HAL
open science

Activité des internes en garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry : une étude analytique

Céline Chape

To cite this version:

Céline Chape. Activité des internes en garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry : une étude analytique. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01095959

HAL Id: dumas-01095959

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01095959v1

Submitted on 16 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURNIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

ANNEE 2014 N°

Activité des internes en garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry : une étude analytique

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Céline CHAPE
Née le 20 novembre 1985 A Saint-Dié-Des-Vosges (88)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE [1]

Le 10 décembre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :
Président de Jury :
Monsieur le Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Membres du Jury :
Monsieur le Docteur Raphaël BRIOT
Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN
Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, Directeur de thèse

[1] *La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Table des matières

I. LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR 2013-2014 ..... **3**

II. REMERCIEMENTS **7**

III. RESUME **9**

IV. INTRODUCTION **10**

V. MATERIEL ET METHODES **13**

VI. RESULTATS **15**

VII. DISCUSSION **20**

VIII. CONCLUSION **24**

IX. BIBLIOGRAPHIE **25**

X. ANNEXES **27**

A. Annexe 1 : Répartition des lits au Centre Hospitalier de Chambéry 27

B. Annexe 2 : Plan du Centre Hospitalier de Chambéry 28

C. Annexe 3 : Questionnaire de l'étude préliminaire 29

D. Annexe 4 : Analyse statistique de l'étude préliminaire 30

E. Annexe 5 : Questionnaire de l'étude 31

F. Annexe 6 : CCMU 32

G. Annexe 7 : Tableau de la CISP-2 33

XI SERMENT D'HIPPOCRATE **35**

I. LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR 2013-2014

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Affaire suivie par Marie-Lise GALINDO sp-medecine-pharmacie@ujf-grenoble.fr

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2013-2014

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
PU-PH	BACONNIER Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIROSSEL Jean-Paul	Anatomie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Département de veille sanitaire
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
PU-PH	SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU	VILLA Alessandro	Neurosciences
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Mise à jour le 11 février 2014

II. REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Régis DE GAUDEMARIS
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter cette présidence de jury. Merci pour le temps que vous m'accordez.

A Monsieur le Docteur Raphaël BRIOT
Vous avez accepté de participer à mon jury avec un grand enthousiasme, merci.

A Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN
Après m'avoir aiguillée pendant mon stage aux Urgences de Grenoble, merci de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU
Merci d'avoir été présent tout au long de cette aventure, de m'avoir initiée à la pratique des statistiques, jusque-là obscure pour moi, et de m'avoir aidée à rédiger ce travail de manière scientifique. Merci de ta disponibilité et de ta gentillesse !

A Madame le Professeur Françoise CARPENTIER
Je vous remercie de votre implication malgré l'impossibilité de votre présence le jour de ma soutenance.

A mes enseignants et maîtres de stage
Tout au long de mon cursus, en Lorraine comme en Rhône Alpes, vous m'avez transmis les connaissances théoriques mais par-dessus tout, l'humanité nécessaire à ce magnifique métier. Merci.

A Madame le Docteur Dominique Beaudoin
Merci du temps que vous avez passé à m'aider sur ce travail.

A Sylvie Gros
Merci à toi, pour avoir réalisé en grande partie les statistiques de ce travail. Ta disponibilité et ton professionnalisme ont été à toute épreuve.

A Anouk Gachet
Tu m'as fait découvrir les rouages de la santé publique et des études qualitatives ! Merci de ton implication à tous les niveaux de cette étude.

A tous les internes investigateurs
La motivation dont vous avez fait preuve a permis la réalisation de ce travail, qui est le vôtre autant que le mien. MERCI

A ma Maman
Tu as fait de moi, grâce à ton amour, ton dévouement et ta patience, celle que je suis aujourd'hui. Ta force et ton courage ont toujours été un modèle pour moi. Tu es présente dans les moments importants, joyeux comme difficiles. Merci pour tout cela…

A mon Papa
Merci pour ton humour et tes écrits, pour les efforts que tu fournis. La fierté que je vois dans tes yeux est un merveilleux cadeau…

A ma sœur et mon frère, Fanny et Anthony
Vous avez toujours cru en moi et vous m'avez aidé à garder les pieds sur terre. Merci de partager tout le bonheur qui comble vos foyers avec moi.
Je suis si fière d'être votre grande sœur…

A mon Futur Mari…
Tu as toujours été là, tout au long de ce chemin, tu as cru en moi, tu m'as poussé à viser toujours plus haut. Tu t'es impliqué dans ces longues études en m'entourant de toute ta tendresse et de tout ton amour.
Si je suis arrivée jusqu'ici, c'est surtout grâce à toi.
Merci…

A Mamie
Pour ta sagesse et tout l'amour que tu m'as donné durant ces 29 années.

A Mémère
Remets-toi vite.

A Papi
J'espère que tu es fier de moi…

A tout Coinchimont
Vous êtes une chouette famille !!

A la Famille Launay
Merci d'être là pour moi et d'être tout simplement vous !

A Claire et Marina
Nouvelle région, premier stage d'interne, premières gardes à l'USIC, autant de choses que vous m'avez aidé à traverser grâce à cette amitié qui nous lie. J'ai adoré partager tous ces moments avec vous et j'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres !!

A Claire-Marie et Aline
Mes copines d'externat et de voyages ! Que de folles choses vécues ensemble ! La vie étudiante, la Croatie, le Mali… Je vous adore !

A Camille et Caro
De la maternelle à aujourd'hui, vous avez toujours été là dans les moments importants de ma vie et ça continue !! Je souhaite à tout le monde de trouver des amies merveilleuses comme vous.

III. RESUME

INTRODUCTION : L'hôpital de Chambéry (Savoie) possède un double système de permanence de soins. Le premier est représenté par le Service d'Accueil des Urgences (SAU) pour les patients ambulatoires. Le second, délégué à un interne de médecine générale séniorisé, se charge des patients hospitalisés nécessitant un recours médical via contact téléphonique par les équipes soignantes des étages. Comparativement au SAU particulièrement étudié, cette « garde d'intérieur » l'était très peu. L'objectif était de décrire les motifs de recours médicaux durant la garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry.

METHODES ET MATERIEL : Une étude épidémiologique descriptive et analytique a été menée. Un recueil sur papier a été rempli par les internes durant leurs gardes, du 4 mars au 14 avril 2013 pour tout motif d'appels. Les variables étudiées étaient le nombre, les motifs selon la CISP-2 et l'heure d'appel, le stade de gravité selon la CCMU révisée, la nécessité de déplacement de l'interne.

RESULTATS : 622 appels ont été recensés de répartition différente (Chi2 ; $p < 0,01$) : 296 en semaine (47 %), 110 le samedi (18 %) et 216 le dimanche (35 %). La fréquence d'appel était inhomogène avec des pics de 9 demandes en 2 heures en moyenne le dimanche. Le délai moyen d'intervention était respectivement de 13, 16 et 37 minutes de différence significative (Kruskall Wallis ; $p < 0,05$). Les motifs d'appels les plus fréquents étaient d'ordre général (40,5 %), psychologique (15,1 %), cardio-vasculaire (11,6 %) et respiratoire (10 %). Le pronostic vital du patient semblait engagé dans 9 % des cas, des examens complémentaires ont été nécessaires dans 41 % des cas.

CONCLUSION : Le nombre d'appels et le délai moyen d'arrivée sont importants notamment le dimanche. Cette charge de travail accrue mettant à mal le délai de réponse et la sécurité des soins, a abouti à un changement d'organisation de la garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry.

IV. INTRODUCTION

La permanence des soins a été définie historiquement en 2003 par la commission Descours (1). Son organisation est mise en place par les professionnels de santé afin de répondre aux besoins de soins non programmés en dehors des heures de travail normales des praticiens. Elle est régie par le code de la santé publique dans les articles L 6314-1 (2) et R 6315 (3) et passe notamment par le système de garde. Elle concerne les soins ambulatoires comme hospitaliers.

En France, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009 (4) propose une organisation au niveau départemental sous l'autorité du Préfet et avec l'aide du CODAMUP-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des Transports Sanitaires). En milieu hospitalier, les modalités de la permanence des soins sont définies par l'arrêté du 30 avril 2003 (5). Elle est organisée par la CME (Commission Médicale d'Etablissement) sur avis de la COPS (Commission d'Organisation de la Permanence des Soins).

Le système de garde est particulier à chaque centre hospitalier et plusieurs types en sont définis :

- Les gardes au SAU (Service d'Accueil des Urgences),
- Les gardes spécialisées, réalisées dans un service spécialisé tel que la réanimation, la pédiatrie ou la gynécologie, par exemple,
- L'astreinte opérationnelle, qui se définit comme une période où le médecin n'est pas obligatoirement dans l'établissement, mais doit se déplacer en cas d'appel, afin d'intervenir pour un problème donné,
- La garde « d'intérieur » : qui permet d'intervenir pour les patients hospitalisés posant un problème aigu, en l'absence d'une garde spécialisée. Elle peut être assurée par le personnel des urgences ou par un personnel dédié.

