

UNIVERSITE DE LA MEDITERRANEE
FACULTE DE MEDECINE DE MARSEILLE

**Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences
hospitalières par une consultation de Médecine Générale
libérale de premier recours**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTE DE MEDECINE DE MARSEILLE

Le 4 Mai 2010

Par Mr Sébastien SARRAT

Né le 13 Mars 1977 à Marseille

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Qualification en Médecine Générale

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX	Président
Monsieur le Professeur Jean Pierre AUFFRAY	Assesseur
Monsieur le Professeur Alain Philippe GILLE	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge CINI	Assesseur
Monsieur le Médecin Général Inspecteur Xavier THEOBALD	Assesseur
Monsieur le Docteur Alain PUIDUPIN	Assesseur

UNIVERSITE DE LA MEDITERRANEE AIX-MARSEILLE II

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * pour la Formation Médicale Continue : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Christian BRUNET

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Gilles BOUVENOT et Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Gérard SEBAHOUN
- * Technologies de l'Information et de la Communication appliquées à l'Enseignement : Marius FIESCHI
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Stéphane BERDAH
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * FMC Spécialités Médicales : Gilbert HABIB
- * FMC Spécialités Chirurgicales : Jean-Luc JOUVE
- * FMC Médecine Générale : Yves FRANCES
- * FMC Paramédicaux : Catherine METZLER/GUILLEMAIN
- * Personnel IATOS : Olivier DUTOUR
- * Etudiants : Lucie FAGES

Chef des services généraux :

- * Frédéric BESSIERE

Chefs de service :

- * Personnel et Traitements : Myriam TORRE
- * Financier : Nelcie FERRERE
- * Scolarité : Christine PONS
- * Centre de Gestion Informatique et Réseaux : Philippe TOURRON
- * Technique : Yann BRIEUSSEL
- * Intérieur : Arnaud WISDORFF
- * Chargé des Marchés Publics : Marion CORBEL

DOYENS HONORAIRES

M. Gérard GUERINEL
M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

- MM. AGOSTINI Serge
ALDIGHERI René
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
BAILLE Yves
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BONERANDI Jean-Jacques
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOURGEADE Augustin
BOUTIN Christian
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BUREAU Henri
CANNONI Maurice
CARCASSONNE Yves
CARTOUZOU Guy
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
CODACCIONI Jean-Louis
COMBALBERT André
CORRIOL Jacques
COTTE Gérard
DESANTI Etienne
DJIANE Pierre
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
FARISSE Jacques
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FRANCOIS Georges
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GARCIN Michel
GAUTHIER André
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIRAUD Francis
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GRIMAUD Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
GUERINEL Gérard
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JOUVE Paulette
- MM. JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KHALIL Richard
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LEVY Samuel
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MALMEJAC Claude
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
OLMER Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PECH André
PELLET William
PELOUX Yves
PENE Pierre
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
PONCET Michel
POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RAYBAUD Charles
RAYBAUD Claude
REBOUD Eugène
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
RUF Henri
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Henry
SARLES Jean-Claude
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIGOUROUX Robert

PROFESSEURS HONORAIRES

Professeurs Décédés

CASANOVA Paul DCD avril 2003
DELBOY Christian DCD août 2003
VAGUE Jean DCD avril 2003
CHARPIN Jacques septembre 2003
RAMPAL Marius DCD 16/8/03
DEPIEDS Raymond DCD 3/11/03
ZWIRN Paul 19/09/04
GOLA Raymond DCD août 2006
SAUTET Jacques DCD
SERMENT Henri DCD février 2007
AUBRESPY Claude DCD 13/03/07
ACQUAVIVA Pierre-Claude DCD Déc 2007
SAINTY Jean-Marie DCD Janv 2008
LEGRE Jacques DCD février 2008
LUCCIONI Roger DCD avril 2008
MARCHAND Jean-Pierre DCD 2008
BERNARD Pierre-Jean DCD Déc 2008
BONNEAU Henri
DALMAS Henri
DEVIN Robert
DONNET Vincent
DUFOUR Henri
GASCARD Emile
GERARD Raymond
HOUEL Jean
LAFFARGUE Pierre
LOUCHET Edmond
MONGES André
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
PERRIMOND Henri
RANQUE Philippe
SCOTTO Jean-Claude
SEITE Raymond
TOURNIGAND Pierre
TRIFAUD André

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2007

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
------------------	-------------	------------

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
------------------	-------------	------------

Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
-------------------	-------------------	------------

M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
------------------	---------------	------------

M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
------------------	------------------	------------

M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
------------------	------------------	------------

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
------------------	---------------	------------

M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
------------------	-----------------	------------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GUICHAOUA Marie-Roberte
ALESSANDRINI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel	GRANEL/REY Brigitte
ALI CHERIF André	COLLART Frédéric	GRILLO Jean-Marie
ALIMI Yves	CONRATH John	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CONTE-DEVOLX Bernard	GOUIN François
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
ARGENSON Jean-Noël	COULANGE Christian	GUIS Sandrine
ASTOUL Philippe	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUBANIAC Jean-Manuel	COZZONE Patrick	GUYSS Jean-Michel
AUFFRAY Jean-Pierre	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
AUQUIER Pascal	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUTILLO/TOUATI Amapola	DANIEL Laurent	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	HEIM Marc
AZORIN Jean-Michel	DE LAGUSIE Pascal	HENRY Jean-François
AZULAY Jean-Philippe	DE MICCO Philippe	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DEHARO Jean-Claude	JAMMES Yves
BARDOT Jacques	DELARQUE Alain	JOLIVET/BADIER Monique
BARLESI Fabrice	DELMONT Jean	JOUE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KERBAUL François
BARTOLIN Robert	DESSEIN Alain	KREITMANN Bernard
BARTOLOMEI Fabrice	DESSI Patrick	LAFFORGUE Pierre
BERBIS Philippe	DEVRED Philippe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DI MARINO Vincent	LA SCOLA Bernard
BERLAND Yvon	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERNARD Jean-Louis	DODDOLI Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DRANCOURT Michel	LE TREUT Yves-Patrice
BERTUCCI François	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BLADOU Franck	DUFFAUD Florence	LEGRE Régis
BLAISE Didier	DUFOUR Henry	LEONETTI Georges
BLANC Jean-Louis	DUMON Henri	LEVY Nicolas
BLIN Olivier	DURAND Jean-Marc	MACE Loïc
BOLLINI Gérard	DUSSOL Bertrand	MAGALON Guy
BONGRAND Pierre	ENJALBERT Alain	MAGNAN Jacques
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FAUGERE Gérard	MAGNAN Pierre-Edouard
BONNET Jean-Louis	FAVRE Roger	MALLAN/MANCINI Josette
BOTTA Alain	FELICIAN Olivier	MANELLI Jean-Claude
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FIESCHI Marius	MARANINCHI Dominique
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARTIN Claude
BOUVENOT Gilles	FONTES Michel	MARTIN Pierre-Marie
BRANCHEREAU Alain	FOURNIER Pierre-Edouard	MATTEI Jean-François
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FUENTES Pierre	METRAS Dominique
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUGUEROLLE Bernard	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRUNET Christian	GAINNIER Marc	MONCLA Anne
BRUNET Philippe	GAMERRE Marc	MORANGE Pierre-Emmanuel
CAMBOULIVES Jean	GARCIA Stéphane	MOULIN Guy
CARAYON Pierre	GARNIER Jean-Marc	MOUTARDIER Vincent
CASANOVA Dominique	GASTAUT Albert	MUNDLER Olivier
CAU Pierre	GASTAUT Jean-Louis	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GERBEAUX Patrick	NAZARIAN Serge
CHABOT Jean-Michel	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICCOLI/SIRE Patricia
CHAGNAUD Christophe	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE X.
CHAMBOST Hervé	GIORGI Roch	NICOLI François
CHAMPSAUR Pierre	GIOVANNI Antoine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRARD Nadine	OLIVER Charles
CHARPIN Denis	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OREHEK Jean
CHAUVEL Patrick	GIUDICELLI Roger	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier	GROB Jean-Jacques	PAGANELLI Franck
PANUEL Michel	ROCH Antoine	SIMON Nicolas

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	SOUBEYRAND Jacques
PAUT Olivier	ROSSI Dominique	STEIN Andréas
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TARANGER Colette
PELLISSIER Jean-François	ROUX Michel	THIRION Xavier
PERAGUT Jean-Claude	RUFO Marcel	THOMAS Pascal
PETIT Philippe	SAHEL José	THOMASSIN Jean-Marc
PIARROUX Renaud	SAMBUC Roland	TRIGLIA Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES Jacques	TROPIANO Patrick
PIQUET Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	TSIMARATOS Michel
POINSO François	SASTRE Bernard	VALERO René
POITOUT Dominique	SCHIANO DE TAGLIACUOLLO Alain	VIALETTES Bernard
POUGET Jean	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RAOULT Didier	SEBAHOUN Gérard	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SEITZ Jean-François	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	SERMENT Gérard	VIVIER Eric
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	SERRATRICE Jacques	WEILLER Pierre-Jean
RIDINGS Bernard	SIELEZNEFF Igor	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	SIMEONI Umberto	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

CHABANNON Christian
DUTOUR Olivier
FERON François
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

GILLES Alain

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent	FARAUT Françoise	PAYAN/DEFAIS Marie-Josée
ANDRAC/MEYER Lucile	FARNARIER Guy	PELISSIER/ALICOT Anne-Laure
ARNAUD Christiane	FAUGERE Bernard	PERRIN/RUPRICH-ROBERT Jeanne
ATLAN Catherine	FENOLLAR Florence	PIRRO Nicolas
AUDOUIN Bertrand	FERNANDEZ Carla	PLANCHE Denis
BACCINI Véronique	FOBY/FRANCK Jacqueline	PLANELLS Richard
<i>BALIQUE Hubert (disponibilité)</i>	FRERE Corinne	POMMIER Gilbert
BANDINI/MOULY Annick	GASTALDI Marguerite	RANCHIN/MONGES Geneviève
BARLIER/SETTI Anne	GAUDART Jean	RANQUE Stéphane
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	REY Marc
BARTOLI Christophe	GAVARET Martine	REYNAUD Rachel
BASTIDE Cyrille	GELSI/BOYER Véronique	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BECHIS Guy	GENTILE Stéphanie	ROLL Patrice
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	SARI/MINODIER Irène
BERNARD Rafaëlle	GONCALVES Anthony	SAVEANU Alexandru
BIMAR Marie-Christine	GOURIET Frédérique	SOULA Gérard
BLONDAUX/GUILLOT Chantal	GUIDON Catherine	TAIEB David
BOUCRAUT Joseph	GUYE Maxime	TOGA/PIQUET Caroline
BOULAMERY/VELLY Audrey	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA/ZAMMIT Isabelle
BOULLU/CIOCCA Sandrine	JOUBERT Michel	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
BREGEON Fabienne	KRAHN Martin	VALLI Marc
BUFFAT Christophe	LABIT/BOUVIER Corinne	VELLY Lionel
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CAMILLERI Serge	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VIEHWEGER Heide Elke
CASSABALIAN/GULIAN Christiane	LE CORROLLER Thomas	VION-DURY Jean
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle	LE HUCHER-MICHEL Marie-Pascale	VITTON Véronique
CHARREL Rémi	LE POUILLAIN/MALLET Marie-Noëlle	ZATTARA/CANNONI Hélène
CHAUDET Hervé	LEJEUNE Pierre-Jean	
CHIARONI Jacques	LEPIDI Hubert	
CHICHEPORTICHE Colette	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
COURBIERE Blandine	MALLET Bernard	
COZE Carole	MARGOTAT Alain	
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	MARY Charles	
DALES Jean-Philippe	METELLUS Philippe	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	METZLER/GUILLEMAIN Catherine	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MICALLEF/ROLL Joëlle	
DELPierre Stéphane	NGUYEN PHONG Karine	
DESPLAT/JEGO Sophie	PAGIS/DE MICCO Catherine	
DEVEZE Arnaud	PAROLA Philippe	
DUFOUR Jean-Charles	PAULMYER/LACROIX Odile	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ADALIAN Pascal	DUBOIS Christophe	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
BERAUD/JUVEN Evelyne	GIOCANTI Dominique	NAVARRO André
BESSONE Richard	LE COZ Pierre	PERRIER/FIESCHI Marie-Dominique
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	LEROUX/MASSACRIER Annick	STEINBERG Jean-Guillaume
DEGIOANNI/SALLE Anna	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
DESNUES Benoît	MERCIER Georges	THIRION Sylvie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

CHEVALLIER Pierre-François
DUMOND/HUSSON Monique
FILIPPI Simon
GENTILE Gaëtan
LAURENT/MONTERO Françoise

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

ALTAVILLA Annagrazia

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

ANATOMIE 4201

BRUNET Christian (PU-PH)
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
DI MARINO Vincent (PU-PH) *en surnombre*
NAZARIAN Serge (PU-PH)

LE CORROLLER Thomas (MCU-PH)
PIRRO Nicolas (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section Service Pr BRUNET C.)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

ANTHROPOLOGIE 20

DUTOUR Olivier (PR)

ADALIAN Pascal (MCF)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
PELLISSIER Jean-François (PU-PH) en surnombre
TARANGER Colette (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

ANDRAC/MEYER Lucile (MCU-PH)
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
FERNANDEZ Carla (MCU-PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
PAGIS/DE MICCO Catherine (MCU-PH)
PAYAN/DEFAIS Marie-Josée (MCU-PH)
RANCHIN/MONGES Geneviève (MCU-PH)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

DE MICCO Philippe (PU-PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (MCU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

CASSABALIAN/GULIAN Christiane (MCU-PH)
CHARREL Rémi (MCU-PH)
FENOLLAR Florence (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
LEPOULLAIN/MALLET Marie-Noëlle (MCU-PH)

DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFRAY Jean-Pierre (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
CAMBOULIVES Jean (PU-PH)
GOUIN François (PU-PH) en surnombre
KERBAUL François (PU-PH)
MANELLI Jean-Claude (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

BIMAR Marie-Christine (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)
VELLY Lionel (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

CARAYON Pierre (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

ARNAUD Christiane (MCU-PH)
BARLIER/SETTI Anne (MCU-PH)
BECHIS Guy (MCU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
LEJEUNE Pierre-Jean (MCU-PH)
MALLET Bernard (MCU-PH)
MARGOTAT Alain (MCU-PH)
PLANELLS Richard (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

AUTILLO/TOUATI Amapola (PU-PH)
 CAU Pierre (PU-PH)
 FONTES Michel (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
 ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)
 ROLL Patrice (MCU-PH)

DUBOIS Christophe (MCF) (65ème section)
 LEROUX/MASSACRIER Annick (MCF) (69ème section)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
FAVRE Roger (PU-PH) en surnombre
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 MARANINCHI Dominique (PU-PH)
MARTIN Pierre (PU-PH) en surnombre
 VIENS Patrice (PU-PH)

GONCALVES Anthony (MCU-PH)

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

GUICHAOUA Marie-Roberte (PU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (MCU-PH)
 PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

COZZONE Patrick (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 GUYE Maxime (MCU-PH)
 TAIEB David (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH)
 FIESCHI Marius (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
ROUX Michel (PU-PH) en surnombre

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GAUDART Jean (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
 JOUBERT Michel (MCU-PH)
 SOULA Gérard (MCU-PH)
 PERRIER/FIESCHI Marie-Dominique (MCF) (27ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
AUBANIAC Jean-Manuel (PU-PH) en surnombre
 CURVALE Georges (PU-PH)
 POITOUT Dominique (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRAISSE Alain (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH)
 SASTRE Bernard (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
 HENRY Jean-François (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH)
 BOLLINI Gérard (PU-PH)
 DE LAGAUSIE Pascal (PU-PH)
 GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)

VIEHWEGER Heide Elke (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

BLANC Jean-Louis (PU-PH)
 CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

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

BARDOT Jacques (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)
MAGALON Guy (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FUENTES Pierre (PU-PH)
GIUDICELLI Roger (PU-PH) en surnombre
KREITMANN Bernard (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
METRAS Dominique (PU-PH) en surnombre
THOMAS Pascal (PU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BRANCHEREAU Alain (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH)
CHICHEPORTICHE Colette (MCU-PH)
LEPIDI Hubert (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

MERCIER Georges (MCF)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CONTE-DEVOLX Bernard (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BALIQUE Hubert (MCU-PH) (disponibilité)

GENTILE Stéphanie (MCU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

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

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA/FRIDLUND Danielle (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SAHEL José (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)

VITTON Véronique (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

LEVY Nicolas (PU-PH)
MATTEI Jean-François (PU-PH) en surnombre
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

BERNARD Rafaëlle (MCU-PH)
KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA/PIQUET Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

LE COZ Pierre (MCF)
NAVARRO André (MCF)

ALTAVILLA Annagrazia (MCF Associé à mi-temps)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)
 GAMERRE Marc (PU-PH)

COURBIERE Blandine (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 GASTAUT Albert (PU-PH) en surnombre
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 SEBAHOUN Gérard (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 CHIARONI Jacques (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 POMMIER Gilbert (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF)
 BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 DELMONT Jean (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

PAROLA Philippe (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 HEIM Marc (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH)
SOUBEYRAND Jacques (PU-PH) en surnombre
 WEILLER Pierre-Jean (PU-PH)

