



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**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

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 2016 à 18heures
au Pôle Recherche

Par Pauline GIL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Emmanuel CHAZARD

Monsieur le Docteur Ramy AZZOUZ

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Didier DELETTE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ATU : Forfait Accueil et Traitements des Urgences

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

CHAM : Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SE : Forfaits Sécurité et Environnement hospitaliers

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques de médecins généralistes).

Table des matières

Résumé	1
Abstract	2
Introduction	3
I. Démographie médicale : de la France à Fruges	3
II. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) : avenir de la pratique médicale ambulatoire	6
III. La MSP de Fruges	6
Matériels et méthodes	8
I. Population étudiée	8
II. Fonctionnement de l'accueil des patients consultant en urgence non programmée	8
III. Type d'étude	9
IV. Critères d'évaluation	9
A. Des variables relatives aux patients.....	10
B. Des variables relatives à la consultation.....	10
1. Le motif de leur consultation.....	10
2. L'horaire de leur consultation.....	11
3. Le temps de présence du patient à la MSP de Fruges.....	11
C. Des variables relatives aux caractéristiques de la prise en charge.....	11
1. Examens paracliniques disponibles réalisés sur place.....	11
2. Examens complémentaires ou avis spécialisés demandés en externe.....	11
3. Soins réalisés sur place.....	11
4. Travail complémentaire d'une infirmière ou non.....	12
5. Devenir du patient.....	12
V. Analyse statistique	12
Résultats	13
I. Description de la population étudiée	13
A. Nombre de patients étudiés.....	13
B. Genre des patients étudiés.....	14
C. Âge des patients étudiés.....	14
D. Caractéristiques du médecin traitant des patients étudiés.....	15
E. Lieu de vie des patients.....	16
II. Caractéristiques de la consultation	17
A. Motif de consultation.....	17

B. Horaire de la consultation.....	20
C. Temps de présence à la MSP.....	21
III. Caractéristiques de la prise en charge.....	22
A. Examens paracliniques disponibles réalisés sur place.....	22
B. Examens complémentaires ou avis spécialisés demandés en externe (hors MSP et hors centre hospitalier).....	23
C. Soins réalisés sur place	23
D. Prise en charge des patients étudiés en binôme.....	25
E. Devenir des patients étudiés.....	25
Discussion.....	27
I. Estimation de la pertinence de ce type de dispositif de façon générale et pour un territoire comme Fruges en particulier.....	27
A. Bon fonctionnement et organisation du dispositif.....	27
B. Éviction de passages dans les SAU.....	29
C. Répond aux attentes des autorités de santé.....	29
D. Répond aux objectifs WONCA.....	33
E. Une certaine efficacité.....	33
II. Forces et limites de l'étude.....	34
A. Forces de l'étude.....	34
B. Limites de l'étude.....	34
1. Biais d'informations.....	34
2. Biais de classement	35
3. Biais de sélection.....	35
4. Autres limites.....	35
III. Sujets d'ouverture.....	36
A. Perspectives d'amélioration du dispositif.....	36
B. Médecins correspondants du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).....	38
C. Autres sujets de thèses.....	38
Conclusion.....	40
Références bibliographiques.....	41
Annexes.....	43

RÉSUMÉ

Contexte : Le canton de Fruges est une zone rurale du Pas-de-Calais, située à plus de 30 minutes des premiers services d'accueil des urgences hospitaliers. En 2011, l'agence régionale de santé la déclare « zone en difficulté » dans l'offre de soins de premier recours.

La maison de santé pluridisciplinaire de Fruges ouverte depuis mai 2012, dispose d'une salle dédiée à la consultation d'urgence non programmée.

L'objectif de cette étude était d'explorer l'activité médicale liée à cette salle, dans le but d'estimer la pertinence de ce type d'installation de façon générale et pour un territoire comme Fruges en particulier.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive rétrospective, menée de juin 2013 à juin 2015. La population étudiée était exhaustive. Elle comprenait tout patient ayant consulté en urgence non programmée à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges entre ces dates.

Résultats : 147 patients ont consulté dans ces conditions l'année 2013/2014 et 213 l'année 2014/2015. On constate une augmentation de 45% du nombre de consultations d'une année à l'autre.

Le nombre de patients ayant eu la consigne d'être hospitalisés après leur prise en charge est faible, par rapport au nombre total de patients ayant consulté : 19,5% des patients étudiés sur les 2 années cumulées.

La majorité des motifs de consultation était d'ordre traumatologique : 241 patients (67%) sur les 2 années cumulées.

Conclusion : Notre étude témoigne du bon fonctionnement du dispositif et de son évolution sur 2 ans. Sa pertinence est démontrée car il répond aux attentes des autorités de santé concernant des problèmes actuels de santé publique : désertification médicale, zones défavorisées dans l'offre de soins de premier recours, désengorgement des services des urgences hospitaliers.

ABSTRACT

Situation :The district of Fruges is one of the rural areas of Pas-de-Calais, located more than 30 minutes drive away from the closest emergency care facilities. In 2011,the regional health organisation proclaimed this district as a “problematic zone” as regards to first aid care.

The multidisciplinary health centre of Fruges opened in may 2012 and accommodates a room dedicated to non-scheduled emergency consultation.

The purpose of this study is to obtain an understanding of the medical care performed within these premises in order to evaluate the real relevance of this type of facilities, for a national perspective and for Fruges in particular.

Methodology :It mainly consisted in under taking a descriptive quantitative and retrospective analysis, carried out from june 2013 to june 2015. The population studied was exhaustive and included all patients having received a non-scheduled emergency consultation at the multidisciplinary health centre of Fruges.

Results : 147 patients were consulted during the period 2013/2014 and 213 over 2014/2015. We observed a clear increase of 45% in the number of consultations over the two years.

The number of patients to be hospitalised after the initial consultation is quite low in comparison to the total number of patients consulted : only 19.5% of studied patients over the two cumulative years.

The majority of the consultations referred to traumatologic disorder : 241 patients (67%) over the two cumulative years.

Conclusion : Our study demonstrates this facility operates efficiently with a clear evolution over two years. Evidences have been given that this facility is relevant as it addresses the health authority’s needs in terms of current public health issues such as medical desertification, lack of first aid care in some areas and reduction of reliance upon overwhelmed emergency departments.

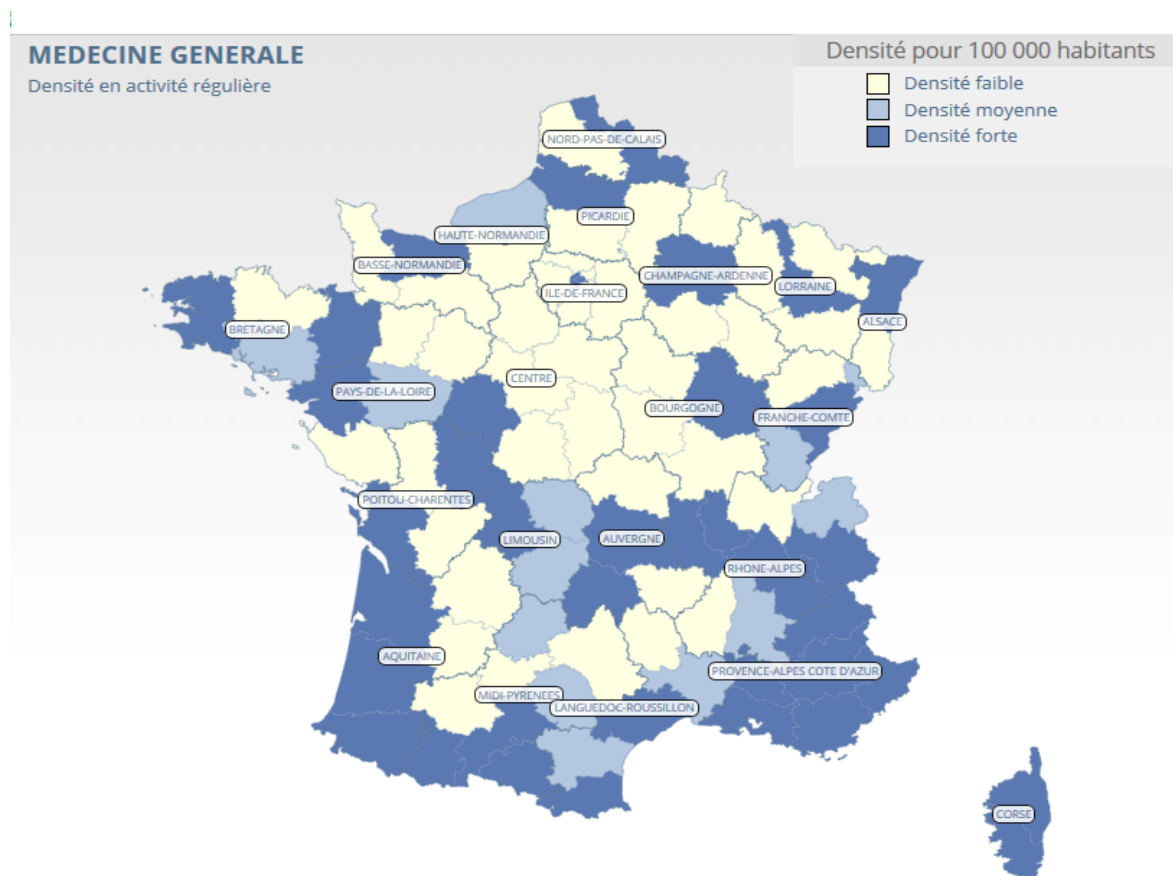
INTRODUCTION

I. Démographie médicale : de la France à Fruges

Il existe depuis plusieurs années en France, un contexte de crise concernant la démographie médicale et l'inégalité de répartition géographique de l'offre de soin, notamment de premier recours.

Les soins de premier recours constituent le premier point de contact du patient avec le système de santé et les professionnels de santé. Les médecins généralistes sont au centre de ce dispositif [Annexe 1].

Carte 1. Démographie médicale de la médecine générale en France en 2016. Ordre national des médecins.

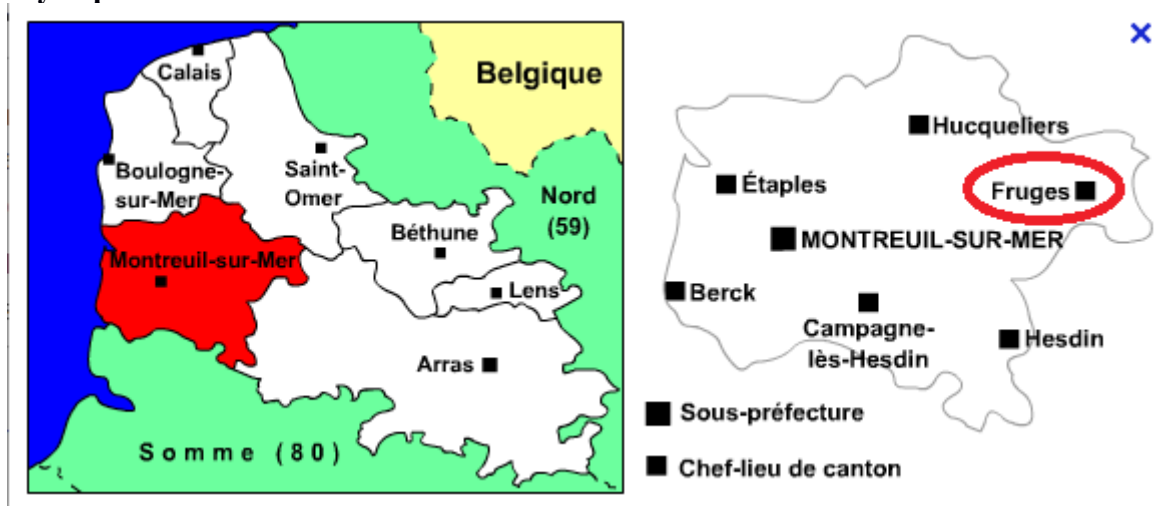


La région Nord-pas-de-Calais fait partie de ces zones sous-médicalisées dans l'offre de soins de premier recours.