Ces différents systèmes de garde assurent conjointement la prise en charge des patients ambulatoires consultant en urgence et des patients déjà hospitalisés. Ils se basent notamment sur l'intervention des internes en médecine, qui participent aux gardes de l'établissement où ils effectuent leurs stages.

L'interne est un « praticien en formation spécialisée » selon les modalités définies dans le code de la santé publique (6). Etudiant avec une formation théorique prévue sur 2 demi-journées par semaine, il est également un salarié, participant à part entière à l'activité hospitalière. Il acquiert la pratique de son métier, tous les jours au chevet des patients, durant ses stages, mais également en garde, sous la responsabilité de médecins séniors.

Le centre hospitalier de Chambéry possède un double système de garde. Le premier, réalisé au sein du service des Urgences, permet d'accueillir les patients ambulatoires par des médecins urgentistes et le *pool* d'internes en médecine de l'hôpital.

Le second est une garde d'intérieur. Elle est réalisée à tour de rôle par un interne de médecine générale en stage hospitalier, sénioriser par un médecin hospitalier tous les jours de la semaine. Elle s'effectue à partir de 18h30 du lundi au vendredi, 13h le samedi et 8h30 le dimanche et jour férié, jusqu'au lendemain 8h30. Quelques internes de spécialité médicale peuvent s'y associer.

L'interne est sollicité par l'équipe soignante des services via un téléphone de garde, en cas de besoin ressenti par celle-ci face à une situation de santé nécessitant un avis médical. Les services concernés étaient les services médicaux (280 lits), les hébergements médicaux en chirurgie (nombre de lit variable), les Soins de Suite et de Réadaptation (70 lits), l'Unité de Soins Longue Durée (30 lits), l'hébergement long séjour type EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) de l'agglomération Chambérienne (370 lits) (Annexe 1). Une voiture de garde était mise à disposition de l'interne de garde pour accéder à certains services éloignés jusqu'à 1,6 km du centre hospitalier (Annexe 2).

Durant le semestre d'hiver 2012-2013, plusieurs internes ont mis en lumière la moindre qualité des soins prodigués aux patients le dimanche, en raison d'une charge de travail accrue. Devant l'absence de données objectives disponibles, une étude pilote a été menée du 11 au 24 février grâce à un premier formulaire de recueil de données (Annexe 3). L'analyse descriptive mettait en évidence une importante activité en garde d'intérieur (Annexe 4).

L’objectif principal de l’étude était de décrire l’activité de l’interne de garde d’intérieur à l’hôpital de Chambéry en termes de quantité et de répartition des appels.

Les objectifs secondaires étaient d’étudier les motifs d’appels, les délais d’interventions et les dysfonctionnements durant celle-ci.

V. MATERIEL ET METHODES

Une étude épidémiologique transversale descriptive et analytique a été menée du 4 mars au 14 avril 2013. Elle étudiait l'activité de l'interne (l'investigateur), durant la garde d'intérieur du centre hospitalier de Chambéry.

Un formulaire de recueil des données a été créé avec l'aide du Département d'Information Médicale (DIM) du centre hospitalier de Chambéry (Annexe 5). Il prenait en compte les lacunes mises en évidence dans l'étude pilote. Tous les appels téléphoniques étaient inclus dans l'étude, sans exclusion.

Les investigateurs ont été formés à l'enquête, au formulaire et au recueil des données, lors d'une réunion deux semaines avant le début de l'étude. L'envoi d'un mail explicatif, une aide au remplissage affichée dans la chambre de garde ainsi qu'un numéro de téléphone étaient disponibles en soutien à l'investigateur.

Les formulaires de recueil vierges étaient à disposition dans la chambre de garde. Une fois remplis, ils étaient rangés dans une pochette relevée hebdomadairement.

Le codage de la gravité clinique, a nécessité l'élaboration d'une CCMU révisée par le DIM, basée sur la CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences) (Annexe 6). Celle-ci a été simplifiée (Tableau 1).

Tableau 1 : CCMU révisée

CCMU révisée	Définition clinique	Correspondance CCMU
1	Etat clinique jugé stable, pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser en urgence	1
2	Etat clinique jugé stable ou susceptible de s'aggraver, nécessitant des actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques à réaliser en urgence	2 et 3
3	Situation pathologique engageant le pronostic vital +/- prise en charge de réanimation	4 et 5
4	Problème psychiatrique isolé	P
5	Patient décédé	D

La nécessité d'intervention a été codée comme suit :

- 1 : la situation clinique aurait pu être gérée avant la garde.
- 2 : l'intervention était nécessaire sur la garde.
- 3 : l'intervention aurait pu être différée et attendre l'équipe de jour.

Ces 2 classifications ont été accrochées en porte-clés plastifié sur le trousseau de la chambre de garde.

Les motifs d'appels notés par les internes en garde ont été traduits en langage CISP-2 (2ème version de la Classification Internationale des Soins Primaires) (7) et cotés comme les motifs de consultations (symptômes et plaintes, voire diagnostics) (Annexe 7).

Les données ont été enregistrées par l'intermédiaire d'un masque de saisie du logiciel Sphinx IQ© (le Sphinx Développement, France), une fois par semaine, après récupération des questionnaires papiers remplis par les internes en garde.

Les données ont été analysées grâce au logiciel Microsoft Excel® 2003 (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA). Un contrôle de saisie systématique de toutes les données a été réalisé. Les variables continues ont été décrites par la moyenne, les variables dichotomiques par les effectifs et pourcentages. L'analyse statistique utilisait les tests de Chi-2 pour les variables dichotomiques et le test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables continues. Le risque alpha choisi était de 0,05. Les dysfonctionnements révélés par les commentaires libres ont fait l'objet d'une analyse classée par thème et fréquence d'occurrence.

VI. RESULTATS

La totalité des formulaires a été récupéré et analysé.

Six cents vingt-deux appels sur les 42 jours étudiés (29 jours de semaine, 6 samedis, 7 dimanches et jours fériés) ont été renseignés par les 24 investigateurs dont 2 étaient de spécialité médicale (8 %), les autres étant internes de médecine générale.

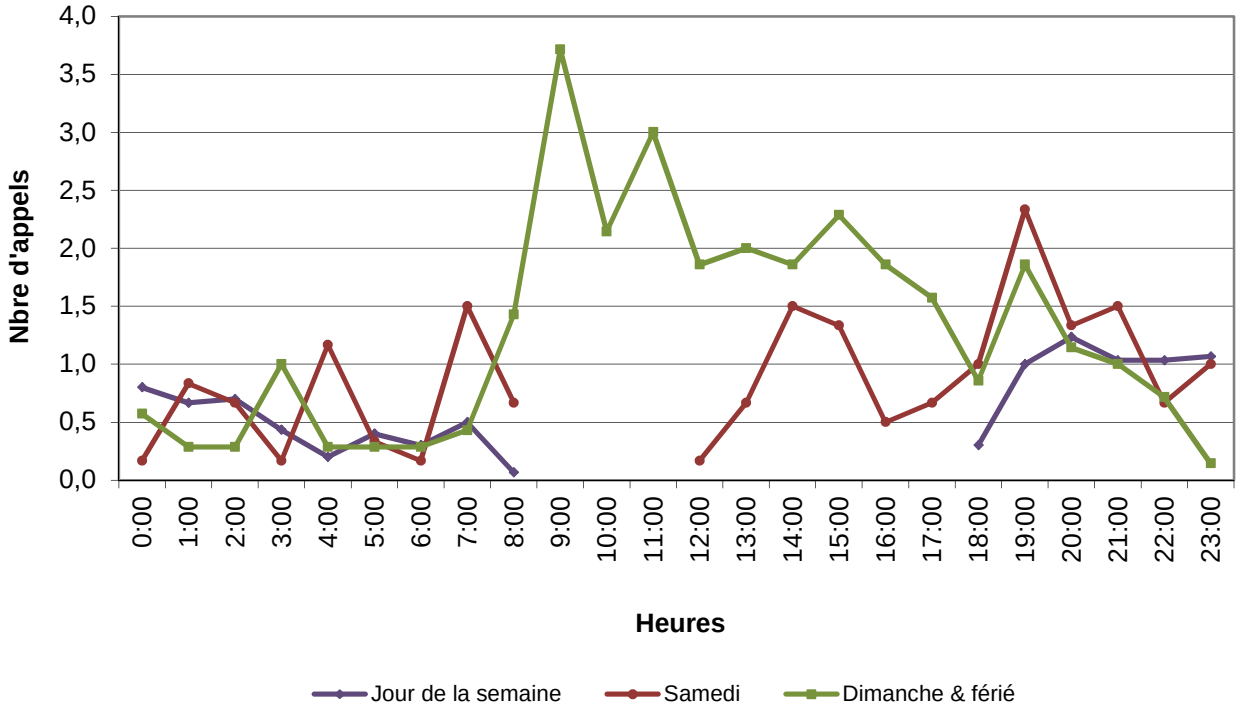
Douze investigateurs ont réalisés 1 garde, 7 en ont fait 2, 4 ont fait 3 gardes et 1 investigateur en a fait 4. Vingt-neuf pourcents des gardes ont été réalisées par des internes de 1ere année d'internat, 5 % de 2ème année, 64 % de 3ème année et 2 % de 4ème année (interne de spécialité).

