

Année 2021

N °21SORUM60

THESE

Présentée pour le diplôme de docteur en médecine
Diplôme d'État

Spécialité : Médecine Générale

PAR

Aurore BAUCHET

Née le 22 septembre 1993 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 4 novembre 2021

**Parcours de soins des patients recourant aux soins non programmés dans
un centre municipal de santé d'Ile-de-France (Hauts-de-Seine, Malakoff) :
étude descriptive rétrospective**

Présidente du jury : Pr Cécile GOUJARD

Membre du jury : Dr Jean-Sébastien CADWALLADER

Membre du jury : Dr Vincent MIRAMONT

Membre du jury : Dr Maxime ROZES

Directeur de thèse : Dr Éric MAY

Remerciements

Merci au Dr May de m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet de thèse.

Merci beaucoup pour ta bienveillance, tes conseils ainsi que l'énergie et le temps que tu as consacré à m'accompagner dans la réalisation de cette thèse. Je t'en suis très reconnaissante.

Merci au Pr Goujard de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette thèse et du temps que vous prendrez à l'évaluer.

Merci aux Dr Cadwallader, Dr Rozes et Dr Miramont pour leur disponibilité et réactivité.

Merci à vous d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci à Mme Poisot pour son temps et ses conseils concernant la recherche bibliographique.

Merci à Julien qui s'est rendu si disponible, toujours très réactif autant pour réaliser les analyses statistiques que pour donner des conseils avisés. Merci à Ophélie pour ses conseils judicieux.

Merci aux équipes médicale et paramédicale qui travaillent aux centres municipaux de santé (CMS) de Malakoff.

Merci à l'équipe administrative, et notamment à Mr Sanches Monteiro, auprès de qui nous avons récupéré les données statistiques des CMS.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma mère Anne-Claire pour son soutien sans faille, son amour inconditionnel, sa présence et ses conseils de mère qui ne juge pas mais écoute avec attention pour comprendre au mieux les vécus et ressentis.

Merci à mon cher époux Léo pour sa fine intelligence, ses observations éclairées, son soutien et son amour fidèle.

Merci à ma sœur Tiphanie source de réconfort, de joie et de générosité débordante, merci à mon père Patrick pour son amour infailible et ses longues réflexions intéressantes, merci à ma famille, à Juliette et tous mes amis pour leur affection et leur soutien.

Merci à tous.

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ACAR	Christophe	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
2	AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT-ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	Neurologie	SAINT-ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	TENON
5	AMOURA	Zahir	PU-PH	Médecine interne	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
6	AMSELEM	Serge	PU-PH	Génétique	TROUSSEAU
7	ANDRE	Thierry	PU-PH	Cancérologie	SAINT-ANTOINE
8	ANDREELLI	Fabrizio	PU-PH	Endocrinologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
9	ANTOINE	Jean-Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
10	APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	Physiologie	SAINT-ANTOINE
11	ARNULF	Isabelle	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
12	ARRIVE	Lionel	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	SAINT-ANTOINE
13	ASSOUAD	Jalal	PU-PH	Chirurgie thoracique	TENON
14	ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	Santé publique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
15	AUBRY	Alexandra	PU-PH	Bactériologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
16	AUCOUTURIER	Pierre	PU-PH	Immunologie	SAINT-ANTOINE
17	AUDO	Isabelle	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
18	AUDRY	Georges	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
19	BACHELOT	Anne	PU-PH	Endocrinologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
20	BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	Gastro entérologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
21	BALLADUR	Pierre	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT-ANTOINE
22	BARBAUD	Annick	PU-PH	Dermatologie	TENON
23	BARROU	Benoit	PU-PH	Urologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
24	BAUJAT	Bertrand	PU-PH	ORL	TENON
25	BAUMELOU	Alain	PU-PH	Néphrologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
26	BAZOT	Marc	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
27	BEAUGERIE	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT-ANTOINE
28	BELMIN	Joël	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX

29	BENVENISTE	Olivier	PU-PH	Médecine interne	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
30	BERENBAUM	Francis	PU-PH	Rhumatologie	SAINT-ANTOINE
31	BERTOLUS	Chloé	PU-PH	Stomatologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
32	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
33	BOCCARA	Franck	PU-PH	Cardiologie	SAINT-ANTOINE
34	BODAGHI	Bahram	PU-PH	Ophthalmologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
35	BODDAERT	Jacques	PU-PH	Gériatrie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
36	BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	Biostatistiques	SAINT-ANTOINE
37	BOFFA	J-Jacques	PU-PH	Néphrologie	TENON
38	BONNET	Francis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
39	BORDERIE	Vincent	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
40	BOUDGHENE- STAMBOULI	Franck	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
41	BRICE	Alexis	PU-PH	Génétique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
42	BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
43	BRUCKERT	Eric	PU-PH	Endocrinologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
44	BUOB	David	PU-PH	Anatomie pathologique	TENON
45	CACOUB	Patrice	PU-PH	Médecine interne	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
46	CADRANEL	Jacques	PU-PH	Pneumologie	TENON
47	CALMUS	Yvon	PU-PH	Gastro entérologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
48	CALVEZ	Vincent	PU-PH	Virologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
49	CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
50	CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
51	CARRAT	Fabrice	PU-PH	Biostatistiques	SAINT-ANTOINE
52	CARRIE	Alain	PU-PH	Biochimie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
53	CATALA	Martin	PU-PH	Histologie embryologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
54	CAUMES	Eric	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
55	CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	Endocrinologie	TENON
56	CHAMBAZ	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
57	CHAPPUY	Hélène	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
58	CHARRON	Philippe	PU-PH	Génétique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
59	CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	Urologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
60	CHAZOUILLES	Olivier	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT-ANTOINE

61	CHERIN	Patrick	PU-PH	Médecine Interne	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
62	CHICHE	Laurent	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
63	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	PU-PH	Endocrinologie	SAINT-ANTOINE
64	CLARENCON	Frédéric	PU-PH	Radiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
65	CLEMENT	Annick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
66	CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	Nutrition	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
67	CLUZEL	Philippe	PU-PH	Radiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
68	COHEN	Laurent	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
69	COHEN	David	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
70	COHEN	Aron	PU-PH	Cardiologie	SAINT-ANTOINE
71	COLLET	J- Philippe	PU-PH	Cardiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
72	COMBES	Alain	PU-PH	Réanimation médicale	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
73	COMPERAT	Eva	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TENON
74	CONSTANT	Isabelle	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TROUSSEAU
75	CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
76	CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
77	COPPO	Paul	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT-ANTOINE
78	CORIAT	Pierre	PU-PH	Anesthésiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
79	CORNELIS	François	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
80	CORNU	Philippe	PU-PH	Neuro chirurgie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
81	CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
82	CORVOL	Henriette	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
83	COULOMB	Aurore	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TROUSSEAU
84	CUSSENOT	Olivier	PU-PH	Anatomie/Urologie	TENON
85	DARAI	Emile	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
86	DAVI	Frédéric	PU-PH	Hématologie biologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
87	DEGOS	Vincent	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
88	DELATTRE	Jean Yves	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
89	DELHOMMEAU	François	PU-PH	Hématologie bio	SAINT-ANTOINE
90	DEMOULE	Alexandre	PU-PH	Réanimation médicale	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

91	DERAY	Gilbert	PU-PH	néphrologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
92	DOMMERMUES	Marc	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
93	DORMONT	Didier	PU-PH	Radiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
94	DOUAY	Luc	PU-PH	Hématologie bio	SAINT-ANTOINE
95	DRAY	Xavier	PU-PH	Hépatologie	SAINT-ANTOINE
96	DUBERN	Béatrice	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
97	DUBOIS	Bruno	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
98	DUCOU LE POINTE	Hubert	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TROUSSEAU
99	DUGUET	Alexandre	PU-PH	Pneumologie Réanimation	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
100	DUPONT DUFRESNE	Sophie	PU-PH	Anatomie / SSR	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
101	DURR	Alexandra	PU-PH	Génétique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
102	DUSSAULE	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	SAINT-ANTOINE
103	DUVAL	Alex	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire	SAINT-ANTOINE
104	DUYCKAERTS	Charles	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
105	ELALAMY	Moulay	PU-PH	Hématologie	TENON
106	FAIN	Olivier	PU-PH	Médecine Interne	SAINT-ANTOINE
107	FARTOUKH	Muriel	PU-PH	Réanimation médicale/Pneumo	TENON
108	FAUTREL	Bruno	PU-PH	Rhumatologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
109	FEVE	Bruno	PU-PH	Endocrinologie	SAINT-ANTOINE
110	FITOUSSI	Frank	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
111	FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
112	FLEJOU	Jean-François	PU-PH	Anatomie & cytologie patholog.	SAINT-ANTOINE
113	FOIX L'HELIAS	Laurence	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
114	FONTAINE	Bertrand	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
115	FOSSATI	Philippe	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
116	FOURET	Pierre	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
117	FOURNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
118	FRANCOIS-PRADIER	Hélène	PU-PH	Néphrologie	TENON
119	FREUND	Yonathan	PU-PH	Médecine d'urgence	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
120	FUNCK-BRENTANO	Christian	PU-PH	Pharmacologie clinique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

121	GALANAUD	Damien	PU-PH	Radiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
122	GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	PU-PH	Médecine interne	TENON
123	GIRARD	Pierre-Marie	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT-ANTOINE
124	GIRERD	Xavier	PU-PH	Thérapeutique/Endocrino	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
125	GLIGOROV	Joseph	PU-PH	Cancérologie ; Radiothérapie	TENON
126	GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pneumologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
127	GOROCHOV	Guy	PU-PH	Immunologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
128	GOSSEC	Laure	PU-PH	Rhumatologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
129	GOUDOT	Patrick	PU-PH	Stomatologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
130	GRABLI	David	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
131	GRATEAU	Gilles	PU-PH	Médecine interne	TENON
132	GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
133	GUIDET	Bertrand	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
134	HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	Cardiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
135	HAROCHE	Julien	PU-PH	Médecine interne	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
136	HARTEMANN	Agnès	PU-PH	Diabétologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
137	HATEM	Stéphane	PU-PH	Physiologie/Cardio	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
138	HAUSFATER	Pierre	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
139	HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	Physiologie	TENON
140	HELFT	Gérard	PU-PH	Cardiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
141	HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
142	HERTIG	Alexandre	PU-PH	Néphrologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
143	HOANG XUAN	Khê	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
144	HOUSSET	Chantal	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
145	HUGUET	Florence	PU-PH	Radiothérapie	TENON
146	IDBAIH	Ahmed	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
147	IRTAN	Sabine	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
148	ISNARD	Richard	PU-PH	Cardiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
149	ISNARD BAGNIS	Corinne	PU-PH	Néphrologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
150	JARLIER	Vincent	PU-PH	Bactériologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