Le canton de Fruges est un territoire rural du département du Pas-de-Calais.

Il se situe à 35 km de Saint-Omer et environ 35 km de Montreuil-sur-Mer. Il fait partie de la zone de proximité du Montreuillois, elle-même inscrite dans le territoire de santé du littoral.

Carte 2. Région du Pas-de-Calais. Arrondissement de Montreuil-sur-Mer.
Encyclopédie libre.



La région du Pas-de-Calais comprend 7 arrondissements représentés par le schéma ci-dessus.

Le canton de Fruges fait partie de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer et comprend 25 communes (avant le redécoupage cantonal de 2014 en France. Depuis le 1er Janvier 2015, il comprend 55 communes) :

Ambricourt, Avondance, Canlers, Coupelle-Neuve, Coupelle-Vieille, Crépy, Créquy, Embry, Fressin, Fruges, Hézecques, Lebiez, Lugy, Matringhem, Mencas, Planques, Radinghem, Rimboval, Royon, Ruisseauville, Sains-lès-Fressin, Senlis, Torcy, Verchin, Vincly.

En 2011, le canton de Fruges comptait 7 612 habitants.

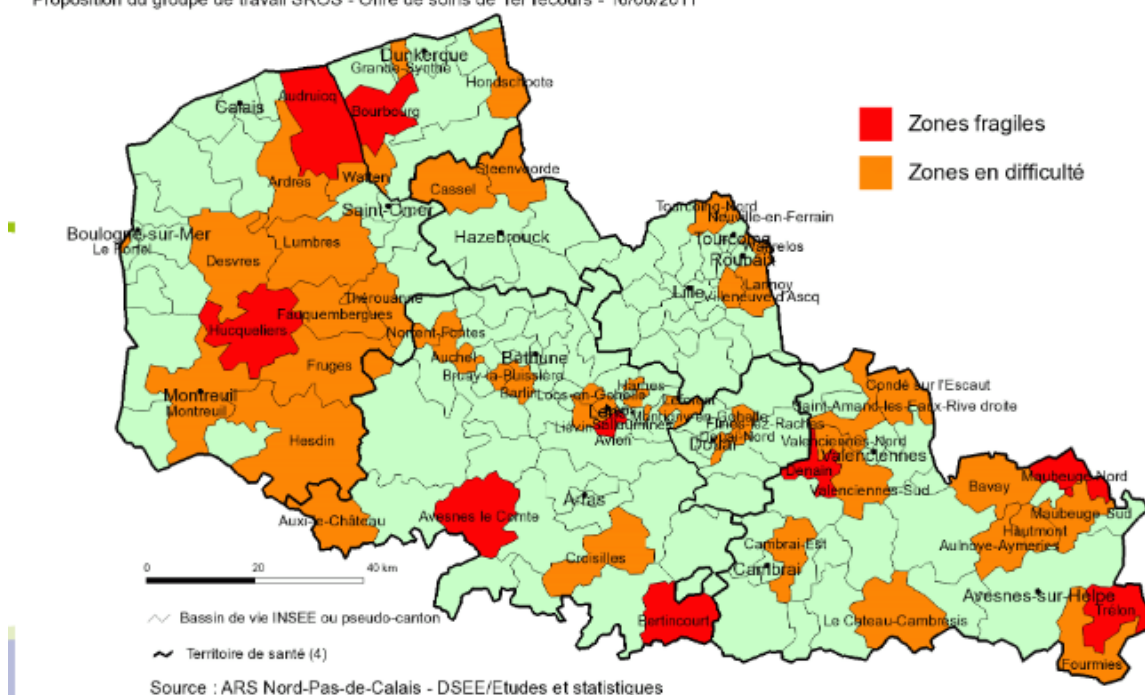
La structure par âge de la population du canton fait apparaître une importante part des moins de 15 ans, comparable aux chiffres régionaux (21,4% contre 20,1%) et une sous-représentation des 15-29 ans au regard des chiffres régionaux (15,9% contre 20%). En revanche la part des personnes âgées de 75 ans ou plus, est plus élevée qu'en région, mais comparable au niveau national (10% contre 7,7% et 9,1%) (1).

En 2011, le canton de Fruges a été déclaré par l'Agence Régionale de Santé (ARS), « **zone en difficulté** » dans l'offre de soins de premier recours dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Carte 3. Proposition des zones en difficulté et des zones fragiles en offre de soins de premier recours. ARS 2011.

Proposition des zones en difficulté et des zones fragiles en offre de soins de 1er recours*

*Proposition du groupe de travail SROS - Offre de soins de 1er recours - 16/06/2011



Les villes les plus proches du canton de Fruges, possédant un centre hospitalier et un Service d'Accueil des Urgences (SAU) sont Rang-du-Fliers à environ 45 km (Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer : CHAM) et Saint-Omer à 28 km (Centre hospitalier de la région de Saint-Omer : Helfaut).

Le canton de Fruges se situe donc à plus de 30 minutes des premiers Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

II. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) : avenir de la pratique médicale ambulatoire

Pour tenter de faire face à ce contexte de crise, les autorités de santé et les pouvoirs publics encouragent depuis plusieurs années, le regroupement de professionnels de santé libéraux à travers les MSP (2) (3).

Cette forme d'organisation favorise une prise en charge globale et coordonnée du patient. Les MSP se présentent comme l'un des moyens de maintien, voire de développement, de l'offre de soins dans les secteurs définis comme déficitaires.

III. La MSP de Fruges

Dans l'optique de répondre à une demande de soins concernant une population rurale sous médicalisée, la MSP du Haut pays de Fruges a ouvert ses portes le 15 mai 2012.

Elle regroupe à ce jour 4 médecins généralistes, 2 masseurs-kinésithérapeutes, 12 infirmiers diplômés d'État, 1 sage-femme, 1 dentiste mutualiste, 1 orthoptiste, 1 podologue, 1 diététicienne, 2 psychologues, 4 cabinets pour les consultations de spécialistes.

Elle dispose également d'un pôle médico-social (hospitalisation à domicile, service de soins infirmiers à domicile de 50 lits, mutualité sociale agricole) et d'un pôle de prévention composé d'un médecin scolaire et d'un médecin du travail.

La MSP de Fruges est décrite comme « **MSP du futur** » par un grand quotidien national (4).

Elle fait partie des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération et s'est engagée avec l'ARS sur le règlement arbitral, où la permanence et la continuité des soins sont essentiels [Annexe 2].

Dans une démarche de qualité et d'assurance de la permanence des soins, la MSP de Fruges dispose depuis son ouverture, d'une installation novatrice: une salle dédiée à la consultation d'urgence non programmée.

L'objectif de cette étude était d'explorer l'activité médicale en consultation d'urgence non programmée à la MSP de Fruges dans le but d'estimer la pertinence de ce type d'installation de façon générale et pour un territoire comme Fruges en particulier.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Population étudiée

La population étudiée était exhaustive, il n'y avait pas de critère d'exclusion. Elle comprenait tout patient ayant consulté en urgence non programmée à la MSP de Fruges, de début juin 2013 à fin mai 2015.

La MSP de Fruges a ouvert ses portes en juin 2012 mais ces dates d'étude ont été choisies car un an environ a été nécessaire pour trouver un équilibre de fonctionnement concernant cette salle dédiée aux consultations d'urgence non programmée.

II. Fonctionnement de l'accueil des patients consultant en urgence non programmée

Les horaires de permanence de ces soins sont de 8h à 20h en jour de semaine et de 8h à 12h le samedi matin. En dehors de ces horaires, un numéro de téléphone est disponible pour le patient nécessitant des soins non programmés, indiquant la marche à suivre (appels régulés par le centre régional des appels libéraux).

Pour une meilleure organisation du temps de travail, les médecins généralistes de la MSP consultent toujours sur rendez-vous.

Pour avoir un ordre d'idée, durant l'année 2015, 24 980 patients ont consulté de façon programmée et 240 patients ont consulté en urgence non programmée. L'activité non programmée représente donc environ 1% des patients consultant dans l'année.

Pour assurer le fonctionnement de cette salle dédiée aux consultations d'urgence non programmée, un planning « d'astreinte » a été établi pour tous les médecins généralistes exerçant dans la MSP. Après concertation, la répartition s'est faite par changement de médecin « d'astreinte » toutes les 2h.

Ce même tableau de permanence existe pour les visites à domicile urgentes. Ainsi, le bon fonctionnement de la journée « programmée » de chaque médecin reste assuré et il n'existe aucune disparité concernant l'implication de chacun.

Dès son arrivée, le patient se présente à l'hôtesse d'accueil. Elle inscrit les informations concernant son identité sur une fiche de renseignements. Cette fiche est ensuite complétée par le médecin examinateur [Annexe 3].

L'hôtesse d'accueil prévient le médecin « d'astreinte » et installe le patient dans la salle dédiée à ce type de consultation.

La salle se situe au rez-de-chaussée de la MSP et possède un accès direct pour les sorties de brancards. Elle mesure 12 m², possède une table d'examen, un scope, un appareil à électrocardiogrammes, des kits de perfusion, une trousse d'urgence médicamenteuse [description exhaustive en annexe 4].

III. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective, unicentrique, sur des données de début juin 2013 à fin mai 2015.

IV. Critères d'évaluation

Les critères de jugement reposaient sur l'analyse de plusieurs types de variables, recueillies grâce aux fiches de renseignements individuelles :

A. Des variables relatives aux patients

- 1 - Leur nombre
- 2 - Leur sexe
- 3 - Leur âge, réparti par tranches d'âge tous les 15 ans
- 4 - L'identité de leur médecin traitant, indiquant s'il exerce ou non dans la MSP de Fruges
- 5 - Leur lieu de vie, indiquant si le patient réside ou non dans le canton de Fruges

B. Des variables relatives à la consultation

1. Le motif de leur consultation

Recueilli en réalité par le diagnostic suspecté à la fin de la consultation.

Ceci limitait les ambiguïtés, comme par exemple : une douleur abdominale pouvait être à la fois une cause digestive, uro-néphrologique ou encore gynécologique. Nous avons choisi d'être le plus clair et précis possible.

D'autre part, le motif de consultation n'était pas toujours écrit par l'examineur. Il préférait noter le diagnostic final, suspecté ou assuré.

Nous avons classé ces variables en plusieurs groupes et sous-groupes :

- Les motifs traumatologiques (T), détaillés en 4 sous-groupes :
 - Plaies (T1)
 - Brûlures (T2)
 - Piqûres d'insectes (T3)
 - Autres traumatismes (T4)

- Les motifs médico-chirurgicaux (M), détaillés en 8 sous-groupes :
 - Cardio-vasculaires (M1)
 - Gastro-entérologiques (M2)
 - Neurologiques et ophtalmologiques (M3)
 - Rhumatologiques (M4)
 - Pneumologiques (M5)
 - Uro-néphrologiques (M6)

- Dermatologiques (M7)
- Otorhinolaryngologiques (M8)

- Les motifs gynéco-obstétriques (G)
- Les motifs psychiatriques (P)

2. L'horaire de leur consultation

Retranscrite sous forme d'heure tronquée. Par exemple « 9h » représentait toutes les consultations entre 9h et 10h.

3. Le temps de présence du patient à la MSP de Fruges

Défini par le temps d'attente plus le temps de prise en charge du patient par les professionnels de santé.

C. Des variables relatives aux caractéristiques de la prise en charge

1. Examens paracliniques disponibles réalisés sur place

Électrocardiogramme (ECG), bandelette urinaire (BU), glucométrie, doppler foetal.

2. Examens complémentaires ou avis spécialisés demandés en externe

Imagerie, bilan biologique, avis spécialisé demandé en dehors d'un centre hospitalier.

3. Soins réalisés sur place

- Sutures et/ou pansements (S)
- Soins *per os* (PO)
- Soins par voie intra-musculaire (IM)
- Soins par voie intra-veineuse (IV)
- Soins par voie inhalée (IN)
- Acte physique comme la réduction d'une luxation d'un membre, le lavage oculaire, le méchage pour un épistaxis (A).

