ Adressé ■ FIN

Figure 58 : Pourcentages des modes de sortie simplifiés

2.1.12.CCMU

La CCMU 1 représentait près de la moitié des passages et la CCMU 2 légèrement plus de la moitié. La somme des deux représentait 98% des passages. La traumatologie représentait 14,5% des CCMU 1 et 64,5% des CCMU 2. Parmi les CCMU 2, 19,4% (n=18) n'ont bénéficié d'aucun acte technique à visée diagnostique. Un seul passage a été déclaré en CCMU 3 et un seul en CCMU P. Les CCMU 4, 5 et D n'ont pas été représentées.

Tableau 48 : CCMU attribuée à chaque patient

Légende : NA = non attribué

CCMU	Effectif	%
CCMU 1	83	47,75%
CCMU 2	93	50,22%
CCMU 3	1	0,56%
CCMU 4	0	0,00%
CCMU 5	0	0,00%
CCMU P	1	0,56%
CCMU D	0	0,00%
NA	1	0,56%
Total	179	100%

Figure 59 : Pourcentages des CCMU

2.2. ANALYSE EN GROUPES FOCUS

2.2.1. GROUPE "ENTORSE, CONTUSION, PLAIE NON SUTUREE"

Tableau 49 : Comparaison du groupe « entorse/contusion/plaie non suturée » versus les autres patients

Légende : m : manque ; IDE : infirmière Diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; IOA = infirmière organisatrice de l'accueil ; PEC : prise en charge

Critère de jugement	Entorse/ contusion /plaie non saturée (N=52)	Autres (N=126) m=1	Odds Ratio (analyse univariée)	Odds Ratio (analyse multivariée)
Age	24.5 (12.8, 48.0)	36.0 (25.0, 49.0)	-	-
Mode d'arrivée				
Moyens personnels	9 (18.0%)	54 (43.2%)	/	/
IOA	41 (82.0%)	71 (56.8%)	3.46 [1.61-8.16], p=0,001	/
Temps de PEC médicale	40.5 (30.0, 69.2) m=2	29.0 (15.0, 46.0) m=13	-	-
Type d'examen				
Radiologie	42 (80.8%)	26 (20.6%)	16.2 [7.42-38.2], p<0,001	5.72 [1.45-27.9], p=0,018
IDE	6 (11.5%)	19 (15.1%)	/	/
ECG	1 (1.9%)	7 (5.6%)	/	/
Biologie	0 (0.0%)	8 (6.3%)	/	/
Aucun examen	6 (11.5%)	77 (61.1%)	0.08 [0.03-0.20], p<0,001	0.18 [0.04-0.92], p=0,033
Classification CCMU				
CCMU 1	8 (15.4%)	75 (60.0%)	0.12 [0.05-0.27], p<0,001	/
CCMU 2	44 (84.6%)	49 (39.2%)	8.53 [3.88-21.0], p<0,001	/
Mode de sortie				
Sortie : FIN	47 (90.4%)	96 (76.2%)	/	4.59 [1.34-19.2], p=0,022
Sortie : reconvoqué	0 (0.0%)	6 (4.8%)	/	/
Sortie : adressé	5 (9.6%)	22 (17.5%)	/	/
Sortie : transfert	0 (0.0%)	2 (1.6%)	/	/

Concernant le groupe focus « entorse, contusion, plaie non suturée », 52 patients ont été inclus (Tableau 49).

61,5% des patients du groupe focus étaient des hommes contre 51,6% pour les autres sans qu'aucune corrélation significative en régression logistique univariée n'ait été observée concernant le sexe, ni au sein du groupe focus ni comparativement aux autres.

Les patients du groupe focus étaient significativement plus jeunes que les autres selon le test de Kruskal-Wallis ($p=0,015$).

L'analyse en régression logistique univariée de l'âge par catégorie d'âge a montré que le groupe [6-15] ans était comparativement plus représenté à l'inverse du groupe [26-50] ans ($OR=4,42$ [1,71-12], $p=0,002$ et $OR=0,41$ [0,2-0,81] $p=0,01$ respectivement).

Le temps de prise en charge médicale était significativement plus long pour les patients du groupe "Entorse, contusion, plaie non suturée" que pour les autres selon le test de Kruskal-Wallis ($p=0,002$).

L'analyse en régression logistique univariée a montré que 68% ($n=34$) des patients du groupe contre 82,3% ($n=93$) des autres ont bénéficié d'une prise en charge médicale de moins d'une heure ($OR=0,46$ [0,21-0,99], $p=0,047$). A l'inverse, 28% ($n=14$) du groupe focus a bénéficié d'une prise en charge entre 60 et 120 minutes contre 11,5% ($n=13$) pour les autres ($OR=2,99$ [1,28-7,05], $p=0,012$).

Les patients du groupe focus ont significativement bénéficié de plus d'exams que les autres ($OR=0,18$ [0,04-0,92], $p=0,033$) avec une corrélation établie en faveur de la radiologie ($OR=5,72$ [1,45-27,9], $p=0,018$).

Parmi les patients adressés après consultation, 3 (5,7% versus 8% ($n=10$) pour les autres) l'ont été vers le médecin traitant dont un avec des exams à réaliser en ambulatoire.

Deux patients ont été adressés vers le spécialiste sans examen à réaliser (3,8% versus 9,5% (n=12) pour les autres).

2.2.2. GROUPE ">70 ANS"

Tableau 50 : Comparaison du groupe « >70 ans » versus les autres patients

Légende : m : manque ; IDE : infirmière Diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; IOA = infirmière organisatrice de l'accueil ; PEC : prise en charge

Critère de jugement	>70 ans (N=12)	Autres (N=167)	Odds Ratio (analyse univariée)	Odds ratio (analyse multivariée)
Mode d'arrivée			-	-
Moyens personnels	2 (16.7%)	61 (37.2%)	/	/
IOA	10 (83.3%)	103 (62.8%)	/	/
Temps de prise en charge médicale	45.0 (34.0, 110.5)	30.0 (19.5, 55.5)	-	-
Systèmes/diagnostics				
Traumatologie	5 (41.7%)	66(39,8%)	/	/
Entorse/contusion/plaie non suturée	2 (16.7%)	50 (30.1%)	/	/
Brûlure	1 (8.3%)	1 (0.6%)	/	/
Fracture membre inférieur	1 (8.3%)	1 (0.6%)	/	/
Luxation coude	1 (8.3%)	0 (0.0%)	/	/
Rhumatologie	4 (33.3%)	24 (14.5%)	/	11.1 [1.77-84.2], p=0,012
Rachialgies/NCB/sciatique	1 (8.3%)	12 (7.2%)	/	/
Tendinite	1 (8.3%)	7 (4.2%)	/	/
Arthralgie	1 (8.3%)	2 (1.2%)	/	/
Arthrite	1 (8.3%)	2 (1.2%)	/	/
Urologie/néphrologie	1 (8.3%)	6 (3.6%)	/	/
Épididymite	1 (8.3%)	0 (0.0%)	/	/
Dermatologie	1 (8.3%)	11 (6.6%)	/	/
Ablation tique	1 (8.3%)	1 (0.6%)	/	/
ORL	1 (8.3%)	18 (10.8%)	/	/
Douleurs dentaires	1 (8.3%)	1 (0.6%)	/	/
Type de soins				
Radiologie	6 (50.0%)	62 (37.1%)	/	/
IDE	2 (16.7%)	23 (13.8%)	/	/
ECG	0 (0.0%)	8 (4.8%)	/	/
Biologie	1 (8.3%)	7 (4.2%)	/	/
Aucun examen	4 (33.3%)	80 (47.9%)	/	/
Classification CCMU				
CCMU 1	4 (33.3%)	79 (47.9%)	/	/
CCMU 2	8 (66.7%)	85 (51.5%)	/	/

Mode de sortie				
Sortie : FIN	10 (83.3%)	133 (79.6%)	/	/
Sortie : reconvoqué	1 (8.3%)	5 (3.0%)	/	/
Sortie : adressé	0 (0.0%)	27 (16.2%)	/	/
Sortie : transfert	1 (8.3%)	1 (0.6%)	/	/

Concernant le groupe focus « > 70 ans », 12 patients ont été inclus (Tableau 50).

Ils étaient 83,3% (n=10) à se présenter au CSNP après avoir été réorientés par l'IOA contre 62,8% des autres (n=103).

100% avaient un médecin traitant déclaré versus 93,8% des autres (n=152).

Le temps de prise en charge médicale était significativement plus long pour les patients du groupe « >70 ans » que pour les autres selon le test de Kruskal-Wallis ($p=0,028$). Parmi ces effectifs, 18,2% (n=2) ont eu une prise en charge médicale supérieure à 3h contre 1,3% (n=2) pour les autres.

Aucune corrélation n'a été mise en évidence après classement de chaque diagnostic au sein d'un système correspondant, en dehors de la rhumatologie (OR=11.1 [1.77-84.2], $p=0,012$).

L'unique patient reconvoqué avait le diagnostic de fracture du membre inférieur. Concernant le seul transfert, il a été fait vers le SU pour une luxation de coude.

2.2.3. GROUPE "CCMU 3"

Tableau 51 : Comparaison du groupe « CCMU 3 » versus les autres patients

Légende : m : manque ; IDE : infirmière Diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; IOA = infirmière organisatrice de l'accueil ; PEC : prise en charge

Critère de jugement	CCMU 3 (N=1)	Autres (N=177) m=1
Age	48.0 (48.0, 48.0)	33.0 (21.0, 48.2)
Mode d'arrivée		
Moyens personnels	1 (100.0%)	62 (35.8%)
IOA	0 (0.0%)	111 (64.2%)
Temps de prise en charge médicale	9.0 (9.0, 9.0)	32.0 (20.0, 58.0)
Systèmes/diagnostics		
Hépto-gastroentérologie	1 (100.0%)	6 (3.4%)
Suspicion de perforation d'ulcère gastrique	1 (100.0%)	0(0%)
Type d'examen		
Radiologie	0 (0.0%)	68 (38.6%)
IDE	0 (0.0%)	25 (14.2%)
ECG	1 (100.0%)	6 (3.4%)
Biologie	0 (0.0%)	8 (4.5%)
Aucun examen	0 (0.0%)	83 (47.2%)
Mode de sortie		
Sortie : transfert	1 (100.0%)	1 (0.6%)

Concernant le groupe focus « CCMU 3 », un seul patient a été inclus (Tableau 51).

Il s'agissait d'un homme de 48 ans, venu par ses propres moyens, immédiatement installé pour réaliser un ECG avant d'être adressé au SU pour suspicion de perforation d'ulcère gastrique. Il avait été vu le matin même au CSNP pour gastrite et s'est représenté au CSNP suite à une augmentation brutale de ses douleurs. La durée de prise en charge totale était de 10 minutes versus une médiane de 31,8 (19,8 ;77,4) pour les autres.

2.2.4. GROUPE "SU"

Tableau 52 : Comparaison du groupe « SU » versus les autres patients

Légende : m : manque ; IDE : infirmière Diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; IOA = infirmière organisatrice de l'accueil ; PEC : prise en charge

Critère de jugement	Transfert/SU (N=2)	Autres (N=177)
Age	60.5 (54.2, 66.8)	33.0 (21.0, 48.0)
Mode d'arrivée		
Moyens personnels	1 (50.0%)	62 (35.6%)
IOA	1 (50.0%)	112 (64.4%)
Temps de prise en charge médicale	24.5 (16.8, 32.2) m=0	32.0 (20.0, 58.0) m=16
Systèmes/diagnostics		
Hépto-gastroentérologie	1 (50.0%)	6 (3.4%)
Suspicion de rupture d'ulcère	1 (50.0%)	0 (0.0%)
Traumatologie	1 (50.0%)	70 (40.3%)
Luxation coude	1 (50.0%)	0 (0.0%)
Type de soins		
Radiologie	1 (50.0%)	67 (37.9%)
IDE	0 (0.0%)	25 (14.1%)
ECG	1 (50.0%)	7 (4.0%)
Biologie	0 (0.0%)	8 (4.5%)
Aucun examen	0 (0.0%)	84 (47.5%)
Classification CCMU		
CCMU 1	0(0%)	85(47,4%)
CCMU 2	1 (50.0%)	92 (52.6%)
CCMU 3	1 (50.0%)	0 (0.0%)

Concernant le focus « SU », on ne compte que deux patients (Tableau 52) dont le patient classé CCMU 3 évoqué plus haut.

La seconde patiente avait 73 ans et était orientée par l'IOA pour traumatisme du coude. Elle a bénéficié d'une radiographie du coude mettant en évidence une luxation de celui-ci pour laquelle elle a été réadressée au SU. Elle a attendu 35 minutes avant d'être prise en charge pendant 40 minutes pour une durée totale de passage de 75 minutes.