151	JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
152	JUST	Jocelyne	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
153	KALAMARIDES	Michel	PU-PH	Neurochirurgie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
154	KARACHI	Carine	PU-PH	Neurochirurgie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
155	KAROUI	Medhi	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
156	KAS	Aurélié	PU-PH	Biophysique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
157	KATLAMA	Christine	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
158	KAYEM	Gilles	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
159	KHIAMI	Frédéric	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
160	KLATZMANN	David	PU-PH	Immunologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
161	KOSKAS	Fabien	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
162	LACAVE	Roger	PU-PH	Cytologie et histologie	TENON
163	LACOMBE	Karine	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT-ANTOINE
164	LACORTE	Jean Marc	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
165	LAMAS	Georges	PU-PH	ORL	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
166	LANDMAN-PARKER	Judith	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
167	LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	Hématologie bio	TROUSSEAU
168	LAROCHE	Laurent	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
169	LAZENNEC	Jean Yves	PU-PH	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
170	LAZIMI	Gilles	PU associé	Médecine générale	CABINET
171	LE FEUVRE	Claude	PU-PH	Cardiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
172	LE GUERN	Eric	PU-PH	Génétique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
173	LEBLOND	Véronique	PU-PH	Hématologie clinique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
174	LEENHARDT	Laurence	PU-PH	Endocrino/médecine nucléaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
175	LEFEVRE	Jérémie	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT-ANTOINE
176	LEGER	Pierre Louis	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
177	LEGRAND	Ollivier	PU-PH	Hématologie	SAINT-ANTOINE
178	LEHERICY	Stéphane	PU-PH	Neuro radiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
179	LEMOINE	François	PU-PH	Immunologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
180	LEPRINCE	Pascal	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
181	LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	TENON TROUSSEAU
182	LEVERGER	Guy	PU-PH	Pédiatrie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
183	LEVY	Richard	PU-PH	Neurologie	TENON
184	LEVY	Rachel	PU-PH	Biologie reproduction	

185	LORENZO	Alain	PU MG	Médecine générale	CABINET TROUSSEAU
186	LORROT	Mathie	PU-PH	Pédiatrie	TENON
187	LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	Cancérologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
188	LUBETZKI	Catherine	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
189	LUCIDARME	Olivier	PU-PH	Radiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
190	LUYT	Edouard	PU-PH	Réanimation médicale	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
191	MAINGON	Philippe	PU-PH	Radiothérapie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
192	MANESSE-CONSOLI	Angèle	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	PU-PH	Virologie	
194	MARTEAU	Philippe	PU-PH	Hépatologie	SAINT-ANTOINE
195	MAURY	Eric	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT-ANTOINE
196	MEKINIAN	Arsène	PU-PH	Médecine interne	SAINT-ANTOINE
197	MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
198	MENU	Yves	PU-PH	Radiologie	SAINT ANTOINE
199	MESNARD	Laurent	PU-PH	Néphrologie	TENON
200	MEYOHAS	Marie-Caroline	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT-ANTOINE
201	MILLET	Bruno	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
202	MOHTY	Mohamad	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT-ANTOINE
203	MONTALESCOT	Gilles	PU-PH	Cardiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
204	MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	Biophysique	TENON
205	MORAND	Laurence	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
206	MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	Pneumologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
207	MOZER	Pierre	PU-PH	Urologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
208	NACCACHE	Lionel	PU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
209	NAVARRO	Vincent	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
210	NETCHINE	Irène	PU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
211	NGUYEN	Yann	PU-PH	ORL	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
212	NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	Hématologie biologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	Hématologie clinique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
214	NIZARD	Jacky	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
215	OPPERT	Jean Michel	PU-PH	Nutrition	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
216	PÂQUES	Michel	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
217	PARC	Yann	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT-ANTOINE
218	PASCAL MOUSSELLARD	Hugues	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

219	PATERON	Dominique	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	SAINT-ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
221	PAYE	François	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT-ANTOINE
222	PERETTI	Charles-Siegrid	PU-PH	Psychiatrie d'adultes	SAINT-ANTOINE
223	PETIT	Arnaud	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
224	PIALOUX	Gilles	PU-PH	Maladies infectieuses	TENON
225	PIARROUX	Renaud	PU-PH	Parasitologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
226	PLAISIER	Emmanuelle	PU-PH	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	PU-PH	Cyto embryologie	SAINT LOUIS
228	POITOU BERNERT	Christine	PU-PH	Nutrition	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
229	POURCHER	Valérie	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
230	PRADAT DIEHL	Pascale	PU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
231	PUYBASSET	Louis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
232	QUESNEL	Christophe	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
233	RATIU	Vlad	PU-PH	Hépatogastro	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
234	RAUX	Mathieu	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
235	REDHEUIL	Alban	PU-PH	Radiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
236	RENARD PENNA	Raphaële	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
237	RIOU	Bruno	PU-PH	Anesthésiologie/Urgences	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
238	ROBAIN	Gilberte	PU-PH	Médecine Physique et Réadaptation	ROTHSCHILD
239	ROBERT	Jérôme	PU-PH	Bactériologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
240	RODRIGUEZ	Diana	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
241	RONDEAU	Eric	PU-PH	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC	Olivier	PU-PH	Hépatogastro-Entérologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
243	ROUPRET	Morgan	PU-PH	Urologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
244	SAADOUN	David	PU-PH	Médecine interne	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
245	SAHEL	José-Alain	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
246	SAMSON	Yves	PU-PH	Urgences cérébro vasculaires	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
247	SANSON	Marc	PU-PH	Histologie/Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
248	SARI ALI	El Hadi	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
249	SAUTET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	SAINT-ANTOINE
250	SCATTON	Olivier	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

251	SEILHEAN	Danielle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
252	SEKSIK	Philippe	PU-PH	Gastro entérologie	SAINT -ANTOINE
253	SELLAM	Jérémy	PU-PH	Rhumatologie	SAINT-ANTOINE
254	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	PU-PH	Biostatistiques	TENON
255	SIFFROI	Jean-Pierre	PU-PH	Cytologie et histologie	TROUSSEAU
256	SILVAIN	Johanne	PU-PH	Cardiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
257	SIMILOWSKI	Thomas	PU-PH	Pneumologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
258	SIMON	Tabassome	PU-PH	Pharmacologie biologique	SAINT-ANTOINE
259	SOKOL	Harry	PU-PH	Gastroentérologie	SAINT-ANTOINE
260	SPANO	J-Philippe	PU-PH	Cancérologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
261	STANKOFF	Bruno	PU-PH	Neurologie	SAINT-ANTOINE
262	STEICHEN	Olivier	PU-PH	Médecine interne	TENON
263	STRAUS	Christian	PU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
264	SVRECK	Magali	PU-PH	Anatomie pathologique	SAINT-ANTOINE
265	TALBOT	Jean Noel	PU-PH	Biophysique	TENON
266	TANKERE	Frédéric	PU-PH	ORL	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
267	THABUT	Dominique	PU-PH	Gastro entérologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
268	THOMASSIN- NAGGARA	Isabelle	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
269	THOUMIE	Philippe	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	ROTHSCHILD
270	TOUITOU	Valérie	PU-PH	Ophthalmologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
271	TOUNIAN	Patrick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
272	TOURAINÉ	Philippe	PU-PH	Endocrinologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
273	TOURRET-ARNAUD	Jérôme	PU-PH	Néphrologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
274	TRAXER	Olivier	PU-PH	Urologie	TENON
275	TRESALLET	Christophe	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
276	TRUGNAN	Germain	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire	SAINT-ANTOINE
277	TUBACH	Florence	PU-PH	Epidémiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
278	ULINSKI	Tim	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
279	UZAN	Catherine	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
280	VAILLANT	J-Christophe	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
281	VERNY	Marc	PU-PH	Gériatrie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
282	VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
283	VIALLE	Raphaël	PU-PH	Chirurgie pédiatrique	TROUSSEAU

284	VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
285	VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
286	WENDUM	Dominique	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	SAINT-ANTOINE
287	ARLET	Guillaume	PU-PH	Bactériologie	émérite
288	AUTRAN	Brigitte	PU-PH	Immunologie	émérite
289	BASDEVANT	Arnaud	PU-PH	Nutrition	émérite
290	BERNAUDIN	Jean-François	PU-PH	Histologie et embryologie	émérite
291	BRICAIRE	François	PU-PH	Maladies infectieuses	émérite
292	CAPEAU	Jacqueline	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
293	CAPRON	Frédérique	PU-PH	Anatomie pathologique	émérite
294	CHASTRE	Jean	PU-PH	Médecine intensive réanimation	émérite
295	CORNET	Philippe	PU MG	Médecine générale	émérite
296	EYMARD	Bruno	PU-PH	Neurologie	émérite
297	FERON	Jean-Marc	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
298	FERRE	Pascal	PU-PH	Biochimie	émérite
299	HANNOUN	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
300	JOUVENT	Roland	PU-PH	Psychiatrie adultes	émérite
301	LACAU SAINT GUILY	Jean	PU-PH	O.R.L.	émérite
302	LE BOUC	Yves	PU-PH	Physiologie	émérite
303	MARIANI	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
304	MASQUELET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
305	MAZIER	Dominique	PU-PH	Parasitologie et mycologie	émérite
306	POYNARD	Thierry	PU-PH	Gastro entérologie	émérite
307	RONCO	Pierre	PU-PH	Néphrologie	émérite
308	ROUBY	Jean-Jacques	PU-PH	Anesthésie réanimation	émérite
309	SEZEUR	Alain	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
310	SOUBRIER	Florent	PU-PH	Génétique	émérite
311	STERKERS	Olivier	PU-PH	O.R.L.	émérite
312	UZAN	Serge	PU-PH	Gynécologie obstétrique	émérite
313	WILLER	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	émérite

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
 PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ALLENBACH	Yves	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
2	ARON WISNIEWSKY	Judith	MCU-PH	Nutrition	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
3	ATLAN	Michaël	MCU-PH	Chirurgie plastique	TENON
4	AUBART COHEN	Fleur	MCU-PH	Médecine interne	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
5	BACHY	Manon	MCU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
6	BARBU	Véronique	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
7	BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	Histologie embryologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
8	BAYEN	Eléonore	MCU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
9	BELLANNE CHANTELOT	Christine	MCU-PH	Génétique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
10	BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
11	BENDIFALLAH	Sofiane	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
12	BENOLIEL	Jean Jacques	MCU-PH	Biochimie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
13	BENUSIGLIO	Patrick	MCU-PH	Génétique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
14	BIELLE	Franck	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
15	BILHOU NABERA	Chrystèle	MCU-PH	Génétique	SAINT-ANTOINE
16	BLONDIAUX	Eléonore	MCU-PH	Radiologie	TROUSSEAU
17	BODINI	Benedetta	MCU-PH	Neurologie	SAINT-ANTOINE
18	BOISSAN	Mathieu	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
19	BOUGLE	Adrien	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
20	BOUHERAOUA	Nacim	MCU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
21	BOURRON	Olivier	MCU-PH	Endocrinologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
22	BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	Bactériologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
23	BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISSOT	Eolia	MCU-PH	Hématologie	SAINT-ANTOINE
25	BUFFET	Camille	MCU-PH	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
26	BURREL	Sonia	MCU-PH	Bactériologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
27	CADWALLADER	Jean Sébastien	MCU MG	Médecine générale	CABINET

28	CAMBON BINDER	Adeline	MCU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique	SAINT-ANTOINE
29	CAMUS DUBOC	Marine	MCU-PH	Gastroentérologie	SAINT-ANTOINE
30	CANLORBE	Geoffroy	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
31	CERVERA	Pascale	MCU-PH	Anatomie pathologique	SAINT-ANTOINE
32	CHAPIRO	Elise	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
33	CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
34	CHASTANG	Julie	MCU associé	Médecine générale	CABINET
35	CHAVANNES	Barbara	MCU associé	Médecine générale	CABINET
36	COULET	Florence	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
37	COUVERT	Philippe	MCU-PH	Biochimie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
38	DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
39	DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
40	DECHARTRES	Agnès	MCU-PH	Santé publique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
41	DECRE	Dominique	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
42	DENIS	Jérôme	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
43	DHOMBRES	Ferdinand	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
44	DRES	Martin	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
45	DROUIN	Sarah	MCU-PH	Urologie	TENON
46	DUPONT	Charlotte	MCU-PH	Biologie de la reproduction	TENON
47	ECKERT	Catherine	MCU-PH	Virologie	SAINT-ANTOINE
48	FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	Cytologie et histologie	TENON
49	FEKKAR	Arnaud	MCU-PH	Parasitologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
50	FERRERI	Florian	MCU-PH	Psychiatrie adultes	SAINT-ANTOINE
51	FRERE	Corinne	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
52	GALICHON	Pierre	MCU-PH	Néphrologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
53	GANDJBAKHCH	Estelle	MCU-PH	Cardiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
54	GARDERET	Laurent	MCU-PH	Hématologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
55	GAURA SCHMIDT	Véronique	MCU-PH	Biophysique	TENON
56	GAY	Frédéric	MCU-PH	Parasitologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
57	GAYMARD	Bertrand	MCU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
58	GEROTZIAFAS	Grigoris	MCU-PH	Hématologie	TENON
59	GIRAL	Philippe	MCU-PH	Nutrition	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
60	GIURGEA	Irina	MCU-PH	Génétique	TROUSSEAU