A noter que la confection d'orthèses de membres n'a pas été comptabilisée car rarement notée et probablement fréquemment réalisée.

4. Travail complémentaire d'une infirmière ou non

5. Devenir du patient

Retour à domicile, hospitalisation, appel du 15 sur place.

V. Analyse statistique

Pour débiter l'analyse statistique nous avons sollicité l'aide de la plate-forme d'aide méthodologique du pôle de santé publique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille et plus précisément Monsieur le Docteur CHAZARD, Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier et deux internes de santé publique.

Les explications et consignes remises nous ont permis d'avoir un bon socle pour débiter notre propre analyse statistique.

Les données recueillies sur fiches individuelles ont été informatisées sous forme d'un tableau Excel analysable.

L'analyse descriptive comprenait :

- Des variables quantitatives exprimées avec des paramètres de position (moyenne, médiane, minimum, maximum et écart-type) ou en représentation graphique (diagramme en barre) ;

- Des variables qualitatives exprimées en pourcentage ou en représentation graphique (diagramme en barre).

RÉSULTATS

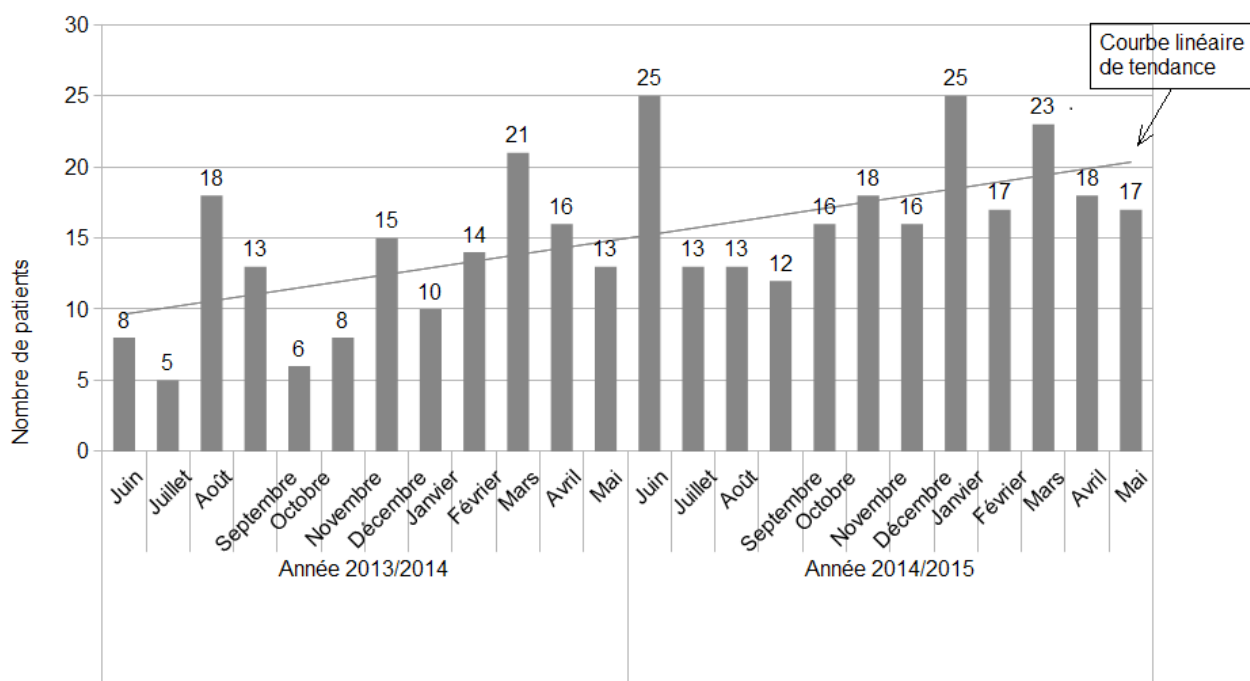
I. Description de la population étudiée

A. Nombre de patients étudiés

Le nombre de patients ayant consulté en urgence non programmée à la MSP de Fruges était de 147 l'année 2013/2014 et de 213 l'année 2014/2015, soit un total de 360 patients sur les 2 ans.

On constate une augmentation de 45% du nombre de consultations d'une année à l'autre.

Graphique 1 : Évolution du nombre de patients étudiés par année



B. Genre des patients étudiés

Tableau 1. Répartition du genre des patients étudiés par année

	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Hommes	83 (56,5%)	119 (56%)	202 (56%)
Femmes	64 (43,5%)	94 (44%)	158 (44%)
Total	147	213	360

C. Âge des patients étudiés

Tableau 2. Âge (en années) des patients étudiés par année

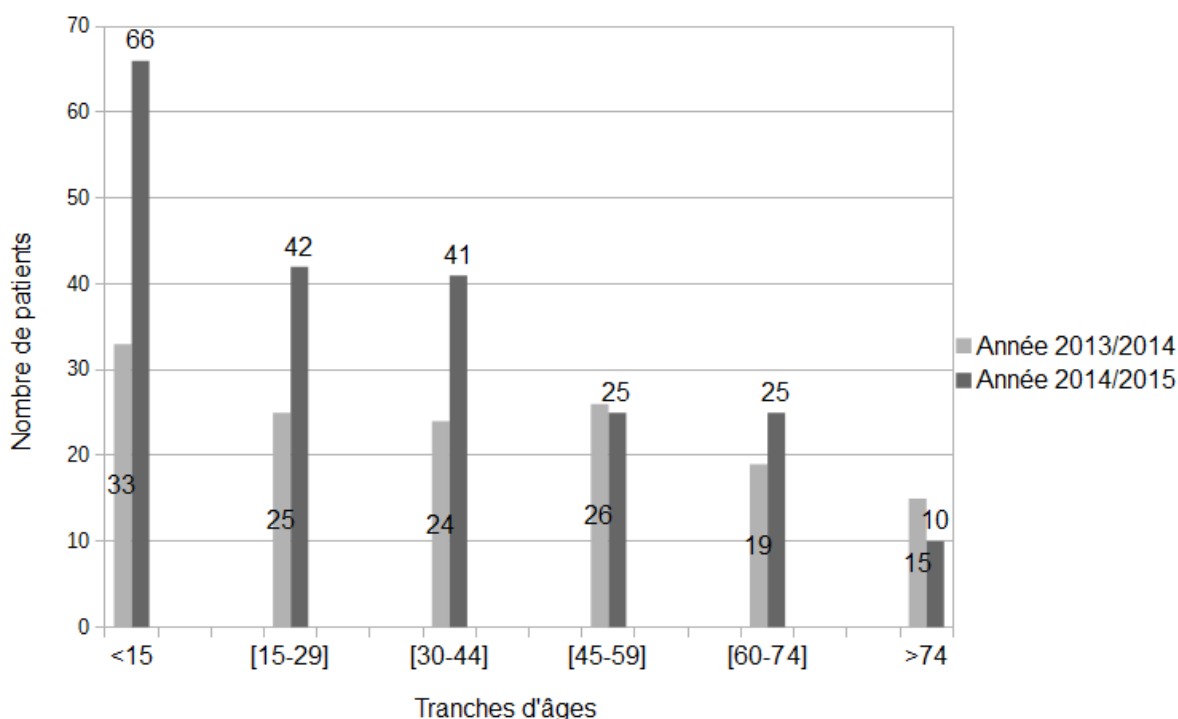
	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Moyenne	39,1	31,5	34,6
Écart-type	24,8	22,6	23,8
Minimum	<1	<1	<1
Maximum	93	82	93

L'âge du plus jeune patient étudié était de 2 mois l'année 2013/2014 et de 3 mois l'année 2014/2015. L'âge du plus vieux patient ayant consulté, était de 93 ans l'année 2014/2015.

Une grande partie des patients était âgée de moins de 15 ans : 33 patients (22,5%) l'année 2013/2014 dont 1 nourrisson de moins de 1 an, et 66 (31%) l'année 2014/2015 dont 6 nourrissons de moins de 1 an.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient une minorité : 12 patients (8%) l'année 2013/2014 et 10 patients (4,5%) l'année 2014/2015.

Les données manquantes étaient de 5 (3,5 %) l'année 2013/2014 et de 4 (2%) l'année 2014/2015, soit un total de 9 (2,5%) sur les 2 années cumulées.

Graphique 2. Nombre de patients étudiés par âge et par année

A noter que ces tranches d'âges ont été choisies dans le but de les comparer avec d'autres données de la littérature, notamment l'atlas régional de santé de l'ARS (1).

D. Caractéristiques du médecin traitant des patients étudiés

Les données manquantes étaient de 3 (2%) l'année 2013/2014 et de 8 (4%) l'année 2014/2015, soit un total de 11 (3%) sur les 2 années cumulées.

Tableau 3. Nombre (et part) de médecins traitants (MT) des patients étudiés exerçant à la MSP.

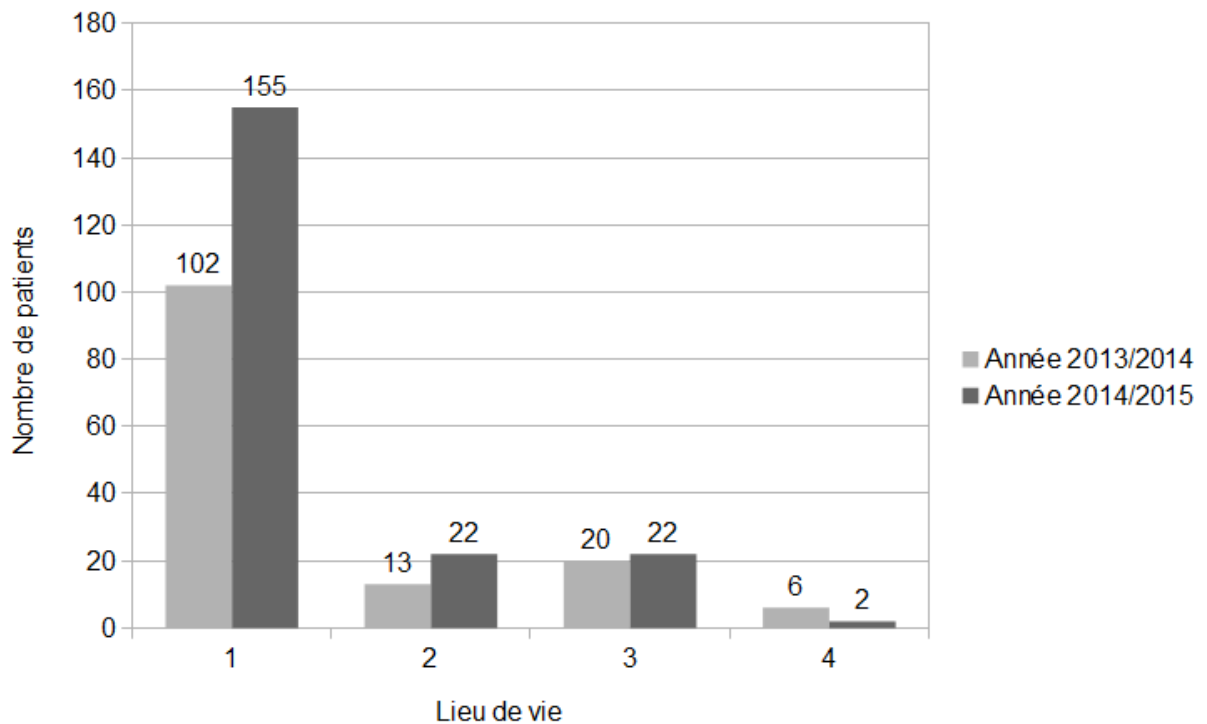
	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
MT internes à la MSP	93 (63%)	153 (72%)	246 (68%)
MT externes à la MSP	51 (35%)	52 (24%)	103 (29%)

E. Lieu de vie des patients

La majorité des patients étudiés habitait le canton de Fruges : 102 (69%) l'année 2013/2014 et 155 (73%) l'année 2014/2015, soit un total de 257 (71%) sur les 2 années cumulées

Les données manquantes étaient de 6 (4%) l'année 2013/2014 et de 12 (6%) l'année 2014/2015, soit un total de 18 (5%) sur les 2 années cumulées.