La fréquence des appels téléphoniques était statistiquement différente en fonction des jours. (Tableau 2, Graphique 1).

Tableau 2 : Analyse du nombre d'appels

Jour de garde	Nombre d'appels (min ; max)	Nombre moyen d'appels par garde	Nombre moyen d'appels par heure de garde	p (comparaison avec les jours de semaine)
Semaine	292 (5 ; 21)	10,2	0,73	----
Samedi	110 (9 ; 27)	18,3	0,94	0,42
Dimanche	216 (25 ; 37)	30,9	1,29	< 0,01

Graphique 1 : Répartition du nombre moyen des appels selon le jour et la tranche horaire



Sept cent soixante-huit motifs de recours pour 615 appels ont été recueillis. Toujours pour le même patient, un appel pouvait comporter soit 4 motifs pour 1 appel (0,2 %), soit 3 pour 15 appels (2,3 %), 2 motifs pour 122 appels (19,8 %) ou 1 seul pour 478 appels (77,7 %).

Le tableau 3 représente la fréquence des motifs d'appels par catégorie, codés en langage CISP-2.

La douleur (tout système confondu) était le motif le plus fréquent pour 97 cas (12,6 %), un contrôle de résultat d'examen ou de constantes de type cardio-vasculaire pour 51 appels (6,6 %), l'agitation pour 47 appels (6,1 %), la déclaration d'un décès avec 43 appels (5,5 %).

Tableau 3 : Motifs des appels par catégorie

Motifs généraux	Nombre d'appels	Pourcentage d'appels
A = Général	312	40,6 %
P = Psychologique	116	15,1 %
K = Cardio-vasculaire	89	11,6 %
R = Respiratoire	77	10,1 %
D = Système Digestif	61	7,9 %
N = Neurologique	27	3,6 %
L = Ostéo-articulaire	23	3,0 %
S = Peau	18	2,3 %
U = Système Urinaire	15	1,9 %
T = Métabolique	13	1,7 %
B = Sang	9	1,2 %
F = Œil	4	0,5 %
H = Oreille	2	0,3 %
Y = Système génital masculin	1	0,1 %
X = Système génital féminin	1	0,1 %
Total général	**768**	**100,0 %**

Pour 70 % (435) des appels, l'interne de garde se déplaçait pour consulter. Les 187 appels restant aboutissaient à un avis téléphonique au professionnel appelant, une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) (95 %), un autre interne ou médecin (3 %) ou un membre du personnel administratif (1 %).

La réponse apportée (consultation ou avis téléphonique) était indépendante du jour de semaine *(p = 0,14)* alors qu'elle était dépendante du niveau d'étude de l'interne ; les internes de 1ère année se déplaçaient plus souvent (76 %) que les autres (42 % pour les internes de 2ème année, 69 % pour ceux de 3ème année) (test exact de Fisher *; p = 0,0036)*.

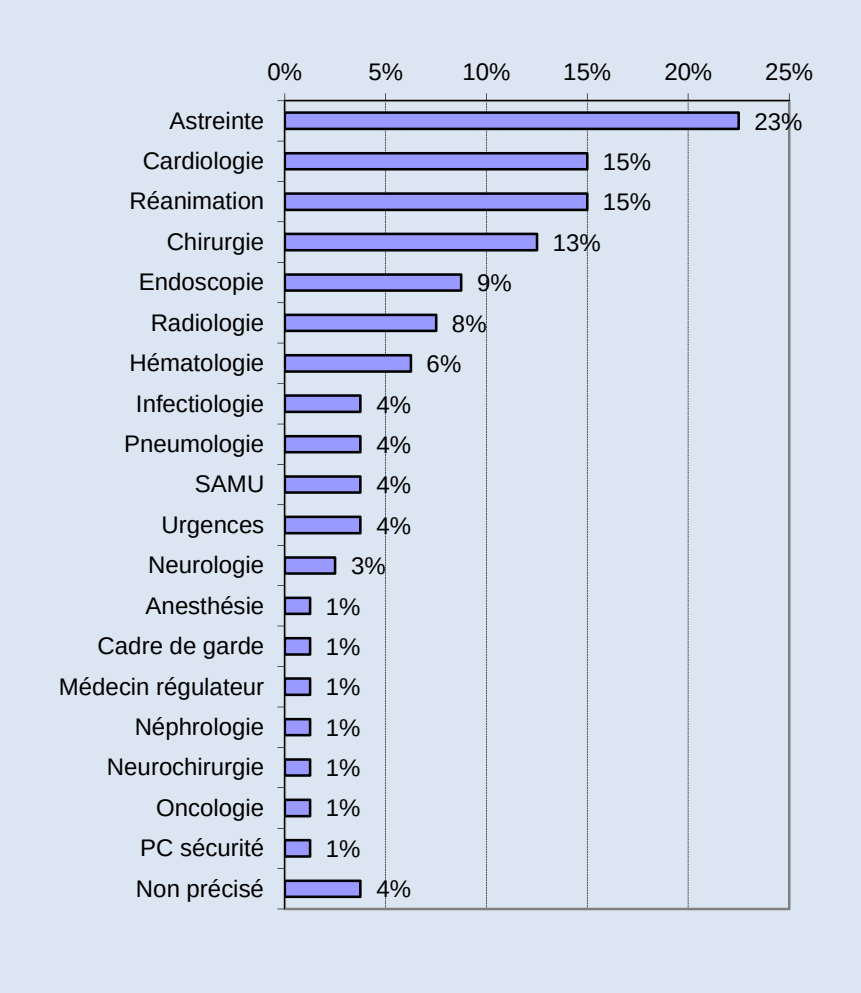
Le stade de gravité clinique du patient, évalué par la CCMU révisée, était renseigné dans 93,3 % des déplacements et retrouvait le code « 1 » dans 39 % des cas, le « 2 » pour 41 % des cas, le « 3 » dans 9 % des cas, « 4 » dans 1 % des cas et « 5 » dans 10 % des cas.

Les motifs d'appels décrits par le personnel appelant étaient concordants avec la situation clinique dans 95 % des cas. Parmi les 23 diagnostics non concordants (5 %), 3 cas plus graves ont été dénombrés (Arrêt cardio-respiratoire *versus* malaise, trouble de la

conscience *versus* syndrome occlusif et chute *versus* malaise syncopal), 9 cas moins graves (symptômes mineurs ou absents) et 11 qui auraient dû également nécessiter une intervention.

Un avis séniorisé était requis pour 80 appels (18 %). Cet avis a été donné dans 95 % des cas (63 sur 66 appels), d'abord par le médecin d'astreinte (23 %), puis le cardiologue (15 %) et le réanimateur (15 %) (Graphique 2). L'ancienneté de l'interne n'influait pas sur le recours au sénior *(p = 0,94)*.

Graphique 2 : Répartition des avis demandés par spécialité



Le délai moyen d'intervention dans le service appelant était de 22 minutes. Il était dépendant du jour de la semaine *(p < 0,05)* : 13 minutes en semaine, 16 minutes le samedi et 37 minutes le dimanche et les jours fériés. Ce délai d'intervention était aussi dépendant du critère de gravité *(p < 0,05)* : 21 minutes pour le stade 1, 16 minutes pour le stade 2 et 9 minutes pour le stade 3. Pour les patients de stade CCMU révisée 3, les extrêmes étaient

compris entre 0 minutes (investigateurs sur place) et 2 heures, avec une médiane de 5 minutes.

La durée d'intervention était significativement proportionnelle à la gravité clinique (stade 1 : 16 min, stade 2 : 39 min, stade 3 : 90 min) *($p < 0,05$).* Le recours à l'interne de garde était estimé par eux-mêmes comme nécessaire dans 75 % des cas.

Cent quarante et un dysfonctionnements ont été notés par les internes en commentaires libres. Ils regroupaient :

- des défauts d'anticipation de la part de l'équipe de jour (30 %), dont une absence de traitement symptomatique prescrit pour des situations en exigeant (16,4 %), (l'agitation (6,5 %), l'insomnie (3,6 %), les antalgiques et antipyrétiques (3,5 %), les chimiothérapies dans 2,8 % des cas), l'absence de directive anticipée (7,9 %), l'absence de prescription après mutation des urgences ou de la réanimation (3,7 %) et autres (2 %).
- des appels non pertinents de la part du personnel infirmier dans 23 % des cas, répartis en 14,7 % d'appels inutiles, 5,6 % d'appels non urgents et 2,7 % d'appels trop tardifs.
- des appels ne relevant pas de la garde d'intérieur (13 %).
- des appels pour un problème de prescription informatique (9 %).
- des problèmes de séniorisation ou d'accès à celle-ci (8 %).
- des mutations trop précoces des urgences, nécessitant une intervention rapide de l'interne de garde (8 %).
- un problème de traçabilité ou de dossier médical incomplet (4 %).
- une charge de travail importante entrainant une mauvaise prise en charge des patients (3 %).
- des appels pour un renfort au SAU (2 %).