61	GOZLAN	Joël	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
62	GUEDJ	Romain	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
63	GUIHOT THEVENIN	Amélie	MCU-PH	Immunologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE-
64	GUITARD	Juliette	MCU-PH	Parasitologie	SAINT-ANTOINE
65	HABERT	Marie Odile	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
66	HAJAGE	Damien David	MCU-PH	Biostatistiques	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
67	HERITIER	Sébastien	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
68	HIRSCH	Pierre	MCU-PH	Hématologie	SAINT-ANTOINE
69	HUBERFELD	Gilles	MCU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
70	IBANEZ	Gladys	MCU MG	Médecine générale	CABINET
71	JERU	Isabelle	MCU-PH	Génétique	SAINT-ANTOINE
72	JOHANET	Catherine	MCU-PH	Immunologie	SAINT-ANTOINE
73	JOUVION	Grégory	MCU-PH	Histologie	SAINT-ANTOINE
74	KIFFEL	Thierry	MCU-PH	Biophysique	SAINT-ANTOINE
75	KINUGAWA BOURRON	Kiyoka	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
76	LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
77	LAMAZIERE	Antonin	MCU-PH	Biochimie	SAINT-ANTOINE
78	LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
79	LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
80	LAPIDUS	Nathanael	MCU-PH	Biostatistiques	SAINT-ANTOINE
81	LASCOLS	Olivier	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
82	LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
83	LAVENEZIANA	Pierantonio	MCU-PH	Physiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
84	LE BIHAN	Johanne	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
85	LEBRETON	Guillaume	MCU-PH	Chirurgie thoracique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
86	LOUAPRE	Céline	MCU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
87	LUSSEY-LEPOUTRE	Charlotte	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
88	MAKSUD	Philippe	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
89	MALARD	Florent	MCU-PH	Hématologie	SAINT-ANTOINE
90	MANCEAU	Gilles	MCU-PH	Chirurgie digestive	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
91	MIRAMONT	Vincent	MCU associé	Médecine générale	CABINET
92	MIYARA	Makoto	MCU-PH	Immunologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
93	MOCHEL	Fanny	MCU-PH	Génétique	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
94	MOHAND SAID	Saddek	MCU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
95	MONSEL	Antoine	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
96	MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	Parasitologie	SAINT-ANTOINE

97	PEYRE	Matthieu	MCU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
98	PLU	Isabelle	MCU-PH	Médecine légale	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
99	QASSEMYAR	Quentin	MCU-PH	Chirurgie plastique	TROUSSEAU SAINT
100	RAINTEAU	Dominique	MCU-PH	Biologie cellulaire	ANTOINE PITIE
101	REDOLFI	Stéfania	MCU-PH	Pneumologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
102	ROHAUT	Benjamin	MCU-PH	Neurologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
103	ROOS WEIL	Damien	MCU-PH	Hématologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
104	ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	Immunologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
105	ROSSO	Charlotte	MCU-PH	Neurologie - urgences cérébrales	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
106	ROTGE	Jean-Yves	MCU-PH	Psychiatrie adultes	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
107	ROUSSEAU ROUSVOAL	Géraldine	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
108	RUPPERT	Anne Marie	MCU-PH	Pneumologie	TENON
109	SALEM	Joe Elie	MCU-PH	Pharmacologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
110	SCHMIDT	Mathieu	MCU-PH	Réanimation médicale	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
111	SCHNURIGER	Aurélie	MCU-PH	Bactériologie virologie	TROUSSEAU PITIE
112	SCHOUMAN	Thomas	MCU-PH	Stomatologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
113	SOARES	Michel	MCU associé	Médecine générale	CABINET
114	SORIA	Angèle	MCU-PH	Dermatologie	TENON
115	SOUGAKOFF	Wladimir	MCU-PH	Bactériologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
116	SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	Bactériologie virologie	TENON
117	TANKOVIC	Jacques	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
118	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	Biostatistiques	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
119	THELLIER	Marc	MCU-PH	Parasitologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
120	VALLET	Hélène	MCU-PH	Gériatrie et biologie du vieillessement	SAINT-ANTOINE
121	VARINOT	Justine	MCU-PH	Anatomie pathologique	TENON
122	VATIER	Camille	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
123	VAYLET	Claire	MCU-PH	Biophysique	TROUSSEAU
124	VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH	ex Vimont dispo conv perso	TENON
125	VOIRIOT	Guillaume	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	TENON
126	WAGNER	Mathilde	MCU-PH	Radiologie	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
127	WEISS	Nicolas	MCU-PH	Thérapeutique/réa médicale / neuro	PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
128	WORBE	Yulia	MCU-PH	Physiologie	SAINT-ANTOINE
129	YORDANOV	Youri	MCU-PH	Médecine d'urgence	SAINT-ANTOINE

Table des matières

Abréviations	19
I. Introduction	20
A. Contextualisation du problème	20
B. Description des CMS de Malakoff	22
C. Intérêts de l'étude	24
II. Matériel et méthodes	25
Type d'étude	25
Population de l'étude	25
Critère de jugement principal	25
Caractéristiques étudiées	25
Recueil des données	26
Analyses statistiques	26
Éthique et réglementation	27
III. Résultats	28
A. Description de l'échantillon	28
B. Analyses univariées	33
C. Analyse multivariée	34
IV. Discussions	35
A. Principaux résultats	35
B. Forces et limites de l'étude	35
C. Confrontation aux données des CMS de Malakoff et de la littérature	35
V. Conclusion	39
VI. Références bibliographiques	40
VII. Annexe	43

Abréviations

ALD	affection de longue durée
AME	aide médicale d'état
ARS	agence régionale de santé
CEDIS	canadian emergency department information system
CNAM	caisse nationale de l'assurance maladie
CMS	centre municipal de santé
CMU	couverture maladie universelle
CPTS	communauté professionnelle territoriale de santé
DRESS	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	départements et régions d'outre-mer
ECG	électrocardiogramme
IdF	Ile-de-France
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MSP	maison de santé pluridisciplinaire
MT	médecin traitant
ORL	oto-rhino-laryngologie
ORS	observatoires régionaux de la santé
PASS	permanence d'accès aux soins de santé
PCR	polymerase chain reaction
PDSA	permanence des soins ambulatoires
UNCAM	union nationale des caisses d'assurance maladie
SAMU	service d'aide médicale urgente
SAS	service d'accès aux soins
SAU	service d'accueil des urgences
SERC	structures d'exercice regroupé coordonnées
SMUR	structure mobile d'urgence et de réanimation
SNP	soins non programmés
SFMU	société française de médecine d'urgence
ZIP	zone d'intervention prioritaire

I. Introduction

A. Contextualisation du problème

Depuis quelques années, la gestion de la prise en charge du nombre croissant des patients consultant pour ce qui est qualifié de soins non programmés considérés comme urgents par le patient, est devenu un objet de débat et un enjeu de santé publique.

Les soins non programmés (SNP) peuvent être décrits comme « ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences » (1). A noter que les dispositifs de permanences des soins ambulatoires (PDSA) qui répondent à la demande de soins non programmés pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux de ville ainsi que les demandes de SNP relevant d'une visite à domicile ne seront pas traités dans cette thèse (2)(3).

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a montré une augmentation constante des passages aux urgences depuis 1996 avec une fréquentation des services d'accueil des urgences de la France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM) estimée à 22 millions de passages en 2019 (4). On assiste ainsi à une hausse annuelle quasi permanente (à l'exception de 2010) du nombre de passages dans les services d'accueil des urgences depuis 1996 où le nombre de consultations aux urgences était estimé à 10,1 millions (5).

Parallèlement, en 2004, le nombre de recours urgents ou non programmés en médecine générale de ville avait été estimé à 35 millions, soit 12% de l'activité du médecin généraliste (1)(6). Il a aussi été estimé que trois quarts des patients consultant aux urgences retournent à domicile (7).

Le député et urgentiste T. Mesnier, dans son rapport publié en 2018 sur les soins non programmés, relève deux causes à cette hausse des passages aux urgences : d'une part, un « décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre ambulatoire en voie de raréfaction » ; d'autre part, « l'insuffisante information dispensée aux usagers sur la conduite à tenir en cas de problème de santé et la méconnaissance de la fonction exacte du numéro d'appel 15 » (1). Par ailleurs, le vieillissement de la population et l'accroissement des pathologies chroniques participeraient aussi à cette tendance (8)(9)(10).

Il n'est pas rare que les patients reconnaissent que leur pathologie ne nécessite pas d'aller aux urgences, mais faute de disponibilité rapide avec un médecin de ville, ils s'orientent d'eux-mêmes aux urgences (6). Cependant, la DREES a récemment montré que les patients consultant aux urgences ne consultaient pas moins les médecins de ville, et qu'ils sont finalement assez peu nombreux à recourir exclusivement aux urgences (11).

Les patients peuvent aussi être adressés par un médecin de ville comme le notifie le « Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale », qui précise

qu'en 2019, 20% des patients qui n'ont pas pu être examinés par un médecin de ville ont été adressés par ce dernier aux urgences (2).

Dans le rapport de la Cour des comptes pré-cité, le même pourcentage a été retrouvé pour les patients consultant au SAU pour lesquels il a été estimé que leur motif ne relevait pas d'un passage aux urgences (9). Les auteurs notifient cependant que parmi les motifs considérés relevant des urgences hospitalières, un certain nombre pourrait aussi être pris en charge au sein d'autres structures de SNP, en proportion relative au niveau d'équipement de la structure considérée (9).

Dans le système de santé français, les soins de santé primaires étant amenés à être le premier niveau de recours médical de la population nécessiteuse, il apparaît qu'il revient bien à la médecine générale de prendre en charge les patients relevant de SNP et parmi eux, ceux consultant de manière « inappropriée » aux urgences (12). Pour autant, la prise en charge des SNP ne peut se faire que dans le cadre d'une étroite articulation entre la médecine de ville et l'hôpital ainsi que d'une logique de gestion et d'aménagement du territoire de santé favorisant cette articulation (13)(14).

C'est pourquoi, devant cette demande croissante de SNP d'une part, de consultations dans les SAU ne relevant pas d'un motif de passage aux urgences d'autre part, les professionnels de ville ont été appelés à s'organiser afin d'offrir une continuité des soins pendant et hors des horaires d'ouverture du cabinet (2)(9)(15).

Ainsi, à l'image des Pays-Bas, la France a désiré mettre en place des actions fondées sur la coordination des acteurs de santé de ville et hospitaliers pour la prise en charge des SNP (9). Le dispositif appelé Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) a été créé dans le cadre de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. « Composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou second recours, et d'acteurs médicosociaux et sociaux », les CPTS ont pour vocation la coordination de tous ces protagonistes (1)(16). Une de leurs missions socles est la prise en charge des SNP. Les médecins membres d'une CPTS s'engagent à assurer une consultation dans les 24h pour toute urgence ressentie par un patient (9)(17). Cette mission s'adresse particulièrement aux professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, qu'ils soient en exercice isolé, dans le cadre de cabinets de groupe ou de structures d'exercice regroupé coordonné (SERC) —comme les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).