Graphique 3. Lieu de vie des patients étudiés par année



- 1 = Canton de Fruges
- 2 = Arrondissement de Montreuil-sur-Mer, hors canton de Fruges
- 3 = Pas-de-Calais, hors arrondissement de Montreuil-sur-Mer
- 4 = Hors Pas-de-Calais

(Se référer à la [Carte 2](#) si besoin).

II. Caractéristiques de la consultation

A. Motif de consultation

La plupart des patients étudiés ont consulté pour des motifs traumatologiques : 106 patients (72%) l'année 2013/2014 et 135 (63%) l'année 2014/2015, soit un total de 241 (67%) sur les 2 années cumulées.

Les données manquantes étaient de une (1%) l'année 2013/2014 et de 5 (2%) l'année 2014/2015, soit un total de (1,5%) sur les 2 années cumulées.

Graphique 4. Nombre de motifs de consultations des patients étudiés par année

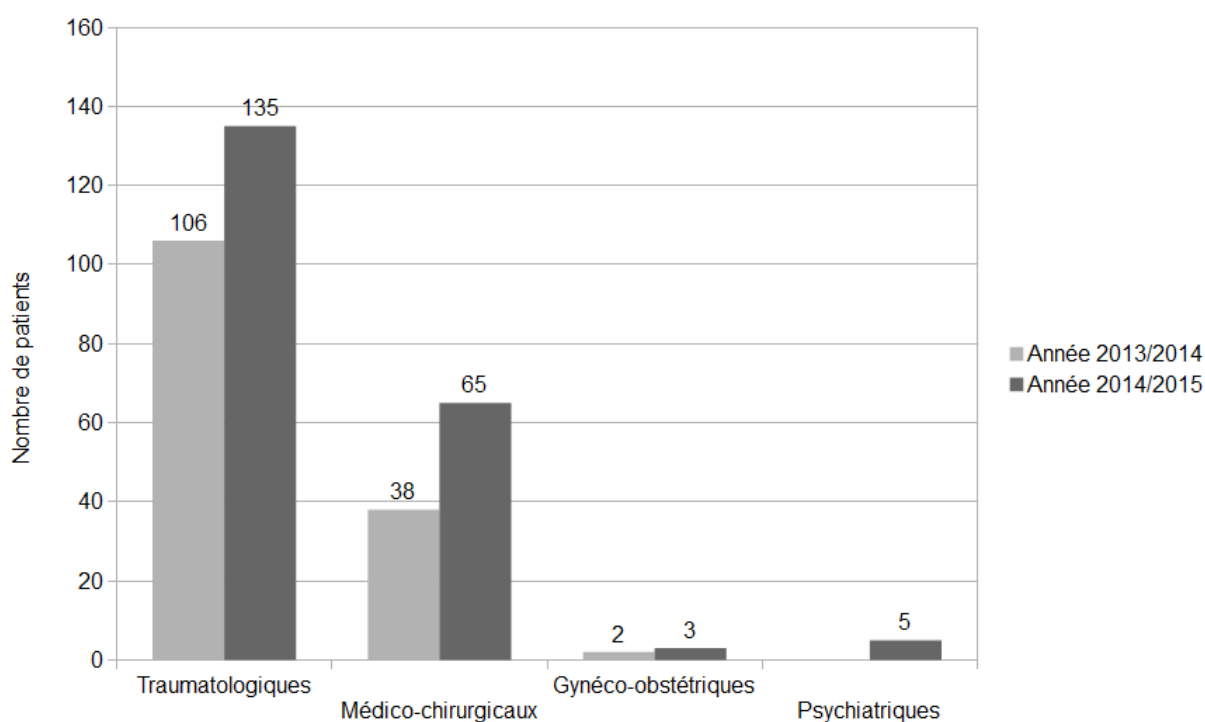


Tableau 4. Détails du nombre (et part) des motifs de consultations traumatologiques (T) par année

T	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Plaies	77 (72,5%)	70 (52%)	147 (61%)
Brûlures	2 (2%)	2 (1,5%)	4 (1,5%)
Piqûres d'insectes	3 (3%)	3 (2%)	6 (2,5%)
Autres traumatismes	24 (22,5%)	60 (44,5%)	84 (35%)
Total T	106	135	241

La classification « autres traumatismes » regroupait : les suspicions de fractures d'un ou plusieurs membres, les entorses, les douleurs d'un ou plusieurs membres après un traumatisme, les accidents de la voie publique, les suspicions de luxation ou subluxation d'un membre, les torticolis.

Tableau 5. Détails du nombre (et part) de motifs de consultation médico-chirurgicaux (M) par année

M	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
M1	5 (13%)	17 (26%)	22 (21%)
M2	9 (23,5%)	6 (9,5%)	15 (14,5%)
M3	14 (37%)	17 (26%)	31 (30%)
M4	4 (10,5%)	3 (4,5%)	7 (7%)
M5	4 (10,5%)	9 (14%)	13 (12,5%)
M6	0	5 (7,5%)	5 (5%)
M7	0	7 (11%)	7 (7%)
M8	2 (5,5%)	1 (1,5%)	3 (3%)
Total M	38	65	103

Lexique des différents motifs :

- M1 = cardiovasculaires
- M2 = gastro-entérologiques
- M3 = neuro/ophtalmologiques
- M4 = rhumatologiques
- M5 = pneumologiques
- M6 = uro-néphrologiques
- M7 = dermatologiques
- M8 = otorhinolaryngologiques (ORL)

Tableau 6. Détails du nombre (et part) de motifs cardiovasculaires (M1) par année

M1	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Douleurs thoraciques	4 (80%)	12 (70,5%)	16 (73%)
Palpitations	1 (20%)	3 (17,5%)	4 (18%)
Poussées hypertensives	0	2 (12%)	2 (9%)
Total M1	5	17	22

Tableau 7. Détails du nombre (et part) de motifs neuro/ophtalmologiques (M3) par année

M3	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Suspensions d'AVC	3 (21,5%)	0	3 (10%)
Malaises	4 (29%)	11 (64,5%)	15 (48,5%)
Céphalées	1 (7%)	2 (12%)	3 (10%)
Troubles du comportement	1 (7%)	0	1 (3%)
Diplopie	1 (7%)	0	1 (3%)
Vision floue	1 (7%)	0	1 (3%)
Corps étrangers intra-oculaires	1 (7%)	3 (17,5)	4 (13%)
Conjonctivites	2 (14,5%)	0	2 (6,5%)
Hémorragies sous-conjonctivales	0	1 (6%)	1 (3%)
Total M3	14	17	31

L'ensemble des motifs gastro-entérologiques (M2) sur les 2 années cumulées regroupait : des suspicions d'appendicites (3 cas), des ballonnements/constipations (3 cas), un méléna (1 cas), une suspicion de tremblements liés à un sevrage en alcool (1 cas), une suspicion de pancréatite aiguë (1 cas) et des douleurs abdominales de causes indéterminées (6 cas).

L'ensemble des motifs rhumatologiques (M4) sur les 2 années cumulées était des lombalgies aiguës (7 cas).

L'ensemble des motifs pneumologiques (M5) sur les 2 années cumulées regroupait : des crises d'asthme (6 cas), des suspicions de pneumopathies (3 cas) et des dyspnées d'origines inconnues (4 cas).

L'ensemble des motifs uro-néphrologiques (M6) regroupait : des suspicions de pyélonéphrites (2 cas), une infection urinaire (1 cas) et une colique néphrétique (2 cas). Cas présents l'année 2014/2015 seulement.

L'ensemble des motifs dermatologiques (M7) regroupait : des réactions allergiques (5 cas), un érysipèle (1 cas) et une suspicion d'exanthème subit du nourrisson (1 cas). Cas présents l'année 2014/2015 seulement.

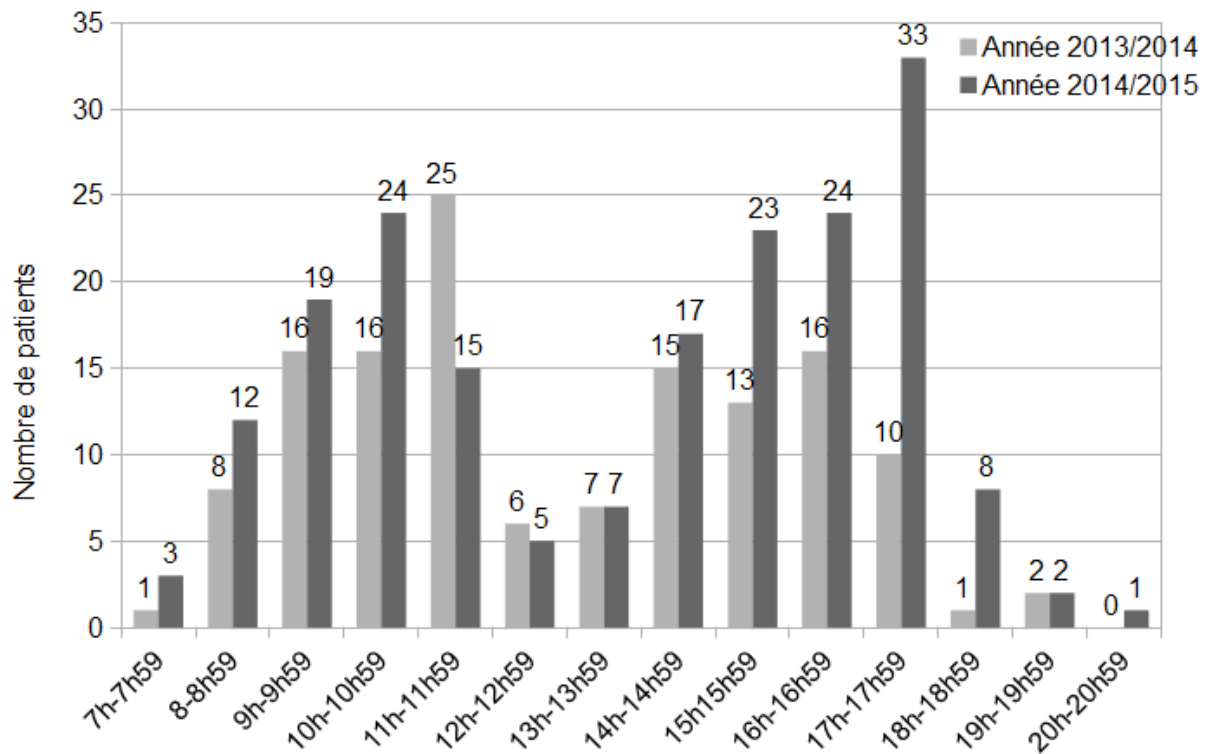
L'ensemble des motifs ORL (M8) sur les 2 années cumulées était des épistaxis (3 cas).

B. Horaire de la consultation

L'année 2013/2014, on constate un pic de passage des patients étudiés entre 11h et 12h (25 patients, soit 17%).

L'année 2014/2015, on constate un pic de passage entre 17h et 18h (33 patients, soit 15,5%).

Les données manquantes étaient de 11 (7,5%) l'année 2013/2014 et de 20 (9,5%) l'année 2014/2015, soit un total de 31 (8,5%) sur les 2 années cumulées.

Graphique 5. Tranches horaires des consultations des patients étudiés

C. Temps de présence à la MSP

Les données manquantes étaient de 44 (30%) l'année 2013/2014 et de 65 (30,5%) l'année 2014/2015, soit un total de 109 (30%) sur les 2 années cumulées.