VII. DISCUSSION

Cette étude a permis d'analyser 622 demandes de recours médical. Elles étaient plus fréquentes le dimanche en journée. Ce rythme varie entre 0,73 patients par heure de garde en semaine et 1,29 patients par heure de garde le dimanche. Ceci concordait avec les souhaits de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) qui prévoyait un rythme moyen de 1,6 patients par heure pour un médecin sénior du SAU (8) (Tableau 2).

Les motifs d'appels les plus fréquemment retrouvés étaient en majorité d'ordre général, puis psychologique, cardio-vasculaire, respiratoire et digestif. La douleur était la raison d'appel la plus fréquente toute cause confondue.

Dans l'étude ECOGEN (9), les motifs les plus fréquemment retrouvés en ambulatoire, codés en CISP-2 sont : médication-prescription-injection (21 %), épisode initié par dispensateur (9,44 %) et rencontre de suivi (5,72 %). Cette différence note la distinction entre une consultation en médecine générale, tournée vers le suivi du patient, et une prise en charge en urgence pour un problème aigu chez un patient hospitalisé qui se trouve être le plus souvent un symptôme ou une plainte.

Baubeau et al. décrivaient en 2003 la douleur comme second motif de recours au SAU dans 12,6 % des cas après les accidents (10). En 2013, les accidents restaient le plus pourvoyeurs de recours aux urgences pour 36 % des cas (11).

Les internes se déplaçaient pour la plupart (70 %) au chevet du patient lors de l'appel du personnel soignant. Le fait d'être en première année d'internat, entrainait une différence significative en terme de déplacement *(p = 0,0036)*. Cette différence peut être expliquée par la moindre expérience des internes de première année, par rapport à leurs aînés. Une anxiété plus importante lors d'un appel peut être générée, aboutissant au déplacement physique pour une évaluation clinique personnelle. Ce déplacement, n'influence toutefois pas un recours séniorisé.

Les délais d'interventions étaient courts, notamment pour les stades cliniques de gravité 3 avec une moyenne de 9 minutes et ce malgré l'éloignement géographiques de certains services. Les interventions réalisées par les internes ont nécessité des actes complémentaires dans 1 cas sur 2 (CCMU révisée 2 et 3). L'état des patients était donc assez grave pour motiver la réalisation d'un électrocardiogramme, d'une biologie ou d'une imagerie dans la moitié des cas (50 %).

Neuf pourcents des patients voyaient leurs pronostics vitaux engagés et prenaient à l'interne une heure et demie en moyenne, le mobilisant la majorité du temps sur place. Ceci a pu conduire à un retard de prise en charge d'autres urgences, comme nous informent certains commentaires concernant les dysfonctionnements. En effet, le fait d'être seul en garde, sans possibilité de renfort peut être une perte de chance pour le patient, d'autant plus que la première évaluation est réalisée par une infirmière qui donne l'alerte. Cette alerte a été jugée par l'interne inutile pour 21 appels et au contraire trop tardive pour 4 appels.

Contrairement aux gardes des urgences dont tous les aspects ont été étudiés, la garde d'intérieur reste une activité méconnue, peu étudiée dans la littérature. Mais elle fait partie intégrante du processus de continuité des soins dans des structures hospitalières de petite et moyenne taille. Elle fait d'ailleurs partie des critères d'évaluation des établissements de santé.

Deux autres études françaises se sont intéressées à ces gardes d'intérieur dans des hôpitaux périphériques.

L'une d'elle, réalisée en 1993 en Lorraine, souhaitait décrire la charge de travail de l'interne durant cette garde (12). Il était chargé des admissions aux urgences, des hospitalisations directes en service et de la garde intérieure. Le nombre moyen d'appels par garde était de 11,4, avec une proportion de 64 % en semaine et 36 % le weekend. Les appels concernant la garde d'intérieur s'élevaient à 28,4 % de l'activité globale. 75,5 % des actes en semaine étaient réalisés entre 18 et 22 heures, et 61,5 % entre 8 et 18 heures pour le weekend, ce qui est superposable à notre étude (Graphique 1).

L'autre, plus récente (2003), réalisée en région parisienne n'étudiait que la garde d'intérieur, mais l'interne était en parallèle de garde au SAU (13). En moyenne, 5,18 appels par garde était dénombrés. Il n'existait aucune différence significative entre le nombre moyen d'appels par heure de garde entre le weekend et la semaine, contrairement à notre étude. Les délais d'interventions sont superposables : 21 minutes *versus* 22 minutes. Cependant, l'absence de donnée sur le bassin de population et la fréquentation de l'établissement nous empêchent d'établir une comparaison fiable.

La demande d'avis séniorisé était honorée dans 95 % des cas. Ce taux est meilleur que celui mesuré dans une étude de l'Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH), qui retrouvait un chiffre de 75 % (14).

Forces et limites de l'étude :

La totalité des formulaires attendus ont été renseignés. Cette réussite peut être attribuée à deux paramètres : la courte durée de l'étude qui a permis de maintenir une forte motivation parmi les investigateurs et la participation à une étude valorisant le travail en garde d'intérieur. Cependant, trois internes (parmi lesquels deux étaient de garde un dimanche), ont signifié une difficulté de remplissage optimale du formulaire, en raison du nombre d'appels trop important.

La première limite de cette étude est temporelle. En effet, le relevé de l'activité de garde n'a été réalisé que sur six semaines durant le printemps. Pour être plus complète, une analyse durant l'hiver et l'été, périodes respectivement plus intense et plus calme, aurait été intéressante à organiser. Cependant, pour des raisons de faisabilité et de fiabilité du recueil des données, nous avons choisi cette période, lorsque les investigateurs avaient acquis une aisance suffisante dans leur stage hospitalier (changement de poste de stage les 1er mai et 1er novembre). La seconde limite a été le manque de temps en garde pour remplir les formulaires, principalement le dimanche. A plusieurs reprises, les internes les ont complétés en fin de garde. Des données manquantes existent pour certains items comme les horaires d'action et le stade de gravité de l'appel (respectivement pour 33 et 29 appels). Des imprécisions dans ces situations sont possibles. Nous n'avons pas pu les détecter, aucune donnée aberrante n'a été identifiée.

La CISP-2 a été choisie pour coder, de par des motifs de consultations proches retrouvés en garde d'intérieur et en médecine générale et par la nature même des investigateurs, des internes de médecine générale. En effet, elle permet une approche médicale, biologique, psychologique et sociale (15). Elle est un outil facile d'utilisation après formation de par sa construction basée sur les systèmes organiques. Elle est validée par la WONCA (World Organization of Family Doctors) (16), recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé et utilisée dans de nombreux pays dont la France (17,18, 19).

La CIM-10 est le référentiel hospitalier pour classifier les maladies. Il existe un transcodage entre celle-ci et la CISP (20).

Le choix d'une CCMU révisée a été fait pour la faisabilité de l'étude. Une échelle rapide, comportant peu d'items était nécessaire pour faciliter le travail de l'investigateur.

Applications et perspectives

Les résultats de cette étude ont permis d'initier une réflexion sur l'organisation de la garde d'intérieur au centre hospitalier de Chambéry, en collaboration avec les représentants des internes, le personnel médical et la direction des affaires médicales. En effet, le nombre important d'appels le dimanche, préférentiellement de 8 à 19 heures, accompagné d'un délai d'action 2,8 fois plus long ce jour-là était jugé inapproprié.

Un second poste d'interne de garde a donc été autorisé et financé pour la journée du dimanche de 8h30 à 18h30, à partir de juillet 2013. L'objectif était de répartir le travail lors de la garde en améliorant la disponibilité des internes auprès des patients.

A l'échelle locale, cette étude peut être reproduite pour mesurer l'action du doublement de la garde d'intérieur. L'amélioration d'autres points peut également être envisagée grâce à une étude approfondie des différents dysfonctionnements mis à jour.

Ce travail pourrait permettre à d'autres hôpitaux ayant un mode de garde similaire de s'intéresser à l'activité de leur garde d'intérieur, de mettre en évidence les demandes de recours et d'identifier des dysfonctionnements potentiels.

Conclusion

Cette étude a donc pu montrer une activité importante durant la garde d'intérieur du centre hospitalier de Chambéry. Cet état des lieux a permis de modifier l'organisation interne par un doublement des effectifs en garde la journée du dimanche pour une meilleure rapidité d'intervention auprès des patients hospitalisés nécessitant des soins urgents.