Parmi les diverses structures de soins primaires existantes, nous nous sommes particulièrement intéressés aux centres de santé. Les centres de santé sont définis par l'article L6323-1 du Code de la Santé Publique comme des « structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux » (18). Ces derniers ont la particularité d'être salariés. Les centres ont dans le cadre de leur convention l'obligation d'accueillir les SNP. De plus, si l'accueil des SNP est un service

développé pour assurer la continuité des soins à la patientèle médecin traitant du centre de santé, il n'exclut pas l'accueil de patients que la structure ne suit pas habituellement (18).

De plus, dans le cadre du « Pacte de refondation des urgences » de T.Mesnier et P.Carli, le service d'accès aux soins (SAS) est en cours d'expérimentation dans un certain nombre de territoires (19). Il s'agit d'un service d'orientation du patient, fonctionnant sans interruption, basé sur un partenariat entre la régulation médicale de l'aide médicale urgente et celle de la médecine générale. Il permet de conseiller le patient sur le plan médical et/ou de l'orienter en fonction du besoin vers une consultation ou téléconsultation avec un professionnel de santé de ville en moins de 48h, ou vers une orientation au SAU et si besoin via le SAMU (20)(21). L'un des enjeux pour la réussite de ce dispositif résidera dans la bonne articulation entre le SAS et les CPTS ; un autre sera de trouver les acteurs de ville effecteurs de soins non programmés. A cet égard, les SERC ont acquis une expérience en termes d'accueil des SNP et seront très probablement en première ligne pour répondre aux demandes du SAS.

B. Description des CMS de Malakoff

Malakoff, commune francilienne alto-séquanaise de 30262 habitants¹, est caractérisée par une offre de soins insuffisante, avec un nombre de médecins généralistes en constante baisse en raison de départs à la retraite non remplacés depuis dix ans et l'absence quasi-totale de médecins spécialistes d'organes libéraux². Elle est de fait, classée depuis 2018 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France comme une zone d'intervention prioritaire (ZIP). Les professionnels de santé sont ainsi éligibles aux aides à l'installation qui leur sont accordées par l'Assurance Maladie et par l'État via l'ARS (22). Pour autant, aucune installation de médecins libéraux n'a été recensée depuis³.

La commune de Malakoff est caractérisée par la présence de trois centres de santé sur son territoire, deux centres municipaux de santé (CMS) et un centre de santé associatif. Ces trois centres sont moteurs de la création d'une CPTS prévue pour 2022.

En 1925, un premier dispensaire est créé à Malakoff. Il est suppléé par la municipalité en 1945 par un centre de santé plus grand. C'est le nouveau Centre Municipal de Santé, qui prendra un an plus tard le nom de Maurice Ténine en hommage à ce médecin résistant fusillé lors de la seconde guerre mondiale à Châteaubriand avec Guy Môquet. L'objectif qui a guidé le choix de la municipalité de créer un CMS était de « mettre les progrès réalisés par la médecine à la disposition des pauvres et des classes moyennes » (23)(24).

Aujourd'hui, ce sont deux centres qui sont gérés par la ville de Malakoff : le centre Maurice Ténine situé au 74 avenue Pierre Larousse dans la partie nord de la ville et le centre Jacqueline Akoun-Cornet, créé dans les années 1970, au 74 Rue Jules Guesde, dans la partie sud de la ville. Les CMS accueillent environ 50000 passages annuels avec une file active

¹ Recensement réalisé en 2020.

² Selon le Diagnostic Local de Santé réalisé en 2018 à la demande de la ville de Malakoff.

³ Données AMELI.fr et de la Direction de la Santé de la ville de Malakoff.

estimée à environ 17000 patients⁴. Co-dirigés par un médecin directeur et une responsable administrative, les CMS forts de plus de 70 salariés (personnels médical, paramédical, administratif et d'entretien) qui travaillent sur les deux sites, proposent des consultations de médecine (médecine générale, gynécologie, dermatologie, cardiologie, médecine interne...), des soins infirmiers, des consultations dentaires, de l'imagerie médicale (radiologie et échographie) et de la biologie médicale.

L'accueil des soins non programmés est, de par la convention des centres de santé (le dit « Accord National ») une mission socle des CMS. Compte-tenu des conséquences de la désertification médicale, des perspectives liées à la création d'une CPTS sur le territoire et à celle du SAS en cours d'expérimentation dans le département, les SNP apparaissent comme un enjeu majeur pour les CMS de Malakoff. Ils représentent déjà actuellement 13% de l'activité médicale⁵.

Devant la demande croissante des SNP au sein des CMS, une organisation spécifique d'accueil a donc été mise en place à titre expérimental en mars 2020 au sein du CMS Ténine. Elle repose sur deux éléments organisationnels :

- La mise en place d'une coopération entre médecins généralistes et infirmiers ;
- Le détachement d'un des huit médecins généralistes du CMS à la prise en charge exclusive des SNP du lundi au vendredi permettant ainsi d'assurer une permanence médicale.

Dans ce cadre, l'accueil du patient qui allègue une urgence ressentie quelle qu'en soit la cause se fait par un infirmier diplômé d'état qui les installe, remplit une fiche de préconsultation (Annexe 1), prend la mesure des paramètres vitaux et administre s'il le faut les premiers soins dans le cadre de protocoles pluriprofessionnels. Le médecin en charge des SNP est alors contacté, examine le patient et les éléments recueillis par l'infirmier, établit un diagnostic et apporte une réponse immédiate en fonction de la gravité.

Si l'urgence médicale relève d'une prise en charge hospitalière, le patient est adressé aux urgences par ses propres moyens, en ambulance ou via le SAMU selon le degré de gravité établi par le médecin ; si l'urgence ne relève pas d'une prise en charge hospitalière, il est entièrement pris en charge au sein du CMS puis réadressé au domicile et éventuellement vers son médecin traitant sans urgence. Il peut aussi être réévalué au sein du CMS en consultation ou via les SNP du centre.

Les médecins initialement prévus pour les SNP mais absents pour raison personnelle (congés annuels) ou professionnelle (formation) ne sont pas remplacés. Les SNP sont alors pris en charge dans le cadre d'une organisation « dégradée », des plages de consultation étant alors bloquées à cet effet dans les agendas des médecins généralistes consultants.

Les SNP sont ouverts à toute personne, en semaine de 8h30 à 18h30 avec une fermeture méridienne de 12h à 13h30. Des créneaux sont réservés le samedi matin pour recevoir des patients en SNP avec la possibilité d'en recevoir plus en fonction de la demande. En revanche, le CMS est fermé les jours fériés. Il est nécessaire de préciser que l'activité est

⁴ Statistiques réalisées au CMS de Malakoff durant l'année 2019.

⁵ Proportion de l'activité des médecins généralistes, recueillie auprès de l'administration du CMS de Malakoff. Établi sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021.

variée en fonction des jours avec un taux de *booking* mensuel retrouvé en moyenne à 56,5% (variant de 46% à 69% selon les mois)⁶.

Un des atouts du CMS Ténine est la présence d'un plateau technique développé permettant la réalisation sur place d'examen biologiques sanguins et urinaires, ainsi que radiologiques si besoin en urgence à la demande du médecin en charge des SNP.

C. Intérêts de l'étude

Compte-tenu du contexte et afin de répondre de la manière la plus pertinente aux enjeux d'accès aux soins et besoins de la population, il apparaît intéressant de réfléchir à la mise en place d'organisations territoriales en ville, associant tous les acteurs et pouvant s'appuyer sur des SERC, et notamment des centres de santé qui ont acquis une expérience dans la gestion organisée et régulée des SNP de leur patientèle. Encore, faut-il préalablement étudier les organisations de SNP existantes aujourd'hui dans les centres de santé, particulièrement en termes de parcours et de typologie des patients recourant aux SNP, car l'évaluation des modalités d'accueil et de gestion des SNP en soins primaires par les SERC reste à l'heure d'aujourd'hui peu développée (9).

Cette étude devrait participer à identifier les adaptations qui seraient nécessaires pour faire des centres de santé, un des acteurs de la réponse aux SNP élargie à l'échelle de la population d'un territoire —au sein d'une CPTS par exemple—, pour des patients orientés par les médecins et professionnels de santé du territoire ou par les SAU et bientôt le SAS.

Nous nous sommes donc demandés si l'offre proposée au CMS de Malakoff était adaptée à la demande des patients consultant en SNP.

C'est pourquoi, l'objectif principal de cette étude est de déterminer la proportion de patients qui ne nécessitent qu'une prise en charge de ville, soit la proportion de patients qui retournent à domicile.

Les objectifs secondaires sont de décrire leur profil sociodémographique, leur statut médecin traitant ainsi que les diagnostics retenus en fonction de leur orientation, à la suite de leur prise en charge au sein des SNP.

⁶ Rapport du nombre de consultations sur le nombre de créneaux de consultations théoriques disponibles quotidiennement en SNP, établi au sein du CMS de Malakoff sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021.

II. Matériel et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative, rétrospective effectuée sur une durée de six mois du 1^{er} janvier au 30 juin 2021.

Population de l'étude

L'étude est monocentrique et prend lieu en Hauts-de-Seine (92, Ile-de-France), au sein du centre de santé municipal Maurice Ténine de la ville de Malakoff.

Les patients inclus étaient tous les hommes et femmes sans restriction d'âge qui consultèrent lors des horaires d'ouverture des SNP. Le critère d'exclusion comprenait les patients qui refusèrent auprès du médecin l'inscription de leurs données dans le dossier médical partagé.

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le retour des patients à domicile après consultation en SNP au CMS de Malakoff.

Caractéristiques étudiées

- Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée comprenaient le sexe, l'âge, le lieu de résidence et la couverture sociale.

Le lieu de résidence a été catégorisé comme suit :

- la commune de Malakoff,
- les communes à moins d'un kilomètre de Malakoff : Bagneux, Châtillon, Clamart, Issy-les-Moulineaux, Montrouge, Vanves, avec le cas particulier de Paris dont seuls les 14^e et 15^e arrondissements ont été retenus,
- le reste de l'Ile-de-France,
- et hors Ile-de-France (comprenant les autres régions françaises ainsi que l'étranger).

La couverture sociale a été caractérisée par l'éventuelle prise en charge par l'assurance maladie, une mutuelle privée, la CMU, l'AME, la PASS de ville, une ALD ou par l'absence de droit. Il convient de préciser que ces variables ne sont pas exclusives.

- Statut médecin traitant

Le statut de médecin traitant a été catégorisé comme suit :

- présence d'un médecin traitant (MT) au sein du CMS,
- présence d'un MT hors CMS,
- absence de MT chez les moins de 16 ans,
- et absence de MT chez les 16 ans et plus.

- Diagnostics retenus

Il a été estimé que lors d'une consultation de médecine générale, le patient présente en moyenne 2,4 motifs déclarés (25). Cela n'a pas été pris en compte et seul le motif principal a été retenu.

Le choix des catégories a été décidé à partir du thésaurus des recours aux urgences proposée par le Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) ainsi que de celui des motifs de recours en structure d'urgence par la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) (26)(27).

Cependant, il a été choisi d'isoler les diagnostics infectieux, bien qu'ils recourent d'autres catégories. Par exemple, les catégories « Pneumologie » et « ORL » sont exemptes des diagnostics infectieux tels que les pneumopathies, rhinopharyngites, sinusites, *etc...*

Et dans le contexte actuel de pandémie de Covid-19, il a été décidé de préciser les patients consultant pour un motif concernant cette pathologie. Puis, ont été sous-catégorisés ceux consultant pour des symptômes s'apparentant au Covid dont la maladie a été suspectée ou confirmée par un test ; ceux consultant pour des symptômes étant apparus suite à la vaccination ; et les patients positifs à la maladie mais asymptomatiques ou les cas contacts. Il est à souligner que les patients classés dans la sous-catégorie de « Covid suspectée ou avérée » peuvent se retrouver avec des symptômes apparentés à la maladie et un test PCR ou antigénique négatif en définitive, mais non connu au moment de la consultation en SNP.