Tableau 8. Temps de présence (en minutes) des patients étudiés à la MSP

	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Moyenne	27,5	23	25
Écart-type	13	11	12
Minimum	10	5	10
Maximum	75	65	75

III. Caractéristiques de la prise en charge

A. Examens paracliniques disponibles réalisés sur place

Tableau 9. Examens paracliniques disponibles réalisés sur place (1 ou plusieurs par patient)

	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Examens réalisés sur place	15	27	42
Nombre de patients concernés	14 (9,5%)	26 (12%)	40 (11%)

L'année 2013/2014, les 15 examens paracliniques disponibles réalisés sur place regroupaient :

- 9 électrocardiogrammes (ECG) (60%)
- 5 glucométries (33,5%)
- 1 doppler foetal (6,5%)

Les données manquantes pour cette année étaient de 4 (soit 2,5% des patients étudiés cette année).

L'année 2014/2015, les 27 examens paracliniques disponibles réalisés sur place regroupaient :

- 15 ECG (55,5%)
- 8 glucométries (29,5%)
- 2 dopplers foetaux (7,5%)
- 2 bandelettes urinaires (BU) (7,5%)

Les données manquantes pour cette année étaient de 7 (soit 3,5% des patients étudiés cette année)

B. Examens complémentaires ou avis spécialisés demandés en externe (hors MSP et hors centre hospitalier)

Tableau 10. Examens complémentaires ou avis spécialisés demandés en externe (= demandes) : 1 ou plusieurs par patient.

	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Demandes	23	58	81
Nombre de patients concernés	22 (15%)	54 (25%)	76 (21%)

L'année 2013/2014, les 23 demandes réalisées regroupaient :

- 18 imageries (78%)
- 1 examen biologique (4,5%)
- 4 avis spécialisés (17,5%)

Les données manquantes pour cette années étaient de 5 (soit 3,5% des patients).

L'année 2014/2015, les 58 demandes réalisées regroupaient :

- 36 imageries (62%)
- 11 examens biologiques (19%)
- 11 avis spécialisés (19%)

Les données manquantes pour cette année étaient de 6 (soit 3% des patients).

C. Soins réalisés sur place

Tableau 11. Nombre (et part) de soins réalisés sur place (1 ou plusieurs par patient)

	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Soins réalisés	86	86	172
Nombre de patients concernés	86 (58,5%)	84 (39,5%)	170 (47%)

L'année 2013/2014, les 86 soins réalisés regroupaient :

- 79 sutures et/ou pansements (92%) de plaies
- 1 injection en intramusculaire (1%) (antispasmodiques pour douleurs abdominales)
- 2 injections en intraveineux (2,5%) (corticoïdes pour réaction allergique après piqûre d'insecte et une pose de voie veineuse périphérique avant un transfert à l'hôpital pour suspicion d'appendicite aiguë)
- 4 actes physiques (4,5%) (2 méchages pour épistaxis, 1 lavage oculaire pour corps étranger intra-oculaire et 1 réduction de luxation antérieure d'épaule)

Les données manquantes pour cette année étaient de 5 (soit 3,5% des patients).

L'année 2014/2015, les 86 soins réalisés regroupaient :

- 75 sutures et/ou pansements (87%) de plaies
- 3 médicaments donnés *per os* (4%) (2 antihistaminiques et un corticoïde pour réactions allergiques)
- 1 injection en intramusculaire (1%) (corticoïdes pour réaction allergique)
- 1 injection en intraveineux (1%) (une pose de voie veineuse périphérique avant un transfert à l'hôpital pour suspicion d'infarctus du myocarde)
- 1 médicament inhalé (1%) (béta-2-mimétiques par inhalateur pour crise d'asthme)
- 5 actes physiques (6%) (3 lavages oculaires pour corps étranger intra-oculaire, 1 méchage pour épistaxis, 1 réduction de luxation antérieure d'épaule)

Les données manquantes pour cette année étaient de 6 (soit 3% des patients).

D. Prise en charge des patients étudiés en binôme

Tableau 12. Nombre (et part) de binômes médecins (M) / infirmiers (IDE)

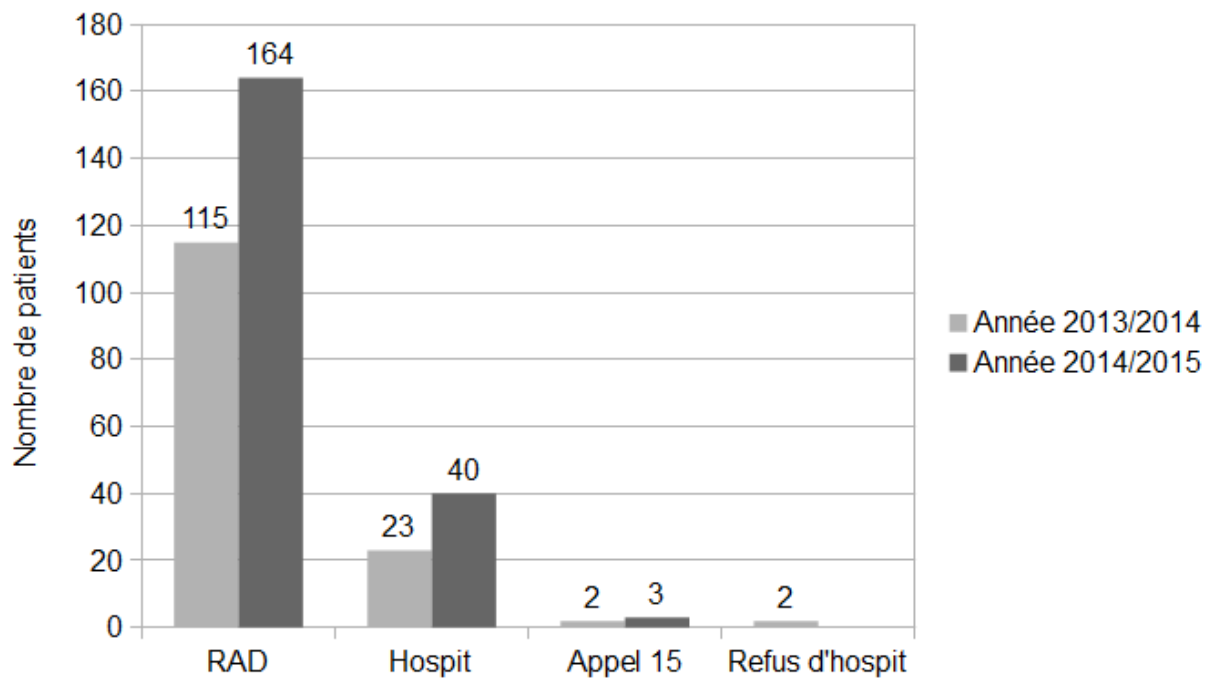
	Année 2013/2014	Année 2014/2015	Années cumulées
Binômes M / IDE	34 (23%)	21 (10%)	55 (15,5%)
M seuls	113 (77%)	192 (90%)	305 (84,5%)

Il n'y avait pas de données manquantes concernant ces variables.

E. Devenir des patients étudiés

La plupart des patients avait comme consigne de rentrer à domicile après leur prise en charge à la MSP : 115 (78%) l'année 2013/2014 et 164 (77%) l'année 2014/2015 soit un total de 279 (77,5%) sur les 2 années cumulées.

Les données manquantes étaient de 5 (3,5%) pour l'année 2013/2014 et de 6 (3%) pour l'année 2014/2015, soit un total de 11 (3%) sur les 2 années cumulées.

Graphique 6. Devenir des patients étudiés après leur prise en charge à la MSP

L'année 2013/2014, 27 patients (18,5%) ont eu pour consigne d'être hospitalisés (« Hospit » et « Refus d'hospit »). Ils regroupaient :

- 14 patients (52%) consultant pour des motifs traumatologiques (dont 10 pour des plaies et 4 pour d'autres traumatismes)
- 13 patients (48%) consultant pour des motifs médico-chirurgicaux (dont 1 motif cardio-vasculaire, 4 gastro-entérologiques, 7 neuro/ophtalmologiques et 1 rhumatologique)

L'année 2014/2015, 43 patients (20%) ont eu pour consigne d'être hospitalisés. Ils regroupaient :

- 23 patients (53,5%) consultant pour des motifs traumatologiques (dont 11 plaies et 12 pour d'autres traumatismes)
- 16 patients (37%) consultant pour des motifs médico-chirurgicaux (dont 7 motifs cardio-vasculaires, 2 gastro-entérologiques, 3 neuro/ophtalmologiques, 3 pneumologiques, 1 uro-néphrologique)
- 3 patients (7%) consultant pour des motifs gynéco-obstétriques
- 1 patient (2,5%) consultant pour un motif psychiatrique.

DISCUSSION

Notre travail met en exergue plusieurs aspects et perspectives de l'activité médicale en consultation d'urgence non programmée à la MSP de Fruges :

I. Estimation de la pertinence de ce type de dispositif de façon générale et pour un territoire comme Fruges en particulier

A. Bon fonctionnement et organisation du dispositif

Il existe plusieurs arguments en faveur :

- On constate une augmentation de 45% du nombre de patient ayant consulté en urgence non programmée d'une année à l'autre. Ces chiffres en progression sont les témoins d'un réel besoin de ce type de soins sur le canton de Fruges. C'est aussi la marque d'une efficacité du dispositif aux yeux des patients.

- Sur les 2 années cumulées, 68% des patients possédaient leur médecin traitant dans la MSP. Cela reflète la satisfaction et la confiance que portent les patients pour les professionnels de la MSP.

- Sur les 2 années cumulées, 29% des patients n'avaient pas leur médecin traitant dans la MSP. Ce chiffre non négligeable témoigne de l'attractivité de la MSP et de son dispositif d'accueil d'urgence non programmée.

Les chiffres concernant le lieu de vie des patients étudiés vont également dans ce sens : sur les 2 années cumulées, 24% des patients vivaient hors canton de Fruges. Cela reflète donc la bonne réputation de la MSP et de ce dispositif.

- L'horaire de consultation des patients est équitablement réparti sur les 12h d'ouverture du dispositif en semaine et sur les 4h d'ouverture le samedi matin (en dehors d'un pic de consultations entre 11h et 12h l'année 2013/2014 et entre 17h et 18h l'année 2014/2015). Les professionnels de santé sont donc disponibles aux heures ouvrables et assurent une permanence des soins qui paraît nécessaire pour les patients.

- Le temps de présence des patients à la MSP est globalement faible et en amélioration d'une année à l'autre : 27,5 minutes en moyenne l'année 2013/2014 et 23 minutes l'année 2014/2015 ce qui témoigne d'une bonne organisation du dispositif.

- On constate une augmentation des pratiques d'examens paracliniques disponibles sur place qui concernaient : 9,5% des patients l'année 2013/2014 et 12% des patients l'année 2014/2015. Ceci peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de motifs de consultation concernant des douleurs thoraciques ou palpitations et témoigne de la bonne adaptation de la pratique des soins par les professionnels de santé.

Ces chiffres faibles sont en rapport avec la majorité du nombre de consultations qui est d'ordre traumatologique et qui ne nécessite pas de tels examens paracliniques.

- Enfin, on constate que l'activité en binôme avec un infirmier est faible mais non négligeable : 15,5% des patients sur les 2 années cumulées. Ce type de fonctionnement permet d'avoir une prise en charge du patient bidisciplinaire de façon instantanée, ce qui serait moins le cas en milieu urbain.

B. Éviction de passages dans les SAU

On constate que le nombre de patients ayant eu la consigne d'être hospitalisés est faible, par rapport au nombre total de patients ayant consulté en urgence non programmée à la MSP : seulement 19,5% des patients étudiés sur les 2 années cumulées.

Ceci peut mettre en évidence que certains passages dans les SAU sont *a fortiori* évités. Il serait difficile d'affirmer que, si ce dispositif n'existait pas à la MSP, tous les patients étudiés auraient consulté dans un SAU environnant ; mais il est possible de l'assurer pour ceux consultant pour des plaies par exemple, qui nécessitent la plupart du temps des soins urgents.