2.2.5. GROUPE "PECM >120 MIN"

Tableau 53 : Comparaison du groupe « PEC>120 minutes » versus les autres patients

Légende : m : manque ; IDE : infirmière Diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; IOA = infirmière organisatrice de l'accueil ; PEC : prise en charge

Critère de jugement	PEC > 120min	Autres	Odds Ratio (analyse univariée)
	(N=9)	(N=154) m=16	
Age	55.0 (29.0, 71.0)	30.5 (20.0, 48.0)	-
Mode d'arrivée			
Moyens personnels	1 (11.1%)	55 (36.2%)	/
IOA	8 (88.9%)	97 (63.8%)	/
Temps de prise en charge médicale	175.0 (154.0, 200.0)	30.0 (20.0, 49.5)	-
Systèmes/diagnostics			
Traumatologie	4 (44.4%)	65 (42.2%)	/
Entorse/contusion/plaie non suturée	2 (22.2%)	48 (31.2%)	/
Traumatisme crânien	1 (11.1%)	0 (0.0%)	/
Fracture du membre inférieur	1 (11.1%)	1 (0.6%)	/
Urologie/néphrologie	2 (22.2%)	3 (1.9%)	/
Cystite	1 (11.1%)	2 (1.3%)	/
Épididymite	1 (11.1%)	0 (0.0%)	/
Rhumatologie	1 (11.1%)	23 (14.9%)	/
Arthrite	1 (11.1%)	2 (1.3%)	/
Médecine légale	1 (11.1%)	6 (3.9%)	/
Certificat médical	1 (11.1%)	6 (3.9%)	/
Toxicologie	1 (11.1%)	1 (0.6%)	/
Effets secondaires médicamenteux	1 (11.1%)	1 (0.6%)	/
Type d'examen			
Radiologie	6 (66.7%)	57 (37.0%)	/
IDE	3 (33.3%)	20 (13.0%)	:
ECG	0 (0.0%)	6 (3.9%)	/
Biologie	3 (33.3%)	2 (1.3%)	/
Aucun examen	0 (0.0%)	76 (49.4%)	38 [5,4-335], p<0,001
Classification CCMU			
CCMU 1	0(0%)	1(0,7%)	/

CCMU 2	9 (100.0%)	74 (48.4%)	/
CCMU 3	0 (0.0%)	1 (0.7%)	/
Mode de sortie			
Sortie : FIN	8 (88.9%)	123 (79.9%)	/
Sortie : reconvoqué	1 (11.1%)	4 (2.6%)	/
Sortie : adressé	0 (0.0%)	25 (16.2%)	/
Sortie : transfert	0 (0.0%)	2 (1.3%)	/

Concernant le groupe focus « PECm > 120min », 9 patients ont été inclus (Tableau 53).

La population était statistiquement plus âgée dans le groupe focus selon un test de Kruskal Wallis. 33,3% (n=3) des patients du groupe focus avaient plus de 70 ans versus 5,2% (n=8) pour les autres. (OR=9,12 [1,7-42[, p=0,013).

Le mode d'arrivée principal était l'IOA (88,9% (n=8) versus 63,8% (n=97) pour les autres.

100% ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire ou soins IDE.

Au sein de ce groupe, aucun n'a été classé CCMU 3 ni transféré, un seul a été reconvoqué pour contrôle de fracture du membre inférieur.

2.2.6. GROUPE "IOA"

Tableau 54 : Comparaison du groupe « IOA » versus les autres patients

Légende : m : manque ; IDE : infirmière Diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; IOA = infirmière organisatrice de l'accueil ; PEC : prise en charge

Critère de jugement	IOA (N=113)	Autres (N=63) m=3	Odds Ratio (analyse univariée)	Odds Ratio (analyse multivariée)
Age	35.0 (22.0, 49.0)	30.0 (20.5, 46.5)	-	-
Temps de prise en charge médicale	40.0 (25.0, 65.0) m=8	25.0 (11.8, 33.2) m=7	-	-
Systèmes/diagnostics				
Traumatologie	56 (50.0%)	13 (20.6%)	3.71 [1.86-7.82] p<0.001/	/
Entorse/contusion/plaie non suturée	41 (36.6%)	9 (14.3%)	3.46 [1.61, 8.16], p=0,001	/
Plaie suturée	7 (6.2%)	1 (1.6%)	/	/
Fracture du membre supérieur	3 (2.7%)	1 (1.6%)	/	/
Fracture du membre inférieur	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Luxation coude	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Traumatisme crânien	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Brûlure	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Rhumatologie	20 (17.9%)	8 (12.7%)	/	/
Rachialgies/NCB /sciatique	8 (7.1%)	5 (7.9%)	/	/
Tendinite	6 (5.4%)	2 (3.2%)	/	/
Arthrite	3 (2.7%)	0 (0.0%)	/	/
Arthralgie	2 (1.8%)	1 (1.6%)	/	/
Douleur thoracique pariétale	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
ORL	8 (7.1%)	11 (17.5%)	/	/
Rhinopharyngite/otite/angine	3 (2.7%)	7 (11.1%)	0.22 [0.05-0.82], p=0,024	/
Ablation bouchon cérumen	2 (1.8%)	0 (0.0%)	/	/
Douleurs dentaires	2 (1.8%)	0 (0.0%)	/	/
Sinusite	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Dermatologie	6 (5.4%)	6 (9.5%)	/	/
Érysipèle phlegmon plaie surinfectée	2 (1.8%)	2 (3.2%)	/	/

Ablation tique	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Éruption d'allure virale	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Morsure tique	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Nævus	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Urologie/néphrologie	5 (4.5%)	2 (3.2%)	/	/
Orchite	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Douleur loge rénale	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Cystite	1 (0.9%)	2 (3.2%)	/	/
Colique néphrétique	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Épididymite	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Médecine légale	4 (3.6%)	3 (4.8%)	/	/
Certificat médical	4 (3.6%)	3 (4.8%)	/	/
Divers	4 (3.6%)	4 (6.3%)	/	/
Lipothymie/malaise/ syncope	3 (2.7%)	0 (0.0%)	/	/
AEG	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Microchirurgie	3 (2.7%)	2 (3.2%)	/	/
Ablation corps étranger	2 (1.8%)	0 (0.0%)	/	/
Abcès/panaris/ongle incarné	1 (0.9%)	2 (3.2%)	/	/
Hépto- gastroentérologie	2 (1.8%)	5 (7.9%)	/	/
Douleurs abdominales	2 (1.8%)	2 (3.2%)	/	/
Ophthalmologie	1 (0.9%)	2 (3.2%)	/	/
Conjonctivite	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Psychiatrie	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Troubles anxieux	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Neurologie	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Diagnostic céphalées	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Toxicologie	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Effets secondaires médicamenteux	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Gynécologie	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Masse mammaire	1 (0.9%)	0 (0.0%)	/	/
Type d'examen				
Radiologie	53 (46.9%)	13 (20.6%)	3.40 [1.70, 7.15], p<0,001	/
IDE	18 (15.9%)	7 (11.1%)	/	/
ECG	3 (2.7%)	5 (7.9%)	/	/
Biologie	6 (5.3%)	2 (3.2%)	/	/
Aucun examen	42 (37.2%)	41 (65.1%)	0.32 [0.16, 0.60], p<0,001	/
Classification CCMU				

CCMU 1	36 (32.4%)	47 (74.6%)	0.16 [0.08, 0.32], p<0,001	
CCMU 2	75 (67.6%)	15 (23.8%)	6.67 [3.37, 13.8], p<0,001	
CCMU 3	0 (0.0%)	1 (1.6%)	/	/
Mode de sortie				
Sortie : FIN	88 (77.9%)	54 (85.7%)	/	/
Sortie : reconvoqué	4 (3.5%)	1 (1.6%)	/	/
Sortie : adressé	19 (16.8%)	7 (11.1%)	/	/
Sortie : transfert	1 (0.9%)	1 (1.6%)	/	/
Partie sans être vue	1 (0.9%)	0 (0%)	/	/

Concernant le groupe focus « IOA », 113 patients ont été inclus (Tableau 54).

L'analyse comparative de l'ensemble des âges n'a pas montré de différence avec le test de Kruskal-Wallis. L'analyse en sous-groupe par test de Chi-2 de Pearson a montré que les [2-5] ans étaient moins nombreux à être adressés par l'IOA plutôt que d'être venus par leurs propres moyens (2,7% (n=3) versus 9,5% (n=6) pour les autres, p=0,047).

Une corrélation était significativement en faveur du sexe masculin (OR=1,89 [1,02-3,55], p=0,045) selon une analyse par régression logistique univariée.

95,4% (n=104) des patients adressés par l'IOA ont déclaré un médecin traitant versus 91,9% (n=57) pour les autres patients.

Le temps de prise en charge médicale a été significativement plus long pour le groupe focus selon le test de Kruskal-Wallis (médiane=40 pour le groupe focus versus 25 pour les autres), sans qu'une différence n'ait été constatée concernant le temps d'attente pré médicale (17 (3,5-53,8) pour le groupe focus versus 14 (1,8-24,8) pour les autres). L'analyse en régression logistique univariée en sous-groupe a montré que la durée de prise en charge médicale de moins d'une heure était en faveur du groupe « autres » (OR=0,19 [0,05-0,52], p<0,001). La durée de prise en charge entre 60 et 120 minutes était significativement plus représentée dans le groupe focus (OR=4,68 [1,53-20,5] ; p=0,005).

Les patients du groupe IOA avaient plus de motifs en lien avec la traumatologie (OR=3.71 [1.86-7.82] $p<0.001$) et ont bénéficié de plus de radiographies (OR=3,4 [1,7-7,15], $p<0,001$).

Les taux de CCMU 1 et 2 étaient inversés entre les deux sous-groupes. La CCMU 2 était significativement plus associée au groupe IOA. Aucun patient du focus n'a été classé CCMU 3. Un patient (0,9%) a été réadressé au SU versus un patient pour l'autre groupe (1,6%).

80% (n=88) des patients du groupe focus sont sortis avec une prise en charge terminée versus 86% (n=54) pour les autres. 16,8% (n=19) ont été réadressés versus 11,1% (n=7) pour les autres sans qu'une différence significative n'ait été observée ; 8 (7,1%) ont été adressés à un spécialiste versus 5 (7,9%) pour les autres. 11 patients ont été adressés à leur médecin traitant dont deux avec des examens complémentaires à réaliser en ambulatoire. Les 3,5% (n=4) reconvoqués étaient représentés par deux plaies suturées, une fracture du membre supérieur et une fracture du membre inférieur.

La seule patiente partie sans être vue présentait des douleurs de dos et de membres inférieurs.

L'analyse des territoires en zones intra et extra M2A n'a pas montré de différence statistiquement significative. 67,3% (n=76) des patients du groupe focus étaient originaire de M2A versus 73% (n=46) pour les autres.

2.2.7. GROUPE "CONTROLE PREVU"

Tableau 55 : Comparaison du groupe « Contrôle prévu » versus les autres patients

Légende : m : manque ; IDE : infirmière Diplômée d'état ; ECG : électrocardiogramme ; CCMU : classification clinique des malades des urgences ; IOA = infirmière organisatrice de l'accueil ; PEC : prise en charge

Critère de jugement	Contrôles prévus (N=7)	Nouveaux passages (N=179)	Odds Ratio (analyse univariée)
Age	10.0 (6.0, 42.0)	34.0 (21.0, 48.0)	-
Mode d'arrivée			
Moyens personnels	7 (100.0%)	63 (35.8%)	/
IOA	0 (0.0%)	113 (64.2%)	/
Temps de prise en charge médicale	30.0 (16.0, 35.0)	32.0 (20.0, 57.5)	-
Systèmes/diagnostics			
Traumatologie	6 (85.7%)	71 (40.4%)	/
Entorse/contusion/plaie non suturée	2 (28.6%)	52 (29.2%)	/
Fracture membre supérieur	2 (28.6%)	4 (2.2%)	/
Plaie suturée	2 (28.6%)	9 (5.1%)	/
Dermatologie	1 (14.3%)	12 (6.7%)	/
Érysipèle/phlegmon/plaie surinfectée	1 (14.3%)	4 (2.2%)	/
Type d'examen			/
Radiologie	3 (42.9%)	68 (38.0%)	/
IDE	2 (28.6%)	25 (14.0%)	/
ECG	0 (0.0%)	8 (4.5%)	/
Biologie	0 (0.0%)	8 (4.5%)	/
Aucun examen	2 (28.6%)	84 (46.9%)	/
Classification CCMU			
CCMU 1	4 (57.1%)	83 (46.9%)	/
CCMU 2	3 (42.9%)	93 (52.5%)	/
CCMU 3	0 (0.0%)	1 (0.6%)	/
Mode de sortie			
Sortie FIN	6 (85.7%)	143 (79.9%)	/
Sortie reconvoqué	1 (14.3%)	6 (3.4%)	/
Sortie adressé	0 (0.0%)	27 (15.1%)	/
Sortie transfert	0 (0.0%)	2 (1.1%)	/

Concernant le groupe focus « contrôle prévu », 7 patients ont été inclus soit 3,8% des passages de la semaine. (Tableau 55). Parmi les nouveaux passages, 3,4% ont été reconvoqués.

Avec une majorité de mineurs (n=4 soit 57,1%), la médiane d'âge était de 10 pour le groupe focus versus 34 pour les autres sans différence statistiquement significative selon le test de Kruskal Wallis.

100% de ces patients avaient déclaré un médecin traitant.

Tous sont venus par leurs propres moyens.

Le temps de prise en charge médicale était représenté par une médiane égale à 30 versus 32 pour les autres. Tous ont été pris en charge en moins d'une heure.

Concernant le temps d'attente pré médicale, il était plus court pour le groupe focus représenté par une médiane égale à 5 (0 ; 9,5) versus 16 (3 ; 40) pour les autres ($p=0,049$ selon le test de Kruskal Wallis).

La traumatologie a représenté 85,7% (n=6) des contrôles contre 40,4% (n=71) des nouveaux passages.

42,9% (n=3) ont bénéficié d'une radiographie et 28,6% (n=2) d'un soins IDE versus 38% (n=68) et 14% (n=25) respectivement pour les autres.

Tous sont rentrés à domicile avec un dossier clôturé sauf un patient qui a été reconvoqué une nouvelle fois dans le cadre d'une fracture du membre supérieur.