VIII. CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : **Céline CHAPE**

TITRE : **ACTIVITE DES INTERNES EN GARDE D'INTERIEUR A L'HOPITAL DE CHAMBERY : UNE ETUDE ANALYTIQUE**

CONCLUSION :

INTRODUCTION : L'hôpital de Chambéry possède un double système de permanence de soins. Le premier est représenté par les urgences pour les patients ambulatoires. Le second, délégué à un interne de médecine générale séniorisé, se charge des patients hospitalisés nécessitant un recours médical via contact téléphonique des équipes soignantes des étages.
Comparativement aux urgences particulièrement étudiées, cette « garde d'intérieur » était très peu décrite.
L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des appels passés à l'interne durant la garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry.

METHODES ET MATERIEL : Une étude épidémiologique descriptive et analytique a été menée. Un recueil sur papier a été rempli par les internes durant leur garde, du 4 mars au 14 avril 2013 pour tout motif d'appel. Les variables étudiées étaient le nombre, les motifs et l'heure d'appel, le stade de gravité, la nécessité de déplacement de l'interne. L'analyse statistique a été réalisée par des tests du Chi², de Fisher et de Kruskal Wallis.

RESULTATS : 622 appels ont été recensés : 296 en semaine (47%), 110 le samedi (18%) et 216 le dimanche (35%) avec une différence significative entre la semaine et le dimanche (Chi² $p<0,01$). Le délai moyen d'arrivée de l'interne dans le service d'appel était respectivement de 13, 16 et 37 minutes, avec une différence significative (Kruskal-Wallis Test $p<0,05$). Des pics de fréquence de 9 demandes de recours en 2 heures le dimanche ont été enregistrés en moyenne. Les motifs d'appels les plus fréquents étaient d'ordre « général » (40,5%), « psychologique » (15,1%), « cardio-vasculaire » (11,6%) et « respiratoire » (10%). Les internes se sont déplacés dans 70% des cas. Le pronostic vital du patient semblait engagé dans 9% des cas, des examens complémentaires ont été nécessaire dans 41% des cas.

CONCLUSION : Le nombre d'appel et le délai moyen d'arrivée sont importants notamment le dimanche, cette charge de travail accrue mettant à mal le délai de réponse et la sécurité des soins, a abouti à un changement d'organisation de la garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 18/11/2014

LE DOYEN

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR Dr GAUDEMARIS

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Paris: Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.cgtmurets.fr/Documents/Rapports/rapports_hopital/rapport_descours_permanence_soins.pdf

2. Code de la santé publique-art. L6314-1.

3. Code de la santé publique-art- R6315-1.

4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

5. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

6. Code de la santé publique-art R6153-2.

7. Jamoulle M, Roland M, Humber J, Brûlet JF, auteurs. Traitement de l'information médicale par la CISP-2, deuxième version. Waterloo : Care Editions ASBL.

8. Samu-Urgences de France. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence. Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD, 2011.

9. Mercier A, Letrilliart L. Etude ECOGEN : accéder à la « boîte noire » de la médecine générale. 2012. Disponible sur http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/CNGE_Lyon_12_Session_ECOGEN.pdf

10. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études et résultats. 2003;215.

11. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête nationale sur les structures des urgences. DREES, 2013. Disponible sur http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html

12. Erbstein JJ. Evaluation de l'activité des gardes de médecine à l'hôpital de Freyming-Merlebach [Thèse d'exercice]. [France] : Université Nancy I. 1994.

13. Hirsch S. Evaluation prospective de l'activité des internes et des séniors de médecine pendant la « garde d'intérieur » [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. site Xavier-Bichat; 2003.

14. Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux. Interne en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail. 2012. Bartiaux M, Mols P. [Prospective study of waiting time delays in a university hospital emergency department with a physician triage model]. Rev Med Brux. oct 2013;34(5):405‑9.

15. Roland M, Jamoulle M, Dendeau B. Approches taxinomiques en médecine de famille. Care Editions. Bruxelles; 1996.

16. International Classification of Primary Care ICPC-2-R, Revised second edition, WONCA International Classification Committee, Oxford University Press 2005; ISBN 978-019-856857-5

17. Bhend H. ICPC-2–Premiers pas. PrimaryCare. 2008;8(6):108‑11.

18. Letrilliart L, Gelas-Dore B, Ortolan B, Colin C. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. Inform Prim Care. 2006;14(3):157‑65.

19. Letrilliart L, CISP-2 : quésaco ?. Exercer 2014;114:158-61.

20. Wood M, Lamberts H, Meijer JS, Hofmans-Okkes IM. The conversion between ICPC and ICD-10. Requirements for a family of classification systems in the next decade. Fam Pract. sept 1992;9(3):340‑8.

X. ANNEXES

A. Annexe 1 : Répartition des Lits au Centre Hospitalier de Chambéry

Services	Nombre de lits
Unité Post-porte	10
Néphrologie	18
Pneumologie	37
Endocrinologie - Hospitalisation	24
Endocrinologie - Hôpital de jour	10
Hématologie- Hémophilie	14
Oncologie	10
Médecine Interne - Infectiologie	35
Neurologie B6	20
Neurologie B5	19
Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	10
Soins Intensifs UNV	6
Gastro-entérologie - Hospitalisation	29
Gastro-entérologie - Hospitalisation programmée	8
Court Séjour Gériatrique	20
Unité Douleur - Soins Palliatifs	10
Soins de Suite	56
Réadaptation Fonctionnelle	14
Unité de Soins Longue Durée	30
EHPAD	370
Total	**750**

B. **Annexe 2 : Plan du Centre Hospitalier de Chambéry :**

C. **Annexe 3 : Questionnaire de l'étude préliminaire :**

FICHE DE TRACABILITE

Date :

Heure d'appel	Service et identité appelant	Motif d'appel	Actions	Appel astreinte ou avis	Heure de fin d'action	Commentaires

D. Annexe 4 : Analyse statistique de l'étude préliminaire :

Quatorze jours ont été observés soit 10 jours en semaine, 2 samedis et 2 dimanches.

L'analyse statistique du nombre d'appel est présentée ci-dessous :

Jour de garde	Nombre d'appels	Nombre moyen d'appels par garde	Nombre moyen d'appels par heure de garde	P (comparaison avec les jours de semaine)
Semaine	120	12	0,86	----
Dimanche	115	57,5	2,4	< 0,005

Sur les 275 appels, 31 % ont entrainés un avis téléphonique et 69 % un déplacement de l'interne de garde sans différence significative entre les jours étudiés (p = 0,37).

Dans 19 % des cas l'interne a eu recours à un avis avec une absence de différence significative selon le jour (test du Chi² ; p = 0,34).

C'est le cardiologue de garde qui a été le plus sollicité dans 24 % des cas, suivi par le réanimateur (16 %), l'astreinte (14 %) et le neurologue (14 %).

E. Annexe 5 : Questionnaire de l'étude

Fiche de traçabilité de l'activité des internes de médecine générale lors des grandes gardes au CH de Chambéry			
CENTRE HOSPITALIER CHAMBERY EMS	Classeur de rattachement : gestion de la qualité et des risques Sous-thème éventuel : qualité	Version n°2	EMS.QUAL.E02
		Diffusé : le 26 février 2013 Fin de validité : fin avril 2013	Page 1/2

Date de la garde : **Nombre de semestres validés par l'interne :** **Spécialité du médecin d'astreinte :**	☐ **Jour de semaine** ☐ **Samedi** ☐ **Dimanche**

Heure D'appel	Service Appelant	Professionnel Appelant (IDE, AS...)	Motif d'appel	Type de réponse		Si déplacement				Heure de fin d'action	Diriez-vous que cette intervention était nécessaire ** ? (1, 2 ou 3) Précisez pourquoi.	Dysfonctionnements relevés lors de cette intervention ? Oui (O) / Non (N), si oui le(s)quel(s) ?	Des commentaires ? Oui (O) / Non (N), si oui le(s)quel(s) ?
				Tél	Déplacement	Heure d'arrivée dans le service	Stade de gravité clinique * : 1, 2, 3,4, ou 5 Si stade 1 : précisez.	Diagnostic concordant avec le motif d'appel ? Oui (O) / Non (N) Si non quel est votre diagnostic ?	Avez-vous eu besoin d'un avis ? Oui (O) / Non (N) Si Oui : quelle spé ? Vous l'a-t-on donné ? Donné (D) / Non donné (ND)				

F. Annexe 6 : CCMU

CCMU	Définition clinique
1	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable avec abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser au service des urgences
2	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser aux urgences
3	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences et n'engageant pas le pronostic vital
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvre de réanimation
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
P	Problème psychiatrique isolé ou associé à un état lésionnel ou un pronostic fonctionnel stable
D	Patient décédé à l'arrivée aux urgences et aucune manœuvre de réanimation entreprise

G. Annexe 7 : Tableau de la CISP-2

ICPC-2 – French
International Classification of Primary Care – 2nd Edition
Wonca International Classification Committee (WICC)