GILLE Alain (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CHEVALLIER Pierre-François (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 DUMOND/HUSSON Monique (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GENTILE Gaëtan (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 LAURENT/MONTERO Françoise (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4601

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (MCU-PH)

GIOCANTI Dominique (MCF) "Droit privé et sciences criminelles"

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

DELARQUE Alain (PU-PH)
 SCHIANO DE TAGLIACUOLLO Alain (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 PERAGUT Jean-Claude (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

METELLUS Philippe (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ALI CHERIF André (PU-PH) en surnombre
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 GASTAUT Jean-Louis (PU-PH) en surnombre
 NICOLI François (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)
 POUGET Jean (PU-PH)

AUDOUIN Bertrand (MCU-PH)

NUTRITION 4404

RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)
 VIALETES Bernard (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR)
 SOBOL Hagay (PR)

OPHTALMOLOGIE 5502

CONRATH John (PU-PH)
 DENIS Danièle (PU-PH)
 RIDINGS Bernard (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MAGNAN Jacques (PU-PH)
 THOMASSIN Jean-Marc (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 ZANARET Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH)
 DUMON Henri (PU-PH) en surnombre
 PIARROUX Renaud (PU-PH)

FARAUT Françoise (MCU-PH)
 FAUGERE Bernard (MCU-PH)
 FOBY/FRANCK Jacqueline (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA/ZAMMIT Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

BERNARD Jean-Louis (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GARNIER Jean-Marc (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MALLAN/MANCINI Josette (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 SIMEONI Umberto (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 REYNAUD Rachel (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

POINSO François (PU-PH)
 RUFO Marcel (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)
 BRUGUEROLLE Bernard (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY/VELLY Audrey (MCU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 CHAUVEL Patrick (PU-PH)
 JAMMES Yves (PU-PH)
 JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 OLIVER Charles (PU-PH) en surnombre

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BLONDAUX/GUILLOT Chantal (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 BREGEON Fabienne (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELPIERRE Stéphane (MCU-PH)
 FARNARIER Guy (MCU-PH)
 GAVARET Martine (MCU-PH)
 PLANCHE Denis (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

BESSONE Richard (MCF) (66ème section)
 LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF)(40ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF)(66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH)
OREHEK Jean (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
DEVRED Philippe (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE . MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH)
BOUVENOT Gilles (PU-PH) en surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

BANDINI/MOULY Annick (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BLADOU Franck (PU-PH)
COULANGE Christian (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)
SERMENT Gérard (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (MCU-PH)

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur
Patrick Gerbeaux

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette Thèse.
Nous vous sommes reconnaissant de votre confiance et de votre disponibilité.
Soyez assuré de notre respectueuse considération.*

A Notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur
Jean-Pierre Auffray

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter
d'être membre de ce jury et nous avons grandement
apprécié la formation reçue lors de notre passage
dans votre service. Nous vous prions de croire en
l'expression de notre reconnaissance.*

A Notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur
Alain Gille

*Vous nous avez fait l'honneur
d'accepter d'être membre de ce jury.*

*Nous avons grandement apprécié que vous nous ayez
permis de faire la rencontre de notre directeur de Thèse.
A Vous qui œuvrez pour la qualité de la formation et la
reconnaissance de la médecine générale universitaire,
veuillez croire en notre profond respect.*

A notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur
Serge Cini

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ces travaux de Thèse. Nous apprécions grandement votre combat pour la reconnaissance du rôle princeps de la Médecine Générale dans le parcours de soins du patient. Nous vous remercions de votre confiance et vous prions de croire en notre sincère reconnaissance.

A Notre Maître et Juge

le Médecin Général Inspecteur
Xavier Théobald

et à ses prédécesseurs,
MGI Michel Aubert, à l'origine du
concept, et MGI Pierre Jeandel.

*Par la confiance que vous avez apportée
à la médecine générale libérale,
Par la constance de vos engagements,
Veuillez recevoir au nom de tous mes confrères et au
mien, l'expression de notre reconnaissance.*

A Notre Juge

Monsieur le Docteur
Alain Puidupin

*Vous nous avez fait l'honneur d'être membre de ce jury
et par la confiance que vous nous avez accordée
en nous permettant de travailler
au sein de votre service,
nous vous prions d'accepter l'expression
de nos remerciements.*

Remerciements

A Mesdames et Messieurs les Médecins Généralistes Libéraux exerçant leur fonction d'intérêt public par leur adhésion à l'association S.U.M.O.

*Mesdames et Messieurs, vous êtes des précurseurs.
Par votre action, vous avez su remplir votre mission dans le cadre du premier recours. Vous êtes un exemple.*

Madame le Docteur Monique Husson

Pour la confiance et l'aide que vous avez bien voulu nous apporter.

A Messieurs les Docteurs Didier Duhot, Gilles Hebbrecht et Pierre Ferru, membres de la Société Française de Médecine Générale

*Vous nous avez apportez une aide précieuse
et soyez assurés de notre entière reconnaissance.*

Monsieur Yves Martin

Pour votre dévouement et l'intérêt que vous portez à l'informatique dans son application à la médecine.

A ma Famille et mes Amis

A mon épouse Claire

*Qui a transformé mon existence depuis que je l'ai rencontrée et
qui a su me soutenir dans les « épreuves passées »...
Qu'elle sache tout l'Amour que je lui porte.*

A mon Père

*Je te dédicace cette Thèse, à toi médecin émérite et dévoué,
Toi qui m'a montré la voie,
Tu es toujours dans mes pensées ...*

A ma Famille

*A Maman, Xavier, Anthony, Audrey, Nina, Jean Maximilien, Léa,
toute ma famille et belle famille :
Que l'avenir nous réserve encore de belles surprises et que la famille
continue à s'agrandir !*

A mes Amis avec un grand A

*A celles et ceux avec qui j'espère encore partager de nombreux
moments. Mention spéciale pour Alexandra !*

A tous les Médecins Généralistes Libéraux

*Qui m'ont accordé leur confiance pendant leur remplacement, soyez
assurés de ma profonde considération.*

SOMMAIRE

1. Introduction

2. La consultation de Médecine Générale de l'Hôpital Laveran

- 2.1. Sa mission
- 2.2. Principe
- 2.3. Fonctionnement
- 2.4. Les Intervenants
- 2.5. Les locaux
- 2.6. Horaires d'ouverture
- 2.7. L'équipement
- 2.8. Le dossier médical
- 2.9. Financement de la structure

3. Historique de la création de la Permanence des Soins

- 3.1. Définition
- 3.2. La création de la PDS
 - 3.2.1. L'évolution de la pratique de la médecine générale
 - 3.2.2. Les patients
 - 3.2.3. La facilité d'accès aux services des urgences
- 3.3. Les fondements juridiques de la PDS
- 3.4. Les acteurs de la PDS
 - 3.4.1. Le SAMU, le Centre 15 et les centres interconnectés
 - 3.4.2. Les structures d'accueil des urgences
 - 3.4.3. Les acteurs libéraux de la PDS

3. Les Objectifs

4. Matériel et Méthode

- 4.1. Fiche de recueil des données
- 4.2. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)
- 4.3. Le critère d'inclusion dans l'étude

5. Résultats

- 5.1. Données générales
- 5.2. Répartition en fonction du sexe
- 5.3. Répartition par tranches d'âge en fonction des deux objectifs
- 5.4. Répartition en fonction des Appareils et des 2 objectifs
- 5.5. Examens paracliniques
- 5.6. Données spécifiques quant au DRC
- 5.7. Orientation des patients
- 5.8. Transmission d'un courrier
- 5.9. Patients se présentant au moins 2 fois à la consultation dans le mois
- 5.10. Moyenne d'âge des patients transférés aux urgences
- 5.11. Moyenne d'âge des patients partis avant d'avoir été examinés

6. Discussion

- 6.1. Analyse des résultats de l'étude
 - 6.1.1. Les deux objectifs sont-ils remplis ?
 - 6.1.1.1. La gestion du flux des patients
 - 6.1.1.2. La permanence des soins
 - 6.1.2. Analyse des résultats concernant la population ayant recours à la consultation de médecine générale.
 - 6.1.3. Analyse du fonctionnement de la consultation de médecine générale
 - 6.1.4. Le Dictionnaire de Résultat de Consultation
 - 6.1.5. Le financement
- 6.2. « L'approche par les flux » : un concept qui conditionne l'organisation future des services d'urgence
 - 6.2.1. Etude basées sur l'Analyse de la Valeur à l'hôpital de Tarbes
 - 6.2.2. Mise en place d'une filière courte à l'hôpital de la Conception à Marseille (MEAH)

7. Conclusion

8. Bibliographie

9. Annexes

- Annexe 1 : La convention
- Annexe 2 : Fiche de Recueil des données sous tableau Excel
- Annexe 3 : Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

Résumé

Objectifs : La consultation de médecine générale libérale du service d'accueil des urgences de l'hôpital d'Instruction des Armées Laveran à Marseille a été confié à l'association S.U.M.O (Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens) par le Ministère de la Défense pour répondre à l'objectif principal suivant : la gestion du flux des patients non triés engorgeant les urgences. Devant l'efficacité de ce système de 7h30 à 19h30, les contractants ont élargi leurs horaires à ceux de la Permanence des Soins, permettant l'articulation nécessaire entre le premier et deuxième recours et ce sept ans avant la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 23 juin 2009.

Résultats : Nous prouvons l'efficacité de la méthode :

- Sur le plan médical, par l'étude des motifs de demande et leur mode de résolution. Les outils sont le Dictionnaire de Résultat de Consultation, le dossier médical et le devenir des patients en aval.
- Sur le plan comptable, gérant 50% du flux total des patients se présentant aux urgences, n'orientant sur le deuxième recours que 10% des consultants, et ce au meilleur coût.

Conclusion : Devant une relation gagnant-gagnant-gagnant : SAU-Médecine Générale-Population, les résultats de cette étude autorisent une modélisation du concept et sa large application.

Mots clés : médecine générale libérale, service d'accueil des urgences, gestion des flux de patients, permanence des soins.

Summary

Objectives : In order to avoid congestion on Marseille's Laveran Military Teaching Hospital's Accident and Emergency ward, the Ministry of Defence delegated liberal general medical consultations to the SUMO (the General Practitioner's Emergency Care) Association.

Given the efficiency of this system, these contractors have now extended their working hours (Previously 7.30 am to 7.30pm) to include the after-hours service (Or « on-call » service for doctors), thus ensuring the vital link between GPs and A & E doctors and this a whole seven years before the "Hospital, Patients, Health and Territory" law of 23rd June 2009.

Results : The efficiency of this system can be proved:

- from a medical point of view through a study of the different reasons why patients ask for consultations and their resulting treatment. The Consultation Results Dictionary, the patients' medical files and the eventual outcome of their treatment would be needed.
- Statistically, caring for 50% of the total influx of A & E patients of whom a resulting 10% are referred to an A & E doctor reduces costs.

Conclusion : Considering the win-win relationship between the A&E ward, general medicine and the general public, the results of this study favour a widespread application of this model.

Keywords : General medicine, the Accident and Emergency ward, the influx management of patients, on-call doctors.

Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recours

1. Introduction

La consultation de médecine générale libérale du service d'accueil des urgences de l'hôpital d'instruction des armées Laveran a été confiée conventionnellement à l'association S.U.M.O (Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens) par le Ministère de la Défense.

Dans un service d'accueil des urgences existent deux flux :

- les patients « triés » se présentant, après contact médical, par un transport sanitaire ou médicalisé (ambulances, pompiers et SAMU).
- les patients « non triés » se présentant, de leur propre initiative et en conséquence par leurs propres moyens.

L'objectif principal est d'optimiser la gestion des flux de ces patients, demandeurs de soins.

La résolution de la problématique des flux est permise par l'observation fine de ces flux : faire des patients « non triés » des patients « triés » en confiant aux médecins du premier recours la mission de réponse aux demandes de soins non programmés.

Ce travail a pour objectif principal de prouver l'efficacité de la méthode utilisée par :

- 1) l'étude des motifs de demande
- 2) l'étude de leur mode de réponse (résolution clinique et paraclinique)

Les outils sont :

- 1) le Dictionnaire de Résultat de Consultation (DRC)
- 2) le dossier médical
- 3) le devenir des patients à l'issue de cette consultation

Le ministère de la Défense et l'association S.U.M.O, en coopérant, ont défini la notion de premier recours généraliste six ans avant la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (loi HPST).

2. La consultation de médecine générale de l'hôpital Laveran

Les patients peuvent se présenter selon trois modes aux urgences de l'HIA Laveran comme dans tous les services d'urgence :

- par leurs propres moyens,
- par l'intermédiaire d'un transport sanitaire : une ambulance privée, un SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) ou un VSAB (Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés des pompiers),
- par l'intermédiaire du médecin traitant, d'un médecin de ville, du centre 15 ou bien des forces de l'ordre.

Instaurée initialement pour répondre à l'afflux massif et inorganisé au service des urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Laveran, cette consultation s'est adaptée pour répondre au concept de PDS, faisant élargir ses

horaires de réception répondant ainsi à la loi pour entrer dans le dispositif dit de la permanence des soins (PDS).

Ainsi la consultation S.U.M.O répond à deux objectifs :

- assurer la gestion du flux de patients non triés au S.A.U
- assurer la permanence des soins

2.1. Sa mission

La mission de la consultation de médecine générale consiste à prendre en charge les patients se présentant spontanément aux urgences, les patients adressés après régulation du centre 15 et les patients adressés par le SAU.

2.2. Principe

Cette consultation est une consultation de soins non programmés assurée par des médecins libéraux adhérant à l'association SUMO implantée au sein du service des urgences de l'HIA Laveran.

Elle regroupe des professionnels de santé exerçant à titre libéral, en cabinet de médecine générale.

Pour répondre à sa mission, l'association SUMO compte une trentaine de praticiens.

2.3. Fonctionnement

La convention [Annexe 1] entre l'Etat (ministère de la Défense) et l'association SUMO (Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens) pose les bases du fonctionnement de cette consultation de médecine générale afin d'optimiser la réponse sanitaire aux besoins de la population du bassin d'implantation de l'HIA.

Elle décrit les modalités d'organisation et de fonctionnement de la structure et définit un tableau de garde avec les moyens humains et matériels nécessaires.

Le médecin de l'association dispose ainsi d'un local mis à sa disposition par une autorisation d'occupation temporaire (AOT).

Les médecins se relaient de 7h30 à 24h00, 7 jours sur 7. La journée est divisée en 3 vacations quotidiennes. Cette division autorise l'exercice conjoint de cette mission et de l'exercice habituel.

2.4. Les Intervenants

Les professionnels de santé volontaires s'engagent à respecter la Convention. Ils sont médecins généralistes libéraux. Leur nombre doit être suffisant pour rester compatible avec leur activité de cabinet, considérant que l'activité SUMO doit être accessoire à leur pratique.

Le personnel de fonctionnement :

- secrétariat d'accueil médical apporté par l'HIA ; secrétaire comptable apportée par SUMO.
- Personnel Infirmier en cas de nécessité.
- Personnel de maintenance informatique
- Entretien

2.5. Les locaux

Le cabinet de consultation est implanté dans le service des urgences.

L'installation s'est faite selon des critères d'accessibilité au service de radiologie, salle de plâtre et de petite chirurgie et des critères de proximité immédiate avec le service des urgences devant la nécessité éventuelle de faire appel au médecin de second recours, médecin urgentiste.

2.6. Horaires d'ouverture

La consultation de médecine générale de l'HIA assure une permanence tous les jours de 7h30 à 24h00, la journée étant répartie en trois vacations : 07h30-13h30 ; 13h30-19h30 ; 19h30-24h00.

2.7. L'équipement

Le médecin de la consultation est en mesure de répondre aux demandes de soins des urgences ambulatoires.

Hors le matériel habituel d'un cabinet de médecine générale, elle comporte un ECG, une valise d'urgence avec obus d'oxygène, un ambu, du matériel de perfusion, des médicaments de première urgence, du matériel de petite chirurgie et le matériel pour réaliser un plâtre.

Le médecin a la possibilité d'effectuer un examen biologique ou radiologique, ayant accès au plateau technique de l'hôpital.

Les médecins pourront, dans les cas le nécessitant, avoir accès au scanner ou à l'IRM.

2.8. Le dossier médical

Chaque consultation fait l'objet d'un enregistrement dans un fichier patient comprenant l'identification et la fiche médicale des patients.

Le système de recueil des données et son utilisation à des fins statistiques répondent à l'obligation déontologique de respect du secret médical et à la sécurisation définie par la CNIL.

Enfin au terme de la consultation garantissant la transmission des informations permettant la continuité des soins, un courrier est rédigé, donné au patient pour être transmis au médecin traitant ou au médecin urgentiste.

2.9. Financement de la structure

A la création, l'association s'est vue aidée par le Conseil Général des Bouches du Rhône. Le montage de cette consultation n'a pas fait l'objet d'une demande de participation de la part de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie).

Le fonctionnement, dans une relation gagnant-gagnant, est assuré par mutualisation des effectifs et matériels de l'hôpital et des libéraux.

Seuls le poste de secrétaire comptable, l'AOT, et l'assurance sont pris en charge par l'association. La ressource financière est assurée par les honoraires d'astreinte de PDS mis en commun par les médecins libéraux.