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSE DE L'ETUDE

1.1. FAIBLESSES

1.1.1. BIAIS

1.1.1.1. BIAIS DE SELECTION

- La population étudiée sur une semaine n'était pas forcément représentative de l'ensemble de la patientèle des CSNP. Nous avons cependant tenté de nous en rapprocher en choisissant une semaine type, sans jour férié ni vacances scolaires. Nous nous sommes également basés sur les flux de passages de l'année 2018 au SU générale de Mulhouse ainsi que de la policlinique de Pfastatt.
- Des patients ont pu être récusés par les CSNP, faussant la représentativité de l'échantillon. Des refus ont pu être émis auprès de l'IOA appelant le CSNP mulhousien pour avis avant réorientation. Des refus ont également pu être émis auprès des ambulances/pompiers dont les dossiers de patients auraient été jugés inadaptés pour le CSNP de Pfastatt.
- Le type d'activité du CSNP est peut-être modulable du fait de sa récente ouverture et d'un recrutement de patients encore non routinier

1.1.1.2. BIAIS DE CLASSEMENT

- Un biais d'évaluation a pu se produire concernant le critère de classification CCMU. Premièrement, la classification devrait être établie après le premier examen clinique alors que la feuille de renseignements était souvent complétée à la fin du passage pouvant surévaluer la

classification. Deuxièmement, la classification a pu être erronée à la suite d'une mauvaise évaluation de certains soins comme l'ECG par exemple. Enfin, la distinction entre CCMU 2 et CCMU 3 n'est pas toujours aisée, la notion d'état jugée stable pouvant être opératoire dépendante.

- Un biais de déclaration concerne la notion de médecin traitant déclaré. Alors que l'information était complétée grâce à la carte vitale à Pfastatt, l'information a été récupérée selon la déclaration du patient au sein du CSNP mulhousien faisant l'objet d'un biais de mémorisation.

1.1.2. LIMITES

La première limite de notre étude est son manque de puissance. L'effectif total trop faible de notre étude n'a pas permis à nos tests de confirmer, de manière statistiquement significative, les tendances décrites.

La seconde limite de notre étude est son caractère rétrospectif : La qualité des informations récupérées dépendait de la précision avec laquelle le dossier a été rempli. Nous n'avons constaté que 6% de données manquantes dans notre étude ce qui est faible par rapport aux choix de méthode.

La troisième limite concerne la classification CCMU. Cette classification est étudiée et dédiée aux patients se présentant aux SU uniquement. Elle n'est pas adaptée aux CSNP et perd de sa pertinence dans cette utilisation détournée.

Une autre limite concerne la classification des examens radiologiques. Les échographies et scanners étant exceptionnels, nous avons regroupé tous les examens sous le terme « radiographies ». Cela nous a permis de faciliter l'analyse de ces examens mais entraîne un manque de détails les concernant.

Nous regrettons l'absence de données concernant les dossiers récusés par les CSNP auprès de l'IOA ou des ambulances/pompiers. L'information n'avait pas été anticipée et ne faisait pas partie du questionnaire.

1.2. FORCES

1.2.1. METHODOLOGIE

- Le caractère multicentrique de notre travail nous a permis d'effectuer un recrutement plus large et de limiter le biais « effet centre » nous permettant de renforcer la validité externe de l'étude.
- La méthodologie employée est reproductible. Cela pourrait faciliter l'étude d'autres CSNP et permettre leurs comparaisons.
- La multitude des données récupérées et classées en sous-catégories limite leurs interprétations au sens statistique du terme. Néanmoins, les informations récoltées n'en restent pas moins variées et riches, nous permettant un aperçu réaliste concernant les passages observés dans les CSNP.

1.2.2. QUESTION DE RECHERCHE

- La pertinence de notre travail tient au caractère très actuel des CSNP en plein développement.
- Les données bibliographiques concernant l'activité des CSNP se limitent au travail de Lallier, rendant nos résultats originaux. Qui plus est, notre travail complète celui de Lallier qui déplore dans son travail le manque d'informations concernant la biologie et la radiologie.
- Enfin, à des échelles variables, ce travail peut aider à contribuer à valider l'implantation de CSNP et favoriser leur développement en apportant une première description complète d'activité de CSNP pouvant servir de référence.

2. OBJECTIF PRIMAIRE : CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAUX

Les CSNP ont à ce jour fait l'objet de peu d'études descriptives. Un seul travail réalisé par Lallier rapporte une description d'activité. En vue de discuter nos résultats et dans le but d'évaluer l'activité des CSNP nous prendrons appui sur son travail mais également sur ceux réalisés par la DREES concernant les SU et la MG ainsi que sur le travail de Mukendi concernant la satisfaction des usagers d'un Centre de Consultations non programmés (CCNP) dont le fonctionnement se rapproche des CSNP.

2.1. EFFECTIFS

Les effectifs ont respectivement été de 44 et 36 passages par jour pour le CHP et le GHR. Le généraliste rapporte un nombre moyen de consultations de 22/jour en médecine générale de ville (32). La Société Française de Médecine d'Urgence évalue le nombre moyen de passages aux SU à 96 (33). Hors PDSA, ce dernier chute à 72 si l'on considère qu'un quart des passages se fait en PDSA (20). Dans son rapport, Mesnier fixait pour les CSNP un objectif minimum de 28 à 35 passages (1). L'unique travail concernant la description d'activité des CSNP en France a été réalisé par Lallier et montrait des taux inférieurs (9 à 24/jour) (34). Dans son travail, Mukendi détermine les caractéristiques des patients consultant en centre de consultations non programmés (CCNP). Ces centres s'apparentent aux CSNP mais la fermeture se fait à 22h. Mukendi a distribué 66 questionnaires par jour.

Nos résultats montrent une fréquentation cohérente par rapport aux objectifs et comparativement à la littérature. Cette affluence reflète une activité intermédiaire entre MG et SU et témoigne d'une capacité importante de prise en charge malgré la présence d'un seul médecin.

Concernant l'activité moindre du CSNP M, celle-ci peut s'expliquer par son extrême jeunesse. D'une part, un temps d'adaptation paraît nécessaire à l'IOA afin d'orienter efficacement les patients vers le CSNP dont l'activité en dépend. D'autre part, la méconnaissance du système de soins parmi les usagers (18-20), peut s'appliquer au CSNP M. Un temps d'adaptation peut être nécessaire avant que le centre ne soit exploité de manière optimale. Nous posons donc l'hypothèse que l'activité du CSNP M sera croissante une fois qu'elle sera mieux connue. Il serait par ailleurs intéressant d'évaluer si le ratio du mode d'arrivée se modifie en faveur d'une majorité d'arrivée par moyens personnels. Pour aller plus loin, nous soulevons l'idée qu'implanter ce genre de structure dans des points stratégiques pourrait gagner en visibilité et surtout mieux répondre au besoin de facilitation organisationnelle ressenti par les usagers et rapporté par (18,20,34).

2.2. SEXES

La majorité des passages a été représenté par le sexe masculin (56% pour le CSNP P et 54% pour le CSNP M). Cette proportion est également retrouvée par la DREES dans son enquête nationale concernant un échantillon de 10 000 personnes ayant fréquenté les services d'urgences hospitaliers (15). Dans ce rapport, la majorité masculine était retrouvée à tous les âges jusqu'à 70 ans, phénomène également retrouvé au sein du CSNP P. Par ailleurs, La DREES a observé plus d'hommes au sein de la traumatologie, ce qui a également été le cas dans nos observations.

A l'inverse, en médecine générale, la DREES et la HAS rapportent des résultats contraires avec une majorité de consultations réalisées pour des femmes (55% selon la DREES) (35-36). Cette tendance est également retrouvée dans le travail de Mukendi qui a

identifié une majorité de femme (58,9%) mais sans en analyser les motifs de consultations ce qui nous empêche d'évaluer l'association éventuelle avec la traumatologie (37).

Selon le point de vue du sexe, les usagers étudiés se rapprochent de ceux des SU. Du fait de sa prépondérance, l'inclusion de la traumatologie à nos résultats pourrait faire partie des déterminants expliquant ce ratio.

2.3. ÂGES

La population des CSNP a touché tous les âges avec une faible proportion des moins de 1 an. La médiane de l'âge du CSNP M égale à 34, est inférieure à celle observée par l'INSEE à propos de la population générale de la même année. La médiane du CSNP P égale à 41 se superpose à celle retrouvée par l'INSEE qui est de 41,1 (38).

Selon une analyse par classes d'âge, on s'aperçoit que les CSNP avaient une répartition plus jeune que l'ensemble des recours en médecine générale rapportée par la DREES (35). En effet, dans les cabinets de MG six patients sur dix avaient plus de 45 ans et 28% avaient plus de 70 ans. La population de MG était plus vieille que la population générale.

A l'inverse, la répartition se transforme concernant les recours urgents ou non programmés en médecine générale pour se superposer à celle du CSNP P. La différence avec celle du CSNP M tend vers une plus grande place prise par la classe des [16-25] ans à Mulhouse ainsi qu'une plus faible part représentant la classe d'âge > 70 ans. Cette patientèle alors plus jeune se rapproche de celle retrouvée par la DREES concernant les SU dont la population est plus jeune que la population générale (15).

La classe d'âge des « >70 ans » représente la plus grande différence entre les deux CSNP, soit 6,7% pour le CSNP M et 15,2% pour le CSNP P. Comparativement, celle-ci représente 17% des recours non programmés de médecine générale (9) et 14% des passages

au SU (15). La différence et sous-représentation des 70 ans au GHR peut s'expliquer par son fonctionnement. D'abord, le CSNP M ne prend pas en charge les patients arrivés en ambulance ou avec les pompiers alors que nous avons montré au CSNP P que ce groupe incluait significativement plus de patients >70 ans. Nous avons également montré que le sous-groupe « >70 ans » était significativement plus transféré depuis le CSNP P vers le SU ou directement en service. Nous pouvons supposer qu'à Mulhouse, une partie de ce type de patients s'est présentée au SU, a été triée par l'IOA et a été retenue au SU plutôt que réadressée au CSNP M. Cela serait conditionné par un triage orienté et efficace de la part de l'IOA concernant les patients susceptibles de susciter une prise en charge lourde ou une hospitalisation. En examinant les patients orientés par l'IOA, on remarque l'absence de patients de plus de 70 ans adressés pour AEG ou malaise. A l'inverse du CSNP P, l'absence de lien entre le groupe « >70 ans » et le mode de sortie « transfert » rend cette hypothèse recevable, en concluant que le triage permettrait au CSNP M d'avoir une affluence plus faible des « >70 ans ».

La part des moins de 1 an est faible comparativement aux 3% observés par la Région Grand-Est concernant les passages aux urgences (39). Cette différence pourrait s'expliquer par plus de souplesse de la part des médecins généralistes dans leurs réponses à la DSNP concernant les plus petits. Mais également par un désir de la part des parents qui préféreraient que leur bébé soit examiné par un pédiatre ou leur MT.

2.4. ORIGINES GEOGRAPHIQUES

Dans son projet, l'ARS missionne les CSNP de devenir des structures de soins de proximité (31). En effet selon une enquête menée par Marti, la proximité est l'un des facteurs motivants les patients à consulter aux urgences sans même relever de leurs plateaux

techniques (19). Ce critère est également retrouvé par Nevers la DREES pour 47% des usagers urgences (15,18).

Nos résultats montrent que la population du CSNP P est constituée à 95% de patients dont le lieu de vie se situe au sein du territoire de M2A qui est le territoire retenu et considéré pertinent par la CPTS locale. De plus, après Mulhouse dont le bassin de population est important ce qui peut expliquer sa supériorité, la plus grande partie des patients est originaire de la commune de Pfastatt. On observe ensuite une décroissance du taux de consultations parallèlement à l'éloignement du CSNP P.

A propos du CSNP M, la patientèle est originaire de M2A dans 70% des cas et en majorité mulhousienne. La répartition des lieux de vie paraît plus vaste et plus diversifiée mais garde une disposition orientée autour du CSNP M à l'instar du CSNP P. Comparativement au CSNP P, la plus forte provenance de patients qui habitent en dehors de M2A ne paraît pas être expliquée par le partenariat du CSNP avec le SU. En effet, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en lumière concernant le territoire d'origine des patients adressés par l'IOA comparativement à ceux s'étant présentés par leurs moyens personnels. La récente ouverture du CSNP M pourrait expliquer la différence avec le CSNP P. La jeunesse de la structure encore méconnue des usagers de M2A ne favoriserait pas leurs venues comparativement aux usagers situés en dehors du territoire de proximité. Cette différence peut également être expliquée par le fait que l'information ait été donnée auprès de médecins qui exercent dans un territoire plus large que M2A. Avant son ouverture, l'information a en effet été communiquée à l'ensemble des médecins du Haut-Rhin qui ont alors pu orienter leurs patients au CSNP depuis des communes qui n'appartiennent pas à M2A.

Nos résultats témoignent de l'accessibilité aux soins recherchée par les usagers en termes de proximité géographique (20). La localisation des CSNP, voisins ou intra hospitalier, nous paraît être un atout pour leur visibilité. Elle pourrait favoriser et faciliter l'accès aux soins. Dans un second temps, après prise de connaissance du CSNP M par les usagers de M2A, une deuxième analyse des origines géographiques des patients serait intéressante afin d'observer si la part d'usagers de la M2A augmente.

2.5. DECLARATION D'UN MEDECIN TRAITANT

Évalué à 82% pour le CSNP P et 91,6% pour le CSNP M, le taux de déclaration de médecin traitant des patients est inférieur à la moyenne de la population d'étude. En effet 94,45% des résidents de M2A ont un MT déclaré et 93,9 concernant le Haut-Rhin (28).