La catégorie « Suivi » s'intéresse à toutes les consultations dont le motif relevait de la médecine générale de suivi comme le renouvellement d'une ordonnance, la demande d'un certificat, la lecture d'un examen complémentaire, ou encore la prolongation d'un arrêt de travail.

Recueil des données

Les données ont été recueillies de manière anonyme, par une personne unique. Elles étaient extraites à partir des dossiers médicaux informatisés sur le logiciel *Acteurcs.fr*, société *Aatlantide*, renseignés par l'infirmier et le médecin durant la consultation.

Seules les données des patients ayant accepté le recueil de leurs informations lors de la consultation ont été récupérées.

Afin d'éviter les doublons, les données des patients ayant reconsulté en SNP d'eux-mêmes ou à la demande du médecin pour le même motif qu'initialement n'ont été analysées qu'une fois sur le dernier passage.

Analyse statistique

Après une première saisie informatique sur le logiciel *Excel*®, l'analyse descriptive des données a été réalisée à l'aide du langage de programmation *R*®.

Les caractéristiques des patients inclus, le statut médecin traitant ainsi que les diagnostics retenus — variables qualitatives — ont été décrits avec des pourcentages.

L'orientation des patients était comparée en fonction des caractéristiques sociodémographiques, du statut médecin traitant et des diagnostics à l'aide d'un test de Fisher pour les variables catégorielles et un test de Wilcoxon pour les variables continues, avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Les variables choisies pour les analyses univariées ont ensuite été introduites dans un modèle multivarié, à l'exception des variables « Couverture sociale » et « Commune » afin de diminuer le nombre de variables pour s'adapter au modèle utilisé. L'analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'une régression logistique.

Éthique et réglementation

Les données ont été recueillies de manière anonyme et traitées après autorisation par la Commission Nationale Informatique et Liberté (2220149 v 0, déclaration réalisée le 23 novembre 2020).

III. Résultats

A. Description de l'échantillon

Au total, du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, il a été recensé 1207 passages aux SNP au CMS de Malakoff.

8 patients (correspondant à 8 passages) ont préalablement refusé que leurs informations soient recueillies.

43 dossiers présentaient une donnée manquante sur le critère de jugement principal et n'ont donc pas été analysés.

A noter :

- 17 passages concernent des patients qui ont été, à la demande du médecin, suivis au sein des SNP pour le motif de recours initial ;

- 28 passages correspondent à des patients qui ont reconsulté d'eux-mêmes en SNP pour le même motif car non améliorés ou aggravés.

Nous avons ainsi recueilli au total les données de 1111 consultations aux SNP (correspondant à 936 patients).

- **Orientation des patients**

94,2% (1047) des patients sont rentrés à domicile et 5,8% (64) ont été adressés aux urgences soit par leurs propres moyens, soit par une ambulance régulée par le 15 ou non, soit par une SMUR.

6 % des patients ont été adressés en ville soit à leur médecin généraliste soit à un spécialiste. Et 7,1 % ont été revus en consultation par un médecin au sein du CMS pour le suivi en aigu de la pathologie pour laquelle ils avaient initialement consulté.

A noter qu'1% des patients qui devaient être réévalués au sein du CMS ne sont pas revenus.

- **Caractéristiques sociodémographiques et statut médecin traitant**

Les caractéristiques de la population consultant en SNP au CMS sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Description des caractéristiques sociodémographiques et du statut médecin traitant chez les patients consultant en SNP

Variables	Effectifs
Sexe	
Femme	656 (59%)
Homme	455 (41%)
Age	
< 5 ans	170 (15.3%)
5 à 14 ans	106 (9.5%)
15 à 24 ans	107 (9.6%)
25 à 44 ans	266 (23.9%)
45 à 64 ans	289 (26%)
>= 65 ans	173 (15.6%)
Commune	
Malakoff	839 (75.5%)
Vanves	39 (3.5%)
Châtillon	21 (1.9%)
Montrouge	25 (2.3%)
Issy-les-Moulineaux	3 (0.3%)
Paris - 14ème	16 (1.4%)
Paris - 15ème	25 (2.3%)
Bagneux	10 (0.9%)
Clamart	4 (0.4%)
Autres - IdF	120 (10.8%)
Autres - Hors IdF	9 (0.8%)
Couverture sociale	
Assurance maladie	1039 (94%)
ALD	254 (23%)
AME	47 (4.3%)
CMU	139 (12.6%)
Mutuelle	510 (46.2%)
PASS de ville	19 (1.7%)
Aucune prise en charge	4 (0.4%)
Médecin traitant	
MT centre	590 (53.3%)
MT hors centre	262 (23.7%)
Pas de MT - 16 ans ou plus	81 (7.3%)
Pas de MT - Moins de 16 ans	173 (15.6%)

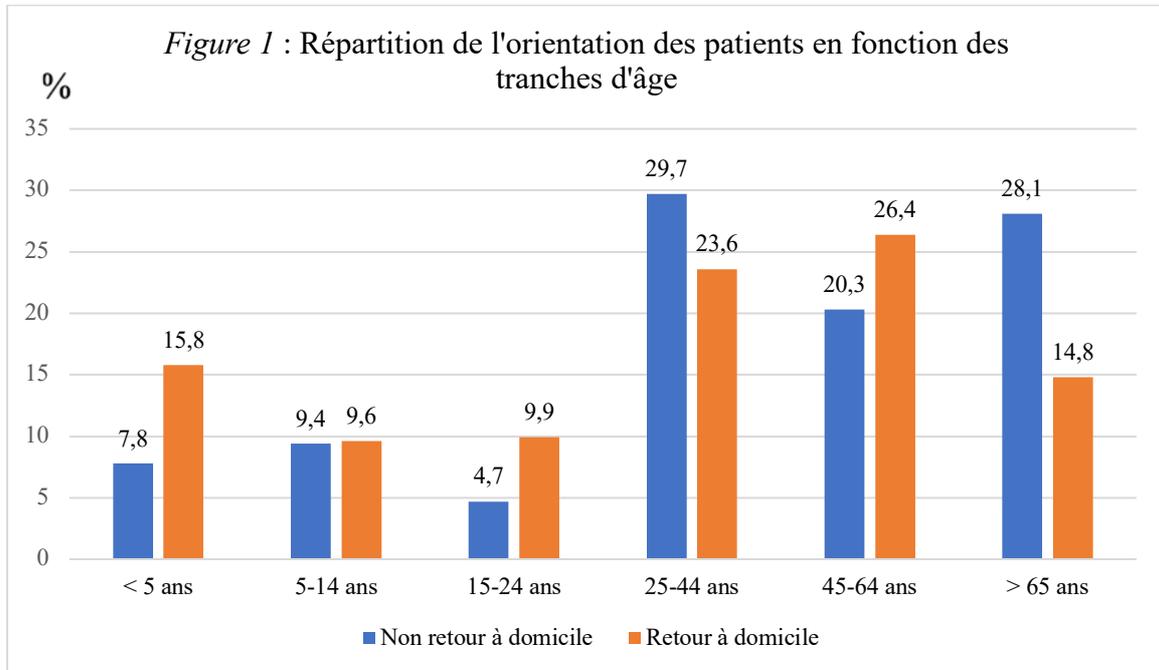
Au sein de la patientèle consultant en SNP, il est retrouvé une majorité de femmes mais une répartition qui semble similaire entre hommes et femmes selon les catégories d'âge, excepté chez les moins de 5 ans (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des classes d'âge en fonction du sexe

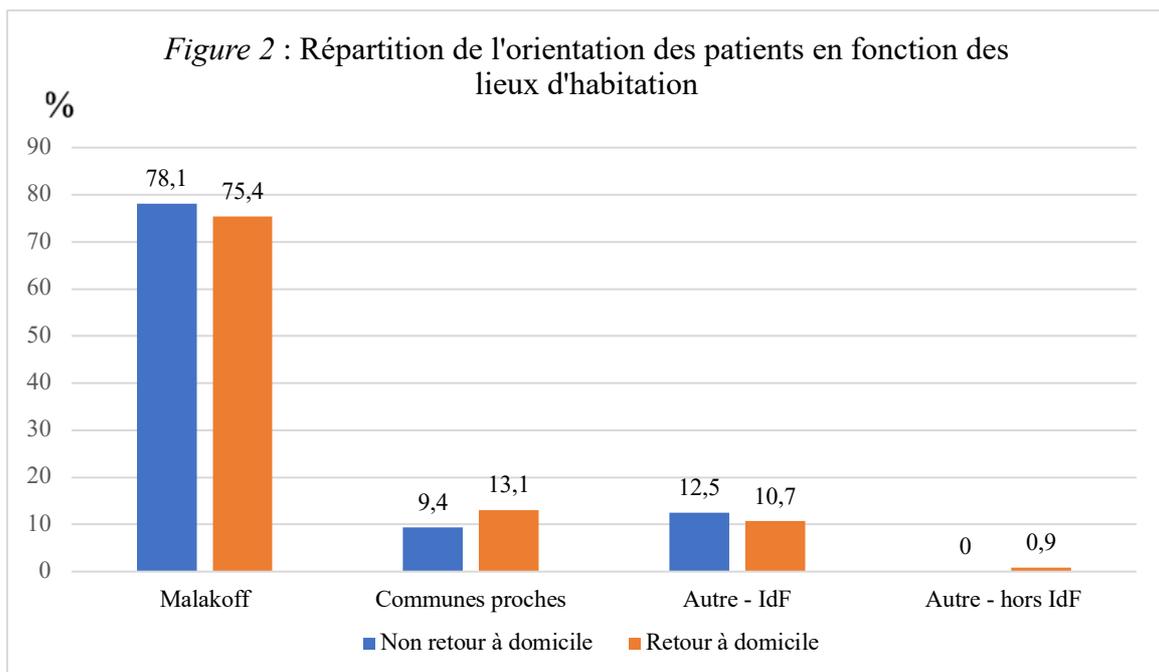
Variables	Femmes (n=656)	Hommes (n=455)
Age		
< 5 ans	75 (11.4%)	95 (20.9%)
5 à 14 ans	64 (9.8%)	42 (9.2%)
15 à 24 ans	57 (8.7%)	50 (11%)
25 à 44 ans	175 (26.7%)	91 (20%)
45 à 64 ans	174 (26.5%)	115 (25.3%)
>= 65 ans	111 (16.9%)	62 (13.6%)

La figure 1 compare l'orientation (retour à domicile et orientation aux urgences) en fonction des classes d'âge des patients. On souligne une différence notable chez les moins de 5 ans et les 15-24 ans qui semblent plus souvent réadressés à domicile ainsi que chez les plus de 65 ans qui sont à l'inverse, plus souvent orientés aux urgences.