3. Historique de la création de la Permanence des soins

Il est nécessaire de faire un rappel sur la création de la permanence de soins, la consultation de médecine générale ayant pour objectif de participer à celle-ci depuis 2006.

3.1. Définition

En France, la PDS est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et la régulation libérale des appels.

On distingue une organisation de la PDS pour :

- le secteur ambulatoire : la PDS couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures en semaine, le samedi après midi, les dimanches et jours fériés.

- le secteur hospitalier : la convention nationale médicale du 12 février 2005 instaure de nouvelles modalités de rémunération spécifique pour la permanence des soins en établissements privés avec la possibilité pour l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance) de passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé libéraux au sein des établissements, afin que ceux-ci y assurent gardes et astreintes.

La PDS désigne le dispositif qui permet le recours à un praticien pour la prise en charge d'actes médicaux non programmés, non urgents, nécessitant un avis diagnostic ou une thérapeutique dans les 12 heures en dehors des heures d'ouverture normale des cabinets médicaux.

Elle fonctionne en semaine de 20h00 à 8h00, le samedi de 12h00 à 24h00, les dimanches et les jours fériés de 08h00 à 24h00.

La PDS n'est donc ni une médecine d'urgence, ni un lieu de consultation programmée.

La PDS et les urgences sont bien deux activités différentes !

Les médecins généralistes exercent une activité pendant la PDS dont la mission entre pleinement dans le cadre de la médecine de premier recours.

En fonction du résultat de consultation, le médecin :

- dispense des soins
- prescrit des médicaments
- oriente les patients soit vers le médecin traitant soit vers les services d'urgence.

3.2. La création de la PDS

La création de la PDS découle d'une évolution notable de la pratique de la médecine générale, du comportement des patients et enfin de la facilité d'accès à la consultation aux urgences.

3.2.1. L'évolution de la pratique de la médecine générale

D'une part la France n'a jamais eu autant de médecins [1] (100 000 médecins libéraux dont 54 000 sont des généralistes libéraux). Cependant la répartition inégale sur le territoire, la pénibilité des horaires élargis après des semaines de plus de 50 heures, le risque assurantiel, l'âge moyen des médecins généralistes n'ont plus permis d'assurer une mission de service public à la hauteur des demandes voire des besoins.

D'autre part le déficit multi causal d'attractivité de la profession fait que :

- peu de médecins s'installent en cabinet privé (10%)
- ceux qui le font, le font tard (l'âge moyen à la première installation étant de 38 ans).
- environ 30% des postes d'interne en Médecine générale ne sont pas choisis ; ainsi tous les trois ans une génération est perdue.

En conséquence la démographie médicale va baisser drastiquement et les projections montrent qu'en 2025 notre pays comptera environ 50% des effectifs en moins. Ceci sans compter sur la féminisation de la profession qui entrainera une diminution des heures travaillées hebdomadairement et peu de volontariat pour les heures de PDS décalées par rapport à la « vraie vie ».

Si aujourd'hui un médecin travaille 50 heures, il assure 1,33 ETP (Equivalent Temps Plein).

Si en 2025 nous comptons 25000 médecins dont 80% de médecins femmes exerçant à 1'ETP, le déficit ne sera pas de 50% en nombre de médecins mais d'environ 80% en ETP.

Ceci sera d'autant plus difficile à assumer devant le vieillissement de la population.

Selon le Ministère de la Santé, la densité médicale chuterait de plus de 15% d'ici à 2025. Ce chiffre de 15% nous paraît donc très optimiste.

De plus, l'augmentation des violences envers les médecins a progressé, l'agression verbale restant la plus courante mais d'autres formes d'agression ont évolué : le vol, le vandalisme sur le lieu de travail mais aussi sur le véhicule professionnel et maintenant apparaissent des agressions physiques pour des reproches relatifs au traitement, au temps d'attente ou au refus de prescription de certificat ou d'arrêt de travail. Ce sentiment d'insécurité a amplifié le risque de démedicalisation de certaines zones à risque.

Par ailleurs la pensée et les nécessités des médecins ont évolué faisant modifier les pratiques pour sortir du dogme du médecin généraliste corvéable 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

La judiciarisation de la profession a participé à l'insatisfaction et à la démotivation augmentant le malaise des médecins.

En 2008, les 43 278 médecins sociétaires du Sou médical - Groupe MACSF ont adressé 418 déclarations dont 408 pour les seuls libéraux, soit une sinistralité de 1,11%. Parmi elles, 23 plaintes pénales, 97 plaintes ordinaires, 93 assignations en référé, 115 réclamations et 102 saisines d'une Commission régionale de conciliation et d'indemnisation [2].

Ainsi le caractère universel de la PDS s'est déporté vers les services d'accueil des urgences et les associations type SOS Médecins.

En 2001 devant le nombre de gardes et l'absence de régulation des gardes, les médecins n'ont eu comme seule ressource écoutable que la grève.

L'objectif était une prise de conscience de la pénibilité de leurs conditions d'exercice. Une réflexion, rendue nécessaire par le principe de réalité, a permis de construire une PDS admissible par les effecteurs, souvent innovante, parfois quasi révolutionnaire : des généralistes libéraux dans un hôpital public !

De fait cette révolution culturelle, « des médecins libéraux secteur 1 payés à l'acte », n'est pas si révolutionnaire que ça puisque de nombreux médecins *publics* ont une consultation privée.

3.2.2. Les patients

Il est de bon ton de soutenir que la population a recours de manière importante au service des urgences du fait de la dégradation de l'offre de soins libérale.

Ceci expliquerait une augmentation de la demande de soins non urgents pendant les heures de fermeture des cabinets de médecine générale. OUI MAIS.....ceci n'explique pas et même est contredit par l'afflux massif et inorganisé pendant les heures d'ouverture de cabinet.

Les services d'urgence ont vu ainsi doubler leur nombre de passage de 1990 (7 millions) à 2004 (14 millions de passages).

Devant ce nouveau problème, à Marseille, à l'Hôpital Laveran, les effecteurs de soins, libéraux et hospitaliers, ont mutualisé leurs réflexions et en conséquence leurs actions, bel exemple du possible lorsque à objectif commun répond action commune.

3.2.3 La facilité d'accès aux services des urgences

Horaires d'ouverture, absence d'avance de frais... « **au total c'est quand je veux et c'est gratuit** » nous dit le patient.

Entrée libre et service gratuit sont deux concepts marketing imparables. L'offre est trop belle pour être refusée, si belle qu'elle provoquerait la demande, définition optimale du marketing.

Le risque de ce concept (l'offre crée la demande, donc si l'offre est trop large la demande n'est pas circonstanciée) est de nous empêcher de raisonner plus finement et de ne pas voir l'arbre derrière la forêt.

Plus réellement on peut décrire 3 types d'urgence :

- l'urgence vitale
- l'urgence ressentie, « en gros » la douleur et/ou le signe fonctionnel
- l'urgence déguisée qui est une urgence de confort supposée consumériste

La mise en place d'une consultation de médecine générale pour tous les patients se présentant spontanément aux urgences peut être une des formes de tri de ces 3 items, sachant que le rôle du médecin généraliste est de répondre :

- en aucun cas à l'urgence vitale
- à la plupart des cas de l'urgence ressentie
- à tous les cas d'urgence de confort en l'absence de régulation.

Inversement le SAU répond :

- à tous les cas d'urgence vitale
- à certains cas d'urgence ressentie en 2^{ème} recours
- à aucun cas d'urgence de confort

On voit bien par cette construction que rien n'oppose SAU et Généralistes libéraux. Bien au contraire c'est en se complétant que les compétences médicales peuvent répondre en un lieu unique, parfaitement repéré par la population à l'échelon collectif, à 100% des besoins des patients, à l'échelon individuel.

Devant ce constat, l'Etat et tous les acteurs concernés de la PDS ont décidé de réformer le dispositif de la PDS en 2003.

3.3. Les fondements juridiques de la PDS

Suite au refus des gardes *à l'ancienne* par les médecins généraliste au cours des années 2001-2002, les modalités de prise en charge des soins non programmés ont évolué se définissant alors par un nouveau cadre réglementaire.

Le rapport DESCOURS [3] de janvier 2003 confié au sénateur Charles Descours suite aux mouvements de grève des années 2001-2002 décrit tout d'abord la PDS comme une mission d'intérêt général et rend obligatoire l'information aux patients sur le bon usage de l'accès aux soins non programmés pour mieux réguler cet accès. Le rapport définira les heures de la PDS et la sectorisation départementale.

A l'obligation déontologique individuelle pour tout médecin de participer au service de garde de jour et de nuit (article 77 du code déontologie médicale [4] du 6 septembre 1995) s'est substituée une obligation collective fondée sur le volontariat individuel des médecins (article R.6315-4 du code de santé publique [5], décret du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la PDS).

Cependant en l'absence de volontaire, cet article prévoit qu'il appartient au conseil de l'Ordre des médecins de compléter les tableaux de garde et qu'à défaut une réquisition pourra être effectuée par le préfet.

Par ailleurs, ce nouveau dispositif de la PDS donne toute sa place à la régulation des appels téléphoniques, régulation qui sera orchestrée par le service d'aide médicale urgente (SAMU) ou par des centres interconnectés régulant alors l'accès au médecin d'astreinte, à l'aide médicale urgente par un moyen de transport adapté (ambulances ou pompiers) voir le déclenchement d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Ce nouveau dispositif a par ailleurs réformé l'organisation des départements en secteur dont les limites ont été fixées selon les contraintes géographiques et démographiques, cette nouvelle sectorisation s'accompagnant alors du versement d'astreintes pour les médecins concernés avec majoration d'actes spécifiques.

Le décret du 7 avril 2005 [6] reprend la notion de volontariat en lieu et place de l'obligation forte faite aux médecins de participer à la PDS cherchant à créer une complémentarité entre les moyens hospitaliers et ambulatoires pour assurer l'égalité et la sécurité des citoyens face à l'urgence médicale. Il décrit ainsi les actes urgents relevant des urgentistes et les actes non urgents mais ne pouvant attendre l'ouverture des cabinets médicaux relevant des médecins exerçant en cabinet et associations. Il appuie la réorganisation des secteurs de PDS et le renforcement de la régulation.

Au-delà de la nouvelle sectorisation apparaissent de nouvelles formes de réponses à la PDS par la création de points fixes de garde à savoir les maisons médicales de garde (MMG).

Enfin en 2006, ce dispositif a été complété par la possibilité d'étendre les plages horaires de la PDS aux samedis après-midi et jours de pont.

Le rapport GRALL [7] en 2006 évalue les MMG dans la PDS :

Ce rapport conclut que le concept de MMG ne représente qu'une partie de la réponse au problème de la PDS cependant elle semble bénéfique quant à l'engagement volontaire des médecins libéraux dans la continuité des soins par les avantages qu'elle apporte dans la pratique de la médecine générale lors des gardes.

Les MMG ont pu se développer grâce à la possibilité de financement des MMG par le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) conduisant alors à plusieurs modèles de MMG et surtout à leur développement très variable sur le territoire.

Il a fallu alors asseoir de façon pérenne ce modèle dans le dispositif de la PDS pour pouvoir entamer une communication efficace et indispensable sur le bon usage de la PDS par la population.

C'est donc en 2006, que le concept de MMG est reconnu officiellement comme une des solutions d'avenir de la PDS.

Les MMG sont alors une solution à conforter et à développer pour 5 raisons :

- 1 : la MMG peut être un moyen de remédicalisation du milieu rural en permettant aux jeunes médecins et aux femmes médecins de participer à la PDS sans habiter à la campagne.
- 2 : la MMG est un socle qui peut évoluer vers des maisons de santé en se regroupant avec d'autres réseaux et notamment les professions paramédicales.

- 3 : la MMG permet de réimpliquer les médecins libéraux dans la PDS en allégeant la fréquence et la charge de la PDS.
- 4 : la MMG décharge très efficacement les urgences hospitalières à condition qu'une organisation concertée soit mise en place évitant d'ailleurs pour les patients des attentes longues et soulageant les professionnels de santé.
- 5 : en zone très urbanisée la MMG est un point fixe lisible pour la population pouvant être un lieu de soins mais aussi d'information notamment en cas de pandémie.

Ainsi la Circulaire du 23 mars 2007 [8] décrit les modalités et la mise en place des MMG, ainsi que le pilotage par les missions régionales de santé de ces MMG.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (loi HPST) [9] est un projet d'organisation sanitaire. A terme, elle doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Le texte de loi a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Il est paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Les décrets d'application sont actuellement en cours d'élaboration et seront publiés vers la fin du premier semestre 2010.

Elle a pour objectif d'améliorer la coopération des établissements de santé avec les professionnels de santé libéraux par mise en place de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) permettant la mise en commun des moyens.

Pour améliorer l'accès à des soins de qualité, elle permet la mise en œuvre d'aides par le biais du Fond d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pour la permanence des soins.

Elle affirme **la mission du médecin généraliste** en terme de soins de **premier recours** et de participation à la permanence des soins.

Elle instaure la création des Agences Régionales de Santé (ARS) qui auront pour mission de simplifier et clarifier l'organisation sanitaire actuelle.

Par ailleurs elle crée l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) rassemblant, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral et supprime de fait les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML).

3.4. Les acteurs de la PDS

La PDS est assurée à la fois par :

- Les centres de régulation : centre 15 et centre interconnectés jouant le rôle de chef d'orchestre pouvant déclencher les SMUR en cas d'urgence vitale,
- Le SAMU avec les SMUR et les pompiers,
- Les structures d'accueil, à savoir les urgences des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les urgences des cliniques,
- Les médecins libéraux sous plusieurs formes avec les médecins d'astreinte selon la sectorisation, les associations type SOS médecins et les MMG.

Leur but est de collaborer afin de fournir une réponse adaptée aux besoins de la population tout en assumant les missions auxquelles ils doivent répondre de manière individuelle.

3.4.1. Le SAMU, le Centre 15 et les centres interconnectés

C'est en 1986 que le Service d'Aide Médicale Urgente est créé (SAMU) avec le centre d'appel téléphonique, le Centre 15.

Le centre de régulation a le rôle de fournir un conseil médical, soit de déplacer le médecin de garde au domicile du patient, soit de déclencher un SMUR par l'intermédiaire du SAMU qui prend en charge les détresses vitales.

3.4.2. Les structures d'accueil des urgences

En 1986, il existe 3 niveaux de Service d'Accueil des Urgences (SAU) en fonction de leur technicité. On distingue alors :

- les services d'accueil et de traitement des urgences qui traitent tous les types d'urgence et qui disposent de moyens lourds à savoir services d'anesthésie réanimation, services de chirurgie, service d'imagerie avec plateau technique à la pointe, services de biologie, possibilité de mobilisation du SMUR ; tous ces services travaillant 24 h sur 24h.
- les UPATOU ou Unités de Proximité d'Accueil d'Orientation et de Traitement des Urgences disposant de moyens moins importants pour répondre à des pathologies moins lourdes.
- les POSU ou pôles spécialisés dans l'accueil et le traitement d'urgence qui prennent en charge des pathologies lourdes seulement dans leur domaine de compétence.

C'est ainsi que les décrets du 22 mai 2006 reprennent les notions de services d'accueil et de traitement des urgences et d'UPATOU, ces structures recevant en réalité les mêmes types d'urgence pour les regrouper depuis le 31 mars 2007 sous le terme de **structure des urgences**.

3.4.3. Les acteurs libéraux de la PDS

- les médecins de garde et d'astreinte
- les associations type SOS médecins
- les MMG [10]

On distingue :

- Les MMG intégrées dans un système contractualisé de coopération avec un service d'urgence médicochirurgicale afin de mieux coordonner les flux et ainsi améliorer la prise en charge des consultants. Le site d'implantation doit être à une distance acceptable du site hospitalier ou des urgences pour une coopération optimale.
- Les MMG installées dans un centre hospitalier soit dans les locaux soit à proximité ou dans le service des urgences : elles assurent une activité de consultation de médecine générale dans le cadre de la PDS mais participent sans équivoque à la gestion des flux du service des urgences. Près de la moitié des MMG correspondent à ce schéma dont le but est de désengorger les urgences. Ce système repose sur une formation adéquate des infirmières dans l'accueil et l'orientation grâce à un protocole d'adressage qui est un relais entre les infirmières et les médecins.
- Les MMG sans rapport formalisé avec un site hospitalier contribuant avant tout à améliorer les conditions de travail des praticiens libéraux avec, soit des MMG isolées en milieu rural qui sont éloignées des centres d'urgences : c'est un service minimum offert qui contribue à ne pas

augmenter la fréquentation des urgences, soit des MMG isolées en milieu urbain qui alors peuvent apporter un bénéfice sur le plan social surtout dans les quartiers difficiles.

3. Les Objectifs

La consultation de médecine générale S.U.M.O. a pour but de répondre à deux objectifs :

- Objectif 1 : entre 7h30 et 19h30 : GESTION DES FLUX aux « urgences ».
- Objectif 2 : entre 19h30 et 24h00 en semaine et de 07h30 à 24h00 pendant les week-ends et les jours fériés : ASSURER la PDS.

Les termes objectifs 1 et objectif 2 sont numérotés par la réalité historique, les moyens ayant été mis en place en premier en 2002 pour l'objectif 1, et en 2006 pour l'objectif 2.

4. Matériel et Méthode

Cette étude est une étude transversale portant sur le mois de novembre 2009. Elle reprend les 961 dossiers des patients qui se sont présentés à la consultation de médecine générale.