Pour autant, si l'on compare nos chiffres à ceux étudiés parmi les patients consultants pour des soins aigus, nos taux s'en rapprochent. Selon la DREES, 87% des usagers des urgences ont un médecin traitant déclaré (15). Concernant les patients étudiés par Mukendi, ils sont 88,2% (37). On remarque que les plus de 70 ans sont 100% à avoir déclaré un médecin traitant dans chaque CSNP. Ce chiffre est cohérent avec les 96% retrouvés par la DREES pour les plus de 80 ans et témoigne d'un suivi adapté mais d'un besoin spécifique.

Ce phénomène très intéressant met en lumière le besoin spécifique des usagers qui bénéficient pour la majorité d'un médecin traitant, mais qui vont trouver une solution médicale ailleurs concernant leur DSNP. Les déterminants avancés par Nevers, Mukendi, Martin et la DREES, représentés par l'accessibilité, la confiance, la possibilité de réaliser un examen complémentaire, paraissent prendre tout leur sens au sein de structures telles que les CSNP dont le fonctionnement paraît répondre à une demande de soins spécifiques et

intermédiaire. Cela corrobore que les CSNP ne se substituent pas au médecin traitant, mais qu'ils s'avèrent être une structure complémentaire et parfois alternative à celle-ci.

2.6. TRANSPORTS

Les modes d'arrivées diffèrent dans les deux CSNP du fait de leurs modalités de fonctionnement.

Concernant le CSNP P, les résultats montrent une répartition similaire à celle des usagers des SU avec une plus franche prédominance pour les moyens personnels. L'arrivée par moyens personnels comprenait des patients debout ou en fauteuil. La DREES rapporte entre 68% et 75% d'arrivées par moyens personnels au SU (15,20), contre 92% au CSNP et 97% dans le CSNP évoqué par Mesnier (1). Concernant les ambulances et pompiers, la DREES les évalue entre 11% et 14% chacun contre 4 et 3% au CSNP P (20). La DREES rapporte également une augmentation des transports spécialisés parallèlement à l'âge. Cette donnée est validée par nos résultats qui retrouvent significativement moins de moyens personnels parmi les plus de 70 ans mais significativement plus d'ambulances. Sans pouvoir montrer de différence statistique, nous avons observé que chez les patients classés CCMU 3 ou réadressés au SU dans un deuxième temps, les ambulances et pompiers représentent 20% à 50% des modes d'arrivées. Parallèlement, en considérant le groupe « ambulances/pompiers » dont l'effectif est plus important, nous avons montré que cette population présentait des pathologies plus lourdes et plus graves avec un besoin de soins plus important. Bien que le mode d'arrivée « ambulances/pompiers » soit faible, sa représentation témoigne du travail de coordination de soins au sein du territoire. En revanche, le niveau de soins accru que représentent ces patients justifie le travail d'orientation fait en amont ainsi que le triage fait sur place. Ces derniers témoignent du caractère sécuritaire dont les CSNP font preuve.

Concernant le CSNP M, presque deux tiers des passages étaient réadressés par l'IOA et un tiers sont venus directement par leurs propres moyens. Par opposition aux patients alités arrivés avec un mode de transport spécialisé, l'ensemble des usagers du CSNP sont arrivés en marchant ou avec un fauteuil roulant le temps du transfert entre SU et CSNP. Ces derniers, « valides », remplissaient la condition de consultation au CSNP M qui n'accueille pas les usagers alités. Le plus grand nombre de patients venus du SU plutôt que directement par leurs propres moyens témoigne de l'efficacité de la réorientation mais probablement également du manque de connaissance de la récente structure par les usagers. Notre travail ne nous a pas permis de connaître le mode d'arrivée des patients du SU qui ont ensuite été transférés au CSNP. Si un travail complémentaire devait être réalisé, il serait intéressant de connaître cette information afin de compléter nos connaissances quant aux usagers des CSNP et de les comparer à des centres non accolés à des SU tels que le CSNP P. La population adressée par l'IOA a représenté un quart des patients consultant au SU hors PDSA. Ce taux important pourrait justifier l'application et l'intérêt porté au Forfait de Réorientation des patients aux Urgences (FRU) en cours d'expérimentation et dont l'objectif est d'atteindre entre 5 et 10% de réorientation pour les patients dont le passage dans le service d'urgence n'est pas suivi d'une hospitalisation » (40,41). De plus, 98% à 100% des patients réorientés se sont présentés au CSNP ce qui est largement supérieur au minimum de 70% évoqué par le ministère de la santé, témoin de la bonne mise en pratique et de l'efficacité du projet. Enfin, les patients ne présentaient pas de prises en charges plus lourdes. Ils présentaient significativement plus de traumatologie et de rhumatologie justifiant du plateau technique à disposition, et un seul a été réadressé au SU. Ce triage orienté et qualifié répond aux attentes du CSNP mais aussi à un critère de sécurité et de qualité recherché par le ministère de la santé concernant le FRU.

En somme, la quasi-totalité des patients des CSNP était considérée comme « valides » à l'image des données évoquées par Mesnier. Ce mode d'arrivée reflète le faible niveau de gravité de soins attendu dans les CSNP ainsi que leur accessibilité.

2.7. HEURES D'ARRIVEES

Les flux des CSNP étudiés se ressemblaient et montraient un premier pic d'affluence entre 9h et 11h puis un second pic entre 14h et 15h.

Une première différence entre les deux centres réside dans l'affluence à l'ouverture, progressivement croissante au CSNP M et immédiatement importante au CSNP P. Cette différence pourrait s'expliquer par l'ancienneté du CSNP P qui serait alors mieux connu par les patients. Les patients se présenteraient directement à l'ouverture comme ils le feraient chez leur médecin traitant. A l'inverse du CSNP M qui ne ferait pas encore partie du panel de solutions connues par les patients. Les patients ne prendraient connaissance du CSNP M qu'après avoir été réorientés par leur médecin traitant faute de place ou bien suite à des recherches sur internet afin de trouver une consultation dans la journée.

La seconde différence est caractérisée par le troisième pic entre 17 et 18h relatif au CSNP M. Ce dernier, plus retardé, pourrait être expliqué par les horaires d'ouverture plus larges de ce centre, offrant une solution de consultation plus tardive aux patients pour lesquels l'amplitude horaire est un aspect attractif (18-20,37). Les CSNP sont donc en mesure de s'adapter de sorte à ce que leurs horaires d'ouverture concordent avec les besoins des usagers.

La DREES rapporte des résultats proches des nôtres. Un premier pic matinal identique concerne les urgences de villes ou hospitalières (9). Un deuxième pic a lieu entre 18 et 19h en

ville. Aux urgences hospitalières, un second pic a lieu entre 14 et 15h puis un troisième pic plus faible entre 18 et 19h. La DREES rapporte également qu'un quart des passages a lieu en PDSA. Dans son travail, Lallier observe un taux légèrement plus bas entre 9 et 23% (34).

Nous pouvons ainsi affirmer que le flux de passages des patients est cohérent avec leur façon de consommer les soins urgents. Par ailleurs, les horaires d'ouvertures des CSNP hors des horaires de PDSA paraissent répondre à la grande majorité des besoins de soins.

2.8. TEMPS TOTAL DE PASSAGE

La majorité des patients des CSNP est restée moins de deux heures, respectivement 65,4% à Pfastatt et 78,8% à Mulhouse. Comparativement, ces délais sont plus courts que ceux observés par Lallier qui rapporte entre 52 et 63% de patients qui restent moins de deux heures (34). La DREES rapporte un chiffre encore plus faible, soit 48% qui attendent moins de deux heures avant de quitter le service, sans compter les patients orientés vers l'UHCD (20). Parmi les extrêmes Lallier rapporte un taux de 7,5% à 15% de patients dont la durée de passage est supérieure à 6h. La DREES rapporte 4% des passages qui durent plus de 8h. Nos résultats sont bien en dessous avec seulement 0,84% à Pfastatt et 0,56% à Mulhouse concernant les passages durant plus de 4h.

Nos résultats sont cohérents avec la littérature et meilleurs du point de la temporalité. Ces derniers démontrent la capacité des CSNP à répondre au besoin de rapidité de prise en charge exprimé par les patients (18-20).

2.9. DUREES D'ATTENTE PRE MEDICALE

Nos résultats ont montré que la majorité des patients ont attendu moins de 30 minutes avant d'être pris en charge par le médecin, ils étaient 65,4% pour le CSNP P et 83,2%

pour le CSNP M à attendre moins d'une heure. En 2015, la DREES rapporte qu'aux SU 7 patients sur 10 attendent moins d'une heure avant le début des soins ce qui se rapproche de nos résultats (42). Nos résultats s'éloignent cependant de la médecine générale dont les patients estiment à 68% attendre moins de 30 minutes en salle d'attente selon le travail du Dr Christophe (43).

Dans son rapport, la DREES analyse deux durées que nous n'évoquons pas dans nos résultats. Le délai entre l'arrivée et l'enregistrement auprès de l'accueil ainsi que le délai après enregistrement jusqu'à prise en charge par l'IOA. Ces temps sont courts : 75% des patients attendent moins de 5 minutes avant leur enregistrement puis la moitié des patients sont vus par l'IOA dans les 4 minutes qui suivent l'enregistrement (42). Ces délais valident en majorité l'objectif de la SFMU qui recommande que la première évaluation soit faite dans les 30 minutes après l'arrivée des patients aux urgences (44). Ce délai reflète une qualité de soins et permet aux soignants d'orienter au mieux leurs patients. En effet, la DREES rapporte que ce délai varie selon les caractéristiques des patients et est raccourci selon le mode d'arrivée, le motif donné par le patient et l'âge (42). De plus, le délai d'attente avant les soins est plus court si le triage retrouve un pronostic vital engagé, de fortes douleurs ou une agitation. A l'inverse, le délai d'attente avant le début des soins sera plus long pour les motifs dermatologiques, rhumatologiques et traumatologiques ainsi que pour les personnes âgées.

Comparativement, les CSNP ne bénéficient pas d'IOA avant les premiers soins ce qui peut interroger sur la sécurité des patients s'y présentant. Cependant, les CSNP disposent de plusieurs solutions afin de de conserver un seuil de sécurité. La première est similaire aux SU et représentée par la secrétaire d'accueil qui peut présenter à l'équipe médicale les dossiers lui paraissant à risque. Pour aller plus loin, il serait intéressant de se questionner sur la

formation médicale des secrétaires pour imaginer éventuellement une formation orientée pour des soins considérés comme urgents. D'autres part, les patients se présentant autrement que par leurs propres moyens bénéficient obligatoirement d'un avis de la part de l'équipe soignante. En effet, les patients du CSNP M réorientés par les urgences ont d'abord été bilantés par l'IOA. A propos du CSNP P, chaque patient amené par une ambulances ou les pompiers est présenté à l'infirmière du centre qui au besoin en réfère au médecin posté. Nos résultats n'ont pas pu montrer de différence statistiquement significative concernant la durée d'attente des patients arrivés par ambulance ou avec les pompiers. Néanmoins, la tendance est en faveur d'un délai plus court avec une médiane de 24 minutes contre 40 pour les autres. En revanche, la médiane était similaire concernant le groupe « CCMU 3 » comparativement aux autres patients du CSNP P. A l'inverse, le seul patient classé CCMU 3 au CSNP M a immédiatement été pris en charge.

Ainsi, selon l'avis favorable donné par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) relatif au temps d'attente pré médicale aux SU et basé sur 76% des patients pris en charge dans les 60 minutes (45), nous évaluons nos résultats comme étant rassurants non seulement en termes de sécurité mais également de qualité. Une sécurité supplémentaire est représentée par un contrôle possible pour chaque enregistrement jugé à risque. Par ailleurs, bien que nos résultats soient non significatifs, ils montrent une tendance d'adaptation de l'équipe soignante face aux situations à risque.

2.10. TEMPS DE PRISE EN CHARGE MEDIALE

La durée totale de passage étant l'association de l'attente pré médicale plus la durée de prise en charge médicale, nous avons souhaité étudier ce temps crucial. Les rapports

concernant les SU ainsi que le travail de Lallier n'évoquent pas cette temporalité mais uniquement la durée totale des passages. Nos résultats montrent que plus de deux tiers des patients bénéficient d'un temps de soins de moins d'une heure. Ce temps évidemment plus long qu'au cabinet de médecine générale (en moyenne 15 à 18 minutes) (46,47) dont la durée est rallongée lors des soins non programmés (9), peut simplement s'expliquer par un fonctionnement différent et non comparable.

Nos résultats ont montré que ce temps était significativement plus long dans les deux CSNP concernant les patients dont le diagnostic retenu était « entorse/contusion/plaie non suturée ». Il était également significativement plus important concernant les patients adressés par l'IOA ou ceux arrivés en ambulances/pompiers. Ce temps était en outre significativement plus long concernant les patients du CSNP M âgés de plus de 70 ans. Au sein du CSNP P, ce temps n'était pas significativement différent mais la tendance était en faveur d'un temps plus long. Les patients classés CCMU 3 ont présenté deux extrêmes selon les CSNP, une prise en charge fulgurante à Mulhouse mais significativement plus longue à Pfastatt. Les résultats concernant les patients adressés au SU étaient superposables à ceux des CCMU 3.