Procédures

-30 Ex médical/bilan santé détaillé
-31 Ex médical/bilan santé partiel
-32 Test de sensibilité
-33 Ex microbiologique/immunologique
-34 Autre analyse de sang
-35 Autre analyse d'urine
-36 Autre analyse de selles
-37 Cytologie/histologie
-38 Autre analyse de laboratoire
-39 Epreuve fonctionnelle
-40 Endoscopie
-41 Radiologie diagnostique/imagerie
-42 Tracé électrique
-43 Autre procédure diagnostique
-44 Vaccination/médication préventive
-45 Recom./éducation santé/aris/régime
-46 Discussion entre dispensateurs SSP
-47 Discussion dispensateur spécialiste
-48 Clarification de la demande du patient
-49 Autre procédure préventive
-50 Médication/prescription/injection
-51 Incision/drainage/aspiration
-52 Excision/biopsie/cautér/débridation
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage
-54 Réper/fixation/suture/plâtre/prothèse
-55 Traitement local/infiltration
-56 Pansement/compression/bandage
-57 Thérapie manuelle/médecine physique
-58 Conseil thérap/écoute/examens
-59 Autres procédures thérapeutiques
-60 Résultats analyses/examens
-61 Résultats ex/procédé autre dispensateur
-62 Contact administratif
-63 Rencontre de suivi
-64 Epis. nouveau/en cours init par disp.
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers
-66 Référence à dispens. SSP non médecin
-67 Référence à médecin
-68 Autre référence
-69 Autres procédures

Général et non spécifié — A

A01 Douleur générale/de sites multiples
A02 Frissons
A03 Fièvre
A04 Fatigue/faiblesse générale
A05 Sensation d'être malade
A06 Evanouissement/syncope
A07 Coma
A08 Gonflement
A09 P. de transpiration
A10 Saignement/hémorragie NCA
A11 Douleur thoracique NCA
A13 Préoc. par peur traitement médical
A14 Nourrisson irritable
A15 Préoc. par son aspect extérieur
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie
A21 Facteur de risque de cancer
A23 Facteur de risque NCA
A25 Peur de la mort, de mourir
A26 Peur du cancer NCA
A27 Peur d'une autre maladie NCA
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA
A29 Autre S/P général
A70 Tuberculose
A71 Rougeole
A72 Varicelle
A73 Paludisme
A74 Rubéole
A75 Mononucléose infectieuse
A76 Autre exanthème viral
A77 autre maladie virale NCA
A78 Autre maladie infectieuse NCA
A79 Cancer NCA
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA
A81 Polytraumatisme/lésions multiples
A82 Effet tardif d'un traumatisme
A84 Intoxication par subst. médicinale
A85 Effet sec. subst. médicinale
A86 Effet toxique subst. non médicinale
A87 Complication de traitement médical
A88 Effet sec. de facteur physique
A89 Effet sec. de matériel prothétique
A90 Anom. congénitale NCA/multiple
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA
A92 Allergie/réaction allergique NCA
A93 Nouveau-né prématuré
A94 Autre morbidité périnatale
A95 Mortalité périnatale
A96 Mort
A97 Pas de maladie
A98 Gestion santé/médecine préventive
A99 Maladie de nature/site non précisé

Sang, syst. hématop/immunol. — B

B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux
B04 S/P du sang
B25 Peur du SIDA/du VIH
B26 Peur du cancer du sang/lymph.
B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate
B28 Limitation de la fonction/incap. (B)
B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.
B70 Anémie aiguë
B71 Anémie chronique/non spécifique
B72 Maladie de Hodgkin/lymphome
B73 Leucémie
B74 Autre cancer du sang
B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.
B76 Rupture traumat. de la rate
B77 Autre traumat. sang/lymph/rate
B78 Anémie hémolytique héréditaire
B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate
B80 Anémie par déficience en fer
B81 Anémie carence vit B12/ac. folique
B82 Autre anémie/indét.
B83 Purpura/défaut de coagulation
B84 Globules blancs anormaux
B87 Splénomégalie
B90 Infection par le virus HIV, SIDA
B99 Autre maladie sang/lymph/rate

Syst. Digestif — D

D01 Douleur/crampes ab-dominales gén.
D02 Douleur ab-dominale/épigastrique
D03 Reflux/brûlant/brûlement estomac
D04 Douleur rectale/anale
D05 Démangeaisons périnales
D06 Autre douleur abdominale loc.
D07 Dyspepsie/indigestion
D08 Flatulence/gaz/renvoi
D09 Nausée
D10 Vomissement
D11 Diarrhée
D12 Constipation
D13 Insomnie
D14 Hématémèse/vomissement de sang
D15 Méléna
D16 Saignement rectal
D17 Incontinence rectale
D18 Modification selles/mouvem. intestin
D19 S/P dents/gencives
D20 S/P bouche/langue/lèvres
D21 P. de déglutition
D23 Hépatomégalie
D24 Masse abdominale NCA
D25 Distension abdominale
D26 Peur du cancer du syst. digestif
D27 Peur d'une autre maladie digestive
D28 Limitation de la fonction/incap. (D)
D29 Autre S/P du syst. digestif
D70 Infection gastro-intestinale
D71 Oreillons
D72 Hépatite virale
D73 Gastro-entérite présumée infectieuse
D74 Cancer de l'estomac
D75 Cancer du colon/du rectum
D76 Cancer du pancréas
D77 Autre cancer digestif/NCA
D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.
D79 CE du syst. digestif
D80 Autre traumat. du syst. digestif
D81 Anom. congénitale du syst. digestif
D82 Maladie des dents/des gencives
D83 Maladie bouche/langue/lèvres
D84 Maladie de l'œsophage
D85 Ulcère duodénal
D86 Autre ulcère peptique
D87 Trouble de la fonction gastique
D88 Appendicite
D89 Hernie inguinale
D90 Hernie hiatale
D91 Autre hernie abdominale
D92 Maladie diverticulaire
D93 Syndrome du colon irritable
D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse
D95 Fissure anale/abcès périanal
D96 Vers/autre parasite
D97 Maladie du foie NCA
D98 Cholécystite/cholilithiase
D99 Autre maladie du syst. Digestif

CODES PROCÉDURE
SYMPTÔMES ET PLAINTES
INFECTIONS
NÉOPLASMES
TRAUMATISMES
ANOMALIES CONGÉNITALES
AUTRES DIAGNOSTICS

Oeil — F

F01 Oeil douloureux
F02 Oeil rouge
F03 Ecoulement de l'oeil
F04 Taches visuelles/flottantes
F05 Autre perturbation de la vision
F13 Sensation oculaire anormale
F14 Mouvements oculaires anormaux
F15 Apparence anormale de l'oeil
F16 S/P de la paupière
F17 S/P lunettes
F18 S/P lentilles de contact
F27 Peur d'une maladie de l'oeil
F28 Limitation de la fonction/incap. (F)
F29 Autre S/P de l'oeil
F70 Conjonctivite infectieuse
F71 Conjonctivite allergique
F72 Blépharite, orgelet, chalazion
F73 Autre infection/inflammation de l'oeil
F74 Tumeur de l'oeil et des annexes
F75 Contusion/hémorragie de l'oeil
F76 CE dans l'oeil
F79 Autre lésion traumat. de l'oeil
F80 Rétrécissement canal lacrymal de l'enfant
F81 Autre anom. congénitale de l'oeil
F82 Décollement de la rétine
F83 Rétinopathie
F84 Dégénérescence maculaire
F85 Ulcère de la cornée
F86 Trachome
F91 Défaut de réfraction
F92 Cataracte
F93 Glaucome
F94 Cécité
F95 Strabisme
F99 Autre maladie de l'oeil/annexes

Oreille — H

H01 Douleur d'oreille/otalgie
H02 P. d'audition
H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille
H04 Ecoulement de l'oreille
H05 Saignement de l'oreille
H13 Sensation d'oreille bouchée
H15 Préoc. par l'aspect des oreilles
H27 Peur d'une maladie de l'oreille
H28 Limitation de la fonction/incap. (H)
H29 Autre S/P de l' oreille
H70 Otite externe
H71 Otite moyenne aiguë/mytingite
H72 Otite moyenne séreuse
H73 Salpingite d'eustache
H74 Otite moyenne chronique
H75 Tumeur de l'oreille
H76 CE dans l'oreille
H77 Perforation du tympan
H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille
H79 Autre lésion traumat. de l'oreille
H80 Anom. congénitale de l'oreille
H81 Excès de cérumen
H82 Syndrome vertigineux
H83 Otosclérose
H84 Presbyacousie
H85 Traumatisme sonore
H86 Surdité
H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde

Cardio-vasculaire — K

K01 Douleur cardiaque
K02 Oppression/constriction cardiaque
K03 Douleur cardiovasculaire NCA
K04 Palpitat./perception battements card.
K05 Autre battement cardiaque irrégulier
K06 Veines proéminentes
K07 Oedème, gonflement des chevilles
K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire
K24 Peur d'une maladie de coeur
K25 Peur d' de l'hypertension
K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire
K28 Limitation de la fonction/incap. (K)
K29 Autre S/P cardiovasculaire
K70 Infection du syst. cardio-vasculaire
K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale
K72 Tumeur cardio-vasculaire
K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire
K74 Cardiopathie ischémique avec angor
K75 Infarctus myocardique aigu
K76 Cardiopathie ischémique sans angor
K77 Décompensation cardiaque
K78 Fibrillation auriculaire/flutter
K79 Tachycardie paroxystique
K80 Arythmie cardiaque NCA
K81 Souffle cardiaque/artériel NCA
K82 Coeur pulmonaire
K83 Valvulopathie NCA
K84 Autre maladie cardiaque
K85 Pression sanguine élevée
K86 Hypertension non compliquée
K87 Hypertension avec complication
K88 Hypotension orthostatique
K89 Ischémie cérébrale transitoire
K90 Accident vasculaire cérébral
K91 Maladie cérébrovasculaire
K92 Athérosc1/mal. vasculaire périphér.
K93 Embolie pulmonaire
K94 Phlébite et thrombophlébite
K95 Varices des jambes
K96 Hémorroïdes
K99 Autre maladie cardio-vasculaire

Ostéo-articulaire — L

L01 S/P du cou
L02 S/P du dos
L03 S/P des lombes
L04 S/P du thorax
L05 S/P du flanc et du creux axillaire
L07 S/P de la mâchoire
L08 S/P de l'épaule
L09 S/P du bras
L10 S/P du coude
L11 S/P du poignet
L12 S/P de la main et du doigt
L13 S/P de la hanche
L14 S/P de la jambe et de la cuisse
L15 S/P du genou
L16 S/P de la cheville
L17 S/P du pied et de l'orteil
L18 Douleur musculaire
L19 S/P musculaire NCA
L20 S/P d'une articulation NCA
L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul.
L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
L29 Autre S/P ostéo-articulaire
L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
L72 Fracture du radius/du cubitus
L73 Fracture du tibia/du péroné
L74 Fracture de la main/du pied
L75 Fracture du fémur
L76 Autre fracture
L77 Entorse de la cheville
L78 Entorse du genou
L79 Entorse articulaire NCA
L80 Luxation et subluxation
L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
L83 Syndrome cervical
L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
L85 Déformation acquise de la colonne
L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
L87 Bursite, tendinite, synovite NCA
L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
L89 Coxarthrose
L90 Gonarthrose
L91 Autre arthrose
L92 Syndrome de l'épaule
L93 Coude du joueur de tennis
L94 Ostéochondrose
L95 Ostéoporose
L96 Lésion aiguë interne du genou
L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
L98 Déformation acquise membres inf.
L99 Autre maladie ostéo-articulaire

Neurologique — N

N01 Mal de tête
N03 Douleur de la face
N04 Jambes sans repos
N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
N06 Autre perturbation de la sensibilité
N07 Convulsion/crise comitiale
N08 Mouvements involontaires anormaux
N16 Perturbation du goût/de l'odorat
N17 Vertige/étourdissement
N18 Paralysie/faiblesse
N19 Trouble de la parole
N26 Peur d'un cancer neurologique
N27 Peur d'une autre maladie neurologique
N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
N29 Autre S/P neurologique
N70 Poliomyélite
N71 Méningite/encéphalite NCA
N72 Tétanos
N73 Autre infection neurologique
N74 Cancer du syst. neurologique
N75 Tumeur bénigne neurologique
N76 Autre tumeur indét. neurologique
N79 Commotion
N80 Autre lésion traumat. de la tête
N81 Autre lésion traumat. neurologique
N85 Anom. congénitale neurologique
N86 Sclérose en plaque
N87 Syndrome parkinsonien
N88 Epilepsie
N89 Migraine
N90 Algie vasculaire de la face
N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell
N92 Névralgie du trijumeau
N93 Syndrome du canal carpien
N94 Névrite/neuropathie périphérique
N95 Céphalée de tension
N99 Autre maladie neurologique

Psychologique P

P01 Sensation anxiété/nervosité/tension
P02 Réaction de stress aigué
P03 Sensation de dépression
P04 Sentiment/comport. irritable/colère
P05 Sensation vieux, comportement sénile
P06 Perturbation du sommeil
P07 Diminution du désir sexuel
P08 Diminution accomplissement sexuel
P09 Préoccupation sur identité sexuelle
P10 Bégaiement, bredouillement, tic
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant
P12 Enurésie
P13 Encopérésie
P15 Alcoolisme chronique
P16 Alcoolisation aiguë
P17 Usage abusif du tabac
P18 Usage abusif de médicament
P19 Usage abusif de drogue
P20 Perturbation de la mémoire
P22 S/P du comportement de l'enfant
P23 S/P du comportement de l'adolescent
P24 P. spécifique de l'apprentissage
P25 Problèmes de phase de vie adulte
P27 Peur d'un trouble mental
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)
P29 Autre S/P psychologique
P70 Démence
P71 Autre psychose organique
P72 Schizophrénie
P73 Psychose affective
P74 Trouble anxieux/état anxieux
P75 Trouble somatoforme
P76 Dépression
P77 Suicide/tentative de suicide
P78 Neurasthénie, surmenage
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif
P80 Trouble de la personnalité
P81 Trouble hyperkinétique
P82 Syndrome de stress post-traumatique
P85 Retard mental
P86 Anorexie mentale, boulimie
P98 Autre psychose NCA
P99 Autre trouble psychologique

Respiratoire R

R01 Douleur du syst. respiratoire
R02 Souffle court, dyspnée
R03 Sibilance
R04 Autre P. respiratoire
R05 Toux
R06 Saignement de nez, épistaxis
R07 Congestion nasale, éternuement
R08 Autre S/P du nez
R09 S/P des sinus
R21 S/P de la gorge
R23 S/P de la voix
R24 Hémoptysie
R25 Expectoration/glaire anormale
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire
R28 Limitation de la fonction/incap. (R)
R29 Autre S/P respiratoire
R71 Coqueluche
R72 Streptococcie pharyngée
R73 Furoncle/abcès du nez
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.
R75 Sinusite aiguë/chronique
R76 Angine aiguë
R77 Laryngite, trachéite aiguë
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite
R79 Bronchite chronique
R80 Grippe
R81 Pneumonie
R82 Pleurésie, épanchement pleural
R83 Autre infection respiratoire
R84 Cancer des bronches, du poumon
R85 Autre cancer respiratoire
R86 Tumeur respiratoire bénigne
R87 CE du nez, du larynx, des bronches
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.
R89 Anom. congénitale du syst. resp.
R90 Hypertrophie amygdales/végétations
R92 Autre tumeur indét. du syst. resp.
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive
R96 Asthme
R97 Rhinite allergique
R98 Syndrome d'hyperventilation
R99 Autre maladie respiratoire

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Peau S

S01 Douleur/hypersensibilité de la peau
S02 Prurit
S03 Verrue
S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau
S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau
S06 Eruption localisée
S07 Eruption généralisée
S08 Modification de la couleur de la peau
S09 Doigt/orteil infecté
S10 Furoncle/anthrax
S11 Infection post-traumat. de la peau
S12 Piqûre d'insecte
S13 Morsure animale/humaine
S14 Brûlure cutanée
S15 CE dans la peau
S16 Ecchymose/contusion
S17 Brûlure, écratignure, ampoule
S18 Coupure/lacération
S19 Autre lésion traumat. de la peau
S20 Cor/callosité
S21 S/P au sujet de la texture de la peau
S22 S/P de l'ongle
S23 Calvitie/perte de cheveux
S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu
S25 Peur du cancer de la peau
S27 Peur d'une autre maladie de la peau
S28 Limitation de la fonction/incap. (S)
S29 Autre S/P de la peau
S70 Zona
S71 Herpes simplex
S72 Gale/autre acariose
S73 Pédiculose/autre infestation peau
S74 Dermatophytose
S75 Moniliase/candidose de la peau
S76 Autre maladie infectieuse de la peau
S77 Cancer de la peau
S78 Lipome
S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau
S80 Kératose actinique/coup de soleil
S81 Hémangiome/lymphangiome
S82 Naevus/naevus pigmentaire
S83 Autre anom. congénitale de la peau
S84 Impétigo
S85 Kyste/fistule pilonidal
S86 Dermatite séborrhéique
S87 Dermatite atopique/eczéma
S88 Dermatite et allergie de contact
S89 Erythème fessier
S90 Pityriasis rosé
S91 Psoriasis
S92 Maladie des glandes sudoripares
S93 Kyste sébacé
S94 Ongle incarné
S95 Molluscum contagiosum
S96 Acné
S97 Ulcère chronique de la peau
S98 Urticaire
S99 Autre maladie de la peau