4.1. Fiche de recueil des données

La fiche de recueil des données a été effectuée grâce aux données informatiques obtenues par les médecins de l'association SUMO par l'intermédiaire d'un fichier Excel [Annexe 2]. Le recueil s'est effectué pendant les mois de novembre et décembre 2009 grâce à la mise à disposition d'un terminal permettant d'accéder aux données informatiques sans entraver le bon déroulement de la consultation de médecine générale, les médecins de l'association SUMO ayant été prévenus au préalable de l'étude sur le mois de novembre 2009.

Elle comprend :

- Le nombre de patients par jour
- Horaires de jour et horaires de la permanence des soins
- Le sexe
- L'âge
- Le motif de consultation principal
- Les autres plaintes associées ou informations obtenues lors de l'interrogatoire du patient
- Les examens paracliniques réalisés
- Les résultats de consultation grâce au dictionnaire de résultat de consultation de la SFMG
- Le codage ABCD et NPR du dictionnaire de consultation

- L'orientation du patient
- Les thérapeutiques dispensées
- La rédaction ou non d'un courrier à un confrère

4.2. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) [11]

Cet outil a été créé pour organiser le processus de décision et permettre l'analyse des pratiques. Ainsi les médecins de l'association SUMO ont décidé de l'utiliser car il permet de répondre aux impératifs actuels de compréhension du cheminement intellectuel des médecins dans le cadre de la judiciarisation actuelle de notre pratique et par ailleurs pour l'évaluation des pratiques grâce à une étude épidémiologique rendue possible par le DRC.

Un "résultat de consultation" est ce qui résulte de l'entretien du patient, de son examen et des examens complémentaires effectués.

Cet outil permet de formaliser, ce que tout médecin généraliste fait sans le savoir dans sa pratique professionnelle quotidienne et pour ses prises de décision.

Ce dictionnaire, œuvre collective des médecins de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), a pour objet la description des résultats de consultation. Il définit la sémiologie des états morbides les plus fréquemment rencontrés dans l'activité quotidienne des médecins généralistes.

Le DRC permet, avec environ 300 résultats de consultation, de prendre en compte 96 % de l'activité en médecine générale tout en tenant compte du niveau de preuve.

Le DRC a été conçu à partir des concepts du Dr Braun qui dans son livre (Pratique critique et enseignement de la médecine générale) a réalisé une

observation méthodique de sa propre pratique de généraliste pendant 25 ans, des milliers de cas relevés au cours de périodes allant de quelques jours à 5 ans, pour décrire tous les aspects de la pratique d'un médecin généraliste.

En janvier 1983 : pour la première fois en France, la SFMG sous la direction du Docteur Bernard Vincent, utilisait la méthodologie du Docteur Braun pour étudier la morbidité observée en médecine générale.

Le résultat de consultation peut être alors un symptôme (A), un syndrome (B), un tableau de maladie sans preuve (C), plus rarement un diagnostic de certitude (D), mais aussi un état non pathologique (grossesse, vaccination) ou un problème socio professionnel.

Le DRC est un langage commun. Il permet une analyse des pratiques. Les données recueillies lors de la saisie des Résultats de consultation sont stockées dans une base de données et sont mise en ligne sur l'Observatoire de la Médecine Générale : 14 années de recueil par 133 médecins avec 690 000 patients ont conduit à 6 millions d'actes : dont 83,6 % de consultations ; 9,4 % de visites, et 7 % de contacts par téléphone ou courrier. Ainsi 8 millions de résultats de consultation ont pu être collecté pour analyser que 71 % des résultats de consultation étaient des symptômes isolés ou des syndromes (A et B), et 29 % des tableaux de maladie ou des diagnostics certifiés (C et D).

Le DRC s'utilise en temps réel pour noter tous les éléments que le médecin prend en charge pendant la consultation avec le patient.

Une mise à jour annuelle est réalisée pour adapter le DRC à l'évolution des données de la science et du terrain :

- Du fait des remarques de ses utilisateurs qui sont analysées (erreurs de rédaction, difficultés de compréhension de certaines définitions, optimisation de la discrimination entre les différentes définitions).
- En second lieu parce qu'un Dictionnaire se doit d'être actualisé :
 1. En fonction des données acquises de la science, ce qui est une obligation déontologique. Les résultats des recherches cliniques, que permet maintenant le Dictionnaire, les observations des uns et des autres, le résultat de l'exploitation informatique de l'Observatoire de la Médecine Générale, peuvent amener à modifier certaines définitions.
 2. Mais aussi en fonction des obligations légales prévues par la Convention Nationale : c'est le cas par exemple des Références Médicales Opposables ou des Affections de Longue Durée.
 3. Enfin en raison de la nécessaire correspondance avec la classification C.I.M.10. Elle est en effet la nomenclature internationale "incontournable", permettant un lien entre les différents types d'exercice de la médecine générale et spécialisée, ambulatoire et hospitalière.

4.3. Le critère d'inclusion dans l'étude

Tous les patients qui ont été pris en charge par la consultation de médecine générale pendant le mois de novembre 2009 ont été inclus dans l'étude.

5. Résultats

5.1. Données générales

- Nombre de patients pris en charge sur le mois de novembre 2009 : 961

- Nombre de patients pris en charge par la consultation de médecine générale sur l'année 2009 : 12174 (10959 en 2008)

- Nombre de patients pris en charge par les urgences en 2009 : 14879 (12697 en 2008)

La consultation de médecine générale a géré 50 % du flux des patients qui se sont présentés par leurs propres moyens en 2009 aux urgences de l'HIA Laveran ; comme en 2008.

L'activité des urgences et de la consultation de médecine générale a augmenté de plus de 10% en un an.

- Nombre de patients vus par jour en moyenne : 32 patients par jour
 - dont Nombre de patients vus de 7h30 à 19h30 : 399/961 soit 41,5%
 - dont Nombre de patient vus pendant la PDS : 562/961 soit 58,4%

5.2. Répartition en fonction du sexe

Femmes : 538/961 soit 56%

Hommes : 423/961 soit 44%

5.3. Répartition par tranches d'âge en fonction des deux objectifs

	7h30-19h30	PDS	TOTAL
Dossier sans âge	1	1	2
Tranche 0-19	86/399 21,6%	103/562 18,3%	189/961 19,7%
Tranche 20-39	141/399 35,3%	237/562 42,2%	378/961 39,3%
Tranche 40- 59	125/399 31,3%	154/562 27,4%	279/961 29%
Tranche 60-79	41/399 10,3%	53/562 9,4%	94/961 9,8%
Tranche 80 et plus	5/399 1,3%	14/562 2,5%	19/961 2%
Total	399	562	961

TABLEAU 1 : répartition par tranche d'âge des patients se présentant à la consultation de médecine générale pendant la tranche horaire 7h30-19h et pendant la PDS.

Les deux populations semblent être identiques. On notera ici la prédominance de la tranche d'âge 20 à 39 ans, les âges extrêmes et en particulier les personnes âgées se présentant le plus souvent par les transports sanitaires.

On note une augmentation du recours de la tranche d'âge 20-39 ans pendant la PDS.

5.4. Répartition en fonction des Appareils et des 2 objectifs

	7h30-19h30 377 patients	PDS 499 patients	TOTAL 876 patients
Manifestations générales	47 soit 12,5%	64 soit 12,8%	111 soit 12,7%
Traumatologie et petite chirurgie	177 soit 47%	191 soit 38,3%	368 soit 42%
Appareil circulatoire	6 soit 1,6%	12 soit 2,3%	18 soit 2%
Appareil respiratoire	19 soit 5%	26 soit 5,1%	45 soit 5,1%
Appareil digestif	16 soit 4,2%	50 soit 10%	66 soit 7,5%
Appareil locomoteur	39 soit 10,3%	34 soit 6,7%	73 soit 8,3%
endocrinologie	1 soit < 1%	4 soit < 1%	5 soit < 1%
Peau	23 soit 6,1%	24 soit 4,7%	47 soit 5,4%
Bouche nez gorge oreilles	18 soit 4,9%	35 soit 6,9%	53 soit 6%
Œil paupières	4 soit 1,1%	1 soit < 1%	5 soit < 1%
Système nerveux	4 soit 1,1%	28 soit 5,5%	32 soit 3,6%
Psychisme	3 soit < 1%	14 soit 2,7%	17 soit 1,9%
Appareil urinaire	11 soit 3%	13 soit 2,5%	24 soit 2,7%
Appareil génital	3 soit < 1%	4 soit < 1%	7 soit < 1%
Divers	3 soit < 1%	3 soit < 1%	6 soit < 1%
SOUS TOTAL	377	499	876
infectieux	68 soit 18%	82 soit 16,4%	150 soit 17,1%
Dossiers non exploitables	15/399 soit 3,8%	32/562 soit 4,9%	47/961 soit 4,9%
Patients partis sans être examinés	6/399 soit 1,5%	24/562 soit 3,7%	30/961 soit 3,1%
Patients transférés directement au SAU	1/399 soit < 1%	7/562 soit 1,2%	8/961 soit < 1%
TOTAL	399	562	961

Tableau 2 : *tableau récapitulatif des résultats de consultation classés par appareil, du nombre de dossier non exploitables, du nombre de patients partis sans être examinés et du nombre de patients transférés directement dans le service des urgences.*

A noter certains résultats de consultation peuvent être comptabilisés à la fois en infectieux et dans un autre appareil.

Les deux populations semblent être identiques.

Nos résultats mettent en évidence le nombre accru de consultations pour des motifs relevant de la traumatologie et de la petite chirurgie.

5.5. Examens paracliniques

- Patients ayant bénéficié d'un examen paraclinique : 393/876 soit 44,9%

Le médecin prescrit dans un cas sur deux au moins un examen paraclinique au patient qui se présente à la consultation.

- Différencions alors maintenant les différents examens paracliniques prescrits en fonction des différents résultats de consultation classés par appareil :

	BILANS SANGUINS, ECBU, COPROCULTURES	RADIOGRAPHIES	ECHOGRAPHIE SCANNER, IRM	TOTAL
Manifestations générales	34	31	0	65
Traumatologie et petite chirurgie	2	207	5	214
Appareil circulatoire	5	1	1	7
Appareil respiratoire	7	18	0	25
Appareil digestif	19	11	3	33
Appareil locomoteur	3	28	1	32
endocrinologie	1	0	0	1
Peau	2	4	0	6
Bouche nez gorge oreilles	4	2	0	6
Œil paupières	0	0	0	0
Système nerveux	1	3	1	5
Psychisme	2	2	0	4
Appareil urinaire	1	1	3	5
Appareil génital	0	0	0	0
Divers	3	1	0	4
TOTAL	84	309	14	407

Tableau 3 : *tableau descriptif du nombre d'examens paracliniques prescrits en fonction des différents résultats de consultation classés par appareils.*

Ce tableau nous montre que la grande majorité des examens prescrits sont des radiographies, soit environ 75% des examens paracliniques et la moitié des radiographies sont prescrites dans le cadre d'une pathologie traumatique. De

même, la moitié des examens paracliniques prescrits le sont pour de la traumatologie.

Ce sont ensuite les bilans sanguins qui sont le plus prescrits (environ 20% des examens prescrits), le médecin de la consultation de médecine générale ayant peu recours à un plateau technique plus évolué (5% des examens) et dans ce cas, transfère plus souvent les patients aux urgences pour accélérer leur prise en charge.

5.6. Données spécifiques quant au DRC

- Nombre de dossiers n'ayant pas bénéficié d'un résultat de consultation :
230 dossiers non codés sur 961 soit 23,9%.

Ce résultat peut s'expliquer :

- par l'accroissement de la charge de travail,
- une panne informatique
- par le manque de connaissance du codage du DRC sachant que tous les médecins ont bénéficié d'une formation au DRC
- enfin au fait que le médecin ne veuille pas remplir le dossier de façon délibérée.

- Résultats ABCD

Le résultat peut être un symptôme (A), un syndrome (B), un tableau de maladie sans preuve (C), ou un diagnostic de certitude (D).

On se basera sur 881 codages au lieu de 876 du fait des doubles résultats de consultation :

A : 312/879 soit 35,5%

B : 149/879 soit 17%

C : 229/879 soit 26%

D : 189/879 soit 21,5%

En premier lieu, on pourra remarquer que les médecins concluent leurs consultations la majorité du temps par un seul résultat de consultation mais il est tout à fait possible d'avoir plusieurs résultats de consultation pour une même consultation, ceci pouvant s'expliquer par le fait que le plus souvent les patients se présentent aux urgences pour un seul motif.

Par ailleurs nous remarquerons qu'environ 45% des consultations des médecins correspondent à des tableaux de maladie ou des diagnostics certifiés contre 30 % en cabinet de ville.

Afin de savoir si un lien existe entre le fait de disposer d'un plateau technique et le fait pour le médecin de conclure plus de consultations par C et D, nous réalisons le test du Khi 2 (X²) :

(Pour réaliser le test nous prendrons le motif principal de recours et éliminerons les résultats doubles.)

La Paraclinique comprend tous les examens : bilan sanguin, radios, échographies et scanner.

Test Khi 2	Paraclinique +	Paraclinique -	
AB	195	266	461
CD	198	217	415
	393	483	876

Tableau 4 : *tableau réalisé afin de faire le calcul du Khi 2 pour déterminer s'il existe un lien statistique entre le fait de disposer d'un plateau technique et le fait pour le médecin de conclure plus de consultations par C et D.*

$X^2 = 2,59$: le test est inférieur à 3,84, la liaison n'est pas statistiquement significative, et il y a moins de 5 % de chance pour que la distribution résulte du hasard.

Sur la population générale, l'utilisation du plateau technique ne permet pas d'affiner le diagnostic avec certitude.

Maintenant, nous réalisons le test du Khi 2 pour savoir si la prescription de radiographies permet de conclure plus de consultations par un diagnostic certifié.

	Radios +	Radio -	
AB	135	326	461
CD	178	237	415
	313	563	876

Tableau 5 : *tableau réalisé afin de déterminer par le calcul du Khi 2 s'il existe un lien statistique entre le fait de prescrire des radiographies et l'obtention de plus de résultats de diagnostics certifiés.*

$X^2 = 17,61$: le test est positif, la liaison est statistiquement significative et il y a moins de 5% de chance que la distribution résulte du hasard.

Sur la population générale, l'utilisation de la radiographie conventionnelle permet d'affiner le résultat de consultation en concluant plus de consultations par C et D.

Devant ces 2 tableaux, on peut se demander si on obtient plus de CD car la consultation de médecine générale reçoit une majeure partie de patients présentant une pathologie traumatique nécessitant une radiographie.

Dans le DRC, on fait la distinction entre :

- N quand le patient n'a jamais été vu pour ce problème par un médecin
- P quand le patient a déjà été vu pour ce problème par un médecin, celui qu'il consulte ce jour ou un autre
- R pour révision, sert à signaler l'évolution d'un RC vers un autre.

N : 807/876 soit 92,1%

P : 69/876 soit 7,9%

R : 0/876 soit 0%

Dans ce cas, on voit que les patients se présentent en majorité pour des pathologies pour lesquelles ils n'ont jamais consulté leur médecin traitant. La fiabilité de ce résultat est tout de même à relativiser, les patients ne le mentionnant pas toujours lors de l'interrogatoire et les médecins ne le mentionnant pas toujours dans leur dossier, surtout avec environ 25% de dossiers non conclus par un résultat de consultation, d'où l'intérêt de la nouvelle carte vitale pour consulter le parcours du patient.

5.7. Orientation des patients

	7h30-19h30 399 patients	PDS 562 patients	TOTAL 961 patients
Transfert aux urgences après examen	55 soit 13,8%	52 soit 9,3%	107 soit 12,2%
Transfert direct aux urgences	1 soit < 1%	7 soit 1,2%	8 soit < 1 %
TOTAL	56 soit 14%	59 soit 10,5%	115 soit 12%

Tableau 6 : *nombre de patients transférés aux urgences avec ou sans examen de la part du médecin de la consultation de médecine générale.*

- Patients rentrant à domicile par rapport à ceux examinés : 769/876 soit 87,8%
- Patients transférés aux urgences par rapport à ceux examinés: 107/876 soit 12,2%

Ce résultat est primordial et démontre le rôle de désengorgement des urgences par la consultation de médecine générale : en effet, 12 % des patients sont transférés de la consultation de médecine générale aux urgences.

Ainsi le nombre de patients transférés immédiatement est peu important mais dépend de la bonne formation du personnel d'accueil.

Résultats de consultation pour lesquelles les patients ont été transférés au second recours :

		Nombre et pourcentage 107 patients
Manifestations générales	Douleurs, malaises, lipothymie, état fébrile	16 soit 15%
Traumatologie petite chirurgie	Fractures plaies morsures luxations traumatismes divers	24 soit 22,4%
Appareil circulatoire	Précordialgies angor palpitations artérite thrombophlébite	5 soit 4,7%
Appareil respiratoire	asthme pneumopathie	12 soit 11,3%
Appareil digestif	Plainte abdominale et abdomen douloureux aigu lithiase dysphagie	18 soit 16,8%
Appareil locomoteur	Dorsalgies, lombalgies, névralgies	4 soit 3,7%
Endocrinologie		2 soit 1,9%
Peau	Abcès, panaris à inciser, érysipèle	13 soit 12,1%
Bouche nez gorge oreilles	Otites, corps étranger	2 soit 1,9%
Oeil paupières	Traumatismes, infections	4 soit 3,7%
Système nerveux	Etat confusionnel, AIT AVC	3 soit 2,8%
Psychiatrie		0
Appareil urinaire	Rétention urinaire, pyélonéphrite	3 soit 2,8%
Appareil génital (gynéco obstétrique associée)		0
Divers	Surdosage médicamenteux	1 soit < 1%
TOTAL		107 patients
Infectieux		20 soit 18,7%

Tableau 7 : nombre de patients transférés aux urgences en fonction des résultats de consultation classés par appareil.