Ces données sont concordantes avec celles de la DREES qui montre que le temps de passages aux urgences va croissant avec la quantité de soins et d'exams (42). En effet, les groupes dont la prise en charge médicale était plus longue ont significativement bénéficié de plus d'exams complémentaires (groupe « entorse/contusion/ plaie non suturée », groupe « IOA », groupe « ambulances/pompiers »). Pour ceux dont ça n'a pas été le cas, groupes « >70 ans », « CCMU 3 » du CSNP P, « SU » du CSNP P, cela peut témoigner de dossiers plus complexes nécessitant un temps de soins plus long. Concernant finalement les deux patients adressés au SU par le CSNP M, la rapidité de prise en charge peut être expliquée d'une part

par leurs pathologies (suspicion de rupture d'ulcère et luxation de coude) dont la prise en charge doit être rapide mais également par la proximité du SU et l'absence d'attente de transport pour faire le transfert.

Nos résultats mettent en évidence des prises en charges rapides et adaptées au niveau de soins. Une réactivité exemplaire est observée concernant les patients orientés vers le SU depuis le CSNP M ce qui témoigne de l'intérêt de la proximité CSNP/SU.

2.11. REGROUPEMENTS SYSTEMIQUES

La traumatologie était largement majoritaire parmi les autres systèmes. Une différence de 15% entre les deux CSNP et en faveur du CSNP P. Parmi les diagnostics, la plus grande différence concerne « entorse/contusion/plaie non suturée ». Cela pourrait être expliqué par l'attrait que représente le CSNP P pour les patients qui le connaissent et qui ont connaissance de son champ d'activité à l'inverse du CSNP M. Par ailleurs, la proportion de traumatologie située entre 39,7% à 54,9% des passages concordent avec les 44% observés par Mesnier dans le centre d'Aunay-sur-Audon (1), ainsi qu'avec les taux retrouvés par Lallier qui se situent entre 26% et 46% (34). Ils correspondent également aux 48% du SU établis par la DREES (15). Elle était significativement plus représentée au sein des groupes « IOA » et « ambulances/pompiers ». La tendance était inversée concernant les groupes « CCMU 3 » ou « SU » pour lesquels un seul patient sur sept présentait une pathologie traumatique. La plus faible proportion de traumatologie parmi les dossiers plus lourds pourrait témoigner d'un jugement plus aisé de la gravité par des usagers mais également par les professionnels de santé permettant un adressage immédiatement hospitalier pour les cas les plus graves.

Le classement des pathologies somatiques se rapproche de celui observé pour les soins urgents de villes (15). La rhumatologie, la dermatologie et l'ORL sont les trois premiers systèmes observés dans les deux CSNP avec l'infectiologie qui représente la majorité des diagnostics dermatologique et ORL. La rhumatologie et la dermatologie n'étaient pas évoquées par Lallier mais l'ORL représentait le deuxième recours au CSNP. La psychiatrie n'a été représentée qu'au CSNP M par seulement 0,56% des passages. Elle ne représentait également que 0% à 1% selon Lallier (34) et 2,5% concernant les usagers des urgences étudiées par la DREES (15).

La microchirurgie fait du CSNP P l'une de ses particularités. Ces soins auxquels l'équipe soignante est habituée à Pfastatt sont peu pratiqués au CSNP M. La récente ouverture du CSNP M ainsi que le besoin d'une formation spécifique pourraient expliquer cette différence.

Le classement de nos résultats par systèmes montre que le champ d'activité des CSNP reflète des soins urgents. Ces soins se rapprochent des SU selon que l'on considère la place prépondérante de la traumatologie. En revanche, ils s'approchent des soins urgents de ville du point de vue des troubles somatiques. Malgré une différence concernant la traumatologie, on observe une similitude dans la diversité de type de soins des CSNP. Cette orientation de soins qui se trouve entre le SU et les soins urgents de ville reflète un intermédiaire unique et répond à la DSNP dont les CSNP sont à l'origine.

2.12. DIAGNOSTICS

Les 5 premiers diagnostics retenus résument à eux seuls plus de 50% des consultations et soulignent les besoins spécifiques de la population en demande de SNP. Le diagnostic majoritaire « entorse/contusion/dermabrasion » représente 29,1% à 38,8% des

consultations. Ce groupement entorse/contusion/dermabrasion a été créé car nous avons au préalable constaté que ces motifs étaient fréquents, souvent associés, et parfois difficiles à distinguer. En outre leurs prises en charge étant souvent proches, nous les avons associés. L'association « entorse/contusion/dermabrasion » représente le type de prises en charge attendues dans les CSNP, urgentes, non graves et requérant un accès à un plateau technique.

Par ailleurs, la multiplicité des diagnostics retenus lors de notre travail témoigne d'un vaste champ de compétences des CSNP qui peuvent par conséquent ouvrir leurs portes à un maximum de patients.

Bien que le manque de puissance de notre étude ne nous ait pas permis beaucoup d'associations significatives en groupe ou sous-groupe selon les diagnostics, nous avons observé que le diagnostic de « lipothymie/malaise/syncope » a plus été attribué aux patients adressés par ambulances/pompiers ainsi qu'à ceux du CSNP P âgés de plus de 70 ans. Ce résultat suggère la possibilité de se projeter à priori pour certaines populations. Cela permettrait une attention particulière en certains points ainsi qu'une orientation optimale de la prise en charge et de l'adressage initial.

A l'image du diagnostic principalement retenu mais également au vu de la diversité d'activité des CSNP, nos résultats concordent et confortent le projet de soins des CSNP en termes de besoins de soins urgents et d'accès à un plateau technique.

2.13. EXAMENS ET SOINS

Plus de la moitié des usagers étudiés dans notre travail ont bénéficié d'actes diagnostiques ou soins IDE, soit 53,1% pour le CSNP M et 75,5% pour le CSNP P. La DREES rapporte un taux de 75% d'usagers ayant bénéficié d'un acte diagnostique ou geste

thérapeutique au SU sans spécifier la participation de l'IDE (15). Ce chiffre chute à 10,2% durant les consultations de recours urgents ou non programmées en médecine générale (9). En revanche en médecine générale non programmée, 11% des patients ressortent de consultation avec une ordonnance pour une biologie, 10% pour des radiographies mais seulement 4% pour des soins infirmiers. Ces taux sont supérieurs à ceux des CSNP étudiés dont 5,9% à 8,9% des patients quittent le service avec une ordonnance pour réaliser des examens complémentaires ambulatoires dont la nature n'est pas connue.

Nos résultats se rapprochent du SU et surtout ils témoignent de l'intérêt pour les CSNP de disposer d'un plateau technique ainsi que d'infirmières présentes durant les soins. Le peu d'examens complémentaires prescrits à la sortie des patients montre et permet une certaine autonomie de la part des CSNP. Le plateau technique recommandé par l'ARS et rendu accessible dans les CSNP participe et favorise leur réponse à la mission de soins pour laquelle ils sont prévus.

La radiographie était l'acte le plus souvent réalisé dans notre étude. Elle a été réalisée dans plus d'un tiers des consultations, soit 38% au CSNP M et 46,8% au CSNP P. Les sous-groupes « entorse/contusion/dermabrasion », « IOA » et « Ambulances/pompiers » ont bénéficié de plus de radiographies que les autres patients. Ces taux sont légèrement au-dessus des usagers des SU (33% selon la DREES (15)) et supérieurs aux 27,8% du centre d'Aulnay-sur-Odon évoqué par Mesnier (1) et aux 10% de patients ressortant de consultation non programmée en médecine générale avec une ordonnance pour radiographies .

Ces résultats montrent l'intérêt de la radiographie standard qui reste un examen essentiel. Il permet une prise en charge rapide et adaptée des patients attendus dans les CSNP en termes de pathologies et de gravité.

Nos résultats ont montré que les soins IDE réalisés étaient différents entre les deux CSNP, soit 45,6% pour les CSNP P et 10,6% pour le CSNP M. Ces différences peuvent s'expliquer de plusieurs façons en commençant par le type d'activité. En effet la traumatologie et la microchirurgie qui sont les grands pourvoyeurs de soins sont plus représentés au sein du CSNP P. De plus, l'acte infirmier n'étant pas cotable au CSNP M, certains soins ont pu être adaptés : comme par exemple le cas d'une entorse pour laquelle la mise en place d'une attelle serait préférée à un pansement alcoolisé qui serait expliqué et prescrit mais non réalisé au CSNP M. De surcroît, l'IDE du CSNP M était seul versus deux au CSNP P lui laissant moins de temps pour réaliser autant de soins IDE.

Cependant, en pratique, l'activité réalisée par les IDE est sous-évaluée. Les IDE facilitent le bon fonctionnement des CSNP : elles installent les patients, les constantent et réalisent un travail administratif spécifique que les secrétaires n'auraient ni le temps ni les connaissances pour le réaliser. Les IDE secondent les médecins dans leurs consultations et améliorent la qualité des soins sans que cela ne puisse être évalué par des actes référencés.

Ainsi, bien qu'une différence soit observée concernant les soins réalisés dans les deux CSNP, la présence des IDE paraît essentielle à la bonne activité de ces derniers.

L'ECG a été réalisé pour 3,8% à 4,5% des usagers étudiés. Ce taux intermédiaire est légèrement supérieur aux 1,2% pratiqués lors des consultations non programmées en médecine générale (9,48). C'est en revanche largement inférieur aux 19% observés par la DREES concernant les usagers des SU (15). Ce taux reflète les pathologies et le niveau de gravité des usagers. Son utilisation répond aux besoins de l'aspect somatique des patients pris en charge dans les CSNP ; bilan de malaise, douleurs thoraciques etc... De plus il assure

une sécurité concernant la sortie des patients aux pathologies somatiques à risque de se dégrader. L'exemple représentatif concerne le patient orienté par le CSNP M au SU pour suspicion de perforation d'ulcère gastrique seulement après réalisation d'un ECG permettant d'écartier une urgence cardiovasculaire vitale.

La biologie a été l'examen le moins réalisé durant notre semaine d'étude, soit 0,4% des usagers du CSNP P et 4,5% au CSNP M. Ce taux est largement inférieur à celui observé par la DRESS à propos des usagers des SU, soit 28% (15). Il est également inférieur au taux de prescriptions en sortie de consultation non programmées avec un médecin généraliste (9). En revanche, il est superposable aux 1,6% rapportés par Mesnier concernant le centre d'Aulnay-sur-Odon (1).

Le faible besoin en biologie que nous avons observé est cohérent avec la littérature. Il peut être mis en relation avec le type de patientèle pris en charge. En effet, la traumatologie prime et elle nécessite davantage de radiographies que de biologies. De plus, le faible taux de biologie est en accord avec le faible niveau de gravité clinique attendu dans les CSNP. La différence entre les deux CSNP pourrait être expliquée par une sur représentation de la médecine au CSNP M par rapport au CSNP P mais également par une accessibilité différente à la biologie. En effet, le CSNP M se situe en face du SU où le laboratoire s'est engagé à traiter ses prélèvements en urgence avec un accès informatique aux résultats permettant une rapidité de prise en charge. A l'inverse, les biologies du CSNP P doivent être adressées au laboratoire de ville par courtier ou par tiers, puis être traitées et faxées. La démarche est plus chronophage à l'image du groupe « PECm > 120 minutes » du CSNP P dans lequel la biologie est significativement plus présente. Ce temps peut être un frein à la prescription de la biologie par le CSNP P. Par ailleurs, bien que la biologie ait peu été utilisée elle n'en reste pas moins

utile. Elle contribue aux bilans diagnostics et permet d'orienter les prises en charge. Lorsqu'elle est réalisée dans la journée, elle évite au patient d'être réadressé pour un contrôle et participe ainsi à l'autonomie des CSNP.

Le plateau technique dont bénéficient les CSNP correspond à l'activité qui règne en son sein. La radiographie est prépondérante à l'image de la traumatologie qui domine parmi les autres diagnostics systémiques. L'IDE trouve sa place dans les soins spécifiques qui sont réalisés dans les CSNP mais également dans le perfectionnement du fonctionnement des CSNP dont l'évaluation ne peut se faire par une cotation d'acte de soins. Enfin, bien que rares, l'ECG et la biologie complètent les compétences des CSNP et les rendent plus autonomes. Ils participent également à une prise en charge plus rapide, plus complète et plus sécuritaire.

2.14. MODES DE SORTIE

Le retour à domicile a représenté la quasi-totalité des sorties, soit 98% à 99% des passages. Ce taux est cohérent avec les 85% à 97% observés par Lallier et témoin du bon fonctionnement des CSNP dont le but est de prendre en charge des soins aigus non graves (34).

Le mode de sortie principal a été le retour à domicile sans transfert ni réadressage ni contrôle. Il a représenté 62,9% des patients pour le CSNP P et 79,9% pour le CSNP M. En moyenne ce sont donc plus de deux tiers des consultations pour lesquelles une solution complète est apportée au motif du patient. Ces chiffres témoignent de l'efficacité et de l'autonomie de ces structures dont le type de passages nécessite un grand nombre de soins. L'exemple parlant est celui du groupe « entorse/contusion/dermabrasion », significativement plus associé au mode de sortie « FIN ». Le bilan radiologique pouvant immédiatement être

réalisé sur place est un atout de taille comparativement à un patient dont la prise en charge de ville nécessiterait une deuxième consultation auprès du MG après avoir réalisé les radiographies en ambulatoire.

La différence entre les deux centres peut s'expliquer par des prises en charge et un fonctionnement différent. La traumatologie et la microchirurgie plus représentées dans le CSNP P nécessitent plus de suivi que les pathologies médicales du CSNP M, ce qui peut expliquer un plus faible taux de dossiers clos en fin de consultation.