Ces motifs de consultations (T1) représentent 61% des motifs traumatologiques sur les 2 années cumulées ce qui n'est pas négligeable.

C. Répond aux attentes des autorités de santé

Ce dispositif répond à la loi « **Hôpital, Patients, Santé et Territoires** » (HPST) de 2009, qui énumère les différentes missions du « médecin généraliste de premier recours ». La 7ème mission s'intitule notamment : « Participer à la mission de service public de permanence des soins » (5).

Il répond également au « **pacte territoire santé** » annoncé par le ministre de la santé en 2012, qui charge les ARS de lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins. Le 9ème engagement du pacte ambitionne de « garantir à chaque Français d'ici 2015, un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes » (6).

A l'automne 2013, dans le cadre de ce pacte, l'ARS du Nord-Pas-de-Calais a présenté une carte des communes se situant à plus de 30 minutes d'un SMUR. Le canton de Fruges en fait partie.

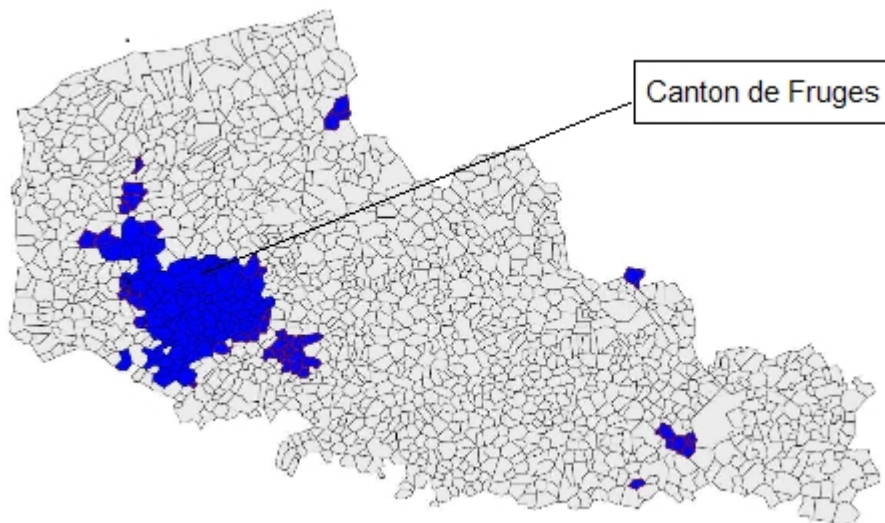
Carte 4. ARS Nord-pas-de-Calais 2012. Communes à plus de 30 minutes d'un SMUR en heures pleines.

143 communes sont distantes de plus de 30 minutes d'un SMUR en heures pleines :

- *Sur le territoire du Littoral : sur un axe Fruges Hesdin, jour et nuit ;*
- *Sur le territoire du Hainaut Cambrésis : 8 communes regroupant 4846 habitants, sont à plus de 30 minutes d'un SMUR en journée ;*
- *Sur le territoire de l'Artois-Douaisis, 14 communes, regroupant 5243 habitants, sont à plus de 30 minutes d'un SMUR en journée ;*

La population à plus de 30 minutes d'un SMUR en journée représente donc 1,26% de la population du Nord-pas-de-Calais.

Aucune commune n'est à plus de 41 minutes d'un SMUR (en temps moyen) ; 26 communes sont situées entre 35 et 40,9 minutes d'un SMUR, regroupant 780 habitants.



En plus de la désertification médicale, le « pacte territoire santé » tente de trouver des solutions à un deuxième problème : l'augmentation de la demande des soins non programmés (7).

D'après les rapports, le recours aux SAU ne cesse d'augmenter. Et de nombreux soins non programmés, pourtant de la compétence des médecins généralistes, « embolissent » les SAU.

Concernant le Nord-pas-de-Calais, le volet « urgences » du schéma régional d'organisation des soins (**SROS**) met en exergue ce phénomène à travers des chiffres : les SAU de la région ont enregistré environ 920 000 passages en 2007, 1 117 543 passages en 2012, ce qui représente une augmentation, à implantation égale, au cours de la période 2007- 2012, de 15,2% (évolution de la consommation des soins et de biens médicaux de 2007 à 2011 : + 9,9%) (8).

Plus localement, les SAU du littoral dont dépend le canton de Fruges, sont également sujet à cette augmentation (environ 180 000 passages en 2017 contre environ 200 000 en 2012) [Annexe 5].

Dans ce contexte, le « pacte territoire santé » propose de réinvestir la médecine générale de son rôle d'accueil des soins non programmés : ce qui relève de la médecine ambulatoire, sera alors pris en charge en amont des SAU dans le but de les désengorger. Ces derniers pourront ainsi se consacrer davantage aux « vraies urgences ».

Le **rapport sur la territorialisation des activités d'urgences**, publié en juillet 2015 par le président de l'ARS du Nord-pas-de-Calais, fait part de ce problème et incite également les médecins généralistes à se réinvestir dans la chaîne de l'urgence (7).

Ce document analyse un rapport important, issu des travaux de la commission dirigée par le Professeur Adolphe Steg, ancien chef du service d'urologie de l'hôpital Cochin (**rapport STEG**) datant de fin 1993. Il fait l'objet de « la surmédicalisation des urgences ». Ce rapport s'est révélé être un électrochoc, à l'initiative d'un nombre important de mesures vis-à-vis de l'évolution du métier de médecin dans les SAU (9).

Le rapporteur y met en exergue plusieurs faits :

- L'accessibilité des SAU est un critère de choix pour 60% des patients tandis que 20% des patients y recourent faute d'avoir pu trouver, en amont, une autre réponse à leur problème ;

- Les cas graves représentent environ 10% des admissions dans les SAU, dont la moitié sont des urgences vitales ;

- La traumatologie représente 35 à 40% des admissions au SAU ;
- 60 à 80% des patients ayant consulté au SAU auraient pu être traités en dehors du contexte de l'urgence. Leur état de santé n'impliquait pas nécessairement le recours à l'hôpital.

Le rapport souligne donc le « grand déséquilibre » entre le faible taux d'urgences majeures et le grand nombre d'urgences mineures ou légères (« petite traumatologie ») relevant de la médecine générale ou de « dispensaires ». Deux causes étaient avancées : l'insuffisante implication des médecins généralistes dans l'urgence et le consumérisme des patients.

Dans notre étude, nous constatons que la majorité des motifs de consultations des patients étudiés concernait des motifs traumatologiques : 72% l'année 2013/2014 et 63% l'année 2014/2015.

Parmi ces motifs appelés plus communément « la petite traumatologie », la plupart des patients concernés ont eu pour consigne de rentrer à domicile après leur prise en charge : seulement 14 patients sur les 106 (13%) ayant consulté pour des motifs traumatologiques l'année 2013/2014 ont eu pour consigne d'être hospitalisés, et 23 patients sur les 135 (17%) l'année 2014/2015.

Ces chiffres faibles mettent en évidence que les soins prodigués à la MSP ont été suffisants, et que les patients concernés ne présentaient pas la nécessité d'un recours à un SAU.

D'autre part, le rapport STEG montre que les passages dans les SAU sont essentiellement diurnes : 75% des passages ont lieu entre 8h et 20h, contre 25% entre 20h et 8h, et 10% entre 0h et 8h. Les horaires d'ouverture de la permanence des soins non programmés de la MSP de Fruges semblent donc adaptés.

Avec cette salle de soins dédiée à la consultation d'urgences non programmées, nous constatons donc que la MSP de Fruges, tente de répondre à différents problèmes de santé publique faisant l'objet d'actions des autorités de santé : offrir l'accès aux soins urgents pour un territoire comme Fruges situé à plus de 30 minutes des premiers SMUR et désengorger les urgences des alentours.

D. Répond aux objectifs WONCA

En 2002, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) définit la médecine générale selon 11 critères qui tous, rappellent aux médecins généralistes leur rôle dans la permanence et l'organisation des soins [cf annexe 6].

E. Une certaine efficience

Le facteur économique et donc l'efficience, n'ont pas été étudiés de façon spécifique dans notre travail bien que ce soit un élément important. En effet, la société qui finance le système de soins attend une prise en charge de qualité et à moindre coût.

Nous pouvons cependant constater que la consultation en urgence non programmée à la MSP de Fruges coûte à la société le prix d'une consultation normale (C=23 euros), ajouté à cela ou non, les actes effectués en fonction de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Pour avoir un ordre d'idée, une consultation au SAU coûte en moyenne environ 70 à 100 euros par patient, comprenant : le forfait Accueil et Traitements des Urgences (ATU), facturable à chaque prise en charge externe réalisée aux urgences (environ 25 euros par patient) plus les forfaits Sécurité et Environnement hospitaliers (SE), facturables à chaque réalisation de certains actes CCAM en soins externes (de 20 à 76 euros par patient) (10).

Tous ces arguments sont en faveur de la pertinence de ce type de dispositif pour le territoire de Fruges ainsi que de façon générale.

II. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

- Étude novatrice : peu de travaux ont été retrouvés au sujet des MSP possédant ce type de dispositif, bien qu'il en existe ailleurs (exemple de MSP à Isle-sur-le-Doubs en Bourgogne et en Charente (11) (12) ;

- Elle décrit un dispositif central en soins de premier recours qui tente de répondre à des demandes de santé publique actuelles ;

- Elle tend à encourager ce type de pratique et son aménagement dans d'autres MSP du Nord-pas de-Calais ou même de France ;

- Elle permet de mettre en évidence le respect de l'engagement de la MSP de Fruges envers l'ARS concernant le règlement arbitral et la permanence des soins ;

- Elle permet de tracer tous les motifs ressentis comme urgents par le patient. Ces motifs peuvent alors être étudiés de façon plus approfondie dans le but d'améliorer la qualité des soins ;

- Enfin, elle incite à effectuer d'autres sujets de recherche, développés dans un autre paragraphe.

B. Limites de l'étude

1. Biais d'informations

Il existait beaucoup de données manquantes : la plupart des variables étudiées en comprenaient (10 variables sur les 13 étudiées). En moyenne il y avait 6% de données manquantes chaque année. Le chiffre le plus élevé concernait la variable du temps de présence des patients à la MSP : 30% l'année 2013/2014 et 30,5% l'année 2014/2015. Certains résultats et tout particulièrement ces derniers, sont donc à prendre avec précaution.

2. Biais de classement

Les données concernant les motifs de consultations ont été classées de manière à être le plus clair et précis possible mais il a été difficile de respecter ce principe. En effet, certains motifs pouvaient être classés dans différentes catégories : l'exemple des malaises, pouvant être de cause cardio-vasculaire ou neurologique. Certaines catégories de motifs sont donc sur ou sous estimées.

3. Biais de sélection

Certains patients consultant en urgence non programmée à la MSP ne sont pas passés par la filière de la salle d'urgence dédiée. En effet, certains ont été pris en charge directement par leur médecin traitant disponible à ce moment là. Par conséquent, la fiche de recueil d'informations individuelle n'a pu être remplie et comptabilisée pour notre étude. Le nombre de passage dans cette salle est donc sous-évalué.

4. Autres limites

Notre étude ne permet pas de suivre les patients dans le temps ni de recueillir leur ressenti. Il serait intéressant d'explorer ces paramètres pour s'adapter au mieux à la demande de soins (« Pourquoi ont-ils consulté ici ? Ont-ils quand même eu recours à un SAU dans les heures ou journées qui ont suivi leur prise en charge à la MSP ? »).

Notre étude ne porte que sur 2 ans et ne prend pas en compte la première année d'ouverture. En effet, la croisière de travail n'a été atteinte qu'après la première année. Il est donc difficile d'extrapoler les résultats au fonctionnement global du dispositif présent depuis maintenant 4 ans. D'autant plus que la désertification augmente autour de Fruges (départs en retraite notamment) et que la demande de ce type de soins ne cesse d'augmenter.

Enfin, il est difficile avec notre simple étude, d'avoir une notion précise de l'impact de ce dispositif sur le désengorgement des urgences hospitalières les plus proches.