Les patients sont le plus souvent transférés pour des douleurs non calmées par les antalgiques prescrits par le médecin de 1^{er} recours nécessitant alors des explorations, et ou des pathologies nécessitant des avis spécialisés : fractures, plaies, abcès et panaris à inciser, précordialgies, dyspnée et crises d’asthme non calmées par aérosols, plaintes abdominales et abdomen douloureux aigus, précordialgies, troubles neurologiques ou autres pathologies nécessitant enfin l’accès à un plateau technique plus évolué (scanner, IRM ...).

Les patients transférés aux urgences ont-ils ou non bénéficié d’examens paracliniques ?

	Paraclinique -	Paraclinique +
Patients transférés aux urgences après examen clinique	54 /107 soit 50,5%	53/107 soit 49,5%

Tableau 8 : *nombre de patients ayant ou non bénéficié d’un examen paraclinique avant d’être transférés aux urgences.*

On remarque que les patients sont autant transférés suite à l’examen clinique qu’à la suite d’un examen paraclinique démontrant l’importance d’un bon examen clinique pouvant accélérer la prise en charge d’un patient.

5.8. Transmission d’un courrier

	courrier	Pas de courrier
Retour à domicile	538/769	231/769
Transfert aux urgences	99/107	8/107
Total	637/876 soit 72,7%	239/876 soit 27,3 %

Tableau 9 : *nombre de patients ayant reçu ou non un courrier à la fin de la consultation*

Au total un courrier a été rédigé dans 72 % des cas.

L'étude des dossiers montre que l'absence de courriers intéresse globalement des pathologies extrêmement « légères ».

Certes quelques consultations ne nécessitent pas de courrier mais ce chiffre peut être valorisé pour une parfaite transmission des informations du dossier médical.

5.9. Patients se présentant au moins 2 fois à la consultation dans le mois

On notera que 14 patients sur les 961 (soit 1,46%) se représenteront aux urgences.

5.10. Moyenne d'âge des patients transférés aux urgences

La moyenne d'âge est d'environ 41 ans avec un écart type calculé à 20 (qui mesure la dispersion autour de la moyenne).

5.11. Moyenne d'âge des patients partis avant d'avoir été examinés

Cette moyenne est de 32 ans posant la question de l'urgence de la consultation et mettant toujours en évidence que c'est une certaine tranche d'âge de la population qui se présente en majorité aux urgences.

Le nombre de patients qui sont partis sans être examinés est peu important.

Une étude faite sur site en 2004 avait montré un délai moyen d'attente inférieur à 45 minutes démontrant que le temps d'attente était tout à fait acceptable.

6. Discussion

Ce travail rentre dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de ce modèle d'organisation du service des urgences.

Le rôle de la consultation de médecine générale de l'HIA Laveran est d'une part de réguler le flux des patients pour désengorger les urgences, et d'autre part de participer à la PDS.

6.1. Analyse des résultats de l'étude

6.1.1. Les deux objectifs sont-ils remplis ?

6.1.1.1. La gestion du flux des patients

La consultation de médecine générale a pris en charge en 2009, comme en 2008, environ 50 % du flux total des patients se présentant aux urgences de l'HIA Laveran, ce qui démontre l'efficacité de ce type d'organisation lorsqu'on le compare au nombre global de patients qui ont ensuite été réadressés par la suite aux urgences, à savoir environ 12 % des patients.

Au total, les urgences ont pu être soulagées et voir leur nombre de passages diminuer de 40 % prouvant bien le rôle de désengorgement des urgences par la consultation de médecine générale.

Le but est de permettre aux urgences de remplir leur mission première, le traitement en priorité des besoins de soins immédiats engageant le pronostic vital et fonctionnel.

La consultation de médecine générale a pour rôle de prendre en charge les besoins de consultation qui nécessitent un délai relativement rapide mais non immédiat avec la compétence d'un médecin.

Certes, dans très peu de cas (8 patients sur 961), certains patients peuvent nécessiter selon leur état d'être adressé directement aux urgences. Ceci relève alors de la bonne formation du personnel d'accueil devant savoir quand informer le médecin sur l'éventuelle nécessité d'une accélération de la prise en charge du patient.

On démontre, par ce modèle, que pour chaque patient qui se présente aux urgences par ses propres moyens, le médecin donne au patient une réponse adaptée au problème posé.

L'orientation du patient est toujours adéquate. Le patient garde le choix de se présenter aux urgences : c'est alors qu'il est reçu en premier par le médecin de la consultation de la médecine générale et c'est ensuite le médecin qui coordonne la réponse : soit retour à domicile et courrier au médecin traitant ou à un confrère spécialiste, soit passage dans le service des urgences si son état de santé le nécessite.

L'instauration de la consultation de médecine générale améliore l'exercice de la profession car le médecin généraliste fait ce qu'il sait faire dans des conditions de travail plus « agréables » par la proximité des urgences.

Il bénéficie d'une relative sécurité dans son travail et d'un accès rapide à un plateau technique. Cette nouvelle manière d'exercer peut permettre aux

médecins d'envisager de diversifier leur activité professionnelle. Par ailleurs, l'urgentiste peut se sentir moins débordé par la petite traumatologie, améliorant ses conditions de travail aussi, lui permettant de se concentrer sur les urgences.

Chaque partenaire peut trouver son compte dans ce mode de fonctionnement et la consultation de médecine générale rend plus efficace les deux partenaires pour répondre au mieux à leur mission et ce dans l'intérêt du patient et de la Santé Publique.

Les médecins libéraux grâce à ce type d'organisation des flux ont pu donc démontrer leur efficacité dans la coordination et la gestion de l'orientation des patients.

Il faut différencier le système de régulation des MMG qui sont implantées dans les établissements de santé avec la régulation de la consultation de médecine générale de l'HIA Laveran.

L'efficacité de la consultation de médecine générale de l'HIA Laveran tient à la simplicité de sa régulation qui consiste à prendre en charge tous les patients qui se présentent par leurs propres moyens aux urgences permettant ainsi d'optimiser l'efficience de la réponse.

Car dans les autres Maisons médicales de garde, les patients qui sont pris en charge ont un parcours différent, souvent déjà régulé par un centre téléphonique (centre 15 ou autre).

6.1.1.2. La permanence des soins

La consultation de médecine générale participe bien à la PDS puisque celle-ci prend en charge plus de la moitié de ces patients pendant la PDS assurant ainsi celle-ci comme prévue et permettant alors aux médecins libéraux d'affirmer leur rôle de médecin de premier recours.

Il est un fait que les généralistes ne souhaitent plus effectuer de gardes après minuit car les statistiques avancées par le centre 15 montrent que, en nuit profonde (entre 24h00 et 06h00) les besoins de consultation non programmés non urgents au sens médical du terme sont quasi nuls.

Dans ce système, la coopération entre les médecins est indispensable et chacun peut y trouver son compte puisque si les urgentistes sont prêts à assurer les rarissimes consultations de médecine générale après minuit, les généralistes acceptent eux de désengorger les urgences entre 7h30 et minuit.

L'augmentation croissante de la demande de soins concernant principalement la «continuité des soins» est à l'origine d'un certain nombre de dysfonctionnements du système de permanence des soins aussi bien en médecine libérale que dans les établissements de soins publics ou privés et ce modèle permet de prendre en charge les patients dans de meilleures conditions par la coopération des médecins urgentistes et des médecins libéraux.

Une information sérieuse des patients et une régulation médicale efficace sont nécessaires afin que des structures lourdes ne servent pas à répondre à des besoins simples. Ceci contribue alors à une meilleure maîtrise des coûts économiques.

6.1.2. Analyse des résultats concernant la population ayant recours à la consultation de médecine générale.

De manière similaire aux enquêtes de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) [12] [13], et aux autres travaux effectués [14] [15], c'est la tranche d'âge 20-39 ans qui a le plus souvent recours aux urgences, cette demande s'amplifiant pendant la PDS.

Les motifs de recours sont les mêmes que ceux retrouvés dans les autres travaux : la majorité des patients se présentent pour une symptomatologie douloureuse avec des pathologies de type traumatique et des pathologies nécessitant des actes de petite chirurgie.

Nous soulignerons le fait que l'accès à la radiologie conventionnelle a un rôle majeur car elle permet d'obtenir des résultats de consultations plus fiables en traumatologie : on obtient un résultat de consultation certifié (D) plus souvent grâce à la radiographie (Tableau 5).

Les professionnels ont globalement des représentations négatives sur le comportement des consultants. Cependant on peut discuter la notion de consumérisme des patients devant le nombre de prescriptions paracliniques : en effet les patients ont bénéficié dans un cas sur deux d'un examen paraclinique pouvant nous conforter dans la nécessité des patients à se présenter à la consultation de médecine générale.

Ce point faisant tout de même craindre alors un risque là aussi de consumérisme mais que l'on peut tout de suite écarter devant le fait que seulement 1,5% des patients se sont représentés aux urgences dans le mois.

Ce pourcentage est très faible et démontre qu'il n'existe pas d'effet de ritualisation de la démarche du patient vers les urgences.

6.1.3. Analyse du fonctionnement de la consultation de médecine générale

Les médecins remplissent bien la mission qui leur a été assignée. Nous remarquerons que seuls 5 % des dossiers sont mal remplis et dans 73% des cas, les patients repartent avec un courrier pour le médecin cible.

Seulement 3% des patients partent sans avoir été examinés et la moyenne d'âge de ces patients est de 32 ans faisant alors discuter ici la réelle urgence de la consultation. En effet, une étude au sein de la consultation de médecine générale avait conclu en 2004 que le temps d'attente moyen était inférieur à 45 minutes, temps d'attente tout à fait acceptable pour une consultation non programmée.

Quarante cinq pourcents des patients bénéficient d'un examen paraclinique comme on l'a déjà remarqué plus haut. En effet se pose alors une question : y-a-t-il un risque de surprescription des examens paracliniques. On ne peut interpréter ce chiffre sans garder à l'esprit que le médecin a une obligation de moyens. Le médecin se doit cependant de respecter les consensus et les références médicales opposables. Afin de pouvoir défendre sa prise en charge, il se doit de remplir le dossier médical comme il s'y est engagé pour qu'en cas de litige il puisse apporter les preuves de son professionnalisme. Pour cela, il dispose du DRC qui lui permet de traduire sa démarche intellectuelle.

Pour mémoire, on pourra noter qu'il y a eu un dépôt de plainte en 2008 et un en 2009. Le plaignant a été débouté en 2008 au tribunal et a dû payer une amende pour plainte abusive. Pour 2009, la plainte est en voie expertale. Tout ceci est à ramener aux 13 000 consultations annuelles.

6.1.4. Le Dictionnaire de Résultat de Consultation

Malgré les avantages pouvant découler de l'utilisation du DRC, 24% des dossiers n'ont pas été conclus par un résultat de consultation.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait :

- le manque de temps,
- le dysfonctionnement momentané du matériel informatique
- mais surtout par le manque de connaissance et de pratique du codage du DRC malgré les formations.

Un résultat intéressant est celui qui a trait au nombre de consultations se concluant par un diagnostic certifié : en effet on note ici que 47,5 % des dossiers ont pu l'être contre seulement 30 % en pratique de cabinet de ville.

Ainsi, ce chiffre est à interpréter en fonction de la population observée qui se présente pour la majorité pour de la traumatologie nécessitant l'accès à la radiologie conventionnelle. Mais ce chiffre démontre tout de même que l'accès rapide à la radiographie dans notre cas permet de conclure beaucoup plus de consultation par un diagnostic certifié.

6.1.5. Le financement

Le problème est celui du financement [16] [17]: les MMG adossées aux service des urgences sont souvent financées par les établissements médicaux et le problème réside dans le fait que le passage de l'ATU (forfait pour l'Accueil et Traitement des Urgences) au forfait FAU (Forfait Annuel des Urgences) entraîne une baisse mécanique du financement du service des urgences du fait de

la diminution du nombre de passages car alors les patients sont vus par le médecin de la MMG .

L'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale prévoit que l'activité est financée conjointement sous la forme d'un forfait à la prestation (ATU) et d'un forfait annuel versé par douzième (FAU). Cette réforme prévoit, d'une part, une modification des montants des forfaits (FAU) visant à couvrir les frais de structure et, d'autre part, une augmentation du montant de la prestation directement liée à l'activité (ATU). Le modèle proposé dans le cadre de la Tarification à l'Activité (T2A), commun à l'ensemble des établissements publics et privés, associe :

- une dotation fixe FAU établie en fonction de la seule importance de l'activité et de façon identique quelle que soit la nature de l'autorisation
- un tarif par passage non suivi d'hospitalisation ATU.

Ceci peut conduire les directeurs d'établissements à freiner le développement des MMG de ce type en ne développant pas l'aide matérielle.

Par exemple à Boulogne-sur-Mer [18], la maison médicale de garde implantée sur le centre hospitalier Duchenne, demeure peu fréquentée la semaine. En 2008, 3067 actes ont été recensés avec une moyenne de seulement 2,34 actes le soir. Pire : 55 astreintes de 4 heures le soir en semaine se sont soldées, pour le médecin, par une activité nulle. Seule l'activité du week-end reste soutenue, avec une moyenne de 26 actes les dimanches et jours fériés et de 17 actes les samedis.

L'une des raisons de cette faible activité des soirs de semaine serait, selon le médecin, l'absence d'une véritable filière de soins Ville Hôpital. Ainsi l'an dernier, seulement 717 patients, soit en moyenne deux par jour, ont été adressés par le service des urgences à la MMG, « ce qui ne traduit pas un désengorgement de ce service ». Il n'y a pas de régulation préalable à l'accès

aux urgences de l'hôpital comme il y en a une pour l'accès à la MMG. La notion de responsabilité médicale et la Tarification à l'Activité constituent de réels freins à la filière de soins », regrette le Dr Gournay.

Cette réflexion peut amener à penser que la spécificité de la régulation du flux des patients par la consultation de médecine générale de l'HIA Laveran est efficace par la coopération entre les urgentistes et les médecins de l'association SUMO.

La différence de prix pour le patient, qui doit s'acquitter de la consultation à la MMG alors que la gratuité est apparente à l'hôpital, constitue bien sûr l'autre obstacle majeur.

« Nous pratiquons souvent le tiers payant mais la consultation atteint les 65 euros et le patient en paie 30 %, ce qui constitue une barrière. Résultat, des patients relevant de la MMG ne veulent pas y aller et préfèrent les urgences », souligne le D^r Gournay. La solution serait d'après lui de remplacer le paiement à l'acte par un système de forfait. « Le patient pourrait être responsabilisé via par exemple une franchise, lorsqu'il se présente aux urgences pour une pathologie qui ne nécessite pas d'hospitalisation, d'immobilisation ou d'acte technique et qui donc ne relève probablement pas du service des urgences. Ce système est appliqué dans d'autres pays. ». Une question éminemment politique : « Les futures ARS devront faire un choix : fermer les MMG le soir car les médecins se tournent les pouces dans ce créneau horaire, ou améliorer la filière de soins et décharger vraiment les services d'urgences en forfaitisant décemment le médecin d'astreinte à la MMG, estime-t-il. « Une certaine forme de régulation préalable à l'accès aux urgences est également souhaitable, en dehors des urgences vitales bien entendu. Cela commence par l'éducation du public au bon usage de la Permanence des soins et des services d'urgence. »

Tout ceci souligne le rôle primordial que joue le centre 15 dans la régulation des flux de patients en adressant les patients aux urgences ou aux maisons médicales de garde.

Dans le cadre de la consultation de l'HIA Laveran, le financement, dans une relation gagnant-gagnant, est assuré par mutualisation des effectifs et matériels entre l'hôpital et les libéraux.

6.2. « L'approche par les flux » : un concept qui conditionne l'organisation future des services d'urgence

Une grande disparité d'organisations au sein des établissements de santé a incité le gouvernement à inviter les établissements à travailler sur l'organisation interne de leurs services, dans l'esprit des travaux engagés par la MeaH auprès d'une centaine d'établissements, lors de la conférence de presse donnée le 23 mai 2006 à l'occasion de la publication des décrets urgences [17].

6.2.1. Etude basées sur l'Analyse de la Valeur à l'hôpital de Tarbes

A Tarbes une étude basée sur « l'Analyse de la Valeur » (concept utilisé par le secteur de l'industrie qui l'utilise pour réduire ses coûts de production et améliorer la qualité de ses produits ou du service rendu), a permis une véritable prise de conscience des participants sur la réalité des flux de patients et la nécessité d'adapter les moyens aux flux. Sur le plan médical, les temps d'attente sont néfastes. L'état de certains patients peut fortement se dégrader en l'espace de 6 heures. Réduire les temps d'attente suppose de fluidifier les différents flux de patients. Le service des urgences, est un sas de passage vers les services spécialisés de l'hôpital ou vers un retour à domicile.