Métabol., nutrit., endocrinien T

T01 Soif excessive
T02 Appétit excessif
T03 Perte d'appétit
T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant
T05 P. d'alimentation de l'adulte
T07 Gain de poids
T08 Perte de poids
T10 Retard de croissance
T11 Déshydratation
T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien
T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit.
T28 Limitation de la fonction/incap. (T)
T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit.
T70 Infection du syst. endocrinien
T71 Cancer de la thyroïde
T72 Tumeur bénigne de la thyroïde
T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien
T78 Canal/kyste thyréoglosse
T80 Anom. congénit. endoc/métab./nutrit.
T81 Goitre
T82 Obésité
T83 Excès pondéral
T85 Hyperthyroïdie/thyrotoxicose
T86 Hypothyroïdie/myxoedème
T87 Hypoglycémie
T89 Diabète insulino-dépendant
T90 Diabète non insulino-dépendant
T91 Carence vitaminique/nutritionnelle
T92 Goutte
T93 Trouble du métabolisme des lipides
T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit

Système Urinaire U

U01 Dysurie/miction douloureuse
U02 Miction fréquente/impérieuse
U04 Incontinence urinaire
U05 Autre P. de miction
U06 Hématurie
U07 Autre S/P au sujet de l'urine
U08 Rétention d'urine
U13 Autre S/P de la vessie
U14 S/P du rein
U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire
U27 Peur d'une autre maladie urinaire
U28 Limitation de la fonction/incap. (U)
U29 Autre S/P urinaire
U70 Pyélonéphrite/pyélite
U71 Cystite/autre infection urinaire
U72 Urétrite
U75 Cancer du rein
U76 Cancer de la vessie
U77 Autre cancer urinaire
U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire
U79 Autre tumeur indét. urinaire
U80 Lésion traumat. du tractus urinaire
U88 Anom. congénitale du tractus urinaire
U89 Glomérulonéph./syndr. néphrotique
U90 Protéinurie orthostatique
U95 Lithiase urinaire
U98 Analyse urinaire anormale NCA
U99 Autre maladie urinaire

Grossesse, accouchement et PF W

W01 Question de grossesse
W02 Peur d'être enceinte
W03 Saignement pendant la grossesse
W05 Nausée/vomissement de grossesse
W10 Contraception post-coïtale
W11 Contraception orale
W12 Contraception intra-utérine
W13 Stérilisation chez la femme
W14 Autre contraception chez la femme
W15 Stérilité - hypofertilité de la femme
W17 Saignement du post-partum
W18 Autre S/P du post-partum
W19 S/P du sein/lactation post-partum
W21 Préoc. par modific. image et grossesse
W27 Peur complications de la grossesse
W28 Limitation de la fonction/incap. (W)
W29 Autre S/P de la grossesse
W70 Infection puerpérale, sepsis
W71 Infection compliquant la grossesse
W72 Tumeur maligne avec grossesse
W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse
W75 Lésion traumat. et grossesse
W76 Anom. congénitale et grossesse
W78 Grossesse
W79 Grossesse non désirée
W80 Grossesse ectopique
W81 Toxémie gravidique
W82 Avortement spontané
W83 Avortement provoqué
W84 Grossesse à haut risque
W85 Diabète gravidique
W90 Acc. non compliqué, enfant vivant
W91 Acc. non compliqué, enfant mort
W92 Acc. compliqué, enfant vivant
W93 Acc. compliqué, enfant mort
W94 Mastite puerpérale
W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation
W96 Autre complication puerpérale
W99 Autre maladie de la grossesse/acc.

Syst. génital féminin et sein X

X01 Douleur génitale chez la femme
X02 Douleur menstruelle
X03 Douleur intermenstruelle
X04 Rapport sexuel douloureux femme
X05 Menstruation absente/rare
X06 Menstruation excessive
X07 Menstruation irrégulière/fréquente
X08 Saignement intermenstruel
X09 S/P prémenstruel
X10 Ajournement des menstruations
X11 S/P liée à la ménopause
X12 Saignement de la post-ménopause
X13 Saignement post-coïtal femme
X14 Ecoulement vaginal
X15 S/P du vagin
X16 S/P de la vulve
X17 S/P du petit bassin chez la femme
X18 Douleur du sein chez la femme
X19 Tuméfaction/masse du sein femme
X20 S/P du mamelon chez la femme
X21 Autre S/P du sein chez la femme
X22 Préoc. par l'apparence des seins
X23 Peur d'une MST chez la femme
X24 Peur dysfonction sexuelle femme
X25 Peur d'un cancer génital femme
X26 Peur d'un cancer du sein femme
X27 Peur autre mal. génitale/sein femme
X28 Limitation de la fonction/incap. (X)
X29 Autre S/P génital chez la femme
X70 Syphilis chez la femme
X71 Gonococcie chez la femme
X72 Candidose génitale chez la femme
X73 Trichomonase génitale femme
X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme
X75 Cancer du col de l'utérus
X76 Cancer du sein chez la femme
X77 Autre cancer génital chez la femme
X78 Fibrome utérin
X79 Tumeur bénigne du sein femme
X80 Tumeur bénigne génitale femme
X81 Autre tumeur génitale indét. femme
X82 Lésion traumat. génitale femme
X83 Anom. génitale congénitale femme
X84 Vaginite/vulvite NCA
X85 Maladie du col de l'utérus NCA
X86 Frottis de col anormal
X87 Prolapsus utero-vaginal
X88 Maladie fibrokystique du sein
X89 Syndrome de tension prémenstruelle
X90 Herpes génital chez la femme
X91 Condylome acuminé chez la femme
X92 Infection génitale chlamydia femme
X99 Autre maladie génitale de la femme

Syst. génital masculin et sein Y

Y01 Douleur du pénis
Y02 Douleur des testicules, du scrotum
Y03 Ecoulement urétral chez l'homme
Y04 Autre S/P du pénis
Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum
Y06 S/P de la prostate
Y07 Impuissance sexuelle NCA
Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme
Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme
Y13 Stérilisation de l'homme
Y14 Autre PF chez l'homme
Y16 S/P du sein chez l'homme
Y24 Peur dysfonction sexuelle homme
Y25 Peur d'une MST chez l'homme
Y26 Peur d'un cancer génital homme
Y27 Peur autre maladie génitale homme
Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)
Y29 Autre S/P génitale chez l'homme
Y70 Syphilis chez l'homme
Y71 Gonococcie chez l'homme
Y72 Herpes génital chez l'homme
Y73 Prostatite/vésiculite séminale
Y74 Orchite/épididymite
Y75 Balanite
Y76 Condylome acuminé chez l'homme
Y77 Cancer de la prostate
Y78 Autre cancer génital chez l'homme
Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme
Y80 Lésion traumat. génitale homme
Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce
Y82 Hypospadias
Y83 Ectopie testiculaire
Y84 Autre anom. congénitale homme
Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate
Y86 Hydrocèle
Y99 Autre maladie génitale chez l'homme

Social Z

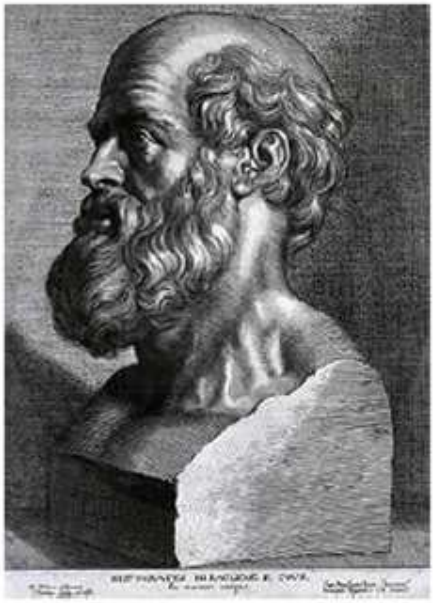
Z01 Pauvreté/P. économique
Z02 P. d'eau/de nourriture
Z03 P. d'habitat/de voisinage
Z04 P. socioculturel
Z05 P. de travail
Z06 P. de non emploi
Z07 P. d'éducation
Z08 P. de protection sociale
Z09 P. légal
Z10 P. relatif au syst. de soins de santé
Z11 P. du fait d'être malade/compliance
Z12 P. de relation entre partenaires
Z13 P. de comportement du partenaire
Z14 P. du à la maladie du partenaire
Z15 Perte/décès du partenaire
Z16 P. de relation avec un enfant
Z18 P. du à la maladie d'un enfant
Z19 Perte/décès d'un enfant
Z20 P. relation autre parent/famille
Z21 P. comportem. autre parent/famille
Z22 P. du à la mal. autre parent/famille
Z23 Perte/décès autre parent/famille
Z24 P. de relation avec un ami
Z25 Agression/événement nocif NCA
Z27 Peur d'un P. social
Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)
Z29 P. social NCA

Abréviations

/	ou
Acc.	Accouchement
Anom	Anomalie
Bén.	Bénin (igne)
CE	Corps étranger
Gén	Généralisé(e)
Incap	Incapacité
Indét	Indéterminé(e)
Loc.	Localisé(e)
Mal.	Maladie
MST	Maladie sexuellement transmissible
NCA	Non classé ailleurs
P.	Problème
Préoc	Préoccupé(e)
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
S/P	Symptôme ou plainte
Sec.	Secondaire
Subs	Substance
Syndr	Syndrome
Tum.	Tumeur

Traducteurs:
Michel Roland et Marc Jamoulle

XI. SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.