L'adressage au confrère a été réalisé dans 11% des cas pour le CSNP P et pour 15% dans le CSNP M. Pour chacun des centres, la moitié des adressages s'est faite vers le spécialiste et l'autre moitié vers le médecin traitant. L'infériorité d'adressage par le CSNP P s'explique par une pratique différente. En plus de bénéficier de plus de traumatologie et de microchirurgie, le CSNP P prend en charge ces pathologies dans leur intégralité sauf exception et fait donc moins appel aux confrères.

Les taux de réadressage sont inférieurs à ceux observés par la DREES pour les SNP en MG. En ville, le médecin généraliste conseille un recours à 12% de ses patients vers un spécialiste et 24% vers leur médecin traitant. Cette supériorité de réadressage peut d'une part s'expliquer par la difficulté de prévoir un contrôle lorsque le médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant. D'autre part, l'absence de plateau technique disponible pousse le praticien à prescrire des examens en ambulatoire motivant plus de consultations de suivi que s'il avait pu réaliser l'examen sur place.

La part des sorties avec un contrôle prévu montre une nette différence entre les deux CSNP, soit 3,4% au CSNP M et 24,1% au CSNP P. Cette différence reprend l'explication ci-

dessus. Le CSNP P prend en charge une plus grande part de patients qui nécessitent un suivi ce qui pourrait être à l'origine de cette différence. Le détail de ce sous-groupe fait l'objet d'une discussion dans l'objectif secondaire.

Le mode de sortie « Transfert », incluant les hospitalisations directes en service ou vers un SU a été rare, soit 1,1% à 1,7%. Les transferts ont significativement été plus réalisés au sein du groupe « CCMU 3 » du CSNP P, ainsi que pour le groupe « >70ans » du CSNP P et pour le groupe « ambulances/pompiers » dans lequel les sous-groupes « >70ans » et « CCMU 3 » étaient également plus représentés. Les patients adressés par les ambulances ou pompiers sont donc une population plus à risque d'être transférée, justifiant un tri de ces derniers à leur arrivée. L'absence de patient directement adressé par ambulances/pompiers avant d'être trié par l'IOA pourrait expliquer le plus faible taux de transfert par le CSNP M.

Ces taux sont inférieurs aux 20% d'hospitalisation des SU qui témoignent d'une complexité de prise en charge plus lourde qu'aux CSNP (20). Ils sont également en dessous des 3% à 15% observés par Lallier dont le plus fort taux d'hospitalisation pourrait être expliqué par un fonctionnement influencé par la récente transformation de SU en CSNP (34). Les SNP de ville requièrent également plus d'hospitalisation selon la DREES qui en observe 5% (9).

Finalement, l'analyse des modes de sorties met en lumière l'organisation adaptée, efficace, sécuritaire et autonome des CSNP. En effet, un maximum de patients rentrent à domicile après leur consultation et un minimum est hospitalisé. De plus, lorsqu'un suivi est nécessaire, les CSNP savent aussi bien réaliser celui-ci que réadresser leurs patients. Cela souligne la polyvalence dont ils peuvent faire preuve et valide le projet mené par Mesnier et les ARS qui proposent des modélisations à adapter autant que nécessaire (1,49).

2.15. CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES AUX URGENCES

Nous avons opté pour la classification CCMU afin d'évaluer la gravité des passages aux CSNP. Bien que dédiée aux SU, elle a l'avantage d'être connue des médecins et d'être comparable. De plus, la CCMU est une classification clinique et peut donc être utilisée dans un CSNP. Enfin, c'est la classification CCMU qu'a retenue le député Mesnier dans son rapport concernant les projets de CSNP ainsi que la DREES et Lallier(1,15,34).

Nos résultats ont montré que la quasi-totalité des passages a été classée CCMU 1 ou 2, soit 97,9% et 98%. Ils se rapprochent des résultats observés par Lallier (87% à 97%). Mais ils sont inférieurs à ceux observés par la DRESS concernant la DSNP de ville ainsi qu'au SU. De façon attendue, le faible niveau de gravité de nos patients était plus important qu'aux SU dans lesquels la DREES a observé 88% de CCMU 1 et 2. De façon plus surprenante, les médecins généralistes ont été seulement 68,8% à classer leurs patients en CCMU 1 ou 2. Cette différence peut être expliquée par un plus faible taux de traumatologie en MG qu'aux SU ou CSNP. En effet, nos groupes « entorse/contusion/plaie non suturée » représentent le diagnostic majoritaire et sont associés à la classification CCMU 2 mais ne comprennent aucune CCMU 3. De plus la DREES observe au SU que la part des patients hospitalisés n'est représentée que par 20% de traumatologie alors qu'elle représente 48% des passages. Inversement, la traumatologie présente un taux d'hospitalisation faible de 8% (15).

Les CCMU 3 ont représenté 0,6% à 2,1% des usagers. 100% d'entre eux présentaient des troubles somatiques non traumatiques ce qui corrobore l'hypothèse de gravité plus importante concernant les soins urgents de MG. De plus, cette classe était plus associée au mode d'arrivée « ambulance/pompier » et au groupe « PECm >120min » au CSNP P justifiant

de l'attention particulière à apporter à l'arrivée des usagers transportés par moyens spécialisés.

La différence observée parmi les CCMU 3 des deux CSNP étudiés peut s'expliquer par des modes de fonctionnement différents. La proximité du SU pour le CSNP M qui n'a pris en charge qu'un patient à risque peut être un facteur protecteur concernant l'admission de patients à risques. En revanche, la situation intra hospitalière et la possibilité d'hospitaliser des patients pour le CSNP P peut être un facteur de risque d'admettre des patients qui justifient un plus haut niveau de soins.

Le taux de CCMU 3 était légèrement inférieur aux résultats observés par Lallier (2 à 10%) dont les taux peuvent être hauts du fait de la récente transformation de SU en CSNP. Nos résultats sont également inférieurs à ceux observés par la DREES (11% au SU, 30% en soins aigus de MG). Ces différences pourraient être expliquées par le fait que les patients dont l'état est susceptible de s'aggraver concernent essentiellement les tentatives de suicide ou les problèmes somatiques dont la part est nettement supérieure en MG comparativement aux SU et CSNP (9).

Aucun CCMU 4 ou 5 ni décès n'a été recensé parmi les patients étudiés à l'inverse de Lallier qui a observé un taux de CCMU 4 entre 0,2% et 1% dans ses CSNP. La DREES a observé au SU 2 % de CCMU 4, 0,4% de CCMU 5 et 0,1% de décès DREES. Les chiffres de la MG restent plus élevés que ceux des CSNP et montrent 1,2% de CCMU 4 et 5 ainsi que de rares décès.

Le niveau de gravité augmente avec l'âge concernant les patients des SU ou ceux soignés pour des SNP en MG. Ce phénomène n'est pas retrouvé au sein de notre population dans laquelle les groupes « >70 ans » ne sont pas significativement plus associés au niveau de

gravité CCMU 3. Cela est cohérent avec l'absence de restriction observée concernant l'âge dont les plus de 70 ans représentent une part non négligeable des passages.

Ainsi, nos résultats sont cohérents avec l'unique littérature étudiant la CCMU dans les CSNP et montrent un risque de gravité inférieur aux soins urgents en MG de ville que nous mettons en relation avec le type de pathologies pris en charge. D'autres part, ils valident l'objectif fixé par Mesnier qui envisage un maximum de passages CCMU 1 et 2. Enfin, l'absence de CCMU 4 et 5 permet de valider le critère de sécurité des CSNP pour lesquels le risque d'attirer des patients en urgence vitale est écarté.

Nous rappelons à cet égard que dans le cadre de la sécurité et au risque d'attirer des dossiers inadaptés dans les CSNP, certains dossiers ont fait l'objet d'un tri de la part du médecin du CSNP. Ce tri ne concernait pas les patients venus par leurs propres moyens qui, eux, ont tous été acceptés. Le tri ne concernait que les patients orientés par l'IOA ou les ambulances/pompiers dont certains ont pu être récusés après avoir été jugés inadaptés. Les patients concernés étaient évalués avant d'être récusés afin d'éliminer toute urgence vitale. Nous regrettons l'absence d'informations concernant ces dossiers qui nous auraient permis de créer une typologie de patients considérée comme inadaptée permettant l'optimisation des orientations. En revanche, aucun patient qui s'est présenté par ses propres moyens n'a été récusé.

3. OBJECTIF SECONDAIRE : LES PATIENTS RECONVOQUES

La reconvoication est une exception parmi les passages au SU et n'est pas évoquée dans le travail de Lallier ni par Mukendi (34,37). A l'inverse, le suivi fait partie intégrante de la médecine générale. Une fois de plus, les CSNP se sont situés à l'intermédiaire entre les deux. Nous rappelons que les CSNP sont par définition prévus pour prendre en charge les soins aigus et cela sans prise de rendez-vous. Malgré tout, les passages des CSNP n'ont pas été représentés que par des « nouveaux passages » mais également par des patients venus pour « contrôle » après avoir été reconvoqués. Ces derniers ont fait partie du quotidien des CSNP étudiés.

Dans notre étude, la part des patients reconvoqués était largement supérieure au CSNP P comparativement au CSNP M, respectivement 30,1% des passages et 3,8%. Cette différence peut d'une part s'expliquer par une organisation différente des deux CSNP. Le CSNP P est la transformation d'une polyclinique en CSNP. Celle-ci avait pour habitude de réaliser le suivi aigu de ses patients. Or, le CSNP M est une nouvelle structure sans historique. Informé de l'absence théorique de prise de rendez-vous et de suivi, la prise en charge du CSNP M a pu immédiatement être orientée et organisée en ce sens. D'autre part, la typologie plus spécialisée des passages au CSNP P peut être impliquée dans cette différence.

La traumatologie est restée majoritaire au sein des groupes « contrôle prévu » et était également plus représentée que dans les « nouveaux passages ». Par ailleurs, on observe une différence concernant les diagnostics. D'une part le sous-groupe « entorse/contusion/dermabrasion » était moins observé que dans les nouveaux passages.

D'autre part, la proportion de fractures était plus importante dans les deux centres et significativement plus pour le CSNP P. La microchirurgie n'a concerné que les contrôles effectués par le CSNP P et était significativement plus représentée que dans les « nouveaux passages ». Les pathologies d'ordre somatique (hors traumatologie et microchirurgie) n'ont concerné que 14,3% des usagers du CSNP M et 17,8% pour le CSNP P versus 57,5% et 39,9% pour les « nouveaux passages ».

L'activité des contrôles a concerné des domaines plus spécialisés que les « nouveaux passages », notamment les fractures et la microchirurgie. Plusieurs explications pourraient être avancées en commençant par la préférence du réadressage des pathologies médicales en contrôle auprès du médecin traitant plutôt qu'au CSNP. En ce qui concerne les pathologies plus spécialisées, les CSNP se considèreraient en mesure et consentiraient à réaliser ce suivi plutôt que d'adresser les usagers au médecin traitant dont ce n'est pas l'activité habituelle. Enfin, le souhait des patients peut être un argument dans l'hypothèse selon laquelle ils seraient rassurés de réaliser le suivi au sein de la structure ayant démarré leur prise en charge.

Les consultations de contrôles ont eu l'avantage d'être plus rapides en ce qui concerne le temps d'attente mais également le temps de prise en charge. Une association significative a été montrée pour CSNP P. Parallèlement, elles ont nécessité moins d'actes à visée diagnostique mais plus de soins IDE. Bien que ces soins IDE puissent être prescrits en ambulatoire, on considère l'intérêt du jugement médical qui est porté par le médecin lors de la consultation de contrôle et qui justifierait qu'elle soit réalisée au CSNP.

Du point de vue de la population, 100% de ces patients se sont présentés par leurs propres moyens. Ce taux peut signifier que l'indication initiale nécessitant un transport spécialisé a été bien prise en charge par les CSNP. Les CSNP participeraient à rendre une forme d'autonomie à leurs patients.

Nous avons également remarqué que le taux de déclaration du médecin traitant n'était pas inférieur par rapport aux « nouveaux passages ». Ce taux pourrait d'une part confirmer l'indisponibilité des médecins traitants à court terme. Les autres hypothèses pourraient rejoindre celles exposées ci-dessus concernant la spécificité du suivi plus adapté au CSNP que chez le médecin traitant.

En outre, nous avons observé que les patients reconvoqués avaient plus de probabilité que les autres d'être reconvoqués ce qui est cohérent avec le besoin de soins des pathologies mises en avant. Pour autant, une partie des patients venus pour contrôle a été réadressée ce qui témoigne de la vigilance accordée aux usagers pour lesquels le soignant reconnaît les situations dans lesquelles il doit se rapprocher d'un confrère.

Ainsi, nous constatons que la population reconvoquée se distingue par ses pathologies mais également par ses soins, plus spécialisés et moins graves. Par ailleurs, bien que le suivi de soins aigus ne fasse pas parti des objectifs énumérés par l'ARS et Mesnier (1)(49), nous soulevons l'intérêt de réaliser ce dernier à court terme dans les CSNP. Nous considérons effectivement que cette prise en charge est cohérente et va dans le prolongement de l'idée initiale qui est de soulager le SU. Ce suivi à court terme permettrait également d'offrir une solution alternative à la médecine générale. De plus, le fait d'assurer le suivi plutôt que

d'imposer une suite en dehors du CSNP peut participer à la réassurance que recherchent les patients (18,19).

La prise en charge de patients reconvoqués est un nouvel exemple d'adaptation des CSNP qui nous paraît approprié à la situation sanitaire actuelle. Un travail complémentaire concernant l'avis des usagers, de leurs médecins traitants mais également celui des spécialistes serait intéressant afin d'optimiser les suivis tout en conservant des soins de qualité.