Fluidifier les flux ne suppose pas forcément des moyens supplémentaires, mais peut-être des aménagements de l'organisation et des améliorations aux interfaces [19].

Au terme de cette analyse, le SAU a séparé le service en 3 secteurs, pour favoriser le débit de passage :

- un **secteur ambulatoire**, pour les ccmu 1 et 2 [Annexe 3], avec un objectif de débit de consultation
- un secteur « ccmu 3 », avec un objectif de limiter le temps de séjour dans les salles à 2 h 30 (durée actuelle : 3 à 6 heures)
- un secteur dédié à l'urgence vitale et fonctionnelle, pour les ccmu 4 et 5

La nouvelle organisation a permis de réorienter les forces vives sur les fonctions principales du SAU, à savoir :

- Repérer et prendre en charge les patients en urgence vitale et fonctionnelle
- Trier, soigner et orienter les patients.

Une meilleure organisation, favorisant la fluidité, réduisant au minimum les temps d'attente, supprimant les tâches inutiles, améliore à la fois le service rendu aux patients, les coûts et les conditions de travail des médecins et des soignants.

6.2.2. Mise en place d'une filière courte à l'hôpital de la Conception à Marseille

Le service des urgences de l'hôpital de la Conception à Marseille a participé à l'étude MeaH (Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers) [20] afin

de créer et développer une nouvelle fonction non pas centrée sur le soin mais sur la gestion des flux patients au sein du service d'accueil des urgences.

Régulièrement, des goulots apparaissent à certaines étapes de la prise en charge des patients et une file d'attente se crée. Ceci arrive en général en période de forte activité, alors qu'une planification légèrement différente ou une anticipation des ressources nécessaires pourrait l'éviter.

Actuellement, peu de services disposent d'un professionnel (médecin ou soignant) qui, à chaque instant, a une vision globale de la situation de l'ensemble des patients.

Cette observation a conduit à mettre en place un Médecin Régulateur des Flux à l'hôpital de la Conception pour :

- Retrouver une vision globale du service
- Assurer la fluidité de la prise en charge pour augmenter la disponibilité des ressources
- A terme, vider la zone d'attente couloir

L'objectif spécifique à terme a été d'aboutir à la mise en place d'un médecin coordonnateur des flux et à la définition de deux circuits de soins :

- un circuit court (délais de prise en charge réduits)
- et un circuit long.

En formalisant une filière courte, les délais de passage des patients ont pu diminuer, impactant le délai de passage global à la baisse et désengorgeant alors la salle d'attente et la zone d'urgence. Ceci a favorisé une meilleure qualité de prise en charge globale.

Rappelons que ces patients dits « légers » qui sont valides, viennent le plus souvent se plaindre de l'attente et font peser une certaine pression sur les équipes.

Formaliser une filière spécifique de prise en charge pour les patients « légers » peut toujours faire craindre comme dans le cas de la consultation de médecine générale de l'HIA Laveran que de plus en plus de patients « légers » pourraient se présenter directement aux urgences, sans passer par le médecin généraliste traitant.

Par ailleurs, une filière spécifique pour les patients « légers » ne doit pas faire oublier la bonne formation du personnel d'accueil. En effet, le service des urgences de la Conception a mis en place un processus de tri des patients en fonction des motifs de recours car certains critères dans l'interrogatoire lors de l'arrivée aux urgences peuvent permettre d'optimiser le tri des patients en accélérant la prise en charge des patients qui présentent un symptôme ou une association de symptômes qui doivent interpeller le personnel d'accueil quant à l'urgence de la situation, comme une douleur précordiale par exemple.

7. Conclusion

Une consultation de médecine générale implantée depuis le 01/10/2003 dans un service d'urgence permet l'optimisation de la gestion des flux des patients se présentant aux urgences par la coopération de tous et de chacun, de la médecine libérale avec la médecine hospitalière.

Montrant depuis 6 ans que les Généralistes, spécialistes du premier recours, répondent à 50% du flux de patients aux urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées LAVERAN, nous démontrons que rien n'oppose SAU et Généralistes libéraux et que l'implant n'est plus un corps étranger.

De fait, il s'agit d'une relation gagnant-gagnant-gagnant : SAU-Médecine Générale-Population parce que les intérêts du patient, de la santé Publique, du Médecin Généraliste et de l'Hôpital ne s'opposent pas à la seule variable près de la T2A [21].

D'autres pistes de réflexion sont explorées sur la possible gestion des flux des patients se présentant aux urgences, nous avons démontré l'efficacité de celle-ci.

D'autres études, en particulier médico-économiques, seront sans doute nécessaires pour étudier la faisabilité d'une généralisation de ce modèle d'organisation des soins urgents pour que les ARS puissent le retenir dans le schéma d'organisation de l'offre de soins...

Nous prouvons que les compétences et les moyens associés des 2 niveaux de recours répondent en un lieu unique, parfaitement repéré par la population à l'échelon collectif, à 100% des besoins des patients à l'échelon individuel.

8. Bibliographie

- [1] BOËNNEC (Philippe) Député. Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins. Constitution du 4 octobre 1958 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 octobre 2008

- [2] MACSF. Le risque des professions de santé en 2008

- [3] DESCOURS (Charles) : rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins en 2003. [URL : <http://www.sante.gouv.fr/>]

- [4] Article 77 code de Déontologie médicale.

- [5] Article R.6315-4 du code de Santé Publique sur la permanence des soins décret du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

- [6] Décret 2005 328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

- [7] GRALL (Jean Yves) : les maisons médicales de garde juillet 2006.
[URL : <http://www.sante.gouv.fr/>]

- [8] Circulaire du 23 mars 2007 cadre réglementaire précis relatif aux maisons médicales de garde et à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

- [9] Loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (Loi HPST)

- [10] TRAN HUY HONG (pierrot) les MMG : état des lieux intérêt problèmes. THESE STRASBOURG 2004
- [11] Le Dictionnaire de Résultats de Consultation de la société Française Médecine Générale. [URL : <http://www.sfmng.org/presentation/>]
- [12] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (DREES). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières 2003.
- [13] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (DREES) : l'activité des services d'urgence en 2004
- [14] GENTIL (S). Analyse des attitudes et comportement des consultants ayant recours aux services des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. THESE MARSEILLE 2004
- [15] Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale. Analyse des nouveaux comportements de santé. S.GENTILE. COPACAMU 2007
- [16] Circulaire DHOS du 23 mars 2007 relative aux MMG et au dispositif de la PDS en médecine ambulatoire
- [17] Rapport de la cour des Comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. vendredi 9 février 2007

- [18] Les maisons médicales de garde, des filons encore inexploités
Catherine Holué - Le Concours Médical. Samedi 12 septembre 2009 par
GOURNAY Sylvain
- [19] Réorganisation d'un service des urgences par l'AF-AV (Analyse
Fonctionnelle – Analyse de la Valeur). Par Anne REFABERT
Consultante et Dr Jérôme KHAZAKA Chef du Service des Urgences du
CH de Tarbes. Article paru dans la revue Gestions Hospitalière de février
2007
- [20] RAPPORT MEAH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers).
Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences. Retours
d'expérience. Tome 3. Partie 1.
- [21] LARGEN (Thierry). La permanence des soins et ses contraintes
organisationnelles : l'exemple de l'hôpital de Fougères. EHESP 2008
- [22] Enquête du conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux
de la permanence des soins en janvier 2009.

GLOSSAIRE

AOT :	Autorisation d'Occupation Temporaire
ARS :	Agences Régionales de Santé
ATU :	forfait Accueil et Traitement des Urgences
CHU :	Centres Hospitaliers Universitaires
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DRC :	Dictionnaire de Résultat de Consultation
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECG :	Electrocardiogramme
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAQSV :	Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FAU :	Forfait Annuel des Urgences
FIQCS :	Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GCS :	Groupements de Coopération Sanitaire
HIA :	Hôpital d'Instruction des Armées
HPST :	Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
MeaH :	Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MMG :	Maisons Médicales de Garde
PDS :	Permanence des Soins
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SFMG :	Société Française de Médecine Générale
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SUMO :	Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens
T2A :	Tarifcation à l'Activité
UNCAM :	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UPATOU :	Unités de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML :	Unions Régionales des Médecins Libéraux
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé
VSAB :	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés

9. Annexes

Annexe 1 : La convention SUMO

<p>ASSOCIATION</p> <p>SUMO</p> <p>***</p> <p>Centre l'Etoile La Valentine – Bât 4 Traverse de la montre 13 011 MARSEILLE</p> <p>Téléphone : 06.13.45.13.50</p> <p>Télécopie : 04.91.98.90.37</p>	 <p>MINISTÈRE DE LA DÉFENSE</p> <p>DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES</p> <p>***</p> <p>Hôpital d'Instruction des Armées LAVERAN</p> <p>B.P. 50 13 998 MARSEILLE ARMEES</p> <p>Téléphone : 04.91.61.70.00</p> <p>Télécopie : 04.91.61.70.37</p>
--	--

CONVENTION N° 2008/0118

FONCTIONNEMENT D'UNE CONSULTATION DE SOINS NON
PROGRAMMES DE MEDECINE GENERALE LIBERALE

ENTRE

L'Etat (ministère de la défense),
Représenté par le médecin chef des services X. THEOBALD,
Médecin-chef de l'hôpital d'instruction des armées LAVERAN,
B.P. 50 – 13 998 MARSEILLE ARMEES

D'une part,

ET

L'Association SUMO,
Représentée par son Président, le Docteur Serge CINI,
Centre l'Etoile La Valentine, traverse de la Montre, 13 011 MARSEILLE

D'autre part,

La présente convention comporte 20 feuillets numérotés de 2 à 20.

VU

- Le code de la santé publique ;
- Cahier des charges départemental de la permanence des soins en ambulatoire du 16 mars 2007 ;
- Convention nationale des médecins libéraux ;
- L'Autorisation d'Occupation Temporaire (AOT) du domaine public de défense du 21 avril 2005 ;
- Convention de tiers payant entre les caisses AMO et les adhérents de l'Association SUMO ;

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

PREAMBULE :

Pour optimiser la réponse aux besoins sanitaires de la population et pour améliorer la prise en charge de tous les patients vivants dans le bassin d'implantation de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) LAVERAN se présentant spontanément au sein de son service des urgences, une consultation de médecine générale assurant la permanence des soins, effectuée par des médecins généralistes libéraux adhérents à l'Association SUMO (Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens) est implantée au sein du service des urgences de l'HIA LAVERAN.

Cette Association a pour objectif de regrouper des médecins généralistes libéraux désireux d'unir leurs compétences pour favoriser et rationaliser la réponse à la demande de soins non programmés.

Ce dispositif mis en place le 1^{er} octobre 2003 a obtenu un certain nombre d'agrément et a donné toute satisfaction au cours de ces cinq ans.

Ce dispositif est un élément fort de l'exercice en réseau.

TITRE 1 – PRINCIPE GENERAL

Article 1 – Objet

L'HIA LAVERAN héberge une structure de « consultations de soins non programmés de médecine générale libérale » (C.S.N.P.M.G.L.) dont le fonctionnement est précisé par le règlement intérieur annexé à la présente (Cf. annexe n°1).

Article 2 – Présentation de la C.S.N.P.M.G.L.

Cette structure comprend un médecin généraliste libéral, membre de l'Association SUMO installée au sein de l'HIA LAVERAN dans un local mis à sa disposition par une Autorisation d'Occupation Temporaire (AOT).

Il est présent au sein du service des urgences sept jours sur sept de 07h30 à 24h00 et exerce son activité dans le respect des règles de la médecine libérale.

Le principe de fonctionnement repose sur le fait que tout patient se présentant spontanément par ses propres moyens se rend à cette consultation soit en accès direct soit après passage aux urgences.

Ceci est cependant soumis à l'information préalable et au consentement dudit patient. En outre, la C.S.N.P.M.G.L. reçoit des patients régulés par le Centre 15. Cette organisation permet d'assurer un soutien de l'activité du service des urgences de l'HIA LAVERAN.

L'HIA LAVERAN met à disposition, outre les locaux, des moyens matériels et du personnel.

Article 3 – Agréments - validations

a – DCSSA : Cette convention appartient à la démarche stratégique de la Sous-direction Hôpitaux qui l'a prise en compte dans les Mission d'Intérêts Général (MIG) du Service de Santé des Armées (SSA)

b – HAS : Lors de la visite de la certification (septembre 2006) de l'HIA LAVERAN, les experts visiteurs ont souligné la pertinence de cette gestion des urgences.

c – Autres organismes (DRASS, ARH, CPAM, ordre des médecins ...) :

Cette convention a été mentionnée auprès de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et des autorités préfectorales qui la prennent en compte dans l'élaboration des réseaux d'urgence PACA.

TITRE 2 – L'ASSOCIATION SUMO

L'Association SUMO est une Association loi 1901 pour les Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens enregistrée au Journal Officiel (JO) page 3 586 du 5 juillet 2003, dont le siège est sis Centre Etoile La Valentine, traverse de la Montre, 13 011 MARSEILLE.

L'Association SUMO a pour objet de « regrouper les médecins généralistes désireux d'unir leurs compétences pour favoriser ou rationaliser l'exercice de leur fonction d'intérêt public, y compris par la Formation Médicale Continue (FMC) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en tout lieu adapté à la réponse libérale du problème de traitement des urgences ». (Cf. annexe n° 2).

Article 4 – Adhésion à l'Association SUMO

Le médecin généraliste voulant participer à la C.S.N.P.M.G.L. doit être membre de l'Association SUMO dont la liste est annexée à la présente convention (Cf. annexe n° 3). Sur proposition de l'Association SUMO, sa candidature est examinée par le médecin-chef de l'HIA LAVERAN. L'agrément de celui-ci est obligatoire sans qu'il soit besoin de justifier l'éventuel refus. L'agrément est valable pour un an, renouvelable par tacite reconduction et au plus pour la durée de la convention.

Si le médecin-chef, pour toutes raisons qu'il estime valables et nécessaires, vient à suspendre ou lever l'agrément d'un membre de l'Association SUMO, il informe celle-ci via le médecin coordonnateur. Ce dernier transmet l'information à l'intéressé.

Le médecin concerné peut, dans un délai de huit jours, demander à être reçu par le médecin-chef de l'HIA LAVERAN en présence du médecin coordonnateur, qui le recevront dans un délai d'un mois à compter de sa demande. Il peut être assisté, par un médecin de son choix, participant à la C.S.N.P.M.G.L. La décision prise par le médecin-chef de l'HIA LAVERAN peut être d'application immédiate ou différée à l'issue des délais précités.

Article 5 – Conditions de participations des médecins

Les conditions sont :

- Etre adhérent à l'Association SUMO ;
- Etre agréé par le médecin-chef de l'HIA LAVERAN ;
- Prendre connaissance de cette convention et déclarer l'accepter par dépôt de signature ;
- Adhérer au présent dispositif ;
- Respecter le règlement intérieur de la C.S.N.P.M.G.L. ;
- Respecter les règles nécessaires au travail dans l'enceinte de l'HIA LAVERAN ;
- Se présenter auprès du SHSE de l'HIA LAVERAN pour fournir les pièces nécessaires au règlement des factures ;

Les médecins généralistes libéraux SUMO exerçant leur activité dans le cadre de cette convention sont responsables de leurs actes. A ce titre, ils sont couverts par une assurance responsabilité professionnelle et civile individuelle et personnelle. Ils exercent dans le cadre du droit qui organise leur profession.

Article 6 – Rémunération des médecins

L'exercice de la profession de médecin généraliste agissant dans le cadre de la C.S.N.P.M.G.L. est libéral.

Les adhérents de l'Association SUMO participant à la C.S.N.P.M.G.L. applique la nomenclature des actes en vigueur dans le cadre de la convention de tiers payant citée en visa.

La C.S.N.P.M.G.L vaut élection de cabinet médical.

Article 7 – Rôle du médecin coordonnateur

Un médecin coordonnateur libéral est désigné par l'Association SUMO.

- Il est l'unique représentant des médecins libéraux de la C.S.N.P.M.G.L. ;
- Il établit chaque quadrimestre le tableau nominatif des médecins libéraux qui participent à la C.S.N.P.M.G.L. Il transmet le tableau aux médecins concernés ainsi qu'à la chefferie, au secrétariat du service des urgences et au SHSE de l'HIA Laveran ;
- Il suit le bon déroulement de la structure et est membre de droit du comité de suivi ;
- Il assure une permanence téléphonique de 08h à 20h en semaine ;
- Il met en place la formation médicale continue (FMC) en collaboration avec les médecins de l'HIA LAVERAN ; Il définit avec les responsables hospitaliers et les membres de l'Association les domaines de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles qui s'avèreraient souhaitables.
- Il met en place un recueil de doléances et d'événements, en assure le suivi et transmet les problèmes à la chefferie de l'HIA Laveran.