III. Sujets d'ouverture

A. Perspectives d'amélioration du dispositif

Les résultats de notre étude permettent de dégager plusieurs perspectives d'amélioration du dispositif :

- Former les hôtesses d'accueil à l'urgence : reconnaître ainsi le réel degré d'urgence et savoir différer la consultation à une plage de consultations programmées. Ceci permettrait d'alléger le travail des médecins « d'astreinte » qui pourraient ainsi se consacrer au mieux à leurs consultations programmées qui représentent une grosse part de leur activité, ou aux demandes de soins urgents à domicile.

- Employer un médecin supplémentaire ou dédié à ce type de consultation pour alléger le travail des médecins généralistes de la MSP. D'après nos résultats concernant le nombre de patients par mois ayant eu recours à ce type de soins, aucune saisonnalité ne ressort exactement mais les mois de janvier, mars et juin semblent les plus chargés. Un médecin supplémentaire pourrait donc être employé au mieux à l'année, au moins pendant ces mois-là.

- Aménager les horaires d'ouverture du dispositif : d'après nos résultats, nous constatons que très peu de patients consultent après 19h : 5 patients sur les 360 étudiés sur les 2 années cumulées. Cela peut s'expliquer par le fait que les pharmacies du canton ferment entre 18h et 19h30. Les patients consultant alors à partir de 19h, ne pourront avoir recours dans la soirée aux médicaments ou orthèses prescrits et préféreront consulter dans un SAU par exemple.

- Améliorer le matériel disponible dans la salle dédiée :
- Disposer d'oxygène sur place et de processus d'aérosols, même si nos résultats montrent que très peu de patients auraient nécessité de tels soins (environ 2), il est important de pouvoir répondre à ce type d'urgence ;

- Disposer d'un mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA), pour suturer convenablement les enfants ; les moins de 15 ans représentant quand même 27,5% des patients ayant consulté sur les 2 années cumulées et 26% des patients consultant pour des plaies ;

- Disposer d'un réfrigérateur dans la salle, pour notamment conserver les vaccins anti-tétaniques et les immunoglobulines humaines tétaniques ;

- Disposer de poches de recueil d'urines pour nourrissons ; ce qui est discutable puisque les moins de 1 an ne représentent qu'une minorité parmi les patients étudiés (7 sur les 2 années cumulées) et d'autre part, car le nombre de bandelette urinaire est très faible dans les examens complémentaires disponibles réalisés sur place. Son utilité peut donc être discutée en fonction de la balance bénéfices/risques ;

- Disposer d'un ordinateur dans la salle : dans le but d'informatiser le système de recueil de données et d'accéder au dossier médical partagé. Ainsi, chaque soin est inscrit dans le dossier personnel du patient et cela lui favorise une prise en charge globale et continue.
 - Avoir des médecins spécialistes pouvant recevoir des patients en urgence :
Les vacations des médecins spécialistes à la MSP sont toutes aménagées de façon programmée. Il serait intéressant de pouvoir travailler en urgence avec certains, sur place ou grâce à la télé-médecine, dans le but de désengorger les SAU.

 - Disposer d'un centre d'imagerie intégré à la MSP ou implanté très près :
d'après notre étude, 78% des actes complémentaires demandés étaient des imageries l'année 2013/2014 et 62% l'année 2014/2015.

 - Enfin, il conviendrait d'augmenter l'attractivité de la MSP et de cette salle dédiée aux consultations d'urgences non programmées pour poursuivre ses objectifs de santé publique : en améliorant les moyens de communications à l'échelle du canton, de l'arrondissement voire de la région.

B. Médecins correspondants du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)

Notre étude s'intéresse à la prise en charge de patients consultant pour un motif ressenti comme urgent. Mais nos résultats montrent que la plupart des consultations ne relèvent pas ou peu de l'urgence absolue.

Pourtant, il existe un réel besoin pour ce type de patients, ceux qui ne peuvent pas se déplacer. Nous pensons notamment aux personnes âgées.

Les résultats de notre étude montrent que les personnes âgées de 75 ans et plus consultent peu en urgence non programmée à la MSP de Fruges (10% l'année 2013/2014 et 4,5% l'année 2014/2015). Une population nous échappe donc.

Parmi les différents moyens proposés par les autorités de santé, le dispositif des médecins correspondants du SAMU a été mis en place dans le but de renforcer l'accès précoce aux urgences graves dans certaines zones éloignées de SAU (7).

Concernant le canton de Fruges, le Professeur Eric Wiel, chef de service du SAMU 59 et le Docteur Pierre Valette, chef de service du SAMU 62 ont mis en place ce dispositif depuis septembre 2015. Un travail de thèse est actuellement en cours sur ce sujet.

C. Autres sujets de thèses

Notre étude peut en inciter d'autres :

- Thèse qualitative sur le ressenti des patients étudiés (« Pourquoi ont-ils consulté ici, ont-ils été satisfaits? » etc.) : Les résultats de la thèse d'Aurélie Calais-Parissaux soutenue en février 2014 sur l'évaluation de la qualité des soins non programmés à la MSP de Steenvoorde et sur l'opinion des patients, mettent en évidence qu'une salle dédiée à la consultation d'urgence non programmée dans la MSP fait partie des besoins et attentes des patients (13).

- Thèse quantitative de cohorte qui suivrait les patients ayant consulté en urgence non programmée à la MSP (« Ont-il reconsulté à la MSP ? Ont-ils eu recours à un SAU ? Sont-ils décédés ? »). Ceci permettrait de juger de la réelle efficacité du dispositif et de son impact sur le patient ;

- Thèse qualitative sur le ressenti des autres médecins généralistes des environs (« dispositif ressenti utile pour eux? Pour leurs patients ? ») et sur le ressenti global des médecins généralistes : quels sont les freins à leur investissement dans le « non programmé » ? (« est-ce une faute de temps, de moyens ? ») ;

- Thèse sur la mise en évidence d'un désengorgement du SAU des hôpitaux périphériques les plus proches (Helfaut à Saint-Omer, CHAM à Rang-du-Fliers).

CONCLUSION

La MSP de Fruges semble détenir un dispositif novateur permettant de répondre à plusieurs demandes de santé publique actuelles :

- Pouvoir prendre en charge l'urgence ressentie par le patient habitant dans une zone sous-médicalisée, à plus de 30 minutes des premiers SMUR.
- Tenter de désengorger les SAU des alentours.

La MSP de Fruges semble donc être un point d'attraction médicale qui monte en puissance, compte-tenu de la désertification médicale qui s'accroît dans le territoire de Fruges et d'ailleurs partout en France (14).

Un rapport sur les résultats liés au « pacte territoire santé » 4 ans après son annonce, doit être publié en juillet 2016. Il serait intéressant de voir si la région Nord-Pas-de-Calais, et plus particulièrement le canton de Fruges apparaissent parmi les territoires aux actions sanitaires satisfaisantes pour les autorités.

Par ailleurs, pour promouvoir l'implication de la médecine générale dans la chaîne de l'urgence, une labellisation des MSP en tant que « centre de soins non programmés » avait été proposée par les autorités de santé (7). Ce projet est-il toujours d'actualité ? Quels sont les critères pour cette labellisation ? La MSP de Fruges peut-elle l'obtenir ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Atlas régional et territorial de santé du Nord-Pas-de-Calais. ARS. [Internet]. [cité 4 juin 2016]. Disponible sur: http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/ARS_Actu/DSEE_-_Atlas_2015.pdf
2. Déclaration de M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, sur la démographie médicale et les disparités dans la répartition des médecins sur le territoire, Paris le 25 janvier 2006. - vie-publique.fr [Internet]. [cité 16 mai 2016]. Disponible sur: <http://discours.vie-publique.fr/notices/063000444.html>
3. Rapport d'information Sénat [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf> (p. 36 à 40)
4. Voici la maison de santé du futur [Internet]. [cité 15 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/espace-premium/actu/voici-la-maison-de-sante-du-futur-16-06-2012-2051134.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.fr1>
5. Code de la santé publique - Article L4130-1 | Legifrance [Internet]. [cité 2 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
6. Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_-_fevrier_2014.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_-_fevrier_2014.pdf
7. Grall JY. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [Internet]. Juillet; 2015 [cité 4 juin 2016]. Disponible sur: http://www.snphpu.org/files/20150727_20150706RapportTerritorialisationdesUrgences.pdf

8. Volet urgences SROS PRS - volet_urgences_SROS_PRS_V03-04-2014.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Consultation/volet_urgences_SROS_PRS_V03-04-2014.pdf

- 9 Rapport STEG [Internet]. [cité 3 juin 2016]. Disponible sur: <http://documentation.fhp.fr/documents/3746R.pdf>

10. PMSI - T2A - Facturation. Dr E. Chazard. [Internet]. [cité 3 juin 2016]. Disponible sur: http://www.chazard.org/emmanuel/pdf_cours/chazard_pmsi_t2a_facturation.pdf (p.194)

11. MSP ISLD - règlement intérieur_13062011 - msp isld_annexe 5_projet de ri.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2016]. Disponible sur: http://www.cc-desislesdudoubs.com/images/stories/pdf/msp%20isld_annexe%205_projet%20de%20ri.pdf

12. Ouverture de la MSP de Chalais [Internet]. [cité 4 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.pays-sud-charente.com/articles/ouverture-de-la-msp-de-chalais-312.html>

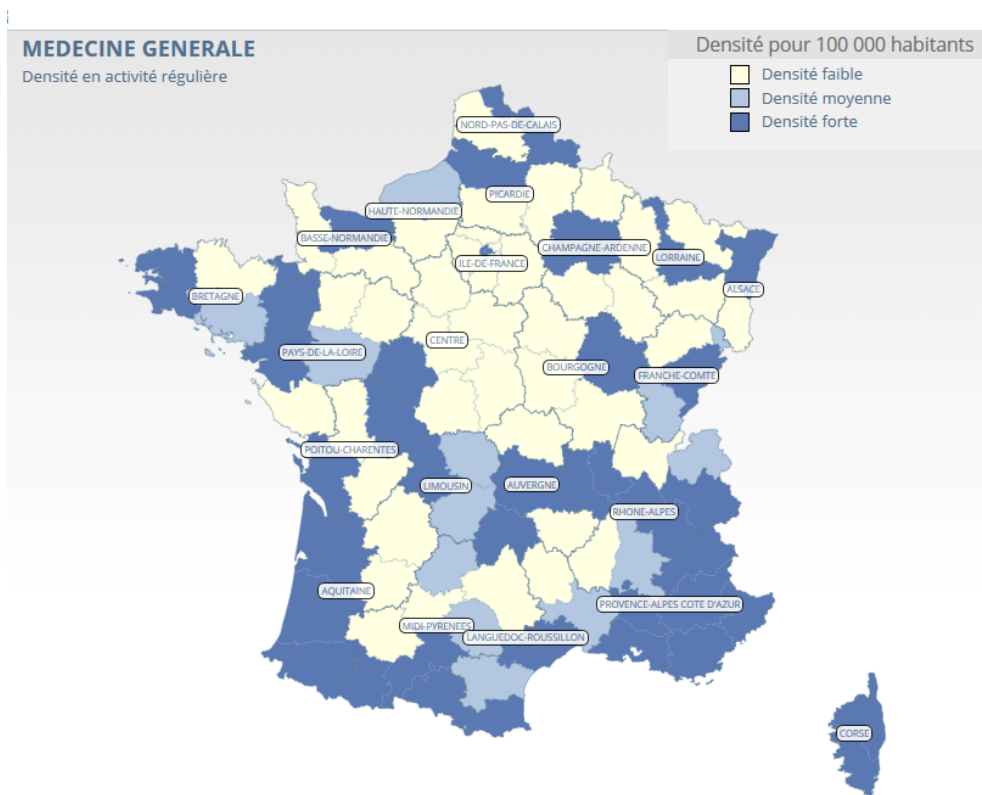
13. Thèse entière Calais-Parissaux - df7e240f-21f9-441e-a1ea-5f286cdc7cab [Internet]. [cité 13 mai 2016]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/df7e240f-21f9-441e-a1ea-5f286cdc7cab>

14. Les déserts médicaux, une « catastrophe » en débat au congrès des maires de France [Internet]. [cité 4 juin 2016]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/acces-aux-soins/article/2016/05/31/les-deserts-medicaux-une-catastrophe-en-debat-au-congres-des-maires-de-france_4929879_1655046.html

15. Cartographie interactive de la démographie médicale | Démographie médicale [Internet]. [cité 15 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.demographie.medecin.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Démographie médicale en France en soins de premier recours. Ordre national des médecins 2016 (15).