CONCLUSION

Notre travail s'intéresse à l'une des réponses proposées par l'ARS concernant les besoins de soins ressentis comme urgents par les patients : les CSNP.

La modélisation proposée pour les CSNP regroupe deux entités différentes de par leur émergence et leur fonctionnement. Le CSNP M désigne une structure libérale accolée au SU tandis que le CSNP P correspond à un service intégré au sein d'un CH public.

Nous avons étudié le fonctionnement de ces deux CSNP. Nos résultats montrent que la population étudiée a concerné tous les âges. Elle était plus jeune que la population de MG mais se rapprochait de celle des SU et de ceux ayant recours aux SNP en MG. Bien que les patients étudiés aient majoritairement déclaré un MT, cela est cependant inférieur à la moyenne du territoire d'étude. Le plus grand nombre de patients était originaire de M2A. Une majorité des usagers s'est présentée par ses propres moyens concernant le CSNP P et par réadressage de l'IOA concernant le CSNP M. Le temps d'attente avant le premier contact médical était proche de celui des urgences néanmoins la prise en charge médicale a montré une tendance plus rapide, ce qui engendre un temps de passage total court. Par ordre de fréquence décroissant, la traumatologie suivie par la rhumatologie, l'ORL, la dermatologie et la microchirurgie ont concerné la majorité des passages. Le diagnostic principalement retenu était l'association « entorse/contusion/plaie non suturée ». Une majorité de patients a bénéficié d'actes diagnostiques types radiographies ou soins IDE. Ce sont 98% des passages qui ont été classés CCMU 1 ou 2 sans aucun décès ni urgence vitale répertoriée. Le retour à

domicile a représenté plus de 98% des sorties dont une majorité de cas avec un dossier clôturé.

Les reconvoctions, majoritairement représentées par la traumatologie, étaient rares au CSNP M mais ont constitué presque un tiers des passages du CSNP P. La microchirurgie n'a pas fait partie des contrôles du CSNP M alors qu'elle était significativement plus représentée parmi les contrôles du CSNP P. Ces résultats montrent la spécificité d'activité dont chaque CSNP peut faire preuve. Ils témoignent également de l'adaptation dont les CSNP sont capables en réalisant des soins des contrôles non envisagés dans leurs modélisations mais dont le service rendu paraît adapté à la situation sanitaire actuelle.

Les objectifs de missions des CSNP sont ainsi validés. Les CSNP sont effectivement autonomes et procurent des soins urgents, rapides, techniques sans attirer d'urgences vitales. Parallèlement, la souplesse de leur modèle a permis aux CSNP de s'adapter et de compléter leur offre de soins en mettant en place un suivi à court terme des pathologies spécifiques. Nos résultats montrent que les CSNP pourraient prendre une place de choix en médecine ambulatoire et constituer le chaînon manquant entre les SU et la médecine générale grâce à leur atout majeur représenté par leur plateau technique. Leur développement pourrait constituer une réponse cohérente et déterminante concernant la mission essentielle de l'accès aux soins.

Notre étude d'activité des CSNP a permis d'aborder de manière reproductible et comparable un premier aspect des CSNP. Un travail ultérieur pourrait évaluer la viabilité et le bénéfice de telles structures selon un aspect médico économique. Il serait parallèlement pertinent d'étudier l'impact de ces structures sur l'activité des SU.

Strasbourg, le ^{VU} 6 avril 2022

Le président du jury de thèse

Professeur *S. B. Sibilia*



VU et approuvé
Strasbourg, le 13 AVR. 2022

Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

P.O. Professeur Jean SIBILIA




ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE CSNP M

Étiquette patient Ou Nom : Prénom : Age : Sexe :	Date : Heure arrivée (admission avec IDE) : Heure début de prise en charge (installation en box) : Heure de fin de prise en charge (sortie de box) :		
Questionnaire IDE/médecin			
1. Mode d'arrivée :			
1. IOA <input type="checkbox"/>	2. Moyen personnel (pas de passage IOA) <input type="checkbox"/>	3. Pompiers directement <input type="checkbox"/>	4. Ambulance directement <input type="checkbox"/>
2. Ville d'habitation :			
3. Médecin traitant : OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>			
4. Nouveau passage : <input type="checkbox"/> Reconvocation prévue : <input type="checkbox"/>			
5. Motif d'accueil = plainte du patient : remplir par médecin ou IDE (si reconvoication alors à remplir par médecin : expl : contrôle radio, contrôle clinique, suite de soins plaie, ablation fils, etc...)			
6. Examens complémentaires / Soin(s) :			
- Radiographie / échographie <input type="checkbox"/>			
- Biologie <input type="checkbox"/>			
- ECG <input type="checkbox"/>			
- Soins infirmier(s) cotable(s) <input type="checkbox"/>			
7. CCMU			
CCMU P : Patient présentant problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie			
CCMU 1 : État clinique jugé stable : abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple. Ex angine, plaie sans suture, malaise vagal non symptomatique			
CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, radiographie), ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences. Ex : entorse, plaie à suturer, fracture fermée...			
CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital. Exemple : Malaise mal étiqueté, angor, douleur thoracique, respiratoire ou circulatoire, AVC, fracture ouverte...			
CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans geste de réanimation immédiat			
CCMU 5 : Pronostic vital engagé. Pratique immédiate de manœuvres de réanimation			
CCMU D : Patient décédé à son arrivée. Pas de réanimation			

8. Diagnostic **établi ou suspecté** à la sortie (si reconvoction : remplir uniquement si diagnostic modifié)

Allergologie : - Allergie divers <input type="checkbox"/> Microchirurgie : - Abscès cutané, panaris, ongle incarné <input type="checkbox"/>	Cardiologie : - Douleur thoracique pariétale <input type="checkbox"/> - Douleur thoracique ischémique ou d'allure ischémique (angor, SCA ST+/-) <input type="checkbox"/> - Décompensation cardiaque <input type="checkbox"/> - EP <input type="checkbox"/> - Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> - TVP <input type="checkbox"/> - HTA <input type="checkbox"/>	Dermatologie : - Ulcère <input type="checkbox"/> - Érysipèle, Phlegmon, Plaie surinfectée <input type="checkbox"/> - Éruption d'allure virale <input type="checkbox"/> (varicelle...)	Divers : - AEG <input type="checkbox"/> - Malaise avec ou sans PC / Syncope / Lipothymie <input type="checkbox"/> - Délivrance de certificat médical (expl coups et blessures) <input type="checkbox"/> - Anxiété généralisée <input type="checkbox"/>
Hépto-gastro-entérologie : - Constipation <input type="checkbox"/> - Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> - Gastrite/ ulcère/RGO <input type="checkbox"/> - GEA <input type="checkbox"/>	Gynécologie : - Métrorragies <input type="checkbox"/> - Infection génitale <input type="checkbox"/> - Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> - Grossesse <input type="checkbox"/>	Neurologie : - Céphalées <input type="checkbox"/> - Confusion <input type="checkbox"/> - Démence <input type="checkbox"/>	Psychiatrie : - Troubles anxieux <input type="checkbox"/> - Dépression <input type="checkbox"/>
Pneumologie : - Asthme <input type="checkbox"/> - B-Pneumoni <input type="checkbox"/> - COVID <input type="checkbox"/> - Dyspnée <input type="checkbox"/>	Ophtalmologie : - Conjonctivite <input type="checkbox"/> - CE <input type="checkbox"/>	ORL/Stomatologie : - Rhinopharyngite / Angine / Otite <input type="checkbox"/> - Douleur dentaire <input type="checkbox"/> - Vertiges <input type="checkbox"/>	Rhumatologie : - Arthrite <input type="checkbox"/> /Tendinite <input type="checkbox"/> - Douleur articulaire <input type="checkbox"/> - Rachialgies/NCB Névralgie/sciatique <input type="checkbox"/>
Toxicologie : - Prise de stupéfiant <input type="checkbox"/> - Effets secondaires médicamenteux <input type="checkbox"/>	Traumatologie : - Brulure <input type="checkbox"/> - Contusion / Plaie non suturée / entorse <input type="checkbox"/> - Fracture simple Membre inf <input type="checkbox"/> - Fracture simple Membre sup <input type="checkbox"/> - Fracture complexe (indication opératoire probable) <input type="checkbox"/> - Plaie suturée <input type="checkbox"/> - TC <input type="checkbox"/>		Uro/néphrologie : - Cystite <input type="checkbox"/> - Colique néphrétique <input type="checkbox"/> - Pyélonéphrite <input type="checkbox"/>

Autre :

9. Devenir du patient : un seul mode de sortie possible (1 à 8) +/- examens prescrits en ambulatoires

1. RAD/FIN <input type="checkbox"/>	2. RAD/Reconvoqué <input type="checkbox"/>	3. Adressé MT pour suite PEC. <input type="checkbox"/>	4. Adressé spécialiste <input type="checkbox"/>
5. Hospitalisation directe en service <input type="checkbox"/>	6. SAU <input type="checkbox"/>	7. Sortie contre avis <input type="checkbox"/>	8. Décès
9. Examens complémentaires ambulatoires <input type="checkbox"/> (si coché, alors cocher une des 8 premières cases en plus)			

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE CSNP P

Étiquette patient

Date :

Heure arrivée (admission avec secrétaire) :

Heure début de prise en charge (installation en box) :

Heure de fin de prise en charge (sortie de box) :

Questionnaire secrétaire/IDE/médecin

1. Mode d'arrivée :

2. Moyen personnel <input type="checkbox"/>	3. Pompiers <input type="checkbox"/>	4. Ambulance <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	---------------------------------------

2. Nouveau passage : Reconvocation prévue :

3. Motif d'accueil : (si reconvocation alors remplir par IDE ou médecin : expl :
contrôle radio, contrôle clinique, suite de soins plaie, ablation fils, ablation plâtre
etc...)

4. Examens complémentaires / Soin(s) :

- Biologie
- Radiologie / Echographie
- ECG
- Soin(s) infirmier codé(s)

5. Devenir du patient : un seul mode de sortie possible (1 à 8) +/- examens prescrits
en ambulatoires

1. RAD/FIN <input type="checkbox"/>	2. RAD/ Reconvoqué <input type="checkbox"/>	3. Adressé MT pour suite PEC. <input type="checkbox"/>	4. Adressé spécialiste <input type="checkbox"/>
5. Hospitalisation directe en service <input type="checkbox"/>	6. SAU <input type="checkbox"/>	7. Sortie contre avis <input type="checkbox"/>	8. Décès
9. Examens complémentaires ambulatoires <input type="checkbox"/> (si coché, alors cocher une des 8 premières cases en plus)			

8. Diagnostic **établi ou suspecté** à la sortie (si reconvoction, cocher que si diagnostic modifié) :

Allergologie : - Allergie divers <input type="checkbox"/> Microchirurgie : - Abcès cutané, panaris, ongle incarné <input type="checkbox"/>	Cardiologie : - Douleur thoracique pariétale <input type="checkbox"/> - Douleur thoracique ischémique ou d'allure ischémique (angor, SCA ST+/-) <input type="checkbox"/> - Décompensation cardiaque <input type="checkbox"/> - EP <input type="checkbox"/> - Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> - TVP <input type="checkbox"/> - HTA <input type="checkbox"/>	Dermatologie : - Ulcère <input type="checkbox"/> - Érysipèle, Phlegmon, Plaie surinfectée <input type="checkbox"/> - Éruption d'allure virale <input type="checkbox"/> - Urticaire <input type="checkbox"/>	Divers : - AEG <input type="checkbox"/> - Malaise avec ou sans PC / Syncope / Lipothymie <input type="checkbox"/> - Délivrance de certificat médical (expl coups et blessures) <input type="checkbox"/> - Anxiété généralisée <input type="checkbox"/>
Hépto-gastro-entérologie : - Constipation <input type="checkbox"/> - Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> - Gastrite/ ulcère/RGO <input type="checkbox"/> - GEA <input type="checkbox"/>	Gynécologie : - Métrorragies <input type="checkbox"/> - Infection génitale <input type="checkbox"/> - Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> - Grossesse <input type="checkbox"/>	Neurologie : - Céphalées <input type="checkbox"/> - Confusion <input type="checkbox"/> - Démence <input type="checkbox"/>	Psychiatrie : - Troubles anxieux <input type="checkbox"/> - Dépression <input type="checkbox"/>
Pneumologie : - Asthme <input type="checkbox"/> - B-Pneumoni <input type="checkbox"/> - COVID <input type="checkbox"/> - Dyspnée <input type="checkbox"/>	Ophthalmologie : - Conjonctivite <input type="checkbox"/> - CE <input type="checkbox"/>	ORL/Stomatologie : - Rhinopharyngite / Angine / Otite <input type="checkbox"/> - Douleur dentaire <input type="checkbox"/> - Vertiges <input type="checkbox"/>	Rhumatologie : - Arthrite <input type="checkbox"/> /Tendinite <input type="checkbox"/> - Douleur articulaire <input type="checkbox"/> - Rachialgies/NCB Névralgie/sciatique <input type="checkbox"/>
Toxicologie : - Prise de stupéfiant <input type="checkbox"/> - Effets secondaires médicamenteux <input type="checkbox"/>	Traumatologie : - Brulure <input type="checkbox"/> - Contusion / Plaie non suturée / Dermabrasion / entorse <input type="checkbox"/> - Fracture simple Membre inf <input type="checkbox"/> - Fracture simple Membre sup <input type="checkbox"/> - Fracture complexe (indication opératoire probable) <input type="checkbox"/> - Plaie suturée <input type="checkbox"/> - TC <input type="checkbox"/>		Uro/néphrologie : - Cystite <input type="checkbox"/> - Colique néphrétique <input type="checkbox"/> - Pyélonéphrite <input type="checkbox"/>