TITRE 3 – L’HIA LAVERAN

Article 8 – Locaux mis à disposition (AOT)

L’HIA LAVERAN met à disposition de l’Association SUMO une pièce au premier étage du bâtiment 015 au sein du service des urgences. Cette pièce a une superficie de 26.00 m² (annexe n° 4).

a – Nature juridique de la mise à disposition des locaux

Les locaux concédés appartiennent au domaine public de l’Etat. Aussi, la présente mise à disposition fait l’objet d’une AOT, jointe à la présente convention (annexe n° 5) délivrée par l’Etat (ministère de la défense) et consentie moyennant le versement d’une redevance annuelle évaluée par les services fiscaux.

b – Description et utilisation des locaux

L’identification, la numérotation et le plan des locaux mis à disposition sont précisés dans l’AOT. L’Association SUMO s’engage à réaliser les activités prévues à la présente convention avec les moyens immobiliers décrits ci-dessus.

c – Accès et aménagements aux locaux

L’HIA LAVERAN s’engage à ne pas empêcher le fonctionnement normal de l’Association SUMO et l’accès des patients aux consultations médicales des médecins libéraux.

Les clefs d’accès aux locaux sont remises aux membres de l’Association SUMO lors de la prise en compte des locaux. Elles devront impérativement être remises au secrétariat du service des urgences le jour de la restitution des locaux.

L’HIA LAVERAN fournit l’ensemble du mobilier, des fournitures et équipements nécessaires au fonctionnement de la C.S.N.P.M.G.L. (annexe n° 6).

Ces équipements demeurent la propriété de l’HIA LAVERAN et sont repris par ses soins en fin de convention.

d – Entretien locatif des locaux

L’Association SUMO prend les locaux, qu’elle déclare parfaitement connaître, dans l’état où ils se trouvent sans aucun recours possible contre l’HIA LAVERAN et sans que ce dernier puisse être astreint, pendant la durée de la convention, à exécuter aucune réparation et aucun travaux quels qu’ils soient hors les réparations nécessaires au fonctionnement de la C.S.N.P.M.G.L..

D’une manière générale, l’Association SUMO s’engage à maintenir les locaux mis à sa disposition en parfait état.

Les travaux de toute nature que l’HIA LAVERAN jugera nécessaire d’effectuer pendant la durée

de la convention, tant dans les locaux mis à disposition qu'aux abords de ceux-ci, et quelles qu'en soient l'importance et la durée, ne pourront faire l'objet d'aucun refus ni indemnités. Un local de remplacement sera alors fourni à l'Association SUMO.

En application des dispositions de l'AOT susvisée, un état des lieux contradictoire est dressé lors de l'entrée et de la sortie des lieux de l'Association SUMO. Le cas échéant, le montant de la remise en état des locaux pour cause de dégradations non accidentelles est facturé à l'Association SUMO.

e – Travaux de rénovation de l'HIA LAVERAN

Dans le cadre d'un projet d'infrastructure budgétisé sur les années à venir, d'importants travaux touchant notamment le service des urgences de l'HIA LAVERAN doivent être menés. Aussi, dans le cadre des aménagements de locaux qui seront mis en place pendant la durée desdits travaux, un local de remplacement sera fourni à l'Association SUMO, géographiquement proche du service des urgences, respectant ainsi le mode de triage convenu ci-dessus par la présente convention.

f - Fournitures de prestations (eau, énergies, téléphone, fax)

Le chauffage, l'eau chaude et froide ainsi que l'électricité sont fournis gracieusement par l'HIA LAVERAN, dans la limite de ses capacités et sous réserve de la survenue de circonstances imprévisibles et exceptionnelles.

L'Association SUMO ne peut invoquer la responsabilité de l'HIA LAVERAN ni prétendre à indemnité en cas d'interruption dans les fournitures d'eau et d'énergie par suite de réparation, travaux ou pour toute autre cause.

L'Association SUMO bénéficie d'une ligne téléphonique avec un accès limité à Marseille et d'un fax à usage interne mis à sa disposition par l'HIA LAVERAN.

g – Nettoyage des locaux

Le nettoyage des locaux mis à disposition est assuré par l'HIA LAVERAN en fonction des conditions d'exécution prévues dans le cadre du marché public passé à cet effet.

h – Sécurité des locaux et des occupants

L'Association SUMO assure ses activités au sein d'un Etablissement Recevant du Public (ERP) type U – 2. A ce titre, l'HIA LAVERAN conserve l'entière responsabilité des mesures de sécurité et l'Association SUMO est tenue de s'y soumettre ainsi que d'y apporter sa participation.

Les adhérents de l'Association SUMO participant à la C.S.N.P.M.G.L. doivent participer à l'instruction incendie organisée par l'HIA LAVERAN. Les consignes de sécurité à respecter par les adhérents de l'Association SUMO participant à la C.S.N.P.M.G.L. leur sont communiquées dès la prise d'effet de la présente convention par l'officier incendie du site.

i – Interdiction de loger

L'Association SUMO ne doit jamais loger qui que ce soit dans les locaux mis à sa disposition, qui doivent par ailleurs être clos pendant les heures de fermeture.

j – Renouvellement de l'AOT

L'AOT actuelle devant arrivée à échéance le 18 avril 2010, il appartient à l'Association SUMO de demander au médecin-chef de l'HIA LAVERAN de solliciter le renouvellement de cette autorisation, quatre mois au moins avant son expiration, auprès des services compétents. Sans cette autorisation, la présente convention ne saurait s'exécuter.

Article 9 – Moyens en personnel

a – Secrétariat médical

Un secrétaire médical est mis à la disposition de l'Association SUMO par l'HIA LAVERAN. Il vérifie les droits à l'Assurance Maladie des patients reçus dans le cadre de la présente convention. Il recueille les informations nécessaires au suivi ou à l'évaluation de la C.S.N.P.M.G.L. qui seraient diligentés par le comité de suivi. Il assure également un rôle de liaison avec le SHSE de l'HIA LAVERAN.

b – Personnel infirmier

Un infirmier est mis à disposition du médecin libéral à sa demande ou pour exécuter une prescription, en dehors d'une situation d'urgence vitale l'appelant dans le service.

c – Personnel Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) pouvant se confondre avec b

L'IAO a la possibilité de faire passer directement le patient dans le service des urgences, dérogeant au mode de tri conventionnel. Dans ce cas, l'information préalable du médecin libéral SUMO est nécessaire.

Il peut modifier l'ordre de passage de la file d'attente de la CSNPMGL pour des raisons de nécessité.

Article 10 – Suivi administratif

Un personnel administratif du SHSE est mis à disposition, à plein temps, pour traiter le volet facturation des actes réalisés par les médecins de l'Association SUMO.

Ce personnel procède chaque jour à la télétransmission auprès de tous les débiteurs (AMO, AMC) des actes réalisés la veille et une fois par semaine à la transmission physique des feuilles de soins papier à l'UGE Chartreux.

Le traitement de la facturation fait donc l'objet d'un premier courrier puis éventuellement d'une relance en cas de non paiement du débiteur dans un délai de trente jours. Passé un nouveau délai de trente jours, si le paiement n'intervient toujours pas, le dossier est transmis au médecin concerné. Il appartient alors à celui-ci de procéder au recouvrement des sommes dues. Tout contentieux dans le règlement des actes médicaux est du ressort de l'Association SUMO. L'HIA LAVERAN ne saurait être concerné par ces contentieux.

Lors du recouvrement, certains patients s'acquittent des sommes dues transmises au personnel administratif du SHSE. Ces paiements sont pris en compte dans le suivi de la facturation et transmis au médecin concerné. Afin de pouvoir effectuer ce retraitement, les adhérents de l'Association SUMO participant à la C.S.N.P.M.G.L. donneront délégation aux personnels administratifs désignés par le médecin-chef de l'HIA LAVERAN pour manipuler ces fonds (Cf. Annexe n° 7).

Un tableau de suivi du nombre d'actes médicaux par jour est renseigné et transmis chaque mois au médecin-chef, au service d'information médical de l'HIA LAVERAN et au médecin coordonnateur de l'Association SUMO.

Article 11 – Fournitures

L'HIA LAVERAN fournit l'ensemble des matériels, produits et équipements nécessaires au fonctionnement de la C.S.N.P.M.G.L. Un inventaire des matériels et des équipements non consommables signé par les deux parties est annexé à la convention.

La consommation des médicaments et des dispositifs médicaux fait l'objet d'un suivi contradictoire tenu par le médecin coordonnateur et le chef du service des urgences ou son représentant. Toute dérive sera signalée pour prendre toute mesure appropriée.

Article 12 – Formation Médicale Continue

Outre des séances de formation adaptée, l'HIA LAVERAN fournit à la demande de l'Association SUMO une formation médicale continue sous forme de séances de formation, de réunion diverses ou de staffs communs. Le programme et le calendrier sont présentés par le médecin coordonnateur de l'Association SUMO au médecin-chef de l'HIA LAVERAN et au chef du service des urgences ou à un

autre praticien de l'HIA LAVERAN.

Article 13 – Evaluation des Pratiques Professionnelles

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles est prise en compte selon la réglementation en vigueur.

TITRE 4 – FONCTIONNEMENT

Article 14 – Consentement du patient

Les patients conservent le libre choix de leur praticien et de leur établissement de santé. Les soins qui leur seront prodigués en application de la présente convention doivent faire l'objet, sauf urgence ou impossibilité, de leur consentement libre et éclairé ou de celui de leur représentant légal (patient de moins de 16 ans), par tout moyen d'affichage, régulièrement mis à jour.

Article 15 – Responsabilités

Les praticiens libéraux exerçant cette activité de consultation sont responsables des actes pratiqués sur les patients examinés à l'occasion de l'exécution de la présente convention ainsi que des dommages qui pourraient en résulter.

Ils sont responsables, dans les conditions de droit commun, des dommages causés par eux-mêmes aux tiers ou matériels et équipements à l'occasion de l'exécution de la présente convention.

A ce titre, ils sont couverts par leur assurance responsabilité professionnelle dont une copie est annexée à la présente convention (Cf. annexe n° 8).

L'HIA LAVERAN est responsable, dans les conditions de droit commun, des dommages causés par son personnel aux tiers ou aux matériels et équipements à l'occasion de l'exécution de la présente convention.

Article 16 – Gestion des contentieux

Tout contentieux concernant l'exercice libéral est porté à la connaissance du médecin-chef de l'HIA LAVERAN et du médecin coordonnateur.

Le médecin-chef de l'HIA LAVERAN est susceptible de remettre en cause la présence d'un médecin libéral soit initialement soit en cours d'exercice, justifiée par une cause réelle et sérieuse dans les conditions décrites à l'article 3 du titre II ci-dessus.

Article 17 – Comité de suivi

Un comité de suivi instauré le 1^{er} octobre 2003 perdure. Il est composé de la façon suivante :

- le médecin-chef de l'HIA LAVERAN ou son représentant,
- le chef du service des urgences de l'HIA LAVERAN ou son représentant,
- deux représentants de l'Association SUMO dont le médecin coordonnateur,
- un représentant de la CPAM, membre consultatif de plein droit,

et tout autre membre consultatif qui serait proposé conjointement par la chefferie de l'HIA LAVERAN et l'Association SUMO, tel que le représentant du Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Ce comité de suivi se réunit chaque semestre. Toutefois, il peut être réuni de façon exceptionnelle si deux de ses membres au moins le proposent. Son secrétariat est assuré par le secrétariat du médecin-chef l'HIA LAVERAN qui adresse à l'issue un compte rendu aux différents membres.

Le comité de suivi étudie le fonctionnement de la C.S.N.P.M.G.L. dans le respect des objectifs fixés. Il est chargé du suivi et de l'évaluation éventuelle du dispositif. Si besoin, il définit les indicateurs et les modalités de recueil des informations nécessaires. Le comité de suivi fait toute proposition aux parties signataires sur le développement de dispositifs complémentaires concourant à l'amélioration de la C.S.N.P.M.G.L..

Article 18 – Litiges

Tout litige relatif à l'existence, la validité, l'interprétation, l'exécution et/ou la résiliation de la présente convention, ou l'une des quelconques clauses, que les parties ne pourraient résoudre à l'amiable, sera porté devant la juridiction compétente.

Article 19 – Entrée en vigueur, durée, résiliation

La présente convention prend effet à compter du 28 mai 2008 pour une durée d'un (1) an, renouvelable par reconduction expresse à l'initiative de l'HIA LAVERAN pour une durée équivalente, sans toutefois pouvoir excéder cinq (5) ans au total.

Elle pourra être modifiée par voie d'avenant et résiliée à tout moment par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve d'un préavis de trois (3) mois.

La présente convention abroge la convention conclue par les parties le 28 mai 2003.

En outre, si des impératifs de défense venaient à l'exiger, cette convention pourra, sans préavis, être résiliée par l'Etat (ministère de la défense), sans que l'autre partie puisse se prévaloir d'un quelconque dédommagement.

Fait à Marseille, le _____

(En deux (2) exemplaires originaux)

Le Docteur S. CINI
Président de l'Association SUMO

Le Médecin chef des services X. THEOBALD,
Médecin-chef de l'HIA LAVERAN.