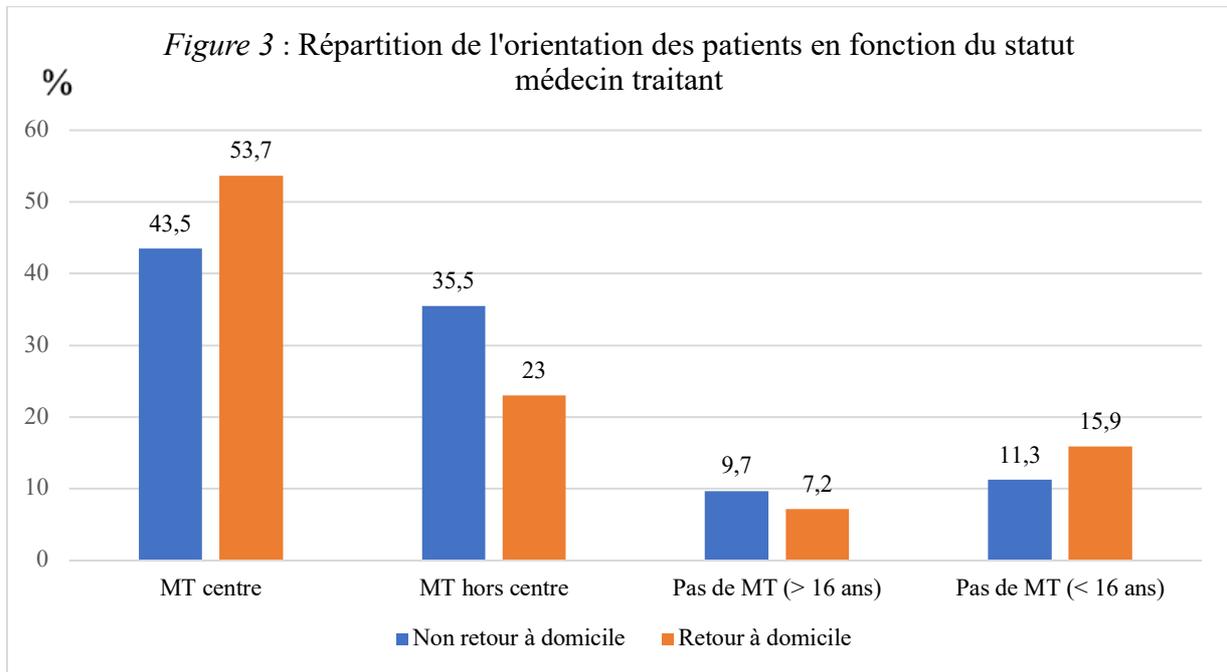
Par souci de clarté, les résultats sont exprimés en pourcentage devant la nette différence d'effectifs des deux échantillons.



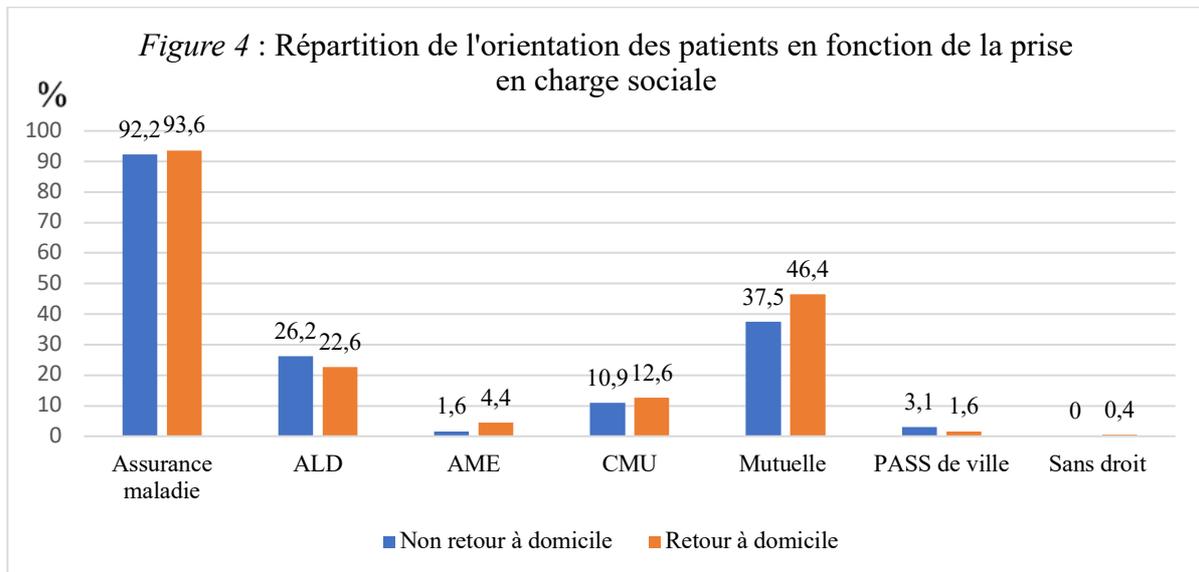
La figure 2 compare l'orientation des patients en fonction des lieux d'habitation et ne montre pas de différence majeure entre les deux groupes.



La figure 3 représente l'orientation des patients en fonction de leur statut médecin traitant. On constate que les patients ayant leur MT au sein du centre retournent plus souvent à domicile alors que les patients qui ont leur MT hors du centre sont plus souvent orientés aux urgences.



Enfin, la figure 4 représentant l'orientation des patients en fonction de la prise en charge sociale des patients rapporte une répartition globalement similaire entre les deux groupes.



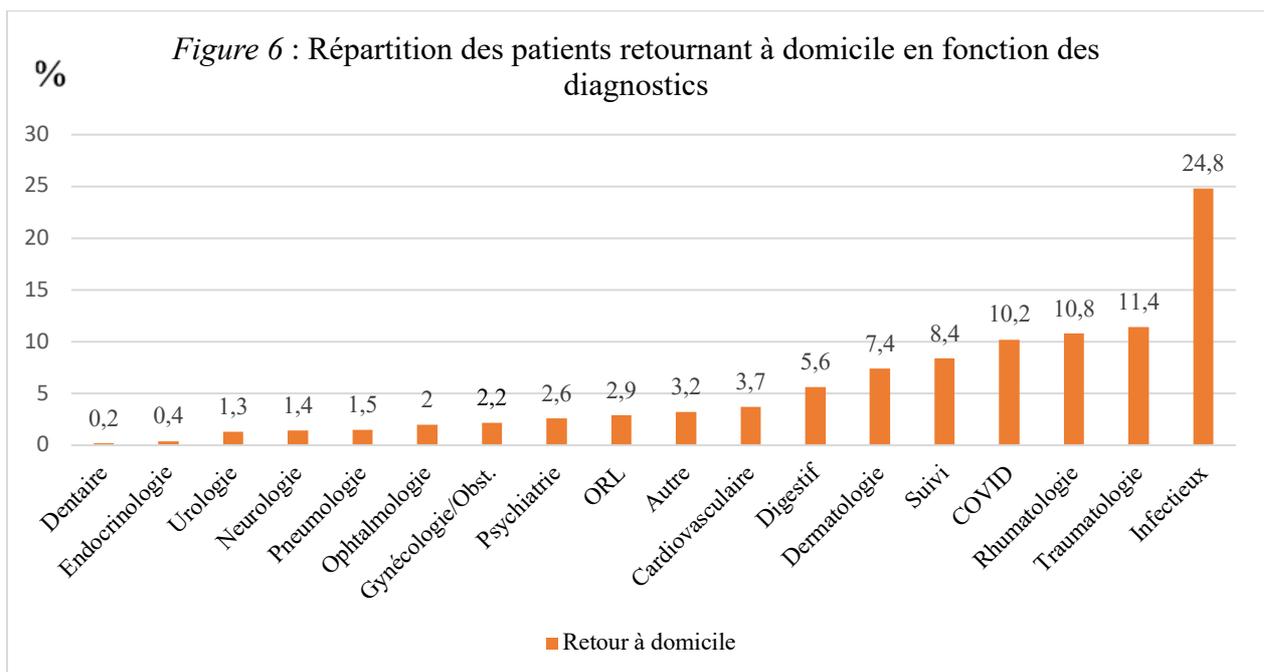
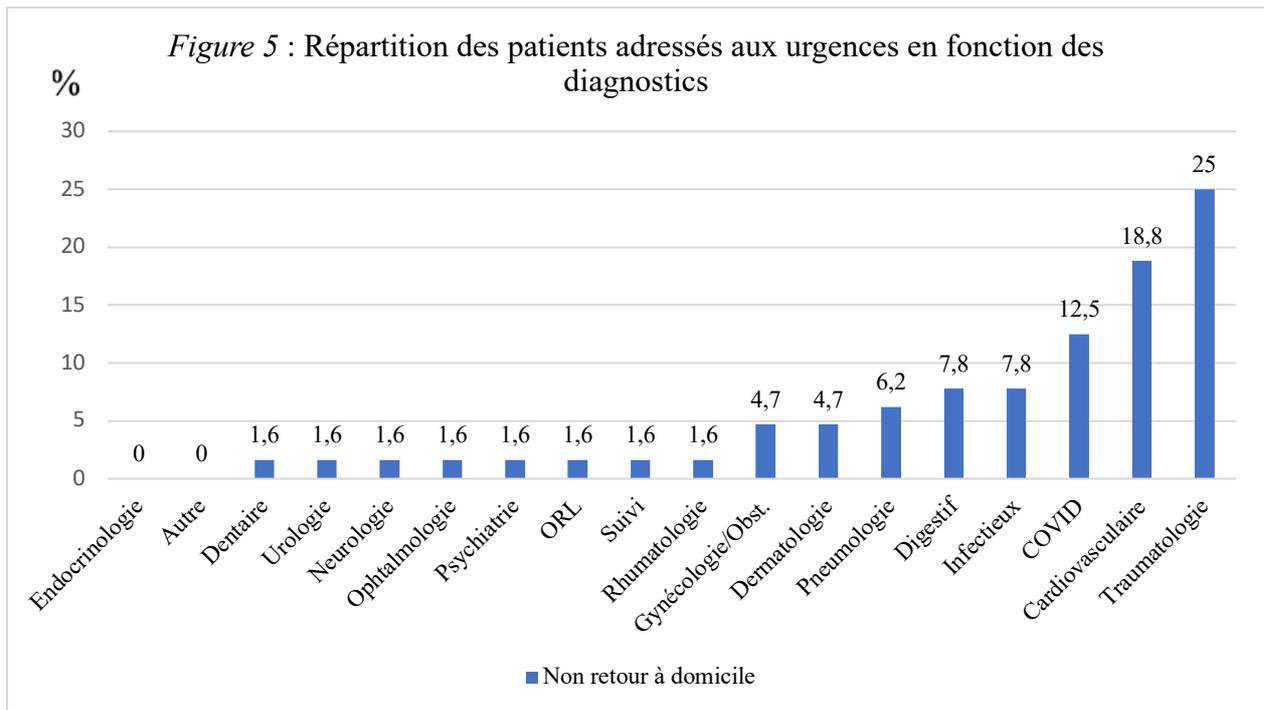
- **Diagnostics retenus**

A l'analyse du recueil des diagnostics retenus, on constate une grande diversité avec une proportion de diagnostics plus élevée concernant les motifs infectieux (23,8%), traumatologiques (12,2%) et Covid (10,3%) (tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des diagnostics chez les patients consultant en SNP

Variables	Effectifs
Diagnostics	
Cardiovasculaire	51 (4.6%)
COVID	114 (10.3%)
Dentaire	3 (0.3%)
Dermatologie	80 (7.2%)
Digestif	63 (5.7%)
Endocrinologie	4 (0.4%)
Gynécologie/Obstétrique	26 (2.4%)
Infectieux	263 (23.8%)
Neurologie	16 (1.4%)
Ophthalmologie	22 (2%)
ORL	31 (2.8%)
Pneumologie	20 (1.8%)
Psychiatrie	28 (2.5%)
Rhumatologie	113 (10.2%)
Suivi	88 (8%)
Traumatologie	135 (12.2%)
Urologie	15 (1.4%)
Autre	33 (3%)
COVID	
Covid suspectée ou avérée	97 (85.1%)
Cas Covid asymptomatique/Cas contact	13 (11.4%)
Effets secondaires post-vaccinaux	4 (3.5%)

La répartition des patients selon l'orientation aux urgences (figure 5) et selon le retour à domicile (figure 6) en fonction des diagnostics retenus sont classés par ordre croissant. On constate que parmi les patients adressés aux urgences, les diagnostics Cardiovasculaire et Traumatologie sont les plus fréquents. Alors que parmi les patients retournant à domicile, les diagnostics infectieux sont de loin les plus nombreux.