NORD-PAS-DE-CALAIS			
	NORD-PAS-DE-CALAIS	NORD	PAS-DE-CALAIS
Effectifs			
Hommes	3358	2198	1160
Femmes	2160	1483	677
Total	5518	3681	1837
Mode d'exercice			
Salariés	33,9 %	34,4 %	32,8 %
Libéraux	60,1 %	60,9 %	58,4 %
Mixtes	5,9 %	4,6 %	8,7 %
Taux de remplaçants non retraités	7,3 %	9,0 %	3,5 %
Densité			
Pour 100 000 habitants	133,7	139,7	123,1
Evolution			
Variation 2007-2016	-9,7 %	-8,9 %	-11,2 %
Var. taux de salariat 2007-2016	12,6 %	13,1 %	11,5 %
Var. taux de féminisation 2007-2016	20,4 %	19,4 %	22,6 %
Profil démographique			
Part des 60 ans et plus	24,3 %	23,2 %	26,6 %
Part des moins de 40 ans	17,4 %	18,5 %	15,3 %
Age moyen	51	51	52
Part de retraités actifs	6,7 %	6,7 %	6,6 %

Annexe 2 : Image de la MSP de Fruges



Charte d'engagement de la MSP de Fruges

La SISA (Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires) de la maison de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :

- Dr Laurence BONNEVILLE, médecin généraliste
- Dr Valérie CASSAGNE-PICHONNIER, médecin généraliste
- Dr Didier DELETTE, médecin généraliste
- Dr Anne-Sophie DUFLOS, médecin généraliste
- Mauricette VANVOOREN, infirmière
- Christophe CIOS, infirmier
- Julie Berthe, infirmière
- Fabien DUQUENNE, infirmier
- Jérôme CAUHET, infirmier
- Agnès HAVET, infirmière
- Odile LEFRANC-ENGRAND, masseur-kinésithérapeute
- Emmanuel LAKOTKO, masseur-kinésithérapeute
- Coralie BECQUES, sage-femme
- Anne GREMONT, diététicienne

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

Les professionnels de santé de notre maison s'organisent pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

Nous vous accueillons de 8 heures à 20 heures du lundi au vendredi et le samedi matin de 8 heures à 12 heures et notre secrétariat médecin est joignable selon les modalités suivantes : 8 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures et le samedi matin de 8 heures à 12 heures.

Pendant et en dehors de ces horaires d'ouverture, la maison de santé pluriprofessionnelle de Fruges est joignable au numéro suivant 03.21.03.10.31 et le cabinet médecin au 03.21.04.48.19. Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

L'organisation en maison de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de 8 heures à 20 heures.

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels de la maison ou / centre amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs à la maison dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

Annexe 3 : Fiche d'accueil en urgence non programmée



NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE		
Médecin traitant :		PERSONNE A PREVENIR :

DATE DE PASSAGE **Heure d'entrée :** **Heure de sortie :**

MEDECIN : **IDE :**

MOTIF :

	Pouls	Température	Dextro	SaturO2	TA	Poids
ENTREE						
SORTIE						

OBSERVATIONS MEDICALES :

<u>ACTES MEDICAUX</u>	<u>ACTES PARAMEDICAUX</u>

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

TRAITEMENT PROPOSE :

E-VALISE	OUI	NON	REFUS	ORIENTATION
TELETRANSMISSIONS	OUI	NON	Examen <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Hospi <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/>	Hôpital <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/>

SIGNATURES :

Le Médecin,

L'IDE,

Annexes 4 : Description de la salle d'accueil d'urgence de la MSP



Description exhaustive du matériel disponible dans la salle :

- une table d'examen avec un lavado, savon, solution hydro-alcoolique
- un bureau avec les fiches d'accueil, livre VIDAL, une chaise, un téléphone
- une armoire vitrine avec du matériel renouvelable (kits de perfusions, kits de sutures, seringues, aiguilles, poches de sérum salé isotonique, de glucosé, des masques, des désinfectants)
- un chariot avec un tensiomètre, appareil à glucométrie, un thermomètre, un stéthoscope, des élastiques à garots, des gants stériles et non stériles, des compresses, des tubes pour des bilans sanguins, etc.
- un aérochamber adulte/enfant
- un défibrillateur
- un appareil à électrocardiogrammes
- des kits d'accouchement
- un pied à perfusion
- un négatoscope
- une balance
- des haricots pour vomissement
- quelques attelles de membres
- des GABJI et poubelles papiers, des containers à aiguilles
- les trousse d'urgence médicamenteuses contenant les médicaments de première urgence, des kits d'intubation sont dans les bureaux ou véhicule des médecins.

Description du mode de fonctionnement de la salle :

- chaque médecin de la MSP loue ses pièces mais la location de cette salle d'urgence est prise en charge par la communauté de commune (environ 350 euros par mois)
- un médecin est attiré à temps plein au renouvellement des consommables
- le ménage est effectué par une des secrétaires ou une femme de ménage de la MSP.

Annexe 5 : Evolution du nombre de passages aux urgences et du nombre d'hospitalisations de 2007 à 2012 dans la région Nord-Pas-de-Calais (8)

Tableau 1. Volet urgences, SROS ARS Nord-pas-de-Calais

Zones de proximité	Nombre Total de passages aux urgences (ATU+hospit) 2012	Nombre d'habitants par zone de proximité	population moyenne par SU
METROPOLE			
Total ZP Métropole	229880	789181	157 836
Total ZP Flandre Intérieure	47002	181613	90 807
Total ZP Roubaix Tourcoing	130332	426695	213 348
Total Métropole	407214	1397489	174 686
HAINAUT			
Total ZP Valenciennois	124736	352563	117 521
Total ZP Cambrasis	32224	161846	80 923
Total ZP Sambre Avesnois	64350	239058	119 529
Total Hainaut	221310	753467	107 638
ARTOIS			
Total ZP Douaisis	71503	251328	125 664
Total ZP Lens Hénin	105985	374701	124 900
Total ZP Arrageois	44919	249650	249 650
Total ZP Béthune Bruay	63524	295623	98 541
Total Artois	285931	1171302	130 145
LITTORAL			
Total ZP Dunkerquois	64807	260973	130 487
Total ZP Calaisis	34358	162116	162 116
Total ZP Audomarois	34717	120969	120 969
Total ZP Boulonnais	44 105	165479	165 479
Total ZP Berck Montreuil	25101	111740	111 740
Total Littoral	203 088	821277	136 880
Total Région	1 117 543	4143535	138 118

Nombre d'habitants par structure d'urgences autorisée par zone de proximité

Les services d'urgence de la région ont enregistré environ 920 000 passages en 2007, 1 117 543 passages en 2012, ce qui représente une augmentation, à implantation égale, au cours de la période 2007- 2012, de 15,2% (évolution de la consommation de soins et de biens médicaux de 2007 à 2011 : +9,9%).

Tableau 2 et 3. Volet urgences, SROS ARS Nord-pas-de-Calais

	Passages aux urgences (source PMSI+RSA avec mode d'entrée +provenance 85)					Evolutions					
	Total 2007	Total 2009	Total 2010	Total 2011	Total 2012	Evolution 2012/2011	Evolution 2012/2009	Evolution 2011/2010	Evolution 2010/2009	Evolution 2009/2007	Evolution 2012/2007
METROPOLE	349284	372 951	374987	404 797	407214	0,60%	9,19%	7,95%	0,55%	6,78%	16,59%
HAINAUT	175299	192 037	198163	213 011	221310	3,90%	15,24%	7,49%	3,19%	9,55%	26,25%
ARTOIS	211041	257 785	262443	275 439	285931	3,81%	10,92%	4,95%	1,81%	22,15%	35,49%
LITTORAL	183743	182 968	185600	195 995	203088	3,62%	11,00%	5,60%	1,44%	-0,42%	10,53%
TOTAL REGION	919367	1 005 741	1021193	1 089 242	1117543	2,60%	11,12%	6,66%	1,54%	9,39%	21,56%

(Sources : PMSI ; si données manquantes : SAE et dossiers de renouvellement des autorisations de service d'urgence 2012)

Nombre de passages aux urgences (ATU+ hospitalisations) de 2007 à 2012 et évolutions

	Part hospitalisation				
	2007	2009	2010	2011	2012
CHR	36,89%	31,63%	32,31%	33,53%	29,65%
METROPOLE (avec CHRU)	28,93%	27,32%	27,95%	27,51%	26,13%
HAINAUT	31,22%	28,23%	27,68%	26,68%	28,10%
ARTOIS	32,61%	30,78%	29,68%	24,87%	25,06%
LITTORAL	34,53%	34,87%	33,27%	32,34%	30,91%

(Sources : PMSI ; si données manquantes : SAE et dossiers de renouvellement des autorisations de service d'urgence 2012)

Part d'hospitalisation après passage aux urgences par territoire par an de 2007 à 2012

Annexe 6 : Définition de la médecine générale selon la WONCA

En 2002, la WONCA a su impliquer les différentes structures européennes de médecine générale pour valider une définition consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS.

La discipline médecine générale est définie par onze critères :

« 1-Premier contact habituel avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.

2-Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.

3-Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire. 4-Mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée.

5-Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.

6-Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.

7-Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.

8-Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.

9-Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.

10-Responsabilité spécifique en termes de santé publique.

11-Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

AUTEUR : Nom : GIL

Prénom : Pauline

Date de Soutenance : 30 juin 2016

Titre de la Thèse : 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

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Maison de Santé Pluridisciplinaire, consultation d'urgence non programmée, soins non programmés, salle d'urgence, canton de Fruges, Nord-pas-de-Calais, France, Agence Régionale de Santé

Contexte : Le canton de Fruges est une zone rurale du Pas-de-Calais, située à plus de 30 minutes des premiers services d'accueil des urgences hospitaliers. En 2011, l'agence régionale de santé la déclare « zone en difficulté » dans l'offre de soins de premier recours.

La maison de santé pluridisciplinaire de Fruges ouverte depuis mai 2012, dispose d'une salle dédiée à la consultation d'urgence non programmée.

L'objectif de cette étude était d'explorer l'activité médicale liée à cette salle, dans le but d'estimer la pertinence de ce type d'installation de façon générale et pour un territoire comme Fruges en particulier.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive rétrospective, menée de juin 2013 à juin 2015. La population étudiée était exhaustive. Elle comprenait tout patient ayant consulté en urgence non programmée à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges entre ces dates.

Résultats : 147 patients ont consulté dans ces conditions l'année 2013/2014 et 213 l'année 2014/2015. On constate une augmentation de 45% du nombre de consultations d'une année à l'autre.

Le nombre de patients ayant eu la consigne d'être hospitalisés après leur prise en charge est faible, par rapport au nombre total de patients ayant consulté : 19,5% des patients étudiés sur les 2 années cumulées.

La majorité des motifs de consultation était d'ordre traumatologique : 241 patients (67%) sur les 2 années cumulées.

Conclusion : Notre étude témoigne du bon fonctionnement du dispositif et de son évolution sur 2 ans. Sa pertinence est démontrée car il répond aux attentes des autorités de santé concernant des problèmes actuels de santé publique : désertification médicale, zones défavorisées dans l'offre de soins de premier recours, désengorgement des services des urgences hospitaliers.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Emmanuel CHAZARD

Monsieur le Docteur Ramy AZZOUZ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Didier DELETTE