Annexe 2 : Fiche de recueil des données sous tableau Excel

EMBJ AGE EX	MOTIF PRINCIPAL	EXAMENS	RESULTAT 1	RESULTAT 2	CABRCPMPNATA	TRAITEMENT	COMMENTAIRE
2 pds	4 F prurit avec éruption cutanée	non	urticaire		B	RAD tt symptomatique	code
3 pds	4 F rhinorrhée et mal de gorge	BS	rhinopharyngite		N	SAU	code
5 pds	23 F asthénie	non	rhinopharyngite		N	RAD tt symptomatique	code
5 pds	23 F asthénie	non	urticaire		N	SAU	code
5 pds	23 F asthénie	non	urticaire		N	SAU	code
6 pds	29 F traumatisme de la cheville droite	BS	douleur non caractéristique		N	concoctes IV et antihistat	code
6 pds	41 F douleur hypochondre droit	RAD/OS	fracture		N	enrographie en externe	code
7 pds	40 F traumatisme genou gauche	RAD/OS	contusion		N	RAD immobilisation antalgique	code
9 pds	43 F traumatisme du genou gauche	RAD/OS	contusion		N	RAD immobilisation antalgique	code
10 pds	17 F douleur thoracique droite	RAD/OS	bronchite aigue		N	RAD modification ATB	code
11 pds	21 F traumatisme facial	non	douleur non caractéristique		A	RAD antalgiques	code
13 pds	21 F toux	non	toux		N	RAD TT symptomatique	code
14 pds	17 M douleurs abdominales et hyperthermie	non	douleur non caractéristique		N	RAD TT symptomatique	code
15 pds	55 F Aggression multiples couleurs plaies	non	blessures combinées légères		N	RAD tt symptomatique et CM	code reviendra aux ur
17 pds	36 F sixième vertèbres dorsales	non	douleur non caractéristique		N	RAD antalgiques	code
18 pds	42 M vertiges avec chute sans TC	non	malaise lipotymie		N	RAD renouvellement trt	code
19 pds	37 F douleur lombaire à gauche	non	colique néphrétique		P	RAD anti-inflammatoires	code
21 pds	38 F Aggression multiples vomissements	RAD/OS	vomissements		A	RAD tt sympto et FOGD a di	code
22 pds	36 F asthénie	non	asthénie		P	RAD tt symptomatique	code
23 pds	33 F asthénie	non	asthénie		P	RAD modification ATB	code
24 pds	17 M trauma cheville droite	RAD/OS	entorse		N	RAD tt symptomatique	code
25 pds	17 M trauma cheville dite	RAD/OS	entorse		N	RAD immobilisation antalgique	code
26 pds	45 F palpitations	non	état fébrile		N	RAD tt symptomatique	code
27 pds	20 F asthénie toux fièvre mal de gorge	RAD/OS	fracture		A	RAD immobilisation antalgique	code
28 pds	18 F toux rhinorrhée	RAD/OS	rhinopharyngite		N	RAD antalgiques	code
29 pds	16 F toux rhinorrhée	RAD/OS	blessures combinées légères		N	RAD suture	code
30 pds	21 M Aggression plaies strangulation trauma nez	RAD/OS	blessures combinées légères		N	RAD suture	code
31 pds	22 M trauma pied droit	RAD/OS	douleur non caractéristique		N	RAD antalgiques	code
32 pds	40 F crista hémorroïdaire	non	asthénie		N	RAD tt symptomatique	code
34 pds	18 M	non	hémorroïdes		N	RAD tt symptomatique	code
1	42 F diarrhée nausées céphalées au retour des comores	BS	diarrhée nausées vomissement		B	SAU	code
2	21 F douleur à l'articulation des cotes mire sup dt	RAD/OS	blessures combinées légères		N	RAD antalgiques CMI	code
3	52 M chute mécanique sans DDC algère costa	RAD/OS	entorse		N	RAD antalgiques	code
4	45 F douleur cervicale suite il y a mois entorse cerv. Suite AVP	non	entorse		N	RAD tt symptomatique	code
5	23 F courbatures toux fièvre	non	entorse		N	RAD tt symptomatique	code
6	23 F courbatures toux fièvre	non	entorse		N	RAD tt symptomatique	code
7	28 M trauma cheville pied droit	RAD/OS	entorse		N	SAU VST désinfection antalgique	code
8	45 M douleur pied prurit	RAD/OS	entorse		N	RAD tt sympto	code
9	41 M douleur hypochondre droit	BS	lithase biliaire		N	SAU	code
10	M douleur lombaire gauche	BS	colique néphrétique		N	RAD tt sympto IV puis par os	code
11	28 M douleur lombaire gauche	RAD/OS	colique néphrétique		N	RAD immobilisation antalgique	code
12	65 F chute douleur cheville dite coude et genou gche	RAD/OS	entorse		N	RAD immobilisation antalgique	code
13	4 F rhinite fièvre	non	rhume		N	RAD désinfection et serologie	code
14	31 F accident, exposition sang par aiguille	non	entorse		N	RAD immobilisation antalgique	code
15	23 F trauma cheville droite	RAD/OS	entorse		N	RAD immobilisation antalgique	code
16	52 M douleur jambe droite avec oedème et erythème	non	erysipèle		N	RAD antalgiques CMI	code
17	M éruption cutanée et hyperthermie	non	erysipèle		N	RAD tt sympto	code
18	21 M Aggression plaies	BS	blessures combinées légères		N	SAU antalgiques CMI	code
19	36 M AEG prurit	non	prurit généralisé		N	RAD antalgiques	code
20	42 M chute douleur coude et dos céphalées	RAD/OS	blessures combinées légères		N	RAD immobilisation	code
21	42 M chute douleur coude et dos céphalées	RAD/OS	blessures combinées légères		N	RAD immobilisation	code
22	29 M trauma avant bras il y a 15j douleur	RAD/OS	fracture		N	RAD antalgiques	code
23	16 M chute sans pdc cervicalgie	non	cervicalgie		N	RAD antalgiques	code
24	50 M prurit avec lésions érythémateuses mains coude nez	non	eczéma palmo-plantaire		N	RAD corticoïdes locaux	code
25	24 F courbatures rhinite toux nausées	non	entorse		N	RAD tt sympto	code
27	24 F courbatures rhinite toux nausées	non	entorse		N	RAD tt sympto	code
28	16 M toux gêne respiratoire fièvre palpitations frissons	BS	mononarthrite		N	RAD tt sympto	code
29	45 M douleur spontanée métacarpo-phalangienne depuis 7j	non	entorse		N	RAD ATB antalgiques	code
30	20 F toux céphalées	non	mononarthrite		N	RAD tt sympto avec ATB	code
31	20 F toux céphalées	non	entorse		N	RAD tt sympto	code
32	20 F parasthésie membre sup dt	non	parasthésie des membres		N	RAD antalgiques antipyr	code
33	24 F Aggression contusions multiples demabrasons état de choc	non	contusion		N	RAD tt sympto CMI	code
34	24 F Aggression contusions multiples demabrasons état de choc	non	contusion		N	RAD tt sympto CMI	code
35	24 F Aggression contusions multiples demabrasons état de choc	BS	rhume		N	RAD tt symptomatique	code
1	56 M rhume fièvre au retour voyage comores sans chimioprohyl.	BS	pneumopathie aigue		B	RAD suture CM antalgiques	code
2	53 F céphalées courbatures hyperthermie toux	non	plaie		N	RAD suture	code
3	53 F céphalées courbatures hyperthermie toux	non	plaie		N	RAD suture	code
4	53 M plaie genou dite	non	plaie		N	RAD suture	code
5	55 M céphalées depuis 24 h depuis agression il y a 48h	BS	pneumopathie aigue		N	RAD suture	code
6	28 F courbatures toux gêne respiratoire	BS	pneumopathie aigue		N	SAU pas d'ordonnance inform	code
7	38 M TC sans PDC céphalées demabrasons fondales	non	contusion		N	RAD tt symptomatique	code
8	38 M TC sans PDC céphalées demabrasons fondales	non	contusion		N	RAD tt symptomatique	code
9	36 F toux mal de gorge hyperthermie	RAD/OS	rhinopharyngite		N	RAD immobilisation antalgique	code
10	38 M trauma poignet et epaule gche	RAD/OS	contusion		N	RAD IPP	code
11	48 F toux rhinite persistante	RAD/OS	toux		N	RAD pas d'ordonnance	code
12	48 F toux rhinite persistante	RAD/OS	fracture		N	RAD pas d'ordonnance	code
13	50 M trauma main gauche	non	plaie		N	RAD suture tt sympto	code
14	33 F trauma index gche avec plaie 1cm	non	plaie		N	RAD suture CM antalgiques	code
15	33 F trauma poitrine est partie sans être examinée	non	entorse		N	RAD antalgiques	code
16	21 M céphalées vomissements parti sans être examinée	non	entorse		N	RAD suture CM antalgiques	code
17	21 M céphalées vomissements parti sans être examinée	non	entorse		N	RAD suture	code
18	21 M toux hyperthermie rhinite	RAD/OS	pneumopathie aigue		N	SAU	code
19	21 M toux hyperthermie rhinite	RAD/OS	fracture		N	RAD antalgiques	code
20	34 M douleur pouton dt (antidot pneumothorax bilatéraux)	RAD/OS	fracture		N	RAD pas d'ordonnance inform	code
21	21 M douleur pied droit	RAD/OS	douleur non caractéristique		N	RAD tt sympto	code
22	12 F trauma pied droit	RAD/OS	douleur non caractéristique		N	RAD collants	code
23	21 M douleur thoracique	non	conjonctivite		N	RAD tt sympto	code
24	17 F suspension pyclophosphate	non	rhinopharyngite		N	RAD tt sympto	code
25	47 F toux hyperthermie rhinite	non	rhinopharyngite		N	RAD tt sympto	code
26	38 M trauma poignet	non	douleur non caractéristique		N	RAD antalgiques	code
27	38 M trauma poignet	RAD/OS	blessures combinées légères		N	RAD antalgiques	code
28	26 F plaie sous orbitaire après choc et trauma nez	non	dent		N	RAD suture	code
29	26 F plaie sous orbitaire après choc et trauma nez	non	dent		N	RAD suture	code
30	23 M douleur dentaire	non	abcès superficiel		N	RAD soins locaux ATB	code
31	28 M abcès cutané lombaire	BS	douleur non caractéristique		N	RAD poursuite bilan en ville	code
32	28 M abcès cutané lombaire	BS	douleur non caractéristique		N	RAD poursuite bilan en ville	code
33	53 F douleur dans le cadre d'une maladie osseuse métabolique	non	douleur non caractéristique		N	RAD modification antalgiques	code

20 pds	44 F trauma epaule echo suite chute	non	contusion	RAD tr sympto echo en exte	A N	code
21 pds	46 M douleur abdominale depuis 3j apres prise tr pour douleur epaule	non	syndrome colique	RAD tr sympto	A N	code
22 pds	46 M douleur abdominale depuis 3j apres prise tr pour douleur epaule	non	syndrome colique	RAD tr sympto	A N	code
23 pds	21 M douleur genou echo sportive en se levant	non	arthropathie	RAD antalgiques	A N	code
24 pds	21 M douleur genou echo sportive en se levant	non	arthropathie	RAD antalgiques	A N	code
25 pds	35 F rachalgie stiffness depuis 3j sous corticoïdes IM	non	douleur non caractéristique	SAU antalgiques	A N	code
26 pds	29 F douleur ardo et douleurs lombaires tt en cours	BS RADIOS	plaine abdominale	RAD antalgiques	A P	code
27 pds	46 F tibles neuro à du mal à trouver ses mots depuis 2 semaines avec parasthesies	non	trouble du langage	RAD aspicic et svls neuro le	A N	code
28 pds	48 M maux de gorge et de la course gené	non	pharyngite	RAD antalgiques CMI	A N	code
29 pds	48 M maux de gorge et de la course gené	non	pharyngite	RAD antalgiques CMI	A N	code
30 pds	16 F arée de poison connee au niveau pharyngé	RAD/OS	corps étranger ds cavité naturelle	RAD tr sympto	D N	code
31 pds	F douleur ardo suite chute hernie ombilicale émetrigée operee il y a 10j	BS RADIOS	plaine abdominale	RAD pas d'ordonnance inform code	A N	code
32 pds	F douleur ardo suite chute hernie ombilicale émetrigée operee il y a 10j	BS RADIOS	lésures combinées légères	RAD pas d'ordonnance inform code	A N	code
33 pds	51 F initiation vulvaire	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique code	A N	code
34 pds	76 F trauma pied dt	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique code	A N	code
35 pds	76 F trauma pied dt	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique code	A N	code
36 pds	8 F lésion dermique ds levre inferieure	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique code	A N	code
37 pds	F douleur cervicale dté	RAD/OS	contusion	RAD echape antalgiques ech	B N	code
38 pds	26 M trauma cheville gche	RAD/OS	plaine fessiere	RAD soins locaux VAT	D N	code
39 pds	26 M trauma cheville gche	RAD/OS	plaine fessiere	RAD soins locaux VAT	D N	code
40 pds	83 F plaie avec rasoir au niveau de la cuisse	RAD/OS	impetigo	RAD tr local	D N	code
41 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD coller et antalgiques	A N	code
42 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
43 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
44 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
45 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
46 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
47 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
48 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
49 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
50 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
51 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
52 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
53 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
54 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
55 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
56 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
57 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
58 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
59 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
60 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
61 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
62 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
63 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
64 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
65 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
66 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
67 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
68 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
69 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
70 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
71 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
72 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
73 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
74 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
75 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
76 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
77 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
78 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
79 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
80 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
81 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
82 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
83 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
84 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
85 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
86 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
87 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
88 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
89 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
90 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
91 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
92 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
93 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
94 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
95 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
96 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
97 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
98 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
99 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable
100 pds	21 M trauma cheville gche	RAD/OS	entorse	RAD immobilisation antalgique	C N	non exploitable

code	description	diagnostic	code	description	diagnostic
23 pds	19 F manifestation exopuse, abasisme important dent carnabib		B N	RAD anovuliques	code
33 pds	14 F rxe a l'oeil trauma faca		A N	RAD sons locaux antalgique code	code
34 pds	34 F plaie du front		D N	RAD sans etre exami	code
35 pds	34 F algies hemicrps gche suite spot		A N	RAD tt antalgique BS en av code	code
36 pds	20 F oeil rouge			partie sans etre exami	code
37 pds	1 pds 33 F fièvre mal de gorge				
38 pds	2 pds 69 M scapulaire dte depuis 1 mois				
39 pds	4 pds 37 F fièvre dysphagie				
40 pds	20 M trauma cheville gche				
41 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
42 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
43 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
44 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
45 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
46 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
47 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
48 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
49 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
50 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
51 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
52 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
53 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
54 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
55 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
56 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
57 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
58 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
59 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
60 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
61 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
62 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
63 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
64 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
65 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
66 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
67 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
68 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
69 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
70 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
71 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
72 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
73 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
74 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
75 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
76 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
77 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
78 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
79 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
80 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
81 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
82 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
83 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
84 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
85 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
86 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
87 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
88 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
89 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
90 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
91 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
92 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
93 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
94 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
95 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
96 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
97 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
98 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
99 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				
100 pds	33 F palpitations depuis 5j mais en a depuis 5 mois				

10 pds	39. M	trauma main dte	RADIOS	confusion	B	N	RAD antalgiques	code
11 pds	68. M	malaises repetes depuis 3j avec PDC I y a 3j	non	malaise l'ophtymie	B	N	RAD sans être examini	code
12 pds	12. M	ophtalmes	non				partie sans être examini	code
13 pds	52. F	douleur abdominales	RADIOS	convulsions	B	N	RAD sans être examini	code
14 pds	52. F	douleur abdominales	RADIOS	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
15 pds	37. M	convulsions	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
16 pds	21. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
17 pds	27. F	trauma cheville dte	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
18 pds	42. F	malaises fièvre diarrhée douleur abd	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
19 pds	54. M	toux et fièvre depuis 3j	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
20 pds	54. M	toux et fièvre depuis 3j	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
21 pds	49. M	trauma poignet gche	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
22 pds	16. M	trauma cheville dte	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
23 pds	16. M	trauma cheville dte	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
24 pds	23. M	douleur flanc et FID polkouris urines foncées depuis 2j	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
25 pds	51. M	asthénie tibles visus	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
26 pds	14. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
27 pds	41. M	arête de poisson dans l'auriculaire main gche	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
28 pds	14. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
29 pds	16. M	trauma cheville dte	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
30 pds	16. M	trauma cheville dte	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
31 pds	59. M	convulsions avec convulsions mal de gorge	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
32 pds	44. M	AVP scoxter	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
33 pds	26. M	trauma cheville gche	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
34 pds	16. M	trauma cheville gche	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
35 pds	16. M	trauma cheville gche	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
36 pds	81. F	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
37 pds	45. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
38 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
39 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
40 pds	11. M	trauma cheville gche	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
41 pds	11. M	trauma cheville gche	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
42 pds	11. M	trauma cheville gche	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
43 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
44 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
45 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
46 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
47 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
48 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
49 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
50 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
51 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
52 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
53 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
54 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
55 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
56 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
57 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
58 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
59 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
60 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
61 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
62 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
63 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
64 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
65 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
66 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
67 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
68 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
69 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
70 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
71 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
72 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
73 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
74 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
75 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
76 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
77 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
78 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
79 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
80 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
81 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
82 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
83 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
84 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
85 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
86 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
87 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
88 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
89 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
90 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
91 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
92 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
93 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
94 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
95 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
96 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
97 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
98 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
99 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code
100 pds	57. M	placé doigt	non	entorse	B	N	RAD sans être examini	code

18 pds	15 M	trauma avant bras D	non	contusion	RAD	antalgiques	code
19 pds	41 F	vertiges et nausees apres prise tramadol	non	urticaire	RAD	pas d'ordonnance inform	transfert direct SAU
20 pds	19 F	adresse par MT pour phlegmen nasal	non	urticaire	RAD	antihistaminiques IV puis code	code
21 pds	20 F	prurit	non	urticaire	SAU	code	code
22 pds	65 F	hémorragies cutanées myalgies	non	urticaire	RAD	antihistaminiques IV puis code	code
23 pds	65 F	ophtalmes	non	urticaire	RAD	antihistaminiques IV puis code	code
24 pds	15 F	toux capotales fièvre	RADIOS	fracture	RAD	vert. radice mais impasse code	code
25 pds	30 M	trauma jambe G	BS	entorse	RAD	pas d'ordonnance inform code	code
26 pds	20 F	toux myalgie fièvre depuis 4 ce soir 2 malaises dont un avec PDC	RADIOS	entorse	RAD	pas d'ordonnance inform code	code
27 pds	42 F	trauma cheville G	BS	entorse	RAD	pas d'ordonnance inform code	code
1	42 M	AVP hémorragie cuisse G	non	hémorragie superficielle-ecchymose	SAU	antalgiques	code
2	33 M	AVP hémorragie cuisse G	non	hémorragie superficielle-ecchymose	RAD	immobilisation antalgique code	code
3	33 M	AVP hémorragie cuisse G	non	hémorragie superficielle-ecchymose	RAD	immobilisation antalgique code	code
4	33 M	AVP hémorragie cuisse G	non	hémorragie superficielle-ecchymose	RAD	immobilisation antalgique code	code
5	1 F	plaie et arrachement 2ème phalange pouce G	RADIOS	scabique	RAD	antalgiques	code
6	53 F	coqueluche	non	plaie	SAU	antalgiques	code
7	53 F	coqueluche	non	plaie	SAU	antalgiques	code
8	48 M	toux courantes finies fièvre	BS	état fébrile	RAD	tt sympto	code
9	48 M	toux courantes finies fièvre	BS	état fébrile	RAD	tt sympto	code
10	48 M	toux courantes finies fièvre	BS	état fébrile	RAD	tt sympto	code
11	84 F	gêne déglutition depuis 1 mois	non	dysphagie	RAD	echo cervicale et avis ga code	code
12	36 F	asthème toux toux	BS	dent	RAD	tt sympto	code
13	25 M	algie dentaire	non	entorse	RAD	ATB antalgique	code
14	25 M	algie dentaire	non	entorse	RAD	ATB antalgique	code
15	48 F	abcès lèvre D	non	blessures combinées légères	RAD	pas d'ordonnance inform code	code
16	38 F	agression contusion joue D et ecchymose avt bras stress	non	reflux-pyrosis-oculophtalmie	RAD	ppp	code
17	48 F	douleur estomac et pyrosis	non	reflux-pyrosis-oculophtalmie	RAD	ppp	code
18	28 F	douleur genou G et rhinopharyngite	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
19	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
20	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
21	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
22	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
23	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
24	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
25	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
26	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
27	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
28	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
29	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
30	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
31	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
32	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
33	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
34	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
35	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
36	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
37	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
38	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
39	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
40	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
41	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
42	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
43	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
44	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
45	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
46	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
47	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
48	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
49	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
50	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
51	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
52	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
53	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
54	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
55	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
56	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
57	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
58	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
59	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
60	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
61	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
62	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
63	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
64	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
65	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
66	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
67	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
68	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
69	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
70	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
71	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
72	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
73	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
74	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
75	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
76	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
77	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
78	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
79	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
80	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
81	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
82	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
83	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
84	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
85	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
86	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
87	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
88	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
89	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
90	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
91	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
92	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
93	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
94	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
95	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
96	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
97	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
98	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
99	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code
100	39 F	abcès lèvre D	RADIOS	douleur non caractéristique	RAD	ATB tt sympto	code

Annexe 3 : Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

Classification Clinique des Malades aux Urgences :

- CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Pas de nécessité d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.

- CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Nécessité d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.

- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver, sans mise en jeu du pronostic vital.

- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. La prise en charge ne nécessite pas de manœuvres de réanimation immédiate.

- CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. La prise en charge nécessite la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.