B. Analyses univariées

En analyse univariée, il existe une différence significative de l'orientation aux urgences en fonction du diagnostic ($p=0,001$) et de l'âge ($p=0,04$) (tableau 4).

Tableau 4 : Analyses univariées

Variables	Non retour à domicile (n = 64)	Retour à domicile (n = 1047)	p
Sexe			
Femme	33 (51.6%)	623 (59.5%)	0.239
Homme	31 (48.4%)	424 (40.5%)	
Age			
< 5 ans	5 (7.8%)	165 (15.8%)	0.04 ***
5 à 14 ans	6 (9.4%)	100 (9.6%)	
15 à 24 ans	3 (4.7%)	104 (9.9%)	
25 à 44 ans	19 (29.7%)	247 (23.6%)	
45 à 64 ans	13 (20.3%)	276 (26.4%)	
>= 65 ans	18 (28.1%)	155 (14.8%)	
Commune			
Malakoff	50 (78.1%)	789 (75.4%)	0.805
Communes avoisinantes	6 (9.4%)	137 (13.1%)	
Autres - IdF	8 (12.5%)	112 (10.7%)	
Autres - Hors IdF		9 (0.9%)	
Médecin traitant			
MT centre	27 (43.5%)	563 (53.9%)	0.101
MT hors centre	22 (35.5%)	240 (23%)	
Pas de MT - 16 ans ou plus	6 (9.7%)	75 (7.2%)	
Pas de MT - Moins de 16 ans	7 (11.3%)	166 (15.9%)	
Diagnostics			
Cardiovasculaire	12 (18.8%)	39 (3.7%)	<0.001 ***
Traumatologie	16 (25%)	119 (11.4%)	
Infectieux	5 (7.8%)	258 (24.8%)	
Autres	31 (48.4%)	625 (60%)	
Couverture sociale			
Assurance maladie	59 (95.2%)	980 (94%)	1
ALD	17 (27.4%)	237 (22.7%)	0.437
AME	1 (1.6%)	46 (4.4%)	0.512
CMU	7 (11.3%)	132 (12.7%)	1
Mutuelle	24 (38.7%)	486 (46.6%)	0.24
PASS de ville	2 (3.2%)	17 (1.6%)	0.289
Aucune prise en charge		4 (0.4%)	1

C. Analyse multivariée

En analyse multivariée, on constate qu'il y a un risque augmenté d'adresser un patient aux urgences dès lors qu'il présente un diagnostic cardiovasculaire (5,90, $p < 0,01$) ou traumatologique (2,70 ; $p = 0,0024$). En revanche, ni l'âge (1,01 ; $p = 0,11$), ni le sexe (1,34 ; $p = 0,27$), ni le statut médecin traitant (1,71 ; $p=0,1485$) ne sont associés à un surrisque d'orientation aux urgences (tableau 5).

Tableau 5 : Analyse multivariée

	OR	IC	p
Sexe (Ref : Femme)			
Homme	1.34	[0.79;2.28]	0.2729
Age (continu)			
Age	1.01	[1;1.02]	0.1131
Diagnostics			
Cardiovasculaire	5.90	[2.7;12.32]	0.0000 ***
Infectieux	0.42	[0.14;1.05]	0.0884
Traumatologie	2.70	[1.39;5.07]	0.0024 ***
Medecin traitant (Ref : avoir un MT)			
Pas de MT	1.71	[0.81;3.52]	0.1485

IV. Discussions

A. Principaux résultats

La majorité des patients consultant en SNP retournent à domicile après leur consultation.

Après réalisation de l'analyse multivariée, seuls les diagnostics cardiovasculaires et traumatologiques sont associés significativement à une orientation aux urgences.

B. Forces et limites de l'étude

A notre connaissance, quelques études portent sur les SNP en ville, mais peu en centre de santé. Cependant, des études sont en cours avec notamment l'étude sociologique MATCH qui a débuté en septembre 2021 et qui concerne les territoires de quatre CPTS franciliennes dont l'objectif est d'améliorer la réponse aux demandes de soins imprévues.

Une des forces notables de notre étude est la durée du recueil. Son extension sur une durée de six mois permettait d'atténuer le biais de saisonnalité et d'augmenter la puissance. Par ailleurs, la pandémie de Covid-19 sévissant depuis 2020, il avait été décidé initialement de distinguer les consultations liées au Covid afin de prévenir une surestimation des données (nombre de consultants et classification des diagnostics).

Il est à souligner que le caractère unicentrique diminue la validité externe, bien que le CMS de Malakoff soit un centre de taille conséquente. Mais, le biais de sélection étant restreint grâce à la décision de minimiser les critères d'exclusion, l'échantillon est alors bien représentatif de la population ayant consulté en SNP au CMS sur la période retenue.

Le recueil des informations par un investigateur unique apporte de la robustesse aux résultats avec des données homogénéisées.

Bien qu'il nous permette de nous affranchir des perdus de vue, le caractère rétrospectif nous impose naturellement des données manquantes avec des dossiers retrouvés parfois partiellement dénués d'informations. Cependant, grâce au grand nombre de patients inclus initialement, la proportion de données manquantes a seulement été de 3,5%.

C. Confrontation aux données des CMS de Malakoff et à la littérature

- **Données des CMS**

Au sein des CMS de Malakoff, la population consultant en médecine générale est constituée à 59,5% de femmes et à 39,5% d'hommes ; proportions similaires à celles de la patientèle consultant aux SNP retrouvée dans cette étude.

82 % des patients consultant aux CMS de Malakoff viennent du département 92, tendance de nouveau similaire à celle retrouvée dans cette étude bien que la population du département 92 ne soit pas précisée, mais plutôt celles des communes adjacentes.

La population entière consultant aux CMS comprend 2 % de patients qui ont l'AME et 8,7% la CMU. 17,9% sont en ALD.⁷ Les proportions sont approximativement équivalentes à celles des patients consultant en SNP (4,3% ont l'AME, 12,6% possèdent la CMU et 23% ont une ALD). Cependant, il ne s'agit là que de résultats descriptifs et il s'agirait de les compléter par des tests de significativité pour s'en assurer.

- **Littérature**

A l'échelle nationale, l'enquête réalisée en médecine de ville en 2004 par les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) constate que 5% des patients consultant en urgence sont hospitalisés (30). Il a été extrait de cette même étude les données concernant spécifiquement la région Ile-de-France qui retrouve un taux d'hospitalisations diminué à 2% (29). A l'échelle locale, la thèse du Dr Miconnet étudiant les consultants de la MSP de Baume-les-Dames (25110) rapporte un taux d'hospitalisations à 4,7% chez la patientèle des SNP (30).

Nous retrouvons dans notre étude une proportion à peine plus élevée sachant que les études citées relèvent le taux d'hospitalisations, et non le taux d'orientation aux urgences qui peut *de facto* être considéré comme plus élevé. Ces faibles taux de patients adressés aux urgences ou hospitalisés appuient néanmoins l'idée que les SNP relèvent d'une prise en charge de premier recours.

D'après l'INSEE, la population malakoffiotte présentait dans sa population en 2018 17,4% d'enfants de 0 à 14 ans, 21,2% de 15 à 29 ans, 21,2% de 30 à 44 ans, 20,3% de 45 à 59 ans, 13,1% de 60 à 74 ans, et 19,9% de plus de 60 ans (31). En comparaison aux chiffres de notre étude, on s'aperçoit que les jeunes de 15-24 ans consultent peu (9,6%) bien qu'il ne s'agisse pas strictement des mêmes tranches d'âges, alors que les enfants de moins de 5 ans consultent davantage (15,3%). Or, nous constatons dans notre étude que la majorité des patients consultant en SNP au CMS sont des habitants de la commune de Malakoff. Il est à préciser qu'il s'agit du lieu de résidence uniquement, le lieu d'activité professionnelle n'ayant pas été relevé.

En 2004, l'enquête menée par la DREES retrouve une majorité de la patientèle consultant en urgence en médecine de ville représentée par les enfants de moins de 13 ans (22%) et des 25-45 ans (26%), alors que les plus de 70 ans consultent plus rarement en urgence (17%). Nous soulignons qu'il s'agit d'une enquête présentant une forte puissance statistique (17254 fiches patients remplies). En revanche, les moins de 13 ans et les plus de 70 ans sont les catégories de patients les plus sujettes à être secondairement adressées aux urgences (10)(28)(32).

Plus récemment, en 2015, la DREES a retrouvé un taux de recours en urgence (services d'urgence et structures de SNP de ville dont PDSA) plus élevé chez les moins de 5 ans (27%), et moindre chez les plus de 75 ans (12%), proportions similaires à celles constatées dans notre étude (33).

Certaines études soulignent que les motifs traumatologiques sont les plus fréquents dans le cadre de l'urgence en médecine de ville (7)(34)(35)(36). Dans notre étude, les données recueillies placent la traumatologie comme second motif de recours aux SNP après les

⁷ Statistiques réalisées au CMS de Malakoff sur ses deux sites durant l'année 2019.

diagnostics infectieux, loin devant. Il s'agit d'un choix de classification des diagnostics retenus car, comme précisé dans la partie « Méthodologie », certaines classifications ne prennent pas en compte les diagnostics infectieux à part entière. D'ailleurs, l'enquête de la DREES de 2004 le confirme en rapportant une majorité de diagnostics infectieux estimés à 20% des consultations de SNP (29).

Les proportions des patients consultant pour des motifs cardiovasculaires sont aléatoires d'une étude à une autre (7)(28)(29). En revanche, le surrisque d'orientation secondaire aux urgences n'est, à notre connaissance, pas évalué.

Concernant les examens complémentaires, plusieurs études soulignent que ceux les plus souvent prescrits aux urgences sont les analyses biologiques, les radiographies et les ECG (37)(38).

On s'aperçoit que, malgré la possibilité de réaliser les examens complémentaires au CMS, le nombre de patients orientés aux urgences pour des motifs traumatologique et cardiovasculaire est significatif. Ces résultats sont probablement en faveur d'une différence dans la capacité de la prise en charge thérapeutique existant aujourd'hui entre un SAU et le CMS de Malakoff. En revanche, la présence d'examens complémentaires réalisables au CMS permet sans doute d'éviter une certaine proportion de recours aux urgences hospitalières. Ces résultats appuient la nécessité pour le CMS et ses acteurs d'un équipement (ECG, défibrillateur, moniteur de pression artérielle type DYNAMAP,...) et de compétences adaptées, ainsi que d'une coordination étroite avec le SAMU et les SAU.

Dans l'enquête menée par les ORS en 2004, il a été estimé à 6% la proportion de patients consultant en urgence en médecine générale pour un renouvellement d'ordonnance et 3% pour un certificat médical (29). De même dans notre étude, on constate que 8% des patients consultent pour un motif relevant d'une prise en charge médicale de suivi et révèle la tension d'accès aux soins existante (par exemple, des délais de rendez-vous tardifs, impossibilité d'être reçu par le médecin, *etc...*).

A l'échelle régionale, cette même enquête de 2004 pré-citée rapporte que, contrairement à ce qui est constaté dans cette étude, seulement 10 % des patients consultant en SNP vont chez un médecin qu'ils ne connaissent pas (29). La thèse du Dr Gellis montre que 56% des patients qui consultaient en SNP ne faisaient pas partie du cabinet médical d'Archiac (17520) dont 72% exprimaient des difficultés à obtenir rapidement un rendez-vous avec leur médecin habituel (39); proportion qui diminue à 14% au sein de la maison de santé de Baume-les-Dames (25110) dans la thèse du Dr Miconnet (30).