Autre :

9. CCMU

CCMU P : Patient présentant problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie	
CCMU 1 : État clinique jugé stable : abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple. Ex angine, plaie sans suture, malaise vagal non symptomatique	
CCMU2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, radiographie), ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences. Ex : entorse, plaie à suturer, fracture fermée	
CCMU3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital. Ex : Exemple : Malaise mal étiqueté, angor, douleur thoracique, respiratoire ou circulatoire, AVC, fracture ouverte...	
CCMU4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans geste de réanimation immédiat	
CCMU5 : Pronostic vital engagé. Pratique immédiate de manœuvres de réanimation	
CCMU D : Patient décédé à son arrivée. Pas de réanimation	

BIBLIOGRAPHIE

1. Mesnier T, Rance E, Tiphine J, Boisserie-Lacroix L, Haffen E. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. mai 2018 p. 83. [cité 3 mai 2021]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
2. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques, janv 2020; Report No. 1138 [cité 18 févr 2021]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
3. ORS, URML Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature | ORS Pays de la Loire [Internet]. 2017 [cité 13 mai 2021]; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequence_SNP_urml_note.pdf
4. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Sante Publique (Bucur). 2004;Vol. 16(1):63-74.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France: Tome 1 [Internet]. janv 2020 [cité 13 mai 2021]; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
6. Buzyn A, Philippe E. Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. 2017 oct 13 [cité 1 déc 2020]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf
7. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; mai 2017; Report No.1011 [cité 18 févr 2021]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. janv 2021 [cité 13 mai 2021]; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
9. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mars 2006. Report No. 471 [cité 4 janv 2021];

- Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er471.pdf>
10. Boisnault P. Soins non programmés : il y a urgence ! Société Fr Médecine Générale [Internet]. 18 sept 2019 [cité 13 mai 2021]; Disponible sur: http://www.sfm.org/actualites/editorial/soins_non_programmes_il_y_a_urgence.html
 11. Demande de soins non programmé: nos demandes. MG Fr [Internet]. 14 oct 2019 [cité 14 mai 2021] ; Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/2335-demande-de-soins-non-programme-nos-demandes>
 12. Vacheresse Z. Consultations d'urgence en médecine générale : spécificité des besoins en zone rurale et morbidité morphologique. [Internet]. [Thèse de médecine]. Dijon: Université de Bourgogne; 2016 [cité 14 mai 2021]; Disponible sur: https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&sxsrf=AOaemvIl9PyZ-igCuqwALpFHswzrUZ_6TA:1634294043293&q=vacheresse+zacharie+Consultations+d%27urgence+en+m%C3%A9decine+g%C3%A9n%C3%A9rale+:+sp%C3%A9cificit%C3%A9+des+besoins+en+zone+rurale+et+morbidity%C3%A9+morphologique&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwjtnKLfm8zzAhVLYxoKHSp_BNIQBSgAegQIARA2&biw=1439&bih=749&dpr=1
 13. Gallay A-L, Genty T. Les Français et les déserts médicaux [Internet]. oct 2015 [cité 4 janv 2021] ; Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/SondageBVA-CISS-Les-Francais-et-les-deserts-medicaux_original_et_revu.pdf
 14. Toutlemonde F, Boisguérin B, Bergonzoni A, Chaput H, Dahmouh A, Dixte C, et al. Les établissements de santé [Internet]. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques, 2020 [cité 15 oct 2021]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/es2020.pdf>
 15. Carrasco B, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Report No. 212. 2003. [cité 8 févr 2021]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er212.pdf>
 16. Buzyn A. Pacte de refondation des urgences [Internet]. 10 sept 2019. [cité 26 févr 2021] ; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
 17. Grall J. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [Internet]. juill 2015 p. 30. [cité 18 mai 2021]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
 18. Nevers A-L. Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes auto-référés consultant aux urgences et ne relevant pas de son plateau technique: étude qualitative au centre hospitalier de Mâcon. [Internet]. [Thèse de médecine]. Dijon : Université de Bourgogne ; 2017 [cité 5 janv 2021]; Disponible

sur : <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/19801338-94b7-42de-a186-58a6c615fe82>

19. Marti V. Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes non référés, consultant aux urgences du CHU de Dijon et ne relevant pas de son plateau technique: étude qualitative auprès de 20 patients du CHU de Dijon ayant recours au Service d'Accueil des Urgences sans avis médical préalable du 14/12/2015 au 29/02/2016. [Internet]. [Thèse de médecine]. Dijon]: Université de Bourgogne; 2018 [cité 6 janv 2021]; Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/c28b503c-de0e-43df-b177-60f103f6b513>
20. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juill 2014. Report No. 889 [cité 4 janv 2021] ; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
21. Boënnec P. Rapport d'information sur la permanence des soins [Internet]. Assemblée nationale; 2008 oct p. 91. Report No. 1205 [cité 9 mars 2021] ;Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp#P339_95708
22. Caniard É. La place des usagers dans le système de santé. [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique 31 juin 2000;3. [cité 28 oct 2021] ; Disponible sur: <https://www.hscp.fr/docspdf/adsp/adsp-31/ad311214.pdf>
23. Braun F, Berthier F, Boudénia K, Carli P, Chollet-Xémard C, Cibien J-F, et al. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. [Internet] 2015; [cité 15 oct 2021] ; Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/livre-blanc-du-samu-urgences-de-france-organisation-de-la-medecine-en-france-un-defi-pour-lavenir/?pdf=614163>
24. Alleaume S, Boisguérin B, Brilhault G, Coquelet F, Gualbert N, Garrec M-AL, et al. Le panorama des établissements de santé édition [Internet] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2014. p. 174. [cité 28 oct 2021] ; Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/panorama2014.pdf>
25. Cohen L, Génisson C, Savary R-P. Rapport d'informations sur les urgences hospitalières [Internet]. Sénat: Sénat; juill 2017 p. 109. Report No. 685. [cité 15 oct 2021] ;Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
26. Arcuset J-B. Urgences : les données du malaise. [Internet]. Libération. 26 juin 2019 [cité 5 févr 2022] ;Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2019/06/26/urgences-les-donnees-du-malaise_1734773/
27. Veneziano R. La permanence de soins ambulatoire est-elle une solution à l'augmentation de l'activité des services d'accueil des urgences? [Thèse de médecine]. [Strasbourg]. Université de Strasbourg ; 2016.
28. Projet territorial de santé : CPTS de Mulhouse Agglomération. 2020.

29. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 30 avr 2021]; Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=list_geo&p=1&report=r01&selgeo1=epci.200066009&selgeo2=fra.99
30. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070 – Projections de population 2013-2070 pour la France [Internet]. 2016 [cité 15 oct 2021]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>
31. ARS Grand-Est. Centres de soins non programmés en Grand Est : mieux répondre aux besoins de soins urgents [Internet]. 2019 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/centres-de-soins-non-programmes-en-grand-est-mieux-repondre-aux-besoins-de-soins-urgents>
32. LeGénéraliste. Les généralistes réalisent en moyenne 22 consultations par jour [Internet]; 15 mars 2019 [cité 8 févr 2021]; Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/archives/les-generalistes-realisent-en-moyenne-22-consultations-par-jour>
33. Société Française de Médecine d'Urgence. La hausse des passages aux urgences a ralenti en 2019 [Internet]. 2020 [cité 11 févr 2021]; Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews-/new_id/6673
34. Lallier A. Activité des Centres de Soins Non-Programmés de Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [Thèse de médecine]. Université de Poitiers ; 2019 [cité 5 janv 2021]; Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/43ceb45d-6cf6-4b98-bb02-74623b575d54>
35. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes – Un essai de typologie [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juin 2004. Report No. 315 [cité 11 févr 2021]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er315.pdf>
36. Haute Autorité de la Santé. La santé des femmes : l'état des lieux [Internet]. 14 nov 2013 [cité 8 févr 2021]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/intro_has_femmes_13_11_13_vf_3.pdf
37. Mukendi G. Place des centres de consultations non programmées dans le paysage des soins primaires [Internet]. [Thèse de médecine]. Nice : Université de Nice-Sophia Antipolis. 2019 [cité 5 janv 2021]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02436841>
38. Âge moyen et âge médian de la population [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques ; 2022. [cité 9 févr 2021]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
39. Mohin J-B, Diallo A, Nold D. Panorama urgences. Activité des structures d'urgences [Internet]. Agence Régional de Santé; 2015 [cité 3 mars 2021]; Disponible sur:

<https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2016/09/PANORAMA-GE-2015.pdf>

40. Ganem-Chabenet D. Le forfait patients urgences [Internet]. EM Services [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: https://emservice.fr/ems/index.php/2021/01/14/breve_dcg_janvier_2021/
41. République française. Arrêté du 23 février 2021 abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs – Journal Officiel [Internet]. Sect. 30, No : 0056 mars 6, 2021 [cité 4 mai 2021] ; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043220407>
42. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2015 août. Report No. 929 [cité 15 févr] ; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er929.pdf>
43. Christophe N. Evaluation par le médecin et prise en compte de l'attente [Internet]. [Thèse de médecine]. Université d'Angers; 2015 [cité 9 févr 2021] ; Disponible sur: <https://www.rapport-gratuit.com/evaluation-par-le-medecin-et-prise-en-compte-de-lattente/#:~:text=Temps%20d'attente%20Chez%20les%20patients%20les%20résultats%20nous,leur%20médecin%20généraliste%20et%20en%20moyenne%2033%20minutes.>
44. Société française de médecine d'urgence. Urgences : pour sept patients sur 10, les soins débutent dans l'heure qui suit leur arrivée [Internet]. 2015 [cité 2 août 2021] ; Disponible sur: https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/urgences-pour-sept-patientssur-10-les-soins-debutent-dans-l-heure-qui-suit-leur-arrivee-etude-drees-/new_id/57225
45. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? [Internet]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2008 [cité 6 févr 2021] ; Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
46. Breuil-Genier P, Gofette C. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2006 avr Report No. 481 [cité 5 févr 2022] ; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
47. Santélog. Consultation médicale : Quelle durée en moyenne ? [Internet]. 2021 [cité 9 févr 2021] ; Disponible sur: <https://www.santelog.com/actualites/consultation-medicale-quelle-duree-en-moyenne>
48. Barbu E. Indications de la réalisation d'un ECG en médecine générale: une étude rétrospective descriptive dans un cabinet de médecine générale parisien [Internet].

[Thèse de médecine]. Université Paris Descartes; 2019 [cité 23 févr 2021];
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02503654/document>

49. Billiet G, Mauffre G. Modélisation des Centres de Soins Non Programmés (CSNP) dans le Grand Est. Agence Régionale de Santé Grand Est; 2019.



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 : EHRET Prénom : Bastien

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 Mulhouse, le 28/02/22.

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

RESUME

Titre : Description de l'activité des Centres de Soins Non Programmés de Mulhouse Alsace Agglomération.

Introduction : La situation sanitaire actuelle fait état d'un décalage qui s'accroît entre la demande de soins non programmés (SNP) et l'offre qui permet d'y répondre. Ces soins considérés urgents mais sans risque vital ne sont plus suffisamment absorbés par les cabinets de médecine générale de ville mais participent à la surcharge des services d'urgences. Une solution adoptée par l'ARS serait l'installation de CSNP dans les territoires nécessitant dont Mulhouse Alsace Agglomération (M2A) fait partie. L'objectif de l'étude était de vérifier si les passages des patients dans les CSNP de M2A correspondent aux objectifs et aux missions des CSNP.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, quantitative, multicentrique. La population étudiée a concerné tous les patients s'étant présentés du 21 au 26 juin 2021 dans le CSNP de Pfaffstätt (CSNP P) et dans celui de Mulhouse (CSNP M). Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire complété par l'équipe soignante pour chaque passage.

Résultats : 525 patients ont été inclus. A propos des nouveaux passages, la majorité s'est présentée par ses propres moyens. La traumatologie a représenté 40% (CSNP M) à 55% (CSNP P) des nouveaux passages dont le sous-groupe « entorse/contusion/plaie non suturée » a respectivement représenté 29% à 39% des nouveaux passages. La rhumatologie, l'ORL, et la dermatologie ont été les systèmes les plus représentés parmi les pathologies non traumatiques. Plus de 98% des passages ont été classés CCMU 1 ou 2, aucun décès ni urgence vitale n'a été déclaré. 53,1% (CSNP M) à 75,5% (CSNP P) des patients ont bénéficié d'un acte diagnostique ou d'un soins infirmier. Les prises en charges étaient rapides, 65,4% (CSNP P) à 78,8% (CSNP M) ont duré moins de deux heures. Plus de 98% des patients sont rentrés à domicile. Les patients reconvoqués ont représentés 3,8% (CSNP M) à 30,1% (CSNP P) des passages. La traumatologie est restée majoritaire avec une proportion plus importante pour les fractures, la microchirurgie uniquement représentée au CSNP P était le deuxième motif de contrôle.

Conclusion : L'activité observée a permis de valider que la pratique des CSNP correspond à leur mission de soins. Ils sont autonomes et procurent des soins urgents, rapides, techniques sans attirer d'urgences vitales. Ces structures se situent à l'intermédiaire entre services d'urgences et médecine de ville et sont adaptées à contribuer à la prise en charge des SNP.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Centre de soins non programmés, Soins non programmés

Président : Professeur Pascal Bilbault

Assesseurs : Docteur Frédéric Tryniszewski, Professeur Romain Kessler, Professeur Philippe Clavert.

Adresse de l'auteur : 2 rue Sainte Catherine, 68100, Mulhouse.