Dans notre étude, seulement la moitié des patients étudiés ont leur médecin généraliste dans le centre de santé. La structure accueille donc en SNP des patients dont elle n'est pas médecin traitant. On peut évoquer comme hypothèses un repérage par la population de la capacité des CMS à répondre aux demandes de SNP ainsi qu'une éventuelle orientation par les professionnels de santé de proximité, médecins généralistes, pharmacies, infirmiers ou les services sociaux de la ville (notamment les crèches et le Centre Communal d'Action Sociale). Elle fait aussi le constat des conséquences de la désertification médicale à Malakoff qui rend les médecins généralistes de ville moins disponibles. Par ailleurs, bien que le résultat ne soit pas significatif en analyse univariée, on constate qu'il existe une tendance des patients n'ayant pas leur MT au sein des CMS à être plus souvent adressés aux urgences, alors que les patients

ayant leur MT au sein des CMS sont plus souvent réorientés à domicile. A cela, nous émettons deux hypothèses : on peut supposer que les patients consultent pour une urgence réelle en dernier recours au CMS ; ou bien, devant l'absence de suivi et d'informations médicales concernant les patients, l'équipe médicale, par prudence, adresse plus facilement les patients aux urgences.

Dans sa thèse, Dr. Batsch conclue que la patientèle consultant sans rendez-vous en cabinet libéral bénéficie de plus d'aide sociale ($p < 0,001$) que celle consultant avec rendez-vous (40). *A contrario* de notre étude qui ne semble pas retrouver de différence distincte dans la prise en charge sociale des patients consultant en SNP et ceux consultant dans le reste des CMS (cf. Données des CMS). De plus, notre étude ne retrouve pas de différence notable entre les patients orientés à domicile et aux urgences selon leur prise en charge sociale.

V. Conclusion

A l'heure où la thématique des SNP est un enjeu de santé publique, notre étude permet d'offrir une amorce de données caractérisant mieux le parcours et les caractéristiques des patients consultant en SNP dans un centre de santé francilien.

Cette étude confirme le constat selon lequel il existe une demande importante de la part de la population de soins non programmés à laquelle les professionnels de santé, et particulièrement les médecins généralistes, doivent répondre. A la lumière de l'étude, ces soins non programmés sont pour la majorité des pathologies qui ne justifient pas un recours aux urgences, mais qui nécessitent néanmoins une prise en charge diagnostique et thérapeutique, de l'information, une réassurance, des mesures de prévention, de la promotion de la santé, y compris du bon usage du système de santé.

L'étude démontre que la demande de SNP peut être prise en charge avec efficacité par une structure de type CMS qui s'est organisée spécifiquement au bénéfice de ses patients et plus largement de la population, ainsi qu'à celui des professionnels de santé de ville. Pour les premiers, c'est la garantie d'une réponse de proximité et adaptée les épargnant d'un recours inapproprié aux SAU ou pire, d'un retard de prise en charge. Pour les seconds, c'est celle d'un partenariat territorial au bénéfice de leurs patients dans le respect du parcours de soins et du médecin traitant.

L'étude a permis de réunir des éléments d'information précieux qui permettront probablement de nourrir les projets de l'équipe des CMS de Malakoff, les projets de coopération territoriale au sein de la future CPTS en cours de réalisation et ceux en lien avec le SAS. Elle peut aussi inspirer d'autres structures, centres de santé et MSP dans de nombreux territoires confrontés aux mêmes problématiques. Ainsi, décrire la population recourant aux SNP et caractériser l'orientation secondaire après passage aux SNP doit aider à adapter l'offre de soins proposée par ces structures de santé, à identifier les besoins de formation des membres de l'équipe médicale, d'impulser les partenariats et les coopérations entre acteurs à l'échelle des territoires (équipes de ville, SAU, SAMU, centres cardiologiques, *etc...*). Ce type d'étude peut aussi aider à justifier la nécessité d'investir dans des équipements nouveaux en regard des besoins ou d'adapter les organisations. En effet, être doté d'un plateau médico-technique, disposer d'un médecin dédié à la prise en charge des SNP, mettre en place une coopération médecin-infirmier, bénéficier d'un lieu dédié au sein de la structure, recruter ou former l'équipe médicale en fonction des besoins sont autant de pistes d'amélioration pour optimiser l'accueil et la prise en charge de ces patients.

Des études qualitatives prenant en compte l'expérience des patients pourraient sembler judicieuses afin de mieux appréhender les différents déterminants des patients les amenant à consulter en SNP au sein de centres de santé. L'étude MATCH est à cet égard très attendue. De même, il serait intéressant de confronter nos données à celles d'autres études en cours de réalisation.

VI. Références bibliographiques

1. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 mai [cité 26 mars 2021] p. 84. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
2. Chaput, Monziols, Ventelou, Zaytseva, Fressard, Verger et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. *janv 2020*;(1138):6.
3. ARS. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. [cité 28 août 2021] p. 279. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/66428/download>
4. DREES. La médecine d'urgence. 2021 [cité 25 sept 2021]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2025%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>
5. DREES. La médecine d'urgence. 2017 [cité 18 août 2021]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/28-2.pdf>
6. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. *nov 2007*;(607):8.
7. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *juill 2014*;(889):8.
8. Samu Urgences de France. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir [Internet]. 2015 [cité 1 sept 2021]. 48 p. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
9. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. 2019.
10. Boisguérin, B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. *mars 2017*;(1007):6.
11. Ricroch L, Seimandi T. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. *août 2020*;(1157):7.
12. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. 2009;6.
13. Or Z. Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. 2017;24.
14. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser [Internet]. 2014 sept [cité 1 sept 2021] p. 29. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospit_alieres.pdf
15. Drean L. Analyse des perceptions évolutives des médecins généralistes sur la gestion des demandes de soins non programmés de médecine générale au sein du pays Thouarsais [Internet]. 2017 [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/4a10b7a6-87b0-4986-9791-c12e10ab157d>

16. Leicher C. CPTS et territoire. Regards. 2019;N° 56(2):81-92.
17. Légifrance. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739>
18. Centres de santé (Articles L6323-1 à L6323-1-15) [Internet]. Code de la Santé Publique 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036494896/2018-04-01>
19. Mesnier T, Carli P. Pour un pacte de refondation des urgences. 2019 déc p. 259.
20. Service d'accès aux soins (SAS) : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure>
21. Ministère des solidarités et de la santé. Santé - Etablissements de santé [Internet]. 2020 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2020/20-10/ste_20200010_0000_0088.pdf
22. Les zones déficitaires selon l'ARS [Internet]. Soigner en Île-de-France. 2021 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.soignereniledefrance.org/sinstaller/zones-deficitaires-ars-2017-aides-a-linstallation-maintien/zones-deficitaires-selon-lars/>
23. Ville de Malakoff. Le centre municipal de santé [Internet]. Malakoff. Ville de Malakoff; [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.malakoff.fr/423/a-propos-de-malakoff/histoire/l-histoire-en-images/histoire-des-equipements/le-centre-municipal-de-sante.htm>, <https://www.malakoff.fr/423/a-propos-de-malakoff/histoire/l-histoire-en-images/histoire-des-equipements/le-centre-municipal-de-sante.htm>
24. 80 ans d'activité au centre municipal de santé [Internet]. Malakoff patrimoine et mémoire. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: http://malakoff-patrimoine.fr/index-fr.php?page=derniere-mise-en-ligne&id_article=1219
25. Collet M. Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants. 2006;(N°533):168.
26. Grafstein E, Unger B, Bullard M, Innes G, the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Working Group. Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0). CJEM. janv 2003;5(01):27-34.
27. SFMU. Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/Motifs_de_recours_SFMU_2010.pdf
28. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. 2006;8.
29. Praznoczy-Pépin C. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France. ORS Idf; 2007 juin p. 20.
30. Miconnet J. Évaluation de l'organisation des soins non programmés au sein de la maison de santé de Baume-les-Dames (25): enquête de satisfaction [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2018.

31. Insee. Comparateur de territoire – Comparez les territoires de votre choix - Résultats pour les communes, départements, régions, intercommunalités... | Insee [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-92046>
32. Boisguérin B. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. oct 2019;(1128):8.
33. DREES. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières [Internet]. 2015 [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss63.pdf>
34. Dewaele M. Causes de recours spontané à un service d'urgences, enquête auprès de patients d'une maison de santé [Internet] [Thèse]. [Lille]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2014 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M037.pdf
35. Gil P. Description et perspectives de l'activité médicale en consultation d'urgence non programmée à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges : Étude de juin 2013 à juin 2015 [Internet] [Thèse]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2016 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M222.pdf
36. Baubeau, D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. 2003;(215):12.
37. Lerat-Golasowski M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai [Internet]. Université du droit et de la santé - Lille; 2015 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb7cf25f-6c41-4a65-80d2-92630568dc48>
38. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. févr 2008;(625):8.
39. Gellis R. Centres de soins sans rendez-vous comme solution pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zones sous médicalisées: impact du cabinet médical d'Archiac [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2018.
40. Batsch E. Profils socio-démographiques et motivations des patients venant avec et sans rendez-vous en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.

VII. Annexe

Annexe 1 : Fiche de préconsultation remplie par l'infirmier à l'arrivée du patient en SNP

BILAN D'ACCUEIL

MOTIF DE LA CONSULTATION : Plaie
 Trauma
 Troubles neuro
 Douleur thoracique
 Dyspnée
 Autre :

ALLERGIE :

CONSTANTES :

TA : G: / D: /

Dextro :

FC :

Hémocue :

Temp :

BU : réalisée

FR :

EVA :

SAT :

ECG : réalisé

PF :

VACCINS à jour, aux dires du patient :

oui

non

--> quick test : positif négatif

COMMENTAIRES :

TITRE : Parcours de soins des patients recourant aux soins non programmés dans un centre municipal de santé d’Ile-de-France (Hauts-de-Seine, Malakoff) : étude descriptive rétrospective

Auteur : Aurore BAUCHET

La médecine de ville de soins primaires, et notamment les centres de santé, s’organisent de manière coordonnée pour prendre en charge la demande croissante de soins non programmés (SNP). L’objectif principal de cette étude était de déterminer la proportion de patients consultant en SNP au centre municipal de santé (CMS) Maurice Ténine de Malakoff (92) qui ne nécessitent qu’une prise en charge de ville, avec le retour à domicile comme critère de jugement principal. Les objectifs secondaires étaient de décrire leur profil sociodémographique, leur statut médecin traitant et les diagnostics retenus en fonction de leur orientation à la suite de leur prise en charge. Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective au sein du CMS Ténine de Malakoff du 1^{er} janvier au 30 juin 2021. 1111 passages en SNP ont été analysés. La majorité des patients consultant en soins non programmés retournaient à domicile (94%). On retrouvait une majorité de femmes (59%), une majorité de patients malakoffiots (75,5%) et une majorité de patients présentant une assurance maladie (94%). Seulement la moitié de la patientèle (53,3%) avait son médecin traitant au sein du CMS. La majorité des patients consultaient pour des motifs infectieux (23,8%) et traumatologiques (12,2%). Après réalisation d’une analyse multivariée, seuls les diagnostics cardiovasculaires (5,90, $p < 0,01$) et traumatologiques (2,70 ; $p = 0,0024$) étaient associés significativement à une orientation aux urgences.

Les patients consultant en SNP au CMS Ténine présentaient majoritairement des pathologies ne relevant pas d’une urgence vitale. La réponse apportée par le CMS Ténine a montré une bonne adéquation du service des SNP aux besoins de la population. A l’avenir, dans le cadre des dispositifs de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et du Service d’Accès aux Soins (SAS), le centre de santé et son équipe médicale devront s’adapter en termes d’équipement, de formation et d’organisation afin de maintenir une réponse pertinente aux besoins de SNP.

MOTS-CLES : « soins non programmés », « centres de santé », « médecine générale », « médecin traitant », « soins de santé primaires », « Ile-de-France ».